

# Efecte socioeconòmic del consum d'alcohol i tabac en els joves a partir de la pandèmia COVID-19

Nom de l'estudiant: Núria Parolini Casanovas

Nom del tutor/a: Aleksander Kucel

Dilluns 6 de juny del 2022

## MEMÒRIA DEL TREBALL FINAL DE GRAU

---

**Curs: 2021-2022**

**Estudis: Màrqueting i Comunitats Digitals**

## **Resum executiu**

El consum i les conductes de risc relacionades amb l'alcohol i el tabac entre els joves, constitueixen un dels majors problemes de la salut pública física i psicològica actuals, ja que s'incien cada cop més aviat i ho fan en quantitats majors. Així mateix, la pandèmia ha suposat un canvi en l'estil de vida que ha influenciat en els hàbits i el comportament dels consumidors. La present investigació se centra en el consum d'alcohol i tabac en els joves a partir de la pandèmia COVID-19. La finalitat és identificar si a partir de la pandèmia, el consum ha variat i quina relació existeix amb el nivell socioeconòmic. L'objectiu és aplicar els coneixements obtinguts en una campanya de màrqueting social en cas que es produeixi una altra crisi sanitària, per preveure els efectes sanitaris, psicològics i socioeconòmics.

## **Abstract**

Consumption and risk behavior related to alcohol and tobacco among young people are the biggest public mental and physical health problems because they are starting consumption more and more quickly and in larger quantities. The pandemic has also changed their lifestyle and has influenced consumer habits and behavior. This research focuses on alcohol and tobacco consumption in young people from the COVID-19 pandemic. The aim is to identify whether, from the pandemic, consumption has varied and what relationship exists with the socio-economic level. The objective is to apply the knowledge obtained in a future social marketing campaign or in another health crisis, to anticipate health, psychological and socio-economic effects.

## **Resumen ejecutivo**

El consumo y las conductas de riesgo relacionadas con el alcohol y el tabaco entre los jóvenes constituyen uno de los mayores problemas de la salud física y mental pública actuales, ya que cada vez más bien y lo hacen en cantidades mayores.

Así mismo, la pandemia ha supuesto un cambio en el estilo de vida que ha influenciado en los hábitos y el comportamiento de los consumidores. La presente investigación se centra en el consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes a partir de la pandemia COVID-19. La finalidad es identificar si a partir de la pandemia, el consumo ha variado y qué relación existe con el nivel socioeconómico. El objetivo es aplicar los conocimientos obtenidos en una campaña de marketing social en caso de que se produzca otra crisis sanitaria, para prever los efectos sanitarios, psicológicos y socioeconómicos.

## Índex

1.	Rellevància científica del tema.....	6
2.	Marc teòric.....	9
2.1.	Evolució de la pandèmia COVID-19 .....	9
2.2.	Hàbits de consum d'alcohol i tabac a partir de la pandèmia COVID-19.....	10
2.3.	Consum i malestar psicològic .....	11
2.4.	Nivell socioeconòmic i consum.....	11
2.5.	Entorn social i consum.....	12
2.6.	Teoria de l'Autocontrol.....	12
2.7.	Concepte de distància temporal i Teoria del Nivell Constructiu .....	13
2.8.	Teoria de l'Autodeterminació .....	13
2.9.	Teoria de la representació social.....	14
2.10.	Conclusió .....	15
3.	Objectius de la investigació.....	16
4.	Metodologia.....	17
4.1.	Definició de població.....	17
4.2.	Càlcul de la mida de la mostra .....	18
4.3.	Tècnica de mostreig .....	19
4.4.	Recol·lecció de dades .....	19
4.4.1.	Dades secundàries .....	19
4.4.2.	Dades primàries.....	19
4.4.3.	Disseny del qüestionari.....	19
4.5.	Tècnica d'anàlisi de dades .....	20
5.	Resultats .....	22
5.1.	Anàlisi descriptiu .....	22
5.2.	Anàlisi de dades .....	37
6.	Conclusió.....	41
6.1.	Conclusions generals .....	41
6.2.	Recomanacions .....	42

6.3. Limitacions.....	43
7. Webgrafia.....	44
8. Annex.....	50
Annex 1. Qüestionari en castellà.....	50

## Índex de taules i gràfics

Taula 1: Resum de les teories més rellevants.....	16
Taula 2: Estadístiques descriptives.....	22
Gràfic 1. Nivell d'estudis.....	23
Gràfic 2. Nivell d'estudis dels pares.....	23
Gràfic 3. Situació laboral.....	23
Gràfic 4. Nivell d'ingressos.....	24
Gràfic 5. Modalitat d'estudi a partir de la pandèmia COVID-19.....	25
Gràfic 6. Preferències d'estudi a partir de la pandèmia COVID-10.....	25
Gràfic 7. Distanciament físic i social a partir de la pandèmia COVID-19.....	26
Gràfic 8. T'has tornat més solitari a partir de la pandèmia COVID 19?.....	26
Gràfic 9. Motiu pel qual s'han tornat més solitaris a partir de la pandèmia COVID-19.....	27
Taula 3: Models de regressió lineal múltiple sobre de canvis del consum de l'alcohol.....	28
Taula 4: Models de regressió lineal múltiple dels canvis de consum del tabac.....	32
Gràfic 11. Comparativa de la prevalença d'alcohol entre 2019 i 2022.....	37
Gràfic 12. Comparativa de la prevalença de tabac entre 2019 i 2022.....	39

## 1. Rellevància científica del tema

El consum d'alcohol i tabac és un hàbit social i cultural que, per tant, està normalitzat en la nostra societat actual (Casswell et al., 2003), sobretot entre els joves que són més vulnerables davant de la inquietud i curiositat per descobrir noves substàncies i experiències (Arjonilla et al., 2000).

L'any 2020, les drogues legals més consumides entre els joves van ser, en primer lloc, l'alcohol i en segon, el tabac. Aquestes, suposen un alt factor de risc de mortalitat i poden arribar a causar addicció, lesions i malalties cardiovasculars, neuropsiquiàtriques o hepàtiques entre altres (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones & Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2021). Durant el 2016 per exemple, l'alcohol va ser el principal factor de risc de mort entre les persones de 15 i 49 anys, causant un 3,8% de defuncions en dones i un 12,2% en homes. A més, en els joves d'entre 20 i 24 anys, la proporció de mortalitat va ser major, essent de 26,7% en homes i de 14,2% en dones (Griswold et al., 2018). Respecte al consum de tabac, el 39,4% del grup d'edat de 15 a 65 anys ha fumat durant l'últim any, el 36,8% l'últim mes i el 32,3% ho ha fet a diàriament (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones & Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2021).

Tanmateix, provoca conductes de risc com per exemple, accidents de tràfic o violència que afecten tercers (Tristán et al., 2021) i, una de les principals conseqüències pels joves, és la pèrdua de la feina que repercuteix en el desenvolupament econòmic i a la productivitat del país (Gakidou et al., 2017).

Per aquest motiu l'estudi se centrarà en el consum d'alcohol i tabac en els joves d'entre 18 a 25 anys, perquè són els més exposats als riscos.

Addicionalment, la literatura relaciona el consum de drogues amb la situació socioeconòmica (Kenkel et al., 1994) i, per tant, amb el nivell d'educació, d'ingressos i d'ocupació, que són els factors determinants (Galobardes et al., 2006). S'ha vist que com menor és el nivell socioeconòmic, major és el risc, la quantitat i freqüència de consum (Cutler & Lleras-Muney, 2010) i, la probabilitat de patir alguna malaltia atribuïda a l'excés d'alcohol (Jones et al., 2015). Per tant, una mala condició socioeconòmica està correlacionada amb el consum excessiu (Cummins et al., 1981 Knupfer, 1989). Altres estudis suggereixen la possibilitat que l'abús d'alcohol podria causar un nivell d'ingressos i educació més baix (Cook & Moore, 1993) i per aquest fet, més desigualtats (Mullahy & Sindelar, 1995). S'estima a més, que els alcohòlics fan aproximadament un

any i mig menys d'escolarització que les persones sense problemes d'alcohol. Pel que fa al tabac, aquest està socialment més acceptat entre les persones que tenen condicions socioeconòmiques baixes (Télez Mosquera & Cote Menéndez, 2006). Tanmateix, els més desafavorits tenen més dificultats per deixar de fumar davant dels programes de prevenció i intervenció pel suport social que resulten ser menys eficaços per aquest grup (Hiscock et al., 2012).

Respecte a les diferències de gènere, un estudi realitzat a 15 països revela que les dones de tercer nivell educatiu o superior tenen més probabilitat d'exercir el consum excessiu d'alcohol (Bloomfield et al., 2006). Aleshores, el nivell d'ingesta d'alcohol varia i depèn del nivell educatiu i del gènere sobretot del context de l'individu o llar (Meneses et al., 2019).

Altrament, malgrat les anteriors evidències, una de les motivacions és que continua havent-hi incertesa en la relació que hi ha entre el nivell socioeconòmic i el consum d'alcohol i tabac. En diversos estudis de població general, es va demostrar que l'educació estava associada negativament amb el consum d'ambdues substàncies (Cummins et al., 1981; Knupfer, 1989). Al contrari, en altres es veia una relació negativa entre el consum d'alcohol i el nivell socioeconòmic en els homes i una relació positiva per les dones (van Oers et al., 1999), una relació negativa per als homes, cap relació per les dones (Tenconi et al., 1992) o; cap relació pels homes i una relació positiva per les dones (Marmot, 1997).

Una altra motivació és el buit d'informació que hi ha relacionant el nivell socioeconòmic amb el consum d'alcohol i tabac en el context de la pandèmia COVID-19, ja que és un fenomen relativament recent que ha afectat de diferent manera segons el context, és a dir, del nivell de vida, de salut i de la disponibilitat de recursos de cada país (Ballena et al., 2021).

Un altre interès és veure com s'han alterat els patrons de consum Koos et al. (2017) ja va demostrar que en un context de recessió econòmica, les persones canvien i adapten els seus patrons de compra per cobrir les seves emocions negatives. Com bé sabem, la pandèmia ha causat malestar psicològic, llavors la ingesta d'alcohol i tabac hauria augmentat per evadir-les. A més a més, (Kemp et al., 2014) afirma que en un context de crisi econòmica o desastre natural, augmenta la freqüència de compra, la quantitat, la varietat i la despesa mitjana d'aquestes substàncies per la reducció de l'autocontrol.

La finalitat és identificar si a partir de la pandèmia, el consum ha variat i quines han sigut les causes per crear una campanya de màrqueting social preventiva. Per aquest motiu es farà una anàlisi socioeconòmica i de comportament de consum que requereix aprofitar els recursos disponibles i obtenir noves dades.

Continuant sobre aquest punt, el màrqueting social es defineix com un procés de planificació de programes que aplica conceptes i tècniques de màrqueting comercial amb l'objectiu de promoure un canvi voluntari del comportament. La seva funció és facilitar l'acceptació, el rebuig, la modificació, l'abandonament o el manteniment de determinats comportaments per part d'un públic objectiu, en aquest cas en els joves d'entre 18 i 25 anys (S. Grier & Bryant, 2005). Per exemple, el Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA (USDHHS) entre altres organitzacions governamentals i sense ànim de lucre, ha utilitzat el màrqueting social per augmentar el consum de fruites i verdures, per disminuir el consum de greixos i per promoure l'activitat física (S. Grier & Bryant, 2005).

És rellevant conèixer el perfil del públic objectiu, tant en trets característics com en necessitats per dissenyar una campanya i una planificació estratègica de màrqueting social coherent que s'adapti als beneficis esperats i als costos entre altres factors ((Andreasen, 1995). Si bé és cert, una de les vies per gestionar el comportament de la societat és la creació d'una llei o política, però això no assegura que els ciutadans trobin interès a canviar (Rothschild, 1999). Per exemple, a final dels 80, el govern va incrementar els impostos especials sobre l'alcohol, va exigir als fabricants de posar etiquetes d'avis i van establir l'edat mínima legal per beure de 21 anys (Kenkel et al., 1994).

En aquest cas, el màrqueting social es converteix en una eina per alterar la conducta de l'entorn per fer que segueixin el comportament de salut recomanat comunicant el benefici més favorable per l'audiència objectiu (Rothschild, 1999). Per tant, un altre repte és que la comercialització social sigui més acceptada en l'àmbit sanitari públic i que el màrqueting social es vegi com una eina d'intervenció per prevenir la mala qualitat de salut.

Un altre punt important és l'evolució de les organitzacions de salut pública cap a una mentalitat enfocada al màrqueting amb el propòsit d'aconseguir subvencions, recursos per desenvolupar estratègies de màrqueting que es basin en evidències i avaluar els projectes de comercialització per determinar la seva eficàcia (Rothschild, 1999).

