

Patrones de embriaguez en tiempos de COVID-19. Factores de riesgo y protección en el consumo de alcohol durante el confinamiento

Drunkenness patterns in times of COVID-19. Risk and protective factors in alcohol consumption during confinement

Aida E. Hernández-Saguar, Encarnación Rama-Galdón, Aránzazu Duque,
Francisco Ródenas-González, Sara Puig-Pérez

Grupo de investigación Psicología y Calidad de Vida (PsiCal). Universidad Internacional de Valencia - VIU, España

ORCID Aida E. Hernández-Saguar: <https://orcid.org/0009-0008-6156-8376>

ORCID Encarnación Rama-Galdón: <https://orcid.org/0000-0003-2508-4928>

ORCID Aránzazu Duque: <https://orcid.org/0000-0003-4661-3665>

ORCID Francisco Ródenas-González: <https://orcid.org/0000-0002-7993-5882>

ORCID Sara Puig-Pérez: <https://orcid.org/0000-0003-0635-905X>

Recibido: 04/02/2025 · Aceptado: 18/03/2025

Cómo citar este artículo/citation: Hernández-Saguar, A. E., Rama-Galdón, E., Duque, A., Ródenas-González, F. y Puig-Pérez, S. (2025). Patrones de embriaguez en tiempos de COVID-19. Factores de riesgo y protección en el consumo de alcohol durante el confinamiento. *Revista Española de Drogodependencias*, 50(1), 221-238. <https://doi.org/10.54108/10110>

Resumen

Background. La pandemia del COVID-19 generó una crisis social y sanitaria global, alterando significativamente la vida cotidiana debido a las medidas de confinamiento y distanciamiento social. Esta situación excepcional alteró factores psicoemocionales, contextuales y conductuales que impactaron sobre los patrones de consumo de alcohol. **Objetivo.** El presente estudio analiza la influencia de estos factores en la frecuencia de embriaguez durante el confinamiento por COVID-19. **Método.** A través de un diseño transversal y correlacional, se evaluaron los hábitos de consumo de 1613 participantes mediante una encuesta en línea, recopilando datos sobre variables psicoemocionales (ansiedad, rumiación, soledad), sociodemográficas y contextuales (edad, tipo de convivencia, acceso a espacios exteriores) y conductuales (cumplimiento de normas de confinamiento y días de aislamiento total). **Resultados.** La ansiedad y el consumo de alcohol y otras sustancias estuvieron positivamente asociadas con la frecuencia de embriaguez, mientras que la edad y el cumplimiento de normas de confinamiento fueron factores de protección. **Conclusiones.** Estos hallazgos resaltan la complejidad de los factores que influyen en el consumo de alcohol en contextos de crisis sanitarias y sugieren la necesidad de desarrollar estrategias preventivas e intervenciones focalizadas en los grupos de mayor riesgo.

Palabras clave

COVID-19, Consumo de alcohol, Factores psicoemocionales, Factores sociodemográficos, Factores contextuales, Factores conductuales.

— Correspondencia:

Sara Puig-Pérez

Email: spuigp@universidadviu.com



Abstract

Background. The COVID-19 pandemic generated a global social and health crisis, significantly altering everyday life due to measures of social confinement and distancing. This exceptional situation altered psychoemotional, contextual and behavioural factors that impacted on drinking patterns. **Objective.** The present study analyses the influence of these factors on the frequency of drunkenness during COVID-19 confinement. **Method.** Using a cross-sectional and correlational design, the drinking habits of 1613 participants were assessed through an online survey, collecting data on psychoemotional variables (anxiety, rumination, loneliness), socio-demographic and contextual variables (age, type of cohabitation, access to outdoor spaces) and behavioural variables (compliance with confinement rules and days of total isolation). **Results.** Anxiety and alcohol and other substance use were positively associated with frequency of drunkenness, while age and compliance with confinement rules were protective factors. **Conclusions.** These findings highlight the complexity of factors influencing alcohol consumption in health crisis contexts and suggest the need to develop preventive strategies and interventions focused on the most at-risk groups.

Keywords

COVID-19, Alcohol consumption, Psychoemotional factors, Socio-demographic factors, Contextual factors, Behavioural factors.

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19, declarada el 11 marzo de 2020 en Europa y España desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a), marcó un punto de inflexión a nivel global, sumiendo los países en una emergencia social y sanitaria. El confinamiento y el distanciamiento social como medidas urgentes y principales implementadas para reducir la propagación del virus generaron al mismo tiempo severas alteraciones en la vida cotidiana, modificando rutinas sociales, laborales y familiares. Estas restricciones afectaron no solo la salud física, sino también la salud mental, fundamentalmente a través de sus efectos sobre el bienestar emocional y psicológico.

El confinamiento creó un contexto propicio para cambios en los comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. Es cierto que el confinamiento puede parecer un factor de protección porque impide

el acceso a situaciones habituales de consumo, como las zonas de ocio y las salidas nocturnas o, incluso, al reducir la accesibilidad a determinadas sustancias (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2021; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2020). Sin embargo, para una parte de la población, como indican Llorens et al. (2021), esta situación extrema de aislamiento constituyó un factor de riesgo para al aumento de comportamientos de consumo poco saludables. No obstante, estos cambios de consumo no fueron homogéneos, ya que estuvieron influidos por factores no sólo psicoemocionales, si no sociodemográficos, conductuales y contextuales.

Son destacables factores psicoemocionales como el estrés, la depresión o la rumiación. Así, la mayoría de estudios coinciden en señalar que el confinamiento causó graves consecuencias para el bienestar psicológico (Hossain et al., 2020; Lima et al., 2020; Ro-



dríguez-Rey et al., 2020; Talevi et al., 2020). Precisamente el aislamiento prolongado y la falta de interacción social, junto a otros factores como la incertidumbre económica, han llegado a identificarse como factores de riesgo para la aparición de problemas de salud mental, especialmente depresión y ansiedad. Por otro lado, se sabe que existe comorbilidad entre el consumo de alcohol y el estado de ánimo o la ansiedad que se puede explicar a través de la hipótesis de la auto-medicación (Turner et al., 2018).

