

ORIGINAL

## Efectos del confinamiento en el hogar debido a la pandemia por COVID-19 en el consumo en pacientes en tratamiento en un programa de deshabituación de alcohol

### *Effects of the lockdown due to the COVID-19 pandemic on alcohol consumption in patients under treatment in an alcohol relapse prevention programme*

FRANCISCO ARIAS\*, MARTA MARÍN\*, RAQUEL PRIETO\*, JOSÉ RAMÓN LÓPEZ-TRABADA\*, ALBA PARRA\*, PEDRO SANZ\*, YOLANDA GUERRERO\*, PATRICIA DELGADO\*, LOURDES GONZÁLEZ\*, NAZARET SÁIZ\*, SANDRA SUÁREZ DE FIGUEROA\*, ANTONIO VILLALBA\*, GABRIEL RUBIO\*.

\* Programa de alcohol. Hospital Doce de Octubre, Madrid, España.

#### Resumen

Durante la pandemia producida por la infección por el Covid-19 se produjeron una serie de cambios sociosanitarios excepcionales para evitar su propagación como el confinamiento en el hogar y la supresión de los servicios asistenciales sanitarios habituales. Se consideró que estos cambios podrían implicar un incremento en el consumo de alcohol y un mayor riesgo de recaídas para los pacientes en tratamiento. El objetivo de este estudio fue valorar los cambios en el consumo durante el período de confinamiento (marzo a mayo de 2020) en los pacientes en tratamiento en el programa de alcohol del Hospital Doce de Octubre de Madrid. Fueron valorados 311 pacientes mediante entrevista telefónica dentro de la práctica clínica habitual durante ese período. Un 76 % de los pacientes no presentaron cambios en su situación de consumo, un 9,2% de estos cesaron en el consumo, algunos de ellos con cuadros de abstinencia graves, y un 7,5% recayeron. El sexo femenino, el consumo en solitario o en el hogar, en atracón, o el de otras drogas de forma concomitante y el no estar en terapia grupal o no asistir a grupos de las asociaciones de ayuda mutua por videoconferencia durante el confinamiento fueron factores predictores de mal pronóstico. Un 31,6% presentó alteraciones psicopatológicas debidas al confinamiento, sobre todo, aquellos pacientes con comorbilidad psiquiátrica. Por lo tanto, en situaciones similares a esta, la mayoría de los pacientes en tratamiento no modifican el patrón de consumo, pero, ciertas características identifican un subgrupo de sujetos más vulnerables.

**Palabras clave:** trastorno por uso de alcohol, confinamiento, Covid-19, terapia grupal, psicopatología por confinamiento, comorbilidad psiquiátrica

#### Abstract

During the COVID-19 pandemic, several exceptional measures were put in place in order to avoid virus propagation, such as lockdown and the discontinuation of usual health care assistance services. It was considered that these changes might be associated with an increase in alcohol consumption and a higher risk of relapse for patients under treatment. The aim of this study was to assess changes in alcohol consumption during the lockdown period (between March and May, 2020) in patients following treatment under the Alcohol Use Disorders Programme at the "Hospital 12 de Octubre" in Madrid. A total of 311 patients were assessed through interviews carried out by telephone in accordance with usual clinical practice during that period. 76% of the total number of patients did not experience changes in their alcohol consumption, 9.2% stopped drinking and some experienced severe withdrawal syndrome, while 7.5% relapsed. The risk factors found for worsening the prognosis of the patients were: being female, drinking alcohol alone or at home, binge drinking, concomitant substance misuse and failure to attend therapy groups or self-help groups online during the lockdown. 31.6% of the sample described psychopathological symptoms due to the lockdown, especially those who already had psychiatric comorbidities. For this reason, we can conclude that during the lockdown as a result of the pandemic, most of our alcohol dependent patients did not modify their drinking patterns, but specific factors enabled us to identify a more vulnerable subgroup.

**Key words:** alcohol use disorder, lockdown, Covid-19, group therapy, lockdown psychopathology, psychiatric comorbidity

■ Recibido: Julio 2020; Aceptado: Marzo 2021.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

#### ■ Enviar correspondencia a:

Francisco Arias Horcajadas. Programa de alcohol. Servicio de Psiquiatría, Hospital Doce de Octubre. Avda de Córdoba s/n, 28041, Madrid.  
E-mail: farias1012@gmail.com

El 14 de marzo de 2020 (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo) se decretó el estado de alarma en España debido a la pandemia producida por la infección por el Covid-19, pandemia decretada por la OMS el 11 de marzo (OMS, 2020a), lo que implicó el confinamiento en el hogar de la mayoría de la población. Este hecho implicaba una situación excepcional y desconocida que conllevaba la preocupación sobre las repercusiones de estas medidas en la salud mental y el consumo de drogas en la población. Se produjo una avalancha de noticias en los medios de comunicación en relación con este tema, con frecuencia contradictorias, y no basadas en datos dada la ausencia de estos. Las restricciones en la movilidad repercutieron en el mercado ilegal, ocasionó problemas a los adictos para abastecerse (Dietze y Peacock, 2020) y para el acceso a tratamiento (Alexander, Stoller, Haffajee y Saloner, 2020). Los adictos en situaciones sociales adversas se encontraron en una situación de extrema vulnerabilidad para ser infectados por el Covid-19 y para ser atendidos por los recursos socio-sanitarios (Volkow, 2020). Las personas que usan drogas ilegales pueden tener más patologías cardiovasculares y respiratorias, siendo más vulnerables al daño por la infección por Covid-19 (Laporte y Healy, 2020; PND, 2020). Además, las medicaciones usadas para el Covid-19 pueden tener menor eficacia y peor tolerancia en los adictos (Ghosh, Roub y Bisaga, 2020) y presentar interacciones farmacológicas (Anmella et al., 2020). Se han establecido recomendaciones para manejar el confinamiento en los adictos y los servicios de atención a estos (EMCDDA, 2020; Instituto de Adicciones, 2020; Jiang et al., 2020; Ornell et al., 2020; Osalde, 2020; PND, 2020; Servicio Madrileño de Salud, 2020; United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, 2020; Vecchio et al., 2020). En el mismo sentido de preocupación por la dificultad de acceso a los servicios sanitarios de los pacientes adictos se han publicado las recomendaciones para la asistencia a esta población por parte de varias sociedades científicas (Sociedad Española de Patología Dual, 2020; Sociodrogalcohol, 2020).

En relación a los fumadores, un metaanálisis (Vardavas y Nikitara, 2020) sobre pacientes contagiados de Covid-19 indicaba que fumar empeoraba el pronóstico de la enfermedad. La OMS, el Ministerio de Sanidad y diversos autores alertaron de esta mayor gravedad del Covid-19 entre los fumadores (Correa y Redolar-Ripoll, 2020; Ministerio de Sanidad, 2020; OMS, 2020b), ante las noticias surgidas de un posible papel protector de la nicotina (Trujillo, 2020). Igualmente, surgieron noticias sobre los posibles beneficios del consumo o utilidad de preparados relacionados con otras drogas (Pascual, Isorna, Carvalho, Carvalho y Arias, 2020; Wang et al., 2020).

Respecto al consumo de alcohol se observó un incremento de las ventas de alcohol en supermercados y se consideró que hubo un incremento del consumo en casa en aquellos consumidores habituales que tenían que confinarse en casa (Hipó-

lito, 2020). A mediados de abril, en pleno confinamiento, el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación publicaba que el consumo de cerveza se incrementó en las semanas centrales del mes un 86,5%, el de vino un 73,4% y el de las bebidas espirituosas se había elevado hasta un 93,4%. Se refirió que muchas personas consideradas bebedores sociales bebían la misma cantidad o más que antes a pesar del confinamiento (Bazaga, 2020). En general, la creencia era que existía un aumento en el consumo de alcohol, así lo afirmaba el colegio de dietistas y nutricionistas de Valencia (Bustelo, 2020) o algunos servicios de tratamiento de adicciones (Redacción Europa Sur, 2020). Pero este aumento de la venta doméstica de bebidas podría ser debido al cierre de los bares, al igual que se observó con el aumento de la venta de tabaco en los estancos por estar cerrados otros puntos de venta (Redacción La Voz de Galicia, 2020).

