

Miedo a Enfermar y Consumo de Alcohol Durante la Pandemia por COVID-19 en Chile

Fear of Getting Sick and Alcohol Consumption During the COVID-19 Pandemic in Chile

Dustin Amador^{1, 2} y Alex Behn^{1, 2}

¹ Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

² Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, Santiago, Chile

El COVID-19 es una enfermedad respiratoria que se transmite rápidamente y se convirtió en pandemia. Muchos países implementaron cuarentenas y distanciamiento social como medidas preventivas, lo que pudo tener consecuencias en la salud mental. El miedo a enfermarse por el virus podría incrementar el malestar psicológico, lo que podría influir en la conducta de consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento. El estudio explora la trayectoria de consumo de alcohol durante 15 días de la primera ola de COVID-19 en Chile. La muestra por conveniencia estuvo compuesta por 164 adultos, con media edad de 32.2 años y 60.6% de mujeres. Se utilizó un cuestionario de información general, el Cuestionario de Consumo de Alcohol SENDA, el cuestionario FIVE y el PHQ-9. Para el análisis de datos se realizó un análisis de curva de crecimiento de la trayectoria de consumo, incluyendo predictores: miedo a enfermarse, edad, sexo, sintomatología depresiva y estrés económico. Los principales resultados indican que, aunque se observan diferencias entre los individuos en el consumo inicial, este se mantiene estable en el tiempo. Además, controlando las distintas covariables, el mayor nivel de miedo al COVID-19 y específicamente, el temor a limitaciones y a las dificultades para cubrir las necesidades básicas asociadas a la enfermedad sería un predictor de un mayor nivel de consumo al inicio y predeciría una reducción leve en el patrón de consumo en el tiempo de medición, lo que podría deberse a que el miedo podría motivar conductas como la reducción del consumo de alcohol.

Palabras clave: COVID-19, consumo de alcohol, miedo a enfermarse

COVID-19 is a rapidly transmitted respiratory disease that became a pandemic. Many countries implemented quarantines and social distancing as preventive measures, which could have consequences on mental health. The fear of getting sick from the virus could increase psychological distress, which could influence alcohol consumption behavior as a coping strategy. The study explores the trajectory of alcohol consumption during 15 days of the first wave of COVID-19 in Chile. The convenience sample consisted of 164 adults, with an average age of 32.2 years and 60.6% women. A general information questionnaire was used, the SENDA Alcohol Consumption Questionnaire, the FIVE questionnaire and the PHQ-9. For data analysis, a growth curve analysis of the consumption trajectory was performed, including predictors: fear of getting sick, age, sex, depressive symptoms and economic stress. The main results indicate that, although differences are observed between individuals in initial consumption, this remains stable over time. Furthermore, controlling for the different covariates, a higher level of fear of COVID-19 and specifically, the fear of limitations and difficulties in meeting basic needs associated with the disease, would be a predictor of a higher level of consumption at baseline and would predict a slight reduction in the consumption pattern over the measurement time, which could be due to the fact that fear could motivate behaviors such as reducing alcohol consumption.

Keywords: COVID-19, alcohol consumption, fear of getting sick

Dustin Amador  <https://orcid.org/0000-0001-6894-4997>

Alex Behn  <https://orcid.org/0000-0003-2070-7866>

El artículo es parte de la tesis del primer autor para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. No existe ningún conflicto de intereses que revelar.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Alex Behn, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Región Metropolitana, Chile. Email: albehn@uc.cl

El virus del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2, abreviado SARS-CoV-2, causa la enfermedad de COVID-19 (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses, 2020) y se transmite rápidamente de persona a persona por vía respiratoria, a través de secreciones y contactos cercanos (Maguiña Vargas et al., 2020). Fue detectado en Wuhan, China, a finales del año 2019 y declarado como pandemia el 11 de marzo del 2020 (Brooks et al., 2020; Li et al., 2020).

A partir del reporte de los primeros casos en diciembre de 2019 en China, en los siguientes 10 meses se reportaron más de 30 millones de casos en todo el mundo (Hu et al., 2021).

La mayoría de las personas con COVID-19 presentan síntomas leves (incluso asintomáticos), mientras que una minoría presenta síntomas graves y algunos llegan a fallecer (Hu et al., 2021; Samadzadeh et al., 2021; Verity et al., 2020). Los síntomas comunes de la enfermedad por COVID-19 son fiebre, tos seca y fatiga; a largo plazo, los síntomas más prevalentes son la fatiga y la disnea (Fernández-de-Las-Peñas, C., et al., 2021); en casos más graves puede presentarse disnea, pérdida del olfato y del gusto, insuficiencia respiratoria, dolor en el pecho y muerte (Guo et al., 2020; Hu et al., 2021; Maguiña Vargas et al., 2020). Durante el inicio de la pandemia, en China se observó que el periodo de incubación del virus es de uno a 14 días, los síntomas graves generalmente se desarrollan ocho días después del inicio de los síntomas y la mayoría de los pacientes inicia la recuperación en dos semanas (Hu et al., 2021).

Para contener el COVID-19, se implementaron medidas estrictas de salud pública, como la restricción de actividades no esenciales y reuniones sociales (Hu et al., 2021). Sin embargo, a pesar de las medidas sanitarias, la propagación internacional de COVID-19 se aceleró desde finales de febrero del 2020, debido a la eficiencia de transmisión del virus y los viajes internacionales (Hu et al., 2021). La cuarentena fue una de las medidas más estrictas y restrictivas que se implementaron, la que implicó la separación y limitación del movimiento de personas que potencialmente estuvieron expuestas a una enfermedad contagiosa, lo que permitió reducir el riesgo de infección (Brooks et al., 2020). Sin embargo, las consecuencias en la salud mental de este tipo de medidas deberán ser evaluadas en el futuro próximo.

En muchos países, como en el caso de Chile, se implementaron políticas de salud pública que afectaron la vida cotidiana: el 18 de marzo de 2020 se estableció el estado de excepción constitucional en la República de Chile, el cual incluía un período de cuarentena, cordones sanitarios, cierre de fronteras y toque de queda (Caqueo-Urizar et al., 2020; Gobierno de Chile, 2020). El estado de excepción estuvo vigente hasta el 30 de septiembre de 2021, aunque se continuaron implementando campañas de prevención de los contagios, como el uso de mascarillas y vacunación (Ministerio de Salud, 2021).

Someter a las personas a estas condiciones durante períodos largos de tiempo puede conllevar a consecuencias negativas para la salud mental (Brooks et al., 2020; Inchausti et al., 2020; Xiong et al., 2020). Las experiencias pasadas con el SARS-CoV-1 y MERS han puesto en evidencia que el impacto en la salud mental puede ser mayor que la propia epidemia (Ornell et al., 2020). El COVID-19 podría provocar una serie de trastornos psicológicos asociados a medidas restrictivas (Brooks et al., 2020). La imprevisibilidad de la enfermedad, la pérdida de control, los cambios repentinos en los planes para el futuro inmediato o el miedo y preocupación por la salud propia y de familiares son ejemplos de estresores asociados a la pandemia y, al estar presentes por largos períodos de tiempo, puede esperarse que incrementen el riesgo de desarrollar psicopatología (Bueno-Notivol et al., 2020).

Shigemura et al. (2020) informaron que las primeras respuestas emocionales ante la situación incluyen miedo, incertidumbre, percepciones distorsionadas de riesgo, así como comportamientos sociales negativos. En un meta-análisis realizado por Salari et al. (2020) se encontró que la prevalencia del estrés durante la pandemia fue del 29,6%, la de ansiedad, 31,9% y la de síntomas depresivos fue del 33,7%, mientras que en un estudio longitudinal (Shanahan et al., 2022) se encontró mayores niveles de emociones negativas, como miedo, estrés y enojo, percibidas durante la pandemia, en comparación con el periodo anterior.

Ante el peligro que implica el virus, puede presentarse miedo a enfermarse, el cual "es un mecanismo de defensa adaptativo fundamental para la supervivencia e involucra varios procesos biológicos de preparación para una respuesta a eventos potencialmente amenazantes" (Ornell et al., 2020, p. 232); sin embargo, este se vuelve desadaptativo cuando es desproporcionado y se relaciona con el desarrollo de problemas psiquiátricos.

Durante la pandemia de COVID-19, el miedo excesivo pudo haber aumentado los niveles de malestar psicológico (Ornell et al., 2020; Shanahan et al., 2022) y las conductas de riesgo para la salud, como un mayor consumo de alcohol, como mecanismos de afrontamiento y automedicación para reducir dicho malestar (Gritsenko et al., 2020; Reznik et al., 2021; Shanahan et al., 2022; Shigemura et al., 2020).

