



**Universidad  
Europea** MADRID

# Ansiedad y consumo de sustancias durante la pandemia del COVID-19

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

Autor/a. Pedro Hidalgo Sánchez  
Andrea Alvarez San Millan

Tutor/a.

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2022

# Índice

Resumen/abstract.....	3
1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	11
3. Metodología.....	12
- 3.1.Diseño.....	12
- 3.2.Muestra.....	12
- 3.3.Instrumentos y/o materiales.....	13
- 3.4.Procedimiento.....	16
- 3.5. Análisis estadístico.....	17
4. Resultados.....	18
5. Discusión.....	24
6. Referencias bibliográficas.....	31
7. Anexo.....	35

## Resumen

España ha sido uno de los países que más se ha visto afectado por la pandemia del COVID-19. El presente trabajo trata de analizar cómo la ansiedad se relaciona con la frecuencia y deseo de consumo de sustancias durante y después de la época de confinamiento por COVID-19. La muestra consta de 100 personas de entre 20 y 40 años. Es un estudio de carácter observacional, descriptivo y retrospectivo. El objetivo del estudio es demostrar que existe una relación entre la ansiedad y la frecuencia y deseo de consumo de sustancias y observar cómo es esta relación en hombres y mujeres. Para ello hemos utilizado el cuestionario STAI para ansiedad y el cuestionario ASSIST para consumo de sustancias. Los resultados afirman que existe una relación entre la frecuencia de consumo y la ansiedad después del confinamiento y que existe una relación entre el deseo de consumo y la ansiedad durante y después del confinamiento. Además, se ha observado que el deseo de consumo de sustancias se relaciona con la ansiedad más en hombres que en mujeres, pero la frecuencia de consumo por ansiedad se relaciona más en mujeres que en hombres. Como conclusión, podemos observar que el impacto de la pandemia ha causado un aumento del deseo y la frecuencia de consumo de sustancias los cuales pueden estar relacionados con los elevados niveles de ansiedad durante el periodo de confinamiento.

Palabras clave: ansiedad, COVID-19, deseo de consumo, frecuencia de consumo, hombres, mujeres.

**Abstract.**

Spain has been one of the countries most affected by the COVID-19 pandemic. The present work tries to analyze how anxiety is related to the frequency and desire to consume substances during and after the COVID-19 confinement period. The sample consists of 100 people between 20 and 40 years of age. It is an observational, descriptive and retrospective study. The aim of the study is to demonstrate that there is a relationship between anxiety and the frequency and desire to consume substances and to observe how this relationship is in men and women. For this purpose we have used the STAI questionnaire for anxiety and the ASSIST questionnaire for substance use. The results affirm that there is a relationship between frequency of use and anxiety after confinement and that there is a relationship between craving and anxiety during and after confinement. In addition, it has been observed that craving is related to anxiety more in men than in women, but the frequency of consumption due to anxiety is related more in women than in men. In conclusion, we can observe that the impact of the pandemic has caused an increase in craving and frequency of substance use which may be related to elevated levels of anxiety during the period of confinement.

Key words: anxiety, COVID-19, craving, frequency of consumption, men, women.

## **1. Introducción.**

España ha sido uno de los países que más se ha visto afectado por el COVID-19 tanto por el número de fallecidos e infectados como por la gestión de recursos sanitarios y el aislamiento generado por la cuarentena (Sandín et al., 2020).

La pandemia, ha supuesto un impacto significativo en la vida familiar e individual de millones de personas, desde situaciones más tangibles como la vida laboral a efectos más subjetivos como la presencia de altos niveles de ansiedad y estrés (Arancibia y Rojo, 2021). A este respecto, un estudio realizado por Cedeño et al. (2020) afirma que este periodo resultó en una serie de emociones y sentimientos ligados a este evento. Por una parte, detectaron miedo y ansiedad por la aparición de una enfermedad nueva y lo que ésta podría generar, soledad, por culpa del distanciamiento social y una crisis a nivel de empleo y desempleo y dificultades económicas que, en las personas con alto nivel de ansiedad, pudo generar un desbordamiento ante tanta incertidumbre. También, hay que mencionar que el hecho de que la salud propia o la salud de algún familiar se vea afectada, generó ansiedad, miedo, tristeza, impaciencia y enfado, entre otras emociones (Cedeño et al., 2020).

La crisis generada por el COVID-19 ha supuesto un cúmulo de alteraciones psicológicas por el miedo a la muerte y a la propia enfermedad (Díaz y Lesmes, 2020). Un estudio realizado por Andin et al. (2021) sitúa a la pandemia y todos los factores relacionados como un generador de estrés psicosocial. Además, Díaz y Lesmes (2020) afirman que el confinamiento ha traído consigo cambios en los estilos de vida que han supuesto problemas como el temor a la soledad, descenso de los ingresos económicos e impotencia por la no protección de los familiares cercanos. El miedo y la ansiedad son dos estados negativos que tienden a estar relacionados (Nicolini, 2020). El miedo es más específico y desaparece cuando la persona ya no detecta el

peligro. Sin embargo, en la ansiedad es más difícil encontrar la causa, por lo que se mantiene en el tiempo dado que es una reacción parecida al miedo, pero sin saber cuál es el evento específico. Con respecto a la ansiedad se manifiesta en las personas a través de tres sistemas conductuales: cognitivo, motor y fisiológico (Cano-Vindel et al., 1994). A nivel cognitivo tenemos la aparición de sentimientos como preocupación, miedo o tensión, que pueden ir acompañados de falta de control en la expresión corporal o en los pensamientos. A nivel fisiológico aparecen sudoración, respiración acelerada o aumento del ritmo cardiaco, entre otras. A nivel motor podemos encontrarnos con repetición de movimientos y respuestas de evitación entre otras. Cuando hablamos de estrés, nos referimos a las situaciones que exigen una demanda fuerte al sujeto o bien a las reacciones que el sujeto manifiesta ante tales situaciones. Desde el punto de vista psicológico, el estrés puede generar respuestas en los tres sistemas parecidos a la ansiedad, aunque también se relaciona con emociones como la ira o la hostilidad (Cano-Vindel et al., 1994).