Amb referència a les qüestions ètiques, el màrqueting social així com la comercialització de productes socials i idees, són propenses a certs dilemes perquè impliquen les



creences i judicis d'una societat (Andreasen, 2001). Nombroses crítiques van dirigides a la desigualtat entre els qui venen el producte social i els consumidors. Per contrarestar-ho, alguns autors proposen incorporar al consumidor al llarg de tot el procés per canviar certs comportaments sanitaris afecta diversos factors contextuais, és per això que cal anticipar-se a l'impacte negatiu que poden tenir algunes activitats de màrqueting social (Hastings, 2003a, 2003b). Per exemple, exposar als fumadors com a desagradables implica estigmatitzar-los en un segment en la societat a través dels mitjans de comunicació (S. A. Grier & Brumbaugh, 1999).

En relació amb els 17 Objectius de Desenvolupament Sostenibles (United Nations, 2015) desenvolupats per l'Organització de Nacions Unides la investigació es relaciona amb l'objectiu 3 de "Salut i benestar", en concret el 3.5 què és "Enfortir la prevenció i el tractament de l'abús de substàncies addictives, inclòs l'ús indegut d'estupefaents i el consum nociu d'alcohol" i el 3.9.a "Enfortir l'aplicació del Conveni Marc de l'Organització Mundial de la Salut per al Control del Tabac en tots els països, segons sigui procedent.

Per acabar, les assignatures que s'han realitzat al llarg del grau han servit per dur a terme la recerca científica. Estadística, mètriques i investigació de mercats han servit per recol·lectar, analitzar i interpretar les dades. Comportament del Consumidor i Neuromàrqueting per entendre les teories conductuals i els patrons de consum. Implicacions econòmiques en les xarxes socials per entendre conceptes com el nivell socioeconòmic i la relació amb la salut, el nivell d'ingressos i educatiu. Creació d'empreses innovadores per relacionar-ho amb un Objectiu de Desenvolupament Sostenible. Elaboració de projectes per la redacció del document i la recerca d'informació i fonts fiables. Finalment, l'assignatura Màrqueting Social ha servit com a font d'inspiració per tenir una eina preventiva i aplicació.

## **2. Marc teòric**

### **2.1. Evolució de la pandèmia COVID-19**

A finals del desembre de 2019 es van començar a diagnosticar els primers casos de pneumònia d'origen víric a treballadors del mercat de Huanan Seafood a Wuhan (Xina). Mesos més tard, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va denominar l'agent etiològic COVID-19 i a causa de l'increment dels casos, va declarar la malaltia com una «emergència de salut pública d'importància internacional» (Bonilla-Aldana et al., 2020). El 14 de març de 2020 el govern espanyol va decretar l'estat d'alarma i una nova

normativa per aturar els contagis que va implicar mesures de distanciament físic, aïllament en el mateix domicili, limitacions de circulació, el tancament de fronteres, de tots els espais d'oci i culturals així com la suspensió de l'activitat educativa presencial. En altres paraules, només estava permès el consum de productes de primera necessitat com aliments i medicines, i l'assistència a centres sanitaris o laborals (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., 2020). L'11 de maig de 2020 el govern espanyol va anunciar el final del confinament i l'inici de la desescalada, que consistia en 4 fases de transició per retirar les mesures de manera progressiva i, que variaven segons la província (la Moncloa, 2020a). A finals d'aquell mateix any, grans farmacèutiques com Pfizer, BionTech o Moderna, anuncien una vacuna amb almenys un 95% d'efectivitat fet que suposaria la immunització de la població i l'aturada dels contagis (Self et al., 2021). Tot seguit, a principis de 2021 es va començar a vacunar tota la població per ordre de prioritats segons el risc i l'edat (la Moncloa, 2020b). Des de llavors l'evolució de la pandèmia a Espanya ha sigut positiva i el decreixement del nombre de contagis ha sigut clau per retirar a poc a poc les limitacions i redreçar la situació.

Aquest nou paradigma va suposar un canvi dràstic en l'estil de vida i la manera de consumir certes substàncies com l'alcohol i el tabac, especialment en els joves.

## **2.2. Hàbits de consum d'alcohol i tabac a partir de la pandèmia COVID-19**

Un estudi de l'Observatori Espanyol de Drogues i Addiccions (OEDA) et al. (2021) ha comparat la prevalença de les dues substàncies, abans (2019) i durant la pandèmia (2020).

Per començar, s'observa que el consum total d'alcohol ha disminuït un 8,5% en els homes i un 12,9% en les dones a partir del març de 2020. Pel que fa al patró de comportament, destaca que el 37,6% dels joves d'entre 15 i 34 anys han disminuït el consum, un 15% l'han mantingut i el 13,1% l'han abandonat. A més, les dones de 15-24 anys i els homes de 25-34 anys han tingut un consum de risc més elevat. Seguint amb el consum de tabac, aquest ha disminuït un 2,3% en els homes i un 3,6% en les dones de la franja d'edat de 15 a 19 anys, tot i que en aquest cas la proporció en el gènere femení és major. Quant als patrons de consum del tabac, el 69,7% ha continuat sense fumar i el 15,3% s'ha mantingut, mentre que el 2,6% ho ha deixat i l'1,2% s'ha iniciat. En altres paraules, la quantitat consumida de les dues substàncies ha disminuït a partir del

març de 2020, però només s'han tingut en compte les variables de gènere i edat. A més a més, s'aprecien diferències quant al sexe sobretot en els grups d'edat més joves on el consum d'alcohol en les dones és menor mentre que la proporció de tabac en les dones menors de 25 anys és major.

### **2.3. Consum i malestar psicològic**

Reprenent la teoria de Kemp et al. (2014), el consum s'utilitza com una via d'escapament per fer front a les emocions negatives. Per tant, un altre punt important és la correlació entre el malestar psicològic i el consum de substàncies. Brière et al. (2014) va demostrar que la depressió augmenta la probabilitat de tenir addicció a l'alcohol i, a la vegada, l'alcoholisme provoca efectes depressius a llarg termini. Tanmateix, Lechner et al., (2020) va comprovar que hi havia correlació entre el tancament de la universitat i l'increment en el consum d'alcohol. En el model es va veure que els estudiants amb alts nivells de depressió i ansietat acabaven consumint més alcohol i amb més freqüència que els que se sentien més relaxats. Així doncs, els bevedors d'alcohol són més propensos a tenir trastorns d'ansietat generalitzada (Burns & Teesson, 2002). S'ha vist que en aquest context, el consum s'utilitza com una via d'escapament per fer front a les emocions negatives que en aquest cas són: la por al contagi, l'avorriment i l'estrès que causaven l'aïllament social i, que s'adapta la manera de comprar (Gordon-Wilson, 2021).

Un estudi del Centre d'Investigacions Sociològiques (CIS) et al. (2021) mostra que l'any 2020 el 50% de la població espanyola va sentir tristesa o ansietat. D'aquest percentatge, el 15,8% va experimentar un atac de pànic o ansietat, i el 22% són dones. El mateix estudi indica que el 41,9% de les persones han tingut problemes d'insomni, les quals el 33,4% eren homes i el 50,2% dones. També s'ha vist que les persones que han patit COVID-19 són més propenses a patir conseqüències en la salut mental (Taquet et al., 2021). S'ha diagnosticat insomni, ansietat i depressió a una de cada cinc persones que ja s'havia infectat. I els pensaments suïcides entre els joves han augmentat entre un 12,5% i un 14% (O'Connor et al., 2020). Com a conseqüència, la demanda de serveis de salut mental ha augmentat i segons l'OMS, el 93% dels països han tingut dificultats a l'hora de donar-hi accés per la manca de recursos i finançament (Organització Mundial de la Salut (OMS), 2020).

### **2.4. Nivell socioeconòmic i consum**

Les persones que viuen una situació socioeconòmica més desfavorable o precària també s'han vist afectades per un empitjorament en la seva salut mental. El 32,7% de

les persones de classe baixa es van sentir deprimides o sense esperança respecte al 17,1% que pertanyia a la classe alta. A més, de les persones a qui es va diagnosticar depressió, el 3,9% pertanyen a la classe baixa mentre que l'1% a la classe alta (O'Connor et al., 2020).

En el resultat de les diverses investigacions tractades anteriorment també destaca la influència del factor gènere, ja que la salut mental de les dones durant la pandèmia ha estat en una situació més desfavorable per diversos factors. En primer lloc, a causa de la desigualtat i discriminacions que pateixen en el mercat laboral. En segon lloc, per la càrrega de responsabilitats familiars i domèstiques que havien de compaginar amb el teletreball. I, en tercer lloc, per la violència de gènere, perquè a causa del confinament havien de conviure tot el dia amb l'agressor i això repercutia en el seu estat psicològic (Usall, 2020). Per últim, un estudi de Grupo 5 exposa que a partir de la pandèmia el 33% dels enquestats patia ansietat i un 28% depressió i que a més a més, un dels principals motius era pel fet de ser dona (Expósito & Navarro, 2020).

## **2.5. Entorn social i consum**

Finalment, convé destacar la influència de l'entorn, en especial el familiar en el consum d'alcohol i tabac segons l'afecte, el control i la supervisió parental o la dependència econòmica. Pel que fa a l'afecte, s'ha observat que els qui tenen una bona relació i confiança amb els seus pares, tenen menys risc de consumir drogues i de tenir conductes delictives (Collins & Gunnar, 1990). Així com els que tenen dependència econòmica, que presenten una menor freqüència en el consum (Zuzulich Pavez et al., 2010). En canvi, Mirón et al., (1997) assenyala que el consum de drogues il·legals s'associa, entre altres factors, amb un cert distanciament familiar i escolar. Per exemple, els adolescents que reben menys control parental tenen una probabilitat més gran d'haver consumit marihuana (DiClemente et al., 2001).

Considerant els darrers factors, la recerca es basa en diverses teories per entendre els patrons de consum dels joves: la Teoria de l'Autocontrol, la Teoria del Nivell Constructiu i Distància Temporal, la Teoria de l'Autodeterminació i de Teoria la Representació Social.

## **2.6. Teoria de l'Autocontrol**

L'autocontrol es defineix com el control que té una persona sobre la seva conducta i que provoca una alteració de les seves respostes, limitant-les o anul·lant-les. No

obstant això, s'ha confirmat que amb el temps i els esforços repetits, les capacitats d'autocontrol es van deteriorant (Baumeister, 2002).

D'una banda, un consumidor amb autocontrol és aquell capaç d'autoregular-se i controlar els seus impulsos, pensaments, emocions, i accions (Baumeister, 2002) i que, per tant, quan compra productes, pensa en el benefici que li proporcionarà en un futur. D'altra banda, un consumidor que té baix autocontrol és aquell que cau en la temptació de comprar compulsivament i en excés (Faber et al., 1995) i es relaciona amb problemes emocionals. Per exemple, si un individu que es troba en una situació d'estrès per la feina fuma en excés perquè la seva percepció és que això l'ajuda a relaxar-se.

Aquesta teoria es relaciona directament amb la de Kemp et al. (2014), ja que en un context de recessió econòmica, augmenta la freqüència de compra, la quantitat, la varietat i la despesa mitjana per la reducció de l'autocontrol.

## **2.7. Concepte de distància temporal i Teoria del Nivell Constructiu**

Tot seguit el concepte de distància temporal (Fujita et al., 2006) que pertany a la Teoria del Nivell Constructiu (CLT), diu que els consumidors interpreten la informació i prenen decisions segons si la compra és immediata o futura. En aquest cas, les decisions que es fan en un futur llunyà es valoren més positivament davant de les que es fan en un futur pròxim, ja que són més objectives, meditades i es tenen en compte els efectes a llarg termini com per exemple, la salut. Al contrari, si un individu pren una decisió immediata ho farà des d'un punt de vista més subjectiu davant de la pèrdua d'autocontrol. En aquest procés, els individus poden experimentar un estat de miopia, és a dir quan es prioritzen els beneficis a curt termini davant dels que són a llarg termini. Per exemple, si un individu es troba en una festa i decideix beure alcohol en grans quantitats perquè en aquell moment creu que gaudirà més de l'ocasió i perdrà la vergonya, però per contra, ignora les repercussions físiques que pot tenir en un futur com per exemple, ressaca. Altrament, es pot donar la situació contrària anomenada hipermetropia, on Keinan i Kivetz (Keinan & Kivetz, 2008) demostren que quan una persona té massa autocontrol i és massa previsor, això dificulta i limita certs comportaments com per exemple, el fet de gaudir de certes coses.

## **2.8. Teoria de l'Autodeterminació**

Adicionalment, La Teoria de l'Autodeterminació (SDT) (Ryan & Deci, 2000) serveix per explicar les preferències i les necessitats de consum segons les motivacions intrínseques i extrínseques. La motivació intrínseca és quan una persona fa una activitat voluntàriament perquè el satisfà i li fa sentir bé sense esperar una

recompensa externa. Per exemple, la curiositat per descobrir una substància, el plaer que proporciona ja sigui a curt o a llarg termini o la sensació de calmar. En canvi, la motivació extrínseca, és quan es duu a terme una activitat per obtenir un resultat o compensació externa, per exemple per estrès o tristesa.

