



Repercusiones psicológicas de la COVID-19 en Andalucía

Informe

Francisco Revuelta Pérez
Wenceslao Peñate Castro
Luis Rodríguez Franco
Luisa Rodríguez Fernández

Repercusiones
psicológicas de
la COVID-19 en
Andalucía
Informe

Repercusiones psicológicas de la COVID-19 en Andalucía

Informe

Francisco Revuelta Pérez
Wenceslao Peñate Castro
Luis Rodríguez Franco
Luisa Rodríguez Fernández

Edita:

Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces,
Consejería de la Presidencia, Administración Pública e Interior,
Junta de Andalucía

© Del texto: los autores, 2021

© De la edición:

Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces

Bailén, 50 — 41001 Sevilla

Tel.: 955 055 210

Fax: 955 055 211

www.centrodeestudiosandaluces.es

Primera edición, octubre de 2021

ISBN: 978-84-123495-4-2

DL: SE 1925-2021

OBSERVACIONES.....	9
---------------------------	----------

INTRODUCCIÓN, MUESTRA, MATERIAL Y PROCEDIMIENTO.....	11
---	-----------

Introducción.....	11
-------------------	----

Muestra	15
---------------	----

Material.....	16
---------------	----

Procedimiento	17
---------------------	----

RESULTADOS.....	19
------------------------	-----------

1. Depresión.....	19
-------------------	----

2. Ansiedad.....	29
------------------	----

3. Estrés.....	38
----------------	----

4. Malestar psicológico autopercebido.....	46
--	----

5. Miedo al contagio del coronavirus.....	50
---	----

6. Riesgo de contagio autopercebido	56
---	----

7. Socialización positiva autopercebida (comportamientos y cogniciones prosociales autopercebidos).....	64
--	----

8. Socialización negativa autopercebida (comportamientos y cogniciones antisociales autopercebidos)	68
--	----

9. Problemas de pareja.....	72
-----------------------------	----

10. Tendencia suicida y riesgo de suicidio.....	78
---	----

11. Condición laboral: Igual que antes de la pandemia.....	87
--	----

12. Diferencias entre personas diagnosticadas y no diagnosticadas de COVID-19	97
--	----

13. Vacunas	103
-------------------	-----

14. Predicción de las variables psicopatológicas malestar psicológico autopercebido, depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida.....	112
---	-----

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, RESUMEN EJECUTIVO Y REFERENCIAS.....	119
---	------------

Análisis de los resultados	119
----------------------------------	-----

Resumen ejecutivo de resultados.....	130
--------------------------------------	-----

Observaciones

Dados los objetivos de este informe no se han introducido datos de los que suelen proporcionarse en artículos científicos (p. ej., valores de p , tamaño del efecto, análisis de varianza, regresión logística, etc.). Igualmente, se prescinde en los instrumentos utilizados de suministrar datos psicométricos (valores de alfa de Cronbach, fiabilidad, análisis factoriales, etc.). La pretensión ha sido la de procurar un mayor alcance de posibles lectores no familiarizados con esa clase de lenguaje.

De las distintas posibilidades de presentación de los resultados se ha optado por hacerlo en función de variables de carácter psicológico (depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico general, etc.); si bien se han realizado tres apartados específicos, por sus peculiaridades: vacunas, personas infectadas frente a las no infectadas, condición laboral y predicción de algunas variables psicológicas; en concreto, de malestar psicológico general, depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida.

En muchos casos se ha colocado tanto una tabla como una figura para presentar los mismos datos. Es posible prescindir de una de las dos cosas. No obstante, se ha hecho de esa forma con el fin de facilitar la captación de los resultados.

Asimismo, para facilitar la lectura del documento, no se ha utilizado el modo que se recoge en el manual de estilo de la Asociación Americana de Psicología, que es el internacionalmente utilizado para la disciplina de la Psicología.

En el texto aparece la palabra *infectibilidad*. Se trata de un neologismo que, de momento, no está aceptado por la Real Academia Española, pero que se está empleando con frecuencia en el ámbito de la Psicología de la Salud para referirse a la posibilidad o capacidad de contagio infeccioso. Aquí se utiliza en el contexto del riesgo de contagio autopercebido.

Se sugiere, para cuando sea necesario, consultar los datos de los instrumentos utilizados, que aparecen en el apartado de *material*, para evitar repetir muchas veces la escala o cuestionario utilizado para medir cualquier dimensión psicológica (depresión, ansiedad, etc.) o el modo de puntuación.

Introducción, muestra, material y procedimiento

Introducción

Aunque existen precedentes acerca de la contemplación de factores psicológicos a la hora de entender y estudiar lo que es la salud, la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con motivo de su creación en 1946, fue clave para asentar un enfoque mucho más apropiado y certero. Su declaración, como primer principio de su constitución, de que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹, supuso —más allá de las matizaciones que puedan realizarse— un apoyo inestimable para que se fuera abandonando el modelo biomédico de manera exclusiva en todo lo concerniente a la salud y la enfermedad. A partir de ese momento, se profundizó en esa perspectiva, siendo relevante la aportación al respecto de George L. Engel a favor de un modelo biopsico-social², en el que se reconoce la importancia y la interacción de las dimensiones biológica, psicológica y social a todos los niveles, sea en la promoción de salud, prevención de la enfermedad, tratamiento o rehabilitación o cualquier otro campo.

1 Organización Mundial de la Salud (1994). *Documentos básicos* (40.^a ed.). Ginebra, Suiza.

2 ENGEL, G. L. (1977): «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine», *Science*, 196, pp. 129-136. DOI: 10.1126/science.847460.

Es en este último contexto, durante 1978, en el que se oficializa lo que se ha denominado *Psicología de la Salud*, por parte de la Asociación Americana de Psicología, al crear la División 38, y se proporciona la siguiente definición:

El conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación etiológica y diagnóstica que correlaciona con la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y el análisis y mejora del sistema del cuidado de la salud y la formación en política de la salud³.

A partir de ese momento, la Psicología de la Salud ha ido cobrando fuerza en ámbitos académicos, de investigación y profesionales, alcanzando todo tipo de temas relacionados con la salud y la enfermedad. En circunstancias como las actuales, con una pandemia, debida al virus SARS-CoV-2, que origina la enfermedad que se ha denominado COVID-19, esta disciplina sanitaria tiene mucho que decir y aportar para una mejor comprensión e intervención de esta enfermedad. En este sentido, es necesario admitir que, tanto por parte de instituciones como de muy diversos grupos de investigación, se está estudiando cómo está afectando a la salud mental la pandemia, qué variables inciden negativamente, cuáles son protectoras, qué estrategias de prevención son las convenientes y qué tratamientos deben desarrollarse para las personas afectadas. La OMS, por ejemplo, ya en octubre de 2020, manifestó que existen consecuencias directas e indirectas de la COVID-19 en las condiciones de salud mental, lo que ha llevado y lleva a una mayor demanda de servicios. Este último hecho —el aumento de la demanda— ha producido que se haya alterado o interrumpido la prestación, precisamente, de servicios, especialmente en las poblaciones más vulnerables. Subraya esta organización cómo los factores de estrés de la pandemia representan un riesgo para el desarrollo, exacerbación y recaída de trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias. Además, destaca que el propio COVID-19 se asocia con complicaciones neurológicas y mentales⁴.

El impacto psicológico de la vivencia de pandemias y, específicamente, del confinamiento de la población, está bien documentada. Los estudios muestran de manera sistemática cómo la aparición de pandemias y el confinamiento se asocia directamente

3 MATARAZZO, J. D. (1982): «Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology», *American Psychologist*, 37, pp. 1-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.1.1>.

4 World Health Organization (WHO) (5 de octubre de 2020): *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>.

con síntomas de estrés agudo y de estrés postraumático, que pueden alcanzar a un tercio de los adultos confinados; de ellos, una quinta parte muestran síntomas apreciables de ansiedad y depresión. También se han observado porcentajes significativos de personas con problemas de sueño y psicosomáticos. De manera importante, hay que indicar que el posconfinamiento suele suponer un alivio de esa sintomatología, salvo en el caso de las conductas adictivas (alcohol y otras sustancias) que tienden a mantenerse en el tiempo⁵.

Específicamente y con respecto al impacto de la pandemia SARS-CoV-2, los primeros datos sobre el impacto en China, tanto en Wuhan como en otras provincias, han mostrado unos resultados similares, con tendencia a porcentajes de afectados más alta, que van desde un 40 % hasta más de la mitad de las personas con síntomas psicopatológicos significativos. De esos, un tercio lo están con niveles clínicamente significativos de ansiedad, depresión y estrés. Como era esperable, este impacto está más presente en personas con contacto directo con enfermos y con la posibilidad de verse infectados (como el personal sanitario) y en mujeres^{6 7 8}.

Los datos en otros países son también similares: en India el porcentaje de afectación psicológica ha superado el 40 %⁹; en Italia, el 30 %¹⁰; en el Reino Unido, los datos se acercan a ese 30 %¹¹. Solo un estudio llevado a cabo en Vietnam informa de tasas de

5 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», *The Lancet*, 395, pp. 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

6 DAI, Y.; HU, G.; XIONG, H.; QIU, H. y YUAN, X. (2020): «Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China», *medRxiv*, preprint <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>.

7 LAI, J.; MA, S.; WANG, Y.; CAI, Z.; HU, J.; WEI, N.; HU, S. *et al.* (2020): «Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019», *JAMA Netw Open*, 3, e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.

8 WANG, C.; PAN, R.; WAN, X.; TAN, Y.; XU, L.; HO, C. S. y HO, R. C. (2020): «Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.

9 KAZMI, S. S. H.; HASAN, K.; TALIB, S. y SAXENA, S. (2020): «COVID-19 and Lockdwon», *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3577515>.

10 MAZZA, C.; RICCI, E.; BIONDI, S.; COLASANTI, M.; FERRACUTI, S.; NAPOLI, C. y ROMA, P. (2020): «A nationwide survey of psychological distress among italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors», *Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), E3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>.

11 SHEVLIN, M.; MCBRIDE, O.; MURPHY, J.; MILLER, J. G.; HARTMAN, T. K.; LEVITA, L.;

afectación por debajo del 10 %¹², pero, y de manera significativa, el porcentaje mayor se encontraba en personas que presentaban síntomas de la COVID-19. En España los datos también son similares. Sin especificar el alcance clínico, los estados de preocupación, estrés, desesperanza y depresión están en tasas de alrededor del 30 % de la población¹³.

Una característica de estos estudios es que se realizan en población general, atendiendo, en todo caso, al papel de cada uno en relación con la pandemia, especialmente cuando se trata de personal sanitario y vinculado especialmente con el cuidado de personas infectadas. Sin embargo, se ha prestado poca atención a si la persona encuestada está infectada o no y cuál es su grado de afectación (se sabe que la enfermedad cursa desde sin síntomas hasta síntomas altamente graves). Sin embargo, cuando se dispone de datos, se muestra cómo la presencia de la enfermedad aumenta las tasas de afectación psicológica¹⁴. Estos datos se han corroborado en otras poblaciones con otro tipo de afectación, donde las situaciones más dramáticas (ingresos en UCI), se asocian con una mayor sintomatología psicopatológica¹⁵.

En general, los estudios realizados constatan elevados niveles de problemas psicológicos como consecuencia de la aparición de la COVID-19, aunque como es esperable no haya coincidencia absoluta en sus resultados. Por ejemplo, se ha encontrado una prevalencia de depresión siete veces mayor en comparación con una estimación global

BENTALL, R. P. *et al.* (2020): «Anxiety, depression, traumatic stress, and covid-19 related anxiety in the UK general population during the covid-19 pandemic», *PsyArXiv*. https://psyarxiv.com/hb6nq?fbclid=IwAR2-oeNKPdDs89ThulzLqAjgxo51dag7bZrwXsJ-34ue3EcdqChJ1hWc_Bw.

12 NGUYEN, H. C.; NGUYEN, M. H.; DO, B. N.; TRAN, C. Q.; NGUYEN, T. T. P.; PHAM, K. M.; DUONG, T. V. (2020): «People with suspected covid-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy», *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 965. <https://doi.org/10.3390/jcm9040965>.

13 SANDIN, B.; VALIENTE, R. M.; GARCÍA-ESCALERA, J.; CHAMPAGNE, D. M. y CHOROT, P. (2020): «Impacto psicológico de la pandemia COVID-19: efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25, 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>.

14 NGUYEN, H. C.; NGUYEN, M. H.; DO, B. N.; TRAN, C. Q.; NGUYEN, T. T. P.; PHAM, K. M.; DUONG, T. V. (2020): «People with suspected covid-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy», *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 965. <https://doi.org/10.3390/jcm9040965>.

15 GIL-JULIÁ, B.; FERRÁNDIZ-SELLÉS, M. D.; GIMÉNEZ-GARCÍA, C.; CASTRO-CALVO, J. y BALLESTER-ARNAL, R. (2020): «Psychological distress in critically ill patients: Risk and protective factors», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 25, pp. 81-90. <https://doi.org/10.5944/rppc.26224>.

realizada en 2017¹⁶. Por otro lado, algunos han oscilado entre el 31,3 % y el 49,5 % para los casos de depresión leve o superior; entre el 27,05 % y el 43,3 %, para la ansiedad leve o superior; y el 26,93 % y el 74,1 %, para el estrés leve o superior^{17 18}. Estas diferencias pueden ser explicadas en base a distintas variables, como puedan ser las de carácter sociodemográfico o características psicológicas, entre otras.

Los objetivos básicos de esta investigación han sido: 1) analizar el impacto psicológico de la pandemia y del confinamiento en relación con los niveles de ansiedad, depresión, estrés, malestar psicológico general, miedo a contagiarse, riesgo de contagio autopercebido, socialización positiva autopercebida, socialización negativa autopercebida, problemas de pareja y riesgo suicida; 2) analizar actitudes frente a la vacunación; 3) comparar niveles de sintomatología psicopatológica en función de si se ha estado infectado o no; 4) realizar predicciones en malestar psicológico general, depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida en función de variables sociodemográficas y psicológicas; 5) investigar la relevancia de los modos de regulación emocional en los niveles de sintomatología psicológica; y 6) comparar la percepción subjetiva del estado de ánimo y de circunstancias personales de antes de la pandemia con el momento actual.

Muestra

La muestra total está compuesta por 3.600 participantes, repartidos por todas las provincias andaluzas. De ellos, el 48,7 % son varones y el 51,3 % son mujeres. Las edades comprenden desde los 18 hasta los 93 años, con una media de 49,49 años. Por sexo, los varones tienen una media de 48,32 años y, las mujeres, de 50,59 años. Los niveles de formación más frecuentes son los de licenciatura o grado, formación profesional de segundo grado y bachillerato. En cuanto a la situación profesional, el mayor grupo son asalariados del sector privado, siguiéndole parados que han trabajado previamente.

16 BUENO-NOTIVOL, J.; GRACIA-GARCÍA, P.; Olaya, B.; Lasheras, I.; López-Antón, R. y Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>.

17 GUTIÉRREZ-HERNÁNDEZ, M.^a E.; FANJUL, L. F.; DÍAZ-MEGOLLA, A.; REYES-HURTADO, P.; HERRERA-RODRÍGUEZ, J. F.; ENJUTO-CASTELLANOS, M.^a P. y PEÑATE, W. (2021): «COVID-19 lockdown and mental health in a simple population in Spain: the role of self-compassion», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042103>.

18 ANDRADES-TOBAR, M.; GARCÍA, F. E.; CONCHA-PONCE, P.; VALIENTE, C. y LUCERO, C. (2021): «Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26, pp. 13-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>.