Nicolini (2020) afirma que el impacto del COVID-19 ha generado un aumento de diagnósticos de ansiedad a nivel general. Un estudio realizado por Sandín et al. (2020) afirma que la ansiedad durante la cuarentena está principalmente ligada al colapso sanitario, la salud de los familiares, problemas de ingresos y laborales, el virus a nivel mundial y las consecuencias que este ha generado a nivel social y económico. También Díaz y Lesmes (2020) afirman que el aislamiento social producido por la cuarentena es una causa común de estrés crónico en la población. Factores como la letalidad del virus, lo impredecible de la situación, la falta de información, el colapso sanitario, los problemas laborales y la salud de los familiares pueden asociarse con la ansiedad y el estrés (Andin et al., 2021). Además, Andin et al. (2021) afirma que el perfil emocional asociado al COVID-19 presenta síntomas asociados al estrés, ansiedad,

problemas de sueño, desesperanza, nerviosismo e inquietud. También afirma que el confinamiento ha generado un incremento general de los niveles de depresión, ansiedad y otras manifestaciones emocionales. En términos generales podríamos hablar de distrés en cuanto a las emociones generadas durante la pandemia. Cabe destacar que Andin et al. (2021) ha utilizado la escala EDE (escala de distrés emocional) en población española. En los resultados se puede observar que las respuestas al cuestionario de elevada frecuencia como “muchas veces” o “siempre o casi siempre” son muy altas en cuanto al malestar emocional sufrido durante la pandemia.

La pandemia de COVID-19 ha derivado en muchos problemas de índole psicológica siendo el abuso de sustancias, la ansiedad y el miedo varios de ellos (Díaz y Lesmes, 2020). Durante la pandemia, se ha experimentado un confinamiento de duración aproximada de 3 meses y medio. Esto, obligó a la población a mantenerse aislada. Esta situación pudo considerarse como una experiencia traumática en la que se experimentaron sentimientos como abandono, aburrimiento y soledad degenerando estos sentimientos en un aumento del consumo de sustancias (Droit-Volet et al., 2020). García-Álvarez et al. (2020) afirma que la depresión y la ansiedad ayudan a aumentar la realización de comportamientos no saludables como el consumo de sustancias. Dicho consumo ha podido verse afectado durante esta época por las restricciones de movilidad que alejaban a las personas de su red social o de posibles tratamientos previos por trastornos de consumo de sustancias (Pascale, 2020). Al principio de la pandemia hubo una relación alta entre el consumo de alcohol y la aparición de estrés, por la incertidumbre que generó el virus del COVID-19. Se pudo observar que el consumo de alcohol aumentó durante las primeras semanas de la pandemia debido al estrés (Chauvin y Lenin, 2021). También, hay que comentar que los sentimientos de aislamiento y soledad pueden afectar de manera directa a

fomentar conductas no saludables como falta de ejercicio físico, malas dietas y consumo de sustancias (Arancibia y Rojo, 2021). Además, el distanciamiento social, según Pascale (2020) ha aumentado los sentimientos de miedo e incertidumbre por el futuro. También podemos hablar de depresión y ansiedad. Todos estos factores empeoran de manera directa en el consumo de sustancias (Pascale, 2020). Un estudio realizado por Cano-Vindel et al. (1994) afirma que, aunque a priori el consumo de sustancias puede remediar la sintomatología mencionada anteriormente, a largo plazo el consumo puede aumentar con el fin de conseguir los mismos efectos agradables o puede generar más ansiedad en el momento en el que el sujeto no tenga acceso a dichas sustancias. Podríamos decir que hay un aumento tanto de la necesidad de consumir como de la ansiedad que se intenta evitar. La ansiedad puede desarrollar un consumo de sustancias, pero el consumo y la abstinencia desarrollan altos niveles de ansiedad. (Cano-Vindel et al., 1994).

En el contexto de la pandemia Arancibia y Rojo (2021) observaron un incremento del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias a nivel general en la población ya sea por búsqueda de distracción o evitación o bien por una clara asociación con la sintomatología ansiosa y la apatía. Este hecho se ve apoyado por Villanueva et al. (2021) cuando señala que el confinamiento domiciliario y las medidas sanitarias que se tomaron durante el mismo desencadenaron un aumento de consumo de sustancias y un deterioro de la salud mental a nivel general. Además, Llorens et al. (2021) afirma que la situación generada por el confinamiento ha podido convertirse en un factor de riesgo en grupos de población determinados, aumentando el consumo de sustancias de estos con el objetivo de paliar las sensaciones de ansiedad o estrés mencionadas anteriormente. También hay que comentar que el consumo de sustancias podría ser utilizado por la población para minimizar las respuestas de depresión, ansiedad o estrés

generados a causa del confinamiento, sobre todo en grupos vulnerables que tuviesen un consumo problemático previo (Villanueva et al., 2021). Durante el periodo de cuarentena hubo un aumento de población que empezó a consumir alcohol durante dicho periodo y se observó mayoritariamente en la frecuencia de consumo y, en menor medida, en la cantidad consumida (Llorens et al., 2021). El consumo de marihuana, alcohol y tabaco suelen ocurrir de manera conjunta (García-Álvarez et al., 2020). En el caso del alcohol, se ha observado que el uso suele estar relacionado con eventos postraumáticos y con sintomatología depresiva (García-Álvarez et al., 2020). En concreto García-Álvarez et al. (2020) afirma que un mayor contagio del virus y por consiguiente un mayor aislamiento se han detectado como dos factores de riesgo en el consumo de alcohol. Durante la pandemia del Covid-19 ha existido una amenaza real y directa que ha generado miedo por la mortalidad que la pandemia ha traído consigo. Este miedo ha supuesto la causa primaria de ansiedad que la población ha experimentado (Tomás-Sábado, 2020). La ansiedad supone un problema no sólo por el elevado índice de sintomatología ansiosa, sino porque la ansiedad es un factor de riesgo que puede provocar el desarrollo de otras patologías como el trastorno por consumo de sustancias (Vindel y Collado, 2003).