El alcohol es una de las principales sustancias depresoras, cuyo principal compuesto psicoactivo es el etanol (Brick, 2012). Es una de las drogas más utilizadas en el mundo para la recreación (Belloch et al., 2008), mientras que el uso excesivo o crónico produce intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013/2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). El uso de alcohol se entiende como la ingestión de la sustancia, que puede encontrarse en un continuo (Friedmann, 2013), que va desde la abstinencia, pasando por el consumo esporádico de forma recreativa, hasta el extremo severo del espectro, en el que el consumo se caracteriza por la pérdida del control sobre la bebida, beber a pesar del daño asociado, una compulsión por beber, tolerancia, abstinencia y discapacidad (APA, 2013/2014; Friedmann, 2013).

Para comprender el consumo de alcohol, Siegel (1983) desarrolló un modelo de condicionamiento clásico de tolerancia al alcohol, en el que las señales ambientales asociadas repetidamente con el consumo (estímulos condicionados) provocan una respuesta compensatoria condicionada opuesta a la respuesta incondicionada de la sustancia (Newlin, 1985). El resultado es la adquisición de tolerancia, ya que la respuesta condicionada tiende a cancelar la respuesta incondicionada a la sustancia (Newlin, 1985, 1986).

El consumo de alcohol también podría explicarse por la teoría de reducción de la tensión (Booth & Hasking, 2009), en la que los efectos farmacológicos ansiolíticos y relajantes del alcohol facilitan el consumo de la sustancia, por lo que algunas personas beben alcohol como mecanismo de afrontamiento para evitar o disminuir las emociones desagradables (Becker, 2017; Cooper et al., 1988, 1995;). En términos conductuales, el alcohol puede servir como refuerzo negativo al aliviar un estado emocional aversivo como el miedo o la ansiedad (Becker, 2017; Hasking et al., 2011).

Por otra parte, las expectativas de las consecuencias anticipadas del consumo de alcohol sobre la calidad de la experiencia emocional tendrían un efecto en la probabilidad de que un individuo se involucre en cualquier comportamiento intencional (Cooper et al., 1988), por lo que se podría suponer que primero es necesario tener la expectativa positiva de que el alcohol mejorará o regulará las emociones desagradables antes de consumirlo (Cooper et al., 1988, 1995; Hasking et al., 2011).

Tomando en cuenta que Chile reporta la mayor cantidad promedio de consumo de alcohol en las Américas (9,3 litros de alcohol puro per cápita; Peña et al., 2021) y alta prevalencia de trastorno por consumo de alcohol (8,5%; González et al., 2019), los resultados de una encuesta realizada en junio de 2020 por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2020) sobre el consumo de alcohol durante la crisis sanitaria, revelaron que el 41,8% de los consumidores de alcohol reporta haber disminuido su consumo, el 32,8% declara haber mantenido su nivel de consumo, mientras que el 21,4% indica haber consumido más alcohol y, entre estos últimos, el 50,9% reporta que fue por ansiedad, estrés y depresión relacionada con el COVID-19 (SENDA, 2020). De forma similar, en un estudio longitudinal durante los primeros meses de la pandemia realizado en Chile por Salazar-Fernández et al. (2021), se identificó una trayectoria de consumo de alcohol de disminución gradual, los participantes, en promedio, redujeron su consumo de alcohol a medida que pasaba el tiempo. Aunque la muestra estaba compuesta por estudiantes y trabajadores universitarios, y no se podrían generalizar los resultados a una población más diversa, este estudio presenta datos congruentes con los resultados reportados por SENDA (2020) con respecto a la disminución del consumo de alcohol.

Ante esta evidencia, es posible pensar que el consumo de alcohol en Chile pueda disminuir durante la pandemia, en contraste a lo esperado por Koob et al. (2020) y McKetta et al. (2021), ya que diversos estudios sugieren que las personas expuestas de forma prolongada a eventos estresantes tienen más probabilidades de desarrollar abuso o dependencia del alcohol (Chick, 2020; Ogueji et al., 2022; Schmits & Glowacz, 2022; Wu et al., 2008).

Por otro lado, existe alguna evidencia de que el consumo de alcohol puede, a corto plazo, disminuir el malestar psicológico (lo que también implica un comportamiento de riesgo; McFarlane, 1998). A pesar de que investigaciones de todo el mundo han recopilado información sobre la relación entre la pandemia y el consumo de alcohol, no hay muchos estudios durante este periodo sobre la trayectoria del consumo de alcohol y los factores asociados en países en vías de desarrollo.

A esto se suma que anteriormente no se habían hecho suficientes estudios sobre los efectos psicológicos a largo plazo del SARS-CoV-1 y MERS (Brooks et al., 2020; Wei & Shah, 2020), por lo que se tiene poco conocimiento de las interacciones entre COVID-19, el consumo de alcohol y posibles variables predictoras, como el nivel de miedo al virus, a la enfermedad y sus consecuencias.

Ante la pandemia de COVID-19, se presentaron tres escenarios posibles respecto del consumo de alcohol: un mantenimiento del consumo, un aumento del mismo asociado al miedo al virus en general, al malestar psicológico o una disminución por la falta de accesibilidad (Schmits & Glowacz, 2022). Estudios preliminares del impacto de la pandemia de COVID-19 sobre el consumo de alcohol sugieren que se han producido cambios en el consumo durante el período, sin embargo, estos no han implicado un aumento generalizado del consumo (Schmits & Glowacz, 2022). Es posible que quienes acostumbran a beber alcohol fuera de su hogar hayan disminuido su consumo, aunque los mayores bebedores pueden aumentar su bebida en casa para compensar la falta de acceso a lugares de consumo (Callinan et al., 2020, 2021). Por lo tanto, se requieren estudios para identificar los factores que puedan explicar dichos patrones de consumo durante y después de la pandemia.

En Chile, se ha encontrado relación entre el consumo de alcohol, el sexo, la edad y el impacto económico de COVID-19. En el estudio longitudinal de Salazar-Fernández et al. (2021), los autores reportan que los participantes hombres, mayores y que habían sufrido más económicamente tenían niveles más altos de consumo de alcohol. Aunque los datos provienen de una muestra homogénea y poco representativa de la población general, sugieren variables que podrían tener influencia en la conducta de consumo durante el periodo de la pandemia.

Por esta razón, es necesario estudiar la relación entre la pandemia de COVID-19 y el uso de alcohol durante este periodo en un marco longitudinal, junto a las variables que podrían asociarse y tener influencia sobre la conducta de consumo en situaciones estresantes como la pandemia. Este estudio tuvo el objetivo de estudiar la relación entre la trayectoria de consumo de alcohol durante 15 días y variables que podrían tener un efecto predictor sobre el consumo, como el nivel de miedo a enfermarse por COVID-19, síntomas depresivos, sexo, edad, nivel socioeconómico en adultos, durante el período de cuarentena de la primera ola de la pandemia en Chile.

Método

Diseño

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo (Hernández Sampieri et al., 2014), con un diseño longitudinal, que consiste en la observación y medición, de forma secuenciada, de las mismas variables a lo largo del tiempo (Arнау & Bono, 2008; Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Se observa la trayectoria de consumo de alcohol durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 a inicios del año 2020, se pretende describir la trayectoria de consumo en la muestra durante el seguimiento longitudinal y determinar el efecto que puede tener el nivel de miedo a enfermarse, el sexo, síntomas depresivos y estrés económico en el patrón de crecimiento de dicha trayectoria. La investigación es parte del estudio "Efectos psicológicos de la cuarentena" (Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, 2020), el cual, con un diseño longitudinal más amplio, busca comprender los efectos que la cuarentena y el aislamiento pueden tener en la salud mental durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 en Chile.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 164 participantes. De un grupo de 2.757 voluntarios de diversas regiones de Chile (norte, centro y sur, principalmente regiones urbanas), contactados inicialmente a través de las redes sociales y que firmaron consentimientos informados y proporcionaron información sociodemográfica básica, se realizó un muestreo por conveniencia preliminar de 450 participantes. La reducción de la muestra se realizó para corregir los sesgos del muestreo de conveniencia en línea, como una mayor presencia de mujeres, de estudiantes y de participantes más jóvenes. Mediante el muestreo aleatorio por cuotas, con una proporción del 60.6% de mujeres y un límite del 9% de estudiantes.

Después de explicar a los participantes el protocolo del estudio (indicaciones diarias durante 35 días y seguimientos a los 2, 4 y 6 meses), se registraron 164 participantes, que descargaron la aplicación del estudio y posteriormente recibieron las indicaciones para el uso de la aplicación de teléfono y responder las preguntas diarias.

Las características de la muestra pueden apreciarse en la Tabla 1. Pese a las correcciones y cuotas, no es una muestra representativa de la población; sin embargo, fue el resultado de una compensación entre una muestra grande y desequilibrada y una muestra más pequeña, pero equilibrada por sexo y proporción de estudiantes.