Asimismo, un 59,5 % afirman que no están en su condición laboral igual que antes de la pandemia. El 60,8 % declara estar casado o en pareja. La media de convivientes es de 3,08, incluido el participante. Casi la mitad, el 48,4 % tiene mascota. Por lo que respecta a las cuestiones biomédicas, entre otras cosas, el 9,9 % manifiesta tener una enfermedad crónica; 302 participantes, han sido diagnosticados por COVID-19; y 124 han tenido secuelas de la enfermedad, de los cuales 87 aún continuaban con ellas durante la entrevista.

Material

Por una parte, se han elaborado preguntas ex profeso para esta investigación que van desde aspectos sociodemográficos a otros de carácter biomédico y de sus circunstancias en relación con la COVID-19. Por otra, se han empleado instrumentos psicométricos utilizados en otras investigaciones, como son:

DASS-21. Es una escala que evalúa tres dimensiones (*depresión, ansiedad y estrés*), cada una de ellas con 7 ítems que se puntúan de 0 a 3. La puntuación total se obtiene sumando los distintos valores de cada ítem. Por tanto, puede oscilar desde 0 a 21.

Escala de Okasha. Con ella se mide la tendencia suicida. Son cuatro ítems que se puntúan de 0 a 3. Por tanto, la puntuación total va desde 0 a 12. A mayor puntuación mayor tendencia suicida.

Escala de Riesgo de Contagio Autopercebido (Percepción de *Infectibilidad*). Esta escala mide la percepción personal, sobre sí mismo, acerca de la mayor o menor vulnerabilidad para contagiarse de alguna enfermedad infecciosa. Es un instrumento con 7 ítems que se valoran del 1 a 7. Una puntuación alta significa que la persona considera que tiene un riesgo elevado de poder contagiarse.

CERQ-18. Se trata de un cuestionario que evalúa los modos de regulación emocional; en concreto: autoculpa, aceptación, rumiación, poner en perspectiva, reevaluación positiva, culpar a otros, reenfoque positivo, catastrofismo y planificación. La puntuación en cada dimensión puede ir desde 1 a 10.

Escala de Deseabilidad Social. Este instrumento está extraído del Cuestionario de Personalidad EPQ reducido. Su objetivo es detectar la tendencia a responder de forma que se sea bien visto por los demás. Son seis ítems que se han de responder eligiendo entre un sí y un no.

Cuestionario de Mentalidad Conspiracionista. Este instrumento consta de cinco ítems en los que se mide es la mentalidad favorable a la creencia en conspiraciones como modos explicativos de hechos o acontecimientos. Cada ítem se puntúa de 0 a 10; por tanto, la puntuación total oscila desde 0 a 50 puntos.

Aparte de los instrumentos anteriores, hay uno más que se ha validado con los análisis realizados con la propia muestra y que ha dado lugar a tres dimensiones claramente diferenciadas: *malestar psicológico general*, *socialización positiva autopercebida* (comportamientos y cogniciones prosociales) y *socialización negativa autopercebida* (comportamientos y cogniciones antisociales). En cada ítem se ha solicitado al participante que diga si considera que está menos, igual o más que antes de la pandemia. Por ejemplo, con respecto a la ansiedad, si estima que está menos, igual o más ansioso ahora que antes de la pandemia. La puntuación total se obtiene sumando lo obtenido en cada ítem, que puede ser 1, 2 o 3, y dividiendo luego el resultado de dicha suma por el número de ítems.

Procedimiento

Los datos y respuestas de los participantes de la muestra fueron obtenidos por la empresa COTESA, en el periodo comprendido entre el 14 de abril y el 29 de mayo de 2021. Se llevó a cabo un muestreo aleatorio estratificado por provincia, edad y sexo, y tamaño de municipio, considerándose como universo las personas residentes en la comunidad autónoma de Andalucía; pautas seguidas por las encuestas del Centro de Estudios Andaluces. Se entrevistó a un total de 3.600 personas, a través de dos formas: 1) entrevista telefónica mediante cuestionario cerrado y estructurado y, 2) mediante cuestionario cerrado y estructurado en una web. Con la primera de ellas se realizaron el 70 % y, con la segunda, el resto —30 %—. Realizados los análisis pertinentes se verificó que cumplen los requisitos para ser tomadas conjuntamente. La duración de la entrevista fue, aproximadamente, de 16 minutos, 38 segundos cuando fue por teléfono, y de 13 minutos, 15 segundos, si se efectuó por la web. Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados

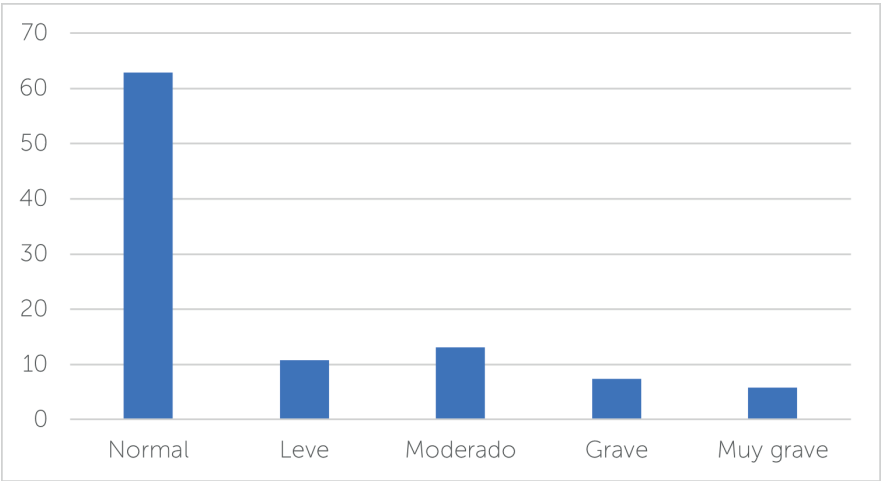
1. Depresión

La puntuación media de la *muestra total* en depresión, evaluada con el instrumento DASS-21, ha sido de 4,35, lo cual, en principio, no es un valor muy alto. No obstante, al agrupar las puntuaciones de acuerdo con los distintos niveles establecidos de normal, leve, moderado, grave y muy grave, se observa que un 37,1 % de la muestra posee algún grado de depresión, lo que representa una cifra elevada para la población (tabla 1.1 y figura 1.1).

Tabla 1.1. Niveles de depresión en la muestra total

	Depresión	
	<i>n</i>	%
Normal	2.266	62,9
Leve	388	10,8
Moderado	472	13,1
Grave	266	7,4
Muy grave	208	5,8

Figura 1.1. Niveles de depresión en la muestra total (porcentajes)



La puntuación media según el *sexo* ha sido algo superior en varones ($M = 4,42$) frente a las mujeres ($M = 4,29$). Ahora bien, esta diferencia no es estadísticamente significativa, lo mismo que cuando se agrupan las puntuaciones en función del nivel de gravedad (tablas 1.2 y 1.3 y figuras 1.2 y 1.3).

Tabla 1.2. Puntuaciones medias de depresión según sexo

Sexo	Depresión
Varón	4,42
Mujer	4,29
Total	4,35

Figura 1.2. Puntuaciones medias de depresión según sexo

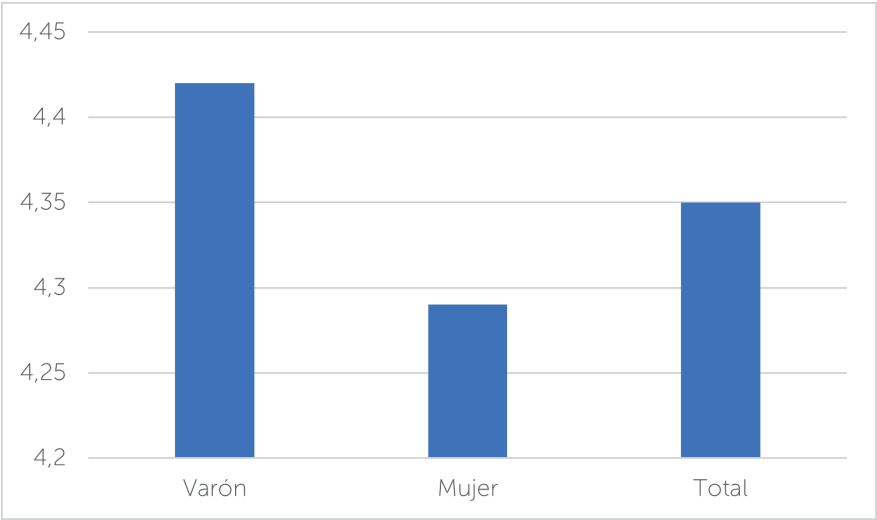
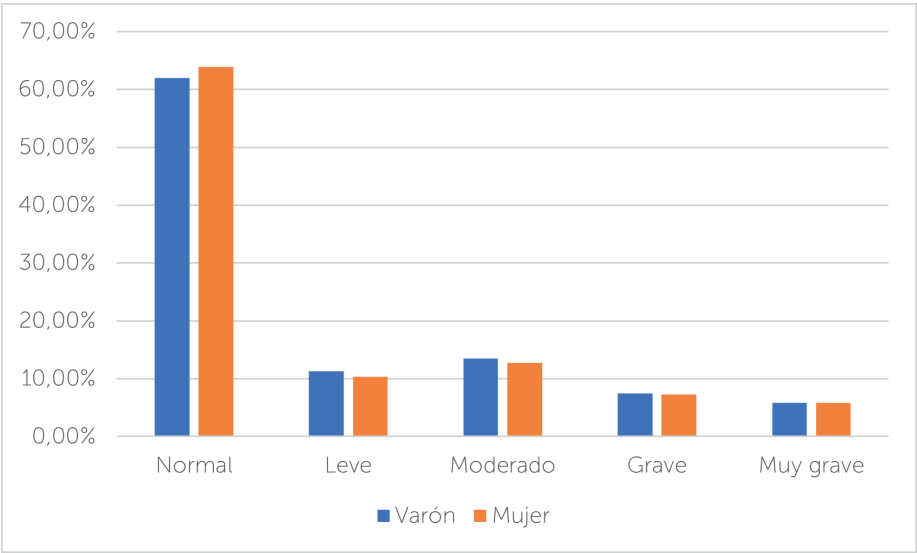


Tabla 1.3. Niveles de depresión según sexo (porcentajes)

	Varón	Mujer
Normal	62,0	63,9
Leve	11,3	10,3
Moderado	13,5	12,7
Grave	7,5	7,3
Muy grave	5,8	5,8

Figura 1.3. Niveles de depresión según sexo (porcentajes)

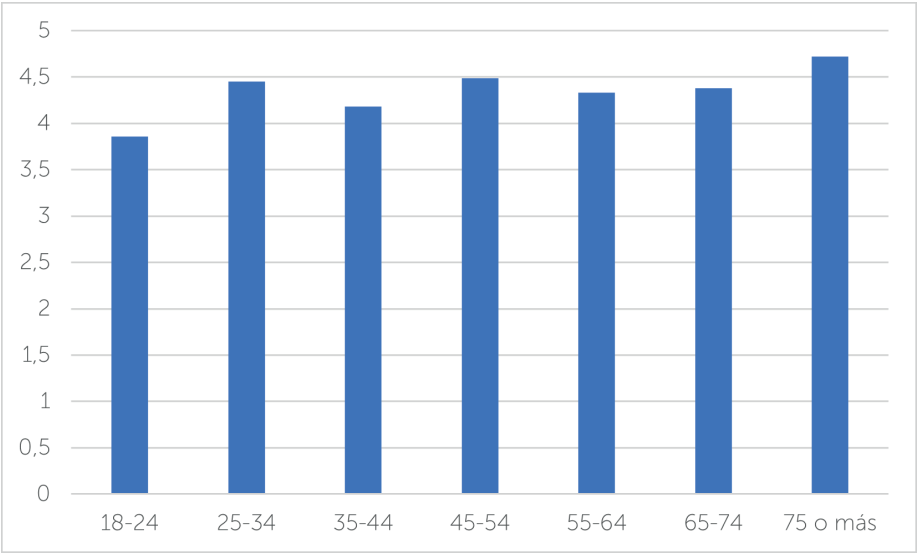


La media de depresión según *grupos de edad* va desde 3,86, para aquellas personas comprendidas entre los 18 a los 24 años, a 4,72, de las que se encuentran en el grupo de 75 o más años. No obstante, hay que advertir que no sigue un ascenso uniforme como puede observarse (tabla 1.4 y figura 1.4).

Tabla 1.4. Media de depresión según tramos de edad

Edad	Media
18-24	3,86
25-34	4,45
35-44	4,18
45-54	4,49
55-64	4,33
65-74	4,38
75 o más	4,72

Figura 1.4. Puntuaciones medias de depresión según grupos de edad



Por otra parte, en la tabla 1.5 aparecen los diferentes niveles de gravedad en función del tramo de edad. Como puede comprobarse, el grupo donde hay más personas ubicadas en el nivel normal es el de 18 a 24 años y, en el que menos, el de 75 o más años. No obstante, en cuanto a los muy graves, el tramo que presenta el mayor porcentaje es el que va desde los 55 a los 64 años, con poca diferencia del de 75 o más años, mientras que el de 35 a 44 años es el que menos (figuras 1.5 y 1.6, en esta última se ha suprimido el nivel normal, para una mejor visualización).

Tabla 1.5. Niveles de depresión por tramos de edad (porcentajes)

	Edad							Total
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más	
Normal	67,2	61,5	64,6	61,5	65,2	62,7	57,7	62,9
Leve	11,7	12,0	9,8	11,5	9,0	9,7	12,7	10,8
Moderado	11,7	11,2	13,4	13,0	13,0	14,8	15,1	13,1
Grave	4,5	9,0	7,7	8,1	6,2	7,3	7,9	7,4
Muy grave	4,8	6,3	4,7	5,8	6,7	5,6	6,6	5,8

Figura 1.5. Niveles de depresión por tramos de edad (porcentajes)

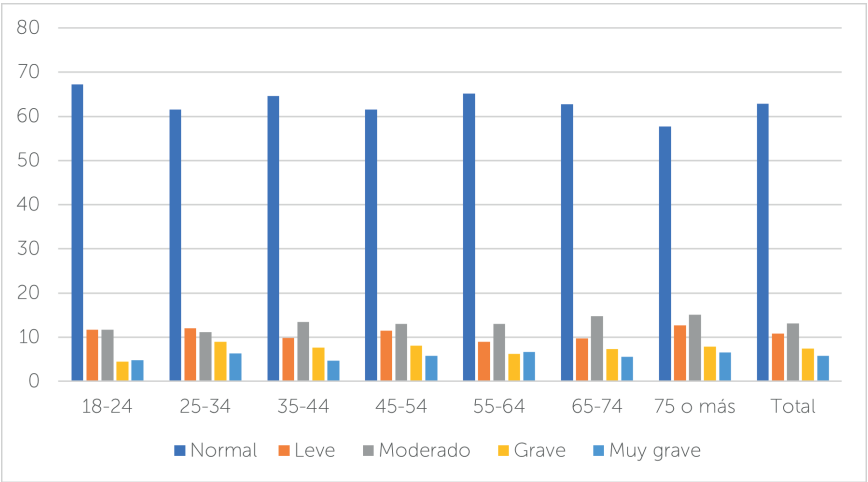
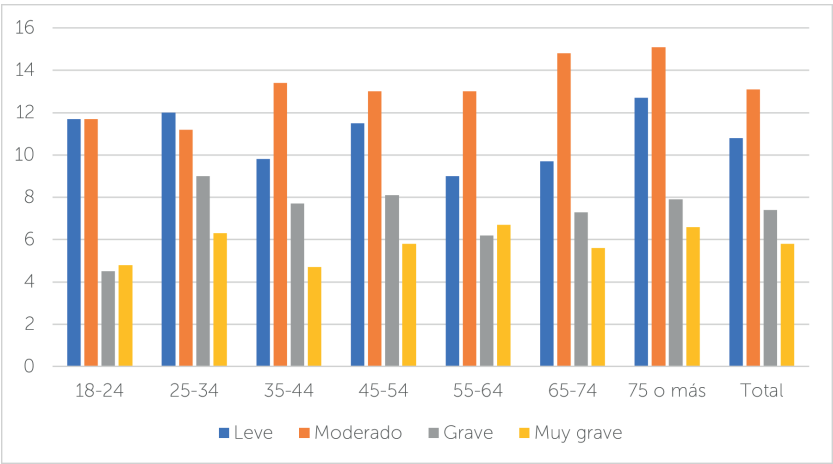


Figura 1.6. Niveles de depresión por tramos de edad, eliminado el nivel normal (porcentajes)



No se ha observado relación significativa entre la edad y la depresión, por lo que se establece que las puntuaciones en la escala son independientes de la edad.