Según el estudio de Llorens et al. (2021) alrededor del 1,2% de la población ha empezado a consumir tabaco durante la pandemia. También, un 5,7% de los consumidores de tabaco han aumentado su consumo durante la pandemia. García-Álvarez et al. (2020) afirma que el consumo de tabaco aumenta cuando hay presencia de estresores ambientales. Llorens et al. (2021) reflejó en su estudio que el consumo de hipnosedantes ha aumentado de manera significativa siendo el 3,1% de la población quienes los consumían durante la pandemia. En relación a los opiáceos, el estudio reflejó que el 1,3% de la población consumió antes y durante la pandemia medicamentos sin receta como el tramadol o el fentanilo. Con respecto al cannabis, se ha podido observar que el

1,2% de los encuestados refieren un consumo de riesgo, dato que aumentó un 19% durante la pandemia. Por último, respecto a la cocaína el 0,3% de los encuestados iniciaron o aumentó su consumo (Llorens et al., 2021).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, un estudio realizado por Zamora et al. (2005) afirma que sí que hay diferencias de género en cuanto al consumo de sustancias. En particular este estudio afirma que algunas de estas diferencias son que las mujeres que consumen tienden a aislarse más socialmente que los hombres. Además, las mujeres consumidoras suelen tener mayor facilidad a la hora de expresar emociones y suelen tener menos problemas con la justicia que los hombres y también las mujeres suelen presentar más dependencia relacional, mayores índices de maltrato y menor capacidad de autonomía (Zamora et al., 2005). Esto se apoya en un estudio realizado por Sandín et al. (2020) en el que podemos observar que las puntuaciones más altas medidas en emociones durante el confinamiento corresponden a preocupación y desesperanza siendo igual en hombres y en mujeres. Se pueden apreciar diferencias significativas en las puntuaciones en mujeres dado que son más elevadas en todas las emociones medidas con lo cual se deduce que las mujeres han tenido mayor vulnerabilidad emocional durante el confinamiento que los hombres (Sandín et al., 2020). Además, Villanueva et al. (2021) afirma que antes de la pandemia y durante el confinamiento la prevalencia de consumo de alcohol es mayor en mujeres que en hombres, pero, los hombres tienen puntuaciones medias más elevadas que las mujeres por lo que el patrón de consumo de alcohol diario es superior al de las mujeres.

Distintos estudios afirman que el consumo excesivo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres (Llorens et al., 2021; Rivera-Rivera et al., 2021). Según Llorens et al. (2021) el consumo de riesgo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres, pero el consumo de alcohol

en mujeres menores de 25 años es mayor que el de los hombres. También, refleja que hay un aumento de consumo de hipnosedantes siendo un 4% en mujeres y un 2,1% en hombres (Llorens et al, 2021). Además, Rivera-Rivera et al. (2021) observó un mayor consumo en las personas que estaban obligadas a salir a trabajar durante la pandemia, en personas que vivían con dos o más personas en edad escolar y que tenían una condición de bienestar elevado. También se observó que la prevalencia es la misma independientemente de si son personas casadas, divorciadas, viudas o separadas. En particular, los hombres que compartían hogar con al menos una persona en edad escolar tienen mayor riesgo de consumo excesivo de alcohol, mientras que en las mujeres aumenta si conviven con dos o más personas en edad escolar, además las mujeres con un nivel socioeconómico elevado tienen mayor probabilidad de desarrollar un consumo excesivo de alcohol durante la pandemia (Rivera-Rivera et al., 2021). El estudio realizado por Rivera-Rivera et al. (2021) refiere que los factores de sexo, edad, situación laboral y presencia de personas en edad escolar durante la pandemia aumentan la probabilidad de desarrollar un consumo excesivo de alcohol.

## **2. Objetivos.**

Una vez revisada la literatura, este trabajo trata de analizar cómo la ansiedad se relaciona con la frecuencia y deseo de consumo de sustancias en la población adulta durante la época de confinamiento por COVID-19. Además, comprobar si en cada sexo se relacionan de la misma manera. Para ello, vamos a:

- Observar si la ansiedad se correlaciona positivamente con un aumento en la frecuencia de consumo de sustancias durante y después del confinamiento provocado por el COVID-19.

- Observar si la ansiedad se correlaciona positivamente con un aumento del deseo de consumo de sustancias durante y después del confinamiento provocado por el COVID-19.
- Observar cómo se relacionan la frecuencia y el deseo de consumo de sustancias y la ansiedad en cada sexo.

Lo que esperamos conseguir con este trabajo es demostrar que hay relación entre la frecuencia y el deseo consumo de sustancias durante y después del confinamiento del COVID-19 y la ansiedad como rasgo de la personalidad y demostrar que se relacionan de distinta manera dependiendo del sexo.

### **3. Metodología.**

#### 3.1 Diseño.

En nuestro caso, el estudio que vamos a realizar es de carácter observacional puesto que no existe una intervención directa por parte nuestra y los datos reflejan la evolución natural de los eventos. Es de carácter descriptivo mediante una encuesta ya que no alteramos el entorno del que recogemos la muestra. Por último, es de carácter retrospectivo puesto que se pide al participante que responda sobre su situación actual, durante el confinamiento estricto y previo a ese confinamiento.

#### 3.2 Muestra.

La población que vamos a utilizar en este estudio son cincuenta varones y cincuenta mujeres elegidos aleatoriamente, con edades comprendidas entre 20 y 40 años de la Comunidad

de Madrid. En la selección de la muestra, no hubo ninguna persona que se identificase como género binario o que no se identificase con ningún sexo por lo que no se tuvo en cuenta. Se excluyeron menores como participantes. Todos los participantes se presentaron de manera voluntaria al estudio y no hubo ningún criterio extra de selección.

### 3.3 Instrumentos y/o materiales.

Los constructos que vamos a medir son consumo de sustancias y ansiedad, por lo que se elaboró un cuestionario mediante google forms que permitió medir estas dos variables. En el caso de la ansiedad utilizaremos el cuestionario STAI (Spielberger et al., 1982) . Respecto al consumo de sustancias utilizaremos el cuestionario ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias).

El cuestionario STAI está formado por dos escalas que miden dos constructos independientes, ansiedad como estado (A/E) y ansiedad como rasgo (A/R) (Anexo B). La medida de ansiedad estado (A/E) se caracteriza por evaluar sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como una actividad elevada del sistema nervioso autónomo. Puede variar la intensidad y puede cambiar con el tiempo. Este constructo evalúa el nivel de ansiedad de la persona en el momento en el que se administra el cuestionario. La ansiedad como rasgo (A/R) se refiere a la propensión ansiosa que tiene cada individuo y que diferencia a las personas a la hora de evaluar situaciones como amenazantes o no y por consiguiente que aumenten o no su ansiedad estado (A/E). Este constructo evalúa la medida general de ansiedad del individuo, como rasgo de personalidad. El cuestionario cuenta con dos escalas de 20 ítems cada una para A/E (Anexo B.1) y A/R (Anexo B.2) con escala Likert de 0 a 3, siendo 0 nada y 3 mucho.