Rehm et al. (2020) consideran dos posibilidades respecto al consumo de alcohol en esta situación de confinamiento: Aumento del consumo por el estrés relacionado o el descenso del consumo por disminución de la disponibilidad. Considera que, primero ocurriría el descenso en el consumo y, más adelante, predominaría el incremento debido al estrés.

En general, la prensa, a raíz de algunas declaraciones de los profesionales sanitarios, ha considerado que el confinamiento implica mayor frustración y aumenta el riesgo de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia de alcohol (E.P., 2020; Fuentes, 2020; Redacción Infosalud, 2020) y, también, debido al cese de las terapias (Redacción La Vanguardia, 2020). Así, el confinamiento ha sido visto como un riesgo para el consumo de alcohol y, menos habitualmente, como una ayuda (Redacción El Progreso, 2020; Redacción La Vanguardia, 2020). Algunos especialistas han sugerido que existiría un mayor riesgo de agravar el consumo pero, más raramente, el inicio de la adicción (Redacción Farmacosalud, 2020), o un mayor riesgo en aquellos pacientes cuyo consumo habitual fuera en casa (Arana, 2020). Otra preocupación que ha surgido es el incremento de los cuadros de abstinencia de alcohol debido a la menor accesibilidad a los servicios asistenciales habituales y los cambios en el patrón de consumo (Marsden et al., 2020).

Aunque, como hemos comentado, la situación era excepcional, las extrapolaciones de situaciones previas similares prevén un incremento de las alteraciones psicopatológicas. Durante el brote de síndrome respiratorio de coronavirus de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2015, que produjo el confinamiento de casi 17.000 personas, se observó un mayor riesgo de síntomas de estrés postraumático en sanitarios que habían tratado a pacientes infectados (Lee, Kang, Cho, Kim y Park, 2018), así como síntomas de ansiedad y depresión entre aquellos que sufrieron medidas de aislamiento (Yoon, Kim, Ko y Lee, 2016), perdurando, en muchos casos, durante los meses posteriores al confinamiento (Jeong et al., 2016). Se ha considerado que las secuelas psicopatológicas negativas del confinamiento pueden favorecer el

consumo de alcohol que, a su vez, disminuye la respuesta inmune y aumenta las complicaciones por el Covid-19 (Mota, 2020; Testino, 2020). Por otro lado, algunos autores han rebatido la falsa creencia de que el alcohol podía matar al virus lo que ha ocasionado problemas en algunos países (Chick, 2020) y que, por el contrario, podría empeorar la respuesta inflamatoria, además del riesgo existente de contagio por compartir bebidas (Mungmungpuntilantip y Wivanitkit, 2020).

Igualmente, ha surgido un debate sobre las limitaciones de la venta de alcohol ante el hecho del aumento de ventas de esta sustancia (Marsden et al., 2020). Se ha criticado que se hayan establecido como recursos esenciales ciertos negocios que venden alcohol facilitando dicho consumo en casa (Reynolds y Wilkinson, 2020).

Nuestro interés se centra en valorar los resultados del confinamiento en nuestros pacientes y en aquellos que iban a iniciar el programa de tratamiento, valorando si el patrón de consumo, el tiempo o el tipo de tratamiento eran relevantes en las posibles recaídas y cambios en el consumo. Además, se valoraron las repercusiones psicopatológicas del confinamiento. Estos datos pueden orientar hacia medidas preventivas y terapéuticas ante situaciones futuras similares.

## Metodología

### Pacientes

Se incluyeron a todos aquellos pacientes en tratamiento en el programa de alcohol del hospital Doce de Octubre de Madrid. Además, se valoraron aquellos pacientes con cita para iniciar el programa durante el mes de marzo pero que no lo iniciaron debido a la anulación de la actividad asistencial ambulatoria ordinaria.

Los pacientes son derivados al programa de alcohol desde centros de atención primaria, otras especialidades médicas ambulatorias y de los pacientes ingresados en el hospital por problemas médicos con dependencia de alcohol. Tras la evaluación inicial por un profesional, los participantes entran a formar parte del programa de tratamiento ambulatorio que tiene el hospital para el trastorno por uso de alcohol (TUA). Este tratamiento está enfocado para una duración de al menos dos años en la que se establece una asistencia a terapia grupal una vez a la semana, además de una supervisión estrecha por parte del psiquiatra y la enfermera. Aunque la mayoría están en tratamiento grupal, hay otros pacientes que, por decisión personal o por dificultad para la asistencia grupal, sólo realizan seguimiento individual. Un amplio número de pacientes toman tratamiento con aversivos del alcohol. El programa se estructura en distintas fases: de acogida, de deshabitación y preparación al alta

Fase 1: Acogida y psicoeducación. La intervención psicoterapéutica en esta fase está centrada en incrementar la motivación al cambio y en ofrecer psicoeducación sobre el TUA. Se desarrolla en el hospital de día de psiquiatría o

en los CSMs. Las visitas son habitualmente todos los días laborables, el grupo tiene una frecuencia semanal, es un grupo abierto y los pacientes están alrededor de 2 meses.

Fase 2: Prevención de recaídas y habilidades sociales. Esta fase se estructura en 16 sesiones en formato grupal de frecuencia semanal de prevención de recaídas y a continuación 12 sesiones de habilidades sociales, además de seguimiento individual y supervisión por enfermería.

Fase 3: Preparación al alta. Se trata de un grupo de frecuencia semanal. Esta fase está centrada en consolidar la abstinencia, tiene una duración de tiempo variable dependiendo de la evolución de cada paciente, habitualmente hasta completar los dos años de seguimiento, aunque se amplía en aquellos pacientes que han tenido recaídas o riesgo de estas.

El tratamiento se realiza de forma ambulatoria en el hospital o en los tres centros de salud mental (CSM) dependientes del hospital donde hay un psiquiatra y una enfermera encargada del programa e, igualmente, se realiza seguimiento individual y grupal.

### Procedimiento

Durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020 que estaba decretado el estado de alarma, la asistencia habitualmente en nuestro programa fue de forma telefónica, sólo hubo asistencia presencial en caso de urgencias y se suprimió la terapia grupal. Se llamaba regularmente a todos los pacientes en tratamiento y se valoraba estado de consumo y repercusiones psicopatológicas del confinamiento. Se hablaba con familiares que convivían con el paciente en el mismo hogar para corroborar la situación clínica. La información clínica previa fue recogida de la historia clínica del paciente. No se aplicaron escalas validadas de psicopatología y se consideró que existían alteraciones psicopatológicas cuando el paciente requería una intervención específica por este motivo de tipo psicofarmacológico o psicoterapéutico. Ante la existencia de dudas sobre el posible consumo se intentaba el contacto presencial. A finales de mayo y durante el mes de junio se reiniciaron las consultas presenciales y se corroboró la información recogida previamente.

