



**Revista del Hospital Psiquiátrico
de
La Habana**



*Volumen 20 | Año 2025 | Publicación continua
ISSN: 0138-7103 | RNPS: 2030*

Sección de Adicciones

Comunicación breve

**Inicio del consumo de alcohol y estructura del cuestionario de
Salud del Paciente en Perú**

**Onset of Alcohol Consumption and Structure of the Patient
Health Questionnaire in Peru**

Alberto Guevara Tirado¹  

¹Universidad Científica del Sur, Facultad de Medicina Humana, Lima, Perú.

Recibido: 06/09/2025

Aceptado: 14/11/2025

Editor: Reinaldo Fabelo Roche

Resumen

Introducción: la depresión, evaluada mediante el cuestionario de salud del paciente de nueve ítems, puede variar según factores sociodemográficos como la edad de inicio del consumo de alcohol.

Objetivo: determinar si la estructura factorial del cuestionario de salud del paciente varía en función de la edad de inicio del consumo de alcohol -

Materiales y método: estudio de corte a partir de bases de datos secundarios de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 y 2024 ($n = 57\,372$). Se evaluó la sintomatología depresiva mediante el cuestionario de salud del paciente de nueve ítems, y la edad de inicio del consumo de alcohol, recodificada en dos grupos: ≤ 17 años y ≥ 18 años para estratificación. Se aplicó análisis factorial exploratorio con método de componentes principales, pruebas de adecuación muestral KMO y Bartlett.

Resultados: el análisis factorial confirmó la adecuación muestral en ambos grupos (KMO = 0,899 para ≤ 17 años; KMO=0,896 para ≥ 18 años; Bartlett $\chi^2 = 104\,950,673$ y $55\,974,536$; $p < 0.001$). En ≤ 17 años, las coincidencias fueron altas, en ideación suicida (0,764) y malestar general (0,717). Se identificaron 2 factores con autovalores >1 que explicaron 57,5 % de la varianza (46,4 % y 11,1 %), que conforman una estructura bifactorial: afectivo-somático y severidad. En ≥ 18 años, las coincidencias fueron menores (0,295 y 0,400.).

Conclusiones: el inicio temprano del consumo de alcohol se asocia con una estructura depresiva más compleja, mientras que el inicio tardío refleja un patrón unidimensional.

Palabras clave: depresión; consumo de bebidas alcohólicas; edad de inicio; psicometría; análisis de componente principal.

Abstract

Introduction: Depression, assessed through the Patient Health Questionnaire-9, may vary according to sociodemographic factors such as the age of onset of alcohol consumption.

Objective: Determine if the factor structure of the Patient Health Questionnaire-9 varies according to the age of onset of alcohol consumption-

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted using secondary databases from the 2022 and 2024 Demographic and Family Health Survey ($n = 57,372$). Depressive symptoms were assessed with the Patient Health Questionnaire-9, and the age of onset of alcohol consumption was recoded into two groups (≤ 17 years and ≥ 18 years) for stratification. Exploratory factor analysis was applied using the principal components method, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett test.

Results: Factor analysis confirmed sampling adequacy in both groups (KMO = 0.899 for ≤ 17 years; KMO = 0.896 for ≥ 18 years; Bartlett $\chi^2 = 104,950.673$ and $55,974.536$; $p < 0.001$). Among those who began drinking at ≤ 17 years, the similarities were high, especially for suicidal ideation (0.764) and general distress (0.717). Two factors with eigenvalues >1



explained 57.5% of the variance (46.4% and 11.1%) t, forming a two-factor structure: affective-somatic and severity. In the ≥ 18 -year group, similarities were lower (0.295 and 0.400).

Conclusions: Early onset of alcohol consumption is associated with a more complex depressive structure, whereas later onset reflects a unidimensional pattern.

Keywords: depression; alcohol consumption; age of onset; psychometrics; principal component analysis.