## 2.9. Teoria de la representació social

Per acabar, la Teoria de la Representació Social ajuda a entendre el patró de consum i els mecanismes psicològics dels joves segons com representen les substàncies i de l'entorn on es troben. "La representació social és el mode que tenen les persones a nivell individual o grupal, de fer una producció cognitiva segons el context social, cultural i històric" (Gutiérrez, 1998). Per tant, es crea un codi de comunicació i un pensament social o col·lectiu (Moscovici, 2004) segons els estereotips, creences, afirmacions o valors (Moscovici, 2004). Aquests principis, normes i límits fan que els individus tinguin una percepció comuna de la realitat i que actuïn en relació amb aquesta (Moscovici, 2004). En efecte, les representacions socials varien segons els grups de persones o cultures i la manera que es regulen (Gutiérrez, 1998).

D'una banda, en la representació social de l'alcoholisme des de la perspectiva dels joves d'entre 13 i 25 anys, s'ha vist que les principals raons per iniciar o mantenir el consum eren: perquè se senten més adults, per "estar amb els amics", i per "seguir el costum". També destaca l'alcohol com a element socialitzador i d'unió que condiciona als components del grup. És a dir, el no bevedor no està ben vist, és per això que indirectament interioritza que el no beure el deixa fora de l'ambient i se sent malament si no en pren. Dins del grup també es percep que els més grans beuen de manera més responsable contràriament als més joves, que ho feien de manera "desenfrenada". Quant a les creences, els efectes positius que identifiquen són; perquè els aporta alegria, els ajuda a perdre la timidesa i a flirtejar. En canvi, consideren que els efectes negatius són: que molesten els altres, es tonen més agressius i les molèsties físiques. S'observa una creença sobre l'alcohol com a font d'emocions positives i com a mitjà per evitar els negatives (Paez et al., 1992). Un cop més, tornen a aparèixer diversos estereotips sexuals. Es creu que les noies beuen de manera més controlada perquè els afecta més que els nois. D'aquesta manera, els nois competeixen pel lideratge a l'hora de beure i estan millor considerats que una noia mentre que les noies estarien més pendents de cuidar-se entre elles (Arjonilla et al., 2000).

D'altra banda, en la representació social del consum de tabac, s'ha vist que les principals motivacions són l'olor i el gust. A més a més, els individus ho fan servir com a via d'escapament perquè els ajuda a controlar l'ansietat, els nervis la ira i la tristesa. També afecta el procés de socialització, perquè la majoria comencen a fumar per curiositat o per socialitzar, sobretot en l'etapa de l'adolescència per integrar-se a un grup, pel fet que si no fumaven se'ls sancionava exclouent-los. Així mateix, es crea una competència entre ells perquè es relacionava consumir amb popularitat. Destaquen les diferències de gènere, ja que està mal vist que una dona fumi perquè s'associa amb la pèrdua dels seus principis morals i perquè <<no li queda bé>> (Arjonilla et al., 2000).

En els adolescents escolaritzats, en canvi, les principals raons són: la dependència física que senten causada per l'addicció, perquè els calma davant d'un estat de nerviosisme, per destacar en un grup, per curiositat, per la pressió que senten per integrar-se en un grup en veure que els altres fumaven i perquè els fa sentir adults (Fraga et al., 2011)

Respecte als no fumadors, la motivació principal és la consciència dels danys que causen a la salut i, la manca de voluntat per convida a nivell íntim o social amb persones que fumen.

## 2.10. Conclusió

En conclusió, les mesures per frenar els contagis de la COVID-19 han suposat un canvi en l'estil de vida i en la manera de consumir. Les estadístiques mostren que a partir de la pandèmia la quantitat consumida d'alcohol i tabac ha disminuït. Altrament, les teories detallades en l'apartat anterior detallen certs patrons de comportament que farien pensar el contrari. Per tenir una comprensió més clara, a continuació s'ha creat la següent taula que resumeix les teories principals en les quals s'ha basat l'estudi. Això no obstant, es vol contrastar i complementar aquesta informació tenint en compte: el malestar psicològic que ha causat, el control, la dependència econòmica parental i, el nivell socioeconòmic, que es compon del nivell d'ingressos, d'educació i la situació laboral. Malgrat que s'ha fet una revisió literària, s'ha observat ambigüïtat i un buit d'informació pel que fa a la relació amb el consum, el període de la covid-19 i el consum d'ambdues substàncies en els joves.



**Taula 1: Resum de les teories més rellevants**

<b>Autor</b>	<b>Teoria</b>	<b>Breu explicació</b>
<b>Baumeister</b> et al. (2002)	<b>Teoria de l'Autocontrol</b>	És el control que té una persona sobre la seva conducta i que provoca una alteració de les seves respostes, limitant-les o anul·lant-les i que amb el temps i els esforços repetits es va deteriorant.
<b>Kemp</b> et al. (2014)		S'utilitza el consum d'alcohol i tabac com a via d'escapament per fer front a les emocions negatives. En un context de recessió econòmica, augmenta la freqüència de compra, la quantitat, la varietat i la despesa mitjana per la reducció de l'autocontrol
<b>Fujita</b> et al. (2006)	<b>Concepte de distància temporal i Teoria del Nivell Constructiu</b>	Les decisions que es fan en un futur llunyà es valoren més positivament ja que són més objectives, meditades i es tenen en compte els efectes a llarg termini. Al contrari, si un individu pren una decisió immediata ho farà des d'un punt de vista més subjectiu davant de la pèrdua d'autocontrol
<b>Ryan &amp; Deci</b> et al. (2000)	<b>La Teoria de l'Autodeterminació</b>	Serveix per explicar les preferències i les necessitats de consum segons les motivacions intrínseques i extrínseques
<b>Gutiérrez</b> et al. (1998). <b>Moscovici</b> et al. (2004)	<b>Teoria de la Representació Social</b>	És el mode que tenen les persones a nivell individual o grupal, de fer una producció cognitiva i tenir un pensament segons el context social, cultural i històric" (Gutiérrez, 1998). Aquests principis, normes i límits fan que els individus tinguin una percepció comuna de la realitat i que actuïn en relació amb aquesta (Moscovici, 2004).

Font: personal

### 3. Objectius de la investigació

L'interès de la investigació és analitzar la relació entre el nivell socioeconòmic i el consum d'alcohol i tabac dels joves de 18 a 25 anys. Això servirà per preveure els efectes d'una futura crisi sanitària mitjançant una política de màrqueting social efectiva.

L'objectiu principal és demostrar si la teoria de l'autocontrol de Kemp et al. (Kopp, 2011) es compleix. Com s'ha comentat en els antecedents, en una situació de crisi els individus augmenten la freqüència, la quantitat, la varietat i la despesa mitjana de substàncies a causa d'una reducció de l'autocontrol. A més, es relaciona amb la teoria de l'autodeterminació (Ryan & Deci, 2000) i de Representació Social que diu que les persones fan servir l'alcohol com a element per socialitzar, com a ritual, com un mitjà d'evasió o d'entreteniment (Alonso, 2001; Arjonilla et al., 2000; Fraga et al., 2011; Paez et al., 1992; ).

Això planteja les següents preguntes d'investigació:



- La teoria de Kemp es compleix?, A partir de la pandèmia hi ha hagut una reducció de l'autocontrol? Ha augmentat el consum d'alcohol i/o tabac? Ha augmentat el consum per evadir-se del malestar psicològic que la pandèmia ha pogut causar?

I, per tant, les següents hipòtesis:

- **(H0)**- A causa de la pandèmia els joves d'entre 18 i 25 anys han perdut autocontrol, per tant, el seu consum d'alcohol ha augmentat.
- **(H1)**- A causa de la pandèmia els joves d'entre 18 i 15 anys han perdut autocontrol, per tant, el seu consum de tabac ha augmentat.
- **(H2)**- Les persones han consumit més perquè senten malestar psicològic.

Després de consultar les lectures, com s'ha vist en el marc teòric hi ha una diferència significativa de gènere. Les dones en general han consumit més alcohol i tabac (Meneses et al., 2019; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones & Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2021) i tenen més probabilitat de fer-ho en excès (Bloomfield et al., 2006) malgrat que també hi intervenen altres factors. A part, s'ha vist que també hi ha hagut diferència de sexes quant a la salut mental, i és que les estadístiques mostren que les dones han estat en situació desfavorable (Usall, 2020; Expósito & Navarro, 2020).

Això planteja les següents preguntes d'investigació:

- El gènere influeix en el consum d'alcohol? I en el de tabac? Ha augmentat el consum per evadir-se del malestar psicològic causat per les seves desigualtats?

I, per tant, la següent hipòtesi.

- **(H3)**- Les dones han consumit més que els homes.

## 4. Metodologia

La metodologia que s'ha utilitzat per assolir els objectius determinats en l'apartat interior i per comprovar les hipòtesis és la següent.

### 4.1. Definició de població

S'ha determinat que la població d'aquest estudi són els joves d'entre 18 i 25 anys. S'ha escollit aquesta franja d'edat partint de diferents literatures científiques. S'afirma que el

consum massiu d'ambdues substàncies augmenta cada cop més per factors individuals, com la personalitat i la fase evolutiva i; socioeconòmics, els més destacats, la pobresa, la marginalitat i el fàcil accés a les drogues (Maturana H., 2011). Segons l'OMS (2018), són els més vulnerables a tenir addicció, dependència i toleràncies i els perjudicis per la salut són tant greus que es considera un problema de salut pública mundial.

#### 4.2. Càlcul de la mida de la mostra

A continuació, s'ha utilitzat la següent fórmula per determinar el nombre de subjectes que es necessita per l'estudi. Aquesta, relaciona el nivell de confiança, l'error i la proporció de la mostra per a determinar concretament el mínim de persones a enquestar per a aconseguir que la mostra sigui rellevant.

$$N \geq pq \left( \frac{Z_{1-\alpha/2}}{e} \right)^2$$

On:

- N = Mida de la mostra
- p = probabilitat d'èxit
- q = probabilitat de fracàs
- z = coeficient del nivell de confiança
- e = error màxim permès per l'estudi que realitzem.

Per continuar treballant, s'assumeix que el nivell de confiança serà del 95% i s'accepta un màxim d'error d'un 5%. Com no existeix cap altra dada ni estudi anterior que serveixi de guia per a definir l'èxit o el fracàs, s'assumeix un 50%.

D'aquesta manera:

- p=50%
- q=50%
- Z=1,96
- e=0,05

En definitiva, perquè la mostra sigui prou representativa es necessita mínim **385 persones**.

### 4.3. Tècnica de mostreig

Els individus s'han seleccionat a través d'un mostreig aleatori simple. S'ha escollit aquest tipus perquè tots els elements de la població tenen la mateixa probabilitat de ser escollits i el marge d'error és menor, aleatori i es pot acotar. A més, és ràpid i senzill d'implementar en enquestes virtuals on es més complicat predeterminar els receptors (Casal & Mateu, 2003; Griswold et al., 2018, 2021; Tristán et al., 2021).

### 4.4. Recol·lecció de dades

#### 4.4.1. Dades secundàries

Per començar, s'ha fet una recollida de dades secundàries externes a partir d'articles científics i literatures per desenvolupar els antecedents i el marc teòric. Les paraules clau que més s'han fet servir han sigut "nivell socioeconòmic", "consum d'alcohol i/o tabac", "joves", "pandèmia COVID-19", "autocontrol", "crisi econòmica", "psicològic", "comportament del consumidor", "salut" i "màrqueting social".

Els informes sobre el consum d'alcohol i tabac, han mostrat que malgrat que el consum va disminuir, continua sent una de les principals causes de malaltia i mort entre els joves (Griswold et al., 2018; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones & Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2021; Tristán et al., 2021). Les estadístiques també han assenyalat que les mesures i restriccions per frenar els contagis de la COVID-19 han repercutit en el benestar psicològic i la salut mental. Tot seguit, la majoria de les referències relacionen el consum de drogues i substàncies additives amb una situació socioeconòmica desfavorable (Kenkel et al., 1994) no obstant això, continua havent-hi molta ambigüitat. S'ha obtingut també, diverses teories relacionades amb el comportament del consumidor, tant en una situació de crisi, com davant del consum d'alcohol i tabac que serviran per interpretar l'anàlisi de les hipòtesis. Finalment, ha resultat interessant veure que el problema plantejat es podria gestionar amb accions de màrqueting social.

#### 4.4.2. Dades primàries

Responent al buit d'informació, s'ha creat una enquesta virtual, ja que és més accessible i fàcil de compartir. La difusió s'ha fet en línia a través de Facebook, Instagram, LinkedIn, Twitter i per correu electrònic en català, castellà i anglès

#### 4.4.3. Disseny del qüestionari

El qüestionari es divideix en tres parts i l'ordre de les preguntes s'ha fet de menys a més importància. L'enquesta, en ser quantitativa, només té opcions de resposta fixa i tancada i les respostes són de tres tipus: dicotòmica, d'opció múltiple i per escala.

Primerament, s'han recollit les següents dades sociodemogràfiques: edat, gènere, nivell d'estudis de l'enquestat i dels pares, situació laboral, ingressos, residència i si treballen en l'àmbit sanitari o no, per poder establir una visió general sobre el perfil dels joves.