Un tipo de factor sociodemográfico es la edad. La pandemia tuvo repercusiones negativas en la salud mental de la población más joven, lo que se ve reflejado a través de la aparición/aumento de sintomatología ansiosa y depresiva entre otras consecuencias (Neumann et al., 2021), lo que podría estar relacionado con una mayor incidencia de consumo de alcohol en esta población. Además, el consumo de alcohol en grandes cantidades podría estar asociado por sí mismo con edades más tempranas así como con un menor consumo o de menor riesgo en edades más avanzadas (Khamis et al., 2022).

A nivel conductual, el consumo de alcohol y el tabaquismo suelen presentarse de manera conjunta, ya que el consumo de alcohol en el último año predice una tasa de uso de tabaco casi el doble en comparación con los abstemios (McKee y Weinberger, 2013). Otro factor conductual importante en época de pandemia es el cumplimiento de las medidas de confinamiento por parte de la población, ya que de ello va a depender en parte su efectividad en la prevención del contagio (Maharaj y Kleczkowski, 2012). El cumplimiento de las medidas puede verse afectado por una multiplicidad de factores, sociodemográficos y psicológicos (Abdelrahman, 2020), estando

el incumplimiento relacionado con un estado de ánimo negativo (Duradoni et al., 2021), una vivencia que fue compartida por una gran parte de la población y que puede asociarse con un mayor consumo de alcohol como se ha explicado anteriormente.

Como factor contextual, es probable la experimentación de niveles más elevados de soledad por personas que viven en hogares con menos miembros. De hecho, la soledad extrema y prolongada se asocia con una peor salud física y mental que se podría explicar por su asociación con conductas poco saludables (Wootton et al., 2020). Esta soledad extrema y prolongada, en el contexto de la pandemia, podría estar representada por la duración del aislamiento asociado al confinamiento, siendo mayor la sensación de soledad con el aumento de los días de aislamiento. Así, teniendo en cuenta que la soledad se ha asociado con niveles más altos de estrés, comportamientos como el consumo de alcohol podrían ser utilizados para mitigar sus efectos (Stickley et al., 2013).

En este contexto, resulta fundamental comprender los factores que influyeron en los patrones de consumo de alcohol durante el confinamiento, considerando su complejidad y variabilidad según las características individuales y del entorno. La interacción entre factores psicoemocionales, sociodemográficos, conductuales y contextuales puede haber desempeñado un papel clave en la regulación del consumo de alcohol. Por ello, el presente estudio busca explorar estas relaciones con el fin de identificar factores de riesgo y protección, proporcionando así información relevante para el desarrollo de estrategias preventivas y de intervención que puedan mitigar los efectos negativos del consumo de alcohol en situaciones de crisis sanitarias y sociales futuras.



2. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Este estudio posee un diseño transversal, descriptivo, correlacional y predictivo para analizar cómo factores de distinta naturaleza influyen en los patrones de consumo de alcohol en esta situación excepcional.

Participantes

Un total de 365 hombres, 1243 mujeres y 4 personas no binarias voluntarios mayores de edad (38.56 años) formaron parte de la muestra inicial de 1613 personas de origen internacional. Los criterios de inclusión fueron: a) haber cumplido los 18 años; b) estar confinado al menos durante los últimos 7 días y c) ser hablante fluido de español. Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado antes de participar en el estudio.

Procedimiento

Se recogieron los datos diseñando para ello una encuesta online mediante la aplicación Survey Monkey que fue completada por los sujetos durante el confinamiento por COVID-19.

Se recogieron datos sociodemográficos y contextuales (edad, género, nivel socioeconómico, espacio de vivienda exterior, metros vivienda, condición laboral, tipo de convivencia y nº de personas en el hogar), psicoemocionales (malestar general, depresión, ansiedad, estrés, rumiación y sentimiento de soledad), conductuales (cumplimiento de normas del confinamiento y días de aislamiento total) y acer-

ca del consumo de sustancias (frecuencia de embriaguez medida en horas a la semana, consumo diario de alcohol a la semana, nº de cigarrillos al día y consumo de otras sustancias). Esta encuesta fue enviada a estudiantes universitarios, animando a su difusión entre otros compañeros y se publicó en páginas web de universidades y redes sociales. Se revisaron los datos de las direcciones IP de los participantes para asegurar que cada uno solamente enviara sus respuestas una vez.

Esta investigación fue realizada de acuerdo a la Declaración de Helsinki y obtuvo el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación de la Universidad.

Instrumentos

Depresión, Ansiedad y Estrés

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond y Lovibond, 1995a) es un cuestionario autoinformado muy utilizado para la evaluación de personas con problemas comunes de salud mental (Lee et al., 2019). Los autores de la escala consideran que sería una medida general de depresión, ansiedad y estrés psicológico (Lovibond y Lovibond, 1995a) y diversos estudios han mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en población general adulta, población clínica y otras poblaciones de adolescentes (Bados et al, 2005; Daza et al, 2002).

La dimensión de depresión se asocia con la reducción del afecto positivo e incluye síntomas como disforia, desesperanza, falta de motivación, baja autoestima y anhedo-



nia. La ansiedad, por su parte, está vinculada al malestar general e involucra irritabilidad, frustración, dificultad para relajarse e impaciencia. Por último, el estrés abarca estados emocionales negativos generales, como tensión, agitación e irritabilidad (Lovibond y Lovibond, 1995b).

El instrumento está compuesto por 21 ítems divididos en tres subescalas: Depresión (DASS-D), Ansiedad (DASS-A) y Estrés (DASS-S). Cada subescala consta de siete ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert de cuatro niveles, desde 0 (“nunca”) hasta 3 (“casi siempre”). Las puntuaciones obtenidas permiten determinar la severidad de los síntomas y la frecuencia con la que se han padecido en los últimos 7 días.