Introducción

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con una elevada carga de morbilidad y un impacto considerable en la calidad de vida, la productividad y la mortalidad por suicidio⁽¹⁾, y afecta a alrededor de 280 millones de personas⁽²⁾. En América Latina, y especialmente en Perú, la prevalencia de síntomas depresivos ha mostrado un aumento sostenido durante la última década, lo que resalta la necesidad de fortalecer los sistemas de detección y diagnóstico oportuno en la población general^(3, 4). En este contexto, el cuestionario de salud del paciente de nueve ítems (PHQ-9) es una de las herramientas más utilizadas por su brevedad, validez psicométrica y aplicabilidad en encuestas poblacionales de gran escala⁽⁵⁾.

La validez de la estructura factorial del PHQ-9 ha sido ampliamente documentada en distintos países, aunque con hallazgos heterogéneos que oscilan entre un modelo unidimensional y propuestas de dos factores relacionados.^(6,7) Tales variaciones sugieren que la dimensionalidad del instrumento puede estar influida por factores culturales, sociodemográficos y de salud conductual. En este sentido, el análisis psicométrico en contextos específicos, como la población peruana, resulta fundamental para garantizar la interpretación adecuada de los síntomas depresivos.

Uno de los factores conductuales de mayor relevancia en salud mental es el consumo de alcohol, especialmente cuando se inicia a edades tempranas.⁽⁸⁾ La evidencia epidemiológica indica que el inicio precoz del consumo se asocia con mayor riesgo de trastornos afectivos, alteraciones en la regulación emocional y conductas suicidas en etapas posteriores de la vida.⁽⁹⁾ No obstante, se conoce poco acerca de cómo la edad de inicio del consumo de alcohol podría incidir en la organización factorial de los síntomas depresivos evaluados mediante el PHQ-9, lo cual constituye una dimensión poco explorada en estudios poblacionales.

Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo determinar si la estructura factorial del PHQ-9 varía en función de la edad de inicio del consumo de alcohol en población peruana. Este análisis busca aportar evidencia sobre la validez estructural del instrumento en un contexto sociocultural específico y explorar el papel que desempeña un factor conductual de



alta relevancia en salud pública, con implicancias para la evaluación, la prevención y la intervención temprana en salud mental.

Materiales y método

Diseño y población

Estudio de corte, basado en información secundaria de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), conducida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. La ENDES es un estudio nacional de carácter probabilístico, representativo de las zonas urbanas y rurales del país, que utiliza un muestreo bietápico y estratificado para asegurar la validez de sus estimaciones en la población general.⁽¹⁰⁾

Para el presente análisis se emplearon las bases de datos correspondientes al 2022 y 2024, que fueron integradas en una única base combinada. Ambas encuestas incluyen información sociodemográfica y de salud mental, y en conjunto aportaron una muestra de 57 372 participantes con información completa para las variables de interés. La unidad de análisis fueron personas de 15 años o más entrevistadas en los hogares seleccionados. La información recogida por la ENDES se obtuvo mediante entrevistas estructuradas aplicadas en el domicilio, bajo protocolos estandarizados de recolección y supervisión, lo que asegura la calidad y confiabilidad de los datos.

Variables y mediciones

El estudio se basó en información proveniente de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). La variable principal fue la sintomatología depresiva, evaluada mediante el cuestionario de salud del paciente de nueve ítems, en su versión validada en español y aplicada oficialmente por la ENDES a la población peruana. Este instrumento explora la frecuencia de síntomas depresivos en los últimos 14 días: pérdida de interés, estado de ánimo deprimido, alteraciones del sueño, fatiga, cambios en el apetito, dificultades de concentración, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa e ideación suicida. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3 (de “nunca” a “casi todos los días”), y para el análisis factorial se trataron como variables continuas.

Como variable sociodemográfica se consideró el nivel educativo, recodificado en dos categorías: *hasta secundaria* (sin estudios, primaria o secundaria completa) y *superior* (estudios técnicos o universitarios). Esta clasificación permitió explorar la influencia del nivel educativo en la organización de los síntomas depresivos.



Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó en varias etapas con el fin de evaluar la estructura factorial del PHQ-9 en función de la edad de inicio del consumo de alcohol. Se emplearon la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El KMO permite estimar la pertinencia del análisis factorial al valorar la proporción de varianza común entre las variables, mientras que la prueba de Bartlett contrasta la hipótesis de independencia de las correlaciones, y hace que la matriz sea factorizable.

Posteriormente, se aplicó un análisis de componentes principales (ACP) como método de extracción. El ACP permite reducir la dimensionalidad de los datos al identificar los componentes que concentran mayor varianza, lo que facilita la exploración de la organización subyacente de los síntomas depresivos. Para determinar el número de factores retenidos se utilizó el criterio del autovalor mayor a 1, complementado con la observación del porcentaje de varianza acumulada.

Una vez definidos los componentes, se analizaron las communalidades, que representan la proporción de varianza de cada ítem explicada por los factores extraídos. Este procedimiento permitió examinar el grado de integración de cada síntoma al constructo latente de depresión.

Finalmente, se realizó una rotación ortogonal Varimax con normalización Kaiser, con el objetivo de obtener una solución más interpretable al maximizar las cargas altas y minimizar las bajas en cada factor. Las cargas factoriales rotadas se examinaron para identificar la agrupación de los ítems y caracterizar las dimensiones emergentes. Todos los análisis se estratificaron según la edad de inicio del consumo de alcohol (≤ 17 años y ≥ 18 años), a fin de comparar la estructura factorial entre ambos grupos.

Todos los procedimientos estadísticos se efectuaron con un nivel de significancia de $p < 0,05$, con el programa IBM SPSS Statistics versión 27TM.

Consideraciones éticas

Este estudio empleó bases de datos secundarias y de libre acceso de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), disponibles en el portal del INEI. La información se encuentra anonimizada y en dominio público, por lo que no fue necesaria la aprobación de un comité de ética, en concordancia con el Memorando N.^o 001-2023-UDT-OTIC/INS.

La base de datos, así como los metadatos correspondientes, se encuentran disponibles en el siguiente enlace:



ENDES-2022: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022>

ENDES-2024: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813623-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2024>

Resultados

La mayoría de los participantes refirió no haber presentado síntomas depresivos en los últimos 14 días, aunque la frecuencia varió según el tipo de manifestación. Los síntomas menos comunes fueron la ideación suicida y los sentimientos de inutilidad o culpa, con más del 85 % de los encuestados reportan ausencia total de malestar. En contraste, síntomas como anhedonia (falta de interés o placer), estado de ánimo deprimido, fatiga y alteraciones del sueño fueron más frecuentes durante varios días, con aproximadamente una cuarta parte de la población. Otros ítems, como los cambios en el apetito, las dificultades de concentración y la lentitud o inquietud psicomotora, mostraron proporciones intermedias, mientras que los casos de mayor severidad fueron minoritarios. En conjunto, estos resultados reflejan un predominio de sintomatología leve o ausente en la población evaluada, coherente con los patrones epidemiológicos observados en estudios poblacionales de salud mental (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de categorías por ítem del PHQ-9 y edad de inicio del consumo de alcohol

Variable	Para nada (n; %)	Varios días (n; %)	Mayoría de días (n; %)	Casi todos los días (n; %)
Poco interés	38 703 (67,5)	13 798 (24,1)	2 564 (4,5)	2 307 (4,0)
Deprimido	36 799 (64,1)	14 960 (26,1)	3 068 (5,3)	2 545 (4,4)
Dormir demasiado/poco	41 552 (72,4)	10 112 (17,6)	2 808 (4,9)	2 900 (5,1)
Cansado	42 908 (74,8)	10 474 (18,3)	2 152 (3,8)	1 838 (3,2)
Poco apetito/comer en exceso	44 846 (78,2)	8 370 (14,6)	2 162 (3,8)	1 994 (3,5)
Poner atención	46 025 (80,2)	7 926 (13,8)	1 485 (2,6)	1 936 (3,4)
Moverse (lento/inquieto)	47 540 (82,9)	6 640 (11,6)	1 360 (2,4)	1 832 (3,2)
Hacerse daño	53 064 (92,5)	3 112 (5,4)	584 (1,0)	612 (1,1)
Sentirse mal consigo mismo	50 051 (87,2)	5 237 (9,1)	963 (1,7)	1 121 (2,0)
Edad de inicio de consumo de alcohol	(n; %)			
18 años o más	35 968 (62,7)			
17 años o menos	21 404 (37,3)			