Respecto al cuestionario ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias) ha sido elaborado por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. Según La Organización Mundial de la Salud, (2011) esta prueba se desarrolló para ser utilizada en atención primaria. El diseño del cuestionario es libre de influencias culturales, por lo que se puede utilizar en una amplia variedad de poblaciones. El cuestionario tiene como finalidad indicar el grado de riesgo de consumo para cada una de las sustancias que se evalúan. Las sustancias que se evalúan son: tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.), bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.), cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.), cocaína (coca, crack, etc.), estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.), inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.), sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.), alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc), opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc) y otras (dejando un espacio por si acaso se consume alguna que no se ha mencionado previamente). Las puntuaciones que se obtienen sirven para clasificar el nivel de riesgo de cada individuo en “bajo”, “moderado” o “alto”. El cuestionario consta de 8 preguntas (Anexo A).

- La pregunta 1 hace referencia a qué sustancias son las que el individuo consume (aunque solo se hayan consumido una vez en la vida) y tiene 2 opciones de respuesta “si” o “no”.
- La pregunta 2 hace referencia a la frecuencia de consumo de las sustancias señaladas en la pregunta 1 en los últimos 3 meses.
- La pregunta 3 hace referencia a la frecuencia del deseo o ansias de consumir la sustancia mencionada en la pregunta 2.

- La pregunta 4 hace referencia a la frecuencia con la que el consumo de sustancias mencionadas en las preguntas anteriores le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos.
- La pregunta 5 hace referencia a la frecuencia con la que el sujeto dejó de hacer lo que se esperaba de él por culpa del consumo de las sustancias mencionadas en las preguntas anteriores.
- La pregunta 6 hace referencia a si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo del individuo.
- La pregunta 7 hace referencia a si el individuo ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de las sustancias mencionadas anteriormente.
- La pregunta 8 hace referencia a si el individuo ha consumido alguna droga por vía inyectada. La pregunta 8 es un indicador de riesgo alto puesto que habla de “vía inyectada” a la hora de consumir y se asocia con una mayor probabilidad de sobredosis, VIH y hepatitis C. Durante la realización de este estudio no hemos utilizado esta pregunta.

Utilizando los cuestionarios mencionados previamente, hemos procedido a realizar una encuesta en google forms que nos ayude a recoger la frecuencia de consumo antes, durante y después del confinamiento y por otra parte la ansiedad rasgo y la ansiedad estado de cada individuo evaluado. El cuestionario consta de dos partes.

En primer lugar, la primera parte del cuestionario sirve para evaluar la frecuencia de consumo antes, durante y después del confinamiento. Hemos utilizado el cuestionario ASSIST; En este caso hemos utilizado 7 de las 8 preguntas dado que la pregunta 8 evalúa el riesgo del consumo y esto no nos interesa. En el caso de la pregunta 1 mantuvimos el “si” o “no”. En las

preguntas 2,3,4 y 5 cambiamos el sistema de puntuación de cada opción de respuesta, por una escala likert de 1 a 5 siendo 1 “nada” y 5 “diariamente o casi diariamente”. En las preguntas 6 y 7 cambiamos el sistema de puntuación de cada opción de respuesta, por una escala likert de 1 a 3, siendo 1 “no, nunca” 2 “si, en los últimos 3 meses” y 3 “si, pero no en los últimos 3 meses”. Por último, en la segunda parte del cuestionario utilizamos el cuestionario STAI, para medir ansiedad rasgo y ansiedad estado. En el caso de este cuestionario no hubo modificación.

### 3.4 Procedimiento.

La encuesta que realizamos en la plataforma de google forms estuvo disponible durante 11 días y recibimos 110 respuestas, de las cuales descartamos 10 por dos motivos; el primero es que había 5 sujetos que estaban fuera del rango de edad establecido y el segundo motivo fue para tener el mismo número de hombres que de mujeres. El cuestionario consta de 8 secciones.

- La primera sección es el consentimiento de manejo de datos. En esta sección informamos a los participantes el motivo del cuestionario, en qué consiste, para que se van a utilizar los datos y subapartados que hacen referencia a si han recibido suficiente información sobre el estudio y que la participación es voluntaria y pueden retirarse del estudio cuando quieran sin dar explicaciones.
- La segunda sección corresponde a datos sociodemográficos. Aquí, preguntamos sexo y edad.
- La tercera sección está formada por las preguntas 1 y 7 del cuestionario ASSIST.
- La cuarta sección constituye el bloque antes del confinamiento (antes de marzo de 2020) y está formado por las preguntas 2,3,4,5 y 6 del cuestionario ASSIST.

- La quinta sección constituye el bloque durante el confinamiento (durante el confinamiento estricto de los meses de marzo, abril y mayo de 2020) y está formado por las preguntas 2,3,4,5 y 6 del cuestionario ASSIST.
- La sexta sección constituye el bloque después del confinamiento (en los últimos 3 meses) y está formado por las preguntas 2,3,4,5 y 6 del cuestionario ASSIST.
- La séptima sección corresponde a los 20 ítems del cuestionario STAI para ansiedad estado (A/E).
- La octava sección corresponde a los 20 ítems del cuestionario STAI para ansiedad rasgo (A/R).

En el caso de las preguntas planteadas del cuestionario ASSIST, para este trabajo hemos utilizado las respuestas de las preguntas 2,3 del cuarto, quinto y sexto bloque para saber frecuencia y deseo de consumo antes, durante y después del periodo de confinamiento estricto. Descartamos las demás preguntas puesto que no nos aportan información sobre la frecuencia o el deseo. En el caso del STAI sólo nos interesa utilizar las puntuaciones de ansiedad rasgo (A/R) puesto que la ansiedad estado (A/E) no nos sirve teniendo en cuenta que las correlaciones las vamos a realizar con datos de hace varios años.

### 3.5 Análisis estadístico.

Una vez hecha la recogida de datos, utilizaremos el programa estadístico SPSS versión 28.0.1 para la obtención de los resultados.

En primer lugar debemos realizar un sumatorio de las puntuaciones individuales de cada sujeto para la frecuencia de consumo de sustancias antes, durante y después de la cuarentena y para el deseo de consumo de sustancias antes, durante y después de la cuarentena. Para ello

asignamos puntuaciones numéricas a las respuestas del cuestionario siendo; nunca=0, Una o dos veces=1, Mensualmente=2, Semanalmente=3 y Diariamente o casi diariamente=4. Una vez obtenidas estas 6 puntuaciones, debemos realizar una corrección del cuestionario STAI para obtener la puntuación total de cada sujeto en los constructos de ansiedad estado (A/E) y ansiedad rasgo (A/R).