Los análisis realizados por Bados et al. (2005) evidenciaron que la escala presenta una validez convergente adecuada, una validez divergente aceptable y una validez discriminante satisfactoria. En cuanto a la consistencia interna, el alfa de Cronbach de cada subescala mostró valores elevados, alcanzando un coeficiente de .86 para la escala total. Por todo lo anterior, se considera que el DASS-21 es una herramienta breve, eficaz y consistente para evaluar el malestar psicológico relacionado con síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Cuestionario Breve de Rumiación Estado

Para este estudio se utilizó una versión adaptada del Inventario Breve de Rumiación-Estado (BSRI) (Marchetti et al., 2018) para evaluar el estado desadaptativo de rumiación. La rumiación se define como pensamientos momentáneos repetitivos focalizados en estados emocionales y experien-

cias de distress, sus causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema, 2008). Compuesta por 8 ítems, en una escala visual analógica de 100 mm desde “completamente desacuerdo” a “completamente de acuerdo”, los sujetos responden acerca de la aparición de estos pensamientos en los últimos 7 días. La consistencia interna de la escala completa es de .91 en línea con la de la escala original.

Análisis de datos

El análisis comenzó con la verificación del supuesto de normalidad para todas las variables mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (K-S) y Shapiro-Wilk (S-W), y la inspección visual de los gráficos Q-Q. Las variables que no cumplieron con estos criterios fueron excluidas de los análisis paramétricos y, en su lugar, se aplicaron pruebas no paramétricas cuando fue necesario.

Para analizar las diferencias en la frecuencia de embriaguez semanal entre distintos grupos (género, disponibilidad de espacio exterior en la vivienda, tipo de convivencia, consumo de sustancias y situación laboral), se utilizaron pruebas *U* de Mann-Whitney, debido al incumplimiento del supuesto de normalidad en la variable dependiente. Además, se reporta el tamaño del efecto (*r*) para cada comparación, permitiendo evaluar la magnitud de las diferencias encontradas en función de las recomendaciones indicadas por Cohen (1992). Las asociaciones entre la frecuencia de embriaguez y las variables cuantitativas se analizaron mediante correlaciones de Pearson o Spearman, según la distribución de los datos.



Para identificar los factores asociados a los patrones de embriaguez, se realizó una regresión lineal jerárquica en tres etapas, verificando previamente los supuestos estadísticos: normalidad de los residuos (prueba K-S y gráfico P-P), independencia de errores (Durbin-Watson), homocedasticidad (gráficos de dispersión de residuos) y ausencia de multicolinealidad ($VIF < 5$). Ante el incumplimiento de normalidad de los residuos, se aplicó *bootstrapping* con 5.000 muestras para estimar intervalos de confianza de los coeficientes de regresión y garantizar la robustez de los resultados.

El modelo de regresión jerárquica se estructuró en tres etapas, incluyendo únicamente las variables significativas en cada una:

1. **Variables sociodemográficas y contextuales** como línea base (edad y número de convivientes en la vivienda).
2. **Variables psicológicas**, incluyendo síntomas de ansiedad, rumiación y soledad.
3. **Variables conductuales**, como consumo diario de alcohol, consumo diario de tabaco, consumo de sustancias, frecuencia de cumplimiento de las normas de confinamiento y días de aislamiento social.

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando los softwares SPSS v.29 y R 4.4.2.

3. RESULTADOS

A continuación, se presentan los análisis realizados para evaluar la relación entre la frecuencia de embriaguez semanal y otras variables sociodemográficas, contextuales, psicológicas y conductuales durante el periodo de confinamiento pro-

vocado por la pandemia de COVID-19. En la Tabla 1, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables incluidas en el estudio.

La muestra estuvo compuesta por 1613 participantes, con una edad media de 38,56 años ($DE = 13.68$, rango: 18-81), observándose una mayoría de mujeres (77.11%), y un nivel socioeconómico promedio de 6,59 ($DE = 1.47$, rango: 1-10). El 80,69% de los participantes poseía un espacio de vivienda exterior al que acceder durante el confinamiento, el 68,68% se encontraban en situación de empleo, y el 87,36% convivía con más personas en el hogar ($M = 2.97$, $DE = 1.39$, rango: 1-14).

En relación con el consumo de sustancias, la frecuencia de embriaguez en la población general fue de 2 horas a la semana ($DE = 9.47$, rango: 0-144). El consumo diario de alcohol fue de 1,52 días por semana ($DE = 1.95$, rango: 0-7) y el promedio de cigarrillos fumados al día fue de 1,97 ($DE = 5.70$, rango: 0-85).

Las variables psicológicas presentaron valores en el rango esperado para población general: rumiación ($M = 120.48$, $DE = 103.29$), malestar general ($M = 11.98$, $DE = 9.92$), ansiedad ($M = 3.26$, $DE = 3.37$), estrés ($M = 5.74$, $DE = 3.94$), depresión ($M = 4.12$, $DE = 3.66$) y soledad ($M = 2.54$, $DE = 2.55$, rango: 0-10).