Seguidament, es dedica una part a analitzar com han viscut la pandèmia amb les restriccions, especialment en l'àmbit acadèmic i laboral. Es demana per la modalitat d'estudis abans i després de la pandèmia, és a dir si es va fer *online*, presencial o híbrid i per les seves preferències; per la càrrega d'estudis i treball per saber si ha augmentat, ha disminuït o no ha variat; pel grau de satisfacció acadèmica i laboral; pel nivell de felicitat en general; pel distanciament entre amics, família, parella, companys de feina i veïns; si a partir de la pandèmia s'han tornat més solitaris i el motiu, oferint com opcions: "em fa mandra sortir de casa", "a partir de la COVID-19 la càrrega d'estudis i laboral ha augmentat i no tinc temps", "per por al contagi" i "per falta de recursos". Per conèixer l'estat de salut mental s'ha demanat que indiquin en una escala de l'1 al 5 (on 1 correspon a mai i 5 a diari) si a partir de la pandèmia han experimentat algun episodi d'ansietat, insomni, solitud i/o avorriment. Finalment, es demanen els hàbits de consum d'alcohol i tabac tant abans de la pandèmia (2019) com durant. Es demana d'indicar en quina freqüència consumien alcohol i tabac abans de la pandèmia i actualment. En el cas del tabac s'han proposat com opcions: "mai", "menys d'una vegada al mes", "de 2 a 4 cops al mes", "de 2 a 3 cops per setmana", "4 o més cops per setmana" i; en el cas del tabac donant com opcions "mai", "1 cigarreta al dia", "2-5 cigarretes al dia", "6-10 cigarretes al dia", "11-20 cigarretes al dia" o "21 o més cigarretes al dia". També s'ha demanat d'indicar el motiu de consum d'ambdues substàncies amb les opcions de: "per curiositat", "per ansietat", "per desconnectar", "per diversió", "per socialitzar", "em fa sentir millor", "m'agrada el gust" o "no consumeixo".

#### 4.5. Tècnica d'anàlisi de dades

Per comprovar les hipòtesis i si existeix relació entre les variables explicatives i la variable dependent, s'utilitzarà la tècnica de regressió lineal múltiple amb les següents variables:

$$f(Q_t - Q_{t-1}) = \alpha_1 \text{Cons} + \beta_1 \text{Edat} + \beta_2 \text{Residència} + \beta_3 \text{Gènere} \\ + \beta_4 \text{Ingressos} + \beta_5 \text{Universitat} + \beta_6 \text{Estudis pares} + \beta_7 \text{Laboral} \\ + \beta_8 \text{Sanitari} + \theta_1 \text{Psicològic} + \theta_2 \text{Hedònic} + \varepsilon$$

Tenint en compte que l'objectiu principal és saber si la quantitat de consum ha augmentat o ha disminuït s'ha utilitzat una funció lineal que compara la quantitat consumida d'alcohol i tabac abans ( $Q_{t-1}$ ) i després ( $Q_t$ ) de la pandèmia. Per tant, la funció donarà com a resultat el nivell de consum ( $\alpha_1 \text{Cons}$ ), en altres paraules, l'ordenada a l'origen, és a dir, el valor de  $f$  quan  $\beta$  és 0.

Els coeficients de control, és a dir les causes del consum d'alcohol s'indiquen amb  $\beta$  i són les següents. En primer lloc, les variables sociodemogràfiques  $\beta_1 \text{Edat}$  i  $\beta_3 \text{Gènere}$ . Com s'ha vist en el marc teòric, el comportament de consum i l'estat psicològic varia segons el sexe i generalment repercuteix més en les dones (Arjonilla et al., 2000; Bloomfield et al., 2006; Expósito & Navarro, 2020; Meneses et al., 2019; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021; Usall, 2020). A més, l'estudi és limita entre els que tenien entre 18 i 25 anys quan va començar la pandèmia, ja que són els que més van patir els riscos (Gakidou et al., 2017; Griswold et al., 2018; Tristán et al., 2021).  $\beta_2 \text{Residència}$  correspon al lloc de residència per veure si varia segons si es troba en una zona rural o urbana, pel fet que això determina el nivell educatiu i, per tant, el nivell socioeconòmic (Bourdieu & Passeron, 1999). El nivell sociodemogràfic s'explicarà amb les variables  $\beta_4 \text{Ingressos}$ ,  $\beta_5 \text{Estudis}$ ,  $\beta_7 \text{Laboral}$  perquè són els factors que el componen i es tindrà en compte tant els de l'enquestat com el dels pares. Per poder diferenciar els diferents nivells socioeconòmics s'han definit diferents escales per les tres variables. El nivell d'ingressos en: <25k€, 25k - 50k€, 50k - 75k€, 75k - 100k€ i, >100k€; el nivell d'estudis en: sense estudis, primària, secundària i universitat i; la situació laboral en: atur, autònom, assalariat jornada completa, assalariat a jornada parcial i empresari.  $\beta_8 \text{Sanitari}$  és la variable que indica si la persona en qüestió es dedica en aquest àmbit si l'àmbit educatiu i laboral influeixen en el consum, especialment el sanitari perquè ha sigut el més afectat durant la COVID-19 (Montes-Berges & Ortúñez Fernández, 2021).  $\theta_1 \text{Psicològic} + \theta_2 \text{Hedònic}$  són les variables explicatives i s'han classificat en raons psicològiques o hedòniques per veure conèixer les motivacions i saber si ho fan per avorriment, ansietat, solitud, insomni, felicitat, per curiositat, per desconnectar o perquè els agrada el gust.

## 5. Resultats

### 5.1. Anàlisi descriptiu

En primer lloc, s'ha dut a terme una anàlisi descriptiva de les principals variables d'interès, és a dir, aquelles directament relacionades amb l'objectiu de la investigació.

Les dades s'han obtingut a partir de l'enquesta mencionada en el punt anterior, entre la segona quinzena d'abril i la primera quinzena de maig de 2022.

La següent taula representa les variables més importants amb la seva respectiva mitjana, desviació estàndard, els mínims i els màxims.

**Taula 2: Estadístiques descriptives**

<b>Variable</b>	<b>Obs</b>	<b>Mitjana</b>	<b>Desviació estàndard</b>	<b>Mín.</b>	<b>Màx.</b>
<i>Edat</i>	256	22.984	4.333	17	54
<i>Residència</i>	256	2.946	1.004	0	4
<i>Gènere</i>	256	0.555	0.498	0	1
<i>Universitari</i>	254	0.890	0.314	0	1
<i>Nivell estudi pares</i>	256	2.422	0.758	0	3
<i>Ingressos anuals</i>	256	1.695	1.165	0	4
<i>Distanciament social</i>	256	2.383	1.241	1	5
<i>Solitari</i>	256	2.695	1.192	1	5
<i>Ansietat</i>	256	2.344	1.217	1	5
<i>Insomni</i>	256	2.492	1.283	1	5
<i>Solitud</i>	256	2.484	1.168	1	5
<i>Avorriment</i>	256	2.953	1.252	1	5
<i>Felicitat</i>	256	3.750	0.886	1	5

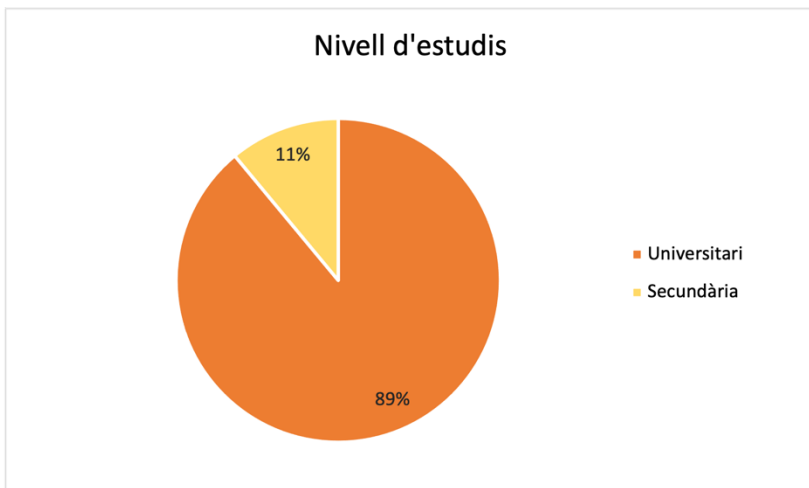
Font: personal

La mostra de l'estudi està constituïda per 256 subjectes els quals, el 55% són dones i el 45% homes. La mitjana d'edat ha sigut de 23 anys, és a dir que quan va començar la pandèmia tenien una mitjana de 21 anys i, per tant, eren majors d'edat. Quant al lloc de residència, la majoria viuen en una població entre 50.000 i 100.000 habitants, per tant en zones més aviat urbanes.

Quant al nivell socioeconòmic, les variables que es tenen en compte són: si tenen estudis universitaris, el nivell d'estudi dels pares, el nivell d'ingressos de la llar i la situació laboral.

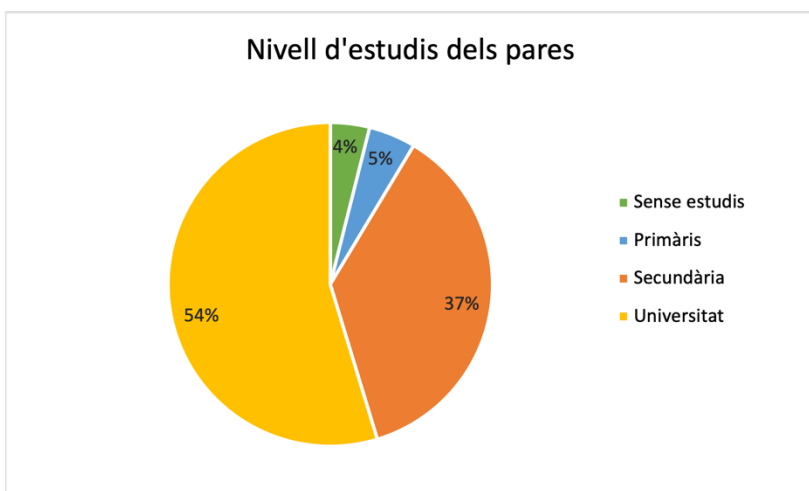
En els següents gràfics s'observa que el 89% dels enquestats tenen estudis universitaris mentre que el 19% restant no i, que la mitjana del nivell màxim d'estudis dels pares són secundària, el 37% i, estudis superiors el 54%.

**Gràfic 1. Nivell d'estudis.**



Font: personal

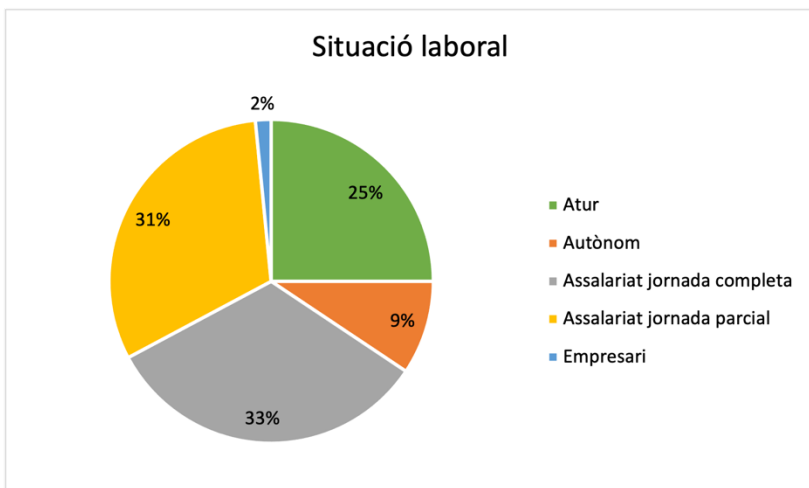
**Gràfic 2. Nivell d'estudis dels pares.**



Font: personal

Com podem veure en el gràfic 2, la majoria tenen ingressos. El 33% són assalariats a temps parcial, el 31% a temps complet, el 9,3% són autònoms i l'1,5% empresaris. Només un 25% segueix a l'atur i, per tant, té dependència econòmica.

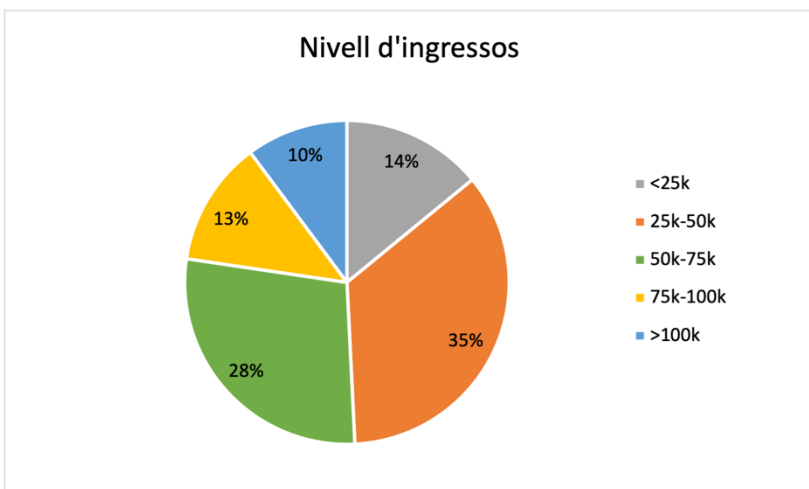
**Gràfic 3. Situació laboral.**



Font: personal

Tot seguit, la mitjana d'ingressos anuals de la llar està entre els 25.000 € i els 75.000 €. Els ingressos anuals del 35% estan entre els 25k i els 50k i el 29% estan entre els 50k i 75k.