Tabla 1
Estadística Descriptiva de Variables Demográficas y Predictores

Variable sociodemográfica	Muestra de estudio (n =164)	Punto de referencia poblacional
Edad	32,21 (DE 9,32)	35,8 ¹
Sexo		
Mujer	60,6%	51,1% ²
Hombre	39,4%	48,9% ²
Situación socioeconómica		
Pésima	4,9%	
No muy buena	17,7%	
Regular	40,2%	
Buena	34,8%	
Excelente	2,4%	
Días en cuarentena	33,45 (DE 10,54)	
Síntomas depresivos	10,92 (DE 5,77)	
Depresión moderada a severa ³	53,4%	15,8% ⁴

Nota. ¹ Apablaza & Vega, 2018; ² Instituto Nacional de Estadísticas (2018); ³ PHQ-9 > 10; ⁴ Margozzini Maira & Passi Solar (2018); *DE*: desviación estándar.

Instrumentos

La aplicación utilizada para realizar el seguimiento fue proporcionada por Ethica Data Services (2020), que es una plataforma que permite el uso de los teléfonos inteligentes para el monitoreo de síntomas y conductas a través de encuestas ingresadas en la aplicación. A través de esta herramienta se realizó la evaluación de elegibilidad, la entrega del consentimiento informado y la inscripción a través del teléfono de los participantes. Para el estudio se adquirió un licenciamiento gratuito por ser un estudio sobre COVID-19.

Cuestionario de Ingreso

Inicialmente, se recopiló información mediante un cuestionario de ingreso al estudio, en el que se solicitaban datos sociodemográficos básicos (edad, sexo, situación laboral, educación, comuna de residencia). La situación económica se consultó a través de una pregunta *ad hoc* de opción múltiple, los participantes respondieron según su propio criterio con los siguientes valores: *Pésima, No muy buena, Regular, Buena, Excelente*.

Cuestionario Consumo de Alcohol SENDA

Se aplicó la pregunta OH13 del Cuestionario SENDA (2018) para medir la cantidad de alcohol que se consumió en 24 horas, con opciones de respuesta múltiple. La pregunta consistió en consultar sobre el consumo de alcohol: Desde ayer en la noche hasta ahora ¿cuánto alcohol ha consumido? Las opciones de respuesta eran: *Nada, 1 trago* (1 lata de cerveza/un vaso de vino/un trago de licor), *1 trago y medio* (medio litro de cerveza), *3 tragos* (un litro de cerveza), *6 tragos* (una botella de vino), *8 tragos* (una caja de vino), *16 tragos* (una botella de licor). Para el análisis estadístico se realizó una síntesis de las respuestas una vez que se recolectaron los datos, con el fin de tener un menor número de categorías en la variable y simplificar el procesamiento de datos. La reducción de las opciones de respuesta se configuró de la siguiente manera: 0 = *Nada*, 1 = *1 trago*, 2 = *Más de un trago*.

Cuestionario de Evaluación del Miedo a la Enfermedad y el Virus (FIVE)

Para evaluar el miedo a enfermarse, se utilizó el cuestionario de evaluación del miedo a la enfermedad y el virus (FIVE), el cual cuenta con su versión en español validada para la población chilena (Cottin et al., 2021). El FIVE es un cuestionario en formato de autoinforme para adultos, que mide los miedos a las enfermedades y los virus, desarrollados durante la reciente pandemia de COVID-19. El cuestionario tiene 19 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos, que van desde *No tengo miedo de esto en absoluto* (0) hasta *Tengo miedo de esto todo el tiempo* (4). Se distribuyen en cuatro dimensiones del miedo subyacente a la enfermedad y al virus, que funcionan como subescalas del instrumento: (1) el miedo a enfermarse (ítems 1 - 4), con ítems como *Podría morir si contraigo una enfermedad grave o un virus*; (2) el miedo a que otros se enfermen, (ítems 5 - 9), con ítems como *Un amigo(a) puede enfermarse o morir a causa de una enfermedad grave o un virus*; (3) el miedo a las limitaciones por la enfermedad o el virus (ítems 10-11, 13, 15-17), presentando ítems como *No podré celebrar cosas buenas (por ejemplo, una boda, un cumpleaños, etc.) debido a una enfermedad grave o un virus*; (4) el miedo a no cubrir las necesidades básicas de subsistencia. (ítems 12, 14, 18-19), presentando ítems como *No tendré suficiente comida ni suministros debido a una enfermedad grave o un virus*.

Para su calificación, cada subescala tiene dos formas de puntuación: una sumando los puntajes directos y otra en porcentaje, en que las puntuaciones cercanas a 100 indicarían mayor nivel de miedo. En el estudio de adaptación chilena (Cottin et al., 2021), el instrumento mostró una buena confiabilidad en todas las subescalas: la consistencia interna, medida a través de alfa de Cronbach, va desde 0,814 a 0,913 y la consistencia test-retest van desde 0,715 a 0,804. Con respecto a su validez convergente, los individuos con puntajes más altos en miedos tenían puntuaciones altas en síntomas de estrés depresivo y postraumático.

Escala de Autorreporte de Depresión (PHQ - 9)

Para evaluar el nivel de la sintomatología depresiva, se utilizó la Escala de Autorreporte de Depresión (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) en su versión en español. El instrumento tiene como objetivo contribuir con el diagnóstico de la depresión, según los criterios del DSM-IV, e identificar la gravedad del trastorno. El instrumento se compone de 9 ítems con respuesta tipo Likert con opciones de respuesta desde *Ningún día* (0) hasta *Casi todos los días* (3) que hacen referencia a síntomas durante las últimas dos semanas como *sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas*. Para su corrección se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 27. Los puntos de corte propuestos son: 1-4: Depresión mínima; 5-9: Depresión leve; 10-14: Depresión moderada; 15-19: Depresión moderadamente grave; 20-27: Depresión grave.

En su adaptación chilena (Baader et al., 2012), el PHQ-9 demostró una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% en la detección de pacientes depresivos, en comparación con la escala Hamilton-D, con la que tiene una correlación de Pearson positiva considerable ($r = 0,75$, $p = 0,01$). El instrumento tuvo una consistencia interna aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,835.

Procedimiento

El estudio inició con un seguimiento intensivo que duró 35 días. Para este estudio, se tomaron las mediciones realizadas entre el día 2 y 16 del seguimiento (15 días) y los datos fueron recolectados entre abril y mayo de 2020, durante la cuarentena por la pandemia de COVID-19 en varias provincias de Chile. Es necesario aclarar que los resultados corresponden a un periodo corto de seguimiento y no pueden ser generalizados a todo el periodo de la pandemia de más de 2 años de duración.

Las mediciones tomadas se obtuvieron a través de los teléfonos celulares de los 164 participantes mediante una aplicación disponible comercialmente con licencia gratuita para realizar el estudio (Ethica Data Services, 2020). Luego de registrarse para el estudio e instalar la aplicación, los participantes completaron un instrumento de caracterización sociodemográfica más detallado, con una línea de base consistente en el PHQ-9 (Baader et al., 2012) y el FIVE (Cottin et al., 2021). Posteriormente, completaron mediciones diarias sobre el consumo de alcohol. Durante la fase intensiva del estudio, se realizaron dos sorteos con premios para compensar a los participantes.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética en Ciencias de la Universidad Adolfo Ibáñez, previo a la recolección de datos.

Análisis de Datos

Se utilizó estadística descriptiva como distribución de frecuencia, medidas de tendencia central (media aritmética) y medidas de variabilidad (varianza, desviación estándar).

Para estimar la trayectoria del consumo de alcohol de los participantes se utilizó un modelo de curva de crecimiento (*growth curve modeling*, GCM), el cual es un diseño en el que se registra una serie de medidas en sucesivos intervalos temporales de amplitud constante en una muestra de sujetos, con el fin de examinar el proceso de desarrollo de cada individuo y las posibles diferencias existentes entre los participantes (Arnau & Balluerka, 2004). Este tipo de diseño permite evaluar el cambio longitudinal, tanto a nivel individual como grupal (Rivera Medina & Bernal, 2008), utilizando modelos de ecuaciones estructurales complejas para examinar el nivel inicial o el intercepto y el cambio o la pendiente, permitiendo identificar distintas trayectorias posibles de evolución de la variable de medición (Gómez Penedo et al., 2019). De forma específica, se utilizó un modelo de crecimiento lineal con el método de Poisson, el cual se emplea para variables con unos pocos valores discretos (Muthén & Muthén, 2017), en este caso, la variable de consumo de alcohol.