Respecto a las conductas relacionadas con el estado de alarma, los participantes reportaron cumplir las normas de confinamiento una media de 6.27 días por semana ($DE = 0.88$, rango: 1-7), y el número total de días en aislamiento fue de 34.06 ($DE = 52.12$, rango: 0-365 días).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas, psicológicas, contextuales y de consumo

Medida	N	Categoría	Media / Porcentaje	DE	Mínimo	Máximo
Frecuencia de embriaguez (h/semana)	1613	Población general	2.00	9.47	0.00	144.00
	125	Personas que abusan del alcohol	25.34	23.59	3.43	144.00
Consumo diario de alcohol (días/semana)	1613		1.52	1.95	0.00	7.00
Consumo diario de tabaco (días/semana)	1613		1.97	5.70	0.00	85.00
Género	1612	Hombre	22.64%			
		Mujer	77.11%			
		Otro	0.25%			
Edad	1613		38.56	13.68	18.00	81.00
Nivel socioeconómico	1613		6.59	1.47	1.00	10.00
Espacio de vivienda exterior		No tiene	19.31%			
		Sí tiene	80.69%			
Condición laboral		Desempleo	31.32%			
		Empleo	68.68%			
Tipo de Convivencia		En solitario	12.64%			
		En compañía	87.36%			
Número personas hogar	1613		2.93	1.39	1.00	14.00
Rumiación (BSRI)	1300		120.48	103.29	0.00	391.61
Malestar general (DASS)	1302		11.98	9.92	0.00	61.00
Ansiedad (DASS)	1109		3.26	3.37	0.00	20.50
Estrés (DASS)	1250		5.74	3.94	0.00	19.50
Depresión (DASS)	1183		4.12	3.66	0.00	21.00
Soledad	1030		2.54	2.55	0.00	10.00
Cumplimiento de normas (Días/semana)	1613		6.27	0.88	1.00	7.00
Días de aislamiento total	1613		34.06	52.12	0.00	365.00

Nota. DE: Desviación Estándar, N = Tamaño de la muestra.



En la Tabla 2 se presentan los coeficientes de correlación entre la frecuencia de embriaguez semanal y otros factores de estudio. En ella, se observa que la frecuencia de embriaguez presentó una correlación positiva moderada con el consumo diario de alcohol ($r = .34, p < .01$) y una correlación positiva más débil con el consumo de tabaco diario ($r = .18, p < .01$).

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observó una correlación negativa con la edad ($r = -.15, p < .01$), indicando que los participantes más jóvenes tendían a reportar una mayor frecuencia de embriaguez. Se observó una relación similar, aunque más débil, con el número de personas en el hogar ($r = -.09, p < .01$). No se encontraron asociaciones significativas con el nivel socioeconómico ni con el tamaño de la vivienda.

Entre las variables psicológicas, la ansiedad presentó una correlación positiva con la frecuencia de embriaguez ($r = .08, p < .01$), aunque su relación con el consumo diario de alcohol fue algo mayor ($r = .12, p < .01$). La rumiación ($r = .11, p < .01$), la depresión ($r = .07, p < .05$) y la soledad ($r = .10, p < .01$) también mostraron asociaciones positivas con la embriaguez. En contraste, el malestar psicológico y el estrés no estuvieron significativamente relacionados.

En cuanto a los factores conductuales, se encontró una correlación negativa entre el cumplimiento de normas de confinamiento y la frecuencia de embriaguez ($r = -.22, p < .01$), lo que sugiere que aquellos que cumplieron más estrictamente con las restricciones de confinamiento reportaron menos episodios de embriaguez. De

hecho, este patrón se observa también en relación a las otras medidas de consumo (alcohol y tabaco). Finalmente, la frecuencia de embriaguez correlacionó positivamente con los días de aislamiento total ($r = .09, p < .01$).

En la Tabla 3, se reportan los resultados para evaluar diferencias en los patrones de embriaguez en función de categorías sociodemográficas, contextuales y conductuales.

En este sentido, se hallaron diferencias significativas en la frecuencia de embriaguez según la disponibilidad de espacio exterior ($U = 184468.50, p < .05, r = -.06$), indicando que las personas sin acceso a un espacio exterior mostraron una frecuencia de embriaguez ligeramente superior (*rango promedio* = 833.24) a personas que sí contaban con este recurso (*rango promedio* = 800.56). Además, el consumo de sustancias estuvo fuertemente asociado ($U = 58934.00, p < .001, r > .30$), pues los consumidores mostraron mayor frecuencia de embriaguez (*Mediana* = 3,71, *RIC* = 24.00, *rango promedio* = 1159.85) en comparación con los no consumidores (*Mediana* = 0.00, *RIC* = 0.00, *rango promedio* = 792.62). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de embriaguez según el género ($U = 219942.50, p = .057$), la condición laboral ($U = 286906.00, p = .814$), o el tipo de convivencia ($U = 130583.50, p = .141$).

Finalmente, para evaluar el peso relativo de las diferentes variables de estudio en la variabilidad observada en la frecuencia de embriaguez de la muestra, se reportan los resultados de la regresión lineal jerárquica en la Tabla 4.



Tabla 2. Matriz de correlaciones entre frecuencia de embriaguez y variables del estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Frecuencia embriaguez	--													
2. Consumo diario de alcohol	.34**	--												
3. Consumo diario de tabaco	.18*	.17**	--											
4. Edad	-.15**	.09*	.08**	--										
5. Nivel socioeconómico	.01	.08	-.07**	.04	--									
6. Número personas hogar	-.09**	-.14**	-.06*	-.14**	-.06*	--								
7. Metros vivienda (m2)	-.04	-.03	.03	.17**	.13**	.35**	--							
8. Rumiación (BSRI)	.11**	-.04	-.02	-.24**	-.08**	.03	-.11**	--						
9. Malestar psicológico (DASS)	-.02	-.09*	.02	-.14**	-.11**	.07**	-.05	.38**	--					
10. Ansiedad (DASS)	.08**	-.12**	.02	-.13**	-.14**	.05	-.04	.48**	.72**	--				
11. Estrés (DASS)	.03	-.08	.01	-.14**	-.08**	-.01	-.09**	.56**	.61**	.71**	--			
12. Depresión (DASS)	.07*	-.10*	.05	-.14**	-.17**	.01	-.08**	.54**	.63**	.63**	.71**	--		
13. Soledad	.10**	-.05	.06*	-.11**	-.12**	-.09**	-.12**	.42**	.21**	.27**	.38**	.43**	--	
14. Cumplimiento normas	-.22**	-.13**	-.06*	.10**	.04	.05*	.06*	-.11**	.29**	.17**	-.001	.02	-.13**	--
15. Días aislamiento total	.09**	.01	-.01	.05	.06*	-.12**	-.04	.11**	-.30**	-.16**	.03	-.03	.17**	-.30**