**Gràfic 4. Nivell d'ingressos.**



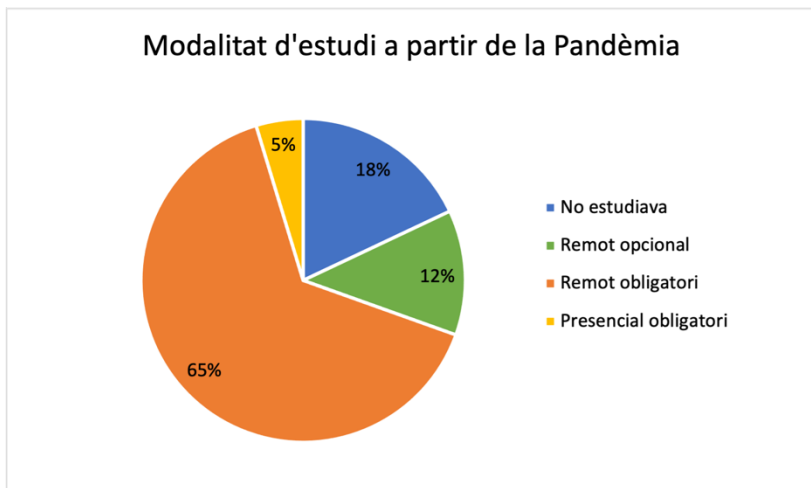
Font: personal

D'aquests, només una minoria que representa el 5,4% treballa en l'àmbit sanitària, però els resultats no presenten relació amb el nivell de consum.

Com a curiositat, tenint en compte que la major part de la mostra són universitaris, s'observa que només el 4,7% estava obligat a anar presencialment al lloc d'estudi a diferència del 65% que ho havia de fer en remot i un 12,5% híbrid. Únicament un 6% indica que prefereix estudiar en remot, el 34% fer-ho presencial i el 46% combinar les classes físiques i en línia.

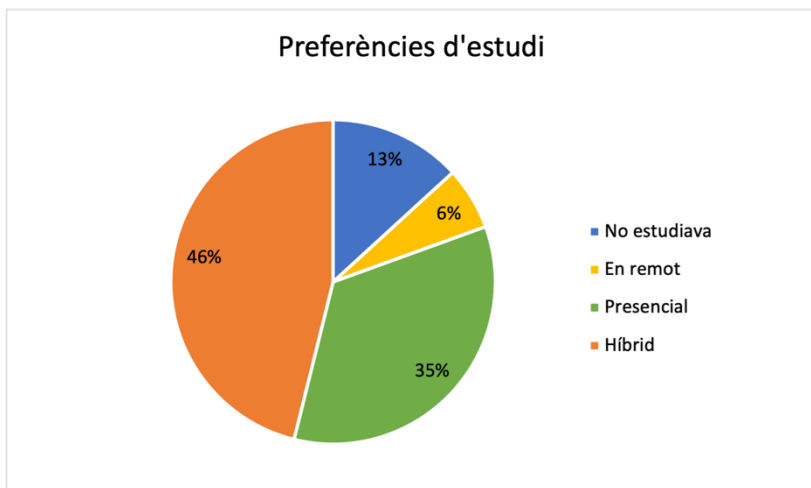


**Gràfic 5. Modalitat d'estudi a partir de la pandèmia COVID-19.**



Font: personal

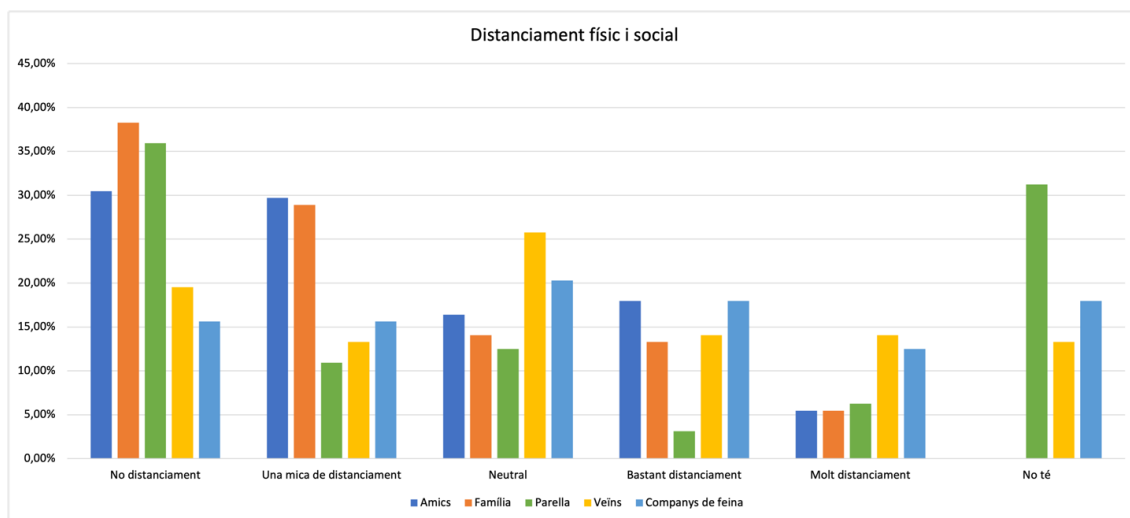
**Gràfic 6. Preferències d'estudi a partir de la pandèmia COVID-10**



Font: personal

Considerant les mesures restrictives i de distanciament físic per aturar els contagis de la COVID-19, la mitjana afirma que hi ha hagut poc distanciament físic entre el seu cercle d'amics, família, companys de feina i veïns.

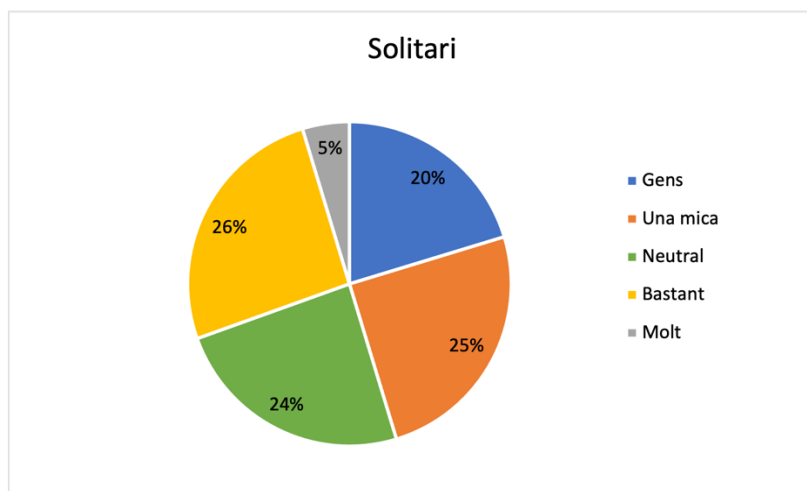
**Gràfic 7. Distanciament físic i social a partir de la pandèmia COVID-19**



Font: personal

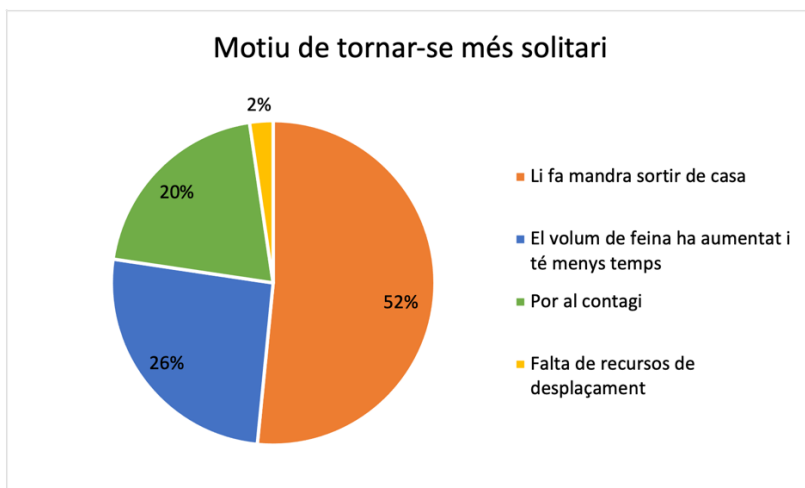
No obstant això, a partir de la pandèmia s'han tornat més solitaris. Com es detalla en el gràfic, el 25% s'ha tornat una mica solitaris, el 24% neutral i el 26% bastant. De fet, més de la meitat ho justifica amb la mandra per sortir de casa i l'altra meitat amb l'augment del la càrrega de treball i la por al contagi.

**Gràfic 8. T'has tornat més solitari a partir de la pandèmia COVID 19?**



Font: personal

**Gràfic 9. Motiu pel qual s'han tornat més solitaris a partir de la pandèmia COVID-19**



Font: personal

Respecte a l'estat psicològic, se'ls va demanar d'indicar de l'1 al 5, essent l'escala de nivells: 1 "mai", 2 "puntualment", 3 "neutral", 4 "sovint" i 5 "a diari", en quina freqüència havien experimentat ansietat, insomni, solitud, avorriment i felicitat. La majoria han experimentat episodis d'ansietat, d'insomni, s'han sentit sols puntualment. En canvi, han sentit avorriment a nivell neutral i felicitat força sovint.

**Taula 3: Models de regressió lineal múltiple sobre de canvis del consum de l'alcohol.**

	Model A1	Model A2	Model A3	Model A4	Model A5	Model A6	Model A7	Model A8	Model A9
Edat	-0.00349 (-0.33)	-0.0108 (-0.87)	-0.00930 (-0.75)	-0.00966 (-0.77)	-0.00248 (-0.21)	-0.00736 (-0.59)	-0.00922 (-0.73)	-0.0114 (-0.92)	-0.00872 (-0.66)
Gènere	0.0135 (0.15)	-0.101 (-0.94)	-0.0820 (-0.75)	-0.0651 (-0.59)	-0.0777 (-0.75)	-0.0552 (-0.49)	-0.0841 (-0.75)	-0.0805 (-0.76)	-0.117 (-1.05)
Estudis universitaris	-0.433** (-2.99)	-0.470** (-2.68)	-0.442* (-2.49)	-0.394* (-2.28)	-0.411* (-2.48)	-0.378* (-2.21)	-0.414* (-2.42)	-0.370* (-2.19)	-0.377* (-2.21)
<i>Estudis dels pares</i>									
Sense estudis		Ref. --							
Primària		0.523 (1.36)							
Secundària		0.552 (1.74)							
Universitat		0.388 (1.23)							
<i>Ingressos</i>									
<25k €			Ref. --						
25k - 50k €			0.0923 (0.55)						
50k – 75k €			0.215 (1.25)						
75k – 100k €			0.100 (0.47)						

>100k € 0.0386  
(0.17)

*Distanciament amb els  
amics*

No hi ha hagut  
distanciament

Ref.

--

Poc distanciament

0.132  
(0.97)

Neutral

0.168  
(1.02)

Bastant distanciament

0.0609  
(0.38)

Molt distanciament

0.178  
(0.67)

*Necessitat d'estar sol(a) a partir de la pandèmia*

Gens

Ref.

--

Una mica

-0.326\*  
(-2.16)

Neutral

-0.400\*\*  
(-2.61)

Bastant

-0.146  
(-0.98)

Molt

0.823\*\*  
(3.20)

*Ansietat*

Mai

Ref.