Fuente: elaboración propia



El análisis factorial exploratorio mostró una idoneidad muestral adecuada en ambos grupos, con valores de KMO elevados (0,899 para ≤ 17 años y 0,896 para ≥ 18 años) y pruebas de esfericidad de Bartlett significativas ($\chi^2 = 104\,950,673$ y $\chi^2 = 55\,974,536$; $p < 0,001$), lo que respalda la validez del modelo. En las communalidades se observaron diferencias relevantes: en quienes iniciaron el consumo de alcohol antes de los 17 años, los valores fueron consistentemente más altos, fundamentalmente en la ideación suicida (0,764) y malestar general (0,717), que mostraron una fuerte integración al constructo depresivo. En contraste, en el grupo con inicio a los 18 años o más, los mismos ítems alcanzaron valores sustancialmente menores (0,295 y 0,400), que sugieren una menor cohesión. Estos hallazgos vinculan el inicio precoz con una organización más compleja de los síntomas depresivos (tabla 2).

Tabla 2. Comunalidades de los ítems del PHQ-9 y prueba de adecuación muestral según edad de inicio del consumo de alcohol

Ítem (últimos 14 días)	Extracción (≤ 17 años)	Extracción (≥ 18 años)
Poco interés	0,582	0,481
Deprimido	0,594	0,549
Dormir demasiado o poco	0,523	0,444
Cansado	0,584	0,515
Poco apetito/comer en exceso	0,462	0,408
Problemas de atención	0,469	0,448
Lentitud/inquietud motora	0,48	0,456
Pensamientos de hacerse daño	0,764	0,295
Sentirse mal consigo mismo	0,717	0,4
KMO	0,899	0,896
Chi-cuadrado Bartlett ($p < 0,001$)	104\,950,673	55\,974,536

Fuente: elaboración propia

El análisis de la varianza total permitió identificar diferencias relevantes según la edad de inicio del consumo de alcohol. En el grupo que comenzó a beber a los 17 años o menos, se extrajeron dos componentes con autovalores superiores a uno, que en conjunto explicaron el 57,5 % de la varianza. El primero representó el 46,4 %, mientras que el segundo aportó un 11,1 %, lo que sugiere una estructura bifactorial de los síntomas depresivos, con un factor principal y otro complementario que refuerza la organización latente. En contraste, en el grupo que inició el consumo a los 18 años o más, únicamente el primer componente superó el umbral de autovalor, para el 44,4 % de la varianza, mientras que el segundo quedó en el límite (0,995; 11,1 %), lo que apunta a una solución esencialmente unidimensional. En ambos



grupos, los cinco primeros componentes acumularon más del 77 % de la varianza explicada (tabla 3).

Tabla 3. Varianza total explicada por los componentes según edad de inicio del consumo de alcohol

Componente	Autovalores iniciales (≤ 17 años)	% Varianza (≤ 17 años)	% Acumulado (≤ 17 años)	Autovalores iniciales (≥ 18 años)	% Varianza (≥ 18 años)	% Acumulado (≥ 18 años)
1	4,172	46,36	46,36	3,996	44,401	44,401
2	1,003	11,146	57,505	0,995	11,054	55,455
3	0,738	8,203	65,708	0,738	8,196	63,651
4	0,642	7,132	72,84	0,654	7,271	70,922
5	0,565	6,283	79,123	0,612	6,803	77,725