Se seleccionó el modelo Poisson, debido a su mejor ajuste en comparación con el modelo de Zero Inflated Poisson (ZIP), debido a la posible presencia de ceros estructurales. A partir del criterio de información de Akaike (AIC) y el criterio de información de Bayesian (BIC), los cuales son indicadores utilizados para estimar el ajuste de dos o más modelos (Mohammed et al., 2015), el modelo Poisson obtuvo valores más bajos en AIC y BIC, indicando un mejor ajuste, en comparación al ZIP. Adicionalmente, el modelo ZIP no ha sido empleado en investigaciones similares, con participantes chilenos y midiendo el trayecto del consumo de alcohol durante la pandemia (Salazar-Fernández et al., 2021).

Primeramente, se realizó un modelo incondicional sin predictores, para determinar el cambio en el consumo de alcohol de los participantes a partir de la estimación de un intercepto (consumo inicial) y de una pendiente promedio para la muestra. Posteriormente se probó un modelo condicional para determinar si el nivel general de miedo a enfermarse por COVID-19 (variable independiente principal), junto al sexo (covariable invariable en el tiempo), la sintomatología depresiva, el estrés económico, la edad y los días en cuarentena (covariable variable en el tiempo), se relacionan con el intercepto y las pendientes de la trayectoria de consumo (variable dependiente). Se incluyeron las covariables, debido a la asociación encontrada entre ellas y el consumo de alcohol en estudios con muestra chilena (Salazar-Fernández et al., 2021).

Para interpretar los resultados del modelo Poisson, se realizó una transformación de los estimados utilizando el valor exponencial, interpretándose como razones de incidencia al ser transformados. Finalmente, como estrategia para el abordaje de los datos perdidos se empleó la prueba de Faltantes completamente al azar (MCAR), que prueba la hipótesis nula de que los datos que faltan son completamente al azar, lo que implica que son independientes al observador y a los datos (Zhu, 2014). Un nivel de significación menor que 0,05 indica que los datos perdidos no son MCAR y pueden estar sesgados.

Las estimaciones se realizaron utilizando el programa Mplus 8 (Muthén & Muthén, 2017) y en todos los casos de prueba de hipótesis, se asumió un nivel de significación igual o menor a 0,05.

Resultados

Trayectoria de Consumo de Alcohol

Para describir el consumo de alcohol durante la primera ola de la pandemia, se presenta la información descriptiva del consumo de alcohol en cada punto de medición durante el período de seguimiento. En la Tabla 2 se presenta la frecuencia, el porcentaje y los datos perdidos de la cantidad de alcohol consumida en cada tiempo de medición, a nivel descriptivo se puede observar que el nivel de consumo es muy similar a lo largo del tiempo, en general, la mayoría de las personas no tomó alcohol en cada punto de medición, seguido de aquellos que reportaron haber tomado un trago.

Tabla 2
Estadística Descriptiva del Consumo de Alcohol

Consumo	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8	
	<i>f</i>	%														
Nada	74	45,1	101	61,6	102	62,2	106	64,6	102	62,2	98	59,8	84	51,2	92	56,1
1 trago	24	14,6	17	10,4	7	4,3	10	6,1	20	12,2	10	6,1	12	7,3	17	10,4
Más de 1 trago	21	12,8	15	9,1	16	9,8	16	9,8	8	4,9	8	4,9	19	11,6	9	5,5
Perdidos	45	27,4	31	18,9	39	23,8	32	19,5	34	20,7	48	29,3	49	29,9	46	28,0

Consumo	T9		T10		T11		T12		T13		T14		T15	
	<i>f</i>	%												
Nada	92	56,1	93	56,7	80	48,8	91	55,5	81	49,4	64	39,0	80	48,8
1 trago	12	7,3	16	9,8	14	8,5	14	8,5	18	11,0	24	14,6	19	11,6
Más de 1 trago	18	11,0	11	6,7	13	7,9	14	8,5	14	8,5	15	9,1	11	6,7
Perdidos	42	25,6	44	26,8	57	34,8	45	27,4	51	31,1	61	37,2	54	32,9

Nota: T: Tiempo de medición; *f*: Frecuencia observada.

Posteriormente, se realizó el análisis de la curva de crecimiento (GCM) del consumo de alcohol sin incluir variables predictoras (incondicional). En la Tabla 3 puede observarse la información acerca del ajuste del modelo incondicional.

El ajuste del modelo a los datos resultó ser adecuado con menores valores en AIC y BIC en comparación al modelo ZIP. Además, en relación a los datos perdidos, no existe diferencias sistemáticas entre los participantes con datos faltantes y aquellos con datos completos.

Tabla 3
Información del Ajuste del Modelo

	Estimado		
Número de parámetros libres	5		
Verosimilitud			
H ₀ valor	-1219,706		
H ₀ factor de corrección escalar para MLR	0,682		
Akaike (AIC)	2449,412		
Bayesian (BIC)	2464,756		
Tamaño de muestra ajustado BIC	2448,928		
Tratamiento de datos perdidos	Estimado	<i>gl</i>	<i>p</i>
Prueba χ^2 para MCAR	891,888	536768	> 0,999
Razón de verosimilitud χ^2	215,244	536768	> 0,999

Nota. AIC: Criterio de información de Akaike; BIC: Criterio de información de Bayesian; MCAR: Faltantes completamente al azar; *gl*: Grados de libertad.

Los parámetros de crecimiento se presentan en la Tabla 4. El estimado del intercepto es significativamente distinto a 0, por lo que se estima que los participantes consumieron alcohol al inicio del período de medición. En cuanto a las diferencias inter-individuales, existe una varianza significativa entre los interceptos de los participantes, es decir, los participantes varían significativamente en el consumo de alcohol en la primera medición. Esto indica que deberían incluirse variables predictoras en el modelo para una mejor comprensión de la trayectoria de consumo de alcohol, mediante un análisis de curva de crecimiento condicional. Además, las variables predictoras pueden "centralizar" el intercepto, donde los valores de 0 de los predictores corresponden a puntajes con significado.

Tabla 4
Parámetros de Crecimiento para el Consumo de Alcohol de Adultos

Parámetro	Estimado	<i>p</i>	Valor exponencial	<i>EE</i>
Intercepto				
Media	-1,809	< 0,001	0,163	0,214
Varianza	2,034	< 0,001	7,644	0,446
Pendiente				
Media	0,007	0,690	1,007	0,018
Varianza	0,000	0,887	1,000	0,000
Correlación pendiente con intercepto	-0,005	0,781	0,995	0,019

Nota. EE: Error estándar.

Por otro lado, la pendiente no es significativa estadísticamente, es decir, a medida que pasa el tiempo no hay, en promedio, cambio significativo en el patrón de consumo de alcohol y no hay varianza significativa en la pendiente entre los participantes, es decir, la progresión horizontal del consumo parece describir adecuadamente a la muestra de participantes. Finalmente, se puede observar que no hay correlación entre el intercepto y la pendiente, es decir, el nivel de consumo en la primera medición no se relaciona linealmente con el crecimiento en el consumo día a día durante el periodo de medición.

Miedo a Enfermar por COVID-19

Los resultados del nivel de miedo al virus y a enfermarse por COVID-19 se presentan en la Tabla 5. El cuestionario FIVE expresa el nivel de miedo como un porcentaje, desde 0 a 100%, donde una puntuación alta indica una mayor intensidad del miedo. En la tabla puede observarse que los participantes del estudio obtuvieron en el cuestionario una media de 38,9 (*DE* = 10,7), lo que corresponde a un puntaje de 35% de nivel de miedo.

Ya que el FIVE es una escala multidimensional, mide el constructo Miedo a la Enfermedad y al Virus en cuatro componentes. En este caso, en promedio se presenta un miedo leve de enfermarse por COVID-19 y de que otros puedan enfermarse a causa del virus, pero un temor moderado a las limitaciones asociadas a la enfermedad y las dificultades para cubrir las necesidades básicas en caso de enfermarse.

Tabla 5
Miedo al Virus y a Enfermar por COVID-19

Dimensión	Mínimo	%	Máximo	%	Media	%	<i>DE</i>
Miedo a enfermarse	4	0	16	100	8,2	33,3	2,9
Miedo a que otros enfermen	5	0	20	100	10,5	33,3	3,1
Miedo a las limitaciones	6	6,7	20	100	11,6	46,0	4,2
Miedo a no cubrir necesidades básicas	4	0	16	100	8,7	41,0	3,2
Escala total	21	3,5	74	96	38,9	35,0	10,7

Miedo al Virus y a Enfermar por COVID-19 y la Trayectoria en el Consumo de Alcohol

Para estimar la influencia específica del sexo, la sintomatología depresiva y el estrés económico sobre la trayectoria del consumo de alcohol durante el periodo de medición, controlando el nivel basal de miedo a enfermarse, se realizó un análisis condicional de la curva de crecimiento, controlando estos predictores (incluyendo edad y días en cuarentena como controladores estadísticos adicionales). Los resultados de los parámetros de crecimiento pueden observarse en la Tabla 6.