	--	
Puntualment	-0.0683 (-0.49)	
Neutral	0.154 (1.00)	
Sovint	-0.146 (-0.90)	
Diàriament	-0.181 (-0.64)	
<i>Insomni</i>		
Mai		Ref. --
Puntualment		0.123 (0.83)
Neutral		0.0350 (0.22)
Sovint		0.0583 (0.39)
Diàriament		-0.179 (-0.72)
<i>Solitud</i>		
Mai		Ref. --
Puntualment		-0.0507 (-0.35)

Efecte socioeconòmic del consum d'alcohol i tabac en els joves a partir de la pandèmia COVID-19

Neutral								0.0561 (0.37)	
Sovint								-0.589*** (-3.45)	
Diàriament								-0.118 (-0.48)	
<i>Avorriment</i>									
Mai									Ref. --
Puntualment									-0.213 (-1.19)
Neutral									0.157 (0.86)
Sovint									0.0407 (0.24)
Diàriament									-0.169 (-0.78)
Constant	0.576 (1.90)	0.265 (0.61)	0.527 (1.38)	0.506 (1.37)	0.626 (1.76)	0.540 (1.45)	0.573 (1.54)	0.715 (1.81)	0.597 (1.38)
<i>N</i>	254	254	254	254	254	254	254	254	254

Font: personal

**Taula 4: Models de regressió lineal múltiple dels canvis de consum del tabac.**

	Model T1	Model T2	Model T3	Model T4	Model T5	Model T6	Model T7	Model T8	Model T9	Model T10
Edat	-0.00349 (-0.33)	-0.00402 (-0.38)	-0.00580 (-0.55)	-0.00392 (-0.37)	-0.00565 (-0.53)	0.00181 (0.17)	-0.000451 (-0.04)	-0.00224 (-0.21)	-0.00627 (-0.56)	0.00475 (0.45)
Gènere	0.0135 (0.15)	0.0339 (0.36)	-0.0135 (-0.15)	0.00176 (0.02)	0.00245 (0.03)	0.0158 (0.17)	-0.0533 (-0.56)	0.0317 (0.34)	0.0684 (0.72)	0.0716 (0.78)
Estudis universitaris	-0.433** (-2.99)	-0.364* (-2.42)	-0.268 (-1.80)	-0.425** (-2.86)	-0.461** (-3.08)	-0.414** (-2.92)	-0.389** (-2.69)	-0.477** (-3.25)	-0.512*** (-3.53)	-0.406** (-2.78)
<i>Estudis pares</i>										
Sense estudis		Ref. --								
Primària		-0.542 (-1.64)								
Secundària		-0.468 (-1.71)								
Universitat		-0.551* (-2.03)								
<i>Ingressos</i>										
<25k €			Ref. --							
25k - 50k €			0.208 (1.47)							
50k – 75k €			-0.0886 (-0.62)							
75k – 100k €			0.422* (2.38)							



>100k € -0.107  
(-0.58)

*Distanciament amb els amics*

---

No hi ha hagut distanciament	Ref.
	--
Poc distanciament	-0.122 (-1.04)
Neutral	0.0778 (0.55)
Bastant distanciament	-0.166 (-1.22)
Molt distanciament	-0.105 (-0.46)

*Necessitat d'estar sol(a) a partir de la pandèmia*

---

Gens	Ref.
	--
Una mica	0.119 (0.87)
Neutral	0.0706 (0.51)
Bastant	-0.114 (-0.85)
Molt	0.209

	(0.90)	
<i>Ansietat</i>		
Mai	Ref.	
	--	
Puntualment	0.292*	
	(2.51)	
Neutral	0.397**	
	(3.12)	
Sovint	0.224	
	(1.67)	
Diàriament	0.963***	
	(4.13)	
<i>Insomni</i>		
Mai		Ref.
		--
Puntualment		0.222
		(1.77)
Neutral		0.433**
		(3.15)
Sovint		0.174
		(1.39)
Diàriament		0.108
		(0.52)
<i>Solitud</i>		
Mai		Ref.
		--
Puntualment		0.178

	(1.42)	
Neutral	-0.120 (-0.92)	
Sovint	0.246 (1.66)	
Diàriament	0.378 (1.77)	
<i>Avorriment</i>		
Mai		Ref. --
Puntualment		0.207 (1.36)
Neutral		-0.289 (-1.88)
Sovint		-0.0389 (-0.27)
Diàriament		0.0203 (0.11)
<i>Felicitat</i>		
Mai		Ref. --
Puntualment		-0.504 (-1.26)
Neutral		-0.196 (-0.55)
Sovint		-0.421

										(-1.19)
Diàriament										-0.787*
										(-2.17)
Constant	0.576	1.018**	0.406	0.644*	0.630	0.206	0.329	0.500	0.715	0.756
	(1.90)	(2.72)	(1.26)	(2.04)	(1.97)	(0.67)	(1.05)	(1.46)	(1.94)	(1.59)
N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254

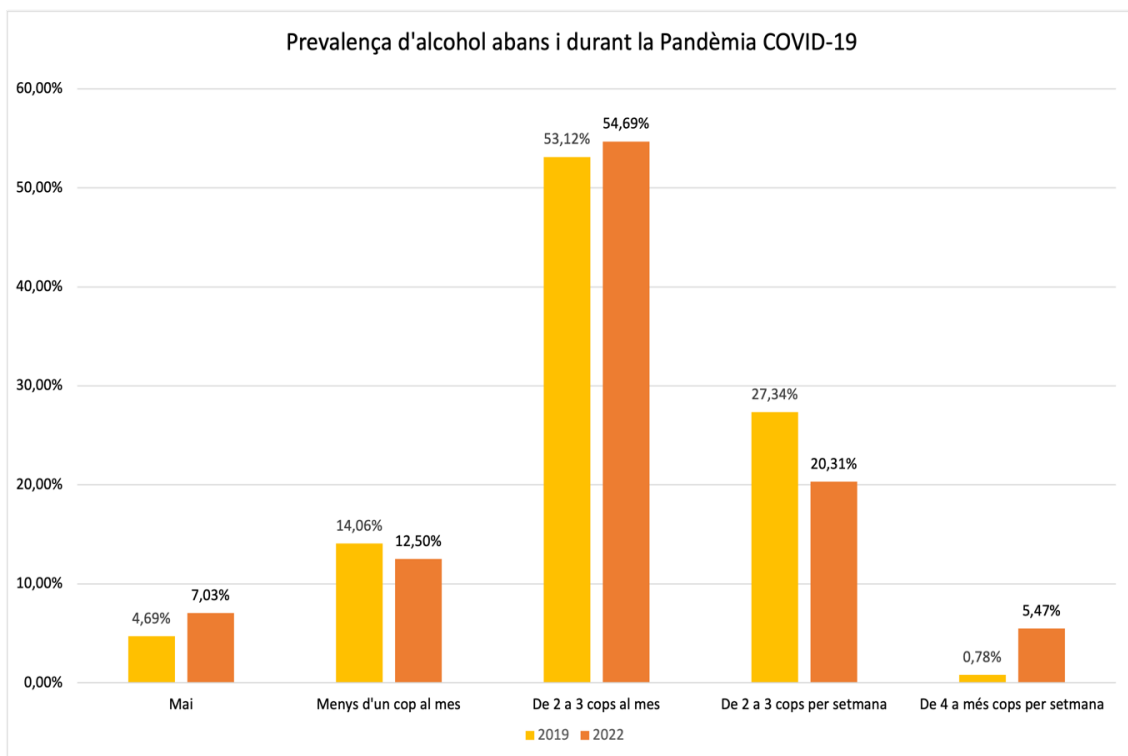
Font: personal

## 5.2. Anàlisi de dades

Quant a l'anàlisi de dades, per fer la comparació s'han recollit dades del consum d'alcohol i tabac, abans de la pandèmia, és a dir el 2019 i de l'actualitat, d'abril a maig del 2022.

Respecte al consum d'alcohol, la proporció d'aquells que no beuen mai alcohol ha augmentat un 2,34%; la del que beuen de 2 a 3 cops al mes essent la majoria, un 1,57% i la del que ho fan 4 o més cops a la setmana un 4,69%. Al contrari, el percentatge de persones que beuen menys d'un cop al mes ha disminuït un 1,56% i una minoria que beuen de 2 a 3 cops a la setmana un 7,03%.

**Gràfic 11. Comparativa de la prevalença d'alcohol entre 2019 i 2022.**

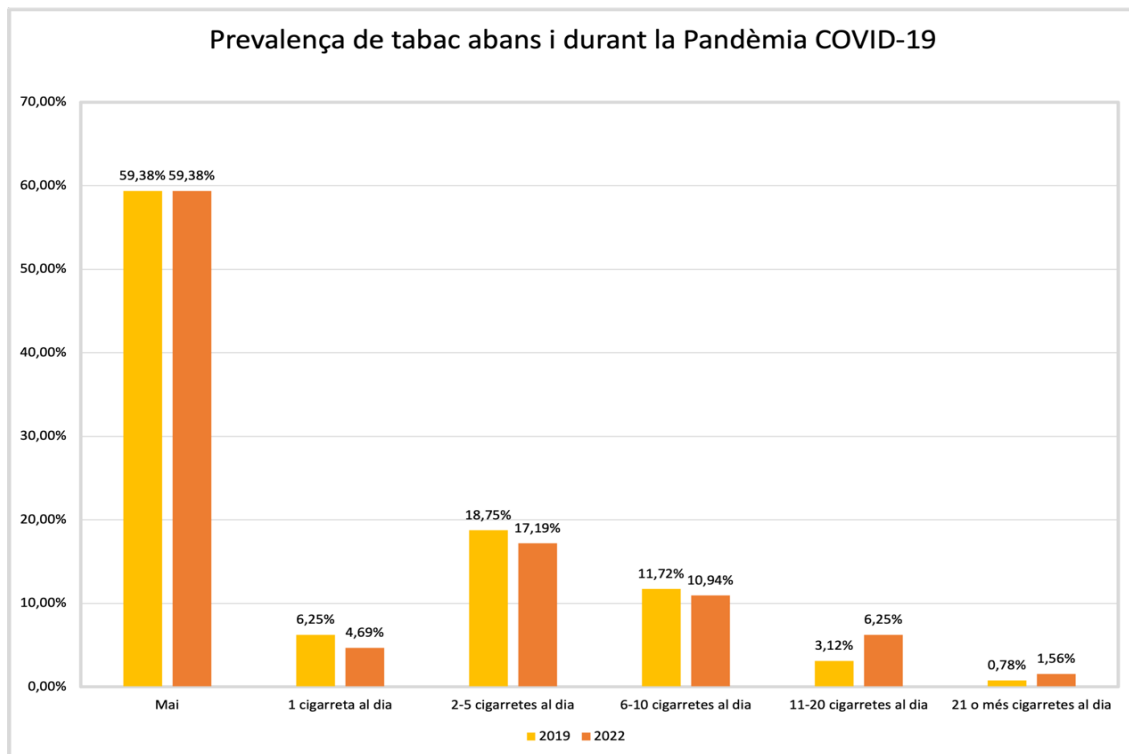


Font: personal

Pel que fa al tabac, més de la meitat, el 60% no en consumeixen ni el 2019 ni actualment. La proporció els que fumen d'1 a 10 cigarretes al dia ha disminuït lleugerament entre un 0,80% i un 1,70%. Altrament, un 3% més de persones fumen d'11 a 20 cigarretes i el 0,80% en fumen 21 o més.



**Gràfic 12. Comparativa de la prevalença de tabac entre 2019 i 2022.**



Font: personal

El conjunt de resultats evidencien un canvi en el comportament dels consumidors a partir del context de crisi sanitària i econòmica sense antecedents. Certament, a partir de la metodologia descrita s'han creat 10 models per l'alcohol i 10 models pel tabac (veure les taules 3 i 4) amb les variables explicatives més rellevants pel que fa als resultats per interpretar la regressió.

En els models de regressió lineal múltiple sobre de canvis del consum de l'alcohol, destaca la variable universitat, és a dir el fet de tenir estudis universitaris. Els valors mostren que existeix una correlació negativa significativa en tots els models amb valors entre  $p\text{valor}=-0.370$  i  $p\text{valor}=-0.470$ . En el cas del tabac, també existeix una correlació negativa, però els resultats són més variats i oscil·len entre  $p\text{valor}=-0.268$  i  $p\text{valor}=-0.512$ . Per tant, el nivell educatiu, un dels components del nivell socioeconòmic, influeix en el consum d'ambdues substàncies. Es demostra que l'educació de l'individu està associada negativament amb el consum d'ambdues substàncies (Cummins et al., 1981; Knupfer, 1989).

En el cas de l'alcohol, el nivell d'estudis dels pares, el nivell d'ingressos, i el nivell d'ocupació no tenen cap influència en la prevalença. Per tant, el nivell socioeconòmic dels pares no té efecte sobre el consum. Al contrari, en el cas del tabac, el nivell d'estudis

dels pares, és a dir el fet que els pares tinguis estudis superiors, influeix en un menor consum. Com més alt és el nivell educatiu dels pares, més coneixements dels riscos, menys consum i més salut. Per contra, les llars que tenen ingressos anuals entre 75k € i 100k € fumen més, això es pot deure al fet que tenen salaris més alts, amb càrrecs més alts, més responsabilitats i per tant més estrès.

El distanciament físic i social amb el cercle més proper, és a dir, amb els amics, la família, els veïns i els companys de feina no té efecte ni en el consum d'alcohol i ni en el de tabac. Ara bé, en el cas de l'alcohol, s'ha trobat una correlació negativa amb els individus que han sentit la necessitat d'estar sols en escales de nivell "una mica" on  $p\text{valor} = -0.326$  i encara més significativa per les que ho han valorat com "neutral" on  $p\text{valor} = -0.400$ . Al contrari valorar la necessitat d'estar sols com "molt" té una correlació fortament positiva amb  $p\text{valor} = 0.823$ . Tenir la necessitat d'estar sol és un estat emocional negatiu que es tradueix en malestar psicològic. Això fa pensar que les persones que passaven massa temps acompanyades, per exemple, per un confinament, per passar més temps a casa convivint o perquè treballen en equips o departament tenien més malestar psicològic i l'alcohol és una via d'escapament. En l'alcohol també s'ha observat una correlació negativa amb les persones que sovint s'han sentit soles. Llavors una persona que està sola consumeix menys que quan està acompanyada.