Se valoró la existencia de comorbilidad psiquiátrica que hacía referencia a la presencia de algún trastorno mental previo al estado de confinamiento, basado en la entrevista clínica. El patrón de consumo continuado se refería al consumo diario de alcohol, en atracón cuando no había consumo diario y presentaba episodios de atracones de alcohol (más de 5 bebidas en breve periodo de tiempo) e irregular cuando no encajaba en uno de los patrones anteriores. Se clasificó como consumo social a aquel sujeto que sólo bebía con otras personas, consumo solitario cuando predominaba el consumo a solas y mixto cuando consumía tanto a solas como con otras personas. Se evaluó el lugar preferente de consumo y después se clasificó en una variable dicotómica, siendo en casa cuando había consumo en el hogar y

en calle cuando no había consumo en el hogar. Durante las entrevistas telefónicas se exploró si acudían los pacientes a las reuniones grupales por videoconferencia que organizaban las asociaciones de mutua ayuda. Se exploró el tipo de confinamiento que se realizó, si podían o no salir a la calle por motivos laborales, así como el trabajo y las salidas de las personas que convivían en el hogar.

### Análisis estadístico

Se han realizado análisis descriptivos de las variables cuantitativas y cualitativas. Se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para analizar si las variables cuantitativas a estudio seguían una distribución normal. Dado que ninguna variable cuantitativa se ajustaba a la distribución normal, se han realizado la prueba U de Mann-Whitney para la comparación de 2 muestras independientes y la de Kruskal-Wallis para 3 muestras. Para variables categóricas se ha realizado la prueba Chi-cuadrado (o la prueba exacta de Fischer si procedía). Se han calculado las OR y los intervalos de confianza al 95%.

Se ha realizado un análisis de regresión múltiple para explorar que parámetros pueden ser predictores de los cambios en el consumo de alcohol y de la presencia de psicopatología, con modelos de regresión logística binaria para variables dependientes binarias y una regresión logística multinomial para la variable cambios en el consumo de tres categorías. En los modelos se incluían inicialmente aquellas variables con una p inferior a 0,1 y aquellas que podrían ser relevantes como edad o sexo y siguiendo una estrategia de inclusión hacia atrás y con el método de estimación de máxima verosimilitud. Todos los análisis se han realizado con el programa estadístico SPSS, v.23.

## Resultados

En la tabla 1 se describen las características de la muestra. Había 26 pacientes citados para el programa que no lo iniciaron (pacientes “nuevos”), 153 pacientes estaban en tratamiento en el hospital y 132 en los CSMs. Un 48,3% acudían a grupos semanalmente. Un 77,7% de los sujetos estaban abstinentes previamente al confinamiento. Un 88,2% de la muestra estuvo confinada en el hogar sin salida y un 9,9% salieron por motivos laborales.

### Evolución del consumo durante el confinamiento

Del total de la muestra, 232 pacientes (76,1%) no modificaron la cantidad de consumo de alcohol, 23 pacientes (7,5%) comenzaron a consumir durante el confinamiento y 9 (3%) sujetos incrementaron la frecuencia o la cantidad de alcohol, mientras que 28 pacientes (9,2%) cesaron el consumo y 10 (3,3%) disminuyeron la cantidad o la frecuencia del consumo. Tres pacientes no cambiaron la frecuencia de consumo, pero aumentaron el uso de ansiolíticos (Tabla 1).

El incremento del consumo durante el confinamiento se asoció con el sexo femenino, el consumo en atracón, el consumo de cannabis y no estar en tratamiento grupal ni acudir a grupos telemáticos durante el confinamiento, así como con una mayor psicopatología durante el confinamiento. El consumo en solitario, consumo de cannabis y no estar en terapia grupal también se asoció con un cambio en el consumo a menor cantidad (Tablas 2 y 3).

Durante el confinamiento, 242 pacientes estaban abstinentes y 63 presentaban consumo activo. El consumo activo de alcohol se asoció con el sexo femenino, el consumo preferente en casa, el consumo de cannabis, no acudir a grupos telemáticos durante el confinamiento, así como una mayor comorbilidad psiquiátrica actual (Tabla 4).

Había 237 pacientes (77,7%) abstinentes previos al estado de confinamiento. Al comparar los 23 pacientes que recaen frente a los 214 que mantienen la abstinencia, los resultados son similares a los previos. La recaída en el consumo de alcohol se asoció con el sexo femenino, la posibilidad de salida por motivos laborales, el consumo de cannabis, no estar en terapia grupal, así como una mayor presencia de psicopatología durante el confinamiento (datos no mostrados).

De los 68 pacientes con consumo activo previo al confinamiento, 28 cesaron el consumo y 40 lo mantuvieron. Los que mantuvieron el consumo tenía un consumo preferencial en casa ( $n = 32$ , 91,4%,  $\chi^2 = 7,4$ ,  $p = 0,007$ ,  $OR = 6,4$ ,  $IC = 1,5-27,1$ ) y no estaban en tratamiento con disulfiram ( $n = 37$ , 94,9%,  $OR = 8,2$ ,  $IC = 1,6-42,7$ ).

En el análisis de los pacientes “nuevos”, citados para iniciar el programa pero aún no incluidos, había 26 sujetos, de los cuáles 19 eran varones. De ellos 5 (20%) presentaron un aumento del consumo, en algún caso muy importante (uno incrementó de 3 a 40 UBEs). Por el contrario, otros 5 pacientes (20%) cesaron el consumo. Dos de ellos con cuadros de abstinencia graves. Además 3 pacientes (12%) refirieron un descenso del consumo, en algún caso presentaban consumo solitario en casa y disminuyó el consumo por mayor supervisión de la pareja que estaba confinada en el hogar. Por último, 12 (48%) sujetos no establecieron cambios en el consumo. De estos pacientes “nuevos”, 7 de 25 (28%) refirieron presentar alteraciones psicopatológicas por el confinamiento, refiriendo fundamentalmente síntomas de ansiedad.

### Infecciones por Covid-19, ingresos hospitalarios y fallecimientos.

Un 1,6% de la muestra presentó infección por Covid-19 confirmada por test y 3,6% refirieron síntomas compatibles con Covid-19 sin realización de prueba confirmatoria y fueron seguidos por su médico de primaria en casa. Dos pacientes ingresaron por esta enfermedad. Hubo 4 fallecimientos del total de la muestra en estos meses evaluados, uno por infección de Covid-19 y descompensación simultánea de su hepatopatía, otros dos pacientes por la hepato-