Tabla 3. Comparación de patrón de consumo entre grupos

	Categorías	n	Mediana	RIC	Rango promedio	Comparación	Tamaño del efecto (r)
Embriaguez por Género	Hombre	365	0.00	0.00	823.42	$U = 219942.50$, $p = .057$, $Z = -1.90$	-.05
	Mujer	1243	0.00	0.00	800.84		
Embriaguez por Espacio de vivienda exterior	No tiene	292	0.00	0.00	833.24	$U = 184468.50$, $p < .05$, $Z = -2.29$	-.06*
	Sí tiene	1316	0.00	0.00	800.56		
Embriaguez por Condición laboral	Desempleo	531	0.00	0.00	802.69	$U = 286906.00$, $p = .814$, $Z = 0.236$	.01
	Empleo	1077	0.00	0.00	805.39		
Embriaguez por Tipo de convivencia	En solitario	190	0.00	0.00	826.22	$U = 130583.50$, $p = .141$, $Z = -1.47$	-.04
	En compañía	1418	0.00	0.00	801.59		
Embriaguez por Consumo de sustancias	No	1556	0.00	0.00	792.62	$U = 58934.00$, $p < .001$, $Z = 12.04$	.30***
	Sí	52	3.71	24.00	1159.85		

Nota. RIC: Rango Intercuartil, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$.

En la primera etapa, se incluyeron la edad y el número de personas en el hogar. Se observó que la edad fue un predictor significativo inverso ($\beta = -0.06$, $EE = 0.02$, $p < .001$), indicando que una mayor edad se asocia con una menor frecuencia de embriaguez. El número de personas en el hogar no resultó significativo ($\beta = 0.24$, $EE = 0.18$, $p = .188$). Este modelo explicó un 1% de la varianza ($F(2, 1040) = 6.97$, $p < .001$, $R^2_{Ajustado} = .01$).

En la segunda etapa, la edad mantuvo su papel predictor ($\beta = -0.05$, $EE = 0.02$, $p < .05$), pero las variables psicológicas añadidas (rumiación, ansiedad y soledad) no mostraron significación por sí solas ($F(5, 1037) = 5.08$, $p < .001$; $R^2_{Ajustado} = .02$). Sin embargo, al añadir las variables conductuales en la tercera etapa (consumo diario de alcohol, tabaco y sustancias; cumplimiento de normas

y días de aislamiento), la ansiedad emergió como predictor positivo de la frecuencia de embriaguez ($\beta = 0.16$, $EE = 0.07$, $p < .05$). Además, las variables conductuales también demostraron su poder explicativo. El consumo diario de alcohol ($\beta = 0.94$, $EE = 0.11$, $p < .001$), el consumo de sustancias ($\beta = 9.51$, $EE = 0.21$, $p < .001$) y Tabaco ($\beta = 0.23$, $EE = 0.04$, $p < .001$) aparecieron como predictores considerables, mientras que el cumplimiento de normas de confinamiento, se asoció con una menor frecuencia de embriaguez ($\beta = -1.18$, $EE = 0.26$, $p < .001$). En este modelo, la ansiedad continuó siendo significativa ($\beta = 0.16$, $EE = 0.07$, $p < .001$), confirmando su relación con la embriaguez. El modelo fue capaz de explicar el 22% de la variabilidad en las horas de embriaguez semanal de la muestra ($F(10, 1032) = 30.07$, $p < .001$; $R^2_{Ajustado} = .22$).



Para garantizar la estabilidad de los coeficientes, se realizó un remuestreo con bootstrapping (5000 muestras), cuyo resultado alcanzó a explicar un 23% % de la variación en las horas de embriaguez semanal de los participantes, a través de la edad ($\beta = -0.07$, $EE = 0.02$, $IC\ 95\% [-0.1, -0.04]$, $p < .001$) y el cumplimiento de normas ($\beta = -1.22$, $EE = 0.49$, $IC\ 95\% [-2.14, -0.3]$, $p < .001$) como factores de protección; y los síntomas

de ansiedad ($\beta = 0.24$, $EE = 0.09$, $IC\ 95\% [0.08, 0.41]$, $p < .001$), el consumo diario de alcohol ($\beta = 1.12$, $EE = 0.19$, $IC\ 95\% [0.77; 1.49]$, $p < .001$) y de sustancias ($\beta = 8.69$, $EE = 2.67$, $IC\ 95\% [3.67, 14.01]$, $p < .001$), como factores de riesgo para la tendencia a embriagarse ($F(7,1041) = 45.61$, $p < .001$; $R^2_{Ajustado} = .23$). Según los umbrales de Cohen (1992), esto sugiere un tamaño moderado para el modelo ($r > .30$).

Tabla 4. Regresión lineal jerárquica

Modelo	Predictor	β	EE	t	F/ R ² Adj.
Etapa 1	Edad	-0.06	0.02	-3.218***	6.97***/.01
	Número personas hogar	0.24	0.18	1.319	
Etapa 2	Edad	-0.05	0.02	-2.508*	5.08***/.02
	Número personas hogar	0.23	0.18	1.293	
	BSRI - Rumiación	0.02	0.01	1.804	
	DASS - Ansiedad	0.09	0.08	1.155	
	Soledad	0.07	0.10	0.655	
	Edad	-0.05	0.02	-3.035**	
Etapa 3	Número personas hogar	0.37	0.16	2.276	30.07***/.22
	BSRI - Rumiación	0.01	0.01	1.447	
	DASS - Ansiedad	0.16	0.07	2.117*	
	Soledad	0.07	0.09	0.717	
	Consumo diario de alcohol	0.94	0.11	8.251***	
	Consumo diario de tabaco	0.23	0.04	6.293***	
	Consumo de sustancias	9.51	1.28	7.424***	
	Cumplimiento normas	-1.18	0.26	-4.619***	
	Días aislamiento total	-0.001	0.001	-0.997	
Bootstrapping (5000 muestras)				IC 95%	
Modelo Final (N= 1043)	(Constante)	7.42	1.95	[3.56, 11.27]***	45.61***/.23
	Edad	-0.07	0.02	[-0.1, -0.04]***	
	DASS - Ansiedad	0.24	0.09	[0.08, 0.41]**	
	Consumo diario de alcohol	1.12	0.19	[0.77, 1.49]***	
	Consumo de sustancias	8.69	2.67	[3.67, 14.01]**	
	Cumplimiento normas	-1.22	0.49	[-2.14, -0.3]**	

Nota. EE = Error Estándar, IC 95%: Intervalo de confianza al 95%, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$.



4. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio confirman la influencia de diversos factores psicoemocionales, sociodemográficos, conductuales y contextuales en los patrones de consumo de alcohol durante el confinamiento por COVID-19. Entre los factores psicológicos, la ansiedad se identificó como un predictor significativo del consumo de alcohol y la rumiación mostró una asociación positiva con la embriaguez. La soledad también presentó asociaciones positivas con el consumo de alcohol y tabaco. Desde una perspectiva sociodemográfica, la edad se reveló como un factor clave, con un mayor consumo de alcohol entre los adultos jóvenes. A nivel contextual, la disponibilidad de espacios exteriores se asoció con una menor frecuencia de embriaguez. Finalmente, el cumplimiento de normas de confinamiento emergió como un factor protector.

Factores psicoemocionales y su impacto en el consumo de alcohol

Uno de los hallazgos relevantes de este estudio es la relación positiva entre ansiedad y consumo de alcohol. A partir del análisis de regresión lineal jerárquica, se observa que la ansiedad es un predictor significativo del consumo de alcohol, sugiriendo que niveles elevados de ansiedad podrían haber llevado a un mayor consumo como una estrategia de afrontamiento. Los análisis de correlación respaldan esta asociación, mostrando una correlación positiva entre ansiedad y frecuencia de embriaguez, así como entre ansiedad y consumo diario de alcohol. La relación entre ansiedad y consumo de alcohol ha sido ampliamente documentada en la literatura, señalando que las personas con

niveles elevados de ansiedad tienden a consumir alcohol de manera más frecuente y en mayores cantidades, posiblemente como una forma de regular su malestar emocional (Kuntsche et al., 2017; Lechner et al., 2020). Este hallazgo es consistente con la hipótesis de la automedicación, que postula que las personas recurren al alcohol para aliviar los síntomas de estrés y ansiedad (Khantzian, 1997; Turner et al., 2018).

Asimismo, la rumiación también muestra una correlación positiva con la embriaguez, lo que sugiere que este patrón cognitivo negativo podría haber influido en la adopción de conductas problemáticas de consumo. La rumiación implica pensamientos repetitivos sobre experiencias estresantes o emociones negativas y se ha asociado con un mayor riesgo de abuso de sustancias (Nolen-Hoeksema, 2008). Investigaciones previas han encontrado que las personas con alta tendencia a la rumiación pueden utilizar el alcohol para suprimir pensamientos intrusivos y reducir el malestar emocional como la ansiedad, lo que refuerza la relación entre rumiación y consumo problemático de alcohol (Sorid et al., 2021; Wardell et al., 2020).

Algo similar sucede con la soledad, mostrando correlaciones positivas con el consumo de alcohol, tabaco y variables psicológicas como la ansiedad y la rumiación. Aunque esta variable está relacionada, en el modelo predictivo final no emerge como un predictor significativo del consumo de alcohol, lo que sugiere que su impacto podría estar mediado por otros factores. Sin embargo, la relación observada en los análisis iniciales indica que las personas con mayores niveles de soledad tienden a presentar un consumo más frecuente de sustancias y una mayor vulnerabilidad psicológica, posiblemente de-



bido a su impacto negativo en el bienestar emocional y la falta de apoyo social percibido (Colin Corral et al., 2024; Bragard et al., 2022).

Factores sociodemográficos y contextuales y su relación con el consumo de alcohol

Entre los factores sociodemográficos analizados, la edad emergió como un predictor clave del consumo de alcohol durante el confinamiento, mostrando una relación inversa con la frecuencia de consumo. En particular, los adultos jóvenes fueron el grupo más propenso a incrementar su ingesta de alcohol en este período, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad psicológica y conductual. Este grupo poblacional pudo haber experimentado niveles más elevados de estrés y ansiedad debido a la interrupción de sus rutinas sociales y académicas, lo que habría favorecido el uso del alcohol como estrategia de afrontamiento. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han señalado una mayor susceptibilidad de la población joven a experimentar estrés y ansiedad durante crisis sanitarias, lo que podría traducirse en un aumento del consumo de alcohol (Neumann et al., 2021).

Por otro lado, en nuestro estudio no se observaron diferencias significativas entre géneros en la frecuencia de episodios de embriaguez, lo que sugiere que tanto hombres como mujeres experimentaron modificaciones en sus patrones de consumo de manera similar. Tradicionalmente, las mujeres han tendido a consumir menos alcohol que los hombres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), el 52% de los hombres eran bebedores habituales, mientras

que solo el 35% de las mujeres habían consumido alcohol en el último año. Sin embargo, estudios recientes han documentado un incremento en el consumo de alcohol en mujeres durante la pandemia, pasando del 33.5% en 2018 al 42.5% en 2020, mientras que en los hombres no se observaron cambios significativos en el mismo período (Barrera-Núñez et al., 2022). Estos resultados sugieren que, en contextos de confinamiento y estrés prolongado, las diferencias de género en el consumo de alcohol pueden atenuarse, reflejando patrones de consumo más homogéneos entre hombres y mujeres. También se ha documentado un aumento importante en el consumo de alcohol en el hogar de las mujeres en los últimos años en estudios de diferentes países (Canfield et al., 2020; Foster y Canfield, 2016).