La salut mental també està fortament correlacionada positivament amb el consum de tabac. En el cas de l'ansietat, quan més augmenta el nivell ansietat, més augmenta la quantitat de cigarretes consumides per dia. El  $p\text{valor}$  dels que han experimentat algun episodi d'ansietat puntualment ha sigut de  $p\text{valor} = 0.292$ , les que ho han fet neutral  $p\text{valor} = 0.397$  i les que han patit diàriament  $p\text{valor} = 0.963$ , sent el valor màxim per aquesta variable. Així mateix, els que han tingut insomni en una escala de nivell "neutral" també han fumat més. Com s'ha vist en la literatura, l'insomni i l'ansietat són estats emocionals que normalment van relacionats. Altrament, les que s'han sentit felices "diàriament" han tingut una forta correlació negativa amb el consum. Llavors un les emocions positives es relacionen amb un menor nivell de consum. S'accepta doncs la hipòtesis 2: Les persones han consumit més perquè senten malestar psicològic.



## 6. Conclusió

### 6.1. Conclusions generals

En conclusió, el consum d'alcohol i tabac en la societat actual és elevat i presenta conseqüències a curt i a llarg termini en tots els nivells, especialment entre els joves, ja que són més vulnerables als efectes. Aquest estudi pretenia analitzar si a partir de la pandèmia COVID-19 hi ha hagut un canvi en el comportament de consum d'alcohol i tabac, si té relació amb el nivell socioeconòmic i quins han sigut els mecanismes psicològics i conductuals.

Segons els resultats de la investigació, la quantitat total de les dues substàncies entre el període pre-COVID-19 i l'actualitat ha disminuït, però a proporció, l'alcohol és la substància psicoactiva més consumida per la població general en comparació al tabac. Tot i això, en els dos casos, la proporció de persones que presenten un consum de risc ha augmentat la quantitat i freqüència, és a dir, les que beuen 4 o més cops per setmana i les que fumen d'11 a 20 cigarretes al dia o fins i tot més de 21 cops al dia. En relació amb la teoria de distància temporal (Fujita et al., 2006) i del nivell constructiu, les persones que han consumit menys ho han fet perquè han valorat els efectes de diners. Al contrari els subjectes que han caigut en la temptació i han pres la decisió sota un punt de vista subjectiu centrant-se només en el curt termini davant de la pèrdua de l'autocontrol.

L'objectiu principal era demostrar si la teoria de l'autocontrol (Baumeister, 2002; Kemp et al., 2014; Kemp & Kopp, 2011) es complia o no en el context de crisi pandèmica. S'ha vist que les persones que pateixen ansietat i insomni consumeixen més tabac i, les que afirmaven sentir-se felices diàriament consumeixen menys. Podem dir llavors que sobretot el consum de tabac s'utilitza per evadir les emocions negatives. Llavors quan una persona sent ansietat, tristesa o insomni perd control sobre la seva conducta, alterant el consum d'aquesta substància (Baumeister, 2002). Efectivament en una situació de crisi, com ha sigut la covid-19, els individus han augmentat la freqüència de consum i la quantitat quan s'ha produït una pèrdua de l'autocontrol (Faber et al., 1995; Kemp et al., 2014). En la representació social (Gutiérrez, 1998; Moscovici, 2004), s'observa que els fumadors ho fan amb la mentalitat que el tabac els calma davant d'una situació de nervis, estrès, ansietat o insomni. Així doncs es rebutgen les hipòtesis 0 i 1.

Ara bé, en el cas de l'alcohol, les persones que han sentit la necessitat d'estar sols i les persones que s'han sentit soles han consumit més. L'entorn solitari en aquest cas es correlaciona positivament amb la quantitat d'alcohol consumida. El motiu pot ser la supervisió parental, la cohesió social (Collins & Gunnar, 1990) o el distanciament familiar i escolar (Mirón et al., 1997) per les restriccions de distanciament físic i el treball en remot.

En el cas de les persones amb un nivell d'estudis inferiors a l'universitari, en una situació de crisi, com la de la COVID-19, augmenten la freqüència i la quantitat d'alcohol i tabac davant d'una reducció de l'autocontrol. S'ha detectat que les desigualtats en l'àmbit educatiu influeixen en la prevalença en ambdós casos. Els individus que tenen estudis universitaris consumeixen menys alcohol i tabac i a més, els que tenen pares amb estudis superiors també fumen menys. Addicionalment, en el cas del tabac el nivell d'ingressos també és rellevant i destaca la franja entre 75K € i 100k € anuals. La prevalença de l'alcohol i el tabac no es relaciona en la seva amb el nivell socioeconòmic totalment, però si en el component educatiu i en el tabac a més, el nivell d'ingressos, que indirectament té efecte.

Per últim, el factor gènere tampoc ha estat present en aquest estudi. La hipòtesis 3, referent a la diferència de sexes i que estima que les dones consumeixen més alcohol i tabac que els homes també es rebutja ja que no s'han trobat valors significatius per relacionar ambdues variables.

Es pot afirmar, en definitiva, que en general el consum d'alcohol i tabac ha disminuït, però encara és present de manera massiva. Les seves conseqüències continuen sent un problema per la salut pública, tant física com mental de la població i per les desigualtats. Per aquest motiu, és necessari intensificar els esforços de les polítiques públiques i les iniciatives, plans i programes de prevenció. Per poder reduir els danys produïts pel consum cal abordar la problemàtica de manera intersectorial, recol·lecten, analitzant i utilitzant tant les dades com els coneixements disponibles.

## **6.2. Recomanacions**

Aquest estudi s'ha dut a terme amb la intenció de contribuir en una millora de la salut i aspira a ser un document útil per conscienciar i aconseguir un replantejament a major escala per a tots els actors implicats. S'ha vist doncs que el consum ve determinats per

certes característiques de vulnerabilitat, en aquest cas psicològiques, per l'ansietat, insomni, solitud i infelicitat i socioeconòmiques, especialment el nivell acadèmic i d'ingressos. Donats els resultats, en un futur es recomana centrar l'estratègia de màrqueting social en aquell públic que presenta quadres d'estrès, ansietat, insomni així com solitud. A més, seria interessant tenir en compte altres factors com per exemple, el nivell de desenvolupament del país, la cultura, les normes, el reglament imposat en les substàncies profunditzar en el procés de consum. En una futura investigació, seria interessant veure quin paper constitueixen les marques i mitjans en la influència en el consum. Tenint en compte els factors anteriors s'obtidria una visió molt més àmplia i representativa de les causes reals de consum i es podrien fer accions més concretes. Seria interessant a més, valorar les diferents fases evolutives que experimenten els joves, tant a nivell físic com cognitiu, social i les seves condicions contextuais ja que per exemple, no són les mateixes en una persona de 18 anys que una de 25. De la mateixa manera, s'hauria de valorar quins els coneixements tenen sobre les repercussions negatives a curt i llarg termini i quines són les fonts. Això ajudaria a enfocar millor el contingut de les campanyes i saber com potenciar-les. Es recomanaria dissenyar una estratègia que es pugui aplicar a les escoles d'educació obligatòria, especialment en les més desfavorides per recursos o ubicació

### **6.3. Limitacions**

Les principals limitacions de l'estudi s'han donat en la recollida de dades primàries. Recollir dades és un procés complex i en aquest cas el pressupost i el temps han limitat la qualitat i el nombre de respostes obtingudes, que ha sigut inferior a l'estimat. Quant a les tècniques de recollida de dades, hauria sigut interessant explorar tècniques qualitatives. Les entrevistes personals, els focus grups o els mètodes d'observació haurien sigut enriquidores per indagar més en l'aspecte psicològic i de l'entorn. Un altre obstacle ha sigut aconseguir dades sobre els hàbits de compra o teories a partir de la pandèmia COVID-19, ja que és un esdeveniment recent. A més, tal com s'ha vist en el marc teòric, la pandèmia ha passat per diferents fases i els resultats no acaben de ser representatius, ja que no és el mateix la fase del confinament, que la desescalada o l'actualitat. Per acabar, no s'ha tingut en compte les diferents fases evolutives en els joves ni les seves condicions perquè no són les mateixes en una persona de 18 anys que una de 25.

## 7. Webgrafia

- Andreasen, A. R. (1995). *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment* (Jossey-Bass, Ed.).
- Andreasen, A. R. (2001). *Ethics in Social Marketing* (Smith WA, Ed.). Georgetown Univ. Press.
- Arjonilla, S., Pelcastre, B., & Orozco, E. (2000). Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud. *Salud Mental*, 3, 2–12.
- Ballena, C. L., Cabrejos, L., Davila, Y., Gonzales, C. G., Mejía, G. E., Ramos, V., & Barboza, J. J. (2021). Impact of COVID-19 confinement on quality of life and mental health. *Revista Del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(1), 87–89. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.904>
- Baumeister, R. F. (2002). Yielding to Temptation: Self-Control Failure, Impulsive Purchasing, and Consumer Behavior. *Journal of Consumer Research*, 28(4), 670–676.
- Bloomfield, K., Grittner, U., Kramer, S., & Gmel, G. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concered action 'Gender, culture and alcohol problems: A multi-national study. *Alcohol and Alcoholism*, 41(1), 26–36. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl073>
- Bonilla-Aldana, D. K., Dhama, K., & Rodriguez-Morales, A. J. (2020). Revisiting the one health approach in the context of COVID-19: A look into the ecology of this emerging disease. *Advances in Animal and Veterinary Sciences*, 8(3), 234–237. <https://doi.org/10.17582/journal.aavs/2020/8.3.234.237>
- Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 526–533. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.007>
- Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 299–307. [www.elsevier.com/locate/drugalcdep](http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep)
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev*, 1, 3–7.
- Casswell, S., Pledger, M., & Hooper, R. (2003). Socioeconomic status and drinking patterns in young adults. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 98, 601–610.

- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19*.
- Collins, W. A., & Gunnar, M. . R. (1990). Social and personality development. *Annual Review of Psychology*, *41*, 387–416.
- Cook, P., & Moore, M. J. (1993). Drinking and schooling. *Journal of Health Economics*, *12*, 411–429.
- Cummins, R. O., Shaper, A. G., Walker, M., & Wale, C. J. (1981). Smoking and drinking by middle-aged British men: effects of social class and town of residence. *British Medical Journal*, *283*, 1497–1502.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, *29*, 1–28.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. W., & Oh, M. K. (2001). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, *107*(6), 1363–1368. <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1363>
- Expósito, M., & Navarro, D. (2020). Estudio de necesidades post COVID-19 en personas con trastorno mental. *GRUPO 5*.
- Faber, R. J., Christenson, G. A., de Zwaan, M., & Mitchell, J. (1995). Two Forms of Compulsive Consumption: Comorbidity of Compulsive Buying and Binge Eating. *Source: Journal of Consumer Research*, *22*(3), 296–304.
- Fraga, S., Sousa, S., Ramos, E., Dias, I., & Barros, H. (2011). Social representations of smoking behaviour in 13-year-old adolescents. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, *17*(1), 27–31. [https://doi.org/10.1016/s2173-5115\(11\)70007-0](https://doi.org/10.1016/s2173-5115(11)70007-0)
- Fujita, K., Trope, Y., Liberman, N., & Levin-Sagi, M. (2006). Construal levels and self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*(3), 351–367. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.3.351>
- Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Abyu, G. Y., Adedeji, I. A., Adetokunboh, O., Afarideh, M., Agrawal, A., Agrawal, S., Ahmadiéh, H., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, *390*(10100), 1345–1422. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8)

- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*(1), 7–12. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531>
- Gordon-Wilson, S. (2021). Consumption practices during the COVID-19 crisis. *International Journal of Consumer Studies*. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12701>
- Grier, S. A., & Brumbaugh, A. M. (1999). Noticing Cultural Differences: Ad Meanings Created by Target and Non-Target Markets. *Journal of Advertising*, *28*(1), 79–93. <https://doi.org/10.1080/00913367.1999.10673578>
- Grier, S., & Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health*, *26*, 319–339. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144610>
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., Tapp, A. D., Forouzanfar, M. H., Salama, J. S., Abate, K. H., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Aboyans, V., Abrar, M. M., Acharya, P., ... Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, *392*(10152), 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Gutiérrez, J. D. (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública*, *10*(4), 213.
- Hastings, G. (2003a). Competition in social marketing. *Social Marketing Quarterly*, *9*(3), 6–10. <https://doi.org/10.1080/15245000309109>
- Hastings, G. (2003b). Relational Paradigms in Social Marketing. *Journal of Macromarketing*, *23*(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0276146703252488>
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1248*(1), 107–123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
- Jones, L., Bates, G., McCoy, E., & Bellis, M. A. (2015). Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1720-7>
- Keinan, A., & Kivetz, R. (2008). Remediating Hyperopia: The Effects of Self-Control Regret on Consumer Behavior. *Journal of Marketing Research*, *XLV*, 676–689.
- Kemp, E., Kennett-Hensel, P. A., & Williams, K. H. (2014). The Calm before the Storm: Examining Emotion Regulation Consumption in the Face of an Impending

