



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Asociación entre síntomas depresivos y consumo
problemático de alcohol en el Perú, según variables
sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-
19**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AUTOR

Barbara Liuva CHIA POLICARPO

ASESOR

Mg. Jeff David HUARCAYA VICTORIA

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Chia B. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Barbara Liuva Chia Policarpo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72610507
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4951-6521
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Jeff David Huarcaya Victoria
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46064146
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4525-9545
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Ybeth Luna Solis
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09929952
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Juan Carlos Ocampo Zegarra
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40435580
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Roberto Walter Huamaní Guzmán
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40065088
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento

Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Universidad Nacional Mayor de San Marcos País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Calle: Av. Miguel Grau 755 Latitud: -12.0697635 Longitud: -77.1597584
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022 - 2023
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21.08.2023 15:40:29 -05:00

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA**

Siendo las 14:00 horas del veintiuno de agosto del año dos mil veintitrés, en la Sala de Sesiones de la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Ybeth Luna Solis (Presidenta), Juan Carlos Ocampo Zegarra (Miembro), Roberto Walter Huamaní Guzmán (Miembro) y Jeff David Huarcaya Victoria (Asesor).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL PERÚ, SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTES Y DURANTE CONTEXTO COVID-19”**, presentado por la Bachiller **Barbara Liuva Chia Policarpo**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana habiendo obtenido el calificativo de *diecisiete* (17).

ME. Ybeth Luna Solis
Presidenta

ME. Juan Carlos Ocampo Zegarra
Miembro

ME. Roberto Walter Huamaní Guzmán
Miembro

Mg. Jeff David Huarcaya Victoria
Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Profesional de Medicina Humana

.....
DRA. ANA ESTELA DELGADO VÁSQUEZ
Directora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Jeff David Huarcaya Victoria** en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N° **002847-2023-D-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título es "ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL PERÚ, SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTES Y DURANTE CONTEXTO COVID-19", presentado por la bachiller **Barbara Liuva Chia Policarpo** para optar el Título Profesional de Médico Cirujana.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **14%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**. Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesor _____ DNI: 46064146

Jeff David Huarcaya Victoria

07/08/2023.



Huella digital

Dedicatoria

A mi madre Elizabeth, por su esfuerzo y sacrificio, por su apoyo incondicional, por ser mi aliento en los momentos más difíciles.

A mi padre Jorge, por ser la luz en la oscuridad, por enseñarme a creer en lo imposible, a nunca rendirme, a no tener miedo a volar.

A todas las personas que creyeron en mí, aun cuando yo misma no lo hacía.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a la Facultad de Medicina de San Fernando, por brindarme la oportunidad de formarme como médico.

Al Dr. Jeff Huarcaya Victoria, por su guía, conocimientos y buen humor que hicieron posible esta investigación.

Al Dr. David Villarreal Zegarra, por su apoyo desinteresado, paciencia y consejos en metodología y estadística.

A mis docentes, quienes me impulsaron a ser mejor profesional y mejor ser humano a lo largo de siete años.

A mis padres, por su entrega, soporte y comprensión, pero sobre todo, por alentarme a perseguir mis sueños.

A mis amigos, por su amistad sincera y apoyo emocional.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del problema.....	3
3. Formulación de objetivos.....	4
3.1 Objetivo general.....	4
3.2 Objetivos específicos.....	4
4. Justificación de la investigación.....	4
5. Limitaciones del estudio.....	5
6. Marco teórico.....	6
6.1 Antecedentes.....	6
6.2 Bases teóricas.....	10
6.2.1 Características de la depresión.....	10
6.2.2 Características de los TCA.....	14
6.2.3 Asociación entre depresión y TCA.....	18
6.2.4 Depresión y TCA en el contexto de COVID-19.....	20
6.3 Marco conceptual.....	23
7. Formulación de la hipótesis.....	25
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	26
1. Tipo y diseño de investigación.....	26
2. Población.....	26
3. Marco muestral.....	26
4. Unidad de muestreo.....	27
5. Tipo de muestra.....	27
6. Tamaño de la muestra.....	27
7. Unidad de análisis.....	27
8. Criterios de selección.....	28
8.1 Criterios de inclusión:.....	28
8.2 Criterios de exclusión:.....	28
9. Variables.....	28
10. Operacionalización de variables.....	29
11. Técnicas e instrumentos.....	31
12. Plan de recolección de datos.....	34

13. Plan de análisis estadístico	34
14. Consideraciones éticas	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS	36
1. Características de la población de estudio	37
2. Características de la población de estudio según la presencia de síntomas depresivos, antes y durante contexto COVID-19	39
3. Características de la población de estudio según la presencia de consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19	42
4. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19	45
5. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, antes del contexto COVID-19	48
6. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, durante el contexto COVID-19.....	51
7. Comparación de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19	56
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	68
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	79
1. Conclusión principal	79
2. Conclusiones secundarias	79
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	97
Anexo 1: Resolución decanal de aprobación de proyecto de tesis	97
Anexo 2: Acta de aprobación del Comité de Ética en Investigación.....	98
Anexo 3: Matriz de consistencia	99
Anexo 4: Estructura de la base de datos para el análisis estadístico.....	100
Anexo 5: Codificación de la base de datos para el análisis estadístico.....	101
Anexo 6: Consentimiento informado del Cuestionario de Salud de la ENDES ..	103
Anexo 7: Consentimiento informado del Cuestionario del Hogar de la ENDES. 103	
Anexo 8: Secciones del cuestionario de la ENDES utilizadas en este estudio ..	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la población de estudio, antes y durante contexto COVID-19.....	38
Tabla 2. Características de la población de estudio según la presencia de síntomas depresivos, antes y durante contexto COVID-19.....	41
Tabla 3. Características de la población de estudio según la presencia de consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19.....	44
Tabla 4. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19.....	46
Tabla 5. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, antes del contexto COVID-19.....	50
Tabla 6. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, durante contexto COVID-19.	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de selección de participantes del estudio	36
Figura 2. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19	47
Figura 3. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según sexo, antes y durante contexto COVID-19	56
Figura 4. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según edad, antes y durante contexto COVID-19.....	58
Figura 5. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según nivel educativo, antes y durante contexto COVID-19.....	60
Figura 6. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según estado civil, antes y durante contexto COVID-19.....	62
Figura 7. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según área de residencia, antes y durante contexto COVID-19.....	63
Figura 8. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según región natural, antes y durante contexto COVID-19.....	65
Figura 9. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según índice de riqueza, antes y durante contexto COVID-19.....	67

RESUMEN

Introducción: La depresión y los trastornos por consumo de alcohol son dos de los más prevalentes y discapacitantes trastornos mentales, pudiendo asociarse. Existe evidencia que sugiere el papel modificador de los factores sociodemográficos en su asociación. Asimismo, se cree que la pandemia de COVID-19 podría ejercer algún efecto, debido a su impacto en la salud mental.

Objetivos: Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal analítico, correlacional y comparativo, basado en datos de la ENDES 2019-2022. Se incluyó a personas de 15 años a más del Perú. Se empleó el modelo de regresión de Poisson para el análisis multivariado. Finalmente, se realizó un análisis estratificado por subgrupos y comparaciones por grado de solapamiento de intervalos de confianza.

Resultados: Se incluyeron un total de 129 555 personas. Existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol (RPa: 2.66, IC 95%: 1.97 - 3.58, $p < 0.001$), pero esta no varió entre 2019-2022 (IC > 25%). Antes de la pandemia, la asociación de síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol fue mayor en jóvenes de 15-29 años, adultos de 30-44 años y personas con educación secundaria a superior. Durante la pandemia, la asociación fue mayor en los pobres, mujeres, viudos/divorciados/separados y solteros. En los últimos dos años de COVID-19, los adultos mayores de 60 a más años, personas con educación primaria, residentes de Lima metropolitana y los muy ricos presentaron esta asociación por primera vez. **Conclusiones:** Existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19.

Palabras clave: Depresión, Alcoholismo, Factores Sociodemográficos, COVID-19, Perú.

ABSTRACT

Introduction: Depression and alcohol use disorders are two of the most prevalent and disabling mental disorders, and can be associated. There is evidence that suggests the modifying role of sociodemographic factors in their association. Likewise, it is believed that the COVID-19 pandemic could have some effect, due to its impact on mental health. **Objectives:** To determine the association between depressive symptoms and problematic alcohol use in Peru, according to sociodemographic variables, before and during the COVID-19 context. **Material and methods:** An observational, cross-sectional, correlational and comparative analytical study was carried out, based on data from ENDES 2019-2022. Includes people aged 15 and over from Peru. The Poisson regression model was used for multivariate analysis. Finally, a stratified analysis was carried out by subgroups and comparisons by degree of overlapping of confidence intervals. **Results:** A total of 129,555 people were included. There is an association between depressive symptoms and problematic alcohol use (RPa: 2.66, 95% CI: 1.97 - 3.58, $p < 0.001$), but this did not change between 2019 and 2022 (CI > 25%). Before the pandemic, the association of depressive symptoms and problematic alcohol use was higher in young people 15-29 years old, adults 30-44 years old, and people with secondary or higher education. During the pandemic, the association was higher among the poor, women, widowed/divorced/separated, and single. In the last two years of COVID-19, seniors aged 60 and over, people with primary education, residents of metropolitan Lima, and the very wealthy presented this association for the first time. **Conclusions:** There is an association between depressive symptoms and problematic alcohol use in Peru, according to sociodemographic variables, before and during the COVID-19 context.

Keywords: Depression, Alcoholism, Sociodemographic Factors, COVID-19, Peru.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. Planteamiento del problema

La depresión y los trastornos por consumo de alcohol (TCA) son dos de los más prevalentes y discapacitantes trastornos mentales, pudiendo presentarse de forma comórbida con un gran impacto sobre la salud pública mundial (1–3).

Según la Global Burden Disease (GBD) del 2019, la depresión afectó a 280 millones (3.8%) de personas en el mundo. Causó 46.9 millones de años de vida saludables perdidos (AVISA), siendo la segunda causa de discapacidad. Para América Latina y el Caribe, la depresión tuvo casi 21 millones de casos y 3.7 millones de AVISA; mientras que para el Perú alcanzó casi los 763 000 casos y tuvo cerca de 123 000 AVISA (4–7). Por otro lado, los TCA tuvieron 108 millones de casos, provocaron 168 000 muertes y 17 millones de AVISA a nivel mundial. En la región de América Latina y el Caribe se reportaron 12.8 millones de casos, cerca de 21 000 muertes y 2 millones de AVISA a causa de los TCA; mientras que en el Perú se tuvo 271 700 casos, casi 342 muertes y 39 400 AVISA (4,6).

Según estudios nacionales, los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar de carga de enfermedad con 668 114 (12.7%) AVISA, es decir, causan 21.2 años perdidos por cada mil habitantes, básicamente por el componente de discapacidad; siendo la depresión y los TCA los principales contribuyentes (8,9). Asimismo, estos estudios indican que el 20.7% de la población peruana mayor de 12 años padece algún trastorno mental, calculándose que la depresión tendría una prevalencia anual estimada de 7.6%; mientras que los TCA alcanzarían un 8.5% (9–12).

La comorbilidad de trastornos depresivos con trastornos por consumo de sustancias, incluyendo al alcohol, es frecuente, yendo de 12 a 80%. La prevalencia de TCA en personas con trastorno depresivo mayor (TDM) es del 30% a lo largo de la vida; mientras que la prevalencia de TDM en aquellos que tienen TCA en los últimos 12 meses va de 4-22%. Además, tener TCA o TDM duplica el riesgo de padecer el otro. Por si fuera poco, cada trastorno confiere un mayor riesgo de conductas suicidas. Por tanto, su asociación implica mayor gravedad, peor funcionamiento social, menor respuesta al tratamiento, peor pronóstico y mayor riesgo de conducta suicida para ambos trastornos (1,13–17).

Existen teorías para explicar la asociación entre depresión y TCA (1,3,18–20). En el marco de estas, se plantea el papel modificador de los factores sociodemográficos que, normalmente, se han relacionado por separado con la depresión y los TCA, permitiendo conocer que grupos son los de mayor riesgo (21–31). Hay un escaso pero creciente grupo de investigaciones que sugieren variaciones de la mencionada asociación según el sexo, edad, nivel educativo, estado civil, área de residencia, región geográfica, índice de riqueza, entre otros (2,32–34).

En línea con lo anterior, los trastornos mentales, incluyendo la depresión y los TCA, también son susceptibles de verse afectados por el contexto social y cultural; así como por las circunstancias económicas y ambientales (2,33,35).

La pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causó estragos a nivel internacional en todos los ámbitos: biológico, psicológico, sanitario, socioeconómico, político, entre otros (36). En cuanto a la salud mental, trajo consigo no solo un aumento de casos de trastornos mentales en personas previamente sanas, sino también el empeoramiento de síntomas, recaídas y conductas suicidas en quienes ya padecían algún trastorno mental (37). Esta situación se vio agravada por las deficiencias de base en el sistema de atención de salud mental, como en el caso del Perú, donde la respuesta para controlar el impacto de la pandemia sobre la salud mental ha sido considerada como tardía, limitada y fragmentada (38).

Si bien, con el tiempo, las restricciones fueron disminuyendo y la sociedad empezó a vivir una nueva realidad, la gran duración de la pandemia y sus medidas llevan a creer que en la era post COVID-19, la crisis económica derivada y sus consecuencias psicosociales persistirán durante años, perpetuando la crisis de salud mental, transformando síntomas negativos y comportamientos dañinos en verdaderos trastornos mentales, afectando, sobre todo, a los más vulnerables y, trayendo consigo una mayor demanda de los servicios de atención de salud mental (36,37).

En este contexto, han surgido estudios que buscan evaluar la asociación entre síntomas depresivos y un mayor consumo de alcohol (que podrían derivar a un consumo problemático de alcohol) durante la pandemia y, establecer si dicha asociación se ve modificada por variables sociodemográficas (20,39,40).

La presente investigación permitirá determinar que segmentos sociodemográficos son los más afectados por la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol y, en consecuencia, comprender mejor la compleja relación entre estos dos trastornos, así como conocer si la pandemia de COVID-19 jugó algún papel modificador en la asociación. Esta información será útil para dirigir de forma más apropiada y efectiva el tamizaje, la asignación de recursos y las intervenciones para esta comorbilidad, en función de las necesidades de la población peruana.

2. Formulación del problema

¿Existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19?

3. Formulación de objetivos

3.1 *Objetivo general*

Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19.

3.2 *Objetivos específicos*

- Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, antes y durante contexto COVID-19.
- Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes del contexto COVID-19.
- Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, durante el contexto COVID-19.

4. Justificación de la investigación

Existe una gran cantidad de investigaciones que han determinado que existe una asociación entre síntomas depresivos (también usando otros términos como depresión, sintomatología depresiva, trastorno depresivo mayor, etc) y consumo problemático de alcohol (habiéndose denominado en algunos casos como trastornos por consumo de alcohol, trastornos relacionados con el

alcohol, alcoholismo, abuso de alcohol, dependencia de alcohol, etc); sin embargo, son muy pocos los estudios, y ninguno en Perú, que evalúan si las variables sociodemográficas pueden generar variación en esta asociación y la forma en que lo hacen.

Por otro lado, dado de que la pandemia de COVID-19 ha tenido gran impacto en múltiples áreas, incluyendo la salud mental, donde se cuenta con evidencia del gran aumento de casos de trastornos mentales, incluyendo la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, surge la interrogante de si la pandemia ha podido trastocar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, tanto a nivel global como por variables sociodemográficas, más aún cuando se espera que en la época post COVID-19, la crisis económica y de salud mental se perpetúe por varios años, demandando una mayor cantidad de servicios de atención de salud mental.

Conocer esta información permitirá priorizar la detección de estas patologías comórbidas en grupos poblacionales vulnerables con mayor riesgo de presentarlas, mejorar el abordaje en el tratamiento y optimizar la asignación de recursos en materia de atención de salud mental.

5. Limitaciones del estudio

- Los datos de la presente investigación provienen de una fuente secundaria, por lo que la información a analizar se restringe al contenido de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), no pudiendo modificar o agregar más preguntas ni medir otras variables que pudieran ser de interés.
- Los instrumentos utilizados por la ENDES para medir síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol constituyen una forma de screening o tamizaje, por lo tanto, no son útiles para el diagnóstico per se de depresión y trastornos por consumo de alcohol.

- Este estudio no es de corte longitudinal, por lo que no se pudo realizar un seguimiento de las mismas personas a lo largo del tiempo para evidenciar si hubo un aumento, disminución o mantenimiento de la asociación que se investiga.

6. Marco teórico

6.1 Antecedentes

A nivel internacional, se tienen los siguientes estudios:

Capasso y col., (40), investigaron si la edad modificaba la asociación entre síntomas de depresión y consumo de alcohol, durante la pandemia de COVID-19, en población adulta de EE.UU., durante el 2020. Realizaron un estudio transversal analítico, con un total de 10 780 adultos de 18 años a más, a partir de datos de una encuesta en línea. Encontraron que, entre las personas con depresión, las que pertenecían al grupo de 18 a 39 años tenían 1.37 veces el riesgo de incrementar el consumo de alcohol durante el inicio de la pandemia, en comparación con quienes no padecían depresión; las que pertenecían al grupo de 40 a 59 años tenían 2.20 veces ese riesgo; mientras que, las personas de 60 años a más tenían 2.39 veces ese riesgo, dejando en claro que, la asociación entre depresión y el aumento de consumo de alcohol, a inicios de la pandemia, era más fuerte conforme aumentaba la edad.

Tran y col., (39), evaluaron la asociación entre el estado de salud mental y los cambios en el consumo de alcohol y, si esta asociación se vio modificada por sexo y edad, durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19, en población adulta australiana, durante el 2020. Realizaron un estudio transversal analítico, con un total de 13 829 adultos de 18 años a más, a partir de una encuesta en línea. Encontraron que las personas con síntomas depresivos moderados/graves tenían 2.5 veces el riesgo de beber mayor

cantidad de alcohol que la acostumbrada en los primeros meses de pandemia, en comparación con las que no padecían de depresión. Esta asociación se vio modificada por el sexo, donde los hombres tenían 2.8 veces ese riesgo y las mujeres el 2.4 veces el riesgo. Por otro lado, esta asociación también se vio modificada por la edad, siendo que el OR ajustado para mayor consumo de alcohol fue de 2.4, 2.0, 3.0 y 3.3 entre las personas con síntomas depresivos moderados/graves, de los grupos de edad de 18-34, 35-49, 50-64 y 65 a más años, respectivamente, en comparación a sus contrapartes sin depresión. Sin embargo, las diferencias entre los grupos de edad y sexo no fueron estadísticamente significativas.

Martinez y col., (20), investigaron el impacto inicial de la pandemia de COVID-19 en la salud mental, el consumo de alcohol y en su asociación en población adulta estadounidense, durante el 2019 a 2020. Realizaron un estudio transversal analítico, con un total de 2 103 adultos de 18 años a más, a partir de los datos de una encuesta nacional. Hallaron que, en el periodo inicial de la pandemia, aquellos que padecían síntomas depresivos calificados como moderados/graves tenían 2.94 veces el riesgo de informar un mayor acuerdo con consumir alcohol para olvidar las preocupaciones, en comparación con los que no sufrían de síntomas depresivos. Según el sexo, las mujeres tenían 2.45 veces el riesgo; mientras que en los hombres no fue estadísticamente significativo; sin embargo, la diferencia por sexo no fue significativa.

Wichaidit y col., (32), estudiaron las variaciones, por edad y sexo, en la asociación entre el consumo de alcohol y el estado de ánimo depresivo entre adolescentes tailandeses, durante el 2016. Realizaron un estudio transversal analítico, con un total de 38 186 participantes entre 11 a 17 años, cuyos datos fueron obtenidos a través de una encuesta nacional escolar. Obtuvieron que los estudiantes que consumieron alcohol en exceso en los últimos 30 días (binge drinking) tenían 48% más riesgo de tener un estado de ánimo depresivo, en comparación a quienes no lo hicieron. La asociación más fuerte entre binge drinking y estado de ánimo depresivo estuvo presente en las adolescentes mujeres de la escuela secundaria básica (edades promedio de 11-15 años), con un OR ajustado de 1.97; mientras que, la asociación más

débil estuvo en el grupo de adolescentes varones de la escuela secundaria superior (edades promedio de 16-17 años), con un OR ajustado de 1.04.

Assanangkornchai y col., (2), estudiaron la asociación entre el episodio depresivo mayor y los TCA en varios grupos socioeconómicos, en población adulta tailandesa, durante el 2014. Realizaron un estudio transversal analítico, con un total de 13 177 tailandeses de 20 años a más, cuyos datos fueron extraídos de una encuesta nacional. Hallaron que, la asociación entre el episodio depresivo mayor y los TCA se vio afectada por el índice de riqueza, teniendo un OR ajustado de 8.68 y 7.14 para los de tercer y primer tercil, respectivamente. El nivel educativo fue la variable más fuertemente asociada en la relación del episodio depresivo mayor y TCA con un OR ajustado de 16.0 en aquellos que contaban con una educación secundaria completa o superior; mientras que el área urbana, como zona de residencia, tuvo un OR ajustado de 8.5 en esta relación, comparado a los que vivían en áreas rurales (OR ajustado 4.73). Finalmente, la situación laboral no ejerció ninguna variación en la asociación de TCA y episodio depresivo mayor.

Lasserre y col., (18), estudiaron la asociación bidireccional entre los TCA y los trastornos depresivos; así como el efecto del nivel socioeconómico sobre cada uno de ellos, en población adulta estadounidense, durante el 2001 a 2005, Realizaron un estudio longitudinal de cohortes, con un total de 34 653 personas de 18 años a más, cuyos datos fueron obtenidos a través de una encuesta nacional aplicada en dos periodos de tiempo. Obtuvieron que los TCA aumentaron el riesgo de padecer trastornos depresivos, pero no ocurría lo mismo de forma contraria. El tener un nivel socioeconómico bajo, medido según nivel educativo, aumentó por separado el riesgo de TCA y de trastornos depresivos. Por último, encontraron que el nivel socioeconómico no modificó la asociación entre trastornos depresivos y TCA.

A nivel regional, se tienen los siguientes estudios:

Barros y col., (33), estudiaron la asociación entre conductas de salud y depresión y si esta variaba, según sexo e ingreso económico, en población

brasileña adulta, durante el 2019. Realizaron un estudio transversal analítico, con un total de 65 803 adultos de 18 a 59 años, cuyos datos se extrajeron de una encuesta nacional. Hallaron que, los adultos brasileños con depresión tienen 1.13 veces la probabilidad de tener un consumo excesivo de alcohol episódico (heavy drinking episódico), en comparación con los que no padecían depresión. Según el sexo, solo en las mujeres se demostró una asociación significativa entre la depresión y el consumo excesivo de alcohol episódico, con una razón de prevalencia de 1.33. Según el ingreso económico, solo hubo asociación en el nivel de menores ingresos, con una razón de prevalencia de 1.17. Sin embargo, solo fue significativa la diferencia por sexo, más no por ingreso económico.

Oancea y col., (34), investigaron la asociación entre el consumo de alcohol y la depresión actual autorreportada en adultos brasileños, durante el 2013. Realizaron un estudio transversal analítico, con un total de 59 399 adultos de 18 años a más, a partir de los datos de una encuesta nacional. Encontraron que, existía una asociación significativa entre el consumo excesivo de alcohol (heavy alcohol use) y la depresión actual autorreportada en los varones de 18 a 39 años, con un OR ajustado de 1.83 y, en los varones de 40 a 59 años, con un OR ajustado de 2.46, en comparación con sus homólogos que no tenían un consumo excesivo de alcohol; sin embargo, no había una diferencia significativa entre edades. Por otro lado, en el resto de subgrupos de edad y sexo no se encontraron asociaciones significativas entre estas variables.

A nivel nacional se tienen los siguientes estudios:

Hernández y col., (28), estudiaron las diferencias de sexo en los factores asociados al consumo excesivo de alcohol (binge drinking) en población peruana adulta, durante el 2018. Realizaron un estudio transversal analítico, con un total de 32 020 personas de 18 años a más, a partir de datos de una encuesta nacional. Encontraron que la presencia de síntomas depresivos no se asoció con el consumo excesivo de alcohol, ni en hombres ni en mujeres.

Martina, (41), en su investigación titulada “Depresión, alcoholismo y violencia

conyugal en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015”, realizó un estudio transversal analítico, con un total de 11 411 peruanos de 60 años, a más a partir de datos de una encuesta nacional aplicada en dos años consecutivos. Obtuvo que el consumo problemático de alcohol no tenía una asociación estadísticamente significativa con la presencia de depresión mayor, y este resultado fue el mismo para el 2014 y el 2015.

6.2 Bases teóricas

6.2.1 Características de la depresión

6.2.1.1 Concepto

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que genera pérdida de interés y un sentimiento de tristeza que persiste en el tiempo (42). Los trastornos depresivos aluden a un conjunto de trastornos (trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente o distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno por duelo prolongado, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado), que tienen en común la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable acompañado de clínica de corte somática y cognitiva que afectan a la funcionalidad de la persona, diferenciándose en cuanto a su duración, presentación temporal o etiología (43).

El representante de los trastornos depresivos es el TDM, es por ello que el diagnóstico de “depresión o síntomas o sintomatología depresiva” en la mayoría de investigaciones y estudios suele basarse en los criterios diagnósticos de TDM.