Una vez obtenidos los sumatorios de frecuencia y deseo de consumo de todas las sustancias y las puntuaciones del STAI, procedemos a trasladar el Excel con las puntuaciones de los 100 participantes del estudio en el programa estadístico SPSS. En el programa utilizaremos la función de correlación bivariada con el coeficiente de correlación de Pearson para realizar correlaciones entre frecuencia de consumo de sustancias antes, durante y después de la cuarentena y la puntuación de ansiedad rasgo (A/R) de cada sujeto y deseo de consumo de sustancias antes, durante y después de la cuarentena y la puntuación de ansiedad rasgo (A/R) de cada sujeto. Por último, para comprobar la relación de los constructos en hombres y en mujeres hemos realizado el mismo proceso mencionado anteriormente, pero utilizando en cada caso únicamente los sumatorios de las puntuaciones de los sujetos masculinos y femeninos.

#### **4. Resultados.**

A continuación, presentamos los resultados obtenidos en SPSS para la correlación de los constructos mencionados en el apartado de análisis estadístico.

**Tabla 1. Correlación bivariada entre frecuencia de consumo de sustancias y ansiedad rasgo (A/R) antes, durante y después de la cuarentena.**

Correlación entre Frecuencia de consumo y (A/R)	Antes de la cuarentena	Durante la cuarentena	Después de la cuarentena
Correlación de Pearson	,122	,152	,303**
Significación bilateral	,225	,131	,002
Número de participantes	100	100	10

La tabla 1 nos presenta la correlación entre la frecuencia de consumo de sustancias y el constructo de ansiedad rasgo (A/R). En los resultados, podemos observar que en el periodo de antes de marzo de 2020 (antes de la cuarentena) el nivel de significancia es de .225. La significancia es mayor de 0.05 por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables. Para el periodo que ocupa el confinamiento estricto de los meses de marzo, abril y mayo de 2020 (durante la cuarentena) el nivel de significancia es de .131. La significancia es mayor de 0.05 por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables. Por último, podemos observar que en el periodo de los últimos 3 meses el nivel de significancia es de .002. La significancia es menor de 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que existe una correlación entre las dos variables medidas. Esta correlación es de .303 con lo que podemos inferir que la correlación es débil y directamente proporcional (puesto que tiene signo positivo).

**Tabla 2. Correlación bivariada entre deseo de consumo de sustancias y ansiedad rasgo (A/R) antes, durante y después de la cuarentena.**

Correlación entre deseo de consumo y (A/R)	Antes de la cuarentena	Durante la cuarentena	Después de la cuarentena
Correlación de Pearson	,188	,243*	,291**
Significación bilateral	,060	,015	,003
Número de participantes	100	100	100

La tabla 2 nos presenta la correlación entre el deseo de consumo de sustancias y el constructo de ansiedad rasgo (A/R). En los resultados, podemos observar que en el periodo de antes de marzo de 2020 (antes de la cuarentena) el nivel de significancia es de .060. La significancia es mayor de 0.05 por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables. Para el periodo que ocupa el confinamiento estricto de los meses de marzo, abril y mayo de 2020 (durante la cuarentena) el nivel de significancia es de .015. La significancia es menor de 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que existe una correlación entre las dos variables. Esta correlación es de .243 con lo que podemos inferir que la correlación es débil y directamente proporcional (puesto que tiene signo positivo). Por último observamos que en el periodo de los últimos 3 meses el nivel de significancia es de .003. La significancia es menor de 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que existe una correlación entre las dos variables medidas.

Esta correlación es de .291 con lo que podemos inferir que la correlación es débil y directamente proporcional (puesto que tiene signo positivo).

**Tabla 3. Correlación bivariada entre frecuencia y deseo de consumo de sustancias y ansiedad rasgo (A/R) en hombres antes, durante y después de la cuarentena.**

Correlación entre puntuaciones de Hombres y (A/R)	Frecuencia antes de la cuarentena	Frecuencia durante la cuarentena	Frecuencia después de cuarentena	Deseo antes de la cuarentena	Deseo durante la cuarentena	Deseo después de cuarentena
Correlación de Pearson	,222	,166	,277	,333*	,420**	,280*
Significación bilateral	,121	,250	,144	,018	,002	,049
Número de participantes	50	50	50	50	50	50

La tabla 3 nos presenta la correlación entre la frecuencia y el deseo de consumo y el constructo de ansiedad rasgo (A/R) pero sólo utilizando la muestra de hombres. En los resultados podemos observar que para el caso de frecuencia de consumo antes de marzo de 2020 (antes de la cuarentena) el nivel de significancia es de .121. La significancia es mayor de 0.05 con lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables medidas. Para el consumo de sustancias en el periodo del confinamiento estricto de los meses de marzo, abril y mayo de 2020 el nivel de significancia es de .250. La significancia es mayor de 0.05 con lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no

existe una correlación entre las dos variables medidas. También, observamos que la frecuencia de consumo de sustancias en el periodo de los últimos 3 meses tiene un nivel de significancia de .114. La significancia es mayor de 0.05 con lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables medidas. Respecto al deseo de consumo antes de marzo de 2020 (antes de la cuarentena) el nivel de significancia es de .018. La significancia es menor de 0.05 con lo que se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que existe una correlación entre las dos variables medidas. Esta correlación es de .333 con lo que podemos inferir que la correlación es débil y directamente proporcional (puesto que tiene signo positivo). Para el deseo de consumo durante el periodo de confinamiento estricto de los meses de marzo, abril y mayo de 2020 tiene un nivel de significancia de .002. La significancia es menor de 0.05 con lo que se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que existe una correlación entre las dos variables medidas. Esta correlación es de .420 con lo que podemos inferir que la correlación es débil y directamente proporcional (puesto que tiene signo positivo). Por último el deseo de consumo en los últimos 3 meses tiene un nivel de significancia de .049. La significancia es menor de 0.05 con lo que se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que existe una correlación entre las dos variables medidas. Esta correlación es de .280 con lo que podemos inferir que la correlación es débil y directamente proporcional (puesto que tiene signo positivo).