- Disaster. *Psychology and Marketing*, 31(11), 933–945. <https://doi.org/10.1002/mar.20744>
- Kemp, E., & Kopp, S. W. (2011). Emotion regulation consumption: When feeling better is the aim. *Journal of Consumer Behaviour*, 10(1), 1–7. <https://doi.org/10.1002/cb.341>
- Kenkel, D. S., Ribar, D. C., Cook, P. J., Peltzman, S., & Papers, B. (1994). Alcohol Consumption and Young Adults' Socioeconomic Status. *On Economic Activity. Microeconomics*, 1994, 119–175. <http://www.jstor.orgURL:http://www.jstor.org/stable/>
- Knupfer, G. (1989). The prevalence in various social groups of eight different drinking patterns, from abstainers to frequent drunkenness: analysis of 10 US surveys combined. *British Journal of Addiction*, 84, 1305–1318.
- Koos, S., Vihalemm, T., & Keller, M. (2017). Coping with crises: Consumption and social resilience on markets. *International Journal of Consumer Studies*, 41(4), 363–370. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12374>
- La Moncloa. (2020a, April 28). *Plan de desescalada*. Gobierno de España. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/280420-enlace-desescalada.aspx>
- La Moncloa. (2020b, December 27). Una interna y una técnico de cuidados auxiliar de enfermería de la residencia Los Olmos, de Guadalajara, las primeras vacunadas frente a la COVID-19. *Gobierno de España*.
- Lechner, W. v., Laurene, K. R., Patel, S., Anderson, M., Grega, C., & Kenne, D. R. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive Behaviors*, 110. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106527>
- Marmot, M. (1997). Inequality, deprivation and alcohol use. *Addiction*, 92, 13–20.
- Maturana H., A. (2011). Consumo dealcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98–109. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70397-2](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70397-2)
- Meneses, K., Cisneros, M. V., & Braganza, M. E. (2019). Socioeconomic analysis of excessive alcohol consumption in Ecuador. *Revista Ciencias de La Salud*, 17(2), 293–308. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7938>
- 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., Pub. L. No. 67, 25390 (2020). <https://www.boe.es>

Mirón, L., Serrano, G., Godás, A., & Rodríguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(88), 256–281.

Moscovici, S. (2004). *La psychanalyse, son image et son public* (3rd ed.).

Mullahy, J., & Sindelar, J. (1995). Employment, unemployment and problem drinking. *National Bureau of Economic Research*, 5123.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). Encuesta OEDA-COVID: Impacto de la pandemia por Covid-19 durante el año 2020 en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo. *Delegación Del Gobierno Para El Plan Nacional Sobre Drogas*, 1–42. <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, & Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zorzea, T., Ferguson, E., & Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *British Journal of Psychiatry*, 218(6), 326–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*.

Paez, D., Valdozedal, M., Igartual, J., Basabel, N., & Iraurgi, J. (1992). Las representaciones sociales del alcohol. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 2(3), 33–54.

Rothschild, M. L. (1999). Carrots, Sticks, and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social Issue Behaviors. *Journal of Marketing*, 63(4), 24–37.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.

Self, W. H., Tenforde, M. W., Rhoads, J. P., Gaglani, M., Ginde, A. A., David, ;, Douin, J., Olson, S. M., Keipp Talbot, ; H, Casey, J. D., Mohr, N. M., Zepeski, A., Mcneal, T., Ghamande, S., Gibbs, K. W., Clark, ; D, Hager, N., Arber, ;, Matthew, ;, ... Patel, M. M. (2021). Comparative Effectiveness of Moderna, Pfizer-BioNTech, and Janssen



(Johnson & Johnson) Vaccines in Preventing COVID-19 Hospitalizations Among Adults Without Immunocompromising Conditions — United States, March–August 2021. *US Department of Health and Human Services/ Centers for Disease Control and Prevention*, 70(38), 1337–1343. <https://www.cdc.gov/mmwr>

Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130–140. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)

Téllez Mosquera, J., & Cote Menéndez, M. (2006). Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev. Fac. Med. (Bogotá)*, 54(1), 32–47.

Tristán, C., Llorens, N., Brime, B., León, L., López, M., García, N., & Molina, M. (2021). Monografía. Alcohol 2021: Consumo y consecuencias. *Observatorio Español de Las Drogas y Las Adicciones (OEDA)*. <https://cpage.mpr.gob.es/>

United Nations. (2015). *The Sustainable Development Goals*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

Usall, J. (2020). *La pandemia de la COVID-19 y la salud mental de las mujeres*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7276119/>

van Oers, J. A. M., Bongers, I. M. B., van de Goor, L. A. M., & Garretsen, H. F. L. (1999). Alcohol consumption- Related problems, problem drinking and socioeconomic status. *Alcohol and Alcoholism*, 34(1), 78–88.

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.

Zuzulich Pavez, M. S., Cabieses Valdés, B., Pedrals Gibbons, N., Contreras Escudero, L., Martínez Aldunate, D., Muñoz Serrano, M., & Espinoza Sepúlveda, M. (2010). Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior . *Invest Educ Enferm.*, 28(2), 232–239.

## 8. Annex

### Annex 1. Qüestionari en castellà.

**Datos demográficos:** Para establecer una visión general sobre el perfil de los jóvenes necesitamos recoger datos demográficos básicos.

**¿Podrías especificar tu edad? \***

**¿Podrías indicar con qué género te identificas? \* Marqueu només un oval.**

- Género masculino
- Género femenino
- Otros

**¿Podrías indicar aproximadamente la población del lugar en el que resides? \***

*Marqueu només un oval.*

- Menos de 1.000 habitantes
- De 1.001 a 10.000 habitantes
- De 10.001 a 50.000 habitantes
- De 50.001 a 100.000 habitantes
- Más de 100.000 habitantes

**¿Podrías indicar tu máximo nivel de estudios? \* Marqueu només un oval.**

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Estudios superiores

**¿Podrías indicar el nivel máximo de estudios de tus padres? \* Marqueu només un oval.**

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Estudios superiores

**En el caso de estar cursando o de haber finalizado tus estudios superiores, ¿podrías indicar el ámbito de conocimiento? Marqueu només un oval.**

- Artes y Humanidades

- Ciencias de la Salud
- Ciencias (matemáticas, física, química, etc.)
- Ciencias Sociales y Jurídicas
- Ingeniería y Arquitectura
- No estudio

**¿Podrías indicar tu situación laboral?** \* *Seleccionen totes les opcions que corresponguin.*

- Autónom/a
- Asalariado/a a tiempo completo
- Asalariado/a a tiempo parcial
- Empresario/a con asalariados
- Paro

**¿Podrías indicar aproximadamente el nivel de ingresos anual de tu hogar?**

*Marqueu només un oval.*

- Menos de 25.000€
- De 25.000€ a 50.000€
- De 50.000€ a 75.000€
- De 75.000€ a 100.000€
- Más de 100.000€

**¿Trabajas en el ámbito sanitario?** \* *Marqueu només un oval.*

- Sí
- No
- No trabajo

**COVID-19:** La pandemia COVID-19 ha provocado cambios y restricciones en todos los ámbitos. **¿Podrías indicar la respuesta que más se ajuste a tu situación? A partir del primer confinamiento en marzo de 2020, a la hora de estudiar...** \* *Marqueu només un oval.*

- Se me dio la opción de estudiar desde casa
- Se me obligó a estudiar desde casa
- Se me obligó a asistir presencialmente a el lugar de estudio
- No estudiaba

**¿Podrías indicar tu preferencia respecto al modelo de enseñanza? \* Marqueu només un oval.**

- Modalidad online
- Modalidad presencial
- Modelo híbrido, combinando el estudio online con el presencial
- No estudiaba

**Desde la declaración de la pandemia, consideras que tu carga de estudios... \***  
*Marqueu només un oval.*

- Ha aumentado
- Ha disminuido
- No ha cambiado
- No estudio

**En una escala del 1 al 5 indica tu grado de satisfacción académica (siendo 1 insatisfecho y 5 muy satisfecho). \* Marqueu només un oval.**

- 1 (insatisfecho)
- 2 (poco satisfecho)
- 3 (neutral)
- 4 (bastante satisfecho)
- 5 (muy satisfecho)
- No estudio

**A partir del primer confinamiento de marzo del 2020, a la hora de trabajar... \***  
*Marqueu només un oval.*

- Se me dio la opción de trabajar desde casa
- Se me obligó a trabajar desde casa
- Se me obligó a asistir a presencialmente al puesto de trabajo
- No trabajaba

**¿Podrías indicar tu preferencia respecto a la modalidad de trabajo? \* Marqueu només un oval.**

- Teletrabajo desde casa
- Trabajo presencial desde la oficina
- Modelo híbrido combinando el teletrabajo con el trabajo presencial
- No trabajaba

**En una escala del 1 al 5 indica tu grado de satisfacci3n laboral (siendo 1 insatisfecho y 5 muy satisfecho). \* Marqueu només un oval.**

- 1 (insatisfecho)
- 2 (poco satisfecho)
- 3 (neutral)
- 4 (bastante satisfecho)
- 5 (muy satisfecho)
- No trabajo

**¿Consideras que eres feliz por lo general? Indícalo en una escala del 1 al 5 (siendo 1 infeliz y 5 muy feliz). \* Marqueu només un oval.**

- 1 (infeliz)
- 2 (un poco feliz)
- 3 (neutral)
- 4 (bastante feliz)
- 5 (muy feliz)

**Las medidas para frenar los contagios de COVID-19 han generado distanciamiento físico con nuestros círculos. Indica en una escala del 1 al 5 como ha \* sido en tu caso (siendo 1 no ha habido distanciamiento y 5 ha habido mucho distanciamiento).**

	1 (no ha habido distanciamiento)	2 (poco distanciamiento)	3 (neutral)	4 (bastante distanciamiento)	5 (mucho distanciamiento)	No tengo
Amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compañeros de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vecinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**¿Consideras que desde la pandemia te has vuelto más solitario/a? Indícalo en una escala del 1 al 5 (siendo 1 genes y 5 mucho). \* Marqueu només un oval.**

- 1 (nada)
- 2 (un poco)
- 3 (neutral)
- 4 (bastante)
- 5 (mucho)

**¿Podrías indicar a qué crees que es debido? Marqueu només un oval.**

- Me da pereza salir de casa Con el COVID
- El nivel de trabajo ha aumentado y no tengo tiempo
- Por miedo al contagio
- Falta de recursos de desplazamiento

**En una escala del 1 al 5 (siendo 1 nunca y 5 a diario) indica si a partir de la pandemia has experimentado algún episodio de ... \***

	1 (nunca)	2 (puntualmente)	3 (neutral)	4 (a menudo)	5 (a diario)
<b>Ansiedad</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Insomnio</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Necesidad de soledad</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aburrimiento</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**Consumo de alcohol y tabaco:** Por último necesitamos información sobre tus hábitos de consumo en sustancias como el alcohol y el tabaco.

**En una escala del 1 al 5 (siendo 1 nunca y 5 a diario) indica ¿con qué frecuencia consumías alcohol antes de la pandemia, es decir en el año 2019? \* Marqueu només un oval.**

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- De 2 a 4 veces al mes
- De 2 a 3 veces por semana
- De 4 a más veces por semana

**En una escala del 1 al 5 (siendo 1 nunca y 5 a diario) indica con qué frecuencia consumes alcohol actualmente. \* Marqueu només un oval.**

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- De 2 a 4 veces al mes
- De 2 a 4 veces por semana De 4 a más veces por semana

**En una escala del 1 al 5 (siendo 1 nunca y 5 a diario) indica ¿con qué frecuencia consumías tabaco antes de la pandemia, es decir en el año 2019? \* Marqueu només un oval.**

- Nunca
- 1 cigarro al día
- 2-5 cigarros al día
- 6-10 cigarros al día
- 11-20 cigarros al día
- 21 o más cigarros al día

**En una escala del 1 al 5 (siendo 1 nunca y 5 a diario) indica ¿con qué frecuencia consumes tabaco actualmente. \* Marqueu només un oval.**

- 1 cigarro al día
- 2-5 cigarros al día
- 6-10 cigarros al día
- 11-20 cigarros al día
- 21 o más cigarros al día

**¿Podrías indicar con quien consumes con mayor frecuencia las siguientes sustancias? \***

	Solitario	Pareja	Amigos	Familia	No consumo
<b>Alcohol</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tabaco</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**En caso de consumir alcohol podrías indicar por qué lo haces? \* Marqueu només un oval.**

- Por curiosidad
- Por ansiedad
- Por desconectar
- Por diversión
- Para socializar
- Me hace sentir mejor
- Me gusta el sabor
- No consumo alcohol

**En caso de consumir tabaco podrías indicar por qué lo haces? \* Marqueu només un oval.**

- Por curiosidad
- Por ansiedad
- Por desconectar
- Por diversión
- Para socializar
- Me hace sentir mejor
- Me gusta el sabor
- No consumo tabaco