6.2.1.2 Epidemiología

La depresión es el trastorno mental más frecuente (5,6). El TDM tiene una prevalencia de por vida de 5-17%, con un promedio de 12% (26). Se estima que el 3.8% de la población mundial padece de depresión y, en el Perú, afecta al 2.36% de la población, es decir, por lo menos 2 de cada 100 peruanos tiene depresión (5,6). Tomando en cuenta el sexo, de los casi 280 millones de personas con depresión a nivel mundial, 39% son varones y 61% son mujeres. En el Perú, esta proporción de casi 4 a 6 se mantiene constante. Considerando grupos etáreos, la depresión, mundialmente, encuentra su prevalencia más alta en las personas de 50-69 años, donde casi cada 6 de 100 personas sufre de depresión; mientras que, en el Perú, la población de 55 años a más es la más afectada, siendo que casi 4 de cada 100 personas padece de depresión en el país (6).

Considerando la importante morbimortalidad que le atañe, se calcula que, para el 2030, la depresión será la principal causa de carga de enfermedad a nivel global (3). El TDM, además de causar un grave deterioro funcional, también es responsable de afectar, de forma negativa, la relaciones sociales en desmedro de la calidad de vida (26). Se calcula que, en el 2019, la depresión causó 577.75 AVISA por cada 100 000 personas; mientras que, en el Perú, causó 355.22 AVISA por cada 100 000 habitantes, representando el 1.64% de todos los AVISA para el país, durante ese periodo (6). Por otro lado, el riesgo de suicidio, en quien padece de TDM, es 20 veces mayor que el de la población general (44). Se cree que dos terceras partes de las personas con TDM piensan en el suicidio como una opción y, el 10-15% lo llevan a cabo (26).

6.2.1.3 Factores de riesgo

El TDM es más frecuente en mujeres que en hombres, en una proporción de 2 a 1. Su inicio se sitúa alrededor de los 20 años y, posee un segundo pico

alrededor de los 50 años. Según algunos estudios, la, cada vez más frecuente, población joven con TDM estaría ligada al consumo de alcohol y otras drogas. Además, suele presentarse con mayor predisposición en los divorciados, viudos separados o sin relaciones interpersonales cercanas. Asimismo, es más frecuente en las zonas rurales que en las zonas urbanas; sin embargo, no se ha encontrado que, la raza o el nivel socioeconómico, generen alguna diferencia en la prevalencia de TDM (26,27).

Los factores genéticos tendrían un papel más preponderante en la depresión que se inicia de forma temprana en la vida, que en la de inicio tardío. Es así que, las personas con algún familiar de primer grado con depresión tienen tres veces el riesgo de desarrollar depresión, en comparación con la población general (42). También, la depresión puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. Por ejemplo, los eventos de la vida, los altos niveles de estrés, los traumas, los conflictos y dificultades interpersonales, la falta o disminución de apoyo social, la carga de los cuidadores y los problemas económicos también pueden actuar como catalizadores de la depresión (27,42).

En los ancianos, la depresión es más frecuente en aquellos con enfermedades médicas comórbidas, como son las enfermedades neurodegenerativas, con especial énfasis en la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson, los accidentes cerebrovasculares, la esclerosis múltiple, los trastornos convulsivos, el cáncer, la degeneración macular y el dolor crónico (26,42).

De la misma forma, comorbilidades psiquiátricas como: trastornos por consumo de sustancias, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno obsesivo-compulsivo suelen estar presentes en personas con TDM (26).

6.2.1.4 Fisiopatología

Existen varias teorías en torno al origen del TDM, entre ellas: la teoría de la alteración de la neurotransmisión monoaminérgica, según la cual, la deficiencia de monoaminas como serotonina, norepinefrina y dopamina explicarían la presencia de síntomas depresivos; la teoría de la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, donde el estrés actúa como catalizador, desencadenando un aumento de cortisol y un daño en áreas cerebrales a cargo de la generación, procesamiento, adaptación y aprendizaje emocional; la teoría de la neurogénesis y neuroplasticidad reducida, trayendo consigo una capacidad reducida de adaptación al cambio y, por último, la teoría de la disfunción de la conectividad de los circuitos neuronales que regulan el afecto (19).

6.2.1.5 Diagnóstico

Según el texto revisado de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR), los criterios para definir el TDM se basan en la presencia, marcada, de por lo menos cinco de nueve síntomas, casi todos los días, por un periodo mínimo de dos semanas, donde uno de ellos debe ser la anhedonia o el estado de ánimo depresivo, de tal forma que, dichos síntomas indiquen un cambio notable en el funcionamiento previo. El resto de síntomas considerados son: pérdida de peso sin explicación o disminución/aumento de apetito; insomnio o hipersomnia; agitación o retraso psicomotor; anergia o fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad desmedida/inapropiada; incapacidad para pensar/concentrarse o indecisión y, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida recurrente o intento suicida. El TDM puede, a su vez, clasificarse según gravedad en leve, moderado y severo, de acuerdo a la cantidad e intensidad de los síntomas, así como el grado de deterioro en el funcionamiento social o laboral y la discapacidad que pueda generar (43).

6.2.2 Características de los TCA

6.2.2.1 Concepto

Los TCA son trastornos crónicos que comprenden tanto el abuso como la dependencia de alcohol (17,30), configurándose en un espectro que va de lo leve hasta lo severo (45). Se caracterizan por la ausencia o reducción en la capacidad para controlar la ingesta de alcohol, la presencia de un patrón intenso, frecuentemente ascendente, de consumo de alcohol, pese a las repercusiones en la salud, en el ámbito familiar, amical, laboral y social, acompañado de un estado anímico negativo cuando no se ingiere alcohol, que puede llevar a un curso prolongado con alta tasa de recaídas (30).

6.2.2.2 Epidemiología

Los TCA son uno de los trastornos mentales más prevalentes (30). Se calcula que, la prevalencia de por vida para TCA es de 8.6% en la población general (31). Afectan al 1.38% de la población mundial; mientras que, en el Perú, afectan al 0.84% de la población, es decir, casi 1 de cada 100 peruanos presenta TCA. Si lo desagregamos por sexo, de los más de 108 millones de personas, en el mundo, con TCA, el 77% son varones y el 23% mujeres. Para el caso del Perú, ello significaría que, de todas las personas con TCA, el 56% son varones y el 44% mujeres, mostrando que, si bien los TCA son más frecuentes en hombres, hay cierta tendencia creciente en las mujeres. Por grupos etáreos, la prevalencia varía de tal forma que, en el mundo, los que más padecen TCA corresponden al grupo de 30-34 y 35-39 años, con una prevalencia de 2.5% y 2.51%, respectivamente; mientras que, en el caso de Perú, los más afectados se encuentran entre los 25-29 y 30-34 años de edad, con prevalencias de 1.61% y 1.54%, respectivamente. Entonces, por lo menos 1 de cada 100 peruanos de 25-34 años padecería de TCA (6). Además, se ha visto que los TCA son más prevalente en países de ingresos altos y medio

altos, pero más mortales en los de bajos ingresos (30,31).

Son causa importante de discapacidad, tanto por los daños físicos, mentales y sociales que pueden derivarse del consumo de alcohol, como por la dependencia ligada a esta sustancia (30,45). Se estima que, en el 2019, los TCA generaron 207.31 AVISA por cada 100 000 personas; mientras que, en el Perú, alcanzó los 112.72 AVISA por cada 100 000 personas, representando el 0.53% de AVISA en la nación, para ese año (6). De la misma forma, son una causa importante de mortalidad, ya sea de forma directa, por el desarrollo de afecciones como cardiopatías, hepatopatías, lesiones relacionadas al alcohol y, en primer lugar, por intoxicación alcohólica (30,45); como indirectamente, como factor de riesgo de suicidio. Se calcula que el riesgo de suicidio en una persona con TCA es de 2 a 3 veces el de una persona sin TCA (17). Por otro lado, se calcula que más de 168 000 personas, en el mundo, murieron directamente a causa de TCA durante el 2019. En el Perú, la tasa de mortalidad directa de TCA fue de 1 muerte por cada 100 000 habitantes, durante ese año (6).

6.2.2.3 Factores de riesgo

Los hombres desarrollan con más frecuencia TCA; sin embargo, son cada vez más las mujeres con este trastorno (30,31). Por otro lado, según la Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM), el ser joven (18-29 años), tener menores ingresos económicos, estar soltero/separado/viudo/divorciado y poseer menor grado de instrucción, se han asociado a una mayor probabilidad de desarrollar TCA a lo largo de la vida (31).

Mientras más temprano se inicie una persona en el consumo de alcohol, mayor es el riesgo de desarrollar un consumo problemático de alcohol. Según la literatura, el 40% de los que empezaron a consumir alcohol antes de los 15 años de edad se les diagnosticó con TCA en algún momento de sus vidas, comparándolo con el 10 % de los que comenzaron a consumir a partir de los 21 años en adelante (46). Por otro lado, según el estudio de la EMSM, el 15%

de personas con TCA a lo largo de la vida, lo desarrollarían antes de cumplir los 18 años (31).

Se conoce que los hijos de padres con TCA poseen de 3 a 4 veces más riesgo de padecer de TCA, en comparación con los hijos de padres sin TCA. Además, se cree que la genética y su interacción con el ambiente explicarían el 40-60% del riesgo de tener TCA (47).

La evidencia señala que los traumas vividos en la infancia y a lo largo de la vida, eventos adversos, factores estresantes crónicos y estados internos estresantes son factores de riesgo para el consumo de riesgo de alcohol y para el desarrollo de TCA, tanto en la adolescencia como en la vida adulta (46,48).

Entre los factores ambientales y sociales, que aumentan el riesgo de desarrollar y mantener los TCA, se encuentra la actitud permisiva de ciertos grupos culturales hacia el consumo de riesgo de alcohol e intoxicación alcohólica, que incluso facilita la adquisición de alcohol a bajo costo, otorgue aceptación social y fomente este tipo de consumo. De la misma forma, las expectativas en torno a los efectos positivos del alcohol en las interacciones sociales, en reducir la ansiedad y en mejorar el rendimiento sexual, contribuyen a un consumo más intenso de alcohol. Otros factores a considerar en el desarrollo de TCA, incluyen: un deficiente apoyo familiar, un pobre control parental sobre el consumo de alcohol, el patrón de consumo observado en familiares y en los pares; así como la disponibilidad de recursos económicos para costear el alcohol, prácticas y creencias religiosas, etc (30).

Los trastornos de salud mental también son un factor de riesgo para el desarrollo de TCA. Según un estudio de la EMSM, el 43.9% de personas con TCA a lo largo de la vida tenían al menos un trastorno de salud mental en algún momento de la misma; mientras que, el 17.9% con algún trastorno de salud mental a lo largo de su vida, padecían de TCA en algún momento de su vida y; mayormente, el trastorno mental precedía al inicio de TCA, con

excepción del TDM, donde fue más frecuente que apareciese primero el TCA y después el TDM (31).

6.2.2.4 Fisiopatología

Los TCA generan cambios en regiones cerebrales específicas como el mesencéfalo, sistema límbico corteza prefrontal y amígdala, las cuales están íntimamente vinculadas con los comportamientos motivados y con el control del estrés y la emotividad. Asimismo, tanto los mecanismos de reforzamiento positivo, que generan efectos deseables de gratificación, como los de reforzamiento negativo, en los que se busca evitar estados afectivos y fisiológicos negativos, juegan un papel preponderante en el consumo de alcohol. Estos mecanismos, a su vez, están mediados por un conjunto de neurotransmisores. Es así que la dopamina, los péptidos opioides, la serotonina, el ácido γ -aminobutírico (GABA) y los endocannabinoides median el reforzamiento positivo; mientras que, el aumento del factor liberador de corticotropina y los sistemas glutamatérgicos; así como la reducción en la transmisión de GABA, median el reforzamiento negativo. Además, el estar expuesto al alcohol, por un largo tiempo, genera cambios adaptativos en dichos neurotransmisores, siendo ello clave en la abstinencia de alcohol (49).

6.2.2.5 Diagnóstico

Para el DSM-5-TR, los TCA se conceptualizan en un patrón problemático de consumo de alcohol, aún por encima de sus consecuencias negativas en el aspecto biológico, psicológico, comportamental y social, por un periodo mínimo de 12 meses y, deben cumplir con un mínimo 2 de los 11 criterios establecidos durante ese periodo. Estos criterios son: consumo frecuente en mayor cantidad y/o tiempo del previsto; deseo persistente o esfuerzo fallido de abandonar/ controlar el consumo; exceso de tiempo dedicado a conseguir/consumir alcohol o recuperarse de sus efectos; deseo o ansia por

el consumo; consumo recurrente que lleva al incumplimiento de obligaciones en el hogar, escuela o trabajo; consumo continuado pese a efectos negativos, en lo social e interpersonal, a causa o favorecidos por el alcohol; abandono/reducción de actividades importantes sociales, profesionales o laborales en favor del consumo; consumo recurrente en situaciones de riesgo físico; consumo persistente pese a tener un problema físico, psicológico o recurrente, causado o exacerbado por el alcohol; tolerancia al alcohol y, abstinencia. Asimismo, la gravedad del trastorno está determinada por el número de criterios que están presentes, así se tiene TCA leves (2-3), moderados (4-5) o graves (6 o más) (30,43).

6.2.3 Asociación entre depresión y TCA

La presentación conjunta de depresión y TCA es altamente prevalente (3,50) y tener cualquiera de las dos, duplica el riesgo de padecer la otra (19). Se cree que en Estados Unidos, más del 44% de los que padecen un TDM presentarán TCA de forma comórbida en algún momento de su vida (3). Por otro lado, se considera que la prevalencia de TCA en personas con TDM es del 30% a lo largo de la vida (14).

La exacerbación mutua de estas patologías genera una mayor gravedad y comorbilidad médica-psiquiátrica para cada una de ellas. Asimismo, se ha asociado a una mayor tasa de utilización de servicios médicos, falta de vivienda, impulsividad, hostilidad, mayor agresión de por vida, síntomas depresivos graves e intento suicida en comparación con aquellos que únicamente tienen TDM (3). Además, la depresión y TCA comórbida tienen un peor pronóstico y una menor tasa de respuesta al tratamiento en comparación con cualquiera de los dos trastornos por separado (3,50).

La asociación entre depresión y TCA ha tratado de explicarse con varias teorías. La primera, acerca de los TCA como causa o desencadenante de los trastornos depresivos por medio de cambios en el metabolismo, cambios en

la función de los neurotransmisores o por las consecuencias derivadas de los TCA en la vida social. La segunda, la llamada hipótesis de la automedicación, sobre como los trastornos depresivos propiciarían un mayor consumo de alcohol como medio de regulación de las experiencias emocionales negativas, consumo que con el tiempo derivaría en TCA. Por último, la teoría de la superposición de la vulnerabilidad genética y los factores de riesgo ambientales en común, que jugarían a favor de la presentación de estas dos patologías en un mismo individuo. Independientemente de la teoría que se acepte, es claro que existe una asociación bidireccional entre la depresión y los TCA (1,3,18,19).

Pocos son los estudios que han tratado de averiguar si la asociación entre depresión y TCA puede verse modificada por variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel educativo, el estado civil, el área de residencia e ingresos económicos, entre otros (2,32–34).

Con respecto al sexo y la edad, una investigación en población tailandesa adolescente encontró que la asociación entre estado de ánimo depresivo y binge drinking fue más fuerte en las mujeres y en los más jóvenes (11 a 15 años) (32). En línea con ello, una encuesta aplicada a adolescentes de 16-18 años halló que la presencia de síntomas depresivos más severos se asoció con un inicio más precoz de consumo de alcohol, un consumo más frecuente y embriaguez (51). En la población adulta joven, un estudio longitudinal determinó que los síntomas depresivos predijeron posteriores problemas de alcohol durante 4 años en las mujeres; mientras que en los hombres no se cumplía esta condición. Asimismo, otro estudio en población de 18-29 años encontró que las mujeres tenían mayor probabilidad de desarrollar un TDM antes que TCA; mientras que en los hombres ocurría lo contrario. (1,51). Tres estudios en población brasileña adulta muestran distintos resultados, uno de ellos señala que la asociación entre síntomas depresivos graves y dependencia de alcohol fue significativamente mayor en mujeres (52). Otro, que la asociación entre depresión y heavy drinking episódico solo era significativa en mujeres, pero no en hombres (33) y, el último, mostró que la asociación entre depresión y heavy alcohol use solo se presentaba en varones de 18-59 años (34).

En relación al nivel educativo, existe una variedad de resultados, por un lado, una investigación en población estadounidense halló que los TCA aumentaban el riesgo de ocurrencia de trastornos depresivos, pero lo contrario no ocurría, además, al evaluar la asociación entre estas dos patologías, según niveles educativos, no se encontró ninguna asociación (18). Por otro lado, un estudio en población noruega determinó que solo las personas con bajo nivel educativo presentaban una asociación significativa entre síntomas depresivos y heavy drinking (53); mientras que, por el contrario, un estudio en población tailandesa encontró que la asociación entre TDM y TCA era significativa solo en personas con educación secundaria o superior (2).

Con respecto al estado civil, no se han hallado investigaciones que evalúen si el estado civil puede ser un modificador de la asociación entre depresión y TCA; sin embargo, considerando que las personas solteras, viudas, divorciadas o separadas son más proclives a tener trastornos mentales en comparación a aquellas que están con pareja (23,26,31), podría considerarse como un factor importante a tener en cuenta.

En relación al nivel socioeconómico, un estudio en población tailandesa determinó que la asociación entre TDM y TCA es más fuerte en personas que viven en un área urbana y que es significativa solo en quienes se encuentran en el tercio superior y tercio inferior de ingresos económicos (2). Por el contrario, una investigación en población brasileña demostró que solo existía asociación entre depresión y heavy drinking episódico en las personas con bajos ingresos económicos (33).

6.2.4 Depresión y TCA en el contexto de COVID-19

La pandemia de COVID-19 causó estragos a nivel internacional por sus especiales características: alta morbimortalidad, crisis sanitaria y socioeconómica sin precedentes, medidas extraordinarias para limitar el

contagio y la interrupción de actividades escolares y laborales. Por lo anteriormente expuesto, la pandemia de COVID-19 conlleva una serie de repercusiones en lo biológico, psicológico y social (36).

En cuanto a la salud mental, a partir de la información previa de otras epidemias, la vorágine de emociones y comportamientos negativos iniciales, durante y posteriores a la cuarentena y el aislamiento pueden transformarse, con el tiempo, en trastornos mentales, sobre todo en poblaciones vulnerables, y persistir por meses o años después de ocurrida (36).

En periodos iniciales de la pandemia, ya había estudios que señalaban un aumento en la prevalencia de trastornos mentales, incluyendo la depresión y los TCA (36).

Con respecto a la depresión, según la GBD del 2020, se estimaba que ese año la prevalencia mundial del TDM fuese de 193 millones y tuviese 38.7 millones de AVISA; sin embargo, luego del ajuste por la pandemia, las estimaciones alcanzaron los 246 millones de casos (27.6% adicional) y 49.4 millones de AVISA; siendo más afectadas las mujeres, las poblaciones jóvenes y los países de bajos y medianos ingresos (54,55). Se cree que la prevalencia de depresión aumentó en más del 25% en países de ingresos altos durante los primeros meses de pandemia (56). Un metaanálisis reveló que, a lo largo de los dos primeros años de pandemia, la prevalencia de síntomas depresivos fue del 22.9% en la población general y hasta del 32.5% en población vulnerables (57).

Asimismo, durante la pandemia, las personas con síntomas depresivos tenían mayor riesgo de presentar un consumo de alcohol excesivo, en comparación a quienes no tenían síntomas depresivos (20,39,40).

Por otro lado, en relación a los TCA, la literatura señala que la pandemia, sus restricciones y repercusiones han generado que las personas aumenten su consumo de sustancias, incluyendo el alcohol, o presenten recaídas (58). Durante el 2020, el consumo de alcohol se disparó, especialmente, en aquellas personas que tenían un consumo de riesgo (binge and heavy

drinking) como en aquellas que tenían TCA (48,59–61). Una encuesta telefónica realizada en Reino Unido, a inicios de la pandemia, entre personas con diagnóstico previo de TCA, evidenció que casi la cuarta parte de ellos aumento significativamente su consumo de alcohol (62). Asimismo, el mayor consumo de alcohol durante las primeras fases de la pandemia se ha asociado a una mayor probabilidad de tener síntomas depresivos (63).

En el Perú, durante el primer año de pandemia, la prevalencia de trastornos depresivos fue casi el triple en comparación a épocas prepandemia en la región de Lima Metropolitana; mientras que la prevalencia de TCA habría sido casi la mitad de la hallada en periodos previos a la pandemia (23), lo cual entraría en conflicto con otras investigaciones que demuestran un aumento del consumo de alcohol durante la pandemia (20,39,40,48,58–61), con un posible aumento de los TCA (23). Con respecto a los factores sociodemográficos, los grupos más afectados fueron los jóvenes, las mujeres en el caso de depresión y los hombres en el caso de TCA, las personas separadas, divorciadas y viudas, los de bajo nivel educativo, los que perdieron el trabajo por la pandemia y los pobres (23). Esta situación se vio agravada por las deficiencias de base en el sistema de atención de salud mental del país, donde la respuesta para controlar el impacto de la pandemia sobre la salud mental ha sido calificada como tardía, limitada y fragmentada (38).

En esta situación sin precedentes, han aparecido estudios que buscan evaluar la asociación entre síntomas depresivos y un mayor consumo de alcohol durante la pandemia y, establecer si dicha asociación se ve modificada por variables sociodemográficas (20,39,40). Al respecto, con la poca información con la que se cuenta, se ha evidenciado que esta asociación se hace más fuerte en las mujeres (20,39) y con la edad (39,40).

Las predicciones sobre la postpandemia apuntan que, en el mediano y largo plazo, habrá un aumento en el consumo de alcohol, lo que podría llevar al aumento de TCA (63). De la misma forma, se cree que la pandemia podría generar depresión en el largo plazo, sobre todo, en países de bajos y medianos ingresos con establecimientos de salud mental deficientes (56). Se

cree que esta crisis de salud mental se perpetuará por años, afectando a los más vulnerables (36), trayendo consigo una mayor demanda de recursos materiales y humanos para su atención (23).

6.3 Marco conceptual

- Síntomas depresivos: conjunto variado de síntomas que caracterizan a los trastornos depresivos o a la depresión. En este estudio son autoinformados.
- Consumo problemático de alcohol: hace alusión al concepto de trastornos por consumo de alcohol. Patrón de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo. Incluye un conjunto de síntomas comportamentales y físicos, entre los que se encuentran la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. Agrupa a las antiguas categorías de abuso y dependencia de alcohol (43). En este estudio es autoinformado.
- Abuso de alcohol: patrón desadaptativo de consumo de alcohol que provoca problemas, principalmente, de tipo social (64).
- Consumo nocivo de alcohol (harmful drinking): consumo repetido de alcohol que provoca daños físicos o psicológicos (64).
- Dependencia de alcohol: trastorno de regulación de consumo de alcohol. Se caracteriza por un fuerte impulso o deseo por consumir alcohol a pesar de sus consecuencias negativas. Se expresa en fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos como la abstinencia y la tolerancia al alcohol. Anteriormente, se utilizaba el término de alcoholismo o adicción al alcohol para definirla (64).
- Abstinencia de alcohol: conjunto de signos y síntomas que se

desarrollan a las pocas horas o a los pocos días de detener o disminuir el consumo, luego de haber ingerido alcohol de forma intensa y prolongada. Esta clínica incluye hiperactividad del sistema nervioso, diaforesis, taquicardia, temblor de manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas, agitación psicomotriz, ansiedad, convulsiones tónico-clónicas generalizadas, etc (43).

- Tolerancia al alcohol: necesidad de consumir cada vez mayores cantidades de alcohol para conseguir el efecto deseado (43).
- Consumo peligroso o de riesgo (hazardous drinking): patrón de consumo de alcohol episódico, diario o semanal que provoca un aumento significativo del riesgo de tener consecuencias negativas, agudas o crónicas, relacionadas al consumo de alcohol. Se considera un factor de riesgo para el consumo problemático de alcohol. Operativamente, se define como el consumo de más de 4 bebidas estándar (56 gramos) por ocasión (en 2 horas) o más de 14 bebidas estándar (196 gramos) por semana en caso de los hombres; mientras que para las mujeres se considera como el consumo de más de 3 bebidas estándar (42 gramos) por ocasión (en 2 horas) o más de 7 bebidas estándar (98 gramos) por semana (65).
- Heavy drinking: término frecuentemente usado sin una definición clara y aceptada. Algunos lo consideran un sinónimo del consumo peligroso o de riesgo. Puede hacer referencia tanto a un patrón de consumo a lo largo del tiempo o episódico. Algunas veces, ha sido definido operativamente como 5 o más bebidas estándar por ocasión (en 2 horas) en el último mes (heavy drinking episódico, también cumpliría con el criterio de binge drinking); otras veces, como más de 5 bebidas estándar en 5 o más ocasiones en el último mes (heavy alcohol use) (66).
- Binge drinking: consumo de 5 o más bebidas estándar (70 gramos) en

hombre o de 4 o más bebidas estándar en mujeres (56 gramos) por ocasión (en 2 horas). El resultado de este consumo lleva la concentración de alcohol en sangre a por lo menos 0.08% (0.08 g de alcohol por decilitro) (65).