Fuente: elaboración propia

El análisis de las cargas factoriales rotadas mostró diferencias estructurales según la edad de inicio del consumo de alcohol. En el grupo que comenzó a beber a los 17 años o menos, los síntomas depresivos se distribuyeron en dos factores. El primero, de tipo afectivo-somático, integró ítems como poco interés (0,759), estado de ánimo deprimido (0,727), cansancio (0,743) y alteraciones del sueño (0,702), todos con cargas consistentes. El segundo, denominado factor de severidad, estuvo conformado principalmente por la ideación suicida (0,859) y los sentimientos de inutilidad o culpa (0,807), que se agruparon de forma independiente al resto. En cambio, en quienes iniciaron el consumo a los 18 años o más, los ítems se concentraron en un único componente con cargas entre 0,543 y 0,741, lo que evidencia una estructura unidimensional. Estos hallazgos sugieren mayor complejidad sintomática en los iniciadores precoces (tabla 4).



Tabla 4. Cargas factoriales rotadas de los ítems del PHQ-9 según edad de inicio del consumo de alcohol

Dimensión / Ítem (últimos 14 días)	≤17 años (Factor 1: afectivo-somático)	≤17 años (Factor 2: severidad)	≥18 años (Unidimensional)
Factor 1: Afectivo-somático			
Poco interés	0,759	0,077	0,693
Deprimido	0,727	0,256	0,741
Dormir demasiado o poco	0,702	0,175	0,667
Cansado	0,743	0,178	0,717
Poco apetito/comer en exceso	0,655	0,182	0,639
Problemas de atención	0,619	0,294	0,669
Lentitud/inquietud motora	0,584	0,373	0,675
Factor 2: Severidad			
Pensamientos de hacerse daño	0,162	0,859	0,543
Sentirse mal consigo mismo	0,256	0,807	0,633

Fuente: elaboración propia

Discusión

Los hallazgos de este estudio evidencian que la estructura factorial del Cuestionario de Salud del Paciente de nueve ítems en población peruana varía según la edad de inicio del consumo de alcohol, lo que coincide con los planteamientos de Fombouchet et al. ⁽¹¹⁾ quienes señalan que durante la adolescencia la regulación emocional atraviesa un periodo de reorganización neuropsicológica que puede condicionar la expresión afectiva y la vulnerabilidad a los trastornos del ánimo. De modo similar, Sahi, Eisenberger y Silvers ⁽¹²⁾ enfatizan que las interacciones sociales en etapas tempranas modulan el control emocional, lo que podría explicar las diferencias observadas entre quienes inician el consumo antes o después de la mayoría de edad. En este sentido, la presencia de una estructura bifactorial en el grupo con inicio precoz parece reflejar una organización emocional más fragmentada, mientras que la estructura unidimensional hallada en quienes comienzan a beber en la adultez temprana sugiere una mayor estabilidad afectiva y cognitiva.

La literatura neurobiológica respalda esta interpretación. Estudios experimentales y revisiones sistemáticas, como los de Kyzar et al. ⁽¹³⁾ y De Goede et al. ⁽¹⁴⁾, han demostrado que la exposición al alcohol durante la adolescencia interfiere con la maduración de la corteza prefrontal y los circuitos límbicos, afectan la plasticidad sináptica y los sistemas dopamínergico y serotoninérgico. Dichas alteraciones contribuyen a una mayor



vulnerabilidad hacia la disfunción emocional y la aparición de síntomas depresivos complejos, lo que concuerda con la identificación de un factor de severidad diferenciado en el presente estudio. Asimismo, Nguyen-Louie et al. ⁽¹⁵⁾ hallaron que un inicio más temprano del consumo predice un funcionamiento neuropsicológico deficiente en la adultez, refuerza la hipótesis de que los efectos del consumo inicial pueden perdurar más allá del periodo adolescente.