Las puntuaciones medias por *provincia* en depresión han oscilado desde 2,19, en Almería, a 5,60, en Granada. Clasificando los valores encontrados en cinco niveles (normal, leve, moderado, grave y muy grave), como era de esperar, la mayor frecuencia y porcentaje de casos en el nivel normal se encuentra en Almería (85,3 %) y, donde menos, en Granada (50,6 %). En cuanto al número de personas que se ubican en el grado muy grave, el menor número de casos también aparece en Almería (0,9 %) y, donde más, en Córdoba (9,0 %) (tablas 1.6 y 1.7 y figuras 1.7 y 1.8). Para que pueda apreciarse mejor la incidencia de depresión, en la figura 1.9 se han eliminado los considerados normales.

Tabla 1.6. Puntuaciones medias de depresión por provincia

Provincia	Depresión
Almería	2,19
Cádiz	4,09
Córdoba	5,26
Granada	5,60
Huelva	2,63
Jaén	3,43
Málaga	5,00
Sevilla	5,14

Figura 1.7. Puntuaciones medias de depresión por provincia

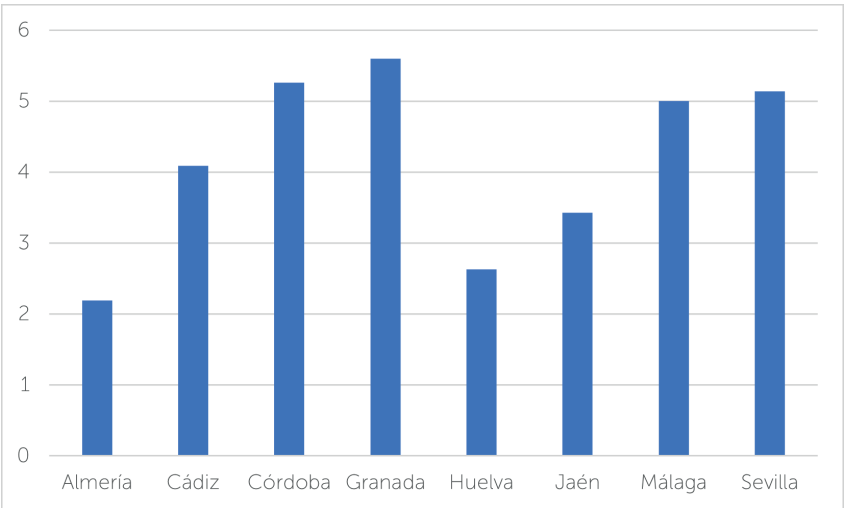


Tabla 1.7. Niveles de depresión por provincia (porcentajes)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Normal	85,3	64,8	53,9	50,6	80,8	71,9	55,9	55,4
Leve	5,7	10,6	12,5	12,9	7,3	9,4	12,1	12,4
Moderado	6,0	11,8	16,5	18,4	7,0	8,9	15,5	15,7
Grave	2,0	7,9	8,0	10,3	3,4	6,1	8,5	9,3
Muy grave	0,9	4,9	9,0	7,9	1,5	3,6	8,0	7,1

Figura 1.8. Niveles de depresión por provincia, según nivel normal, leve, moderado, grave y muy grave (porcentajes)

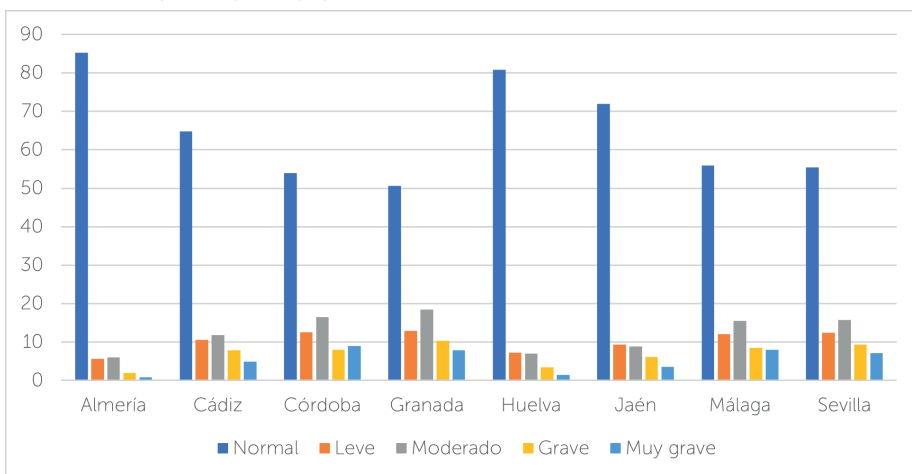
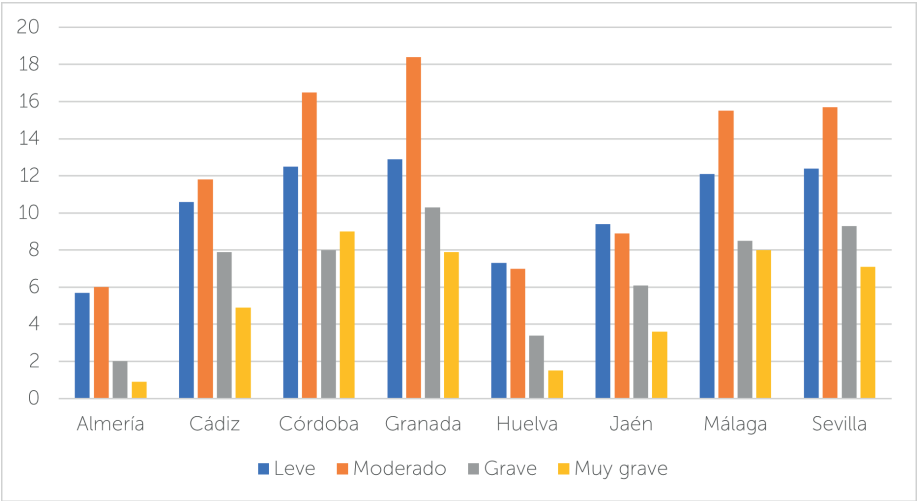


Figura 1.9. Niveles de depresión por provincia, eliminado el normal (porcentajes)



El contraste ofreció diferencias significativas entre provincias. Tomando los análisis *post hoc* entre cada una de las provincias se agruparon como puede observarse en la tabla 1.8.

Tabla 1.8. Agrupamiento de provincias según sus puntuaciones medias en depresión

Almería	2,19				
Huelva	2,63	2,63			
Jaén		3,43	3,43		
Cádiz			4,09	4,09	
Málaga				5,00	5,00
Sevilla					5,14
Córdoba					5,26
Granada					5,60

Aparecen tres agrupamientos nítidos. En este caso son Almería y Huelva las que muestran significativamente menos depresión, seguidas por Jaén y Cádiz (aunque esta última cercana a puntuaciones elevadas) y las de más puntuación en depresión son Málaga, Sevilla, Córdoba y Granada. Como puede observarse, Huelva, Jaén, Cádiz

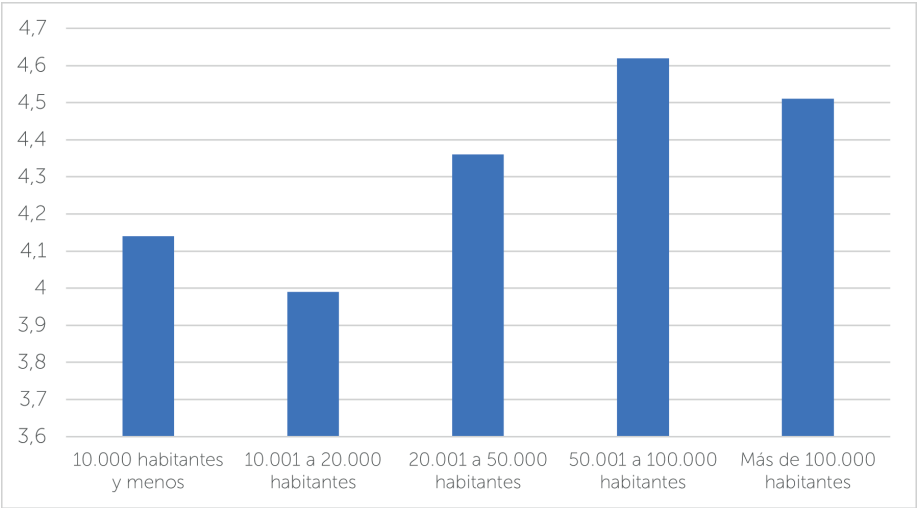
y Málaga podrían ubicarse en algún otro de los grupos mencionados. No obstante, se opta por los agrupamientos propuestos por razones prácticas, pauta que se seguirá en otros casos más adelante y con otras variables.

En *tamaño del hábitat*, las puntuaciones medias son muy similares en la división efectuada de grupos. La menor es el que corresponde al que va de 10.001 a 20.000 habitantes y, la mayor, al que tiene entre 50.001 y 100.000 habitantes (tabla 1.9 y figura 1.10). No han aparecido diferencias estadísticamente significativas en función de esta variable.

Tabla 1.9. Puntuaciones medias en depresión según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	4,14
10.001 a 20.000 habitantes	3,99
20.001 a 50.000 habitantes	4,36
50.001 a 100.000 habitantes	4,62
Más de 100.000 habitantes	4,51

Figura 1.10. Puntuaciones medias en depresión según tamaño de hábitat



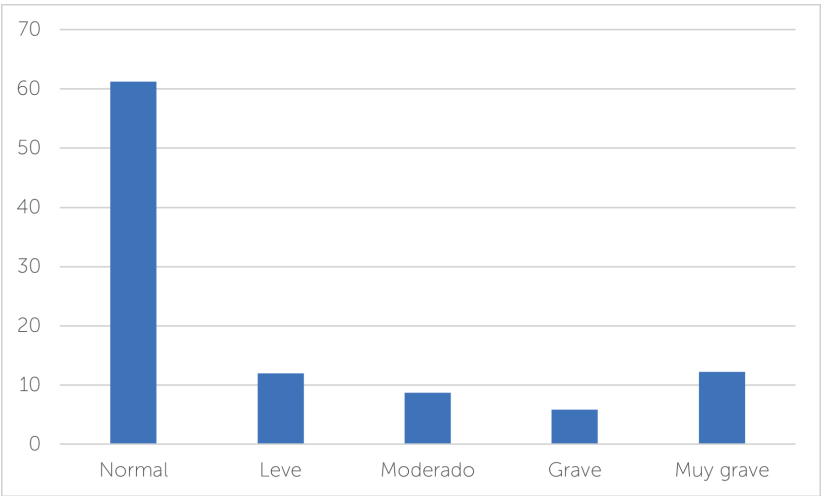
2. Ansiedad

Similarmente a lo obtenido con la depresión, la puntuación media en ansiedad de la *muestra total*, evaluada con el DASS-21, se encuentra entre normal y leve ($M = 3,82$). El conjunto de todos los niveles superiores a normal —esto es, leve, moderado, grave o muy grave— representa el 38,78 % de la muestra, un valor muy alto (tabla 2.1 y figura 2.1).

Tabla 2.1. Niveles de ansiedad en la muestra total

	Ansiedad	
	<i>n</i>	%
Normal	2.204	61,2
Leve	433	12,0
Moderado	313	8,7
Grave	211	5,9
Muy grave	439	12,2

Figura 2.1. Niveles de ansiedad en la muestra total (porcentajes)



En cuanto a las medias de ansiedad según el *sexo*, los varones tuvieron una media mayor ($M = 3,89$) frente a las mujeres ($M = 3,74$). Los análisis efectuados indican que

no existen diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. Por otro lado, en los niveles de ansiedad normal y leve, las mujeres han alcanzado unos porcentajes más altos que los varones y en el resto (moderado, grave y muy grave) fueron los varones quienes los obtuvieron mayores (tablas 2.2 y 3.3 y figura 2.2).

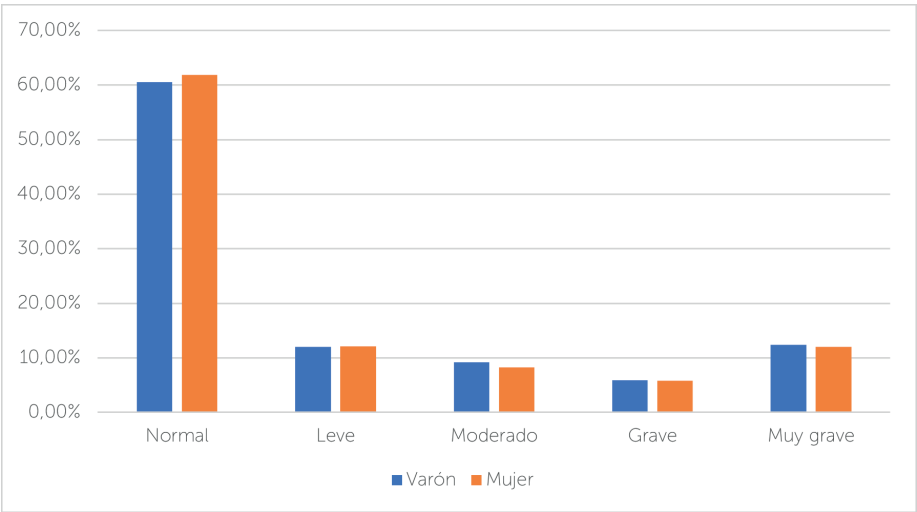
Tabla 2.2. Medias de ansiedad según sexo

Sexo	Ansiedad
Varón	3,89
Mujer	3,74

Tabla 2.3. Niveles de ansiedad según sexo

	Sexo	
	Varón	Mujer
Normal	60,5 %	61,9 %
Leve	12,0 %	12,1 %
Moderado	9,2 %	8,2 %
Grave	5,9 %	5,8 %
Muy grave	12,4 %	12,0 %

Figura 2.2. Niveles de ansiedad según sexo (porcentajes)



En cuanto los grupos de *edad*, la media va desde 3,54, en el tramo de los 18 a los 24

años, a 4,34, en los de 75 o más años (tabla 2.4 y figura 2.3). Por otro lado, derivando las puntuaciones hacia los niveles de gravedad, el grupo que engloba a más personas (64,8 %) con un nivel normal es de 18 a 24 años y, el de 75 o más, el que menos (56,3 %). Este último grupo también es el que tiene más personas en el nivel de muy grave (15,9 %) y el de 18 a 24 años el que menos (9,3 %) (tabla 2.5 y figuras 2.4 y 2.5, esta última para una mejor visualización de los niveles, se ha eliminado el nivel normal).