- Bebida estándar o unidad estándar de alcohol: bebida que contiene 14 gramos de alcohol, representado en: 12 onzas de cerveza, 8 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor (65).

7. Formulación de la hipótesis

H1: Existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19.

H0: No existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio observacional, transversal analítico, correlacional y comparativo, a partir del análisis de datos secundarios.

2. Población

La población de estudio corresponde a la población peruana de 15 años a más que participó del llenado del Cuestionario de Salud de la ENDES del 2019, 2020, 2021 y 2022.

3. Marco muestral

La información estadística y cartográfica utilizada para crear el marco muestral provino de distintas fuentes, según el año en que se realizó cada ENDES. Así se tiene que para el 2019, la información se obtuvo de los Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda del 2007, así como de la actualización SISFOH 2012-2013. Para el 2020, no solo se tomó en cuenta las fuentes de la ENDES 2019, sino también la información obtenida de los Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda del año 2017. Mientras que para el 2021 y 2022, la información se obtuvo solo de los dos últimos censos descritos. Además, para cada ENDES se utilizó tanto el material cartográfico actualizado como el registro de edificios y viviendas (67–70).

4. Unidad de muestreo

Para el área urbana, la ENDES consideró el conglomerado y la vivienda particular como unidad primaria y secundaria de muestreo, respectivamente; mientras que para el área rural, consideró el conglomerado y área de empadronamiento rural como unidades primarias; mientras que la vivienda particular se mantuvo como unidad secundaria de muestreo.

5. Tipo de muestra

La ENDES utilizó una muestra bietápica, probabilística, estratificada, equilibrada e independiente a nivel departamental, así como por área urbana y rural.

6. Tamaño de la muestra

La muestra de este estudio la comprenden cuatro submuestras de cuatro ENDES consecutivas que participaron del llenado del Cuestionario de Salud. La primera de 34 971 personas (ENDES 2019), la segunda de 34 403 personas (ENDES 2020), la tercera de 34 115 personas (ENDES 2021), y la cuarta de 34 301 personas (ENDES 2022), teniendo un total de 137 790 personas incluidas.

7. Unidad de análisis

Persona de 15 años a más que haya participado del llenado del Cuestionario de Salud de la ENDES 2019, 2020, 2021 o 2022.

8. Criterios de selección

8.1 Criterios de inclusión:

- Persona de 15 años participante de la ENDES 2019, 2020, 2021 o 2022 que hayan respondido a las variables de interés.

8.2 Criterios de exclusión:

- Persona con ausencia de datos para las variables de interés.
- Persona con datos incompletos para las variables de interés.

9. Variables

Variable Independiente:

- Síntomas depresivos

Variable Dependiente:

- Consumo problemático de alcohol

Covariables:

- Sexo
- Edad
- Nivel educativo
- Estado civil
- Área de residencia
- Región natural
- Índice de riqueza

10. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Codificación	Naturaleza y Escala	Técnica e instrumento de recolección
Síntomas depresivos	Conjunto de síntomas presente en los trastornos afectivos caracterizados por un ánimo triste o por la pérdida de interés o placer en actividades habituales, acompañado de cambios somáticos y cognitivos	Puntaje obtenido del PHQ-9 de 10 o más	-	Registro de la ENDES: QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I	0: No 1: Si	Cualitativa Nominal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022
Consumo problemático de alcohol	Patrón de consumo de alcohol caracterizado por una pérdida de control en la ingesta, beber aún por encima de sus consecuencias adversas y por un estado emocional negativo	Puntaje obtenido del CID1 3.0 de 2 o más, previa respuesta afirmativa al indicador QS209	Abuso de alcohol	Registro de la ENDES: QS713, QS714, QS716	0: No 1: Si	Cualitativa Nominal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022
			Dependencia de alcohol	Registro de la ENDES: QS719, QS720, QS721, QS722, QS723, QS724, QS725, QS726, QS727, QS728, QS729			
Sexo	Condición orgánica que distingue entre lo masculino y lo femenino	Sexo biológico consignado en la encuesta	-	Registro de la ENDES: QSSEXO	0: Mujer 1: Hombre	Cualitativa Nominal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022
Edad	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento	Número de años cumplidos consignado en la encuesta	-	Registro de la ENDES: QS23	1: 15-29 2: 30-44 3: 45-59 4: 60 a más	Cuantitativa Ordinal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022
Nivel educativo	Grado más elevado de estudios alcanzado	Mayor grado de estudio obtenido consignado en la encuesta	-	Registro de la ENDES: HV106	0: Ninguna/preescolar 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior	Cualitativa Ordinal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022

Estado civil	Situación de una persona en función de si tiene o no una pareja y su situación legal respecto a ella	Estado civil consignado en la encuesta	-	Registro de la ENDES: HV115	1: Soltero(a) 2: Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado(a) 3: Casado(a)/Conviviente	Cualitativa Nominal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022
Área de residencia	Área geográfica que se diferencia por el grado de concentración de la población, estilo de vida y grado de urbanización	Tipo de zona urbana o rural en donde vive consignado en la encuesta	-	Registro de la ENDES: HV025	0: Urbano 1: Rural	Cualitativa Nominal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022
Región natural	Región geográfica tradicional del Perú que se diferencia por sus características de clima y vegetación	Región natural del Perú en donde vive consignada en la encuesta	-	Registro de la ENDES: SHREGION	1: Lima Metropolitana 2: Resto de Costa 3: Sierra 4: Selva	Cualitativa Nominal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022
Índice de riqueza	Indicador del grado de abundancia de recursos que posee una persona	Nivel socioeconómico al que pertenece según la encuesta	-	Registro de la ENDES: HV270	1: Muy pobre 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Muy rico	Cualitativa Ordinal	Datos obtenidos de la base de datos de la ENDES 2019, 2020, 2021 y 2022

11. Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), entidad a cargo de la realización de la ENDES, fue la entrevista directa y la entrevista telefónica mediante personal previamente capacitado.

Para medir las variables sociodemográficas, la ENDES realizó preguntas directas de las variables de interés. En este estudio, estas fueron seleccionadas en base a la literatura previa (21–25,28,29).

Para medir los síntomas depresivos, la ENDES utilizó el instrumento Patient Health Questionnaire (PHQ-9), el cual está validado como método de tamizaje de depresión en la población peruana (71). Consta de nueve preguntas que evalúan la presencia de síntomas depresivos en la últimas dos semanas, las que están codificadas como: QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H y QS700I. A cada pregunta se le asigna un valor de 0 a 3 puntos, siendo el total mínimo a obtener 0 y el máximo 27 puntos. Para considerar la presencia de síntomas depresivos se utilizó un punto de corte de ≥ 10 puntos, valor considerado ideal según investigaciones previas (21,22). A continuación, se detalla cómo cada pregunta se correspondía a un criterio del DSM-5-TR (43).

Criterio DSM-5-TR	Registro ENDES	Pregunta
Anhedonia	QS700A	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?
Estado de ánimo depresivo	QS700B	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?
Insomnio o hipersomnía	QS700C	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?
Anergia o fatiga	QS700D	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?
Hiporexia o Hiperfagia	QS700E	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Poco apetito o comer en exceso?
Incapacidad para pensar o concentrarse	QS700F	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?

Agitación o retraso psicomotor	QS700G	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?
Pensamientos de muerte o ideación o intento suicida	QS700H	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?
Sentimientos de culpa o inutilidad	QS700I	En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como: ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?

Para medir el consumo problemático de alcohol, la ENDES utilizó la sección de “Trastornos debidos al consumo de alcohol” de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) en su versión 3.0, la cual está ampliamente validada a nivel internacional para el tamizaje de diversos trastornos mentales, incluyendo trastornos por consumo de alcohol (72–74). Para poder aplicar este instrumento, previamente, se debe responder de forma afirmativa a una pregunta filtro, la que es condición necesaria para poder proseguir con el resto de preguntas, según está estipulado en el CIDI. A continuación, se detalla la pregunta filtro.

Registro ENDES	Pregunta
QS209	¿En los últimos 12 meses, usted tomó bebidas alcohólicas o licor 12 veces o más?

El cuestionario de salud de la ENDES consta de dieciséis preguntas para evaluar el consumo problemático de alcohol, de las que solo se tomó en cuenta catorce, ya que una de ellas no añade mayor información o puntuación (QS715), mientras que la otra, actualmente, ya no es parte de los criterios diagnósticos (QS717). Estas preguntas evalúan la presencia de consumo problemático de alcohol en los últimos 12 meses y se encuentran codificadas como: QS713, QS714, QS716, QS719, QS720, QS721, QS722, QS723, QS724, QS725, QS726, QS727, QS728 y QS729. A cada pregunta se podía responder con un “sí”, “no”, “no sabe/no recuerda” o “rehusarse a responder”. La presencia de consumo problemático de alcohol se definió por una respuesta positiva a al menos 2 de los 11 criterios diagnósticos del DSM-5-TR (43), previa respuesta afirmativa a la pregunta filtro QS209. A continuación,

se detalla cómo cada una de las 14 preguntas se correspondía con los 11 criterios.

Criterio DSM-5-TR	Registro ENDES	Pregunta
Incumplimiento de obligaciones	QS713	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que la bebida o la resaca le dificultaron realizar sus actividades o sus responsabilidades en los estudios, en el trabajo o en la casa?
Problemas sociales o interpersonales	QS714	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que el consumo de alcohol le provocó discusiones u otros problemas con su familia, amigos, vecinos o compañeros de trabajo?
Consumo en situaciones de riesgo	QS716	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que estuvo bajo los efectos del alcohol en situaciones en las que podía hacerse daño, por ejemplo andando en bicicleta, manejando auto, manejando una máquina o en cualquier otra situación?
Deseo o ansia	QS719	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo tantas ganas de beber que no pudo resistirse a tomar una copa o le resultó difícil pensar en otra cosa?
Tolerancia	QS720	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos que necesitó beber más cantidad de alcohol para sentir el mismo efecto, o notó que ya no conseguía "ponerse alegre" con la misma cantidad que bebía habitualmente?
Abstinencia	QS721	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo síntomas como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales cuando bebió menos, dejaba de beber o estaba sin beber?
	QS722	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tomó un vaso, copa o botella para evitar tener problemas como los mencionados anteriormente?
Mayor consumo en cantidad o tiempo del previsto	QS723	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que continuó bebiendo a pesar de que se había prometido que no lo haría, o bebió mucho más de lo que se había propuesto?
	QS724	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que bebió más frecuentemente o durante más días seguidos de lo que se había propuesto?
	QS725	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que empezó a beber y se emborrachó cuando no quería hacerlo?
Esfuerzos fallidos de abandono o de control de consumo	QS726	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que intentó beber menos o dejar de beber y no pudo hacerlo?
Exceso de tiempo empleado	QS727	¿En los últimos 12 meses, hubieron periodos de varios días o más en los que pasó tanto tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol que casi no le quedaba tiempo para nada más?
Abandono de actividades	QS728	¿En los últimos 12 meses, tuvo un periodo de un mes o más en que dejó de hacer actividades importantes (como trabajar, estudiar, ver a amigos, familiares o practicar deportes), o las redujo considerablemente a causa de la bebida?
Problemas físicos o psicológicos	QS729	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que siguió bebiendo aunque sabía que tenía un problema físico o emocional grave que podría haber sido provocado o empeorado por la bebida?

12. Plan de recolección de datos

La data utilizada en el presente estudio fue extraída del Cuestionario del Hogar y del Cuestionario de Salud de la ENDES del 2019, 2020, 2021 y 2022; información que se encuentra disponible públicamente para su descarga en el portal del INEI: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>

Las bases de datos se descargaron e importaron al programa IBM SPSS Statistics versión 26, seguidamente, se procedió a la fusión de bases según la metodología descrita para el tratamiento de datos de la ENDES por Hernández-Vásquez (75). Luego, se calcularon las variables de síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en función de la definición operacional que se proporcionó a cada una. A continuación, se recategorizó algunas variables como se muestra en la tabla de operacionalización de variables. Finalmente, se filtró y depuró la base de datos para que contuviera las variables de interés. Este procedimiento se efectuó por separado para cada una de las submuestras de las cuatros ENDES consecutivas tomadas en esta investigación.

13. Plan de análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el programa Stata versión 15.0. Para cada uno de los análisis se tomó en consideración el diseño muestral complejo de la ENDES y sus factores de ponderación, con el fin de que los resultados obtenidos sean representativos de la población peruana.

En el análisis univariado se utilizó las frecuencias absolutas y porcentajes ponderados para expresar la prevalencia de las variables del estudio. En el análisis bivariado se utilizó la prueba F corregida para determinar la existencia de relación entre síntomas depresivos, consumo problemático de alcohol y cada una de las variables sociodemográficas, siendo estadísticamente significativo cuando el valor p resultante fue <0.05 .

Para determinar la fuerza de asociación (global) entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, se calculó la razón de prevalencia cruda (RPc) y ajustada (RPa) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%), utilizando la regresión de Poisson. Luego, bajo el mismo modelo, se realizó un análisis estratificado por subgrupos para determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según cada variable sociodemográfica, determinando sus RPc y RPa con sus respectivos intervalos de confianza. Se consideró que las medidas de asociación por subgrupos fueron significativas, cuando el valor p de los términos de interacción introducidos en el modelo fue <0.05 para al menos una de las categorías de la variable sociodemográfica analizada.

El plan de análisis se realizó por separado para cada una de las submuestras consideradas en este estudio. Finalmente, se realizó comparaciones de las razones de prevalencia ajustadas, a nivel global y de subgrupos, antes (2019) y durante (2020, 2021 y 2022) el contexto COVID-19; considerando que existió variación significativa entre años y subgrupos, cuando el grado de solapamiento de los intervalos de confianza no superó el 25%.

Las tablas y gráficos utilizados para presentar los resultados se realizaron en el programa Excel versión 2013 de Microsoft Office.

14. Consideraciones éticas

La información necesaria para el estudio se obtuvo de una fuente secundaria, la que se encuentra disponible para la población general y contó con los consentimientos informados necesarios (ver anexos), por lo que no se vulneró ningún principio ético. Además, se tuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (ver anexos).

CAPÍTULO III: RESULTADOS

De un total de 137 790 personas de 15 años en adelante que participaron del Cuestionario de Salud de la ENDES durante el 2019 al 2022, se excluyeron a 8156 personas por no contar con datos completos sobre las variables de interés; asimismo, hubieron 79 pérdidas debido a la imposibilidad de clasificarlas en base a la presencia o ausencia de consumo problemático de alcohol (Figura 1). Para el análisis se consideraron un total de 129 555 personas, las cuales estaban distribuidas según año de realización de la ENDES en 33 372 personas (ENDES 2019), 32 181 personas (ENDES 2020), 32 114 personas (ENDES 2021) y 31 888 personas (ENDES 2022).

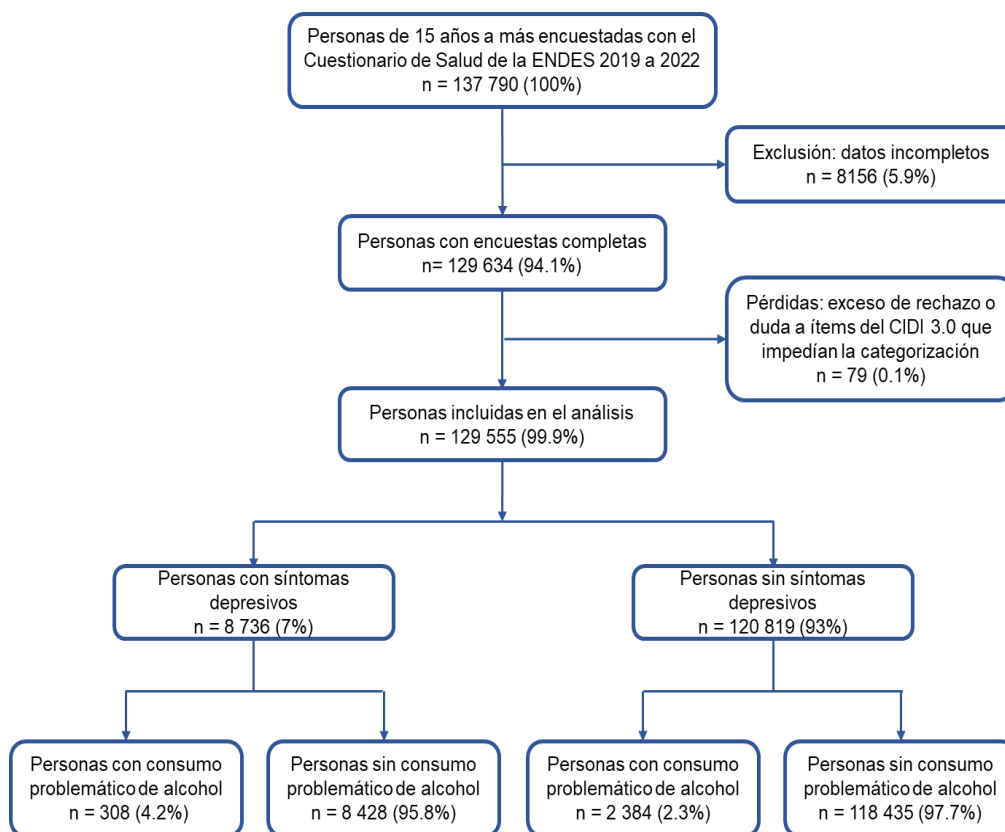


Figura 1. Flujograma de selección de participantes del estudio. Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

1. Características de la población de estudio

En la tabla 1 se muestra las frecuencias absolutas y relativas de las variables de interés, antes (2019) y durante (2020-2022) contexto COVID-19.

Las mujeres constituyeron el sexo más frecuentemente entrevistado en los cuatro años de estudio, con un porcentaje aproximado del 52%; mientras que el grupo de edad predominante fue el de 15-19 años con un 32%, el cual se mantuvo relativamente constante en todos los años; mientras que el grupo de edad menos presente fue el de 60 años a más (17%).

Con respecto al nivel educativo, la población con educación secundaria fue la más prevalente con 43.4% en el 2019; experimentando un incremento de tres puntos porcentuales en el 2020 (46.2%) y un ligero aumento en el 2021 y 2022. Por otro lado, las personas con otro nivel de educación sufrieron un leve descenso en su proporción durante la pandemia. En relación al estado civil, las personas casadas o convivientes constituyeron el 62% de la población antes de la pandemia, con una baja de casi 3% en los años subsiguientes; mientras que la población viuda/divorciada/separada aumentó en similar proporción.

El área de residencia más usual fue la urbana con un 80.8% para el 2019, con un relativo aumento porcentual para el 2022, en decremento del área rural. Asimismo, la mayoría de encuestados pertenecía a la región de Lima metropolitana, con un descenso de 2.6 puntos porcentuales en el 2021 en relación al 2019 (38%). En contraposición, hubo un aumento de la población del resto de Costa y la Selva para dicho año. Por otro lado, la población del estrato pobre era la más común antes de la pandemia (21.2%), seguida de la de estrato medio (20.7%); mientras que para el 2020 en adelante, se invirtieron los lugares.

La prevalencia de síntomas depresivos durante el 2019 fue de 6.8%, la cual sufrió una leve caída en 2020, para luego aumentar gradualmente hasta el 8%. Por otro lado, la prevalencia de consumo problemático de alcohol fue de

3.2% en 2019, con una reducción en 2020, recuperando su valor posteriormente.

Tabla 1. Características de la población de estudio, antes y durante contexto COVID-19 (n=129 555).

Características	Antes		Durante					
	2019 (n=33 372)		2020 (n= 32 181)		2021 (n= 32 114)		2022 (n= 31 888)	
	n	(%)*	n	(%)*	n	(%)*	n	(%)*
Sexo								
Mujer	19 191	51.6	17 363	51.6	18 410	51.7	18 183	52.0
Hombre	14 181	48.4	14 818	48.4	13 704	48.3	13 705	48.0
Edad								
15-29	10 690	32.0	9 871	32.0	10 744	32.6	10 457	32.1
30-44	11 782	29.6	11 150	29.5	12 149	29.2	11 946	29.3
45-59	5 719	21.2	6 165	21.2	5 098	21.1	5 189	21.3
60 a más	5 181	17.2	4 995	17.3	4 123	17.1	4 296	17.3
Nivel educativo								
Ninguna, preescolar	1 685	3.7	1 383	3.3	1 221	3.4	1 212	3.2
Primaria	8 100	19.6	7 375	17.9	6 845	18.3	6 964	18.2
Secundaria	14 196	43.4	14 544	46.2	14 903	46.6	14 650	46.9
Superior	9 391	33.3	8 879	32.6	9 145	31.7	9 062	31.7
Estado civil								
Soltero(a)	6 039	22.1	6 748	24.6	5 755	21.7	5 687	21.8
Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado(a)	5 347	15.9	5 197	16.2	5 524	18.6	5 630	18.6
Casado(a)/Conviviente	21 986	62.0	20 236	59.2	20 835	59.7	20 571	59.6
Área de residencia								
Urbano	21 578	80.8	20 691	80.6	20 712	80.8	20 562	81.6
Rural	11 794	19.2	11 490	19.4	11 402	19.2	11 326	18.4
Región natural								
Lima metropolitana	3 815	38.0	3 610	37.9	3 828	35.4	3 655	37.1
Resto de Costa	9 353	25.4	9 010	25.1	8 951	26.9	8 904	25.9
Sierra	12 429	24.5	11 975	24.7	11 439	24.6	11 518	24.2
Selva	7 775	12.1	7 586	12.3	7 896	13.1	7 811	12.8
Índice de riqueza								
Muy pobre	10 812	18.5	10 406	18.4	10 508	18.9	10 372	18.7
Pobre	8 491	21.2	8 071	20.5	8 073	20.4	8 177	20.5
Medio	6 023	20.7	6 027	21.2	5 823	20.8	5 928	21.0
Rico	4 561	19.9	4 428	20.2	4 525	20.0	4 293	20.4
Muy rico	3 485	19.7	3 249	19.7	3 185	19.9	3 118	19.4
Síntomas depresivos								
Si	2 386	6.8	1 980	6.3	2 063	6.9	2 307	8.0
No	30 986	93.2	30 201	93.7	30 051	93.1	29 581	92.0
Consumo problemático de alcohol								
Si	926	3.2	369	1.3	565	2.2	832	3.1
No	32 446	96.8	31 812	98.7	31 549	97.8	31 056	96.9

* Porcentajes ponderados.

Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

2. Características de la población de estudio según la presencia de síntomas depresivos, antes y durante contexto COVID-19

En la tabla 2 se describe el análisis bivariado entre síntomas depresivos y el resto de variables de estudio para cada año considerado.

La proporción de síntomas depresivos fue poco más del doble en las mujeres (9.4%) comparada con la de los hombres (4.1%) antes de la pandemia, manteniendo esta relación en el 2020 y 2021, mientras que para el 2022 esta proporción fue de casi el triple en favor de las mujeres (11.5% versus 4.2%).

El grupo más afectado por los síntomas depresivos durante los cuatro años de estudio fue el de 60 años a más; aunque, el que ha sufrido mayor aumento en su prevalencia es el grupo de 15 a 29 años, con un 4.8% en el 2019 a un 7.1% en el 2022.

Las personas con educación primaria, preescolar o ninguna educación fueron las que más frecuentemente padecían síntomas depresivos de forma constante entre el 2019 y el 2022; no obstante, estas personas experimentaron un descenso en sus cifras durante los años de pandemia, en comparación con las personas con educación secundaria o superior que aumentaron sus cifras en ese periodo.

Considerando el estado civil, los viudos/divorciados/separados constituyeron el grupo con mayor presencia de síntomas depresivos antes y durante el contexto de COVID-19. Tanto este grupo como el de solteros han tenido un aumento en su prevalencia de más de dos puntos porcentuales cada uno, pasando de 11.9% en el 2019 a 14% en el 2022 y de 5.5% en el 2019 a 8.3% en el 2022, respectivamente.

La población peruana del área rural tuvo más síntomas depresivos que la que residía en el área urbana antes de la pandemia (9.2% versus 6.2%); aunque, para el 2022 las personas de ambas áreas poseían la misma proporción (8%).

La Sierra fue la región natural que albergó a la mayor cantidad de habitantes con síntomas depresivos en los cuatro años de estudio (9-10%), pero la región que mayores cambios ha tenido de prevalencia, en los años de pandemia, ha sido la región de Lima metropolitana, la cual pasó de 6.1% en el 2019 a 7.9% en el 2022.

Las personas pobres (7.1%) y muy pobres (9.2%) fueron las que padecían de síntomas depresivos con más frecuencia en el 2019; no obstante, las personas ricas y muy ricas son las que más aumentaron sus porcentajes durante la pandemia, de 6.6% a 8.4% y de 4.7% a 6.7%, respectivamente.

Entre las personas con consumo problemático de alcohol, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 8.8% durante el 2019, aumentando progresivamente durante la pandemia hasta llegar a un pico de 14.1% en el 2021, para posteriormente disminuir a 7.8% en el 2022.