Tabla 6
Parámetros Estandarizados de Crecimiento para el Consumo de Alcohol de Adultos en Relación al Miedo al Virus y a Enfermar Controlando Predictores

Parámetro	Estimado	<i>p</i>	Valor exponencial	<i>EE</i>
Intercepto				
Edad	0,247	0,002	1,280	0,080
Cuarentena	-0,087	0,373	0,916	0,098
Situación económica	0,366	< 0,001	1,441	0,064
Síntomas depresivos	0,068	0,583	1,070	0,123
Sexo	0,125	0,207	1,133	0,099
Miedo	0,274	0,005	1,315	0,098
Pendiente				
Edad	-0,115	0,786	0,891	0,422
Cuarentena	-0,302	0,629	0,739	0,625
Situación económica	-0,168	0,706	0,845	0,444
Síntomas depresivos	0,387	0,449	1,472	0,511
Sexo	0,002	0,996	1,002	0,486
Miedo	-1,100	< 0,001	0,332	0,233
Varianza residual				
Intercepto	1,567	< 0,001	4,792	0,357
Pendiente	0,000	0,931	1,000	0,000
Correlación pendiente con intercepto	-0,997	< 0,001	0,368	0,036
<i>Información del ajuste del modelo</i>				
Número de parámetros libres	17			
Verosimilitud				
H ₀ valor	-1202,801			
H ₀ factor de corrección escalar para MLR	0,834			
Akaike (AIC)	2439,602			
Bayesian (BIC)	2491,666			
Tamaño de muestra ajustado BIC	2437,853			

Nota. *EE:* Error estándar; *AIC:* Criterio de información de Akaike; *BIC:* Criterio de información de Bayesian.

Al incluir y controlar los posibles predictores mencionados, el ajuste del modelo a los datos continúa siendo adecuado. Se observa que no existe relación ($p > 0,05$) entre los parámetros de crecimiento de consumo de alcohol y el tiempo en cuarentena, los síntomas depresivos y el sexo. En contraste, se observa que a mayor edad y una mejor situación económica, hay un mayor nivel de consumo de alcohol en el primer punto de medición, aunque ninguna de las variables mencionadas tiene un efecto sobre la trayectoria posterior de consumo de alcohol.

Se observa que mientras se presente un mayor miedo a enfermar, en el intercepto se parte consumiendo más alcohol y en promedio, a medida que pasa el tiempo, la pendiente disminuye significativamente, por lo que disminuye el nivel de consumo de alcohol. Además, en el modelo presentado, la correlación entre el intercepto y la pendiente es negativa y significativa, lo que junto a la pendiente negativa, indica que los niveles iniciales más altos de consumo, conducen a una disminución con el tiempo. En cuanto a las diferencias inter-individuales, existe varianza significativa entre los interceptos de los participantes, es decir, al incluir las covariables, los participantes varían significativamente en el consumo de alcohol en la primera medición.

Discusión y Conclusiones

En el estudio se realizó un análisis de la trayectoria del consumo de alcohol durante 15 días de la primera ola de la pandemia de COVID-19 entre abril y mayo del 2020, a través de un GCM, el cual incluyó el miedo al virus y a enfermar como variable predictora principal, controlando otras covariables como la edad, el sexo, la situación económica, los días en cuarentena y la sintomatología depresiva.

Aunque no todos los estudios presentados son comparables con el estudio realizado, debido a diferencias metodológicas, estos se presentan para hacer referencia a la información disponible.

Consumo de Alcohol

El principal hallazgo del estudio es que, si bien se observan diferencias en las tasas de consumo al principio del periodo de medición, el consumo promedio a medida que pasa el tiempo se mantiene estable, sin que se verifique un aumento en el consumo durante la primera ola de la pandemia. Cabe destacar que las mediciones coinciden con un periodo en el que muchas personas estaban en cuarentena total. En el modelo incondicional se observó que, en promedio, no existe un cambio en la trayectoria del consumo de alcohol de los participantes durante el periodo de medición.

Los resultados encontrados por Chodkiewicz et al. (2020) en el estudio realizado en Polonia con 443 participantes (78,6% mujeres) con una media de edad de 31,9 años ($DE = 11,31$), la mayoría de los participantes (70%) tampoco reflejó un cambio en su patrón de consumo de alcohol durante la pandemia, mientras que el 16% bebió menos y solo el 14% incrementó su consumo.

Ese patrón también se presenta en los datos proporcionados por la primera encuesta sobre los efectos de COVID-19 en el consumo de alcohol y otras drogas en Chile (SENDA, 2020), en la que el 74,6% de los chilenos manifestó haber mantenido o disminuido su consumo de alcohol, y los principales motivos reportados para disminuir la bebida fueron las menores oportunidades para beber, la preocupación por los efectos en la salud y para ahorrar dinero ante la incertidumbre financiera. En la segunda encuesta (SENDA, 2021) se encontraron resultados similares: el 70% de las personas encuestadas reportaron haber mantenido o disminuido su patrón de consumo. Una posible explicación podría ser que, en general, el consumo de alcohol no haya funcionado como una estrategia de afrontamiento durante el inicio de la pandemia para los participantes del estudio (Rodríguez et al., 2020), por lo que el patrón de consumo se mantuvo sin cambios significativos.

En cambio, los resultados reportados en Chile por Salazar-Fernández et al. (2021) mostraron una disminución en el consumo de alcohol a medida que pasaba el tiempo, lo que podría deberse al tipo de muestra empleado en dicho estudio, estudiantes y personal universitarios, cuyas instituciones de estudio y trabajo cancelaron las actividades presenciales, disminuyendo el contacto social habitual y, por lo tanto, disminuyendo las oportunidades para reunirse y consumir alcohol (SENDA, 2020).

Miedo a COVID-19 y Consumo de Alcohol

El estudio también identificó una relación específica entre el miedo a enfermarse y los patrones de consumo. En particular, el miedo al COVID-19 resultó ser un eventual predictor del consumo de alcohol durante el periodo inicial de la primera ola de la pandemia, cuando, al presentarse un mayor miedo, se presentaría un mayor consumo al inicio (intercepto) y, posteriormente, serían predictores de una reducción en la bebida (pendiente).

Esto parece sugerir que el miedo a enfermarse, a que otros enfermen o a las restricciones de la vida producto del virus puede ser un movilizador de conductas más sanas, tal y como ha sido planteado por otros investigadores, por ejemplo, Guèvremont, A. et al (2022). La pandemia de COVID-19 representa un peligro real al que se está expuesto, lo que en general produciría niveles de miedo adaptativos, motivando conductas preventivas y de protección de la salud (Cottin et al, 2021), como la reducción del consumo de alcohol.

Pakpour y Griffiths (2020) plantean que las personas presentan conductas saludables o de protección al percibir altos niveles de susceptibilidad ante una amenaza y bajas ganancias obtenidas por conductas de riesgo (como podría ser el consumo de alcohol). Por otra parte, Harper et al. (2021), en un estudio realizado con una muestra de la comunidad internacional de 324 participantes (79% residentes en Reino Unido; 50% mujeres) con una media de edad de 34,32 años ($DE = 11,71$), encontraron que el miedo en respuesta a la pandemia es un predictor de un cambio de comportamiento adaptativo en relación a la salud, como conductas de prevención y disminución de riesgos.

Los hallazgos en este estudio de un nivel de miedo moderado a las limitaciones asociadas a la enfermedad y las dificultades para cubrir las necesidades básicas durante este período pueden asociarse con los datos encontrados por McKetta et al. (2021), quienes realizaron una investigación sobre la tendencia del consumo

de alcohol durante la primera ola de COVID-19 en Estados Unidos, con 8.021 adultos (57,9% mujeres) y una media de edad de 52,2 años ($DE = 15,7$), donde los participantes que reportaron sentimientos de miedo relacionado al COVID-19 y que vivían en Estados con alta carga viral, consumieron más bebidas alcohólicas que en una ocasión típica de consumo, pero no aumentaron la frecuencia de consumo en un mes; además, no encontraron evidencia de nuevos aumentos a medida que avanzaba la epidemia.