Otro aspecto contextual fue la disponibilidad de espacios exteriores. La comparación entre grupos sugiere que el acceso a áreas abiertas correlacionó negativamente con la frecuencia de embriaguez en la muestra estudiada, lo que podría sugerir que aquellas personas con acceso a entornos al aire libre pudieron haber experimentado niveles más bajos de estrés durante el confinamiento. Este resultado es consistente con estudios previos que han señalado que el contacto con la naturaleza y la posibilidad de realizar actividades al aire libre pueden reducir el malestar y el estrés (Bratman et al., 2015) y, consecuentemente, disminuir el uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento. No obstante, el tamaño de las diferencias es pequeño en la muestra de estudio, por lo que sería recomendable tomar en cuenta otras variables contextuales como el número de personas en el hogar, cuya relación con las conductas de consumo



es también significativa. De hecho, el hacinamiento se ha visto relacionado en estudios previos como el de Riva et al., (2014) con mayor riesgo de enfermedad mental.

Factores conductuales y su impacto en el consumo de alcohol

El comportamiento individual durante el confinamiento parece desempeñar un papel importante en la regulación del consumo de alcohol. Entre los factores analizados, el cumplimiento de las normas de confinamiento muestra una relación inversa con la frecuencia de embriaguez, lo que sugiere que las personas que siguen más estrictamente las restricciones tienden a consumir menos alcohol. Este hallazgo podría indicar que ciertos rasgos relacionados con la autorregulación y la responsabilidad social influyen también en la gestión del consumo de sustancias. Investigaciones previas han señalado que el cumplimiento de normas sanitarias está vinculado a una mayor conciencia sobre la salud y una menor propensión a comportamientos de riesgo, incluyendo el consumo de alcohol y tabaco (Abdelrahman, 2020; Duradoni et al., 2021).

Por otro lado, se observa una relación entre consumo de alcohol y tabaquismo, lo que sugiere que las personas que beben con mayor frecuencia tienden a fumar más. Esta asociación podría explicarse por mecanismos compartidos tanto a nivel neurobiológico como conductual o, incluso, por la influencia de factores sociales que facilitan el uso conjunto de ambas sustancias. Estudios previos han evidenciado que el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de fumar debido a la activación de circuitos de recompensa compartidos en el cerebro, así

como a la desinhibición conductual que favorece la combinación de ambas sustancias (McKee & Weinberger, 2013). Además, se ha documentado que, durante periodos de estrés prolongado como el confinamiento, los patrones de consumo de múltiples sustancias pueden intensificarse, reforzando la asociación entre uso de alcohol y tabaco (Barrera-Núñez et al., 2022).

En cuanto al aislamiento, en un primer análisis se detecta una relación positiva entre el número de días en aislamiento total y la frecuencia de embriaguez, lo que podría indicar que pasar más tiempo en soledad contribuye a un mayor consumo de alcohol. No obstante, este efecto se atenúa cuando se consideran otras variables, como el cumplimiento de normas o la ansiedad, lo que sugiere que el impacto del aislamiento en el consumo de alcohol podría depender de la manera en que cada persona afronta el malestar psicológico asociado a esta situación. Investigaciones previas han encontrado que el aislamiento prolongado se asocia con un mayor consumo de alcohol, pero este efecto varía en función de factores individuales, como el nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento utilizadas (Stickle et al., 2013; Wootton et al., 2020).

5.CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio resaltan la complejidad de los factores que influyeron en el consumo de alcohol durante el confinamiento por COVID-19, evidenciando la interacción entre variables psicoemocionales, sociodemográficas, contextuales y conductuales. La ansiedad y el consumo diario de alcohol y otras sustancias, emergieron como factores de riesgo significativos, mientras que



la edad y el cumplimiento de normas actuaron como factores de protección. En particular, los adultos jóvenes fueron más propensos a incrementar su ingesta de alcohol, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad psicológica y la necesidad de intervenciones focalizadas en este grupo. Además, la relación entre la frecuencia de embriaguez y el cumplimiento de normas de confinamiento sugiere que estrategias de regulación del comportamiento pueden ser útiles para mitigar el consumo excesivo en situaciones de crisis.

En menor medida, pero también notables, fueron las relaciones entre la embriaguez y otras variables psicológicas como la rumiación, los síntomas depresivos y los sentimientos de soledad, cuyo incremento provocó un aumento en la tendencia a la embriaguez. Así como variables contextuales como el número de personas en el hogar, que mitigó esta tendencia, o los días de aislamiento, que podría incrementarla. Sin embargo, estas relaciones fueron de tamaño pequeño, por lo que debería profundizarse la investigación en su posible interacción con otras variables psicológicas con las que sí muestran alta correlación.

Así, estos hallazgos destacan la influencia de diversos factores de variada naturaleza sobre el consumo de alcohol durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19, subrayando cómo situaciones de crisis sanitaria pueden desencadenar cambios en la salud mental y en los patrones de consumo de sustancias. En este sentido, la reciente detección del metapneumovirus humano (HMPV) en China plantea un nuevo desafío sanitario con potenciales repercusiones similares. Dado que el HMPV es un virus respiratorio que puede afectar gravemente a poblaciones vulnerables, su propagación podría derivar

en nuevas medidas restrictivas o, al menos, en un aumento del estrés social y psicológico. Como ocurrió con la pandemia de COVID-19, la incertidumbre, el miedo a la enfermedad y el aislamiento social podrían incrementar los niveles de ansiedad y depresión, factores estrechamente relacionados con el consumo problemático de alcohol como estrategia de afrontamiento.

En conjunto, estos hallazgos adquieren relevancia en el contexto actual, subrayando la importancia de anticipar posibles cambios en los hábitos de consumo de alcohol en futuras crisis sanitarias, lo que puede servir de base para el diseño de estrategias de prevención e intervención que integren el bienestar emocional, el contexto social y los hábitos de consumo para reducir la vulnerabilidad. Aún con todo, mayor investigación es necesaria para detectar otros posibles factores psicoemocionales sociodemográficos, contextuales o conductuales, que puedan explicar en mayor medida la tendencia al uso potencialmente problemático del alcohol en situaciones de confinamiento y crisis sanitaria.