Las variables sociodemográficas que mostraron ser estadísticamente significativas con los síntomas depresivos, tanto antes como durante la pandemia de COVID-19, fueron: el sexo, la edad, el nivel educativo, el estado civil y la región natural ($p < 0.001$). Por otro lado, el área de residencia solo mantuvo significancia a nivel estadístico con los síntomas depresivos durante el 2019 ($p < 0.001$); mientras que el índice de riqueza también la tuvo el primer año de pandemia ($p = 0.007$).

Con respecto al consumo problemático de alcohol, los síntomas depresivos no tuvieron una relación estadísticamente significativa con este ni antes ni durante el primer año de ocurrencia de la pandemia; sin embargo, en el 2021 y 2022 se asociaron de forma significativa desde la perspectiva estadística ($p < 0.001$).

Tabla 2. Características de la población de estudio según la presencia de síntomas depresivos, antes y durante contexto COVID-19 (n=129 555).

Características	Antes										Durante									
	2019 (n=33 372)					2020 (n= 32 181)					2021 (n= 32 114)					2022 (n= 31 888)				
	No		Si		F corregida, p	No		Si		F corregida, p	No		Si		F corregida, p	No		Si		F corregida, p
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Sexo																				
Mujer	17 460	90.6	1 731	9.4	149.21	15 963	91.7	1 400	8.3	89.43	16 918	90.7	1 492	9.3	123.34	16 444	88.5	1 739	11.5	213.84
Hombre	13 526	95.9	655	4.1	<0.001	14 238	95.9	580	4.1	<0.001	13 133	95.6	571	4.4	<0.001	13 137	95.8	568	4.2	<0.001
Edad																				
15-29	10 188	95.2	502	4.8		9 454	95.5	417	4.5		10 197	93.8	547	6.2		9 839	92.9	618	7.1	
30-44	11 211	95.4	571	4.6	69.33	10 640	95.2	510	4.8	40.54	11 511	94.7	638	5.3	18.71	11 295	94.8	651	5.2	43.59
45-59	5 194	91.8	525	8.2	<0.001	5 685	92.8	480	7.2	<0.001	4 708	92.2	390	7.8	<0.001	4 757	91.3	432	8.7	<0.001
60 a más	4 393	87.4	788	12.6		4 422	89.0	573	11.0		3 635	89.9	488	10.1		3 690	86.4	606	13.6	
Nivel educativo																				
Ninguna, preescolar	1 342	81.0	343	19.0		1 144	82.7	239	17.3		1 026	84.1	195	15.9		1 002	82.0	210	18.0	
Primaria	7 220	88.7	880	11.3	103.19	6 814	91.8	561	8.2	49.10	6 308	91.3	537	8.7	28.40	6 333	89.5	631	10.5	42.80
Secundaria	13 424	94.0	772	6.0	<0.001	13 765	94.0	779	6.0	<0.001	14 025	93.3	878	6.7	<0.001	13 634	91.6	1 016	8.4	<0.001
Superior	9 000	96.1	391	3.9		8 478	95.6	401	4.4		8 692	94.7	453	5.3		8 612	95.0	450	5.0	
Estado civil																				
Soltero(a)	5 722	94.5	317	5.5	48.82	6 422	94.7	326	5.3	48.04	5 401	93.0	354	7.0	37.79	5 266	91.7	421	8.3	70.92
Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado(a)	4 609	88.1	738	11.9	<0.001	4 596	88.9	601	11.1	<0.001	4 882	88.9	642	11.1	<0.001	4 894	86.0	736	14.0	<0.001
Casado(a)/Conviviente	20 655	94.0	1 331	6.0		19 183	94.6	1 053	5.4		19 768	94.4	1 067	5.6		19 421	94.0	1 150	6.0	
Área de residencia																				
Urbano	20 292	93.8	1 286	6.2	47.25	19 461	93.8	1 230	6.2	1.40	19 366	92.9	1 346	7.1	2.27	19 103	92.0	1 459	8.0	0.02
Rural	10 694	90.8	1 100	9.2	<0.001	10 740	93.3	750	6.7	0.236	10 685	93.6	717	6.4	0.132	10 478	92.0	848	8.0	0.894
Región natural																				
Lima metropolitana	3 595	93.9	220	6.1		3 405	94.7	205	5.3		3 562	93.0	266	7.0		3 386	92.1	269	7.9	
Resto de Costa	8 834	94.1	519	5.9	18.22	8 516	93.6	494	6.4	14.10	8 488	94.3	463	5.7	13.12	8 348	93.1	556	6.9	9.52
Sierra	11 215	90.6	1 214	9.4	<0.001	11 033	91.7	942	8.3	<0.001	10 504	91.0	935	9.0	<0.001	10 509	90.0	1 009	10.0	<0.001
Selva	7 342	94.4	433	5.6		7 247	95.3	339	4.7		7 497	94.5	399	5.5		7 338	93.5	473	6.5	
Índice de riqueza																				
Muy pobre	9 766	90.8	1 046	9.2		9 696	93.1	710	6.9		9 810	92.9	698	7.1		9 560	91.0	812	9.0	
Pobre	7 907	92.9	584	7.1	10.22	7 604	93.7	467	6.3	3.62	7 567	93.2	506	6.8	1.73	7 581	92.0	596	8.0	2.01
Medio	5 663	93.5	360	6.5	<0.001	5 661	93.2	366	6.8	0.007	5 433	92.2	390	7.8	0.148	5 505	92.1	423	7.9	0.097
Rico	4 326	93.4	235	6.6		4 157	93.3	271	6.7		4 241	92.9	284	7.1		4 014	91.6	279	8.4	
Muy rico	3 324	95.3	161	4.7		3 083	95.3	166	4.7		3 000	94.1	185	5.9		2 921	93.3	197	6.7	
Consumo problemático de alcohol																				
Si	830	91.2	96	8.8	3.20	340	90.6	29	9.4	2.45	489	85.9	76	14.1	16.35	725	92.2	107	7.8	17.70
No	30 156	93.3	2 290	6.7	0.074	29 861	93.8	1 951	6.2	0.118	29 562	93.2	1 987	6.8	<0.001	28 856	85.5	2 200	14.5	<0.001

* Porcentajes ponderados.

Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

3. Características de la población de estudio según la presencia de consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19

En la tabla 3 se describe el análisis bivariado entre consumo problemático de alcohol y el resto de variables analizadas, según año de estudio.

El porcentaje de consumo problemático de alcohol fue mayor en hombres que en mujeres para los cuatro años analizados; aunque, la proporción con la que se veían afectados los hombres fue más de 8 veces la de mujeres antes de la pandemia (5.9% versus 0.7%); mientras que para el 2022 esta proporción fue más de 5 veces en favor de los hombres (5.4% versus 1.0%).

El grupo etáreo más afectado por el consumo problemático de alcohol en el periodo 2019-2022 fue el de 15-29 años; sin embargo, el que ha tenido un mayor aumento en su prevalencia fue el grupo de 60 años a más, con un 0.8% en el 2019 a un 1.2% en el 2022.

Las personas con educación superior fueron las que mayormente padecieron de consumo problemático de alcohol en el 2019 (4.2%), seguidas por las que tenían educación secundaria (3.5%); no obstante, durante la pandemia, los de educación secundaria tomaron el primer lugar, desplazando a los de educación superior con 3.9% y 3.1% para el 2022, respectivamente.

En relación al estado civil, las personas solteras poseían mayor presencia de consumo problemático de alcohol en el periodo 2019-2022; aunque, las personas viudas/divorciadas/separadas son las únicas que tuvieron un aumento en su prevalencia al comparar el 2019 (2.2%) con el 2022 (2.5%).

Los pobladores del área urbana tuvieron un mayor consumo problemático de alcohol que los del área rural a lo largo de los cuatro años de estudio, experimentando un descenso de sus valores prepandemia (3.5% y 2%, respectivamente) durante el 2020-2021, para finalmente volver a sus valores

basales en el 2022.

Para el 2019, todas las regiones naturales tenían prácticamente la misma prevalencia de consumo problemático de alcohol (3.2%); aunque, para el 2022, Lima metropolitana tenía la mayor prevalencia (3.5%), seguida por la Selva (3.2%).

Con respecto al índice de riqueza, los que pertenecían al nivel rico (4.4%) y medio (3.7%), durante el 2019, padecían de consumo problemático de alcohol con más frecuencia; no obstante, los porcentajes del nivel pobre, medio y rico fueron los mismos (3.5%) en el 2022.

Entre las personas con síntomas depresivos, la prevalencia de consumo problemático de alcohol fue de 4.1% durante el 2019, en el primer año de pandemia disminuyó a 2.0%, para luego ir aumentando hasta alcanzar un pico de 5.6% en el 2022.

El sexo, la edad, el nivel educativo, el área de residencia y el índice de riqueza fueron estadísticamente significativos con el consumo problemático de alcohol, tanto antes como durante la pandemia ($p < 0.001$). Por otro lado, el estado civil tuvo significancia estadística con el consumo problemático de alcohol durante el 2019 ($p < 0.001$) y 2022 ($p = 0.033$); mientras que la región natural solo la tuvo el primer año de pandemia ($p = 0.002$).

En torno a los síntomas depresivos, el consumo problemático de alcohol no guardó una relación estadísticamente significativa con ellos en el 2019 ni durante el primer año pandemia; sin embargo, en el 2021 y 2022 si se asociaron de forma significativa desde el punto de vista estadístico ($p < 0.001$).

Tabla 3. Características de la población de estudio según la presencia de consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19 (n=129 555).

Características	Antes										Durante									
	2019 (n=33 372)					2020 (n=32 181)					2021 (n=32 114)					2022 (n=31 888)				
	No		Si		F	No		Si		F	No		Si		F	No		Si		F
	(n=32 446)	(n = 926)	corregida,	(n = 1 812)	(n = 369)	corregida,	(n=31 549)	(n=565)	corregida,	(n=31 056)	(n=832)	corregida,								
n	(%)*	n	(%)*	p	n	(%)*	n	(%)*	p	n	(%)*	n	(%)*	p	n	(%)*	n	(%)*	p	
Sexo																				
Mujer	19 073	99.4	118	0.7	383.84	17 298	99.5	65	0.5	63.39	18 333	99.4	77	0.6	108.15	18 040	99.0	143	1.0	187.97
Hombre	13 373	94.1	808	5.9	<0.001	14 514	97.7	304	2.3	<0.001	13 216	96.2	488	3.8	<0.001	13 016	94.6	689	5.4	<0.001
Edad																				
15-29	10 340	95.5	350	4.5		9 726	98.0	145	2.0		10 521	97.0	223	3.0		10 114	95.8	343	4.2	
30-44	11 390	96.3	392	3.7	23.87	10 990	98.3	160	1.7	11.27	11 918	97.7	231	2.3	11.46	11 611	96.4	335	3.6	12.36
45-59	5 579	97.5	140	2.5	<0.001	61 19	99.2	46	0.8	<0.001	5 011	98.0	87	2.0	<0.001	5 085	97.7	104	2.3	<0.001
60 a más	5 137	99.2	44	0.8		4 977	99.7	18	0.3		4 099	99.4	24	0.6		4 246	98.8	50	1.2	
Nivel educativo																				
Ninguna, preescolar	1 679	99.6	6	0.4		1 377	99.7	6	0.3		1 220	99.9	1	0.1		1 210	99.8	2	0.2	
Primaria	7 995	98.7	105	1.3	21.57	7 339	99.6	36	0.4	12.55	6 780	98.7	65	1.3	55.89	6 863	98.4	101	1.6	16.50
Secundaria	13 768	96.5	428	3.5	<0.001	14 350	98.3	194	1.7	<0.001	14 607	97.5	296	2.5	<0.001	14 214	96.1	436	3.9	<0.001
Superior	9 004	95.8	387	4.2		8 746	98.5	133	1.5		8 942	97.6	203	2.4		8 769	96.9	293	3.1	
Estado civil																				
Soltero(a)	5 830	95.9	209	4.1	7.11	6 650	98.3	98	1.7	2.59	5 639	97.5	116	2.5	1.90	5 483	96.1	204	3.9	3.42
Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado(a)	5 235	97.8	112	2.2	<0.001	5 155	99.1	42	0.9	0.075	5 439	98.3	85	1.7	0.151	5 514	97.5	116	2.5	0.033
Casado(a)/Conviviente	21 381	96.9	605	3.1		20 007	98.7	229	1.3		20 471	97.8	364	2.2		20 059	97.0	512	3.0	
Área de residencia																				
Urbano	20 874	96.5	704	3.5	31.03	20 403	98.5	288	1.5	26.18	20 274	97.6	438	2.4	31.06	19 944	96.6	618	3.4	22.90
Rural	11 572	98.0	222	2.0	<0.001	11 409	99.4	81	0.6	<0.001	11 275	98.9	127	1.1	<0.001	11 112	98.0	214	2.0	<0.001
Región natural																				
Lima metropolitana	3 693	96.8	122	3.2		3 548	98.2	62	1.8		3 733	97.4	95	2.6		3 546	96.5	109	3.5	
Resto de Costa	9 090	96.8	263	3.2	0.01	8 896	98.8	114	1.2	5.51	8 796	98.0	155	2.0	2.18	8 671	97.1	233	2.9	1.43
Sierra	12 126	96.8	303	3.2	0.994	11 869	99.0	106	1.0	0.002	11 278	98.1	161	1.9	0.095	11 264	97.3	254	2.7	0.239
Selva	7 537	96.9	238	3.1		7 499	99.0	87	1.0		7 742	98.0	154	2.0		7 575	96.8	236	3.2	
Índice de riqueza																				
Muy pobre	10 632	98.2	180	1.8		10 343	99.4	63	0.6		10 405	98.9	103	1.1		10 184	97.9	188	2.1	
Pobre	8 249	97.0	242	3.0	7.43	7 988	99.0	83	1.0	5.49	7 902	97.3	171	2.7	6.29	7 950	96.5	227	3.5	2.76
Medio	5 810	96.3	213	3.7	<0.001	5 932	98.4	95	1.6	<0.001	5 707	97.9	116	2.1	<0.001	5 743	96.5	185	3.5	0.031
Rico	4 390	95.6	171	4.4		4 354	98.1	74	1.9		4 417	97.1	108	2.9		4 154	96.5	139	3.5	
Muy rico	3 365	97.0	120	3.0		3 195	98.3	54	1.7		3 118	98.1	67	1.9		3 025	97.2	93	2.8	
Síntomas depresivos																				
Si	2 290	95.9	96	4.1	3.20	1 951	98.0	29	2.0	2.45	1 987	95.6	76	4.4	16.35	2 200	94.4	107	5.6	17.70
No	30 156	96.9	830	3.1	0.074	29 861	98.7	340	1.3	0.118	29 562	98.0	489	2.0	<0.001	28 856	97.1	725	2.9	<0.001

* Porcentajes ponderados.

Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

4. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19

En la tabla 4 se muestra los resultados, obtenidos mediante el modelo de regresión de Poisson simple y múltiple, de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según el año analizado.

En el modelo crudo, la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol no fue estadísticamente significativa para el 2019 ni el primer año de pandemia; aunque, esta asociación si fue significativa para los dos años siguientes, mostrando que en la población de estudio, la probabilidad de consumo problemático de alcohol en los que tienen síntomas depresivos fue 2.20 veces (IC 95%: 1.49 - 3.25, $p < 0.001$) y 1.94 veces (IC 95%: 1.42 - 2.66, $p < 0.001$) la probabilidad de los que no tienen síntomas depresivos para el 2021 y 2022, respectivamente.

En el modelo ajustado por cada una de las variables sociodemográficas estudiadas, la asociación síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol fue significativa desde el punto de vista estadístico, tanto antes como durante cada año de contexto pandémico, observando que la probabilidad de consumo problemático de alcohol fue de 2.66 veces (IC 95%: 1.97 - 3.58, $p < 0.001$) en los que tienen síntomas depresivos, respecto a quienes no los tienen para el 2019; mientras que para el 2022, esta probabilidad fue mayor (RPa: 3.46, IC 95%: 2.49 - 4.79, $p < 0.001$).

En la figura 2 se observa como varían las razones de prevalencia ajustadas de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol antes y durante el contexto COVID-19; sin embargo, dado que el grado de solapamiento de los intervalos de confianza de los distintos años entre sí supera el 25% en cada caso, la variación de la asociación no es significativa.

Tabla 4. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19.

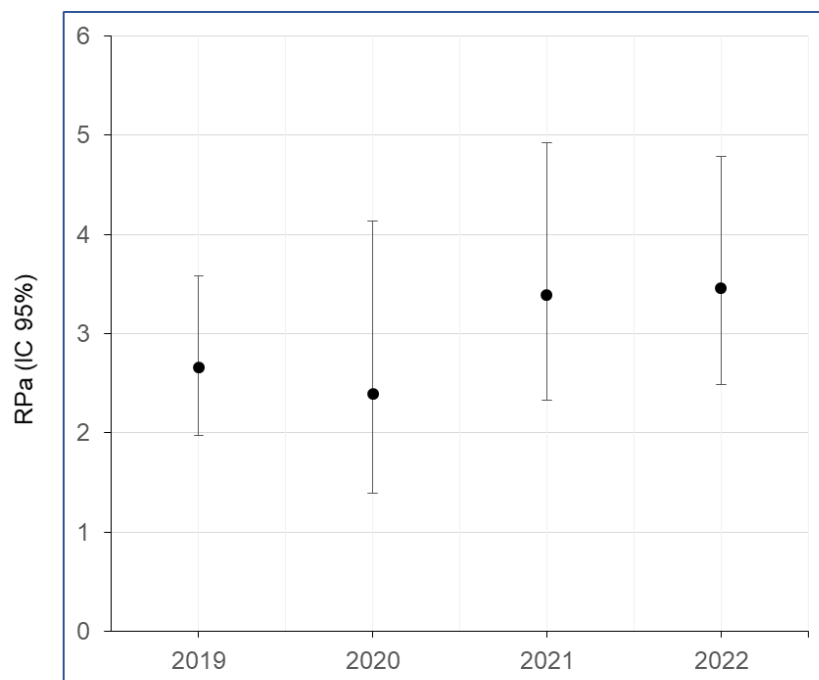
Síntomas depresivos	Antes								Durante							
	2019				2020				2021				2022			
	RPc*	IC 95%	RPa**	IC 95%	RPc*	IC 95%	RPa**	IC 95%	RPc*	IC 95%	RPa**	IC 95%	RPc*	IC 95%	RPa**	IC 95%
Si	1.32	0.97 - 1.79	2.66	1.97 - 3.58	1.54	0.89 - 2.67	2.40	1.39 - 4.14	2.20	1.49 - 3.25	3.39	2.33 - 4.92	1.94	1.42 - 2.66	3.46	2.49 - 4.79
No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
	p = 0.074		p = <0.001		p = 0.12		p = 0.002		p = <0.001		p = <0.001		p = <0.001		p = <0.001	

*Regresión de Poisson simple.

**Regresión de Poisson múltiple ajustada por sexo, edad, nivel educativo, estado civil, área de residencia, región natural e índice de riqueza.

RPc: razón de prevalencia cruda, RPa: razón de prevalencia ajustada, IC 95%: intervalo de confianza al 95%, Ref.: categoría de referencia.

Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.



Antes y durante contexto COVID-19 (2019 y 2020-2022)

Figura 2. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, antes y durante contexto COVID-19. *Fuente.* Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

5. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, antes del contexto COVID-19

En la tabla 5 se muestra el análisis estratificado por subgrupos de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol durante el 2019.

En el subgrupo de mujeres, la probabilidad de consumo problemático de alcohol en las que tienen síntomas depresivos fue 2.79 veces (IC 95%: 1.56 – 4.99) la probabilidad de las que no tienen esta condición; mientras que en el subgrupo de hombres, esta probabilidad fue de 1.83 veces (IC 95%: 1.29 – 2.60). En el modelo ajustado, la asociación se mantuvo en ambos grupos; no obstante, la interacción entre síntomas depresivos y el sexo no fue significativa desde el punto de vista estadístico.

En torno a la edad, las personas de 15-29 y las de 30-44 años con síntomas depresivos tuvieron 2.32 veces (IC 95%: 1.46 – 3.71) y 1.64 veces (IC 95%: 1.06 – 2.55) la probabilidad de consumo problemático de alcohol que las que no tienen este antecedente, respectivamente. Esta probabilidad descendió conforme aumentaba la edad; sin embargo, esta asociación solo fue significativa para las personas de 15-29 años y de 30-44 años tanto en el modelo crudo como ajustado. La interacción entre síntomas depresivos y la edad fue estadísticamente significativa ($p=0.039$ para el grupo de 15-29 años, $p=0.028$ para el grupo de 30-44 años, teniendo como categoría de referencia a los de 60 a más).

Dentro de las personas con educación secundaria y superior, las que tienen síntomas depresivos tuvieron 1.96 (IC 95%: 1.26 – 3.02) y 1.8 veces (IC 95%: 1.16 – 2.79), respectivamente, la probabilidad de consumo problemático de alcohol, en relación a quienes no los tienen. Esta probabilidad se hacía menor conforme disminuía el nivel educativo; aunque, la significancia de la asociación solo se mantuvo para los de educación secundaria y superior en el análisis crudo y ajustado. La interacción entre síntomas depresivos y el nivel

educativo fue significativa estadísticamente ($p=0.010$ para secundaria y $p=0.019$ para superior, teniendo como categoría de referencia a la categoría de ninguna/preescolar).

Las personas solteras con síntomas depresivos tuvieron 2.26 veces (IC 95%: 1.25 – 4.07) la probabilidad de consumo problemático de alcohol con referencia a quienes no padecen estos síntomas. Esta asociación se mantuvo en el modelo ajustado. Por otro lado, las personas casadas/convivientes no guardan una relación significativa en el modelo crudo, pero sí en el ajustado (RPa: 2.77, IC 95%: 1.92 – 3.09). La interacción entre síntomas depresivos y el estado civil no fue significativa desde la perspectiva estadística.

En el análisis crudo, no se encontró asociación estadísticamente significativa para ninguno de los dos subgrupos de área de residencia; no obstante, en el análisis ajustado, los residentes de áreas rurales con síntomas depresivos tenían 3.17 veces (IC 95%: 1.88 – 5.35) la probabilidad de consumo de alcohol respectivo a quienes no tenían síntomas depresivos; mientras que los residentes de áreas urbanas tenían 2.56 veces esa probabilidad (IC 95%: 1.82 – 3.61). La interacción entre síntomas depresivos y área de residencia no fue significativa estadísticamente.

En relación a la región natural, solo la sierra mostró una asociación significativa en el modelo crudo (RP: 1.65%, IC 95%: 1.08 - 2.54); mientras que en el modelo ajustado, todas las regiones, con excepción de Lima metropolitana, mostraban una asociación significativa ($p<0.001$). La interacción entre síntomas depresivos y región natural no tuvo significancia estadística.

En aquellos con un índice de riqueza medio, la probabilidad de consumo problemático de alcohol en quienes sufren síntomas depresivos fue 1.89 veces (IC 95%: 1.02 - 3.50) la probabilidad de quienes no sufren esta afección; sin embargo, el resto de categorías de índice de riqueza no mostró asociación significativa en el modelo crudo, pero sí en el ajustado, con excepción del nivel muy rico. La interacción entre síntomas depresivos e índice de riqueza no fue estadísticamente significativa.

Tabla 5. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, antes del contexto COVID-19.

Variables sociodemográficas	Síntomas depresivos	Antes del contexto COVID-19			
		2019			
		RPc*	IC 95%	RPa**	IC 95%
Sexo					
Mujer	Si	2.79	1.56 - 4.99	3.42	1.91 - 6.12
	No	Ref.		Ref.	
Hombre	Si	1.83	1.29 - 2.60	2.48	1.75 - 3.50
	No	Ref.		Ref.	
Edad					
15-29	Si	2.32	1.46 - 3.71	3.17	2.04 - 4.93
	No	Ref.		Ref.	
30-44	Si	1.64	1.06 - 2.55	3.25	2.15 - 4.93
	No	Ref.		Ref.	
45-59	Si	0.93	0.48 - 1.80	1.63	0.82 - 3.23
	No	Ref.		Ref.	
60 a más	Si	0.56	0.20 - 1.54	0.96	0.35 - 2.66
	No	Ref.		Ref.	
Nivel educativo					
Ninguna, preescolar	Si	0.13	0.01 - 1.20	0.17	0.02 - 1.56
	No	Ref.		Ref.	
Primaria	Si	0.57	0.27 - 1.22	1.04	0.48 - 2.23
	No	Ref.		Ref.	
Secundaria	Si	1.96	1.26 - 3.02	3.30	2.20 - 4.93
	No	Ref.		Ref.	
Superior	Si	1.80	1.16 - 2.79	2.59	1.66 - 4.04
	No	Ref.		Ref.	
Estado civil					
Soltero(a)	Si	2.26	1.25 - 4.07	3.23	1.84 - 5.69
	No	Ref.		Ref.	
Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado(a)	Si	0.74	0.39 - 1.38	1.42	0.75 - 2.66
	No	Ref.		Ref.	
Casado(a)/Conviviente	Si	1.26	0.85 - 1.86	2.77	1.92 - 3.99
	No	Ref.		Ref.	
Área de residencia					
Urbano	Si	1.32	0.93 - 1.88	2.56	1.82 - 3.61
	No	Ref.		Ref.	
Rural	Si	1.61	0.94 - 2.78	3.17	1.88 - 5.35
	No	Ref.		Ref.	
Región natural					
Lima metropolitana	Si	0.86	0.36 - 2.06	1.89	0.81 - 4.40
	No	Ref.		Ref.	
Resto de Costa	Si	1.48	0.89 - 2.46	2.64	1.61 - 4.33
	No	Ref.		Ref.	
Sierra	Si	1.65	1.08 - 2.54	3.38	2.23 - 5.12
	No	Ref.		Ref.	
Selva	Si	1.59	0.87 - 2.91	2.99	1.67 - 5.33
	No	Ref.		Ref.	
Índice de riqueza					
Muy pobre	Si	1.44	0.80 - 2.60	2.79	1.57 - 4.96
	No	Ref.		Ref.	
Pobre	Si	1.50	0.87 - 2.58	2.75	1.64 - 4.62
	No	Ref.		Ref.	
Medio	Si	1.89	1.02 - 3.50	3.45	1.91 - 6.24
	No	Ref.		Ref.	
Rico	Si	1.00	0.47 - 2.12	2.12	1.06 - 4.24
	No	Ref.		Ref.	
Muy rico	Si	0.99	0.48 - 2.08	2.01	0.94 - 4.29
	No	Ref.		Ref.	