Desde una perspectiva clínica y social, los resultados también se alinean con los trabajos de Workie et al. ⁽¹⁶⁾ y Zhen-Duan et al., ⁽¹⁷⁾ quienes destacan que los adolescentes expuestos a entornos familiares adversos o a experiencias tempranas de trauma presentan mayor probabilidad de iniciar el consumo de alcohol a edades precoces, y con ello, un patrón de sintomatología depresiva más heterogénea y severa. En contraste, quienes comienzan a beber en etapas posteriores parecen beneficiarse de un desarrollo emocional más consolidado y de la presencia de redes de apoyo que favorecen una expresión afectiva más coherente.

Los hallazgos deben interpretarse con cautela por el carácter transversal del estudio; sin embargo, ofrecen implicancias relevantes. Los resultados destacan la necesidad de fortalecer el tamizaje en jóvenes que inician el consumo de alcohol a edades tempranas, con prioridad en la detección de síntomas depresivos de mayor severidad, como la ideación suicida. Asimismo, pueden orientar el desarrollo de programas preventivos integrales que articulen intervenciones en salud mental y estrategias de reducción del consumo en adolescentes. Desde la salud pública, los datos respaldan políticas destinadas a retrasar la edad de inicio del consumo de alcohol, lo que podría asociarse con una expresión depresiva más simple en la adultez. Estas implicancias requieren confirmación mediante estudios longitudinales que permitan esclarecer las relaciones causales entre ambas variables.

Asimismo, surgen interrogantes que merecen ser exploradas en investigaciones futuras. ¿De qué manera el inicio temprano del consumo de alcohol modifica los circuitos neurobiológicos implicados en la regulación emocional y la vulnerabilidad depresiva? ¿Podría la identificación de una dimensión específica de severidad en este grupo orientar estrategias de tamizaje más sensibles para la detección temprana de riesgo suicida? ¿Qué rol desempeñan los factores sociales y culturales en la configuración diferencial de la estructura factorial del PHQ-9 según la edad de inicio del consumo? ¿Hasta qué punto intervenciones orientadas a retrasar la edad de inicio del consumo de alcohol podrían impactar en la trayectoria de la salud mental a largo plazo? Estas preguntas reflejan la necesidad de estudios longitudinales y multimétodo que profundicen en las conexiones entre conductas de riesgo y salud mental en contextos diversos.

Este estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los hallazgos. El diseño observacional y transversal no permite establecer relaciones causales entre la edad de



inicio del consumo de alcohol y la estructura factorial de los síntomas depresivos, por lo que los resultados deben entenderse como exploratorios. El empleo del PHQ-9 mediante autoinforme puede introducir sesgos de memoria o deseabilidad social, con afectación la exactitud de las respuestas. Asimismo, la edad de inicio del consumo se basó en declaración retrospectiva, lo que supone riesgo de sesgo de recuerdo. Aunque la muestra es amplia y representativa, no se incluyeron factores adicionales como comorbilidades psiquiátricas, contextos socioculturales o diferencias regionales. Estas limitaciones subrayan la necesidad de estudios longitudinales y multidimensionales que confirmen y amplíen estos hallazgos.

Conclusión

El presente estudio aporta evidencia de que la estructura factorial del cuestionario de salud del paciente de nueve ítems en población peruana se asocia con la edad de inicio del consumo de alcohol, reflejan posibles diferencias en la organización psicológica y emocional según el momento de exposición. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer el tamizaje temprano y diseñar intervenciones preventivas integradas que aborden simultáneamente el consumo de alcohol y la salud mental en adolescentes. Asimismo, los resultados respaldan la necesidad de políticas públicas orientadas a retrasar la edad de inicio del consumo, con el fin de reducir la complejidad de la sintomatología depresiva en la adultez. Futuras investigaciones longitudinales deberán confirmar y ampliar estas asociaciones.