Tabla 2.4. Puntuaciones medias de ansiedad según tramos de edad

Edad	Media
18-24	3,54
25-34	3,97
35-44	3,67
45-54	3,74
55-64	3,67
65-74	3,95
75 o más	4,34

Figura 2.3. Puntuaciones medias de ansiedad según grupos de edad

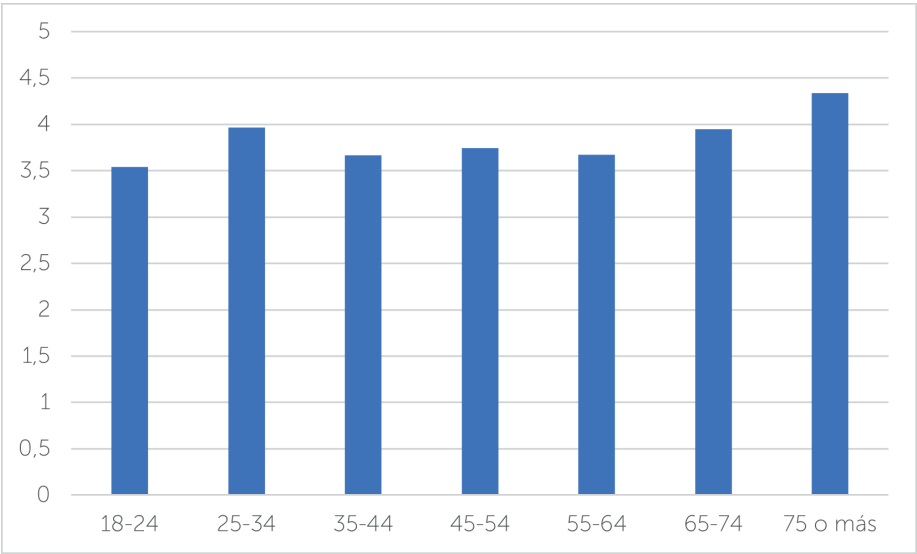


Tabla 2.5. Niveles de ansiedad por tramos de edad (porcentajes)

	Edad						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más
Normal	64,8	59,5	62,0	63,7	63,0	56,9	56,3
Leve	11,4	11,6	13,4	9,1	12,3	14,0	13,5
Moderado	6,9	10,4	7,8	9,4	8,0	10,4	7,4
Grave	7,5	4,9	5,0	5,1	5,7	7,7	6,9
Muy grave	9,3	13,6	11,9	12,7	11,0	10,9	15,9

Figura 2.4. Niveles de ansiedad por grupos de edad (porcentajes)

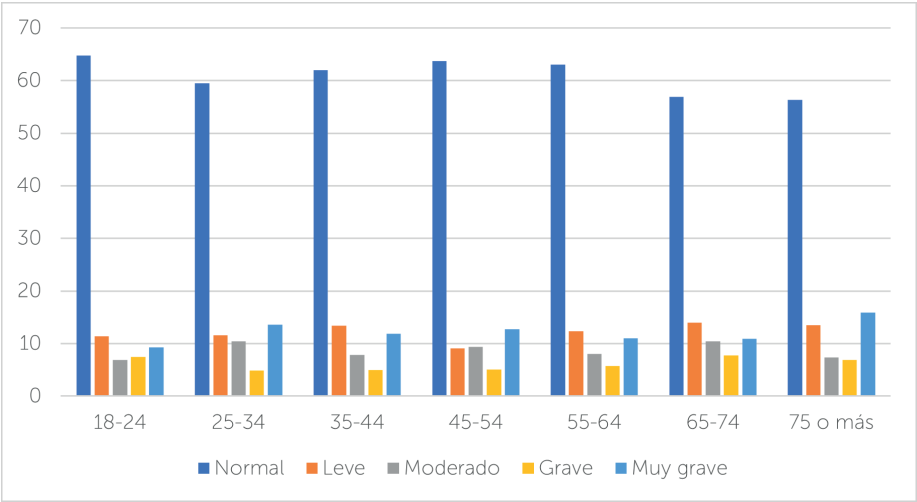
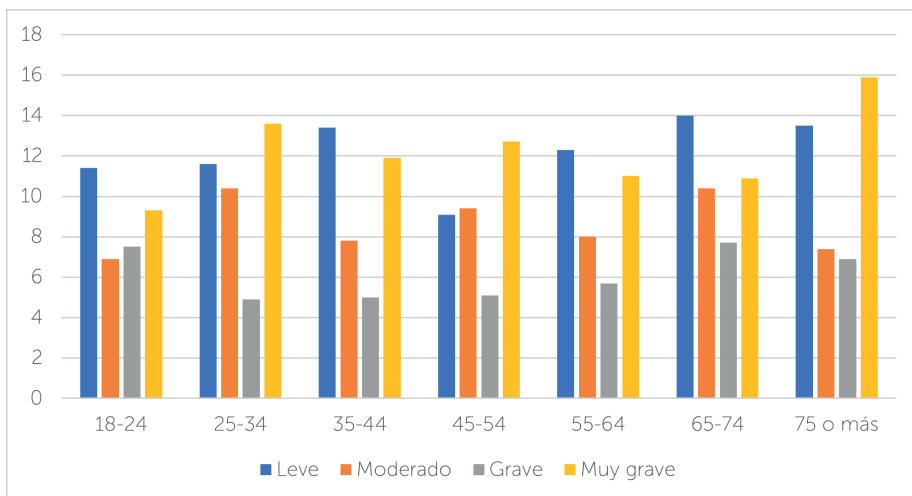


Figura 2.5. Niveles de ansiedad por tramos de edad, eliminado el nivel normal (porcentajes)



No se ha observado relación significativa entre la edad y la ansiedad, por lo que se establece que las puntuaciones en la escala son independientes de la edad.

Por lo que respecta a la situación por *provincia*, la puntuación media más baja de ansiedad sea dado en Almería ($M = 2,22$), mientras que la más alta en Granada ($M = 4,84$). Asignadas las diferentes puntuaciones por niveles, estas dos provincias vuelven a situarse con los valores más extremos, la primera de ellas es donde aparecen mayor porcentaje de casos ubicados en el nivel de normal (78,4 %) y, la segunda, donde menos (48,7 %). Además, Granada es la provincia que presenta el mayor número de casos muy graves (17,2 %) y la de Almería, es la de menor incidencia (4,6 %) (tablas 2.6 y 2.7 y figuras 2.6, 2.7 y 2.8).

Tabla 2.6. Medias de ansiedad por provincia

Provincia	Ansiedad
Almería	2,22
Cádiz	3,35
Córdoba	4,70
Granada	4,84
Huelva	2,58
Jaén	2,89
Málaga	4,35
Sevilla	4,48

Figura 2.6. Puntuaciones medias de ansiedad por provincia

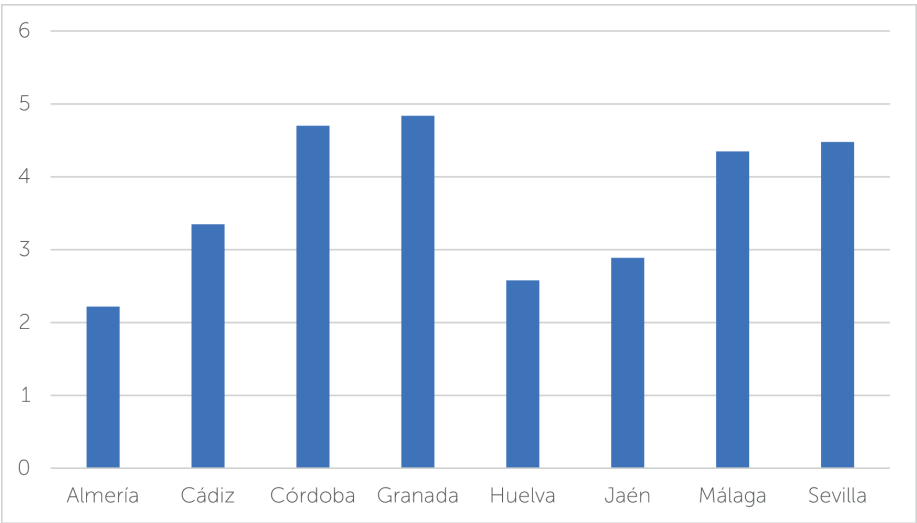


Tabla 2.7. Niveles de ansiedad por provincia (porcentajes)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Normal	78,4	66,0	53,1	48,7	75,3	71,1	56,2	53,3
Leve	9,8	12,8	11,5	13,6	10,4	9,7	13,2	13,0
Moderado	4,0	6,1	11,3	13,6	4,6	6,4	8,9	11,6
Grave	3,2	5,3	7,3	6,9	3,4	6,1	5,7	7,4
Muy grave	4,6	9,8	16,8	17,2	6,4	6,7	16,0	14,7

Figura 2.7. Niveles de ansiedad por provincia (porcentajes)

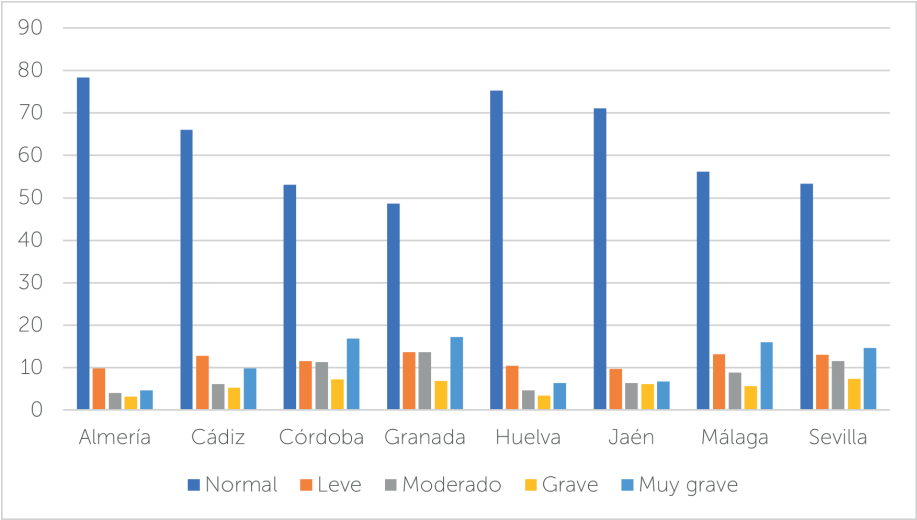
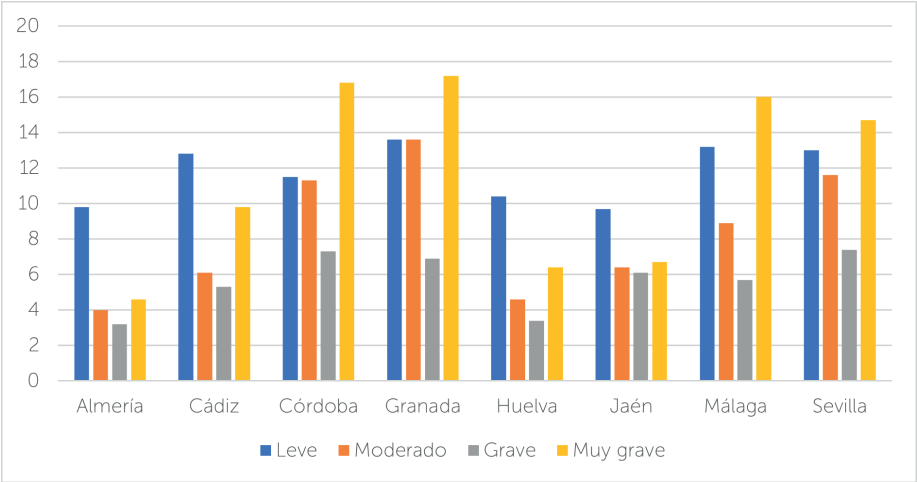


Figura 2.8. Niveles de ansiedad por provincia, eliminado el normal (porcentajes)



Para los niveles de ansiedad, el contraste ofreció diferencias significativas por provincias. En el análisis *post hoc*, como se observa a continuación, el patrón es similar al observado para la depresión. En este caso, Almería y Huelva están en el grupo bajo, Jaén y Cádiz se queda en el intermedio y Málaga, Sevilla, Córdoba y Granada tiene el mayor nivel de ansiedad (tabla 2.8). También, como puede ser verse, Huelva y Jaén podrían situarse en el grupo intermedio. Se opta por los agrupamientos propuestos por razones prácticas.

Tabla 2.8. Agrupamiento de provincias según sus medias en ansiedad

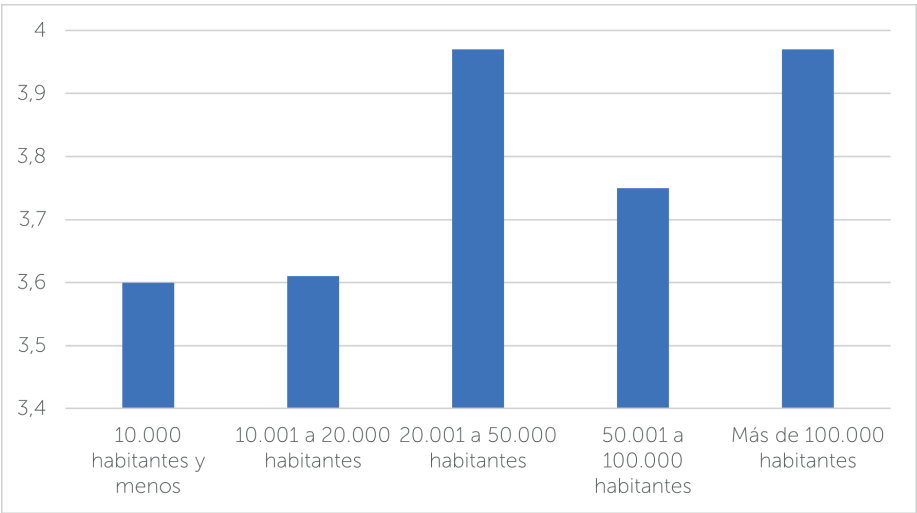
Almería	2,22		
Huelva	2,58	2,58	
Jaén	2,89	2,89	
Cádiz		3,35	
Málaga			4,35
Sevilla			4,48
Córdoba			4,70
Granada			4,84

Por lo que respecta al *tamaño de hábitat*, las puntuaciones medias son muy próximas entres los grupos formados. El que menos ha obtenido es el de 10.000 habitantes y menos ($M = 3,60$). La mayor puntuación ($M = 3,97$) la comparten dos grupos: el de 20.001 a 50.000 habitantes y el de más de 100.000 habitantes. Con ansiedad, lo mismo que con depresión, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (tabla 2.9).