*Regresión de Poisson simple.

**Regresión de Poisson múltiple ajustada por sexo, edad, nivel educativo, estado civil, área de residencia, región natural e índice de riqueza.

RPc: razón de prevalencia cruda, RPa: razón de prevalencia ajustada, IC 95%: intervalo de confianza al 95%, Ref.: categoría de referencia.

Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.

6. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, durante el contexto COVID-19

En la tabla 6 se muestra el análisis estratificado por subgrupos de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, durante cada uno de los años de pandemia.

En las mujeres, la probabilidad de tener un consumo problemático de alcohol dado que padecen de síntomas depresivos fue 3.22 veces (IC 95%: 1.24 – 8.37) la probabilidad de las que no poseen este antecedente; mientras que los hombres tenían 2.10 veces (IC 95%: 1.07 – 4.10) esa probabilidad durante el primer año de pandemia. Por otro lado, durante el tercer año de pandemia, las mujeres con síntomas depresivos tenían 4.07 (IC 95%: 2.41 – 6.86) veces la probabilidad de consumo problemático de alcohol, respecto a las que no tenían dichos síntomas; mientras que los hombres tenían 3.22 (IC 95%: 2.11 – 4.92) veces esa probabilidad. En todos estos casos, las probabilidades fueron ajustadas para el resto de variables analizadas. En cuanto a la interacción entre síntomas depresivos y sexo, esta solo fue significativa a nivel estadístico durante el 2021 ($p=0.027$).

Considerando la edad, los grupos etáreos con mayor probabilidad de tener un consumo problemático de alcohol, dado el antecedente de síntomas depresivos, fueron los de 15-29 años (RPa: 2.48, IC 95%: 1.01 – 6.12) y los de 60 años a más (RPa: 2.78, IC 95%: 0.59 – 13.11); sin embargo, esta asociación solo fue significativa para el primero de ellos durante el 2020. Por otro lado, durante el 2022, ambos grupos aumentaron sus probabilidades y en ambos casos tuvo significancia (RPa: 4.10 con un IC 95%: 2.77 – 6.05 para el grupo de 15-29 años y, RPa: 5.13 con un IC 95%: 1.65 – 15.97 para el grupo de 60 años a más). La interacción entre síntomas depresivos y la edad no fue estadísticamente significativa para ninguno de los años de pandemia.

De acuerdo al nivel de educación, la mayor probabilidad de tener un consumo

problemático de alcohol, teniendo síntomas depresivos, estuvo en las personas con ninguna educación o preescolar (RPa: 4.94, IC 95%: 0.56 – 43.58) y con educación secundaria (RPa: 3.07, IC 95%: 1.59 – 5.92) durante el primer año de pandemia; aunque, esta asociación solo fue significativa para los de educación secundaria. Para el 2021-2022, no se calculó la razón de prevalencia cruda y ajustada para el grupo de ninguna educación o preescolar, dado que el número de casos de personas con síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, para este particular, fue de uno en cada año. Para el tercer año de pandemia, los de educación primaria con síntomas depresivos fueron los que tenían mayores probabilidades de consumo problemático de alcohol (RPa: 4.37, IC 95%: 2.05 – 9.30), respecto a sus homólogos sin síntomas depresivos. La interacción entre síntomas depresivos y nivel educativo no fue significativa desde la perspectiva estadística durante los años de pandemia.

Las personas viudas/divorciadas/separadas con síntomas depresivos tuvieron 4.69 veces (IC 95%: 1.42 – 15.44) la probabilidad de tener un consumo problemático de alcohol en comparación a sus contrapartes sin síntomas depresivos en el análisis ajustado del 2020; no obstante, para el 2022, esta probabilidad era de solo 1.53 veces (IC 95%: 0.75 – 3.10) y no era significativa a nivel estadístico; mientras que las personas solteras se constituyeron como el subgrupo con mayores probabilidades (RPa: 4.68, IC 95%: 2.86 – 7.64) para ese año. La interacción entre síntomas depresivos y estado civil fue significativa estadísticamente para el 2021 ($p=0.019$ para los casados/convivientes, teniendo como categoría de referencia a los viudos/divorciados/separados) y 2022 ($p=0.011$ para los solteros y $p=0.035$ para los casados/convivientes, teniendo como categoría de referencia a los viudos/divorciados/separados), pero no para el 2020.

Para el primer año de pandemia, las personas con síntomas depresivos que mayor probabilidad de consumo problemático de alcohol tienen, respecto a las personas sin síntomas depresivos, son las que viven en el área rural (RPa: 2.83, IC 95%: 1.13 – 7.11); mientras que para el tercer año de pandemia, son las que viven en el área urbana (RPa: 3.61, IC 95%: 2.54 – 5.14). La

interacción entre síntomas depresivos y área de residencia no fue significativa a nivel estadístico durante los de pandemia.

Según la región natural, el grupo más afectado por la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol fue el resto de Costa durante el 2020 (RPa: 3.16, IC 95%: 1.36 – 7.32), volviéndose no significativa en el ámbito estadístico en el 2021 y, volviendo a su posición en el 2022 (RPa: 4.05, IC 95%: 2.67 – 6.16). La interacción entre síntomas depresivos y región natural solo fue estadísticamente significativa durante el 2021 ($p < 0.001$ para Lima metropolitana, $p = 0.001$ para la Sierra y $p = 0.006$ para la Selva, teniendo como categoría de referencia al resto de Costa).

En el grupo de pobres, la probabilidad de consumo problemático de alcohol entre quienes padecen síntomas depresivos fue 7.40 veces (IC 95%: 2.67 – 6.16) la probabilidad de quienes no los padecen, ello ajustado por el resto de variables sociodemográficas, durante el primer año de pandemia; sin embargo, para el tercer año de pandemia, el grupo con índice de riqueza medio fue el más afectado por esta asociación (RPa: 4.50, IC 95%: 2.43 – 8.35). La interacción entre síntomas depresivos e índice de riqueza no tuvo significancia estadística durante el periodo 2021-2022, pero sí la tuvo durante el 2020 ($p = 0.034$ para índice medio y $p = 0.006$ para índice rico, teniendo como categoría de referencia a los pobres).

Tabla 6. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, durante contexto COVID-19.

Variables sociodemográficas	Síntomas depresivos	Durante contexto COVID-19											
		2020				2021				2022			
		RPC*	IC 95%	RPa**	IC 95%	RPC*	IC 95%	RPa**	IC 95%	RPC*	IC 95%	RPa**	IC 95%
Sexo													
Mujer	Si	2.66	1.03 - 6.89	3.22	1.24 - 8.37	6.88	3.12 - 15.15	6.95	3.19 - 15.16	3.80	2.28 - 6.33	4.07	2.41 - 6.86
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Hombre	Si	1.78	0.91 - 3.50	2.10	1.07 - 4.10	2.27	1.46 - 3.53	2.54	1.65 - 3.91	2.75	1.83 - 4.13	3.22	2.11 - 4.92
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Edad													
15-29	Si	2.10	0.84 - 5.25	2.48	1.01 - 6.12	2.42	1.25 - 4.70	3.35	1.74 - 6.45	2.81	1.93 - 4.10	4.10	2.77 - 6.05
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
30-44	Si	1.87	0.78 - 4.46	2.37	0.98 - 5.69	1.90	1.05 - 3.42	2.92	1.64 - 5.21	1.56	0.91 - 2.67	2.61	1.58 - 4.31
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
45-59	Si	1.45	0.55 - 3.87	2.07	0.75 - 5.67	3.53	1.75 - 7.15	4.53	2.27 - 9.05	1.25	0.50 - 3.17	2.15	0.83 - 5.61
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
60 a más	Si	1.92	0.40 - 9.31	2.78	0.59 - 13.11	0.94	0.27 - 3.29	1.44	0.40 - 5.16	3.57	1.12 - 11.44	5.13	1.65 - 15.97
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Nivel educativo													
Ninguna, preescolar	Si	2.58	0.30 - 22.20	4.94	0.56 - 43.58	-	-	-	-	-	-	-	-
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Primaria	Si	1.10	0.31 - 3.82	1.72	0.48 - 6.13	1.28	0.54 - 3.04	1.84	0.75 - 4.54	2.54	1.15 - 5.60	4.37	2.05 - 9.30
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Secundaria	Si	2.24	1.16 - 4.34	3.07	1.59 - 5.92	2.99	1.89 - 4.72	4.28	2.77 - 6.61	1.92	1.30 - 2.86	3.17	2.08 - 4.82
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Superior	Si	0.83	0.23 - 2.96	1.13	0.31 - 4.09	1.93	0.93 - 4.02	2.67	1.28 - 5.54	2.37	1.38 - 4.06	3.91	2.29 - 6.69
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Estado civil													
Soltero(a)	Si	0.83	0.24 - 2.90	0.96	0.27 - 3.36	3.50	1.86 - 6.58	4.33	2.28 - 8.23	3.10	1.91 - 5.01	4.68	2.86 - 7.64
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado(a)	Si	3.18	0.89 - 11.32	4.69	1.42 - 15.44	4.12	2.03 - 8.37	5.61	2.83 - 11.13	0.93	0.46 - 1.91	1.53	0.75 - 3.10
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Casado(a)/Conviviente	Si	1.65	0.88 - 3.11	2.78	1.46 - 5.29	1.16	0.67 - 2.03	1.98	1.14 - 3.43	1.99	1.23 - 3.22	3.77	2.37 - 6.00
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	

Tabla 6. Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, durante contexto COVID-19 (continuación).

Variables sociodemográficas	Síntomas depresivos	Durante contexto COVID-19											
		2020				2021				2022			
		RPc*	IC 95%	RPa**	IC 95%	RPc*	IC 95%	RPa**	IC 95%	RPc*	IC 95%	RPa**	IC 95%
Área de residencia													
Urbano	Si	1.58	0.87 - 2.87	2.36	1.31 - 4.26	2.09	1.35 - 3.23	3.18	2.09 - 4.82	2.05	1.47 - 2.86	3.61	2.54 - 5.14
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Rural	Si	1.35	0.56 - 3.23	2.83	1.13 - 7.11	3.14	1.70 - 5.79	6.16	3.37 - 11.27	1.22	0.69 - 2.16	2.31	1.32 - 4.07
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Región natural													
Lima metropolitana	Si	1.60	0.58 - 4.40	2.10	0.78 - 5.68	3.15	1.66 - 5.98	4.88	2.62 - 9.07	1.81	0.91 - 3.61	3.37	1.65 - 6.86
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Resto de Costa	Si	1.96	0.81 - 4.71	3.16	1.36 - 7.32	0.52	0.26 - 1.03	0.81	0.40 - 1.63	2.55	1.65 - 3.95	4.05	2.67 - 6.16
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Sierra	Si	1.35	0.62 - 2.91	2.37	1.08 - 5.20	2.23	1.32 - 3.76	3.52	2.04 - 6.07	1.66	1.09 - 2.55	2.99	1.96 - 4.59
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Selva	Si	1.44	0.54 - 3.90	2.34	0.87 - 6.31	2.24	1.26 - 4.00	2.92	1.63 - 5.23	2.13	1.35 - 3.35	3.56	2.28 - 5.57
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Índice de riqueza													
Muy pobre	Si	1.36	0.50 - 3.69	2.98	1.04 - 8.57	2.65	1.32 - 5.32	4.19	2.11 - 8.31	1.13	0.65 - 1.95	2.13	1.23 - 3.69
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Pobre	Si	5.24	2.04 - 13.46	7.40	3.29 - 16.64	1.84	0.88 - 3.87	2.64	1.33 - 5.23	1.85	1.14 - 3.00	3.22	1.95 - 5.30
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Medio	Si	1.35	0.59 - 3.09	2.17	0.94 - 5.00	1.41	0.64 - 3.09	2.32	1.06 - 5.10	2.40	1.23 - 4.68	4.50	2.43 - 8.35
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Rico	Si	0.37	0.07 - 1.98	0.55	0.10 - 2.97	1.68	0.74 - 3.83	3.00	1.32 - 6.81	2.13	0.97 - 4.66	3.89	1.73 - 8.74
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Muy rico	Si	1.66	0.39 - 7.03	2.39	0.56 - 10.12	5.09	2.36 - 10.99	6.12	2.85 - 13.11	1.98	0.83 - 4.76	3.03	1.29 - 7.11
	No	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	

*Regresión de Poisson simple.

**Regresión de Poisson múltiple ajustada por sexo, edad, nivel educativo, estado civil, área de residencia, región natural e índice de riqueza.

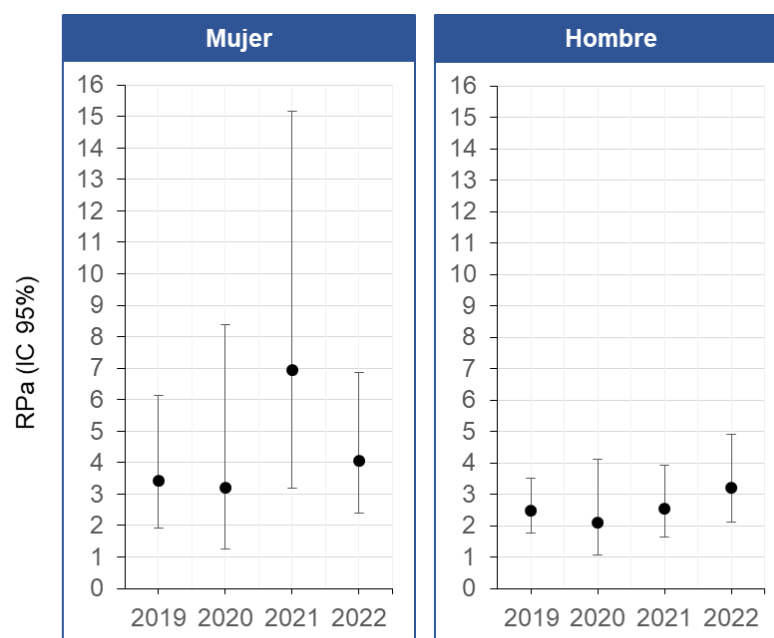
RPc: razón de prevalencia cruda, RPa: razón de prevalencia ajustada, IC 95%: intervalo de confianza al 95%, Ref.: categoría de referencia.

Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020-2022.

7. Comparación de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19

En la figura 3 se observa las razones de prevalencia ajustadas de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según el sexo, antes y durante la pandemia.

Tanto en hombres como en mujeres, las razones de prevalencia más altas se ubicaron en los dos últimos años de pandemia, en comparación a los dos años previos; no obstante, no fue significativo para ninguno de los dos sexos (superposición de IC >25%). Por otro lado, las mujeres mostraron una mayor razón de prevalencia, respecto a los hombres, en los cuatro años de estudio; sin embargo, esta diferencia solo fue significativa en el 2021 (coincidencia de IC >25%, pero con un valor p de interacción <0.05).



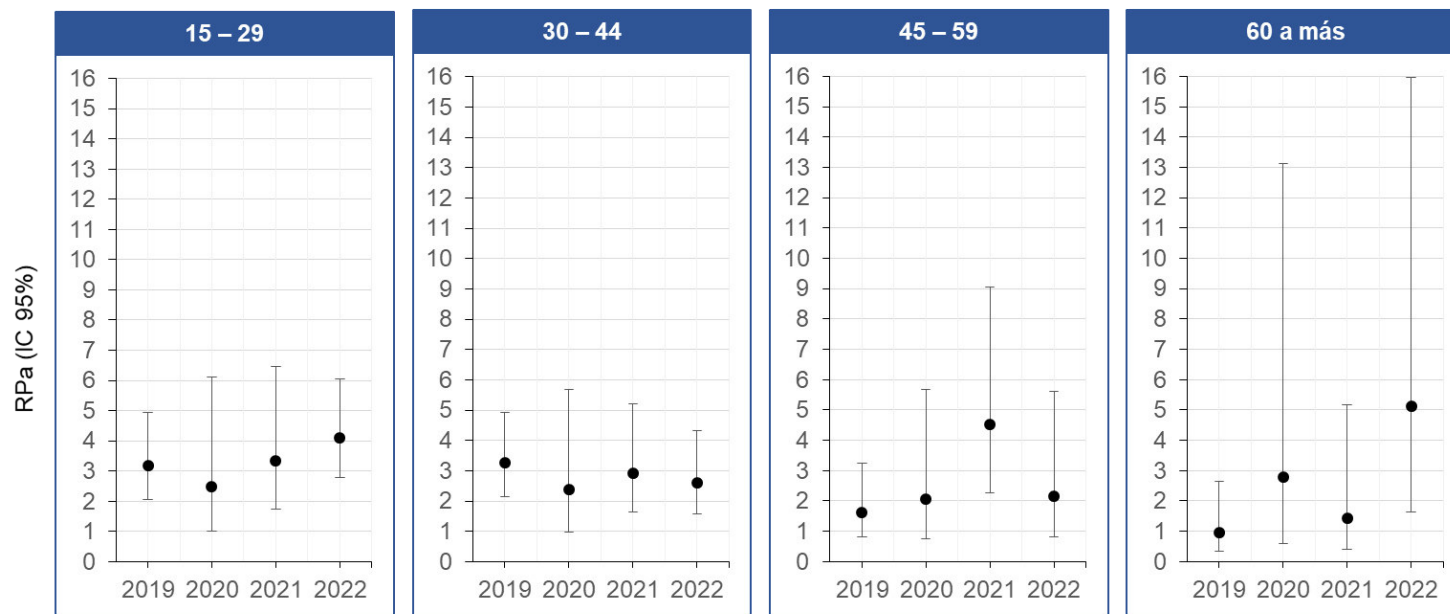
Antes y durante contexto COVID-19 (2019 y 2020-2022)

Figura 3. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según sexo, antes y durante contexto COVID-19. Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

En la figura 4 se visualiza las razones de prevalencia ajustadas de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según el grupo etáreo, tanto antes como durante cada año de pandemia.

En los de 15-29 años, las razones de prevalencia más altas corresponden al periodo 2021-2022, en relación a los dos años previos; mientras que en los de 30-44 años, la mayor medida de asociación se ubicó en la prepandemia. Para el grupo de 45-59 años, la razón de prevalencia del 2021 fue la más alta, en comparación al resto de años de estudio; en cambio, en los de 60 años a más, la mayor medida de asociación fue la del 2022. En ambos casos, la razón de prevalencia más alta también fue la única significativa, así como la de intervalo de confianza más amplio dentro de cada grupo. No obstante, las variaciones descritas año a año para cada grupo etáreo no son significativas (solapamiento de IC >25%).

Por otra parte, en la época prepandemia, las personas de 15 a 44 años fueron las únicas en presentar razones de prevalencia significativas; además de ser las más altas en comparación a las personas de 60 años en adelante (yuxtaposición de IC <25%). Para el primer año de pandemia, las medidas de asociación fueron muy similares entre los cuatro grupos etáreos; aunque la única que fue significativa correspondía a los jóvenes de 15-29 años. Para el periodo 2021-2022, no se encontró un cambio significativo entre las medidas de asociación de las distintas edades (traslape de IC >25%); sin embargo, se destaca que los adultos de 45-59 y los de 60 años a más mostraron una razón de prevalencia por primera vez significativa en el 2021 y 2022, respectivamente.



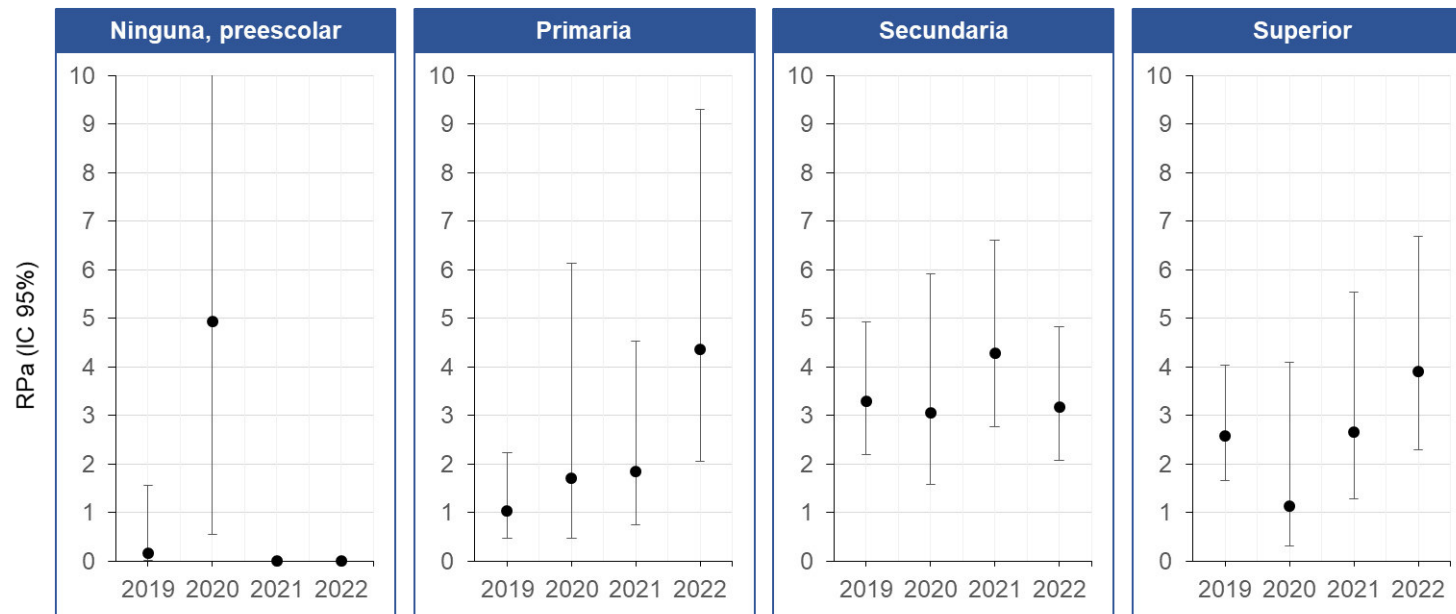
Antes y durante contexto COVID-19 (2019 y 2020-2022)

Figura 4. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según edad, antes y durante contexto COVID-19. Fuente. Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

En la figura 5 se representa las razones de prevalencia ajustadas de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según el nivel educativo, del periodo 2019 a 2022.

En el grupo de ninguna educación o preescolar, la razón de prevalencia del 2020 es la mayor con respecto a los otros años; no obstante, ninguna de las cuatro mediciones es significativa y la muestra analizada en cada año, para este particular, fue menor a diez. Para los de educación primaria se observa un aumento gradual de la razón de prevalencia, aunque la única medida de asociación significativa fue la del 2022; asimismo, fue la que mayor amplitud posee. Por otro lado, en el grupo de educación secundaria, la mayor razón de prevalencia fue la del 2021, respecto a los otros años analizados; mientras que en los de educación superior, corresponde a la del 2022. No obstante, las variaciones halladas en cada nivel educativo no son significativas (superposición de IC >25%); con excepción de la variación entre 2019 y 2022 en el nivel de primaria, la cual muestra un aumento de la probabilidad de consumo problemático de alcohol en las personas con síntomas depresivos, respecto a las que no los tienen.

Por otro lado, antes del COVID-19, los de educación secundaria y superior presentaron las razones de prevalencia más altas y las únicas significativas, en relación a los de menores niveles educativos, esta comparación fue a su vez significativa (coincidencia de intervalos de confianza >25%, pero con un valor p de interacción <0.05). Para el periodo pandémico, no se evidenció un cambio significativo entre las medidas de asociación de los niveles educativos (traslape de IC >25%); sin embargo, se resalta que la única razón de prevalencia significativa en el 2020 correspondió a la educación secundaria; mientras que la educación primaria exhibió una medida de asociación por primera vez significativa en 2022.