En contraste con la información anterior, Rahman et al. (2020), en su estudio sobre miedo y estrategias de afrontamiento durante la pandemia en Australia, con 587 adultos (61,8% mujeres) y una media de edad de 41,3 años ($DE = 12,5$), reportaron un aumento del consumo de alcohol asociado a niveles altos de miedo durante la pandemia, por lo que se necesitaría mayor investigación para explicar estos resultados divergentes. Sin embargo, de forma preliminar se podría pensar que los resultados divergentes entre McKetta et al. (2021), y Rahman et al. (2020), pueden deberse a que en este último estudio se emplea un diseño transversal en el que los participantes respondieron las consultas sobre el consumo de alcohol en una sola ocasión, mientras que McKetta et al. (2021) utilizan datos longitudinales donde el período de medición comprendió entre el 10 de marzo y el 8 de junio del 2020, por lo que podrían presentar más datos respecto al desarrollo de consumo en el tiempo.

Una posible hipótesis que podría ser tomada en cuenta en futuros estudios es que el consumo de los participantes de esta investigación no fue lo suficientemente intenso como para generar adaptación farmacológica, por lo que no se desarrolló tolerancia y no se necesitaron dosis mayores y, por tanto, una respuesta condicionada compensatoria (Newlin, 1986) ante un estímulo interoceptivo como el miedo. Además, es posible que el estrés provocado por el miedo al virus no se haya asociado con la conducta de consumo, por lo que no funciona como estímulo condicionado para provocar las respuestas condicionadas compensatorias y el deseo por la bebida (Newlin, 1986).

El período de seguimiento fue muy corto, por lo que deben realizarse más estudios que abarquen períodos de tiempo más extensos durante y después de la cuarentena y la pandemia, ya que Brooks et al. (2020) indican que, entre los efectos a largo plazo de este tipo de contextos, se encuentran las conductas de evitación y el aumento del consumo de alcohol.

En términos cognitivos, es posible que las personas participantes no hayan tenido la expectativa (Cooper et al., 1988) de las consecuencias favorables que el consumo de alcohol pudiera haber tenido sobre el malestar asociado al miedo al virus, por lo que pudieron haber recurrido a otros mecanismos de afrontamiento, que podrían tomarse en consideración en futuros estudios.

Resulta interesante que un mayor nivel de miedo al virus se relacione con un mayor consumo de alcohol al inicio de período de medición, según la hipótesis de la automedicación (McKetta et al., 2021). El uso del alcohol puede disminuir de forma momentánea el malestar psicológico, por lo que se plantea la hipótesis que algunas personas pudieron consumir para hacer frente a la amenaza asociada al virus y la pandemia. Sin embargo, al ser una estrategia con una eficacia de corto plazo, y retomando la teoría de la expectativa (Cooper et al., 1988), la previsión de los beneficios del consumo como afrontamiento podrían haber disminuido, por lo tanto, la frecuencia de la bebida. Estos planteamientos podrían ser retomados como hipótesis en futuras investigaciones acerca de los motivos para beber durante el período de pandemia o en situaciones de estrés psicosocial.

A partir de los resultados de este estudio y lo reportado en investigaciones con temáticas similares (Cerdá et al., 2011; Lechner et al., 2020; Salazar-Fernández et al., 2021), en próximas investigaciones podría plantearse la hipótesis de que las personas que obtienen apoyo social ante el miedo y la angustia psicológica, no recurren al consumo de alcohol como afrontamiento, dado que un mayor apoyo social-emocional podría moderar las relaciones entre el miedo y el aumento del consumo de alcohol. En futuros estudios se podría evaluar si aquellas personas con un alto apoyo social no presentan un aumento en el consumo de alcohol en función de un mayor nivel de miedo. También se podría hipotetizar que el menor consumo de alcohol podría ser el resultado de una decisión informada, al tomar en cuenta que la ingesta de alcohol sería una conducta de riesgo en la pandemia (Chodkiewicz et al., 2020), aunque quedaría la incógnita sobre el patrón de consumo de alcohol a largo plazo y los factores que puedan influir en dicho consumo, posterior al periodo de restricciones sanitarias y el fin de la pandemia.

Sexo, Sintomatología Depresiva, Situación Económica, Edad y Consumo de Alcohol

En el estudio se observó que a mayor edad o a una mejor situación económica, hay un mayor nivel de consumo de alcohol en el inicio del periodo de medición, aunque no se mostraron como predictores del consumo a medida que pasaba el tiempo.

Con respecto a la mejor situación económica como predictor de un mayor nivel de consumo inicial, se podría hipotetizar que las personas que tienen menos recursos económicos tiendan a reducir su consumo de alcohol como una medida de ahorro en tiempos de crisis e incertidumbre, como reportó Salazar-Fernández et al. (2021). Por otra parte, de acuerdo con Cerdá et al. (2011), las personas expuestas a un estrés económico moderado podrían estar mejor preparadas para hacer frente al estrés generado por una situación como la pandemia, por lo que no necesitan recurrir al consumo de alcohol como mecanismo de afrontamiento ante el malestar subjetivo. Estas hipótesis podrían plantearse en estudios que busquen determinar la naturaleza de la relación entre el consumo de alcohol y la situación económica durante la pandemia.

En el estudio realizado por Chodkiewicz et al. (2020), los resultados con respecto a la edad coinciden en que los participantes mayores bebían más alcohol. Esto podría asociarse a que lugares de reunión donde la gente más joven consume alcohol, como bares y discotecas, cerraron debido a las restricciones sanitarias (Caqueo-Urizar et al., 2020), lo que pudo reducir la posibilidad de contacto social entre jóvenes, mientras que los de mayor edad podrían haber continuado el consumo en casa (Salazar-Fernández et al., 2021). Debido a la heterogeneidad metodológica entre los diferentes estudios, como las diferencias en los tiempos de medición o el número de participantes, el análisis realizado no pretende dar explicaciones definitivas de los resultados; más bien, debe considerarse para el contraste de hipótesis en futuros estudios.

Implicaciones del Estudio

A medida que el contexto de pandemia se aleja, se debe realizar un monitoreo continuo, particularmente entre personas mayores o con buena situación económica y que no reporten miedo a contagiarse, ya que podrían ser factores de riesgo, como el consumo de alcohol.

Los resultados podrían sugerir que la apelación al miedo podría ser utilizada en campañas de salud pública para la prevención de COVID-19 y conductas de riesgo asociadas, ante la hipótesis de que, al aumentar la evaluación de riesgo y miedo asociado al virus, podría tener efecto en la conducta relacionada con la salud. Sin embargo, aun cuando se logre confirmar estos resultados en estudios con diseños más robustos, hay datos que indican que campañas publicitarias sobre la salud que incitan al miedo pueden producir consecuencias contraproducentes, como negación, evasión, actitud defensiva, estigmatización, depresión, ansiedad, mayor comportamiento de riesgo y una sensación de falta de control (Stolow et al., 2020), por lo que aún no es claro si este tipo de estrategias son eficaces o no. Además, ante los resultados del estudio y según lo planteado por Biana y Joaquin (2020), se puede ver que el COVID-19 ha causado suficiente miedo por sí mismo y probablemente no se necesite incrementarlo a través de apelaciones de miedo como estrategia de comunicación sanitaria.

La variación de la tasa de incidencia de nuevos casos y mutaciones nuevas de virus podría provocar fluctuaciones en cuanto a las medidas sanitarias y mayor incertidumbre ante el futuro. Tomando en cuenta los resultados obtenidos en este estudio y los datos reportados por Zhou et al. (2022), que en un revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 85 estudios, encontraron que las intervenciones no farmacológicas, incluidas restricciones de viaje, máscaras, distanciamiento social y educación pública, junto con la vacunación y el tratamiento para el COVID-19, son medidas efectivas para prevenir y contener la enfermedad, por tanto, se retoman algunas propuestas plateadas por Charitos et al. (2022), como la vigilancia epidemiológica, medidas de prevención, contención y apoyo psicológico para toda la población y, de forma particular, para los trabajadores de la salud y subgrupos con necesidades especiales (como embarazo, población infanto-juvenil y de edad avanzada, personas con comorbilidades físicas y/o mentales) y la colaboración entre las estrategias internacionales de salud pública (como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud).

Con el objetivo conductual de reducir conductas de consumo de alcohol y otras drogas, así como fomentar las conductas de vacunación y el uso de mascarillas para evitar contagios de COVID-19, pueden emplearse estrategias como educación, humor, líderes de opinión y llamados de celebridades (Stolow et al., 2020), tomando en cuenta componentes como un alto grado de proactividad, credibilidad de la fuente, las normas sociales, el comportamiento prosocial y coherencia (Hong, 2023).

Estas recomendaciones están especialmente dirigidas para los subgrupos que presentaron un mayor nivel de consumo de alcohol al inicio de las mediciones, como personas de mayor edad, con mejor situación económica o con un mayor nivel de miedo a contagiarse por COVID-19.