Tabla 2.9. Puntuaciones medias en depresión según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	3,60
10.001 a 20.000 habitantes	3,61
20.001 a 50.000 habitantes	3,97
50.001 a 100.000 habitantes	3,75
Más de 100.000 habitantes	3,97

Figura 2.9. Puntuaciones medias en ansiedad según tamaño de hábitat



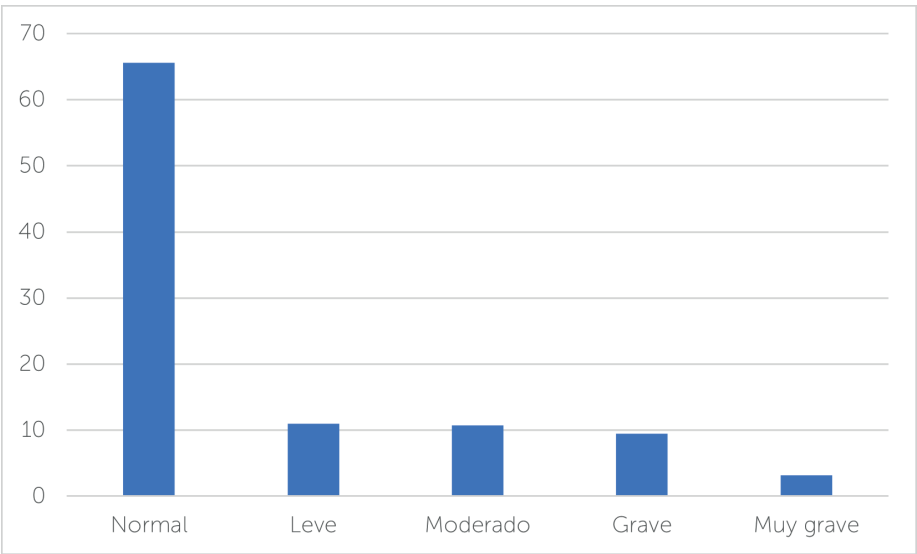
3. Estrés

Por lo que respecta al estrés, evaluado con el instrumento DASS-21, la puntuación media obtenida en la *muestra total* ha sido de 6,04, lo que corresponde con un nivel bajo. Sin embargo, hay que tener presente que 1.240 personas de la muestra, el 34,44 %, presentan niveles de estrés que van de leves a muy graves (tabla 3.1 y figura 3.1).

Tabla 3.1. Niveles de estrés en la muestra total

	Estrés	
	<i>n</i>	%
Normal	2360	65,6
Leve	396	11,0
Moderado	385	10,7
Grave	343	9,5
Muy grave	116	3,2

Figura 3.1. Niveles de estrés en la muestra total (porcentajes)



Por lo que respecta al estrés en función del *sexo*, los varones han sido los que han obtenido una mayor puntuación media ($M = 6,13$) con relación a las mujeres ($M = 5,96$). También, como con la depresión y ansiedad, los análisis efectuados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en función de esta variable. Por otro lado, los varones tienen mayores porcentajes en los niveles leves y moderados y, las mujeres, en grave y muy grave (tablas 3.2 y 3.3 y figura 3.2).

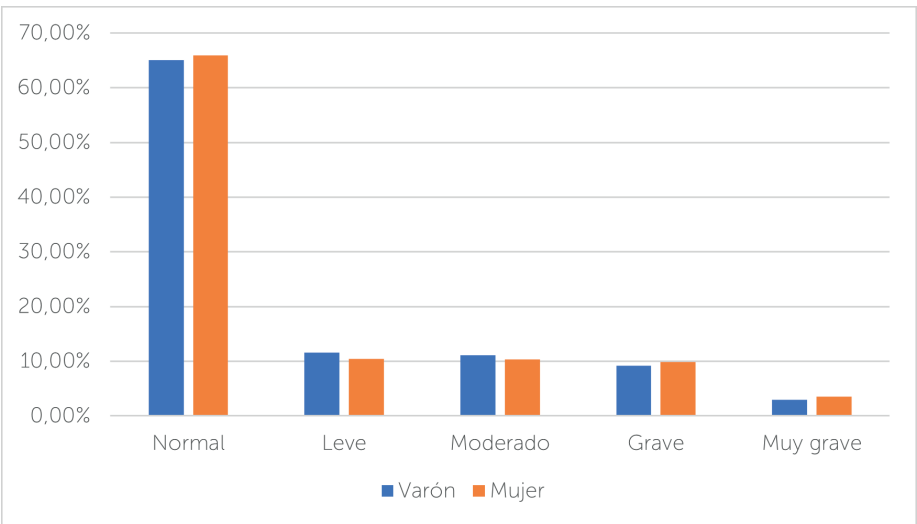
Tabla 3.2. Puntuaciones medias de estrés según sexo

Sexo	Estrés
Varón	6,13
Mujer	5,96

Tabla 3.3. Niveles de estrés según sexo (porcentajes)

	Sexo	
	Varón	Mujer
Normal	65,1	65,9
Leve	11,6	10,4
Moderado	11,1	10,3
Grave	9,2	9,9
Muy grave	3,0	3,5

Figura 3.2. Niveles de estrés según sexo (porcentajes)



Las puntuaciones medias según grupos de *edad* han ido desde 5,86, en el tramo de 35 a 44 años, a 6,35, en los de 75 años o más. Por niveles de gravedad, el grupo con más personas en el nivel de normal es el de los 18 a los 24 años (68,1 %) y el de menos, el de 75 o más años (63,2 %). En cuanto al porcentaje referido al nivel muy grave, el de menos fue el grupo de 18 a 24 años y, el que más, el de 25 a 34 años (tablas 3.4 y 3.5 y figuras 3.3, 3.4 y 3.5).

Tabla 3.4. Puntuaciones medias de estrés según grupos de edad

Edad	Media
18-24	5,99
25-34	6,19
35-44	5,86
45-54	6,03
55-64	5,89
65-74	6,17
75 o más	6,35

Figura 3.3. Puntuaciones medias de estrés según grupos de edad

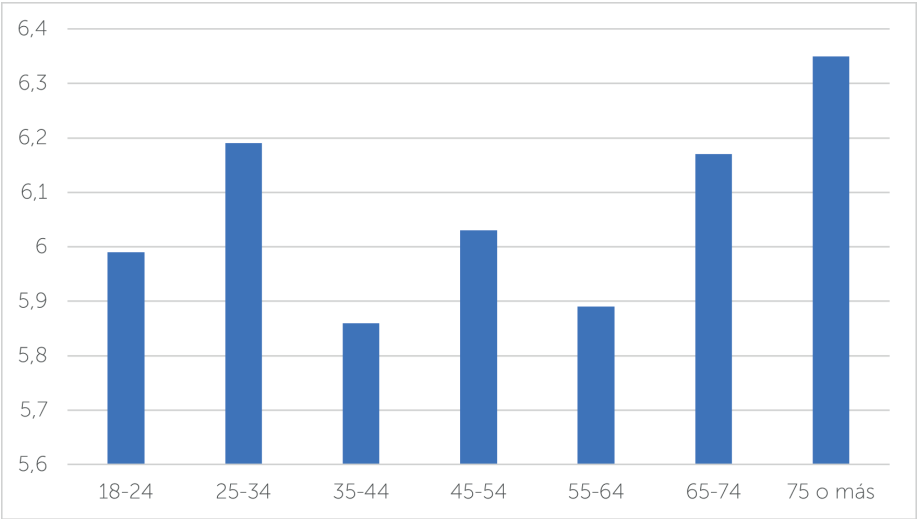


Tabla 3.5. Niveles de ansiedad por tramos de edad (porcentajes)

	Edad						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más
Normal	68,1	64,0	67,7	64,8	66,7	63,7	63,2
Leve	10,5	10,8	10,2	10,5	11,7	12,8	10,8
Moderado	8,7	13,2	9,8	12,8	7,5	10,7	11,9
Grave	10,2	8,1	9,0	8,8	10,7	10,2	10,6
Muy grave	2,4	3,9	3,3	3,0	3,5	2,7	3,4

Figura 3.4. Niveles de ansiedad por grupos de edad y según nivel leve, moderado, grave y muy grave

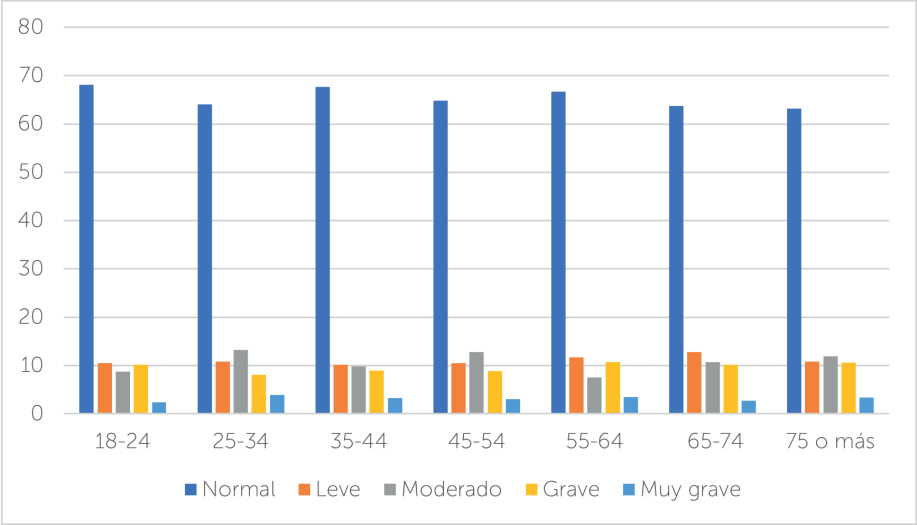
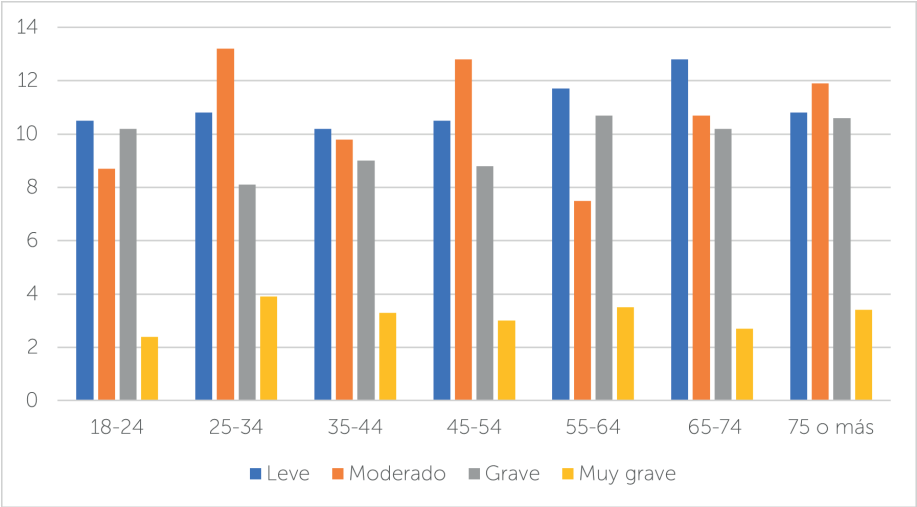


Figura 3.5. Niveles de estrés por tramos de edad, eliminado el nivel normal (porcentajes)



No se ha observado relación significativa entre la edad y el estrés, por lo que se establece que las puntuaciones en la escala son independientes de la edad.

Por *provincia*, Almería es la provincia donde la media es menor ($M = 4,29$) y Granada donde es la mayor ($M = 7,12$). Por niveles de gravedad, de nuevo Almería se sitúa con la cifra más elevada de personas que entran en la categoría de normal (79,3 %) y Granada la más baja (54,9 %). Asimismo, la primera de las ciudades recoge el menor número de casos en el nivel de muy grave (1,7 %) y Sevilla el mayor (4,0 %); estando Cádiz y Jaén muy cercanas, ambas con un 3,9 % (tablas 3.6 y 3.7 y figuras 3.6, 3.7 y 3.8, la última, para una mejor visualización, sin el nivel normal).

Tabla 3.6. Puntuaciones medias en estrés por provincia

Provincia	Estrés
Almería	4,29
Cádiz	5,67
Córdoba	6,78
Granada	7,12
Huelva	4,55
Jaén	5,55
Málaga	6,26
Sevilla	6,94

Figura 3.6. Puntuaciones medias en estrés por provincia

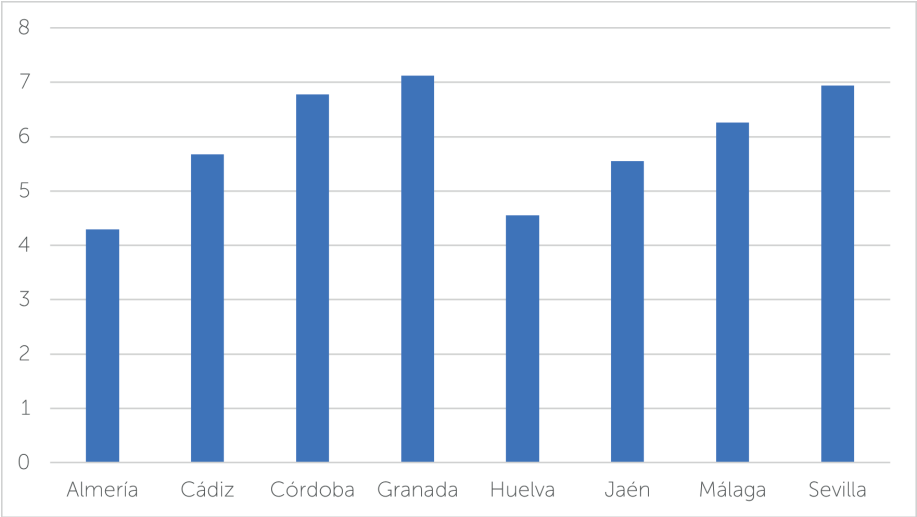


Tabla 3.7. Niveles de estrés por provincia (porcentajes)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Normal	79,3	69,9	60,2	54,9	76,8	71,1	64,9	57,0
Leve	10,1	8,3	10,3	15,0	11,3	8,9	9,1	14,1
Moderado	4,6	9,0	12,8	16,2	5,2	8,1	11,2	14,1
Grave	4,3	8,8	13,5	11,0	4,9	8,1	11,6	10,8
Muy grave	1,7	3,9	3,3	2,9	1,8	3,9	3,2	4,0

Figura 3.7. Niveles de estrés por provincia, según nivel normal, leve, moderado, grave y muy grave (porcentajes)

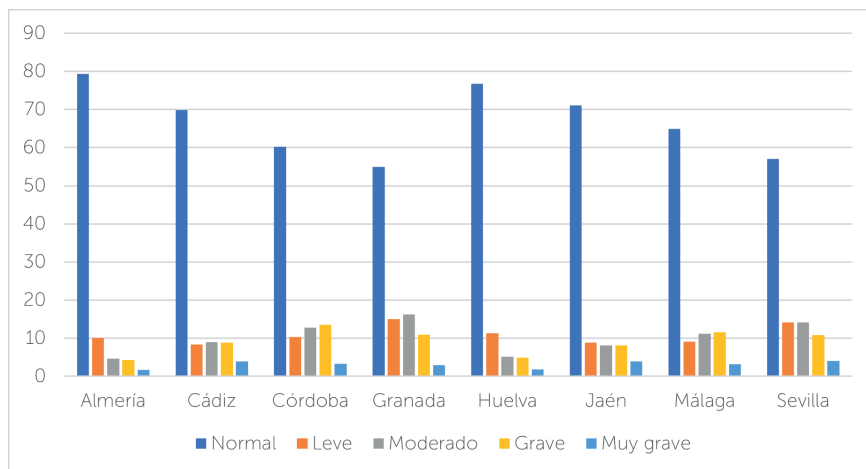
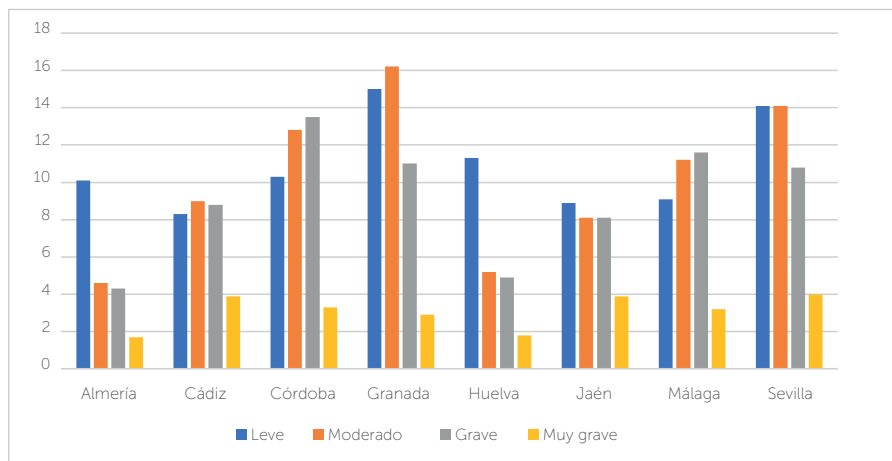


Figura 3.8. Niveles de estrés por provincia, eliminado el normal (porcentajes)



Para el estrés, el contraste ofreció diferencias significativas entre provincias. En este caso, los análisis *post hoc* son prácticamente idénticos a los obtenidos con los niveles de depresión y ansiedad: Almería y Huelva forman el grupo más bajo en estrés, Jaén y Cádiz se quedan en el intermedio, y Málaga, Córdoba, Sevilla y Granada con las puntuaciones de estrés más elevadas (tabla 3.8).