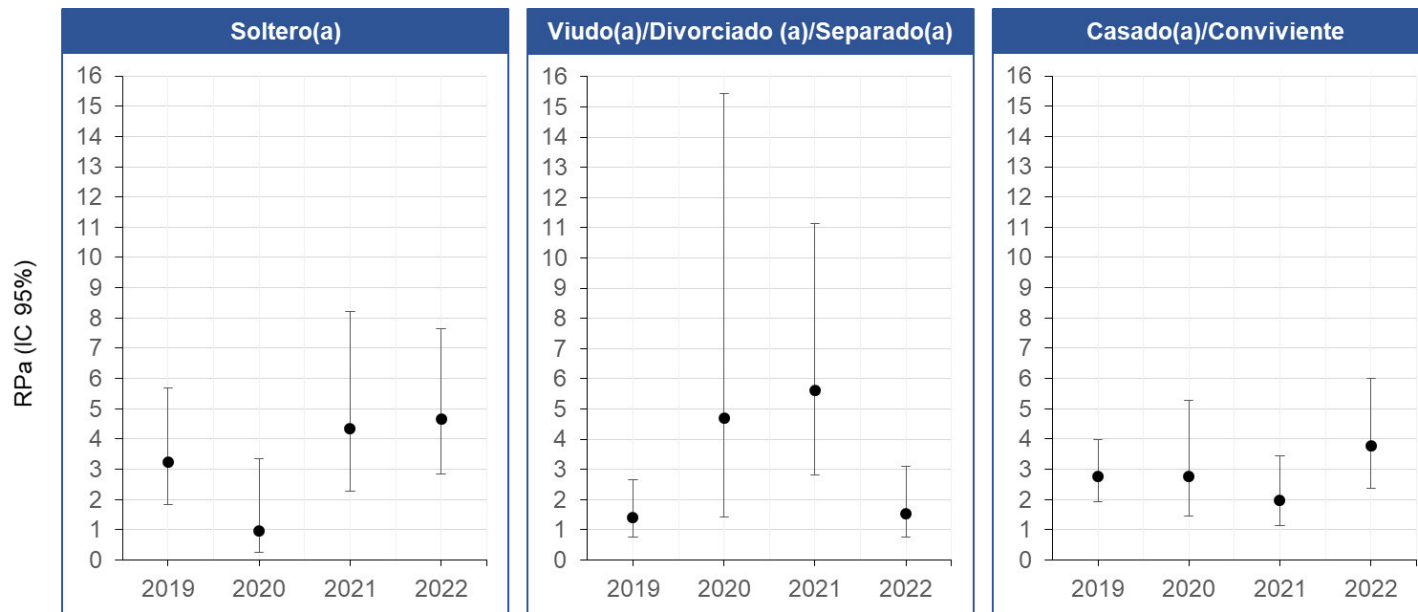
Antes y durante contexto COVID-19 (2019 y 2020-2022)

Figura 5. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según nivel educativo, antes y durante contexto COVID-19. *Fuente.* Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

En la figura 6 se observa las razones de prevalencia ajustadas, según el estado civil, de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, durante cada año de estudio.

En el grupo de las personas solteras, las razones de prevalencia más altas corresponden al periodo 2021-2022, en relación a los dos años previos. Esta última representa un aumento significativo al compararla con la medida del 2020 (solapamiento de IC <25%). De forma similar, las personas viudas/divorciadas/separadas mostraron que las medidas de asociación del 2020 al 2021 fueron mayores con respecto a sus homólogas de otros años. Esta última constituye un incremento significativo en contraste con las razones de prevalencia del 2019 y 2022 (yuxtaposición de IC <25%). En cambio, para las personas casadas/convivientes no hubo un cambio que se considere significativo en los años analizados (traslape de IC <25%).

Tanto antes de la pandemia como durante su primer año, no se detectó una variación significativa entre las razones de prevalencia de las categorías de estado civil (coincidencia de IC >25%). Mientras que para el 2021, la medida de asociación de los viudos/divorciados/separados fue significativamente mayor que la medida de los casados/convivientes (superposición de IC >25%, pero con un valor p de interacción <0.05). Para el tercer año de pandemia, tanto los solteros como los casados/convivientes presentaron razones de prevalencia por encima de la razón del grupo de viudos/divorciados/separados, siendo ello significativo (traslape de IC >25%, pero con valor p de interacción <0.05)

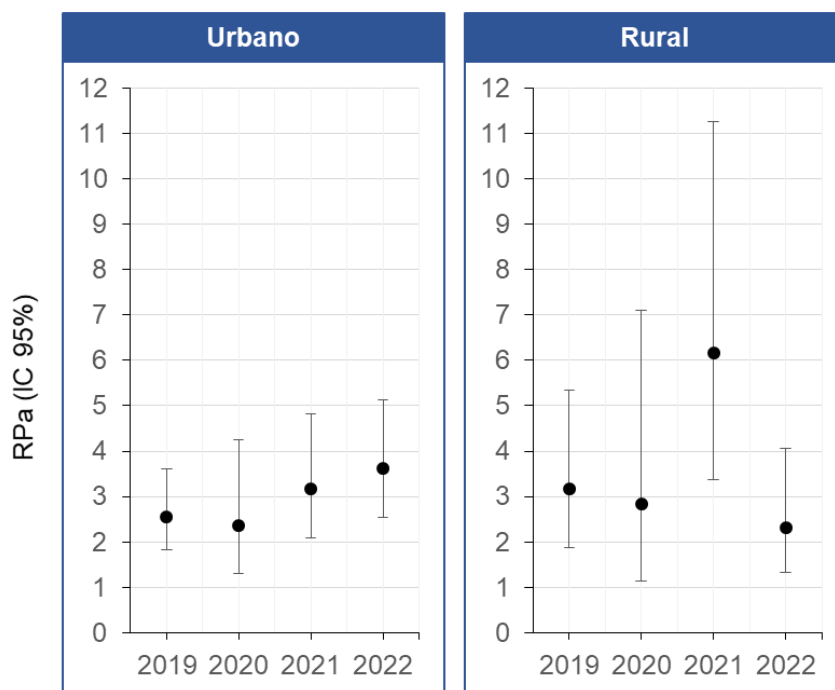


Antes y durante contexto COVID-19 (2019 y 2020-2022)

Figura 6. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según estado civil, antes y durante contexto COVID-19. *Fuente.* Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

En la figura 7 se visualiza como varían las razones de prevalencia ajustadas de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según el área de residencia, durante el periodo 2019-2022.

En el área urbana, las medidas de asociación muestran un aumento gradual con el paso de los años, con excepción del 2020. Caso contrario a lo que ocurre en el área rural, que presenta razones de prevalencia con tendencia al descenso, con excepción del 2021; sin embargo, en ningún caso, la tendencia fue significativa (solapamiento de IC >25%). Por otro lado, tanto antes de la pandemia como durante el transcurso de la misma, no se evidenció alguna variación significativa entre las medidas de asociación al comparar áreas de residencia (yuxtaposición de IC >25%).



Antes y durante contexto COVID-19 (2019 y 2020-2022)

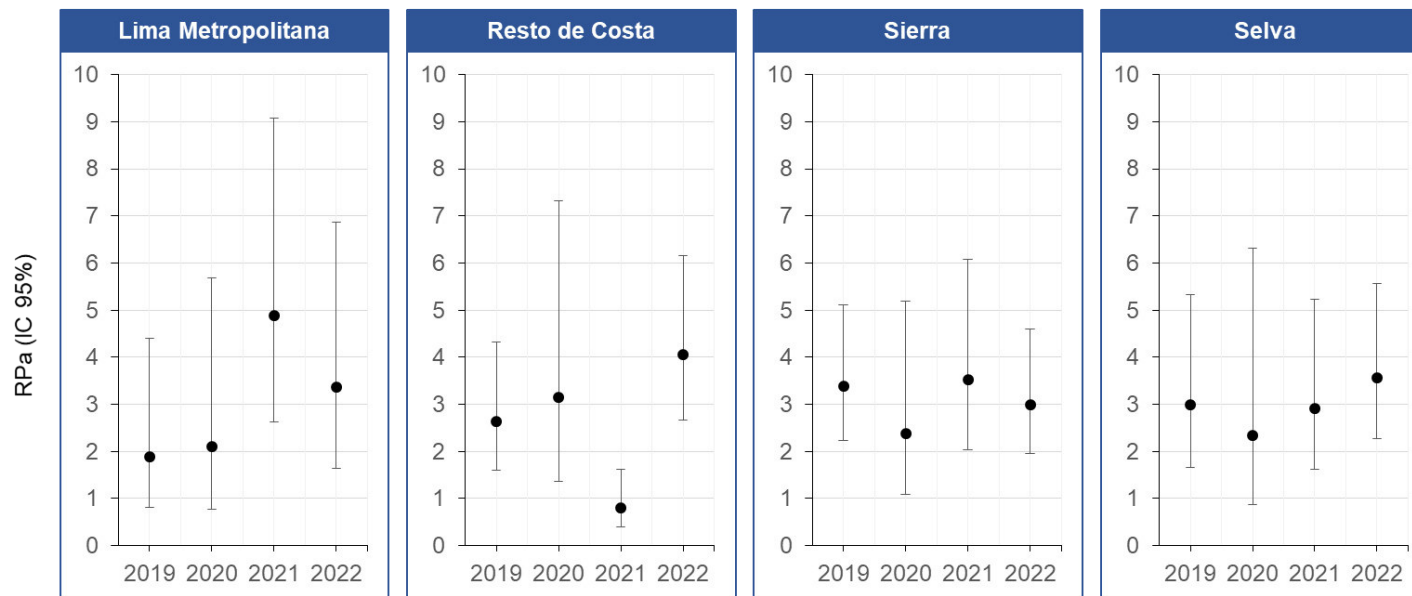
Figura 7. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según área de residencia, antes y durante contexto COVID-19. *Fuente.* Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

En la figura 8 se representa las razones de prevalencia ajustadas de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según la región natural, tanto antes como durante cada año de pandemia.

Para la región de Lima metropolitana, las razones de prevalencia más altas se ubicaron en los dos últimos años de pandemia, en comparación a los dos años previos. En cambio, la región de la Sierra y la Selva experimentaron un descenso en la medida de asociación en el 2020; no obstante, la Sierra evidencia un patrón descendente en el periodo 2021-2022; mientras que la Selva denota una tendencia creciente. Sin embargo, ninguno de los cambios anteriormente descritos fue significativo (superposición de IC >25%).

Por otro lado, la razón de prevalencia del resto de Costa en el 2021 fue la única que representó un descenso significativo en comparación al resto de años (coincidencia de IC <25%); sin embargo, esta medida fue en sí misma no significativa (IC contiene a la unidad).

Al comparar por subgrupos, solo en el segundo año de pandemia, las razones de prevalencia de Lima metropolitana, Sierra y Selva fueron significativamente superiores a la razón de prevalencia del resto de Costa (solapamiento de IC <25%); mientras que para los otros años analizados, no se encontró ninguna variación entre regiones naturales (yuxtaposición de IC >25%).



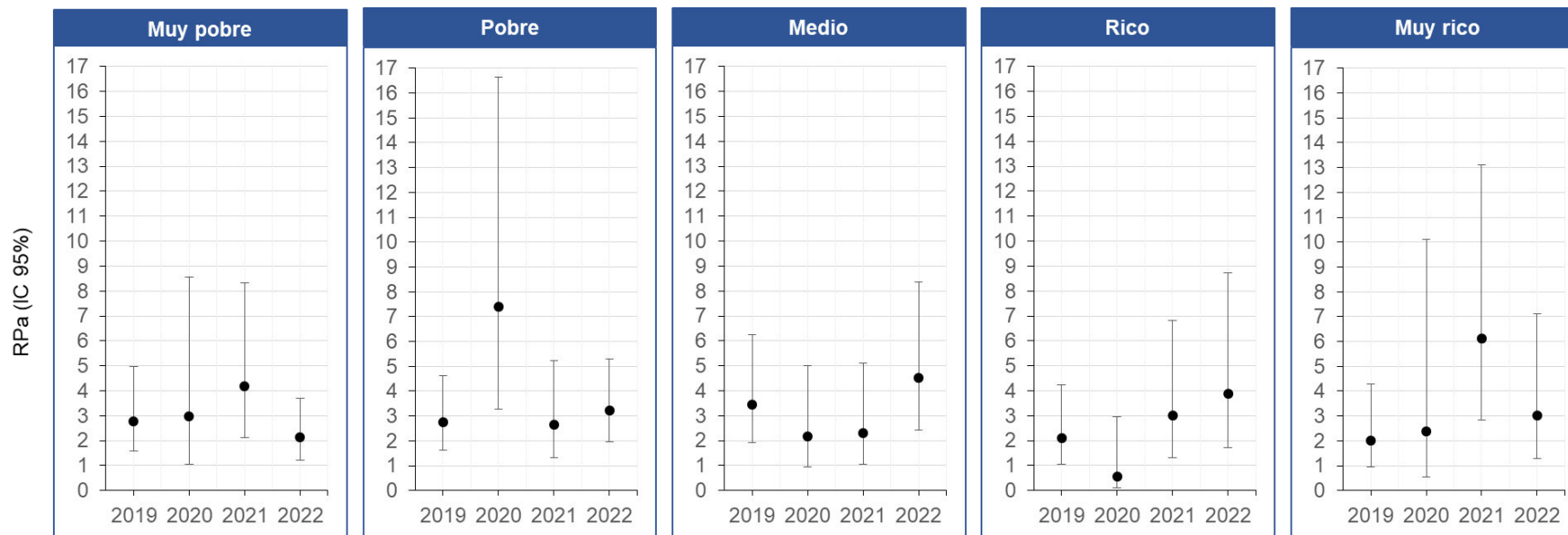
Antes y durante contexto COVID-19 (2019 y 2020-2022)

Figura 8. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según región natural, antes y durante contexto COVID-19. *Fuente.* Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

En la figura 9 se observa como, según el índice de riqueza, varían las razones de prevalencia ajustadas de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, antes y durante la pandemia.

Tanto en el grupo de los muy pobres como en el de los muy ricos, las razones de prevalencia mostraron una tendencia creciente, con excepción del 2022; mientras que en los pobres, la medida de asociación más alta fue la del 2020, en relación a los otros años. Por otro lado, los grupos de índice medio y rico tuvieron un descenso en la razón de prevalencia del 2020; para luego experimentar una tendencia creciente en el periodo 2021-2022. Sin embargo, las variaciones mencionadas en cada índice de riqueza no fueron significativas (superposición de IC >25%).

Al comparar por subgrupos, solo en el primer año de pandemia, la razón de prevalencia de los pobres fue significativamente mayor a las razones de prevalencia de los índices de riqueza medio (coincidencia IC >25%, pero con valor p de interacción <0.05) y rico (traslape de IC <25).



Antes y durante contexto COVID-19 (2019 y 2020-2022)

Figura 9. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según índice de riqueza, antes y durante contexto COVID-19. *Fuente.* Datos obtenidos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Esta investigación buscó determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según distintas variables sociodemográficas, antes y durante el contexto de la pandemia de COVID-19, en la población peruana de 15 años a más, haciendo uso de la base de datos de la ENDES 2019-2022. Su importancia radica, en primer lugar, en ampliar el cuerpo de conocimiento sobre el efecto modificador de las variables sociodemográficas en la asociación de síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, temática poco y nunca antes estudiada a nivel internacional y nacional, respectivamente. En segundo lugar, en identificar grupos de riesgo con mayor vulnerabilidad de presentar estas patologías comórbidas en el país, con el fin de dirigir las políticas de salud pública de forma más efectiva. Por último, en conocer si el contexto de la pandemia de COVID-19, debido a su gran impacto en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la salud mental, pudo haber modificado la asociación entre estas dos entidades, a nivel global y según variables sociodemográficas y, en consecuencia, cambiar los grupos poblacionales de mayor riesgo o la magnitud de afectación.

En relación a los síntomas depresivos, este estudio demuestra que su prevalencia fue del 6.8% antes de la pandemia, similar a lo reportado por estudios nacionales (Hernández y col., (21); Villarreal y col. (25)), con una mínima disminución en el primer año de COVID-19, para luego recuperar su valor y superarlo hasta alcanzar un 8% en el 2022. Si bien existe una gran cantidad de estudios que indican que en el primer año de pandemia, hubo un aumento considerable de síntomas depresivos en comparación a épocas sin COVID-19 (Antiporta y col., (22); Saavedra y col., (23); Valencia y col., (76); Winkler y col., (77); Graupensperger y col., (78); Ettman y col. (79); Hyland y col., (80); Kessler y col., (81)), coincidiendo con las primeras medidas de

aislamiento social y restricciones o su recrudecimiento, picos de casos y muertes por COVID-19, pérdida de empleo, inseguridad social, problemas políticos relacionados, entre otros ((82)); este no fue persistente, ya que en los meses subsiguientes, la mayoría reporta una disminución o retorno a los niveles prepandemia (Valencia y col., (76); Graupensperger y col., (78); Hyland y col., (80); Kessler y col., (81); Khaled y col., (83)), con algunas excepciones (Winkler y col., (77); Ettman y col., (79)). Ante lo expuesto, el hallazgo de esta investigación de una variación mínima o nula en la prevalencia de síntomas depresivos entre el 2019 al 2021, comparando año por año, es plausible y corroborado por estudios a nivel nacional (Villarreal y col., (84)) e internacional (Kessler y col., (81); Sun y col., (85)). Por último, el resultado de este estudio que sugiere un aumento en la prevalencia de sintomatología depresiva recién para el 2022, puede denotar un incremento latente y paulatino de esta desde el primer año de pandemia, en base a lo reportado en el Perú por Villarreal y col. (25), quienes señalan un crecimiento sostenido de síntomas depresivos moderados del 0.17% trimestral desde junio del 2020 hasta diciembre del 2021; así como en lo mencionado por Winkler y col., (77), acerca de la mayor cronicidad de problemas de salud mental en población general y, el papel de la pandemia, al crear eventos crónicos estresantes a nivel económico y social que podrían generar efectos más profundos que los eventos agudos aislados.

Atendiendo a las características sociodemográficas, la prevalencia de síntomas depresivos predominó en mujeres, adultos de 60 años en adelante, personas con educación primaria o menor, viudos/divorciados/separados, residentes de la Sierra y en los muy pobres durante el periodo 2019-2022. Estos hallazgos son congruentes, en su mayoría, a los reportados por otros autores en años previos (Assanangkornchai y col., (2); Lasserre y col., (18); Hernández y col., (21); Villarreal y col. (86)) y durante el primer año de COVID-19 (Antiporta y col., (22); Saavedra y col., (23); Valencia y col., (76); Winkler y col., (77); Kessler y col., (81); Zegarra y col., (87); Briggs y col. (88)), así como en la literatura tradicional (Bains y col., (26); Park y col., (27); Ettman y col., (79)). No obstante, quienes han experimentado mayor aumento en la prevalencia de síntomas depresivos, al comparar el tercer año de pandemia

con el periodo anterior a esta, fueron mujeres, jóvenes de 15-29 años, personas con educación secundaria o superior, personas no casadas o no convivientes, residentes del área urbana y de la región de Lima Metropolitana; así como las personas ricas y muy ricas. Si bien no se tiene estudios que realicen la comparación entre estos años en específico, si se cuenta con investigaciones del primer año de pandemia, que señalan que las mujeres, adultos jóvenes, viudos/divorciados/separados (Antiporta y col., (22); Saavedra y col., (23); Winkler y col., (77); Kessler y col., (81); Sun y col., (85)), los de la región de Lima metropolitana (Antiporta y col., (22)) y los de mayor educación (Kessler y col., (81)), fueron o podrían ser los más afectados en cuanto a síntomas depresivos a raíz del contexto COVID-19. En cuanto al aumento de prevalencia de sintomatología depresiva en el área urbana y estratos ricos a muy ricos, la literatura no respalda estos hallazgos (Antiporta y col., (22); Valencia y col., (76); Winkler y col., (77)); sin embargo, el incremento detectado podría deberse a la situación sui géneris vivida por la pandemia (Olf y col., (89)) y actuar a modo de nivelador al reducir la relación del área rural y pobreza como factores de riesgo tradicionales de los síntomas depresivos, como lo sugiere el análisis bivariado de este estudio y la investigación de Khaled y col., (83).

Por otro lado, en cuanto al consumo problemático de alcohol, esta investigación encontró que la prevalencia fue del 3.2% en la época previa a la enfermedad por coronavirus 2019, descendiendo en el primer año de pandemia en más del 50%, para posteriormente aumentar hasta recuperar su valor pre-COVID-19 en el 2022. Estos resultados son consistentes con los reportados en los informes del INEI del 2019-2022 (90–93); aunque, el descenso de prevalencia informado fue en el 2021 en lugar del 2020, ello podría deberse a algún error de selección de muestra por parte del INEI para el cálculo de este indicador en el 2020, ya que esta fue de aproximadamente la mitad de lo que suele utilizar, en relación a otros años. Aunado a lo anterior, un estudio en Lima metropolitana mostró la misma tendencia decreciente en el consumo problemático de alcohol durante el primer año de pandemia (Saavedra y col., (23)), en similar proporción a la encontrada en esta investigación. Si bien este hallazgo entraría en contradicción a lo reportado en

otros estudios sobre aumento de consumo de alcohol (Martinez y col., (20); Tran y col., (39); Capasso y col., (40), Sinha, (48); Melamed y col., (58); Pollard y col., (59); Barrio y col., (60); Barbosa y col., (61)) y mantenimiento del nivel de consumo problemático de alcohol (Winkler y col., (77,94)) durante el 2020 versus periodos pre-COVID-19, la mayoría de estas investigaciones corresponden a EE.UU. y a otros países de ingresos económicos altos, los cuales sufrieron el impacto de la pandemia de forma muy distinta a la vivida en territorios de ingresos medios, tal y como lo demuestran los estudios en países latinoamericanos, reportando una disminución del consumo de alcohol durante el primer año pandémico (Manthey y col., (95); Sara, (96)), debido a la menor disponibilidad, oportunidad de consumo y asequibilidad de alcohol, tanto por las restricciones para evitar el contagio por COVID-19 como por la crisis económica e inseguridad financiera derivada (Manthey y col., (95); Sara, (96)), más aún en el Perú, en un contexto de alta tasa de informalidad y pobreza desde tiempos prepandémicos (Martínez y col., (97)). Por último, el consumo problemático de alcohol tarda en desarrollarse, por lo que es factible que aún no se conozca a cabalidad el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre este (Capasso y col., (40); Bantounou, (98)).

En base a las características sociodemográficas, la prevalencia de consumo problemático de alcohol fue mayor en hombres, jóvenes de 15-29 años, personas con educación secundaria y superior, solteros, residentes de áreas urbanas y estratos ricos, tanto antes como durante el contexto COVID-19; estos hallazgos son consistentes con lo reportado por otros estudios en cuanto al sexo y edad (Saavedra y col., (23); Bellos y col., (29); Glantz y col., (31); Winkler y col., (77)); sin embargo, en torno al nivel socioeconómico, medido en base a la educación e índice de riqueza, lo encontrado en esta investigación es compatible con los informes del INEI (90–93), pero contrario a la literatura que señala un menor nivel socioeconómico como factor de riesgo para el consumo problemático de alcohol (Lasserre y col., (18); Bellos y col., (29); Glantz y col., (31)). Una posible explicación es lo informado por Winkler y col., (77), mostrando que ambos extremos de ingresos económicos confieren un mayor riesgo. En cuanto al estado civil, los resultados son contradictorios, algunos estudios reportan una mayor prevalencia en los

viudos/divorciados/separados (Saavedra y col., (23)), otros solo en los divorciados (Bellos y col., (29)) o solo en los solteros (Winkler y col., (77)); mientras que otros incluyen a cualquiera que no esté casado (Glantz y col., (31)); sin embargo, todos coinciden en que los casados poseen menor prevalencia (Saavedra y col., (23); Bellos y col., (29); Winkler y col., (77); Glantz y col., (31)). Relacionado al área de residencia, el resultado de esta investigación se corrobora con lo hallado por el INEI año a año (90–93), pero es contrario a lo informado por otros autores, quienes indican que la prevalencia de consumo problemático de alcohol es mayor en el área rural (Bellos y col., (29)) y, a quienes señalan que no existen diferencias significativas según el área de residencia (Assanangkornchai y col., (2)). No obstante, a pesar de lo anteriormente expuesto, quienes han tenido un mayor aumento en la prevalencia de consumo problemático de alcohol, al comparar el periodo pre-COVID-19 con el tercer año pandémico, fueron las mujeres, adultos de 60 años a más, personas con educación secundaria, viudos/divorciados/separados, residentes de Lima metropolitana y los de estratos pobres. Estos hallazgos son compatibles, en general, con los reportados en los informes del INEI (90–93). Por lo demás, aunque no se cuenta con otros estudios que evalúen el cambio de prevalencia luego de tres años de pandemia, respecto al periodo previo a esta, se puede tomar en cuenta lo reportado en el consumo de riesgo (hazardous drinking, binge drinking, heavy drinking) y problemático de alcohol, antes y durante el primer año de COVID-19, que señalaban una reciente mayor predisposición hacia estos comportamientos en las mujeres (Glantz y col., (31); Capasso y col., (40); Barbosa y col. (61); Bantounou, (98); Acuff y col., (99)) y personas con educación secundaria a superior (Assanangkornchai y col., (2)). En cuanto al hallazgo de un aumento de consumo problemático de alcohol en adultos mayores, no se encontró estudios que respaldaran esta afirmación, sino lo contrario (Saavedra y col., (23); Winkler y col., (77); Bantounou, (98)); sin embargo, debe tenerse en cuenta que este hallazgo recién ocurrió en el tercer año de pandemia y no antes. Por otro lado, ser viudo/divorciado/separado (Saavedra y col., (23); Bellos y col., (29); Glantz y col., (31)) y pobre (Lasserre y col., (18); Bellos y col., (29); Glantz y col., (31)), factores tradicionalmente reconocidos, pero no observados en el Perú, como ligados a una mayor

prevalencia de consumo problemático de alcohol, finalmente se harían presentes. Por último, al haber sido Lima metropolitana el centro de la pandemia en el Perú, dado la mayor cantidad de casos y fallecidos por COVID-19 (MINSA, (100)), es razonable creer que concentre la mayor prevalencia de consumo problemático de alcohol.