**Tabla 1**  
*Características de la muestra*

N = 311 (%)		
Sexo	Varón	224 (72)
Edad	Media en años (d.e.) [Rango]	53,0 (9,8) [19-88 years]
	Mediana (RIQ)	54 (11)
Estado civil	Soltero	81 (26,7)
	Casado	129 (42,6)
	Separado	85 (28,1)
	Viudo	8 (2,6)
Convivencia	Familia propia	146 (48,2)
	Familia origen	75 (24,8)
	Sólo	57 (18,8)
	Otros	25 (8,2)
Estudios	Sin estudios	6 (2)
	Primarios	174 (58,6)
	Medios	79 (26,6)
	Universitarios	38 (12,8)
Situación laboral previa al confinamiento	Paro	77 (25,2)
	Incapacidad laboral	81 (26,6)
	Trabajo activo	77 (25,2)
	Jubilado	58 (29)
	Otros	12 (3,9)
Situación laboral durante confinamiento	Sin cambios	267 (87,5)
	ERTE	9 (3,0)
	Teletrabajo	11 (3,6)
	Paro	16 (5,2)
	Otros	2 (0,7)
Patología médica concomitante	No	109 (37,6)
	Hepatopatía	99 (34,1)
	Pancreatitis	7 (2,4)
	Cardiopatías	14 (4,8)
	Patología respiratoria	4 (1,4)
	Patología neurológica	7 (3,4)
	Otras	26 (9,0)
	Pluripatología	24 (8,3)
Comorbilidad psiquiátrica actual	No	118 (40,1)
	Trastornos del humor	54 (18,4)
	Trastornos de ansiedad	19 (6,5)
	Psicosis	7 (2,4)
	Deterioro cognitivo	11 (3,7)
	Trastornos de personalidad	34 (11,6)
	TDAH	6 (2,0)
	Ludopatía	6 (2,0)
	Otros	3 (1,0)
	Varios	36 (12,2)
Consumo actual de otras drogas	Si	182 (61,5)
	Tabaco	173 (58,6)
	Cannabis	19 (6,4)
	Cocaína	25 (8,4)
	Opiáceos	3 (1,0)
	Sedantes	8 (2,7)
	Otras	2 (0,7)
Patrón de consumo	Continuado	234 (79,1)
	Atracón	24 (8,1)
	Irregular	38 (12,8)
	Social	36 (12,8)
	Solitario	94 (33,5)
	Mixto	151 (53,7)
Lugares preferentes de consumo	Bar	53 (19)
	Casa	77 (27,6)
	Calle	6 (2,2)
	Bar y casa	99 (35,5)
	Bar y calle	17 (6,1)
	Casa y calle	11 (3,9)
	Bar, casa y calle	12 (4,3)
	Otros	4 (1,4)
Número de UBEs preconfinamiento	Media (d.e.) [Rango]	1,95 (6,0) [0-50]
	Mediana (RIQ)	0 (0)
Abstinencia previa	Abstinencia	237 (77,7)
	Consumo	68 (22,3)
Número de UBEs durante confinamiento	Media (d.e.) [Rango]	1,5 (5,3) [0-40]
	Mediana (RIQ)	0 (0)
Abstinencia postconfinamiento	Abstinencia	242 (79,3%)
	Consumo	63 (20,7%)
Número de UBEs habituales previo al tratamiento	Media (d.e.) [Rango]	20,9 (14,7) [4-120]
	Mediana (RIQ)	15 (20)
Tratamiento actual con disulfiram		138 (45,8)
En terapia grupal previo al confinamiento		150 (48,3)
En grupos por videoconferencia durante confinamiento		40 (13,3)
Tiempo en tratamiento (en meses)	Media (d.e.) [Rango]	26,7 (24,6) [0-100]
	Mediana (RIQ)	20 (35)
Infección por Covid-19, ingresos hospitalarios y fallecimientos	No	288 (94,7)
	Confirmado	5 (1,6)
	Con síntomas sin prueba confirmatoria	11 (3,6)
	Ingreso hospitalario por Covid	2 (0,7%)
	Ingresos por otros motivos	5 (1,6%)
	Fallecimientos durante el confinamiento	4 (1,3%)
Medidas aislamiento durante el confinamiento	Hogar sin salida	268 (88,2)
	Hogar con salida por motivos laborales	30 (9,9)
	Otros (ingresos, cuarentena domiciliaria)	6 (2,0)
Psicopatología por confinamiento	No	208 (68,4)
	Ansiedad	71 (23,4)
	Depresión	12 (3,9)
	Insomnio	8 (2,6)
	Miedo a enfermar	5 (1,6)
Cambios en el consumo durante confinamiento*	Sin cambios	232 (76,1)
	Cese consumo	28 (9,2)
	Inicio de consumo	23 (7,5)
	Menor consumo	10 (3,3)
	Mayor consumo	9 (3,0)
	Uso de sedantes en sustitución	3 (1,0)

*Nota.* d.e.: desviación estándar. RIQ: Rango intercuartil. ERTE: expediente de regulación temporal de empleo. TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. UBE: Unidad de Bebida Estándar. \*Seis pacientes no incluidos (4 por fallecimiento y 2 ingresados en ese periodo).

**Tabla 2**  
*Estudio comparativo según el cambio en el consumo durante el confinamiento*

		<b>No cambios N = 232 (%)</b>	<b>Aumento en consumo N = 32 (%)</b>	<b>Descenso en consumo N = 38 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> o test utilizado</b>	<b>p</b>
Edad (en años)	Media (d.e)	53,5 (9,2)	47,6 (11,7)	54,1 (10,9)	Kruskal- Wallis	0,06
	Mediana (RIQ)	55 (11)	49 (12)	53 (14)		
Sexo	Mujer	63 (27,2)	13 (40,6)	10 (26,3)	2,6	0,27
Estudios	No	4 (1,8)	0 (0)	2 (5,7)	12,4	0,05
	Primarios	137 (60,9)	13 (40,6)	21 (60,0)		
	Medios	60 (26,7)	10 (31,3)	7 (20,0)		
	Universitarios	24 (10,7)	9 (28,1)	5 (14,3)		
Situación laboral	Paro	56 (24,3)	8 (25,0)	12 (31,6)	20,7	0,05
	IL	72 (31,3)	4 (12,5)	5 (13,2)		
	Empleado	50 (21,8)	13 (40,7)	10 (26,3)		
	Jubilado	42 (18,3)	5 (15,6)	11 (28,9)		
	Otros	10 (4,3)	2 (6,3)	0 (0)		
Patrón de consumo	Continuo	184 (82,1)	19 (59,4)	30 (81,1)	9,5	0,05
	Atracón	15 (6,7)	8 (18,8)	3 (8,1)		
	Irregular	25 (11,2)	7 (21,9)	4 (10,8)		
Patrón de consumo	Social	30 (14,1)	2 (6,9)	4 (11,1)	10,3	0,035
	Solitario	60 (28,2)	14 (48,3)	18 (50,0)		
	Mixto	123 (57,7)	13 (44,8)	14 (38,9)		
En tratamiento con disulfiram		115 (50,0)	14 (43,8)	8 (22,2)	9,7	0,008
En terapia grupal previo al confinamiento		133 (65,5)	6 (25,0)	6 (20,0)	32,6	0,000
En grupos por videoconferencia durante el confinamiento		35 (15,3)	2 (16,3)	2 (5,6)	4,07	0,1
Presencia de psicopatología durante el confinamiento		60 (25,9)	18 (56,3)	15 (40,5)	14,0	0,001
Consumo actual de cannabis		9 (4,0)	6 (20,0)	4 (11,4)	12,8	0,002
Consumo actual de cocaína		14 (6,1)	6 (20,0)	4 (11,4)	7,3	0,026

Nota. d.e.: desviación estándar. RIQ: Rango intercuartil. IL: incapacidad laboral.

**Tabla 3**  
*Regresión multinomial según cambio del consumo durante confinamiento*

Categoría de referencia: Consumo sin cambios	Wald	gl	p	OR	IC al 95% de la OR	
					Límite inferior	Límite superior
Mayor consumo						
Interceptación	0,004	1	0,95			
Edad	1,97	1	0,16	0,95	0,89	1,02
Sexo (Varón)	4,59	1	0,03	4,12	1,13	15,06
Grupos de asociaciones (No)	5,72	1	0,02	0,07	0,01	0,62
Alteraciones psicopatológicas por confinamiento (No)	5,42	1	0,02	4,13	1,25	13,61
Cannabis (No)	7,09	1	0,01	17,04	2,11	137,33
En terapia grupal (si)	5,36	1	0,02	4,19	1,25	14,07
Patrón consumo (Atracción)	6,32	1	0,01	0,15	0,03	0,66
Patrón consumo (Irregular)	0,78	1	0,37	0,40	0,05	3,02
Patrón consumo (Solitario)	1,08	1	0,30	0,31	0,03	2,82
Patrón consumo (Mixto)	0,51	1	0,47	1,59	0,45	5,62
Estudios medios	6,32	1	0,01	0,12	0,02	0,63
Estudios universitarios	4,45	1	0,03	0,16	0,03	0,88
Menos cantidad						
Interceptación	0,000	1	0,99			
Edad	2,15	1	0,14	1,05	0,98	1,11
Sexo (Varón)	1,26	1	0,26	0,44	0,11	1,83
Grupos de asociaciones (No)	0,003	1	0,96	3,29E-6	4,08E-219	2,651E+207
Alteraciones psicopatológicas por confinamiento (No)	3,83	1	0,05	3,14	1,00	9,90
Cannabis (No)	15,46	1	0,00	88,01	9,44	820,30
En terapia grupal (si)	9,94	1	0,00	6,87	2,07	22,74
Patrón consumo (Atracción)	0,01	1	0,93	0,92	0,14	6,08
Patrón consumo (Irregular)	0,98	1	0,32	0,23	0,01	4,15
Patrón consumo (Solitario)	2,65	1	0,10	3,51	0,77	15,94
Patrón consumo (Mixto)	4,06	1	0,04	4,48	1,04	19,25
Estudios primarios	0,01	1	0,90	0,84	0,04	15,52
Estudios medios	0,26	1	0,61	0,58	0,07	4,58
Estudios universitarios	0,44	1	0,51	0,48	0,06	4,12

Nota. OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza. gl: grados de libertad. Logaritmo de la verosimilitud = 190,12. Chi = 97,3. Gl = 22. P = 0,000. Pseudo R cuadrado de Cox y Snell = 0,34.