Tabla 3.8. Agrupamiento de provincias según sus medias en estrés

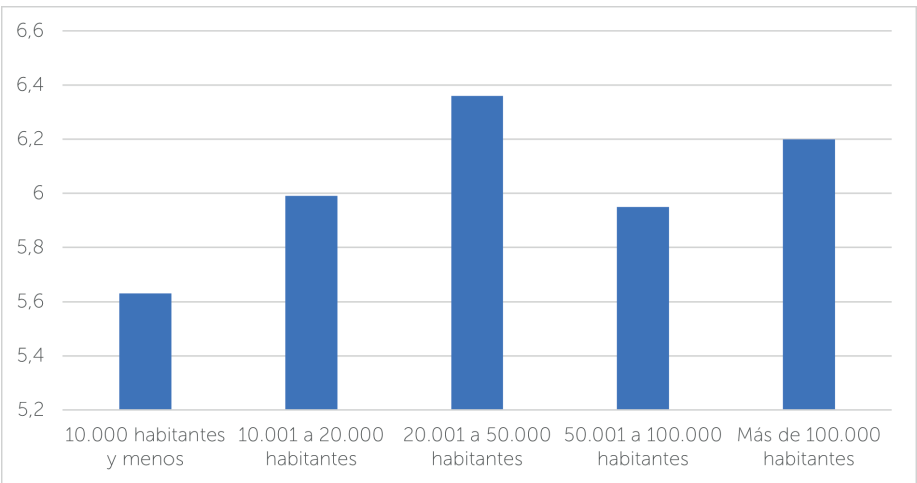
Almería	4,29			
Huelva	4,55	4,55		
Jaén		5,55	5,55	
Cádiz			5,67	
Málaga			6,26	6,26
Córdoba				6,78
Sevilla				6,94
Granada				7,12

Por su parte, en función del *tamaño del hábitat*, el grupo que comprende de 10.000 y menos habitantes es el que ha obtenido la puntuación media más baja ($M = 5,63$) y el que más el de 20.001 a 50.000 habitantes ($M = 6,36$). En este caso no se han hallado diferencias estadísticamente significativas (tabla 3.9 y figura 3.9).

Tabla 3.9. Puntuaciones medias en depresión según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	5,63
10.001 a 20.000 habitantes	5,99
20.001 a 50.000 habitantes	6,36
50.001 a 100.000 habitantes	5,95
Más de 100.000 habitantes	6,20

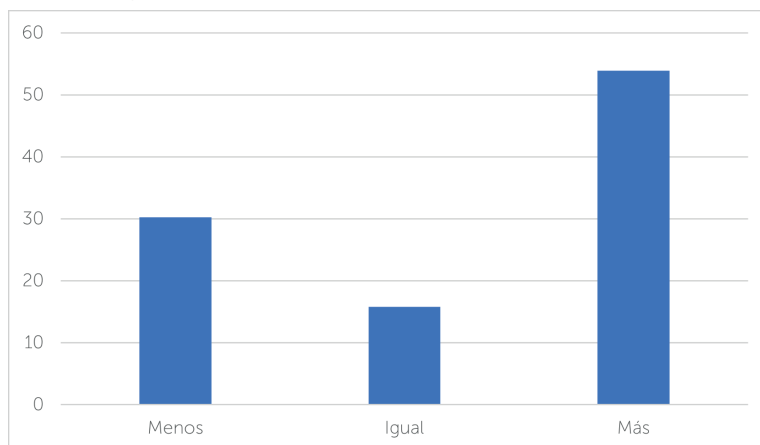
Figura 3.9. Puntuaciones medias en estrés según tamaño de hábitat



4. Malestar psicológico autopercebido

Una de las escalas de la encuesta evalúa el grado de malestar psicológico autopercebido, a la que se le ha denominado con el mismo nombre de lo que mide. En ella se le pregunta a cada participante si en el momento de responder a la entrevista se encontraba *menos, igual o más* que antes de comenzar la pandemia en una serie de estados psicológicos personales. Las respuestas se codificaron como 1, 2 y 3, respectivamente. Pues bien, la media para toda la *muestra total* ha sido de 2,13. De ella, 1.089 (30,25 %) personas tienen una media de menos malestar psicológico; 569 (15,81 %) de igual; y 1.942 (53,94 %), de más. En definitiva, más de la mitad de las participantes en la muestra se perciben con peor bienestar psicológico en el momento de la entrevista que antes de que se iniciara la pandemia (figura 4.1).

Figura 4.1. Malestar psicológico con respecto a antes de la pandemia (porcentajes)



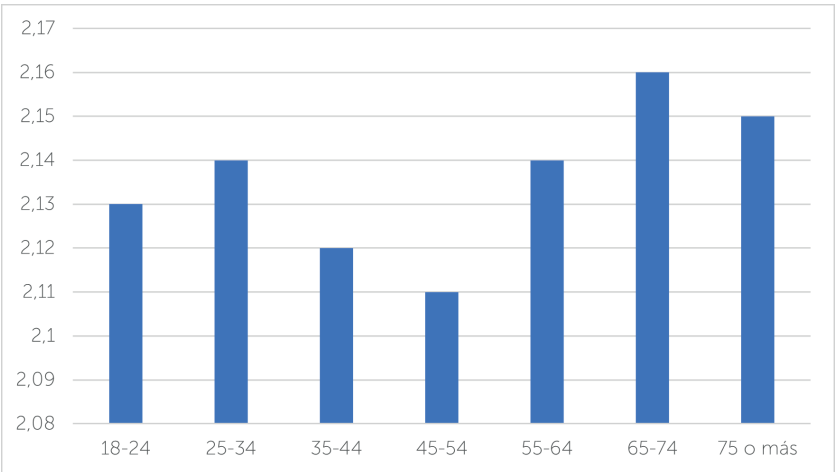
Prácticamente, no ha habido diferencia en las puntuaciones entre *varones* y *mujeres* en el malestar psicológico autopercebido, dentro del periodo sobre el que se les preguntó a los participantes. De hecho, los análisis han indicado que no existen diferencias estadísticamente significativas. Los varones han obtenido una media de 2,14, apenas distinta de la de las mujeres, de 2,13.

En cuanto a las puntuaciones medias según el grupo de *edad*, el tramo de los 45 a 54 años ha sido el de menor valor ($M = 2,11$); en definitiva, el que menor percepción tiene de alteraciones o malestares psicológicos. El de mayor ha sido el de 65 a 74 años ($M = 2,16$) (tabla 4.1 y figura 4.2).

Tabla 4.1. Medias de malestar psicológico por grupos de edad

Edad	Media
18-24	2,13
25-34	2,14
35-44	2,12
45-54	2,11
55-64	2,14
65-74	2,16
75 o más	2,15

Figura 4.2. Puntuaciones medias de malestar psicológico por grupos de edad



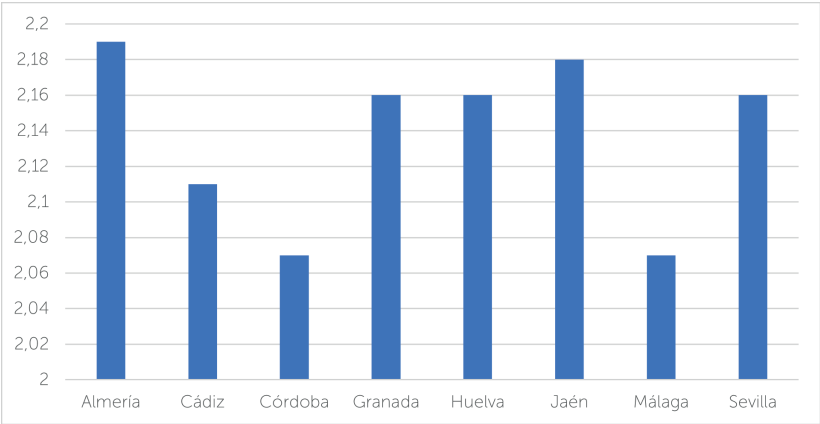
No se ha observado relación significativa entre la edad y el malestar psicológico auto-percibido, por lo que se establece que las puntuaciones en la escala son independientes de la edad.

En cuanto a la situación por *provincia*, la que ha tenido una menor puntuación media ha sido Málaga, con 2,07, y la que más Almería, con 2,19 (tabla 4.2 y figura 4.3).

Tabla 4.2. Puntuaciones medias de malestar psicológico autopercebido por provincia

Provincia	Media
Almería	2,19
Cádiz	2,11
Córdoba	2,07
Granada	2,16
Huelva	2,16
Jaén	2,18
Málaga	2,07
Sevilla	2,16

Figura 4.3. Puntuaciones medias de malestar psicológico autopercebido por provincia



Analizando los contrastes entre cada una de ellas, el análisis *post hoc* señala la agrupación que se observa en la tabla 4.3.

Tabla 4.3. Agrupamiento de provincias según sus medias en malestar psicológico general

Málaga	2,07	
Córdoba	2,07	
Cádiz	2,11	2,11
Sevilla	2,16	2,16
Huelva	2,16	2,16
Granada	2,16	2,16
Jaén		2,18
Almería		2,19

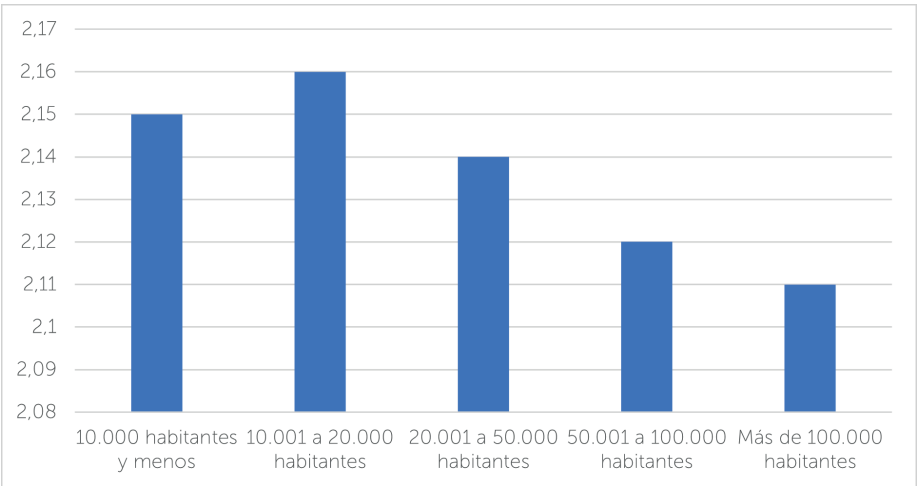
Como puede observarse, habría dos provincias con los niveles subjetivos de malestar general más bajos (Málaga y Córdoba) y, otras dos, con las puntuaciones más altas (Jaén y Almería). El resto podrían estar tanto en un grupo como en otro. Se opta por dos grupos: el primero, que comprendería Málaga, Córdoba y Cádiz y, el segundo, por Sevilla, Huelva, Granada, Jaén y Almería.

Las puntuaciones medias, en función del *tamaño de hábitat* son, prácticamente las mismas. El grupo que ha puntuado menos es el que engloba a las localidades de más 100.000 habitantes ($M = 2,11$) y, el que más, el que comprende de 10.001 a 20.000 habitantes ($M = 2,16$). No han aparecido diferencias estadísticamente significativas (tabla 4.4 y figura 4.4).

Tabla 4.4. Puntuaciones medias en malestar psicológico autopercebido según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	2,15
10.001 a 20.000 habitantes	2,16
20.001 a 50.000 habitantes	2,14
50.001 a 100.000 habitantes	2,12
Más de 100.000 habitantes	2,11

Figura 4.4. Puntuaciones medias en malestar psicológico autopercebido según tamaño de hábitat



5. Miedo al contagio del coronavirus

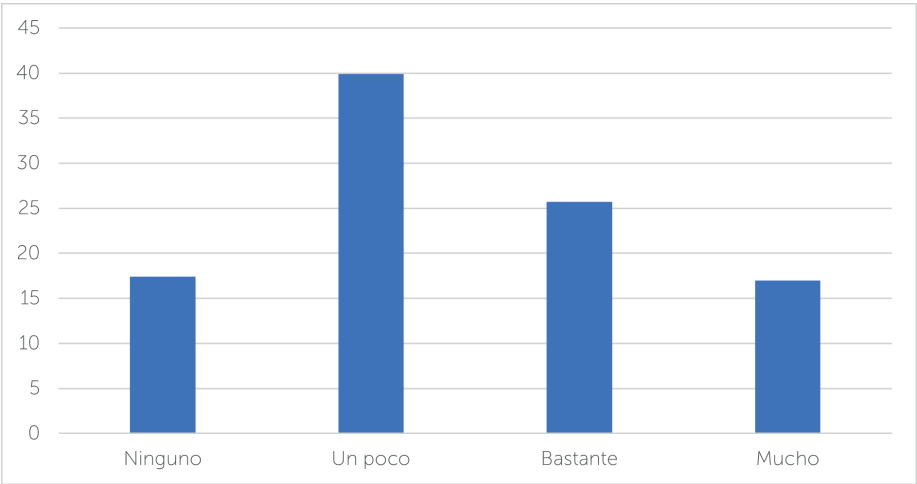
El miedo al contagio ha estado muy presente. A los participantes se les preguntó de manera directa lo siguiente: *¿Tiene miedo a contagiarse del coronavirus?* Se proporcionaron cuatro opciones de respuesta (*ninguno, un poco, bastante y mucho*) que se valoraron como 1, 2, 3 y 4, respectivamente. De la *muestra total*, tan solo 626 (17,4 %) de los entrevistados han contestado que no tienen ninguno. El resto de los que han respondido a esta pregunta ($n = 2.970$; 82,59 %), han declarado que sí, con mayor o menor intensidad. De ellos, 1.535 (42,69 %) en la categoría de bastante y mucho (tabla 5.1 y figura 5.1).

Tabla 5.1. Miedo a contagiarse

	<i>n</i>	%
Ninguno	626	17,41
Un poco	1.435	39,91
Bastante	925	25,72
Mucho	610	16,96

Nota: porcentajes eliminando 4 datos perdidos.