Con respecto a la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, tanto el análisis bivariado como el modelo de regresión crudo arrojaron una ausencia de relación entre estas dos variables para el periodo 2019-2020; no obstante, el modelo ajustado mostró una asociación significativa tanto antes como durante el contexto COVID-19. Si bien, parecía haber una tendencia al incremento en la fuerza de asociación con el paso de los años, esta no fue significativa. Al respecto, los estudios de los años previos a la pandemia fueron contradictorios, algunos mostraron que no existía asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol (o conceptos cercanos) (Hernández y col., (28); Barros y col., (33); Bellos y col., (29); Lasserre y col., (18)); mientras que otros sí encontraron esta asociación (Assanangkornchai y col., (2); Jeong y col., (101)), con valores similares a los reportados por esta investigación. Las diferencias encontradas entre estos grupos de investigaciones podrían deberse a las diferentes metodologías, instrumentos de medición y criterios empleados. Por otro lado, en relación a los años pandémicos, solo se cuenta con estudios que evalúan la asociación entre síntomas depresivos y un mayor consumo de alcohol (que con el tiempo podrían derivar en un consumo problemático de alcohol) en los primeros meses de pandemia (Martinez y col., (20); Tran y col., (39); Capasso y col., (40)), los cuales muestran una asociación significativa y de valor semejante a la informada por la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol de esta investigación.

En cuanto al análisis estratificado por subgrupos, este estudio determinó que para la época pre-COVID-19, la probabilidad (ajustada) de consumo problemático de alcohol en quienes presentan síntomas depresivos, respecto a quienes no los presentan, fue consistente pero no diferente en casi todos los subgrupos formados según variables sociodemográficas; siendo

excepciones la edad y el nivel educativo. Al respecto, la probabilidad de consumo problemático de alcohol, en relación a la presencia de síntomas depresivos, fue significativamente superior en jóvenes de 15-29 años y adultos de 30-44 años en comparación a los de 60 años a más. Este resultado no está acorde a lo reportado en población brasileña (Oancea y col., (34)); sin embargo, midieron heavy alcohol use en lugar de consumo problemático de alcohol, lo cual podría explicar las diferencias; no obstante, ambas investigaciones coinciden en que las personas de 60 a más no mostraron una asociación significativa, al igual que otros estudio nacional (Martina, (41)). Así mismo, las personas con educación secundaria y superior presentaron una mayor asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, en relación a las personas con educación preescolar/ninguna educación, que no mostraron una asociación significativa. Estos hallazgos son corroborados por Assanangkornchai y col., (2). Por otro lado, no se encontró diferencias en la asociación por sexo, en concordancia con lo reportado por una investigación en población surcoreana (Jeong y col., (101)); sin embargo, otros estudios si reportaron diferencias (Wichaidit y col., (32); Barros y col., (33); Oancea y col., (34); Keyes y col., (102)), casi siempre a favor de las mujeres; aunque, cabe aclarar, que estos estudios analizaron una asociación de síntomas depresivos con binge drinking/heavy drinking y no con un consumo problemático de alcohol, formalmente. Asimismo, este estudio no pudo establecer una modificación en la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, por área de residencia e índice de riqueza, en oposición a lo reportado por Assanangkornchai y col., (2), quienes indican que ambos extremos del índice de riqueza, así como el área urbana poseen mayor asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, en comparación a los de índice de riqueza medio y área urbana, respectivamente. Ello podría deberse a los distintos instrumentos y criterios de medición empleados para medir las variables de síntomas depresivos (PHQ-9 versus MINI 5.0 con criterios DSM-IV) y consumo problemático de alcohol (CIDI 3.0 con criterios DSM-5-TR versus AUDIT), así como también al número de categorías en que se desglosaron las covariables. Por último, los resultados aquí obtenidos son la primera evidencia de que el estado civil y la

región natural no modificaron la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en la época prepandemia.

En consonancia a lo previamente descrito, durante el contexto COVID-19, el análisis estratificado por subgrupos demostró que la asociación de estudio estuvo presente en la mayoría de subgrupos formados según variables sociodemográficas, pero sin que sea significativamente diferente entre categorías; con algunas excepciones, de acuerdo al año pandémico analizado. Al respecto, la probabilidad de consumo problemático de alcohol, en relación a la presencia de síntomas depresivos, fue significativamente superior en los estratos pobres en comparación a los estrato medios y ricos para el primer año de pandemia, lo cual está de acuerdo a lo reportado, previo al COVID-19, por Assanangkornchai y col., (2). Por otro lado, esta investigación no pudo establecer una modificación en la asociación estudiada por grupo de edad, en oposición a lo reportado por Capasso y col., (40), quienes señalaron una gradiente ascendente de edad en la asociación entre síntomas depresivos y el incremento de consumo de alcohol a inicios de la pandemia; esto podría deberse a que la medición respecto al alcohol es diferente entre este estudio y la referencia. De la misma forma, la presente investigación no encontró un papel modificador de la asociación estudiada, según nivel educativo y área de residencia para el 2020, en oposición a lo reportado antes del COVID-19 (Assanangkornchai y col., (2)); quizá la falta de variación por variables sociodemográficas pueda deberse a un efecto equilibrador, ejercido por el primer año de contexto COVID-19, en las asociaciones de trastornos mentales, tal y como lo sugiere Khaled y col., (83). En cambio, para el 2021, la asociación de estudio, fue superior y significativa en las mujeres en comparación a los hombres, lo que es compatible a los estudios prepandémicos (Wichaidit y col., (32); Barros y col., (33); Keyes y col., (102)); pero contrario a las investigaciones de los primeros meses de pandemia, que demostraron que el sexo no modificaba esta asociación (Tran y col., (39); Martínez y col., (20)). Nuevamente, tales diferencias podrían deberse a la medición respecto al alcohol, ya que cada estudio mide conceptos distintos (incremento del consumo de alcohol, heavy drinking, binge drinking) pero relacionados. También en el 2021, la probabilidad de consumo

problemático de alcohol, dada la presencia de síntomas depresivos, fue mayor en viudos/divorciados/separados respecto a casados/convivientes, y menor en el resto de Costa en relación a cualquier otra región natural. Finalmente, esta probabilidad fue superior en el grupo de solteros en comparación al grupo de viudos/divorciados/separados para el tercer año de pandemia. Estos resultados constituirían la primera evidencia de que el estado civil y la región natural si modificaron la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol durante la pandemia de COVID-19, aunque no fueran constantes en los tres años que comprendió la misma.

Por otro lado, al comparar por años, en la mayoría de subgrupos de variables sociodemográficas, la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol fue consistente, pero sin mostrar una variación significativa en el tiempo. Las únicas excepciones fueron los solteros, que mostraron un aumento en la asociación de estudio en el 2022, respecto al 2020; los viudos/divorciados/separados, quienes evidenciaron un incremento en la asociación de síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el 2021, en comparación a los dos años previos; y la región de resto de Costa, la cual mostró una disminución en la fuerza de asociación para el 2021, en relación al resto de años estudiados. Estos resultados muestran que, principalmente, el estado civil es una variable importante a considerar en el estudio de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, sobre todo en el contexto de pandemia, por lo que abre las puertas a que otros investigadores comprueben estas interacciones. Además, ciertos subgrupos que no solían mostrar asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, comenzaron a presentarla en los dos últimos años de pandemia, a saber: adultos mayores de 60 a más años, personas con educación primaria, residentes de Lima metropolitana y los del estrato muy rico; constituyendo así la primera evidencia que se tiene al respecto, luego de tres años de pandemia, y que amerita corroboración por futuras investigaciones.

Es así que, en base a todo lo anteriormente expuesto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, que indica la existencia de asociación

entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante el contexto COVID-19. Dejando como lección que, como señala Keyes y col, (102), la relación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol cambia, se acopla y se desacopla de forma dinámica, más aún ante contextos tan únicos como lo pandemia de COVID-19.

El presente estudio tiene como fortalezas, la utilización de una muestra de gran tamaño y representativa de la población peruana a nivel nacional, departamental, urbano y rural. Otra fortaleza, es el uso de los criterios del DSM-5-TR para definir consumo problemático de alcohol, lo cual permite catalogar con mayor probabilidad a las personas que padecen de esta afección, en comparación a los criterios más estrictos y ya desfasados del DSM-IV-TR, en los que se basa la última versión del CIDI y, por tanto, la ENDES. Asimismo, este estudio es el primero en investigar cómo distintas variables sociodemográficas pueden modificar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, permitiendo reconocer que segmentos de la población son más vulnerables de presentar esta comorbilidad; asimismo, es el primero en su tipo en indagar si el contexto de la pandemia de COVID-19, a lo largo de tres años, puede modificar la magnitud de la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, tanto a nivel global como por variables sociodemográficas.

Dentro de las limitaciones, se encuentra el uso de la ENDES como fuente de información, ya que al ser una encuesta posibilita el sesgo de recuerdo y el sesgo de deseabilidad social, sobre todo al tocar temas de salud mental, que aún denotan estigma por parte de la sociedad. Igualmente, el utilizar una base de datos secundaria impide evaluar algunas otras características que podrían ser de interés en la asociación de estudio como: antecedentes familiares, estresores crónicos y agudos, traumas, comorbilidades psiquiátricas, etc. El hecho de que la medición de síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol sea con instrumentos de tamizaje en la ENDES, limita la comparación de los resultados con estudios que utilizaron instrumentos de diagnóstico para trastornos depresivos y trastornos por consumo de alcohol. En la misma línea,

el uso de la pregunta filtro del CIDI para evaluar el consumo problemático de alcohol, “¿en los últimos 12 meses, usted tomó bebidas alcohólicas o licor 12 veces o más?”, cantidad por demás arbitraria, restringe el grupo de personas a las que se les puede aplicar el resto del instrumento; el no utilizar esta pregunta filtro o disminuir el número de bebidas alcohólicas necesarias para proseguir con el cuestionario, podría generar un aumento en la prevalencia de consumo problemático de alcohol y posiblemente, en la asociación de este con los síntomas depresivos. Otra limitación es el hecho de que esta es una investigación de corte transversal, por lo que no puede establecerse la temporalidad ni la causalidad en la asociación de estudio, aunado a que la literatura apoya la idea de síntomas depresivos como generadores de un consumo problemático de alcohol, el consumo problemático de alcohol como desencadenante de síntomas depresivos, la aparición de ambas entidades por factores comunes e incluso, la asociación bidireccional de estas entidades en un ciclo de retroalimentación (1,3,18,19,51,103,104). Asimismo, por ser transversal, no se puede hacer un seguimiento, a lo largo de los años de pandemia, de las personas encuestadas en épocas prepandemia, para evaluar si llegan a desarrollar o no un consumo problemático de alcohol, considerando como factor de exposición la presencia de síntomas depresivos, o viceversa. El estratificar la muestra, sobre todo, cuando se realiza para más de 3 subgrupos, reduce el número de observaciones con un aumento de la amplitud de los intervalos de confianza y una disminución de la potencia estadística, pudiendo no encontrar asociaciones significativas a nivel estadístico cuando realmente si existen. Por último, usar el solapamiento de intervalos de confianza <25% como forma de comparar por años, los cambios en las medidas de asociación de los subgrupos de variables sociodemográficas es un método confiable pero demasiado conservador en relación a una prueba estadística ((105,106)), por lo que también podrían haber variaciones en las asociaciones que no hayan sido detectadas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

1. Conclusión principal

- Existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, tanto antes como durante el contexto COVID-19.

2. Conclusiones secundarias

- La prevalencia de síntomas depresivos en el Perú no ha variado entre el 2019 al 2021, pero se incrementó en el 2022.
- La mayor prevalencia de síntomas depresivos en el Perú, tanto antes como durante el contexto COVID-19, la tuvieron las mujeres, adultos de 60 años en adelante, personas con educación primaria o menor, viudos/divorciados/separados, residentes de la Sierra y los muy pobres.
- El mayor aumento en la prevalencia de síntomas depresivos en el Perú, al comparar el tercer año de pandemia con el periodo anterior a esta, lo tuvieron las mujeres, jóvenes de 15-29 años, personas con educación secundaria o superior, personas no casadas o no convivientes, residentes del área urbana y de la región de Lima Metropolitana; así como los ricos y muy ricos.
- La prevalencia de consumo problemático de alcohol en el Perú disminuyó en más de un 50% a raíz de la pandemia de COVID-19, pero para el 2022 había recuperado su valor.
-
- La mayor prevalencia de consumo problemático de alcohol en el Perú,

tanto antes como durante el contexto COVID-19, la tuvieron los hombres, jóvenes de 15-29 años, personas con educación secundaria y superior, solteros, residentes de áreas urbanas y los ricos.

- El mayor aumento en la prevalencia de consumo problemático de alcohol en el Perú, al comparar el tercer año de pandemia con el periodo anterior a esta, lo tuvieron las mujeres, adultos de 60 años a más, personas con educación secundaria, viudos/divorciados/separados, residentes de Lima metropolitana y los pobres.
- Existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú y esta no varió del 2019 al 2022.
- Antes de la pandemia de COVID-19 en el Perú, la asociación de síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol fue mayor en jóvenes de 15-29 años, adultos de 30-44 años y personas con educación secundaria a superior.
- Durante la pandemia de COVID-19 en el Perú, la asociación de síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol fue mayor en los pobres (2020), mujeres (2021), viudos/divorciados/separados (2021) y solteros (2022); mientras que fue menor en los residentes de la región de la Costa, excluyendo Lima metropolitana (2021).
- A raíz del contexto de COVID-19 en el Perú, los solteros y los viudos/divorciados/separados han presentado un incremento en la fuerza de asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el 2022 y 2021, respectivamente; mientras que los residentes de la región de la Costa, excluyendo Lima metropolitana, presentaron una disminución (2021).
- En los dos últimos años de pandemia de COVID-19 en el Perú, los adultos mayores de 60 años a más, las personas con educación primaria, los residentes de Lima metropolitana y los de estratos muy ricos presentaron, por primera vez, asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol.

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

- Es importante que los programas de detección y tratamiento de síntomas depresivos evalúen la presencia de consumo problemático de alcohol y, que los programas de tratamiento y rehabilitación de alcoholismo también evalúen la presencia de síntomas depresivos, dada la asociación inequívoca entre estas dos entidades, comprobada en este estudio; así como las graves consecuencias de su comorbilidad.
- Las políticas de salud pública deberían dirigirse a promover la salud mental a nivel individual, familiar, interpersonal y organizacional; sobre todo después de haber vivido una pandemia de características únicas que impactó en todos los ámbitos; así como mejorar las políticas de venta y consumo de alcohol ejerciendo una mayor regulación en esta sustancia.
- Debe llegarse a un consenso sobre la mejor forma de medir síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, en cuanto a instrumentos y criterios, con el fin de realizar mediciones más precisas y comparables.
- Deben realizarse más investigaciones a nivel nacional e internacional sobre la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol, según variables sociodemográficas, con el fin de identificar y corroborar los grupos poblacionales con mayor riesgo descritos en la presente investigación, tanto en el ámbito clínico como no clínico.
- Se necesitan más estudios, idealmente longitudinales, que evalúen el efecto de la pandemia de COVID-19 a largo plazo sobre los síntomas depresivos, el consumo problemático de alcohol y su asociación, a nivel global y por variables sociodemográficas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McHugh R. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res Curr Rev* [Internet]. 2019;40(1). Disponible en: <https://www.arcr.niaaa.nih.gov/arcr401/article01.htm>
2. Assanangkornchai S, Nontarak J, Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Taneepanichskul S. Socio-economic inequalities in the association between alcohol use disorder and depressive disorder among Thai adults: a population-based study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 23 de diciembre de 2020;20(1):553. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02958-6>
3. Yoon G, Petrakis IL. Pharmacological and Psychological Treatments for Comorbid Alcohol Use Disorder and Depressive Disorder: a Review. *Curr Addict Reports* [Internet]. 9 de septiembre de 2018;5(3):312–22. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s40429-018-0213-z>
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* [Internet]. octubre de 2020;396(10258):1204–22. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620309259>
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results [Internet]. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2021. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
7. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. febrero de 2022;9(2):137–

50. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036621003953>
8. Ministerio de Salud. Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016 [Internet]. 2018. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/276778-carga-de-enfermedad-en-el-peru-estimacion-de-los-anos-de-vida-saludables-perdidos-2016>
 9. Ministerio de Salud. Plan de Salud Mental 2020-2021 (En el contexto COVID-19) [Internet]. 2020. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
 10. Instituto Nacional de Salud Mental. Sala de Situación de salud mental en 17 ciudades del país. [Internet]. Disponible en:
<http://www.insm.gob.pe/oficinas/epidemiologia/sssm/sssm.html>
 11. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018 [Internet]. 2018. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
 12. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de la Salud Mental Comunitaria 2018 a 2021 [Internet]. 2018. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
 13. Tirado Muñoz J, Farré A, Mestre-Pintó J, Szerman N, Torrens M. Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. Adicciones [Internet]. 2018;30(1):66–76. Disponible en:
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/868>
 14. Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. The Lancet Psychiatry [Internet]. diciembre de 2019;6(12):1068–80. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036619302226>
 15. Perez J, Beale E, Overholser J, Athey A, Stockmeier C. Depression and alcohol use disorders as precursors to death by suicide. Death Stud [Internet]. 16 de marzo de 2022;46(3):619–27. Disponible en:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2020.1745954>
 16. Rehm J, Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 7 de febrero de 2019;21(2):1–7. Disponible en:

<http://link.springer.com/10.1007/s11920-019-0997-0>

17. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
18. Lasserre AM, Imtiaz S, Roerecke M, Heilig M, Probst C, Rehm J. Socioeconomic status, alcohol use disorders, and depression: A population-based study. *J Affect Disord* [Internet]. marzo de 2022;301:331–6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503272101452X>
19. Quijada Gaytán JM, Zabicky Sirot G, Fernández Cáceres C, editores. Problemáticas actuales del uso nocivo de alcohol. Volumen 1: Depresión y consumo de alcohol. Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2021.
20. Martinez P, Karriker-Jaffe KJ, Ye Y, Patterson D, Greenfield TK, Mulia N, et al. Mental health and drinking to cope in the early COVID period: Data from the 2019–2020 US National Alcohol Survey. *Addict Behav* [Internet]. mayo de 2022;128:107247. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460322000132>
21. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G, Grendas LN. Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. *J Affect Disord* [Internet]. agosto de 2020;273:291–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032719327302>
22. Antiporta DA, Cutipé YL, Mendoza M, Celentano DD, Stuart EA, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry* [Internet]. 18 de diciembre de 2021;21(111):1–12. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03107-3>
23. Saavedra JE, Aliaga Giraldo K, Castillo Martell WH, Huamán Pineda J, Luna Solís Y, Nicolás Hoyos Y, et al. Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *Diagnóstico* [Internet]. 7 de agosto de 2022;61(3):e374. Disponible en:

<http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/374>

24. Valladares-Garrido MJ, Soriano-Moreno AN, Rodrigo-Gallardo PK, Moncada-Mapelli E, Pacheco-Mendoza J, Toro-Huamanchumo CJ. Depression among Peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. marzo de 2020;14(2):141–6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871402120300229>
25. Villarreal-Zegarra D, Reátegui-Rivera CM, Otazú-Alfaro S, Yantas-Alcantara G, Soto-Becerra P, Melendez-Torres GJ. Estimated impact of the COVID-19 pandemic on the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: an interrupted time series analysis in 2014–2021. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 8 de marzo de 2023; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00127-023-02446-8>
26. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder [Internet]. *StatPearls*. 2022. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30396512>
27. Park LT, Zarate CA. Depression in the Primary Care Setting. Solomon CG, editor. *N Engl J Med* [Internet]. 7 de febrero de 2019;380(6):559–68. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1712493>
28. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H, Vargas-Fernández R, Grendas LN, Bendezu-Quispe G. Gender Differences in the Factors Associated with Alcohol Binge Drinking: A Population-Based Analysis in a Latin American Country. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 19 de abril de 2022;19(9):4931. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/9/4931>
29. Bellos S, Petrikis P, Malliori M, Mavreas V, Skapinakis P. Prevalence of Alcohol Use Disorders and Their Association with Sociodemographic Determinants and Depression/Anxiety Disorders in a Representative Sample of the Greek General Population. *Psychiatry J* [Internet]. 10 de febrero de 2020;2020:1–11. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2020/4841050/>
30. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet* [Internet]. agosto de 2019;394(10200):781–92. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619317751>

31. Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, Sampson NA, Scott KM, Lim CCW, et al. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addict Behav* [Internet]. marzo de 2020;102:106128. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460319304897>
32. Wichaidit W, Pruphetkaew N, Assanangkornchai S. Variations by sex and age in the association between alcohol use and depressed mood among Thai adolescents. Yi S, editor. *PLoS One* [Internet]. 17 de diciembre de 2019;14(12):e0225609. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0225609>
33. Barros MB de A, Medina L de PB, Lima MG, Azevedo RCS de, Sousa NF da S, Malta DC. Association between health behaviors and depression: findings from the 2019 Brazilian National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2021;24(suppl 2):e210010. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2021000300408&tlng=en
34. Oancea SC, de Oliveira GD, Sukumaran P, Vogeltanz-Holm N, Nucci LB. The association between alcohol consumption and self-reported current depression among adults residing in Brazil. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 7 de junio de 2021;43(2):e204–12. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/43/2/e204/6048930>
35. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.;jsessionid=05392A51DF7005135F4337967A256761?sequence=1
36. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón García JL. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Atención Primaria* [Internet]. noviembre de 2020;52:93–113. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656720302833>
37. Costa AC dos S, Menon V, Phadke R, Dapke K, Miranda AV, Ahmad S, et al. Mental health in the post COVID-19 era: future perspectives.