6. REFERENCIAS

- Abdelrahman, M. (2022). Personality Traits, Risk Perception, and Protective Behaviors of Arab Residents of Qatar During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 237–248. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00352-7>
- Bados, A., Solanas, A. & Andrés, R. (2005) Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679–683.



- Barrera-Núñez, D. A., Rengifo-Reina, H. A., López-Olmedo, N., Barrientos-Gutiérrez, T., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2022). Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de COVID-19: Ensanut 2018 y 2020. *Salud Pública de México*, 64(2), 137-147. <https://doi.org/10.21149/12846>
- Bragard, E., Giorgi, S., Juneau, P., & Curtis, B. L. (2022). Loneliness and daily alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Alcohol and Alcoholism*, 57(2), 198-202. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agab056>
- Bratman, G.N., Hamilton, J.P., Hahn, K.S., Daily, G.C., Gross, J.J. (2015). Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 112(28), 8567-8572. <https://doi.org/10.1073/pnas.1510459112>
- Canfield, M., Chandler, V., Foster, J.H. (2021). Home drinking in women over 30 years of age. Findings from an internet survey in England. *Journal of Substance Use*, 26(4), 376-382. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1838638>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Colin Corral, S., Veytia Lopez, M., Guadarrama-Guadarrama, R., & Monroy-Velasco, I. R. (2024). El efecto de las respuestas rumiativas en síntomas de depresión en estudiantes universitarios al término del confinamiento por COVID-19. *Psicumex*, 14(1), 1-17. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v14i1.633>
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- Duradoni, M., Fiorenza, M., & Guazzini, A. (2021). When Italians Follow the Rules against COVID Infection: A Psychological Profile for Compliance. *COVID 2021*, 1(1), 246-262. <https://doi.org/10.3390/covid1010020>
- Foster, J. H., Canfield, M. (2017). Predictors of hazardous drinking among home drinkers. *Journal of Substance Use*, 22(6), 637-642. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1296040>
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000 Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- Khamis, A. A., Salleh, S. Z., Ab Karim, M. S., Mohd Rom, N. A., Janasekaran, S., Idris, A., & Abd Rashid, R. B. (2022). Alcohol Consumption Patterns: A Systematic Review of Demographic and Sociocultural Influencing Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8103. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138103>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* 4(5), 231-44. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>



- Kuntsche, E., Kuntsche, S., Thrul, J., & Gmel, G. (2017). Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 32(8), 976-1017. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325889>
- 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*, 110, 106527. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106527>
- Lee, J., Lee, E. H., Moon, S. H. (2019). Systematic review of the measurement properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 by applying updated COSMIN methodology. *Quality of Life Research*, 28, 2325-2339. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02177-x>
- Lima, C., Carvalho, P., Lima, I., Nunes, J., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C., & Neto, M. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
- Llorens, N., Brime, B. y Molina, M. (2021). Impacto COVID-19 en el consumo de sustancias y comportamientos con potencial adictivo: Encuesta del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202112198.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21, DASS-42)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Maharaj, S., Kleczkowski A. (2012). Controlling epidemic spread by social distancing: do it well or not at all. *BMC Public Health*, 20, 679. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-679>
- Marchetti, I., Mor, N., Chiorri, C., & Koster, E. H. W. (2018). The Brief State Rumination Inventory (BSRI): Validation and psychometric evaluation. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 447-460. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9901-1>
- McKee, S. A., Weinberger, A. H. (2013). How can we use our knowledge of alcohol-tobacco interactions to reduce alcohol use? *Annual Review of Clinical Psychology*, 9. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185549>
- Neumann, C., Cancino, I., Salfate, C., Sandoval, J. Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los niños/as y adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia*, 4(2), 53-8. <https://doi.org/10.52611/confluencia.num2.2021.671>
- Nolen-Hoeksema, S. (2003). The Response Styles Theory. In *Depressive Rumination* (eds C. Papageorgiou and A. Wells). <https://doi.org/10.1002/9780470713853.ch6>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA]. (2020). *Informe 2020*.



- Alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline--covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
- Riva, M., Larsen, C. V., Bjerregaard, P. (2014). Household crowding and psychosocial health among Inuit in Greenland. *International Journal of Public Health*, 59(5), 739-48. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0599-x>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. & Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (Covid-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3623949>
- Sorid, S. D., Wedell, E., Herchenroeder, L., & Bravo, A. J. (2021). Anxiety symptoms and alcohol-related problems among college students: A moderated-mediation model of rumination and emotion dysregulation. *Substance Use & Misuse*, 56(4), 471-478. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1879146>
- Stickley, A., Koyanagi, A., Roberts, B., Richardson, E., Abbott, P., Tumanov, S., McKee, (2013). M. Loneliness: its correlates and association with health behaviours and outcomes in nine countries of the former Soviet Union. *PLOS One*, 8(7), e67978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067978>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F., Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137-144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: a narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*, 35, 851-860. <https://doi.org/10.1002/da.22771>
- Wardell, J. D., Kempe, T., Rapinda, K. K., Single, A., Bilevicius, E., Frohlich, J. R., Hendershot, C. S., & Keough, M. T. (2020). Drinking to cope during COVID-19 pandemic: The role of external and internal factors in coping motive pathways to alcohol use, solitary drinking, and alcohol problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 44(10), 2073-2083. <https://doi.org/10.1111/acer.14425>
- Wootton, R. E., Greenstone, H. S. R., Abdellaoui, A., Denys, D., Verweij, K. J. H., Munafò, M. R., Treur, J. L. (2021). Bidirectional effects between loneliness, smoking and alcohol use: evidence from a Mendelian randomization study. *Addiction*, 116(2), 400-406. <https://doi.org/10.1111/add.15142>