**Tabla 4. Correlación bivariada entre frecuencia y deseo de consumo de sustancias y ansiedad rasgo (A/R) en mujeres antes, durante y después de la cuarentena.**

Correlación entre puntuaciones de Mujeres y (A/R)	Frecuencia antes de la cuarentena	Frecuencia durante la cuarentena	Frecuencia después de cuarentena	Deseo antes de la cuarentena	Deseo durante la cuarentena	Deseo después de cuarentena
Correlación de Pearson	,000	,104	,368**	,039	,073	,260
Significación bilateral	,998	,471	,009	,789	,612	,069
Número de participantes	50	50	50	50	50	50

La tabla 4 nos presenta la correlación entre la frecuencia y el deseo de consumo y el constructo de ansiedad rasgo (A/R) pero sólo utilizando la muestra de mujeres. En los resultados podemos observar que para el caso de frecuencia de consumo antes de marzo de 2020 (antes de la cuarentena) el nivel de significancia es de .998. La significancia es mayor de 0.05 con lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables medidas. En el caso de la frecuencia de consumo durante el periodo de confinamiento estricto de marzo, abril y mayo de 2020 el nivel de significancia es de .471. La significancia es mayor de 0.05 con lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe correlación entre las dos variables. Para la frecuencia de consumo en los últimos 3 meses el nivel de significancia es de .009. La significancia es menor de 0.05 por lo que

se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que existe una correlación entre las dos variables medidas. Esta correlación es de .368 con lo que podemos inferir que la correlación es débil y directamente proporcional (puesto que tiene signo positivo). Después, tenemos el deseo de consumo antes de marzo de 2020 (antes de la cuarentena) cuyo nivel de significancia es de .789. La significancia es mayor de 0.05 con lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables. Para el deseo de consumo durante el periodo de confinamiento estricto de marzo, abril y mayo de 2020 el nivel de significancia es de .612. La significancia es mayor de 0.05 con lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables medidas. Por último, el deseo de consumo en los últimos 3 meses tienen un nivel de significancia de .069. La significancia es mayor de 0.05 con lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se puede observar, por tanto, que no existe una correlación entre las dos variables medidas.

## **5. Discusión.**

El objetivo de este estudio era observar si la ansiedad vivida durante el confinamiento se relaciona con la frecuencia y el deseo de consumo de sustancias en población adulta. Las preguntas que hemos tratado de resolver son; si la ansiedad se relaciona con un aumento en la frecuencia y el deseo de consumo durante y después del confinamiento y observar como se relacionan estos constructos en cada sexo. Lo que nos hemos encontrado es que la ansiedad y la frecuencia de consumo se relacionan en los últimos 3 meses. La ansiedad y el deseo de consumo se relacionan durante el periodo estricto de confinamiento y en los últimos 3 meses. En el caso de los hombres, no hay relación entre ansiedad y frecuencia de consumo, pero en el caso del deseo de consumo y la ansiedad hay una relación antes, durante y en los últimos 3 meses. En el caso de las mujeres, solo existe relación entre la ansiedad y la frecuencia de consumo en los

últimos 3 meses. Una vez señaladas las relaciones, explicaremos por qué creemos haber obtenido estos resultados.

Un estudio realizado por la European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020) afirma que durante el confinamiento hubo un menor consumo de sustancias por dos factores en concreto; la no posibilidad de compra de sustancias psicoactivas ilegales y la falta de consumo de sustancias dentro de los entornos sociales. Podemos observar en nuestros resultados que el deseo de consumo aparece durante y después de la cuarentena correlacionando con la ansiedad generada por el covid-19, pero que la frecuencia de consumo por ansiedad solo aumenta después de la cuarentena. Un menor acceso a la compra de sustancias psicoactivas y a eventos sociales, podría explicar por qué este aumento en el deseo de consumo no ha provocado un esperable aumento en la frecuencia de consumo de las mismas. Durante el confinamiento la ansiedad generó el deseo de consumir en los participantes del estudio, pero no pudieron consumir por las restricciones de movilidad. Una vez acabada las restricciones, el deseo de consumo por ansiedad se mantuvo, pero al no tener restricciones de movilidad, pudieron consumir, pudiendo explicar así los resultados del estudio.

En cuanto a los hombres, podemos observar que en los resultados no existe relación entre ansiedad y frecuencia de consumo durante y después de la cuarentena. En el caso del deseo de consumo podemos observar que existe una relación positiva débil entre ansiedad durante y después de la cuarentena. Parece que esa ansiedad, sí está relacionada con el deseo de consumo de sustancias, incluso antes de la pandemia (ya se observaba antes), pero no tiene una repercusión real en la frecuencia de consumo de los hombres.

Para explicar los resultados obtenidos respecto a la relación entre el deseo de consumo y la ansiedad en hombres, creemos que el craving es nuestro mejor recurso. Castillo y Bilbao

(2008) explican que el craving es un fuerte deseo o un requerimiento obsesivo por consumir una sustancia. Un estudio realizado por González Salazar (2009) afirma que hay una fuerte relación entre el craving y la ansiedad. En dicho artículo, se identifican cuatro tipos de craving. En nuestro caso, nos interesa el segundo. El artículo hace referencia a que el craving puede darse como respuesta a la falta de placer, en el momento en el que el sujeto se aburre o carece de medios para encontrar formas prosociales de entretenerse tiende a automedicarse para aumentar su estado de ánimo (González Salazar, 2009). Sabiendo que el craving puede aparecer por este motivo y que está relacionado con la ansiedad, nos explicaría porque nuestros usuarios han obtenido puntuaciones significativas en deseo, pero no en frecuencia de consumo de sustancias.

La no frecuencia de consumo a pesar de un deseo de consumo relacionado con la ansiedad durante la cuarentena puede ser explicado por el mismo factor mencionado anteriormente. Un menor acceso a la compra de sustancias psicoactivas y un menor acceso a eventos sociales (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020). Con respecto a la no relación entre la ansiedad y la frecuencia de consumo después de la cuarentena, creemos que la tolerancia ha jugado un papel importante en la explicación de estos resultados. Según Gálligo (2007) la tolerancia es el aumento del consumo de una sustancia con el objetivo de conseguir el efecto deseado. La tolerancia obliga al usuario a consumir más cantidades de esa sustancia para alcanzar el efecto que obtenía previamente con su consumo (Gálligo, 2007). Creemos que el hecho de que durante la cuarentena no haya habido consumo de sustancias, ha influido en la tolerancia de los usuarios manteniendo su deseo intacto, pero no aumentando su frecuencia de consumo al acabar el periodo de confinamiento estricto.