En conclusión, los resultados del estudio proporcionan evidencia de que un mayor miedo relacionado con COVID-19, la mayor edad o una mejor situación económica funcionarían como predictores de un mayor uso inicial de alcohol, aunque solo el nivel de miedo sería predictor de una reducción leve, pero estadísticamente significativa, del consumo ante el paso del tiempo. Estos resultados deben tomarse con cautela, debido a que el tiempo de seguimiento fue relativamente corto, por lo que se necesitan más estudios para comprender los mecanismos subyacentes que puedan moderar o mediar este efecto.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio, se puede señalar que se utilizó un muestreo por conveniencia, con un tamaño muestral pequeño de participantes que tenían acceso constante a Internet, por lo tanto, la muestra no es representativa de la población y los resultados de la investigación no pueden ser generalizables.

Por otra parte, el tiempo de medición fue relativamente corto. Incluso para el modelamiento de la curva de crecimiento solo se tomaron 15 mediciones de las 35 del estudio original, debido a la cantidad de datos perdidos en las últimas instancias de medición, por lo que los resultados no podrían extenderse a periodos de tiempo prolongados, especialmente ante la inestabilidad de la situación sanitaria en cuanto a la incidencia de casos y la variabilidad de las medidas sanitarias en el tiempo.

Otra limitante fue la ausencia de una línea base para el consumo de alcohol, previa al seguimiento intensivo, debido a lo súbito del desarrollo de la pandemia y de la aplicación de las medidas sanitarias. Tener una línea base permitiría realizar una comparación del comportamiento de consumo previo a la presencia del miedo a enfermar por COVID-19 y el resto de las covariables con el comportamiento posterior a su aparición.

Finalmente, una de las principales limitaciones del estudio recae en el tipo de distribución de los datos, con un exceso de ceros en los predictores, los que podrían ser ceros estructurales. Los sujetos que reportaron no haber consumido podrían pertenecer a uno de dos grupos, el primero es el grupo de personas que nunca consumen alcohol y el segundo sería el grupo de personas que no consumieron durante el período de medición. Esto podría provocar problemas en el ajuste y parámetros de los modelos estimados, por lo que se recomienda utilizar el modelo ZIP (Grimm & Stegmann, 2019) en nuevos estudios con periodos de seguimiento más prolongados, lo cual permite remover el exceso de ceros estructurales y tener resultados más precisos.

A pesar de este tipo de limitaciones, el estudio proporciona información importante para contribuir en la comprensión del rol del miedo en la trayectoria del consumo de alcohol durante el inicio de la primera ola de la pandemia por COVID-19 y, debido a que esta es un evento complejo que afecta a millones de personas en distintas esferas, como la salud, economía, política, cultural, entre otras, es necesario continuar investigando sobre el consumo de alcohol en tiempos posteriores a la pandemia con el fin de comprender con mayor claridad su papel como posible mecanismo de afrontamiento ante este tipo de situaciones y prepararse ante el surgimiento de posibles problemas de salud mental, a través de políticas que tomen en cuenta la evidencia empírica proporcionada por este tipo de estudios.

Referencias

- Apablaza, M. & Vega, F. (2018). *Contexto demográfico global y chileno: situación de la población adulto mayor*. Conocimiento e Investigación en Personas Mayores, Universidad del Desarrollo & Los Héroes. <https://cipem.cl/estudios/reportes/2.11.pdf>
- Arnau, J. & Balluerka, N. (2004). Análisis de datos longitudinales y de curvas de crecimiento. Enfoque clásico y propuestas actuales. *Psicothema*, 16(1), 156-162. <https://psykebase.es/servlet/articulo?codigo=792277>
- Arnau, J. & Bono, R. (2008). Estudios longitudinales. Modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología*, 2(1), 32-41. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092008000300005&lng=es&tlng=es
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales:(DSM 5® (5ª ed., T. Bobes Bascarán, P. Suárez Pinilla, P. López García, A. Bagnéy Lifante & I. Baeza Pertegaz, Trads.). Panamericana. (Obra original publicada en 2013)*
- Baader, T., Molina, J. L., Silvia Venezian, S., Rojas, C., Fariás, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M. & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 50(1), 10-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Becker, H. C. (2017). Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. *Neuropharmacology*, 122, 115-126. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.04.028>

- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. (2ª ed., Vol. 1). McGraw-Hill.
- Biana, H. T. & Joaquin, J. J. B. (2020). The ethics of scare: COVID-19 and the Philippines' fear appeals. *Public Health*, 183, 2-3. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.04.017>
- Booth, C. & Hasking, P. (2009). Social anxiety and alcohol consumption: The role of alcohol expectancies and reward sensitivity. *Addictive Behaviors*, 34(9), 730-736. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.04.010>
- Brick, J. (2012). Alcohol: Use, tolerance, and dependency. En Jamieson A. & Moenssens, A. (Eds.) Wiley encyclopedia of forensic science (pp. 1-7). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470061589.fsa628.pub2>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P. Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R. & Santabárbara, J. (2020). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 21(1), 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Callinan, S., Mojica-Perez, Y., Wright, C. J. C., Livingston, M., Kuntsche, S., Laslett, A. M., Room, R. & Kuntsche, E. (2021). Purchasing, consumption, demographic and socioeconomic variables associated with shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Drug and Alcohol Review*, 40(2), 183-191. <https://doi.org/10.1111/dar.13200>
- Callinan, S., Smit, K., Mojica-Perez, Y., D'Aquino, S., Moore, D. & Kuntsche, E. (2020). Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: Early indications from Australia. *Addiction*, 116(6), 1381-1388. <https://doi.org/10.1111/add.15275>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Aragón-Caqueo, D., Charles, C. H., El-Khatib, Z., Otu, A. & Yaya, S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic in Chile. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 521-523. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000753>
- Cerdá, M., Tracy, M. & Galea, S. (2011). A prospective population based study of changes in alcohol use and binge drinking after a mass traumatic event. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(1-2), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.011>
- Charitos, I. A., Ballini, A., Lovero, R., Castellaneta, F., Colella, M., Scacco, S., Cantore, S., Arrigoni, R., Mastrangelo, F. & Dioguardi, M. (2022). Update on COVID-19 and effectiveness of a vaccination campaign in a global context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17):10712. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710712>
- Chick, J. (2020). Alcohol and COVID-19. *Alcohol and Alcoholism*, 55(4), 341-342. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa039>
- Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N. & Bilinski, P. (2020). Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: The initial stage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), Artículo 4677. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134677>
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M. & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990-1005. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.5.990>
- Cooper, M. L., Russell, M. & George, W. H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 218-230. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.218>
- Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. (2020). The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5, 536-544. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
- Cottin, M., Hernández, C., Núñez, C., Labbé, N., Quevedo, Y., Davanzo, A. & Behn, A. (2021). "What if we get sick?": Spanish adaptation and validation of the Fear of Illness and Virus Evaluation Scale in a non-clinical sample exposed to the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, Artículo 590283. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.590283>
- Ethica Data Services. (2020). Ethica data. <https://avicennaresearch.com/>
- Fernández-de-Las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Gómez-Mayordomo, V., Florencio, L. L., Cuadrado, M. L., Plaza-Manzano, G., & Navarro-Santana, M. (2021). Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine*, 92, 55-70. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2021.06.009>
- Friedmann, P. D. (2013). Alcohol use in adults. *The New England Journal of Medicine*, 368(4), 365-373. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1204714>
- Gobierno de Chile. (18 de marzo de 2020). *Presidente declara estado de excepción constitucional de catástrofe en todo el territorio nacional* [Comunicado de prensa]. Gob.cl. <https://www.gob.cl/noticias/presidente-declara-estado-de-excepcion-constitucional-de-catastrofe-en-todo-el-territorio-nacional/>
- Gómez Penedo, J. M., Muiños, R., Hirsch, P. & Roussos, A. (2019). La aplicación de modelos lineales jerárquicos para el estudio de la eficacia en psicoterapia. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 25-37. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.20412>
- González, K., Giraldo, P., Estay, M. & Franklin, C. (2019). Solution-focused brief therapy for individuals with alcohol use disorders in Chile. *Research on Social Work Practice*, 29(1), 19-35. <https://doi.org/10.1177/1049731517740958>
- Grimm, K. J. & Stegmann, G. (2019). Modeling change trajectories with count and zero-inflated outcomes: Challenges and recommendations. *Addictive Behaviors*, 94, 4-15. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.016>
- Gritsenko, V., Skugarevsky, O., Konstantinov, V., Khamenka, N., Marinova, T., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2020). COVID 19 fear, stress, anxiety, and substance use among Russian and Belarusian university students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2362-2368. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00330-z>
- Guèvremont, A., Boivin, C., Durif, F., & Graf, R. (2022). Positive behavioral change during the COVID-19 crisis: The role of optimism and collective resilience. *Journal of Consumer Behaviour*, 21(6), 1293-1306. <https://doi.org/10.1002/cb.2083>
- Guo, Y. -R., Cao, Q. -D., Hong, Z. -S., Tan Y. -Y., Chen, S. -D., Jin, H. -J., Tan, K. -S., Wang, D. -Y. & Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research*, 7, Article 11. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D. & Latzman, R. D. (2021). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(5), 1875-1888. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Hasking, P., Lyvers, M. & Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36(5), 479-487. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.014>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: 6ª edición*. McGraw-Hill Education.

- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Hong, S. A. (2023). COVID-19 vaccine communication and advocacy strategy: A social marketing campaign for increasing COVID-19 vaccine uptake in South Korea. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10, Article 109. <https://doi.org/10.1057/s41599-023-01593-2>
- Hu, B., Guo, H., Zhou, P. & Shi, Z. L. (2021). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews. Microbiology*, 19, 141-154. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I. & Dimaggio, G. (2020). Psychological intervention and COVID-19: What we know so far and what we can do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(4), 243–250. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>
- Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad. (10 de abril de 2020). Invitación a participar en estudio "Efectos Psicológicos de la Cuarentena". <https://midap.org/invitacion-a-participar-en-estudio-efectos-psicologicos-de-la-cuarentena/>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Síntesis de resultados: Censo 2017 [Conjunto de datos]. <http://resultados.censo2017.cl/>
- Koob, G. F., Powell, P. & White, A. (2020). Addiction as a coping response: Hyperkatifeia, deaths of despair, and COVID-19. *The American Journal of Psychiatry*, 177(11), 1031-1037. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20091375>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16 (9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lechner, W. V., Laurene, K. R., Patel, S., Anderson, M., Grega, C. & Kenne, D. R. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related university closings. *Addictive Behaviors*, 106527. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106527>
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., Tu, W., ... Feng, Z. Y. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *The New England Journal of Medicine*, 382(13), 1199–1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
- Maguina Vargas, C., Gastelo Acosta, R. & Tequen Bernilla, A. (2020). El nuevo coronavirus y la pandemia del COVID-19. *Revista Médica Herediana*, 31(2), 125-131. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
- Margozzini Maira, P. & Passi Solar, A. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA: Revista de Ciencias Médicas*, 43 (1), 30-34. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1354>
- McFarlane A. C. (1998). Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: The nature of the association. *Addictive Behaviors*, 23(6), 813-825. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00098-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00098-7)
- McKetta, S., Morrison, C. N. & Keyes, K. M. (2021). Trends in US alcohol consumption frequency during the first wave of the SARS-CoV-2 pandemic *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 45(4), 773–783. <https://doi.org/10.1111/acer.14575>
- Ministerio de Salud. (27 de septiembre de 2021). *COVID-19: Gobierno anuncia fin del estado de excepción*. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/covid-19-gobierno-anuncia-fin-del-estado-de-excepcion/>
- Mohammed, E. A., Naugler, C. & Far, B. H. (2015). Emerging business intelligence framework for a clinical laboratory through big data analytics. En Tran, Q. N., Arabnia, H. (Eds.), *Emerging trends in computational biology, bioinformatics and systems biology: Algorithms and software tools*. (pp. 577-602). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802508-6.00032-6>
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2017). *Mplus user's guide: Eighth edition*. https://www.statmodel.com/download/usersguide/MplusUserGuideVer_8.pdf
- Newlin, D. B. (1985). Human conditioned compensatory response to alcohol cues: Initial evidence. *Alcohol*, 2(3), 507-509. [https://doi.org/10.1016/0741-8329\(85\)90124-7](https://doi.org/10.1016/0741-8329(85)90124-7)
- Newlin, D. B. (1986). Conditioned compensatory response to alcohol placebo in humans. *Psycho-pharmacology*, 88(2), 247-251. <https://doi.org/10.1007/BF00652249>
- Ogueji, I. A., Okoloba, M. M. & Demoko Ceccaldi, B. M. (2022). Coping strategies of individuals in the United Kingdom during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 41(11), 7493–7499. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01318-7>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O. & Kessler F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 42(3) 232-235. <http://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Pakpour, A. H. & Griffiths, M. D. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*, 2(1), 58-63. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00557-4>
- Peña, S., Sierralta, P., Norambuena, P., Leyton, F., Pemjean, A. & Román, F. (2021). Alcohol policy in Chile: A systematic review of policy developments and evaluations. *Addiction*, 116 (3), 438-456. <https://doi.org/10.1111/add.15208>
- Rahman, M. A., Hoque, N., Alif, S. M., Salehin, M., Islam, S. M. S., Banik, B., Sharif, A., Nazim, N. B., Sultana, F., & Cross, W. (2020). Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Globalization and Health*, 16, Article 95. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00624-w>
- Reznik, A., Gritsenko, V., Konstantinov, V., Khamenka, N., & Isralowitz, R. (2021). COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(5), 1903–1908. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00283-3>
- Rivera Medina, C. L. & Bernal, G. (2008). La medición en el cambio psicoterapéutico: hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 19, 223-244. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262008000100010&lng=pt&tlng=es
- Rodriguez, L. M., Litt, D. M. & Stewart, S. H. (2020). Drinking to cope with the pandemic: The unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. *Addictive Behaviors*, 110, Article 106532. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106532>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

- Salazar-Fernández, C., Palet, D., Haeger, P. A., & Román Mella, F. (2021). COVID-19 perceived impact and psychological variables as predictors of unhealthy food and alcohol consumption trajectories: the role of gender and living with children as moderators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4542. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094542>
- Samadzadeh, S., Masoudi, M., Rastegar, M., Salimi, V., Shahbaz, M. B., & Tahamtan, A. (2021). COVID-19: Why does disease severity vary among individuals?. *Respiratory Medicine*, 180, 106356. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106356>
- Schmits, E., & Glowacz, F. (2022). Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic: impact of the lockdown conditions and mental health factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(2), 1147–1158. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00432-8>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2018). *Estudio nacional de drogas en población general (ENPG)*. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (8 de julio de 2020). *Encuesta de SENDA revela que un 74,6% de los encuestados ha mantenido o disminuido su consumo de alcohol durante la crisis sanitaria*. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. <https://www.senda.gob.cl/encuesta-de-senda-revela-que-un-746-de-los-chilenos-ha-mantenido-o-disminuido-su-consumo-de-alcohol-durante-la-crisis-sanitaria/>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (9 de junio de 2021). *Director Nacional da a conocer resultados de segunda encuesta sobre los efectos del COVID-19 en el consumo de alcohol y otras drogas en Chile*. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. <https://www.senda.gob.cl/director-nacional-da-a-conocer-resultados-de-segunda-encuesta-sobre-los-efectos-del-covid-19-en-el-consumo-de-alcohol-y-otras-drogas-en-chile/>
- Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2022). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: Evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, 52(5), 824–833. <https://doi.org/10.1017/S003329172000241X>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281-282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Siegel, S. (1983). *Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence*. En Smart, R., Glaser, F., Israel, Y., Kalant, H., Popham, R., & Schmidt, W. (Eds.). *Research Advances in Alcohol and Drug Problems* (Vol. 7, pp. 207-246). Springer https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3626-6_6
- Stolow, J. A., Moses, L. M., Lederer, A. M. & Carter, R. (2020). How fear appeal approaches in COVID-19 health communication may be harming the global community. *Health Education & Behavior*, 47(4), 531-535. <https://doi.org/10.1177/1090198120935073>
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., Cuomo-Dannenburg, G., Thompson, H., Walker, P. G. T., Fu, H., Dighe, A., Griffin, J. T., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cori, A., Cucunubá, Z., FitzJohn, R., Gaythorpe, K., Green, W., ... Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: A model-based analysis. *The Lancet. Infectious diseases*, 20(6), 669–677. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)
- Wei, Y. & Shah, R. (2020). Substance use disorder in the COVID-19 pandemic: A systematic review of vulnerabilities and complications. *Pharmaceuticals*, 13(7), Artículo 155. <https://doi.org/10.3390/ph13070155>
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., & Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and Alcoholism*, 43(6), 706-712. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zhou, L., Yan, W., Li, S., Yang, H., Zhang, X., Lu, W., Liu, J. & Wang, Y. (2022). Cost-effectiveness of interventions for the prevention and control of COVID-19: Systematic review of 85 modelling studies. *Journal of Global Health*, 12, Artículo 05022. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.05022>
- Zhu, X. (2014). Comparison of four methods for handling missing data in longitudinal data analysis through a simulation study. *Open Journal of Statistics*, 4(11), 933-944. <https://doi.org/10.4236/ojs.2014.411088>

Fecha de recepción: Noviembre de 2022.

Fecha de aceptación: Agosto de 2024.