Referencias bibliográficas

- 1) Benson C, Singer D, Carpinella CM, Shawi M, Alphs L. The health-related quality of life, work productivity, healthcare resource utilization, and economic burden associated with levels of suicidal ideation among patients self-reporting moderately severe or severe major depressive disorder in a national survey. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2021;17:111–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S229530>
- 2) Ahamed R, Gibendi P. Impact of depression on social and public health: A global perspective [Internet]. Unpublished; 2025. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.31276.99207>
- 3) 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]. 2022;19(21):14240. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192114240>
- 4) 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]. 2021;21(1):111. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03107-3>

- 5) Carroll HA, Hook K, Perez OFR, Denckla C, Vince CC, Ghebrehewet S, et al. Establishing reliability and validity for mental health screening instruments in resource-constrained settings: Systematic review of the PHQ-9 and key recommendations. Psychiatry Res [Internet]. 2020;291(113236):113236. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113236>
- 6) Rosario-Hernández E, Rovira-Millán LV, Merino-Soto C, Angulo-Ramos M. Review of the psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Spanish version in a sample of Puerto Rican workers. Front Psychiatry [Internet]. 2023;14:1024676. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1024676>
- 7) Vu LG, Le LK, Dam AVT, Nguyen SH, Vu TTM, Trinh TTH, et al. Factor structures of Patient Health Questionnaire-9 instruments in exploring depressive symptoms of suburban population. Front Psychiatry [Internet]. 2022;13:838747. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.838747>
- 8) Mitincu-Caramfil SD, Moroianu L-A, Bradeanu AV, Isailă O-M, Curis C, Drima E. The correlation between emotionality changes and alcohol consumption in young persons: A pilot study. Healthcare (Basel) [Internet]. 2025;13(9):987. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare13090987>
- 9) Choi M, Aliev F, Barr PB, Cooke ME, Kuo SI, Salvatore JE, et al. Genetic, psychological, and environmental factors are uniquely associated with onset of alcohol use in the adolescent brain cognitive development (ABCD) study. Transl Psychiatry [Internet]. 2025;15(1):229. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-025-03454-9>
- 10) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Diseño y cobertura de la muestra – Apéndice A. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021-2024 [Internet]. Lima: INEI; 2024 [citado 2 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/ApendiceA.pdf
- 11) Fombouche Y, Pineau S, Perche C, Lucenet J, Lannegrand L. The development of emotion regulation in adolescence: What do we know and where to go next? Soc Dev [Internet]. 2023;32(4):1227–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/sode.12684>
- 12) Sahi RS, Eisenberger NI, Silvers JA. Peer facilitation of emotion regulation in adolescence. Dev Cogn Neurosci [Internet]. 2023;62:101262. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101262>
- 13) Kyzar EJ, Floreani C, Teppen TL, Pandey SC. Adolescent alcohol exposure: Burden of epigenetic reprogramming, synaptic remodeling, and adult psychopathology. Front



Neurosci [Internet]. 2016;10:222. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2016.00222>

- 14) De Goede J, van der Mark-Reeuwijk KG, Braun KP, le Cessie S, Durston S, Engels RCME, et al. Alcohol and brain development in adolescents and young adults: A systematic review of the literature and advisory report of the Health Council of the Netherlands. *Adv Nutr* [Internet]. 2021;12(4):1379–410. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/advances/nmaa170>
- 15) Nguyen-Louie TT, Matt GE, Jacobus J, Li I, Cota C, Castro N, et al. Earlier alcohol use onset predicts poorer neuropsychological functioning in young adults. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2017;41(12):2082–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/acer.13503>
- 16) Workie HM, Wahlström J, Svensson J, Låftman SB. Perceived parental alcohol problems and drinking patterns among adolescents in Sweden. *Addict Behav Rep* [Internet]. 2024;19(100535):100535. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.abrep.2024.100535>
- 17) Zhen-Duan J, Colombo D, Cruz-Gonzalez MA, Hoyos M, Alvarez K. Adverse childhood experiences and alcohol use and misuse: Testing the impact of traditional and expanded adverse childhood experiences among racially/ethnically diverse youth transitioning into adulthood. *Psychol Trauma* [Internet]. 2023;15(Suppl 1):S55–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0001458>

Fuentes de financiamiento: la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de intereses: sin conflicto de interés.