Figura 5.1. Miedo al contagio (porcentajes)



Nota: porcentajes sin incluir los 4 datos perdidos.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias entre *varones* y *mujeres* en el miedo a contagiarse. Los primeros han alcanzado un valor de 2,43 y, las segundas, de 2,42. Tampoco en los distintos niveles (tablas 5.2 y 5.3 y figura 5.2).

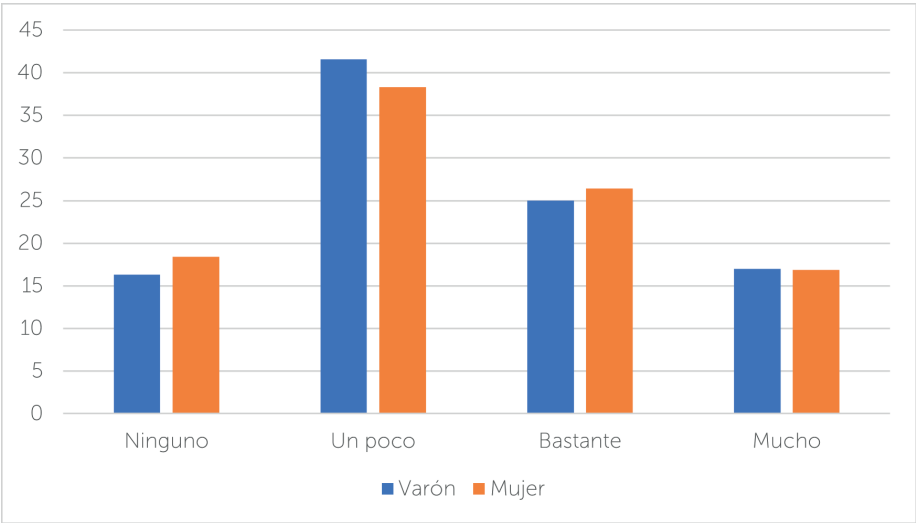
Tabla 5.2. Medias de miedo a contagiarse en función del sexo

Varón	2,43
Mujer	2,42

Tabla 5.3. Niveles de miedo a contagiarse en función del sexo (frecuencias y porcentajes)

	Varón		Mujer	
	n	%	n	%
Ninguno	286	16,3	340	18,4
Un poco	729	41,6	706	38,3
Bastante	438	25,0	487	26,4
Mucho	298	17,0	312	16,9

Figura 5.2. Niveles de miedo a contagiarse del coronavirus según sexo (porcentajes)

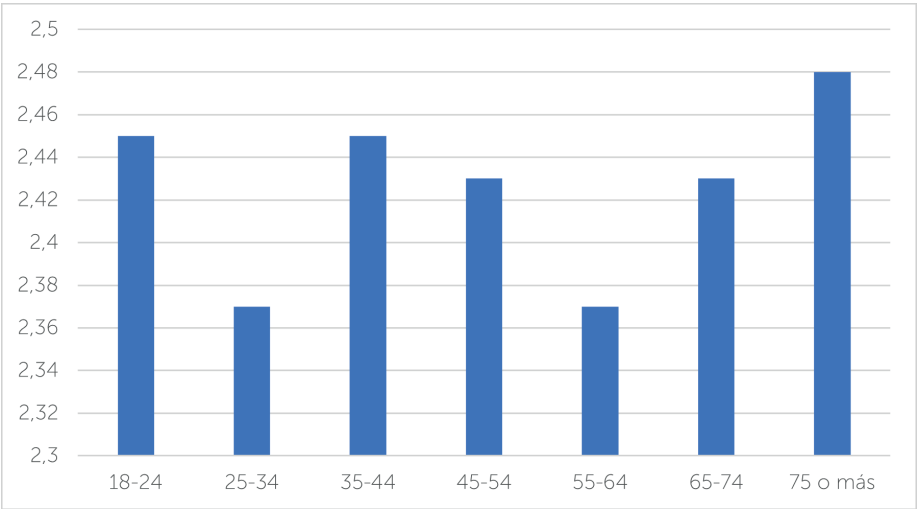


En cuanto a los grupos de *edad*, los que han mostrado unas puntuaciones medias menores son, por igual ($M = 2,37$), los de los grupos de 25 a 34 años y de 55 y 64 años, mientras que los de 75 o más años son los que han obtenido la puntuación mayor ($M = 2,48$) (tabla 5.4 y figura 5.3). Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente por grupos de edad.

Tabla 5.4. Puntuaciones medias de miedo al contagio por grupo de edad

Edad	Media
18-24	2,45
25-34	2,37
35-44	2,45
45-54	2,43
55-64	2,37
65-74	2,43
75 o más	2,48

Figura 5.3. Puntuaciones medias de miedo al contagio por grupo de edad

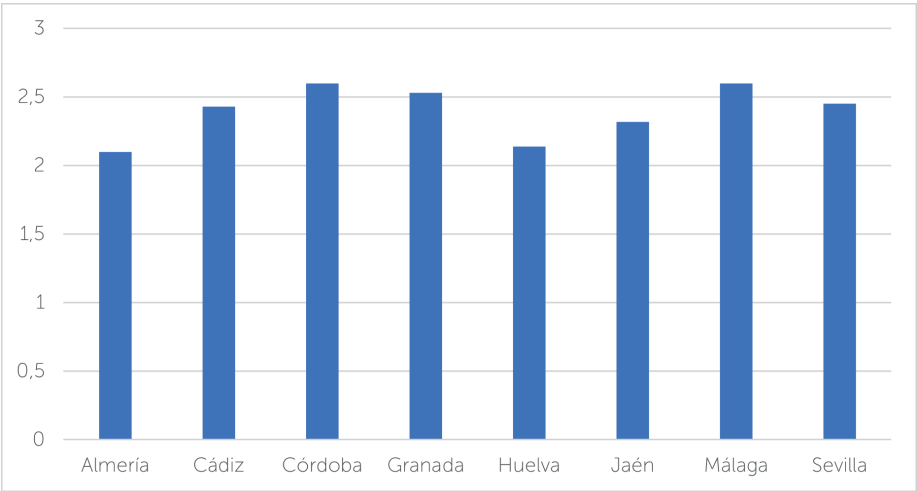


Por *provincia* han sido dos las que han tenido, por igual, la mayor puntuación media, Córdoba y Málaga ($M = 2,60$) y, la que menos, Almería ($M = 2,10$), seguida de Huelva ($M = 2,14$) (tabla 5.5 y figura 5.4).

Tabla 5.5. Puntuaciones medias al miedo a contagiarse del coronavirus por provincia

Almería	2,10
Cádiz	2,43
Córdoba	2,60
Granada	2,53
Huelva	2,14
Jaén	2,32
Málaga	2,60
Sevilla	2,45

Figura 5.4. Puntuaciones medias de miedo al contagio por grupo provincia



Realizados contrastes, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las distintas provincias, que pueden dar lugar a tres agrupamientos; por un lado, Almería y Huelva —las que menos han puntuado—; Jaén, Cádiz y Sevilla —en un nivel intermedio—; y Granada, Málaga y Córdoba —con las medias más elevadas—. Como puede verse, Cádiz y Sevilla podrían también englobarse en el último de los grupos.

Tabla 5.6. Agrupamientos de provincias según sus puntuaciones medias en miedo a contagiarse del SARS-CoV-2

Almería	2,10			
Huelva	2,14	2,14		
Jaén		2,32	2,32	
Cádiz			2,43	2,43
Sevilla			2,45	2,45
Granada				2,53
Málaga				2,60
Córdoba				2,60

Según *tamaño de hábitat*, la menor puntuación media de miedo a contagiarse del coronavirus ha sido las localidades entre 10.001 y 20.000 habitantes ($M = 2,23$) y las que más, las que están entre 50.001 y 100.000 habitantes. En este caso se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las que tienen de 10.001 a 20.000 habitantes y todas las demás; formándose, por tanto, solo dos agrupamientos con esta variable, el que corresponde a esos núcleos poblacionales de 10.001 a 20.000, de manera aislada, con menor puntuación y el que engloba a todos los demás, con mayor puntuación (tabla 5.7 y 5.8 y figura 5.5).

Tabla 5.7. Puntuaciones medias en depresión según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	2,44
10.001 a 20.000 habitantes	2,23
20.001 a 50.000 habitantes	2,40
50.001 a 100.000 habitantes	2,54
Más de 100.000 habitantes	2,45

Figura 5.5. Puntuaciones medias en miedo a contagiarse del coronavirus según tamaño de hábitat

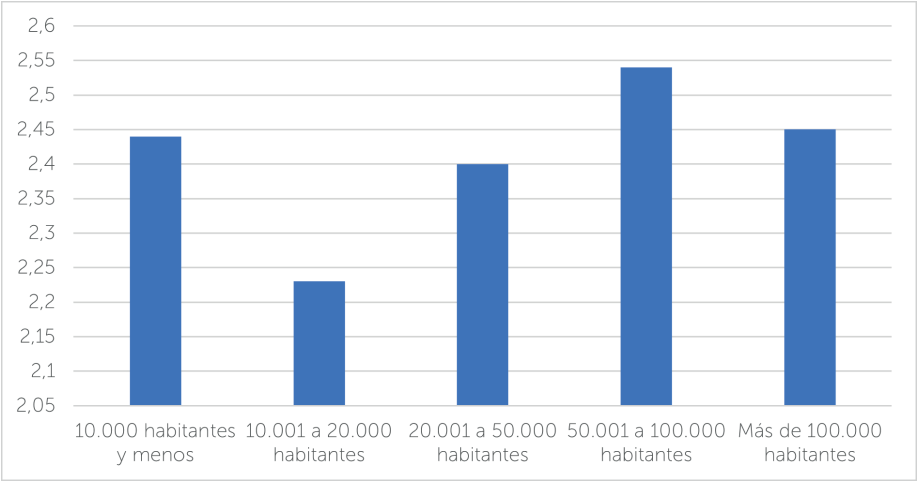


Tabla 5.8. Agrupamientos de miedo a contagiarse del coronavirus según tamaño de hábitat

10.001 a 20.000 habitantes	2,23
20.001 a 50.000 habitantes	2,40
10.000 habitantes y menos	2,44
Más de 100.000 habitantes	2,45
50.001 a 100.000 habitantes	2,54

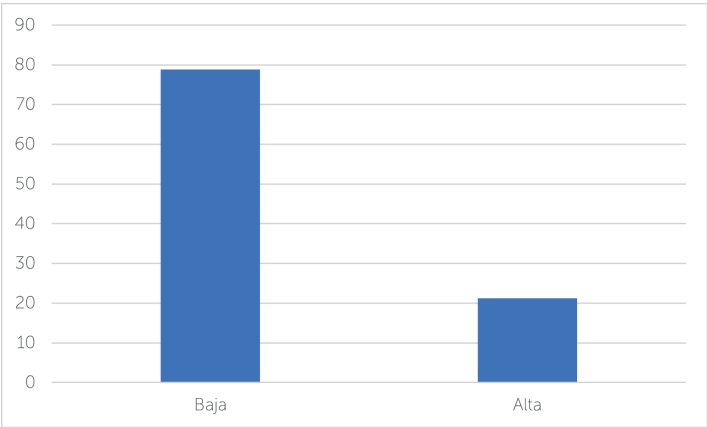
6. Riesgo de contagio autopercebido

Se midió la percepción personal de riesgo a contagiarse, con la llamada *Escala de Infectibilidad*. En esta variable la puntuación media oscila entre 1 y 7. Pues bien, la media obtenida por la *muestra total* ha alcanzado la cifra de 3,25, obtenida de 3.592 participantes. Por otro lado, sobre la base de estudios previos, se estableció un punto de corte que delimite lo que sería un riesgo autopercebido bajo frente a otro alto. En este aspecto se encontró que 2.830 personas presentan un riesgo de contagio autopercebido bajo y 762 que lo tienen alto. Los porcentajes, referidos a los que respondieron, son 78,79 % y 21,21 %, respectivamente (tabla 6.1 y figura 6.1).

Tabla 6.1. Niveles de riesgo de contagio autopercebido

Autopercepción	n	%
Baja	2.830	78,79
Alta	762	21,21

Figura 6.1. Niveles de riesgo de contagio autopercebido (porcentajes)



Las puntuaciones medias entre varones y mujeres son, prácticamente, iguales ($M = 3,26$ y $M = 3,24$, respectivamente). Lo mismo sucede con respecto a los porcentajes de niveles de riesgo bajo frente a riesgo alto. Entre los varones, el 78,3 % están en riesgo alto y, el 21,7 %, en bajo; entre las mujeres, el 79,3 % y el 20,7 %, respectivamente. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni en las medias ni en los niveles de riesgo (tablas 6.2 y 6.3 y figura 6.2).

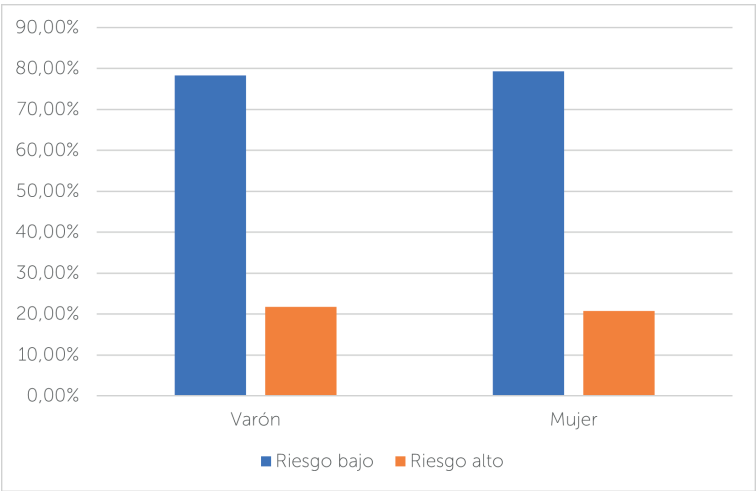
Tabla 6.2. Medias de riesgo a contagiarse autopercebido según sexo

Sexo	Media
Varón	3,26
Mujer	3,24

Tabla 6.3. Niveles de riesgo a contagiarse autopercebido según sexo (frecuencias y porcentajes)

	Varón			Mujer	
	n	%		n	%
Riesgo bajo	1.368	78,3		1.462	79,3
Riesgo alto	380	21,7		382	20,7

Figura 6.2. Niveles de riesgo a contagiarse autopercebido según sexo (porcentajes)



En cuanto a la *edad*, la puntuación media del riesgo de contagio del SARS-CoV-2 autopercebido más baja ha sido la correspondiente al grupo de entre 45 y 54 años ($M = 3,18$) y la más alta el que engloba a los que tienen 75 años o más ($M = 3,33$). Por otro lado, se ha dividido a la muestra en dos grupos, aquellos que tienen un riesgo de contagio bajo y los que lo tienen alto. En este sentido, el tramo de edad con el porcentaje más alto de personas sin riesgo o con bajo riesgo autopercebido ha sido el comprendido entre los 45-54 años y el grupo con más participantes en el nivel alto era el de los que se situaban entre los 55 y los 64 años (tablas 6.4 y 6.5 y figuras 6.3 y 6.4).