**Tabla 4**  
*Modelo de regresión predictor de consumo durante el confinamiento*

Variables (Categoría de referencia)	Wald	gl	p	OR	IC al 95% para OR	
					Inferior	Superior
Sexo (Varón)	3,26	1	0,07	2,17	0,93	5,05
Cannabis (No)	4,26	1	0,04	4,37	1,08	17,74
Trastorno mental (no)	2,76	1	0,10	2,35	0,86	6,42
Grupos (Si)	10,63	1	0,001	4,27	1,78	10,23
Lugar de consumo(calle)	4,41	1	0,04	3,02	1,08	8,47
Grupos de Asociación(Si)	2,75	1	0,09	5,85	0,72	47,19
Constante	23,38	1	0,00	0,003		

Nota. OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza. gl: grados de libertad. Porcentaje de correcciones correctas: 83,9%. Logaritmo de la verosimilitud = 158,6. R cuadrado de Cox y Snell = 0,17. Chi cuadrado del modelo = 44,3. gl = 6. p = 0,000.

**Tabla 5**  
Presencia de alteraciones psicopatológicas relacionadas con el confinamiento

		No psicopatología N = 208 (%)	Presencia de psicopatología N = 96 (%)	X <sup>2</sup> o test utilizado	p	OR (IC 95%)
Edad	Medianas (RIQ)	55 (11)	52 (11)	U Mann-Whitney	0,006	
	Mujer	48 (23,1)	38 (39,6)	8,8	0,003	2,2 (1,3-3,7)
Patrón de consumo	Social	29 (15,3)	7 (7,8)	18,7	0,000	
	Solitario	48 (25,3)	46 (51,1)			
	Mixto	113 (59,5)	37 (41,1)			
Asistencia a terapia grupal		109 (61,9)	37 (44,6)	6,9	0,009	2,02 (1,2-3,4)
Comorbilidad psiquiátrica	No	102 (51,0)	14 (15,4)	70,3	0,000	
	Mood D	34 (17,0)	20 (22,0)			
	Anxiety D	4 (2,0)	15 (16,5)			
	Psychosis	6 (3,0)	1 (1,1)			
	Cog Imp	10 (5,0)	1 (1,1)			
	PD	23 (11,5)	10 (11,0)			
	ADHD	5 (2,5)	1 (1,1)			
	Gambling	3 (1,5)	3 (3,3)			
	Other	2 (1,0)	1 (1,1)			
Various	11 (5,5)	25 (27,5)				
Presencia de comorbilidad psiquiátrica		98 (49,0)	77 (84,6)	33,1	0,000	5,7 (3,0-10,8)

Nota. OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza. RIQ: rango intercuartílico. T: trastorno. DC: Deterioro cognitivo. TP: Trastorno de personalidad. TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

**Tabla 6**  
Modelo de regresión predictor de presencia de psicopatología durante el confinamiento

Variables (categoría de referencia)	Wald	gl	p	OR	IC al 95% de OR	
					Inferior	Superior
Sexo (Varón)	3,84	1	0,05	1,79	1,00	3,22
Trastorno Mental (No)	22,88	1	0,000	4,92	2,56	9,45
Cambios consumo (1)	6,38	1	0,01	2,99	1,28	6,99
Cambios consumo (2)	1,50	1	0,22	1,66	0,74	3,73
Constante	54,77	1	0,000	0,10		

Nota. OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza. gl: grados de libertad. Cambios de consumo (1): Incremento vs sin cambios. Cambios de consumo (2): Descenso vs sin cambios. Porcentaje de clasificaciones correctas: 71,2%. Logaritmo de la verosimilitud = 308,5. R cuadrado de Cox y Snell = 0,15. Chi cuadrado del modelo = 46,0. gl = 4. p = 0,000.

patía sin infección por Covid-19 y otro fallecimiento fue de otro paciente con hepatopatía, pero de causa desconocida (Tabla 1).

Se exploraron las alteraciones psicopatológicas relacionadas con la infección por Covid-19. Cinco pacientes no refirieron problemas, tres ansiedad, tres síntomas depresivos y uno insomnio. De estos pacientes, 3 presentaron duelo por el fallecimiento de algún familiar, habitualmente alguno de los padres.

### Alteraciones psicopatológicas relacionadas con el confinamiento

Mediante la entrevista telefónica se valoró la presencia y tipo de alteraciones psicopatológicas referidas por los pacientes. De estos, 208 (68,4%) no expresaron alteraciones psicopatológicas relevantes. Por el contrario, 96 (31,6%) expresaron diversas alteraciones que se agruparon según el síntoma predominante en: ansiedad en 71 casos (23,4%), depresión en 12 casos (3,9%), insomnio en 8 sujetos (2,6%) y miedo a enfermarse en 5 casos (1,6%). Diez pacientes

manifestaron una reacción de duelo por familiares fallecidos por el Covid-19.

Desglosando la sintomatología referida por los 96 pacientes, los más frecuentes fueron los síntomas de ansiedad (76 casos), en ocasiones en relación con conflictiva en la convivencia o acentuación de síntomas de ansiedad previos; los síntomas depresivos (incluyendo ánimo deprimido, apatía o recaída en un cuadro depresivo, en 25 casos), insomnio (29 sujetos), temor a contagiarse (8), intensos deseos de consumir (5), fluctuaciones bruscas del estado de ánimo (5), rumiaciones obsesivas (4), alteraciones de la alimentación (4), molestias físicas (4), preocupaciones hipocondríacas (3), miedo a salir (3), ideas de muerte (2), falta de concentración (2), agresividad (2), ilusiones visuales (1), ideas de perjuicio (1) o empeoramiento clínico por abandono de los psicofármacos por no ir a la farmacia (1).

La presencia de alteraciones psicopatológicas debidas al confinamiento se asoció con el sexo femenino, el incremento en el consumo de alcohol y, principalmente, con la presencia de comorbilidad psiquiátrica actual (Tablas 5 y 6).