En cuanto a las mujeres, podemos observar que en los resultados existe una relación positiva débil entre frecuencia de consumo y ansiedad, después de la cuarentena. Las mujeres, a

diferencia de los hombres, si muestran una relación directa entre los niveles de ansiedad y la frecuencia de consumo. Un estudio realizado por López et al, (2006) afirma que las mujeres tienen puntuaciones más elevadas en ansiedad que los hombres. Además, como se mencionó en la introducción, las mujeres han tenido mayor vulnerabilidad emocional durante el confinamiento que los hombres (Sandín et al., 2020). Lenguita (2021), explica que el confinamiento ha supuesto un momento crítico en la vida de muchas mujeres por las desigualdades sexistas. Muchos de los crímenes que la sociedad vive se han reducido durante la pandemia, a excepción del crimen femicida. Además, muchas mujeres han vivido explotación en sus hogares por el trabajo doméstico al que han estado expuestas y la sobrecarga del trabajo de cuidadora (Lenguita, 2021). El crimen femicida mencionado anteriormente, se ve apoyado por un artículo escrito por Rueda-Aguilar (2021) en el que muestra que a principio de año 2020, las cifras de muerte y las denuncias por violencia de género disminuyeron, pero afirma que durante el periodo de confinamiento estricto hubo un aumento del 41,1% de llamadas al 016. Este artículo evidencia la dificultad de las víctimas de violencia de género para pedir ayuda. El confinamiento por el COVID-19 ha impactado de manera negativa en la violencia de género dado que las mujeres que sufrían esta violencia se han visto aisladas y sin accesos a apoyos sociales o familiares. El artículo también menciona que esto se manifestó a través de un aumento en la sintomatología depresiva en mujeres (Rueda-Aguilar, 2021). Teniendo en cuenta estos datos abrumadores sobre toda la carga del hogar que han tenido las mujeres, los casos de crimen femicida, la vulnerabilidad emocional que han vivido durante la pandemia y el trabajo extra de cuidador de familiares nos da una posible explicación para los datos obtenidos. Creemos que esta situación ha degenerado en una gran cantidad de ansiedad para las mujeres en especial, derivando en un consumo de sustancias a pesar de no sentir un deseo previo por el consumo de sustancias.

Durante la realización del estudio, han aparecido una serie de limitaciones durante el desarrollo del mismo. Una de las limitaciones principales que hemos tenido, es que no hemos podido analizar la relación entre los niveles de ansiedad rasgo (A/R) y el consumo de cada sustancia. Esto se debe a que los participantes del estudio no consumen las mismas sustancias por lo que la muestra para cada sustancia no sería significativa. En un futuro si se realizara el estudio con más profundidad, optaríamos por buscar personas que consuman cada sustancia y podríamos realizar el mismo procedimiento pero especificando la relación entre ansiedad y cada una de las sustancias. Otra de las limitaciones que nos hemos encontrado es el modo de recogida de los datos, debido a que, al tratarse de un estudio retrospectivo, solicitamos a los participantes información sobre momentos pasados de su vida. Durante el estudio hemos recogido datos de la cuarentena de marzo de 2019 y es probable que estos datos recogidos no sean fiables. Las preguntas que hemos utilizado en el cuestionario, son muy específicas para el largo periodo de tiempo del que se habla y creemos que los participantes no tenían la certeza de qué responder, porque había semanas antes, durante o después del confinamiento que consumían más o menos sustancias o distintas sustancias y las respuestas de nuestro cuestionario no tenían en cuenta semanas específicas sino periodos de 3 meses, por lo que ha sido difícil para los participantes especificar como y cuanto ha sido el consumo. Por último hemos utilizado una muestra de 100 personas ( de entre 20 y 40 años) y por lo tanto puede no ser representativa a la población general. Igualmente, este estudio puede servir como punto de partida a otros científicos que quieran realizar estudios a gran escala sobre ansiedad, consumo y el virus del covid-19.

Una vez observadas las limitaciones, procederemos a hablar de futuras líneas de investigación. Una de las futuras líneas de investigación posibles, sería realizar el mismo estudio, pero acotando el rango de edad de la muestra. Sería interesante ver si hay diferencias

significativas entre las generaciones y ver si la edad es un componente que influye en los constructos de ansiedad y consumo de sustancias. Otra posible línea de investigación podría ser realizar un estudio similar, pero con personas que padezcan trastorno por consumo de sustancias y estén en tratamiento. Sería interesante analizar como a las personas que están en algún recurso de reinserción o algún tratamiento, les ha afectado la ansiedad producida por el covid-19 o el haber dejado de lado el tratamiento por el confinamiento de marzo de 2019. En concreto, sería interesante ver cuántas personas han abandonado los tratamientos por el confinamiento y cuantas personas han recaído por la ansiedad generada por el covid-19. Además, sería interesante comprobar si la ansiedad generada por el empleo, en concreto por la posibilidad de despido o por la nueva forma de trabajo (teletrabajo), ha influido en un aumento o una disminución del consumo de sustancias. Uno de los factores estresantes que más se repiten en los distintos estudios es el factor del trabajo, así que sería interesante medir si este factor ha influido de forma directa en el consumo de sustancias. Por último, sería interesante analizar cómo la situación familiar ya sea por conflictos internos, como por la salud de algún familiar, ha influido en la ansiedad vivida durante el periodo de confinamiento y puede haber sido un posible detonante para el consumo de alguna sustancia. Uno de los factores que más ansiedad ha generado ha sido la situación familiar, con lo que sería interesante medir cómo afecta esto a la ansiedad o al consumo de sustancias. Además, sería interesante incorporar la variable de violencia de género durante la realización del estudio, puesto que puede tener un peso importante en el desarrollo de futuras patologías como el trastorno por consumo de sustancias.

Como conclusión, nuestros objetivos eran ver si la frecuencia de consumo de sustancias durante y después del confinamiento correlacionaron con la ansiedad y ver si el deseo de consumo de sustancias durante y después del confinamiento correlacionaron con la ansiedad que

hubo durante ese periodo de tiempo y observar cómo se relacionaban estos constructos en hombres y mujeres. Hemos podido demostrar que en la muestra ha habido una relación entre la frecuencia de consumo de sustancias y la ansiedad después del confinamiento. Respecto al deseo de consumo de sustancias y la ansiedad, hemos comprobado que ha habido una relación durante y después del confinamiento. Por último, con respecto a la relación de los constructos en hombres y mujeres, hemos comprobado que el deseo de consumo de sustancias y la ansiedad se relacionan más en hombres que en mujeres, pero la frecuencia de consumo de sustancias por ansiedad se relaciona sólo en mujeres después del confinamiento.