- Einstein (São Paulo) [Internet]. 25 de abril de 2022;20:eCE6760. Disponible en: <https://journal.einstein.br/article/mental-health-in-the-post-covid-19-era-future-perspectives/>
38. Bojórquez Giraldo E. COVID-19 in Peru. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(Suppl 3):S498–S501.
 39. Tran TD, Hammarberg K, Kirkman M, Nguyen HTM, Fisher J. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. *J Affect Disord* [Internet]. diciembre de 2020;277:810–3. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032720327075>
 40. Capasso A, Jones AM, Ali SH, Foreman J, Tozan Y, DiClemente RJ. Increased alcohol use during the COVID-19 pandemic: The effect of mental health and age in a cross-sectional sample of social media users in the U.S. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. abril de 2021;145:106422. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743521000062>
 41. Martina Chávez MB. Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015 [Tesis de doctorado] [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina / Unidad de Posgrado; 2018. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9210?show=full>
 42. Chand SP, Arif H. Depression [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/0>
 43. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision [Internet]. Washington: American Psychiatric Association; 2022. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
 44. Borentain S, Nash AI, Dayal R, DiBernardo A. Patient-reported outcomes in major depressive disorder with suicidal ideation: a real-world data analysis using PatientsLikeMe platform. *BMC Psychiatry* [Internet]. 23 de diciembre de 2020;20(1):384. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020->

02758-y

45. World Health Organization. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>
46. Tapert S. Alcohol and the Adolescent Brain: What We've Learned and Where the Data Are Taking Us. *Alcohol Res Curr Rev* [Internet]. 2022;42(1). Disponible en: <https://arcr.niaaa.nih.gov/niaaa-50th-anniversary-festschrift/alcohol-and-adolescent-brain-what-weve-learned-and-where-data>
47. Schuckit MA. AUD Risk, Diagnoses, and Course in a Prospective Study Across Two Generations: Implications for Prevention. *Alcohol Res Curr Rev* [Internet]. 2021;41(1). Disponible en: <https://arcr.niaaa.nih.gov/niaaa-50th-anniversary-festschrift/aud-risk-diagnoses-and-course-prospective-study-across-two>
48. Sinha R. Alcohol's Negative Emotional Side: The Role of Stress Neurobiology in Alcohol Use Disorder. *Alcohol Res Curr Rev* [Internet]. 2022;42(1). Disponible en: <https://arcr.niaaa.nih.gov/volume/42/1/alcohols-negative-emotional-side-role-stress-neurobiology-alcohol-use-disorder>
49. Witkiewitz K, Litten RZ, Leggio L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Sci Adv* [Internet]. 6 de septiembre de 2019;5(9). Disponible en: <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.aax4043>
50. Ibáñez C, Cáceresa J, Brucher R, Seijas D. Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. marzo de 2020;31(2):174–82. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864020300201>
51. Gao L. The Correlation Between Alcohol Use Disorder and Major Depressive Disorder. En: *Proceedings of the 2022 5th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHES 2022)* [Internet]. Atlantis Press; 2022. p. 816–21. Disponible en: https://www.atlantis-press.com/doi/10.2991/978-2-494069-89-3_96
52. Coelho CLS, Laranjeira RR, Santos JLF, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, et al. Depressive symptoms and alcohol correlates among Brazilians

- aged 14 years and older: a cross-sectional study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 15 de diciembre de 2014;9(1):29. Disponible en: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-9-29>
53. Martinez P, Neupane SP, Perlestenbakken B, Toutoungi C, Bramness JG. The association between alcohol use and depressive symptoms across socioeconomic status among 40- and 45-year-old Norwegian adults. *BMC Public Health* [Internet]. 19 de diciembre de 2015;15(1):1146. Disponible en: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2479-6>
 54. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352189>
 55. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700–12.
 56. Aksunger N, Vernot C, Littman R, Voors M, Meriggi NF, Abajobir A, et al. COVID-19 and mental health in 8 low- and middle-income countries: A prospective cohort study. Patel V, editor. *PLOS Med* [Internet]. 6 de abril de 2023;20(4):e1004081. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1004081>
 57. Bower M, Smout S, Donohoe-Bales A, O'Dean S, Teesson L, Boyle J, et al. A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. *Front Psychiatry* [Internet]. 8 de marzo de 2023;14. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.1107560/full>
 58. Melamed OC, DeRuiter WK, Buckley L, Selby P. Coronavirus Disease 2019 and the Impact on Substance Use Disorder Treatments. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. marzo de 2022;45(1):95–107. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X21000848>
 59. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and

- Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw Open* [Internet]. 29 de septiembre de 2020;3(9):e2022942. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770975>
60. Barrio P, Baldaquí N, Andreu M, Kilian C, Rehm J, Gual A, et al. Abstinence Among Alcohol Use Disorder Patients During the COVID-19 Pandemic: Insights From Spain. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 5 de abril de 2021;45(4):802–7. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.14555>
 61. Barbosa C, Dowd WN, Barnosky A, Karriker-Jaffe KJ. Alcohol Consumption During the First Year of the COVID-19 Pandemic in the United States: Results From a Nationally Representative Longitudinal Survey. *J Addict Med* [Internet]. enero de 2023;17(1):e11–7. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/ADM.0000000000001018>
 62. Kim JU, Majid A, Judge R, Crook P, Nathwani R, Selvapatt N, et al. Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. octubre de 2020;5(10):886–7. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S246812532030251X>
 63. Murthy P, Narasimha VL. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on alcohol use disorders and complications. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. julio de 2021;34(4):376–85. Disponible en:
<https://journals.lww.com/10.1097/YCO.0000000000000720>
 64. Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, Poznyak V. Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 23 de agosto de 2019;43(8):1617–31. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.14128>
 65. MacKillop J, Agabio R, Feldstein Ewing SW, Heilig M, Kelly JF, Leggio L, et al. Hazardous drinking and alcohol use disorders. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 22 de diciembre de 2022;8(1):80. Disponible en:
<https://www.nature.com/articles/s41572-022-00406-1>
 66. Tetrault JM, O'Connor PG. Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis [Internet]. UpToDate; 2017. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis#H1137603832>

67. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2019 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
68. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
69. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2021 [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/index.html
70. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2022 [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf
71. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. Blanch A, editor. PLoS One [Internet]. 9 de septiembre de 2019;14(9):e0221717. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0221717>
72. Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. junio de 2004;13(2):122–39. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.169>
73. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res

- [Internet]. junio de 2004;13(2):93–121. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.168>
74. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA [Internet]. 2 de junio de 2004;291(21):2581. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.291.21.2581>
75. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrío H. Manipulación, análisis y visualización de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar con el programa R. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 15 de marzo de 2019;36(1):128. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4062>
76. Valencia PD, Torres-Quispe MA, Sánchez-Cayo S, Reyes-Aguilar RF, Acevedo-Cahuana AG. Factors associated with depressive symptomatology during the COVID-19 pandemic in Mexico: A 2021 national survey. J Affect Disord [Internet]. noviembre de 2022;317:212–20. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032722009442>
77. Winkler P, Mohrova Z, Mlada K, Kuklova M, Kagstrom A, Mohr P, et al. Prevalence of current mental disorders before and during the second wave of COVID-19 pandemic: An analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. J Psychiatr Res [Internet]. julio de 2021;139:167–71. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395621003010>
78. Graupensperger S, Calhoun BH, Fleming C, Rhew IC, Lee CM. Mental Health and Well-Being Trends Through the First Year-and-a-Half of the COVID-19 Pandemic: Results from a Longitudinal Study of Young Adults in the USA. Prev Sci [Internet]. 23 de agosto de 2022;23(6):853–64. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s11121-022-01382-4>
79. Ettman CK, Cohen GH, Abdalla SM, Sampson L, Trinquart L, Castrucci BC, et al. Persistent depressive symptoms during COVID-19: a national, population-representative, longitudinal study of U.S. adults. Lancet Reg Heal - Am [Internet]. enero de 2022;5:100091. Disponible en:

- <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667193X21000879>
80. Hyland P, Vallières F, McBride O, Murphy J, Shevlin M, Bentall RP, et al. Mental health of adults in Ireland during the first year of the COVID-19 pandemic: results from a nationally representative, longitudinal study. *Psychol Med* [Internet]. 11 de junio de 2023;53(8):3766–8. Disponible en:
https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291721004360/type/journal_article
 81. Kessler RC, Chiu WT, Hwang IH, Puac-Polanco V, Sampson NA, Ziobrowski HN, et al. Changes in Prevalence of Mental Illness Among US Adults During Compared with Before the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. marzo de 2022;45(1):1–28. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X21000915>
 82. Cénat JM, Farahi SMMM, Dalexis RD, Darius WP, Bekarkhanechi FM, Poisson H, et al. The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord* [Internet]. octubre de 2022;315:70–95. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503272200773X>
 83. Khaled SM, Davis V, Amro I, Ali AAM, Woodruff PW, Haddad PM. Trends in prevalence of depression and anxiety symptoms and effects of sociodemographic variables before and after the first wave of COVID-19 in Qatar. *J Affect Disord* [Internet]. agosto de 2022;310:412–21. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032722003561>
 84. Villarreal-Zegarra D, Otazú-Alfaro S, Segovia-Bacilio P, García-Serna J, Reategui-Rivera CM, Melendez-Torres GJ. Profiles of depressive symptoms in Peru: An 8-year analysis in population-based surveys. *J Affect Disord* [Internet]. julio de 2023;333:384–91. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032723005396>
 85. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, et al. Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts.

- BMJ [Internet]. 8 de marzo de 2023;e074224. Disponible en: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj-2022-074224>
86. Villarreal-Zegarra D, Cabrera-Alva M, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. Trends in the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: a population-based study. *BMJ Open* [Internet]. 19 de julio de 2020;10(7):e036777. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-036777>
 87. Zegarra-López AC, Florentino-Santisteban B, Flores-Romero J, Delgado-Tenorio A, Cernades-Ames A. A Cross-Sectional Study on the Prevalence of Depressive Symptoms and Its Associated Sociodemographic Factors in Peru during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 31 de octubre de 2022;19(21):14240. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14240>
 88. Briggs R, McDowell CP, De Looze C, Kenny RA, Ward M. Depressive Symptoms Among Older Adults Pre- and Post-COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. noviembre de 2021;22(11):2251–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861021007830>
 89. Olf M, Primasari I, Qing Y, Coimbra BM, Hovnanyan A, Grace E, et al. Mental health responses to COVID-19 around the world. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 1 de enero de 2021;12(1):1929754. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2021.1929754>
 90. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2019 [Internet]. 2020. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2019.pdf
 91. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf
 92. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2021 [Internet]. 2022. Disponible en:

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2021.pdf

93. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2022 [Internet]. 2023. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf
94. Winkler P, Formanek T, Mlada K, Kagstrom A, Mohrova Z, Mohr P, et al. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 29 de septiembre de 2020;29:e173. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2045796020000888/type/journal_article
95. Manthey J, Carr S, Anderson P, Bautista N, Braddick F, O'Donnell A, et al. Reduced alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: Analyses of 17 000 patients seeking primary health care in Colombia and Mexico. *J Glob Health* [Internet]. 19 de marzo de 2022;12:05002. Disponible en: <http://jogh.org/documents/2022/jogh-12-05002.pdf>
96. Sara R. The impact of the COVID-19 pandemic on alcohol and tobacco consumption: Evidence from Peru. *Soc Sci Med* [Internet]. mayo de 2023;325:115890. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953623002472>
97. Martinez-Valle A. Public health matters: why is Latin America struggling in addressing the pandemic? *J Public Health Policy* [Internet]. 28 de marzo de 2021;42(1):27–40. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1057/s41271-020-00269-4>
98. Bantounou MA. A narrative review of the use of alcohol during the Covid-19 pandemic; effects and implications. *J Addict Dis* [Internet]. 2 de enero de 2023;41(1):30–40. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10550887.2022.2058852>
99. Acuff SF, Strickland JC, Tucker JA, Murphy JG. Changes in alcohol use during COVID-19 and associations with contextual and individual difference variables: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Addict Behav* [Internet]. febrero de 2022;36(1):1–19. Disponible en:

<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/adb0000796>

100. Ministerio de salud del Perú. Sala situacional del COVID-19 en el Perú [Internet]. [citado 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
101. Jeong J-E, Joo S-H, Hahn C, Kim D-J, Kim T-S. Gender-Specific Association between Alcohol Consumption and Stress Perception, Depressed Mood, and Suicidal Ideation: The 2010–2015 KNHANES. *Psychiatry Investig* [Internet]. 25 de mayo de 2019;16(5):386–96. Disponible en: <http://psychiatryinvestigation.org/journal/view.php?doi=10.30773/pi.2019.02.28>
102. Keyes KM, Hamilton A, Patrick ME, Schulenberg J. Diverging Trends in the Relationship Between Binge Drinking and Depressive Symptoms Among Adolescents in the U.S. From 1991 Through 2018. *J Adolesc Heal* [Internet]. mayo de 2020;66(5):529–35. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X19304379>
103. Lee SB, Chung S, Lee H, Seo JS. The Mutual Relationship Between Men’s Drinking and Depression: A 4-Year Longitudinal Analysis. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 1 de septiembre de 2018;53(5):597–602. Disponible en: <https://academic.oup.com/alcalc/article/53/5/597/4942283>
104. Caetano R, Vaeth PAC, Canino G. Comorbidity of Lifetime Alcohol Use Disorder and Major Depressive Disorder in San Juan, Puerto Rico. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. septiembre de 2019;80(5):546–51. Disponible en: <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2019.80.546>
105. Austin PC, Hux JE. A brief note on overlapping confidence intervals. *J Vasc Surg* [Internet]. julio de 2002;36(1):194–5. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0741521402000307>
106. Schenker N, Gentleman JF. On Judging the Significance of Differences by Examining the Overlap Between Confidence Intervals. *Am Stat* [Internet]. agosto de 2001;55(3):182–6. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1198/000313001317097960>

ANEXOS

Anexo 1: Resolución decanal de aprobación de proyecto de tesis



UNMSM
Firmado digitalmente por PODESTA
GAVILANO LUIS ENRIQUE PELL
DIPLOMADO AUF
Módulo: Soy el autor del documento
Fecha: 02.08.2023 07:21:30 -05:00

Lima, 03 de Agosto del 2023

RESOLUCIÓN DECANAL N° 002847-2023-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital N° UNMSM-20230050071, de fecha 29 de mayo de 2023 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: *"La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño"* así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis:** Art. 28 establece que: *"La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución"*;

Que, mediante Oficio N°000960-2023-EPMH-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe de la ME. Ybeth Luma Solis, docente auxiliar del Departamento Académico de Psiquiatría, referente al Proyecto de Tesis titulado **"ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL PERÚ, SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTES Y DURANTE CONTEXTO COVID-19"**, presentado por la Bachiller Barbara Liuva Chia Policarpo con código de matrícula 16010268, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre del asesor de la tesis Mg. Jeff David Huarcaya Victoria con código 0A5206, docente asociado del Departamento Académico de Medicina Humana; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;

SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

Bachiller: Barbara Liuva Chia Policarpo Código de matrícula N° 16010268 E.P. de Medicina Humana	Título del Proyecto de Tesis: "ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL PERÚ, SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTES Y DURANTE CONTEXTO COVID-19"
Asesor: Mg. Jeff David Huarcaya Victoria Código docente: 0A5206	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.



Regístrese, comuníquese, archívese.

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ GIUSTI VIDA DE PELLA
PELLA ALICIA JUAN PABLO
DIPLOMADO AUF
Módulo: Soy el autor del documento
Fecha: 02.08.2023 13:01:05

DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VIDA DE PELLA
VICEDECANA ACADÉMICA

DR. LUIS ENRIQUE PODESTA GAVILANO
DECANO

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifloa/niolo.do> e ingresando el siguiente código de verificación: AYESKUT



Anexo 2: Acta de aprobación del Comité de Ética en Investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"



ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0105-2023

En Lima, a los treinta días del mes de junio, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis titulado: "**Variaciones de la asociación entre síntomas depresivo y trastornos por consumo de alcohol autoinformado en la población Peruana antes y durante la pandemia de COVID-19, en base a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 – 2022**" presentada por **Barbara Liuva Chia Policarpo** con código 16010268 de la escuela profesional de medicina humana, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ACUERDA:

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones en aspectos Científicos Técnicos y Éticos para la investigación en seres humanos.

"El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 29 de junio de 2024"

Lima, 30 de junio de 2023


.....
JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA
PROFESOR DE LA ESCUELA DE
MEDICINA DE SAN MARCOS
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
CÓDIGO DOCENTE:
CAMP: 43840 HNL 23788

Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra
Presidente del CEI/FM/UNMSM



Anexo 3: Matriz de consistencia

Título	Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores
Asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19	¿Existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19?	General	Existe asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19.	Síntomas depresivos	No Si
		Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes y durante contexto COVID-19.		Consumo problemático de alcohol	No Si
		Específicos		Sexo	Mujer Hombre
		Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, antes y durante contexto COVID-19.		Edad	15-29 30-44 45-59 60 a más
		Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, antes del contexto COVID-19.		Nivel educativo	Ninguna/preescolar Primaria Secundaria Superior
		Determinar la asociación entre síntomas depresivos y consumo problemático de alcohol en el Perú, según variables sociodemográficas, durante el contexto COVID-19.		Estado civil	Soltero(a) Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado(a) Casado(a)/Conviviente
				Área de residencia	Urbano Rural
	Región natural	Lima Metropolitana Resto de Costa Sierra Selva			
	Índice de riqueza	Muy pobre Pobre Medio Rico Muy rico			

Anexo 4: Estructura de la base de datos para el análisis estadístico

CASOS (HHID)	(QSNUMERO)	(HV001)	(HV002)	(PESO15 - AMAS)	(QSORRESINF)	Síntomas depresivos	(QS700A)	(QS700I)	Consumo problemático de alcohol	(QS209)	(QS703)	...	(QS709)	Sexo (QSSEXO)	Edad (QS23)	Nivel Educativo (HV106)	Estado Civil (HV115)	Área de residencia (HV025)	Región Natural (SHREGION)	Índice de riqueza (HV270)
Caso 1																					
Caso 2																					
Caso 3																					
Caso 4																					
.																					
.																					

Anexo 5: Codificación de la base de datos para el análisis estadístico

Variable	Ficha de origen ENDES	Código ENDES	Valores ENDES	Codificación final
Identificación Cuestionario del Hogar	CSALUD01 RECH0 RECH23 RECH1	HHID	0:9	0:9
Número de la persona seleccionada en el cuestionario de salud	CSALUD01	QSNUMERO	1:25	1:25
Conglomerado	RECH0	HV001	1:3175	1:3175
Estrato	RECH0	HV022	1:250	1:250
Factor ponderado	CSALUD01	PESO15_AMAS	Hasta 8 dígitos	Factor ponderado/1 000 000
Resultado informante del cuestionario de salud	CSALUD01	QSRESINF	1: Completa 2: Ausente 3: Aplazada 4: Rechazada 5: Incompleta 6: Discapacitada(o) 9: Otra	1: Completa
Síntomas depresivos	CSALUD01	QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I	0: Para Nada 1: Varios días (de 1 a 6 días) 2: La mayoría de días (de 7 a 11 días) 3: Casi todos los días (de 12 a más días)	0: No (puntaje sumado de 0 a 9) 1: Si (puntaje sumado de 10 a 27)
Consumo problemático de alcohol	CSALUD01	QS209 (pregunta filtro)	1: Si 2: No 8: No sabe/ no recuerda	0: No (respuesta negativa o no se le aplicó la pregunta) 1: Si (respuesta afirmativa)
	CSALUD01	QS713, QS714, QS716, QS719, QS720, QS721, QS722, QS723, QS724, QS725, QS726, QS727, QS728, QS729	1: Si 2: No 8: No sabe/ no recuerda 9: Rehúsa	0: No (sumatoria de 0 a 1 respuestas afirmativas // respuesta negativa a la pregunta filtro QS209 o no aplicable) 1: Si (sumatoria de 2 a 11 respuestas afirmativas)
Sexo	CSALUD01	QSSEXO	1: Hombre 2: Mujer	0: Mujer 1: Hombre
Edad	CSALUD01	QS23	15 a 98	1: 15-29 2: 30-44 3: 45-59 4: 60 a más
Nivel	RECH1	HV106	0: Inicial/Pre-escolar	0: Ninguna/preescolar

educativo			1: Primario 2: Secundario 3: Superior 8: No sabe	1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior
Estado civil	RECH1	HV115	0: Soltero(a) 1: Casado(a) 2: Conviviente 3: Viudo(a) 4: Divorciado(a) 5: Separado(a)	1: Soltero(a) 2: Viudo(a)/Divorciado(a)/Separado(a) 3: Casado(a)/Conviviente
Área de residencia	RECH0	HV025	1: Urbano 2: Rural	0: Urbano 1: Rural
Región natural	RECH23	SHREGION	1: Lima Metropolitana 2: Resto Costa 3: Sierra 4: Selva	1: Lima Metropolitana 2: Resto de Costa 3: Sierra 4: Selva
Índice de riqueza	RECH23	HV270	1: Los más pobres 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Más rico	1: Muy pobre 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Muy rico

Anexo 6: Consentimiento informado del Cuestionario de Salud de la ENDES

REPÚBLICA DEL PERÚ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES - 2022 CUESTIONARIO DE SALUD PRIMER SEMESTRE AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO								
CONGLOMERADO			VIVIENDA			HOGAR		

PRESENTACIÓN	
Señor / Señora / Señorita, mi nombre es _____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.	

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 50%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>		

Anexo 7: Consentimiento informado del Cuestionario del Hogar de la ENDES

REPÚBLICA DEL PERÚ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES - 2022 CUESTIONARIO DEL HOGAR PRIMER SEMESTRE AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO								
CUESTIONARIO			DE					

CONGLOMERADO			VIVIENDA			HOGAR		

IDENTIFICACION	
A. HOGARES EN LA VIVIENDA	
Sr. (a): Si hogar es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.	¿Cuántos hogares ocupan esta vivienda?..... TOTAL DE HOGARES <input style="width: 40px;" type="text"/> HOGAR N° <input style="width: 40px;" type="text"/>

Anexo 8: Secciones del cuestionario de la ENDES utilizadas en este estudio

SECCIÓN 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

1A	ANOTE LA HORA DE INICIO		HORA.....		MINUTOS.....						
Ahora me gustaría tener alguna información sobre las personas que habitualmente viven en su hogar y de los visitantes que pasaron la noche anterior aquí											
Nº OR-DEN	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES	RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR	LUGAR DE RESIDENCIA		SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	ELEGIBILIDAD		
	Dígame por favor los nombres y apellidos de las personas que habitualmente viven en su hogar y de los visitantes que pasaron la noche anterior aquí, empezando por el Jefe del Hogar	¿Cuál es la relación de parentesco de (NOMBRE) con el Jefe del Hogar? 01 JEFE 02 ESPOSA / ESPOSO 03 HIJO / HIJA 04 YERNO / NUERA 05 NIETO / NIETA 06 PADRE / MADRE 07 SUEGRO / SUEGRA 08 HERMANO / A 09 OTRO FAMILIAR 10 HIJO ADOPTADO / HIJO DE CRIANZA 11 SIN PARENTESCO 12 EMPLEADA DOMÉSTICA	¿Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene?	PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS ¿Qué día y mes es el cumpleaños de (NOMBRE)?	PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS ¿Cuál es su estado civil o conyugal? 1 CONVIVIENTE 2 CASADO(A) 3 VIUDO(A) 4 DIVORCIADO(A) 5 SEPARADO(A) 6 SOLTERO(A)	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 12 A 14 AÑOS	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7A)	(8)	(9)	(9A)	(10)
			SI NO	SI NO	H M	EN AÑOS	DÍA MES				

Nº OR-DEN	EDUCACIÓN					
	PERSONAS DE 3 AÑOS A MÁS		PERSONAS DE 3 A 24 AÑOS			
	¿(NOMBRE) asistió alguna vez a la escuela?	¿Cuál fue el nivel y año o grado de estudios más alto que (NOMBRE) aprobó? 0 INICIAL / PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MAS, ANOTE "6" EN AÑO	En el presente año (NOMBRE), ¿Está matriculado en una escuela o colegio (un instituto superior o universidad)?	Actualmente (NOMBRE), ¿Asiste a una escuela o colegio (un instituto superior o universidad)	¿A qué nivel y año o grado (NOMBRE) actualmente asiste o se matriculó aunque no asiste? 0 INICIAL / PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MAS, ANOTE "6" EN AÑO	El año pasado (NOMBRE), ¿Estuvo matriculado en una escuela o colegio (un instituto superior o universidad)?
	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)
	SI NO	NIVEL AÑO GRADO	SI NO	SI NO	NIVEL AÑO GRADO	SI NO

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población</p>			

700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3	
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																	
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																	
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																	
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																	
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																	
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																	
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																	
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																	
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																	
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																	

209	<p>¿En los últimos 12 meses, usted tomó bebidas alcohólicas o licor 12 veces o más?</p> <p>CONSIDERE TODAS LAS VECES A LO LARGO DE LOS 12 MESES</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	
-----	--	---	--

712	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 209: RESPONDIÓ "SÍ" (CÓDIGO 1) <input type="checkbox"/></p>	<p>RESPONDIÓ "NO" (CÓDIGO 2) O NS / NR (CÓDIGO 8) O NO SE HIZO LA PREGUNTA <input type="checkbox"/></p>	730
-----	---	---	-----

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre los problemas que pudo haber tenido a causa de la bebida alcohólica y que le ocurrieron más de una vez

713	<p>SI LA (EL) ENTREVISTADA(O) SE NIEGA A CONTESTAR 2 PREGUNTAS, CIRCULE "9" A TODAS LAS DEMÁS PREGUNTAS DEL GRUPO 713 A 717 Y PASE A 730</p> <p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, hubo momentos en que la bebida o la resaca le dificultaron realizar sus actividades o sus responsabilidades en los estudios, en el trabajo o en la casa?</p> <p>(DE SER NECESARIO LEA: Resaca es el malestar que se siente después de la borrachera)</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p> <p>REHUSA..... 9</p>	
-----	---	---	--

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
714	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que el consumo de alcohol le provocó discusiones u otros problemas con su familia, amigos, vecinos o compañeros de trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	716
715	¿Siguió bebiendo a pesar de que le provocaba problemas con estas personas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
716	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que estuvo bajo los efectos del alcohol en situaciones en las que podía hacerse daño, por ejemplo andando en bicicleta, manejando auto, manejando una máquina o en cualquier otra situación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
717	¿Le han detenido más de una vez por alterar el orden o manejar bajo los efectos del alcohol?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
718	VERIFIQUE PREGUNTAS 713, 714, 715, 716 Y 717: AL MENOS UNA RESPUESTA CON CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/>	NINGUNA RESPUESTA CON CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/>	730
719	SI LA (EL) ENTREVISTADA(O) SE NIEGA A CONTESTAR 2 PREGUNTAS, CIRCULE "9" A TODAS LAS DEMÁS PREGUNTAS DEL GRUPO 719 A 729 Y PASE A 730 ¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo tantas ganas de beber que no pudo resistirse a tomar una copa o le resultó difícil pensar en otra cosa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
720	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos que necesitó beber más cantidad de alcohol para sentir el mismo efecto, o notó que ya no conseguía "ponerse alegre" con la misma cantidad que bebía habitualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
721	Cuando las personas que tienen costumbre de beber, empiezan a beber menos o dejan de beber, pueden sentir malestar intenso que dura más que una resaca normal. ¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo síntomas como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales cuando bebió menos, dejaba de beber o estaba sin beber?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	723
722	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tomó un vaso, copa o botella para evitar tener problemas como los mencionados anteriormente? (DE SER NECESARIO LEA: Como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
723	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que continuó bebiendo a pesar de que se había prometido que no lo haría, o bebió mucho más de lo que se había propuesto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	726

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
724	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que bebió más frecuentemente o durante más días seguidos de lo que se había propuesto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	726
725	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que empezó a beber y se emborrachó cuando no quería hacerlo ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
726	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que intentó beber menos o dejar de beber y no pudo hacerlo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
727	¿En los últimos 12 meses, hubo periodos de varios días o más en los que pasó tanto tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol que casi no le quedaba tiempo para nada más?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
728	¿En los últimos 12 meses, tuvo un periodo de un mes o más en que dejó de hacer actividades importantes (como trabajar, estudiar, ver a amigos, familiares o practicar deportes), o las redujo considerablemente a causa de la bebida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
729	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que siguió bebiendo aunque sabía que tenía un problema físico o emocional grave que podría haber sido provocado o empeorado por la bebida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	