## Discusión

Con nuestros datos no podemos concluir que el confinamiento sea un factor de riesgo para la recaída en el consumo en pacientes en tratamiento. La mayor parte de los pacientes se mantienen estables en su situación de consumo y pueden mantener la abstinencia. Sin embargo, sobre la cuarta parte de los sujetos presentan cambios en su consumo, tanto en el sentido de aumentarlo como de disminuirlo o de aprovechar la situación para el cese del consumo. Un 7,5% de pacientes presentaron una recaída durante los tres meses del confinamiento valorados. En general, se puede considerar que existen escasas recaídas en los pacientes en tratamiento estable pero posiblemente superior a lo habitual, así el porcentaje en nuestro programa de recaídas fue sobre el 20% durante todo el año previo (datos no publicados). Como hemos comentado, la idea de los especialistas en adicciones transmitida a través de los medios de comunicación es que sería esperable un incremento en el consumo por el estrés del confinamiento, llegándose a afirmar que el incremento ha sido muy intenso (Redacción Médica, 2020), pero, posiblemente, esto no es así para los pacientes ya en tratamiento, aunque es posible dicho incremento en bebedores sociales o bebedores considerados no problemáticos o adictos sin tratamiento o como sustitutivo de otras adicciones. De cualquier forma, el confinamiento también se ha visto como un refuerzo para mantenerse abstemio según Alcohólicos Anónimos (Redacción El Progreso, 2020). Al igual que nosotros, un estudio en fumadores deshabitados en un programa de tabaco en Lérída, observó que el confinamiento no incrementó las recaídas de forma destacada, aunque consideraba que podía aumentar el consumo en no deshabitados (Ricou, 2020). Un estudio en China,

a través de una encuesta online, observa que durante la pandemia del Covid-19 en su país, un 32% de los consumidores de alcohol incrementaron el consumo y un 19% de adictos al alcohol recayeron (Sun et al., 2020), cifras superiores a las nuestras, posiblemente indicando esas diferencias entre los adictos en tratamiento y los procedentes de la población general.

La exposición a situaciones altamente estresantes como los ataques terroristas, desastres naturales o accidentes se ha asociado a un aumento en los porcentajes de problemas con el consumo de alcohol en algunos estudios (Boscarino, Adams y Galea, 2006; Lebeaut, Tran y Vujanovic, 2020), pero no en otros (North, Kawasaki, Spitznagel y Hong, 2004; Shimizu et al., 2000). Por ello, es fundamental analizar cuáles son los factores que pueden determinar las diferencias encontradas en estos estudios. La exposición al SARS en China en 2003 implicó un aumento en los problemas relacionados con el consumo de alcohol y se asoció con haber estado trabajando como personal sanitario durante la epidemia (Wu et al., 2008). Se identificaron como factores de riesgo un mayor grado de exposición al virus y haber tenido que ser aislado como consecuencia del mismo. Además, se identificó una relación dosis-respuesta entre la intensidad de la exposición al virus y los síntomas de dependencia de alcohol a largo plazo (Wu et al., 2008). Sin embargo, en relación a la pandemia por Covid-19, se reconoce que existen escasos datos sobre el posible aumento del consumo como consecuencia del confinamiento (García-Álvarez, de la Fuente-Tomás, Sáiz, García-Portilla y Bobes, 2020).

Por lo tanto, nuestros datos son pioneros en este sentido, indicando que existen escasas recaídas en pacientes en tratamiento estable y aporta información sobre los sujetos más vulnerables en este sentido. Así, el patrón de consumo, el sexo, el consumo de otras drogas, la comorbilidad psiquiátrica y el tipo de tratamiento recibido son relevantes. Por lo tanto, en situaciones similares de confinamiento en el hogar, hay que prestar especial atención a aquellos dependientes de alcohol que son mujeres, con consumo solitario y prioritario en casa o con consumo no diario o con consumo concomitante de otras sustancias como cannabis o cocaína y presentan comorbilidad psiquiátrica, fundamentalmente trastornos del humor y de ansiedad. Además, los pacientes en tratamiento grupal y aquellos que mantenían terapia grupal por videoconferencia en las asociaciones de mutua ayuda tienen menor riesgo de consumo durante esta situación, lo que subraya la importancia de establecer medidas de este tipo, aunque también puede estar indicando una selección de pacientes de mejor pronóstico por una mayor motivación e implicación en el tratamiento.

Curiosamente, alguno de esos factores de riesgo para el incremento del consumo, parecen también relacionados con el descenso de este, así el consumo de cannabis y no estar en terapia grupal se asoció con dicho descenso, sin que exista una explicación clara de esta situación. De cualquier

forma, los pacientes que cesaron el consumo eran aquellos con más consumo fuera del hogar. El consumo de cannabis y cocaína se asociaron tanto con el incremento como el descenso del consumo de alcohol durante el periodo analizado, de todas formas estuvo más asociado al incremento y había pocos sujetos con consumos concomitantes y así se refleja en los intervalos de confianza de la OR tan amplios.

Los sujetos que cesan el consumo constituyen otra población vulnerable por el riesgo de abstinencia complicada, agravado por la dificultad y el temor al acceso a los servicios sanitarios. Así, por ejemplo, dos de nuestros pacientes que iban a iniciar el tratamiento presentaron cuadros de abstinencia graves al dejar el consumo bruscamente. Por lo tanto, es necesario informar a los pacientes de este riesgo y tener recursos asistenciales para este tipo de complicaciones. Así, ya se ha descrito previamente el aumento de los cuadros de abstinencia graves en esta situación (Narasimha et al., 2020).

Por el tamaño muestral no podemos concluir si la cifra de infectados por Covid-19 y fallecimientos es diferente de la esperada, pero parece que los pacientes graves desde el punto de vista somático (hepatopatías) pueden constituir una población vulnerable en estas circunstancias por la mayor dificultad de acceso a los recursos sanitarios. En nuestro caso, los 4 fallecidos durante este periodo eran sujetos con hepatopatías graves, aunque hay que tener en cuenta el elevado porcentaje de pacientes con este cuadro que está en nuestro programa. Un 5,2% de la muestra tuvo infección por Covid-19 o un cuadro sugerente. Según los datos de la Consejería de Sanidad de Madrid con fecha 31 de mayo de 2020, 308.110 pacientes estaban en seguimiento en la Comunidad de Madrid por atención primaria por posible Covid-19 y había 9.064 fallecidos en los hospitales por este motivo (Dirección General de Salud Pública, 2020). Por lo que si consideramos la población total de la Comunidad de Madrid, daría un porcentaje similar al obtenido por nosotros. De cualquier forma, en nuestra muestra había un elevado porcentaje de sujetos que no tenían que salir por motivos laborales y, por tanto, estaban poco expuestos.

Respecto a las alteraciones psicopatológicas asociadas al confinamiento en esta población hay que destacar su estrecha asociación con la presencia previa de comorbilidad psiquiátrica más que a otros factores asociados al consumo de alcohol. Por lo tanto, la presencia de comorbilidad psiquiátrica indica otro grupo de población que requiere mayor supervisión profesional por una mayor vulnerabilidad a complicaciones en esta situación. De cualquier forma, el aumento de psicopatología también estuvo asociada a un incremento en el consumo, aunque no podemos establecer si es causa o consecuencia uno de otro. También fueron más frecuentes entre mujeres que, además, tenían mayor comorbilidad psiquiátrica, mayor consumo en solitario, en casa y mayor incremento en el consumo. Por lo tanto, las mujeres son otro grupo de población de mayor vulnerabilidad en esta situación.

Las manifestaciones más frecuentes en nuestros pacientes fueron los síntomas de ansiedad. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo con una amplia muestra de población general española, se ha observado cómo durante las primeras semanas de confinamiento las respuestas emocionales más frecuentes fueron los síntomas depresivos (46,7%) y, en contra de lo esperado, los síntomas de ansiedad fueron los menos frecuentes, afectando al 6,1% de la población (García-Álvarez et al., 2020). No sabemos si las respuestas de los sujetos adictos pueden ser diferentes al resto de población no adicta pero no parece ser la explicación de la discrepancia de los datos. Además, se ha señalado que los efectos psicológicos del confinamiento parecen incrementarse con el paso de los días (García-Álvarez et al., 2020) y en ciertos grupos vulnerables de la población, tales como el personal sanitario (Bai et al., 2004; Maunder et al., 2003), personas con enfermedades somáticas o personas con un trastorno mental, más concretamente, depresión, ansiedad o trastorno bipolar (García-Álvarez et al., 2020). De igual forma, el consumo de sustancias también se considera un factor de vulnerabilidad (Pfefferbaum y North, 2020). Entre las respuestas más frecuentes del confinamiento se ha planteado que podrían estar el estrés, depresión, irritabilidad, insomnio, miedo, confusión, enfado, frustración, aburrimiento o estigma, y además, existe una preocupación acerca de que esos síntomas puedan persistir tiempo después de ese período de cuarentena (Brooks et al., 2020). Además, también se ha señalado que tales medidas podrían tener un impacto notable sobre el incremento de riesgo suicida en la población (García-Álvarez et al., 2020; Reger, Stanley y Joiner, 2020). Dado el riesgo de estas manifestaciones se ha señalado la relevancia de enfatizar el aumento de la resiliencia para afrontar el estrés impuesto por la epidemia y se han ofrecido recomendaciones al respecto (Vinkers et al., 2020).