Podemos afirmar que sí que existe una relación entre ansiedad y consumo de sustancias, pero para ser más certeros en el análisis, hubiéramos necesitado más participantes en el estudio y un cuestionario con respuestas más concretas con las que reflejar resultados de una manera más precisa. Igualmente, este estudio tiene como función, servir de referencia a futuros investigadores que vayan a realizar estudios entre la ansiedad durante el confinamiento del virus COVID-19 y el consumo de sustancias durante la época de confinamiento.

## 6.Referencias.

Andin, B. S., Chorot, P., García-Escalera, J., & Valiente, R. M. (2021). Impacto emocional de la pandemia de COVID-19 durante el periodo de confinamiento en España: factores protectores y factores de riesgo/vulnerabilidad. *Acción Psicológica*, 18(1), 27-44.

Arancibia, M., & Rojo, A. (2021). COVID-19 y consumo de sustancias: revisión narrativa de la evidencia disponible. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(2), 142-151.

Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 10(2), 145-156.

Castillo, I. I., & Bilbao, N. C. (2008). *Craving: concepto, medición y terapéutica*. *Norte de Salud Mental*, 7(32), 9-22.

Cedeño, N. J. V., Cuenca, M. F. V., Mojica, Á. A. D., & Portillo, M. T. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería investiga*, 5(3), 63-70.

Chauvin, A., & Lenin, W. (2021). *El estrés y el consumo de alcohol, durante la pandemia de la covid-19* (Master's thesis, Quito: UCE).

Díaz, H. Q., & Lesmes, L. L. (2020). Estrés y ansiedad como respuestas a la cuarentena en época de coronavirus. *Revista Neuronum*, 6(4), 442-452.

Droit-Volet, S., Gil, S., Martinelli, N., Andant, N., Clinchamps, M., Parreira, L., ... & Dutheil, F. (2020). Time and Covid-19 stress in the lockdown situation: Time free, «Dying» of boredom and sadness. *PloS one*, 15(8), e0236465.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020), *Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe*, EMCDDA Trendspotter briefing, Lisbon.

Gálligo, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Barc Sn.

García-Álvarez, L., de la Fuente-Tomás, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2020). ¿ Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19?. *Adicciones*, 32(2), 85-89.

González Salazar, I. D. (2009). *Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving*. *Revista de toxicomanías*, 57, 12-7.

Lenguita, P. A. (2021). *Luchas feministas, cuidados y comunidad en la post-pandemia*. *Telos Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 23.

Llorens, N., Brime, B., & 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(1), e1-e14.

López, M. P. S., García, M. E. A., & Dresch, V. (2006). *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. *Psicothema*, 18(3), 584-590.

Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cir Cir*, 88(5), 542-547.

Organización Mundial de la Salud (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. OMS

Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3), 333-334.

Rivera-Rivera, L., Séris-Martínez, M., Reynales-Shigematsu, L. M., Villalobos, A., Jaen-Cortés, C. I., & Natera-Rey, G. (2021). Factores asociados con el consumo excesivo de alcohol: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. *salud pública de méxico*, 63(6, Nov-Dic), 789-798.

Rueda-Aguilar, E. F. (2021). Reflexiones sobre la violencia de género durante el confinamiento causado por Covid-19. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 7(2), 181-203.

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1).

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. *Tea*, 1.

Tomás-Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*, (16), 26-30.

Villanueva, V. J., Motos, P., Isorna, M., Villanueva, V., Blay, P., & Vázquez-Martínez, A. (2021). Impacto de las medidas de confinamiento durante la pandemia de Covid-19 en el consumo de riesgo de alcohol. *Rev. Esp. Salud Pública*, 95, e1-e13.

Vindel, A. C., & Collado, E. D. (2003). La ansiedad. *Claves para Vencerla. Málaga: Editorial Arguval*.

Zamora, P. B., Ruiz, C. S., & Ajuria, L. P. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2), 81-97.

**7.Anexos.****Anexo A. Cuestionario ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias).**

Pregunta 1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Si
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Si
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Si
Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Si
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Si
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Si
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Si
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Si
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Si
Otras, especifique _____		

Pregunta 2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6

Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
Otras, especifique _____	0	2	3	4	6

Pregunta 3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento,	0	3	4	5	6

gasolina, solvente para pintura, etc.)					
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
Otras, especifique _____	0	3	4	5	6

Pregunta 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
Estimulantes de tipo amfetamina (speed, amfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
Otras, especifique _____	0	4	5	6	7

Pregunta 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	5	6	7	8
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
Otras, especifique _____	0	5	6	7	8

Pregunta 6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3

Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
Otras, especifique _____	0	6	3

Pregunta 7. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3

Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
Otras, especifique _____	0	6	3

Pregunta 8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

## Anexo B. Cuestionario STAI.

### Anexo B.1. STAI Estado (A/E).

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Me siento calmado.	0	1	2	3
Me siento seguro.	0	1	2	3
Estoy tenso.	0	1	2	3
Estoy contrariado.	0	1	2	3
Me siento cómodo, a gusto.	0	1	2	3
Me siento alterado.	0	1	2	3
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
Me siento descansado.	0	1	2	3
Me siento angustiado.	0	1	2	3

Me siento confortable.	0	1	2	3
Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
Me siento nervioso.	0	1	2	3
Estoy desasosegado.	0	1	2	3
Me siento muy “atado”, como oprimido.	0	1	2	3
Estoy relajado.	0	1	2	3
Me siento satisfecho.	0	1	2	3
Estoy preocupado.	0	1	2	3
Me siento aturdido, sobreexcitado.	0	1	2	3
Me siento alegre	0	1	2	3
En este momento me siento bien.	0	1	2	3

Anexo B.2. STAI Rasgo (A/R).

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Me siento bien.	0	1	2	3
Me canso rápidamente.	0	1	2	3
Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
Me siento descansado.	0	1	2	3

Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
Soy feliz.	0	1	2	3
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
Me siento seguro.	0	1	2	3
No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
Me siento triste, melancólico.	0	1	2	3
Estoy satisfecho.	0	1	2	3
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
Soy una persona estable.	0	1	2	3
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3