Así pues, con nuestros datos no podemos extraer conclusiones sobre el consumo en adictos o en consumidores habituales sin tratamiento. Se ha planteado que las personas sometidas a situaciones de estrés como el confinamiento, recurren con mayor frecuencia al consumo de sustancias para aliviar las emociones negativas (García-Álvarez et al., 2020), sin embargo, no disponemos de datos al respecto. Tampoco se dispone de información de lo que puede haber ocurrido con el consumo de alcohol en los más jóvenes.

Por lo tanto, los recursos asistenciales de adictos deben de tener en cuenta los sujetos más vulnerables y que pueden requerir mayor atención sanitaria, como serían los pacientes con problemas médicos graves, los adictos graves que quieren dejar de consumir por el riesgo de abstinencias complicadas, los adictos con menos recursos terapéuticos para afrontar situaciones de riesgo (no acuden a terapia grupal o no están en grupos de autoayuda), las mujeres adictas y los dependientes de alcohol con comorbilidad psiquiátrica por el riesgo de empeoramiento de su psicopatología.

Dentro de las limitaciones del trabajo señalar que la detección del consumo y las recaídas puede estar infravalorada dada la frecuencia de ocultamiento sobre el consumo por parte de los pacientes, aunque se entrevistó a los familiares y cuando existían indicios de sospecha sobre el consumo se citaban presencialmente para hacer controles de alcohol espirado, además se volvió a revalorar al paciente de forma presencial durante los meses de mayo y junio de 2020. Igualmente la valoración psicopatológica fue a través de la entrevista telefónica sin usar unos instrumentos estandarizados, pero con el propósito de valorar lo que espontáneamente refería el paciente. Por último, clasificar los patrones o los lugares de consumo es complicado dado que no existen patrones puros, sino más bien predominio de un tipo de consumo sobre otro.

Por otro lado, es conveniente valorar el riesgo de recaída durante el proceso de desconfinamiento, algo que fuimos observando durante el seguimiento de nuestros pacientes pero que no está analizado. Es posible que el riesgo de recaídas para los pacientes en tratamiento pueda ser mayor en este periodo que durante el periodo de confinamiento.

## Financiación

El trabajo actual no ha recibido financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en relación con este estudio.

## Referencias

- Alexander, G. C., Stoller, K. B., Haffajee, R. L. y Saloner, B. (2020). An epidemic in the midst of a pandemic: Opioid use disorder and COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 173, 57-58. doi:10.7326/M20-1141.
- Anmella, G., Arbelo, N., Fico, G., Murru, A., Llach, C. D., Madero, S.,... Pintor, L. (2020). COVID-19 inpatients with psychiatric disorders: Real-world clinical recommendations from an expert team in consultation-liaison psychiatry. *Journal of Affective Disorder*, 274, 1062-67. doi:10.1016/j.jad.2020.05.149.
- Arana, I. (25/05/2020). El encierro cuando tu enemigo es el alcohol. *El País*. <https://www.elpais.com>.
- Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M. y Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatry Service*, 55, 1055-1057. doi:10.1176/appi.ps.55.9.1055.
- Bazaga, J. D. (24/05/20). Adicciones, temor frente a la desescalada. *Diario de Burgos*. <https://www.diariodeburgos.es>.
- Boscarino, J. A., Adams, R. E. y Galea, S. (2006). Alcohol use in New York after the terrorist attacks: A study of the effects of psychological trauma on drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 31, 606-621. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.035.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Bustelo, M. F. (24/04/2020). Alertan de los riesgos derivados del aumento de consumo de alcohol durante el confinamiento. *Diario Médico*. <https://www.diariomedico.com>.
- Chick, J. (2020). Alcohol and COVID-19. *Alcohol and Alcoholism*, 55, 341-342. doi:10.1093/alcalc/agaa039.
- Correa, J. y Redolar-Ripoll, D. (2020). Epidemiological data from the COVID-19 outbreak in Spain for the promotion of tobacco smoking cessation policies. *Tobacco Use Insights*, 13, 1-2. doi:10.1177/1179173X20924028.
- Dietze, P. M. y Peacock, A. (2020). Illicit drug use and harms in Australia in the context of COVID-19 and associated restrictions: Anticipated consequences and initial responses. *Drug and Alcohol Review*, 39, 297-300. doi:10.1111/dar.13079.
- Dirección General de Salud Pública. (2020). *Datos Covid-19 Comunidad de Madrid 31/05/2020*. <https://www.comunidad.madrid/coronavirus>.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020). *EMCDDA update on the implications of COVID-19 for people who use drugs (PWUD) and drug service providers*. <https://www.emcdda.europa.eu>.
- E. P. (28/03/2020). Los efectos del aislamiento en las personas con adicciones. *La Gaceta de Salamanca*. <https://www.lagacetadesalamanca.es>.
- Fuentes, V. (20/04/2020). Adicciones en cuarentena: El consumo no social del alcohol se destapa. *Público*. <https://www.publico.es>.
- García-Álvarez, L., Fuente-Tomás, L., Sáiz, P., García-Portilla, M. y Bobes, J. (2020). ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *Adicciones*, 32, 85-89. doi:10.20882/adicciones.1546.
- Ghosh, A., Roub, F. y Bisaga, A. (2020). Drug treatment of SARSCov2: Potential effects in patients with substance use disorders (SUD). *Journal of Psychosomatic Research*, 135, 110159. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110159.
- Hipólito, L. (31/03/2020). Nuestro aislamiento de hoy, ¿nuestro alcoholismo de mañana? *Las Provincias*. <https://www.lasprovincias.es>.
- Instituto de Adicciones. Madrid Salud. (2020). *Actuaciones crisis Covid-19 Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid Marzo-Mayo 2020*. <https://www.madridsalud.es>.
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J. y Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated

- ted due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, e2016048. doi:10.4178/epih.e2016048.
- Jiang, H., Su, H., Zhang, C., Liu, X., Li, R., Zhong, N. y Zhao, M. (2020). Challenges of methadone maintenance treatment during the COVID-19 epidemic in China: Policy and service recommendations. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 136-137. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.03.018.
- Laporte, J. L. y Healy, D. (2020). In the Midst of the SARS-CoV-2 pandemic, caution is needed with commonly used drugs that increase the risk of pneumonia. *Medications-Compromising-Covid-Infections*. <https://rxisk.org/wp-content/uploads/2020/04/Medications-Compromising-Covid-Infections-.pdf>.
- Lebeaut, A., Tran, J. K. y Vujanovic, A. A. (2020). Posttraumatic stress, alcohol use severity, and alcohol use motives among firefighters: The role of anxiety sensitivity. *Addictive Behaviors*, 106, 106353. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106353.
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T. y Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123-127. doi:10.1016/j.comppsy.2018.10.003.
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M.,... Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1245-1251.
- Marsden, J., Darke, S., Hall, W., Hickman, M., Holmes, J., Humphreys, K.,... West, R. (2020). Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction*, 115, 1007-1010. doi:10.1111/add.15080.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Gabinete de Prensa. (2020). *Sanidad advierte de que los supuestos efectos protectores de la nicotina frente a la COVID-19 no tienen evidencia científica*. <https://www.msrebs.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?metodo=detalle&id=4897>.
- Mota, P. (2020). Avoiding a new epidemic during a pandemic: The importance of assessing the risk of substance use disorders in the COVID-19 era. *Psychiatry Research*, 290, 113142. doi:10.1016/j.psychres.2020.113142.
- Mungmungpantipantip, R. y Wiwanitkit, V. (2020). Sharing alcoholic drinks and a COVID-19 outbreak. *Alcohol and Alcoholism*, 55, 343. doi:10.1093/alcalc/aga028.
- Narasimha, V. L., Shukla, L., Mukherjee, D., Menon, J., Huddar, S., Kumar, U.,... Murthy, P. (2020). Complicated alcohol withdrawal - an unintended consequence of COVID-19 lockdown. *Alcohol and Alcoholism*, 55, 350-353. doi:10.1093/alcalc/aga042.
- North, C. S., Kawasaki, A., Spitznagel, E. L. y Hong, B. A. (2004). The course of PTSD, major depression, substance abuse, and somatization after a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 823-829. doi:10.1097/01.nmd.0000146911.52616.22.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2020a). Declaración de pandemia. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2020b). Declaración de la OMS: Consumo de tabaco y Covid 19. <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>.
- Ornell, F., Ferreira, H., Nichterwitz, J., Pechansky, F., Kessler, F. y von Diemen, L. (2020). The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment. *Psychiatry Research*, 289, 113096. doi:10.1016/j.psychres.2020.113096.
- Osalde. Asociación por el derecho a la salud. (2020). *Apooyo frente a las adicciones durante esta epidemia de coronavirus*. <http://www.osalde.org>.
- Pascual, F., Isorna, M., Carvalho, N., Carvalho, F. y Arias, F. (2020). Cannabis terapéutico y COVID-19: Entre el oportunismo y la intoxicación. *Adicciones*, 32, 167-172. doi:10.20882/adicciones.1603.
- Pfefferbaum, B. y North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383, 510-512. doi:10.1056/NEJMp2008017.
- PND. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2020). *Dossier bibliográfico sobre Covid-19. Drogodependencias y adicciones. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (DGPNSD)*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/>.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE-A-2020-3692. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>.
- Redacción El Progreso. (31/03/2020). Alcohólicos Anónimos ve en el confinamiento un refuerzo para mantenerse abstemio. *El Progreso*. <https://www.elprogreso.es>.
- Redacción Europa Sur. (4/05/2020). Coronavirus Cádiz: Alertan de que el consumo de alcohol se ha disparado en la cuarentena. *Europa Sur*. <https://www.europasur.es>.
- Redacción Farmacosalud.com. (25/03/2020). Confinamiento por coronavirus: Menos riesgo de iniciarse en adicciones, más riesgo de agravarlas. *Farmacosalud*. <https://farmacosalud.com/confinamiento-por-coronavirus-menos-riesgo-de-iniciarse-en-adicciones-mas-riesgo-de-agravarlas/>.
- Redacción Infosalus. (30/03/2020). Adicciones y coronavirus: Cómo el aislamiento puede incrementar el riesgo de recaída. *Infosalus*. <https://www.infosalus.com>.
- Redacción La Voz de Galicia. (28/03/2020). Estamos atendiendo a más clientes porque los bares están cerrados. *La Voz de Galicia*. <https://www.lavozdegalicia.es>.

- Redacción La Vanguardia. (28/3/2020). El confinamiento, mala compañía para adictos en tratamiento. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com>.
- Redacción Médica. (25/06/2020). Expertos avisan de que en el confinamiento ha aumentado el consumo de alcohol y fármacos por la falta de drogas. *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com>.
- Reger, M. A., Stanley, I. H. y Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019-A perfect storm? *JAMA Psychiatry*, 77, 1093-1094. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060.
- Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C.,... Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*, 39, 301-304. doi:10.1111/dar.13074.
- Reynolds, J. y Wilkinson, C. (2020). Accessibility of 'essential' alcohol in the time of COVID-19: Casting light on the blind spots of licensing? *Drug and Alcohol Review*, 39, 305-308. doi:10.1111/dar.13076.
- Ricou, J. (13/5/2020). ¿Han recaído los exfumadores por el estrés del confinamiento? Un estudio pionero lo ha investigado. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com>.
- Servicio Madrileño de Salud. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. (2020). *Guía de actuaciones en psiquiatría, salud mental y apoyo psicosocial en la pandemia por covid19 marzo-mayo 2020*. <https://psiquiatriaclinica.es/wp-content/uploads/2020/04/01-Comunidad-general-31-Marzo-Gu%C3%ADa-PSQySM-COVID19.pdf>.
- Shimizu, S., Aso, K., Noda, T., Ryukei, S., Kochi, Y. y Yamamoto, N. (2000). Natural disasters and alcohol consumption in a cultural context: The Great Hanshin Earthquake in Japan. *Addiction*, 95, 529-536. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.9545295.x.
- Sociedad Española de Patología Dual. (2020). *SEPD y COVID-19*. <http://www.patologiadual.es/formacion/sepd-covid-19/>.
- Socidrogalcohol. (2020). *El Plan Nacional sobre Drogas agradece el análisis y propuestas expresadas por Socidrogalcohol en la situación de pandemia*. <https://socidrogalcohol.org/el-plan-nacional-sobre-drogas-agradece-el-analisis-y-propuestas-expresadas-por-socidrogalcohol-en-la-situacion-de-pandemia/>.
- Sun, Y., Li, Y., Bao, Y., Meng, S., Sun, Y., Schumann, G.,... Shi, J. (2020). Brief report: Increased addictive Internet and substance use behavior during the COVID-19 pandemic in China. *American Journal on Addictions*, 29, 1055-10496. doi:10.1111/ajad.13066.
- Testino, G. (2020). Are patients with alcohol use disorders at increased risk for Covid-19 infection? *Alcohol and Alcoholism*, 55, 344-346. doi:10.1093/alcalc/aga037.
- Trujillo, I. (22/4/2020). ¿Es la nicotina un antídoto eficaz frente al coronavirus? *La Razón*. <https://www.larazon.es>.
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *Suggestions about treatment, care and rehabilitation of people with drug use disorder in the context of the COVID-19 pandemic*. <https://www.unodc.org/ropan/en/suggestions-about-treatment--care-and-rehabilitation-of-people-with-drug-use-disorder-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic.html>.
- Vardavas, C. I. y Nikitara, K. (2020). COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco Induced Diseases*, 20, 1-4.
- Vecchio, S., Ramella, R., Drago, A., Carraro, D., Littlewood, R. y Somaini, L. (2020). COVID19 pandemic and people with opioid use disorder: Innovation to reduce risk. *Psychiatry Research*, 289, 113047. doi:10.1016/j.psychres.2020.113047.
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K.,... van der Wee, N. J. A. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.05.003.
- Volkow, N. D. (2020). Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Annals of Internal Medicine*, 173, 61-62. doi:10.7326/m20-1212.
- Wang, B., Kovalchuk, A., Li, D., Ilnytsky, Y., Kovalchuk, I. y Kovalchuk, O. (2020). In search of preventative strategies: Novel anti-inflammatory high-CBD cannabis sativa extracts modulate ACE2 expression in COVID-19 gateway tissues. *Preprints*, 2020040315. doi:10.20944/preprints202004.0315.v1.
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z.,... Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and Alcoholism*, 43, 706-712. doi:10.1093/alcalc/agn073.
- Yoon, M. K., Kim, S. Y., Ko, H. S. y Lee, M. S. (2016). System effectiveness of detection, brief intervention and refer to treatment for the people with post-traumatic emotional distress by MERS: A case report of community-based proactive intervention in South Korea. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 51. doi:10.1186/s13033-016-0083-5.