Tabla 6.4. Puntuaciones medias de riesgo al contagio autopercebido por grupo de edad

Edad	Media
18-24	3,27
25-34	3,29
35-44	3,22
45-54	3,18
55-64	3,29
65-74	3,26
75 o más	3,33

Figura 6.3. Puntuaciones medias de riesgo al contagio autopercebido por grupo de edad

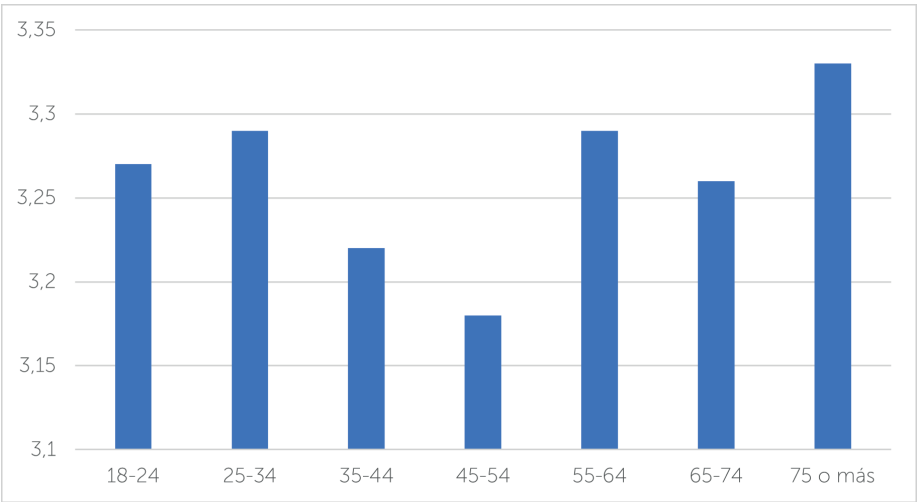
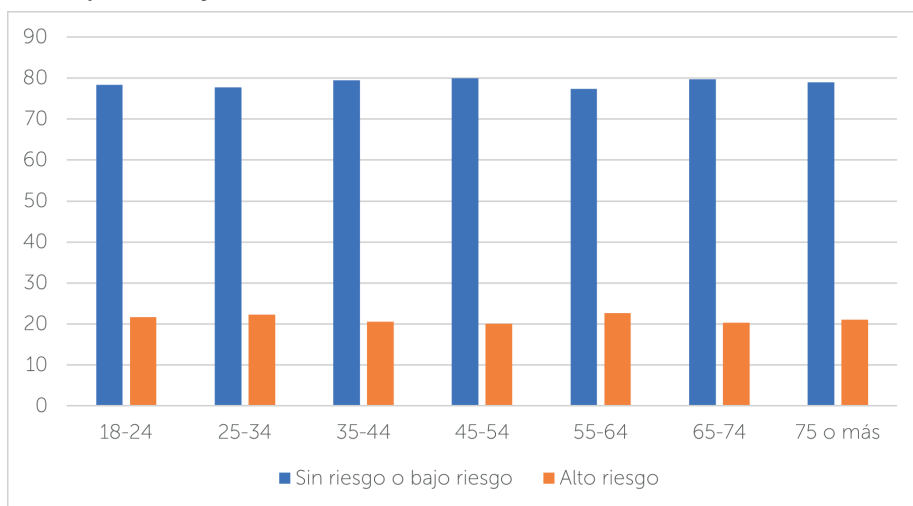


Tabla 6.5. Niveles de riesgo al contagio autopercibido por grupo de edad

	Edad						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más
Sin riesgo o bajo riesgo	78,3	77,7	79,4	79,9	77,3	79,7	79,0
Alto riesgo	21,7	22,3	20,6	20,1	22,7	20,3	21,0

Figura 6.4. Niveles de riesgo al contagio autopercibido por grupo de edad (porcentajes)



No se ha observado relación significativa entre la edad y el riesgo de contagio autopercibido, por lo que se establece que las puntuaciones en la escala son independientes de la edad.

Las puntuaciones medias del riesgo de contagio autopercibido por *provincia* han variado desde 2,88, de Almería, a 3,46, de Granada. Por otra parte, establecido un punto de corte, de acuerdo con estudios previos, para establecer los porcentajes de personas que se consideran con un riesgo de contagio bajo y los que lo tienen alto también ha sido Almería la provincia en la que se ha dado el mayor porcentaje de personas con riesgo de contagio autopercibido bajo (88,5 %) y Granada la que menos, con un 73,5 %. Por consiguiente, al haberse utilizado tan solo dos niveles, eso significa que Almería tiene únicamente un 11,5 % de riesgo de contagio autopercibido alto y Granada un 26,5 % (tablas 6.6 y 6.7 y figuras 6.5, 6.6 y 6.7, la última con solo los porcentajes de riesgo alto).

Tabla 6.6. Medias de riesgo de contagio autopercebido por provincia

Provincia	Media
Almería	2,88
Cádiz	3,22
Córdoba	3,38
Granada	3,46
Huelva	2,96
Jaén	3,15
Málaga	3,31
Sevilla	3,42
Total	3,25

Figura 6.5. Medias de riesgo de contagio autopercebido por provincia

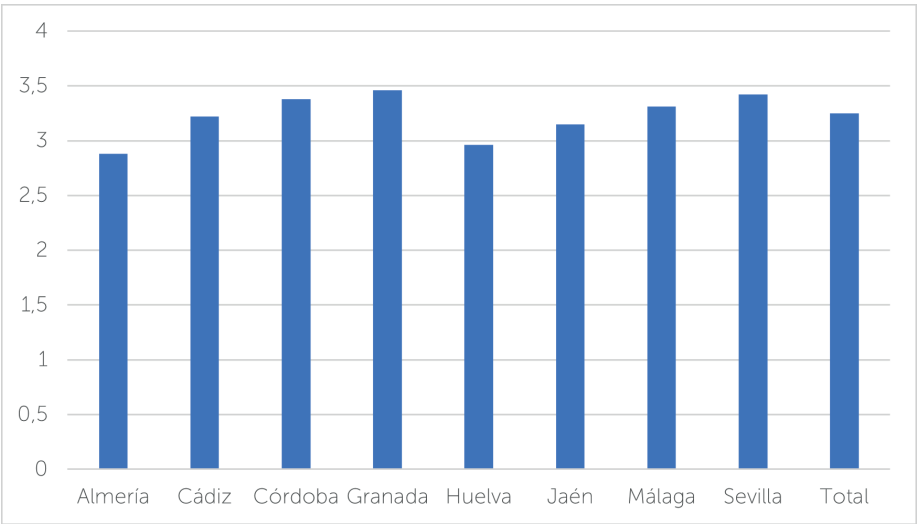


Tabla 6.7. Niveles de riesgo de contagio autopercebido por provincia (porcentajes)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Sin riesgo o riesgo bajo	88,5	79,7	75,6	73,5	85,3	81,7	77,3	74,8
Riesgo alto	11,5	20,3	24,4	26,5	14,7	18,3	22,7	25,2

Figura 6.6. Niveles de riesgo de contagio autopercebido por provincia (porcentajes)

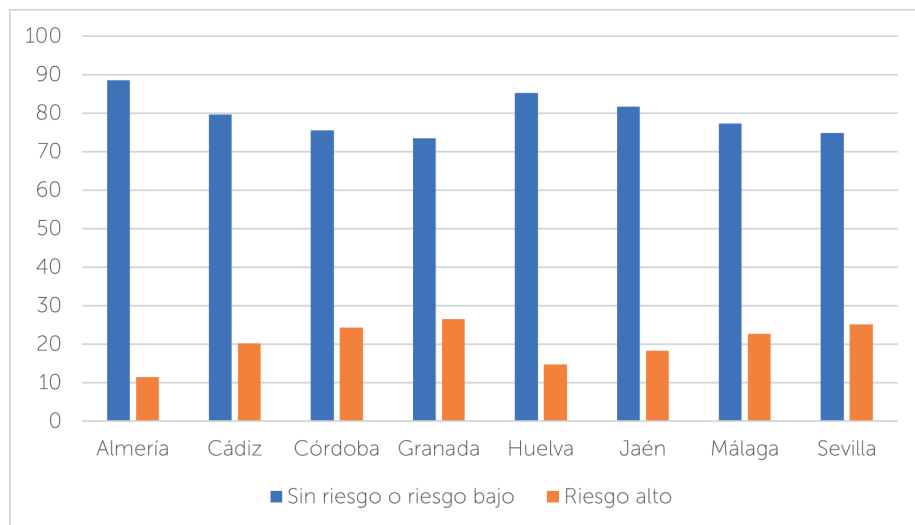
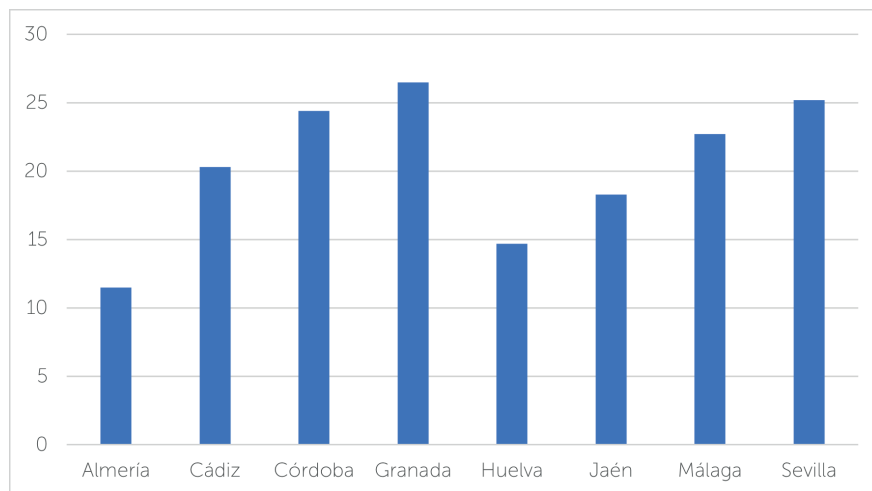


Figura 6.7. Niveles de riesgo de contagio autopercebido por provincia (solo riesgo alto) (porcentajes)



Con respecto al riesgo de contagio autopercebido (percepción de infectibilidad), de nuevo, se encontraron algunas diferencias entre provincias

El análisis *post hoc* mantiene un patrón similar a los observados anteriormente: Almería y Huelva son las provincias donde subjetivamente se ven más *protegidos* en el nivel de riesgo de contagio, Jaén y Cádiz se mantienen en ese nivel intermedio y vuelven a ser Málaga, Córdoba, Sevilla (esta vez estas tres provincias de manera menos acusada) y Granada, las que sistemáticamente aparecen con mayores puntuaciones; la última, como en otras variables psicológicas, la más perjudicada en los niveles de salud mental (tabla 6.8).

Tabla 6.8. Agrupamiento de provincias según sus medias en riesgo de contagio autopercebido

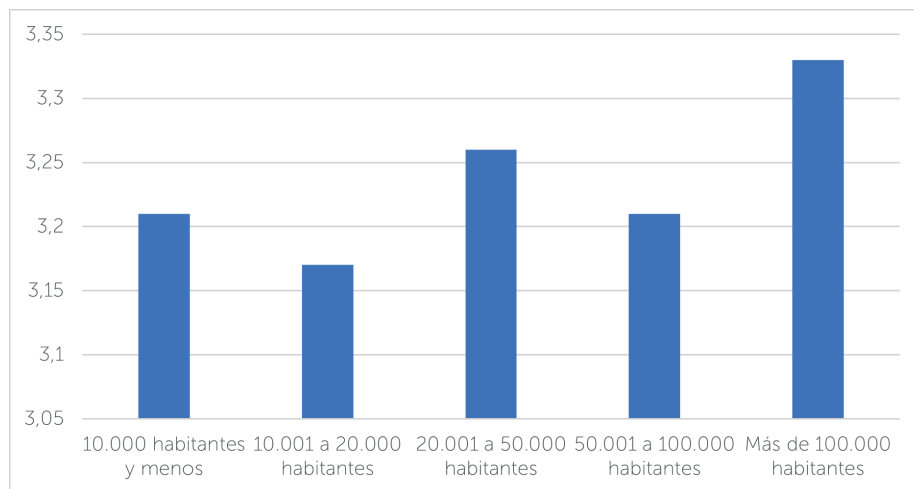
Almería	2,88				
Huelva	2,96	2,96			
Jaén		3,15	3,15		
Cádiz			3,22	3,22	
Málaga			3,31	3,31	3,31
Córdoba				3,38	3,38
Sevilla				3,42	3,42
Granada					3,46

La puntuación menor en riesgo de contagio autopercebido según *tamaño de hábitat* ha sido la corresponde al grupo de las localidades entre 10.001 a 20.000 habitantes ($M = 3,17$) y, la mayor ($M = 3,33$), la que engloba a las de más de 100.000 habitantes. Efectuados análisis de contraste no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (tabla 6.9 y figura 6.8).

Tabla 6.9. Puntuaciones medias en riesgo de contagio autopercebido según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	3,21
10.001 a 20.000 habitantes	3,17
20.001 a 50.000 habitantes	3,26
50.001 a 100.000 habitantes	3,21
Más de 100.000 habitantes	3,33

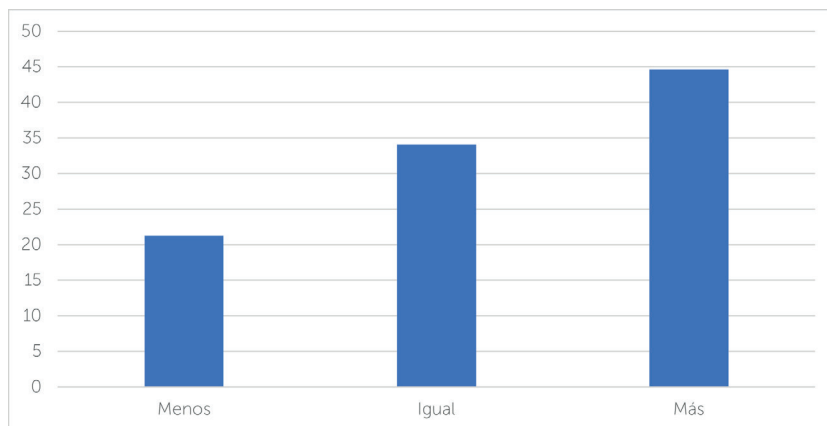
Figura 6.8. Puntuaciones medias en riesgo de contagio autopercebido según tamaño de hábitat



7. Socialización positiva autopercebida (comportamientos y cogniciones prosociales autopercebidos¹⁹)

La socialización positiva autopercebida se evaluó con una escala que sigue las mismas pautas que con el malestar psicológico y la socialización negativa. Con ella se busca averiguar si el participante se percibe a sí mismo con *menos*, *igual* o *más* comportamientos y cogniciones más prosociales en el periodo alrededor de cuando se realiza la entrevista que antes de la pandemia. La valoración de cada ítem de la escala, como con las otras citadas, ha sido de 1, 2 y 3, respectivamente a las tres alternativas de respuesta citadas. Pues bien, la media de la *muestra total* se ha situado en 2,12, lo que indica que, en general, existe una tendencia en la muestra estudiada a que las personas se autoperciban con una mejor socialización o con más comportamientos y cogniciones prosociales con respecto a la etapa prepandémica. Datos más concretos son los que siguen: 766 (21,28 %) se consideran con *menos* socialización positiva autopercebida; 1.227 (34,08 %), se estiman *igual*; y 1.607 (44,64 %) con *más* comportamientos y cogniciones prosociales o *mayor* socialización positiva autopercebida. Este último porcentaje es un valor alto dentro de la muestra estudiada (figura 7.1).

Figura 7.1. Socialización positiva autopercebida entre antes y después de la pandemia (porcentajes)



Como en otros aspectos medidos, en socialización positiva autopercebida las medias entre *varones* y *mujeres* han sido prácticamente iguales: 2,118 y 2,123, respectivamente.

19 Se emplearán ambas denominaciones indistintamente.

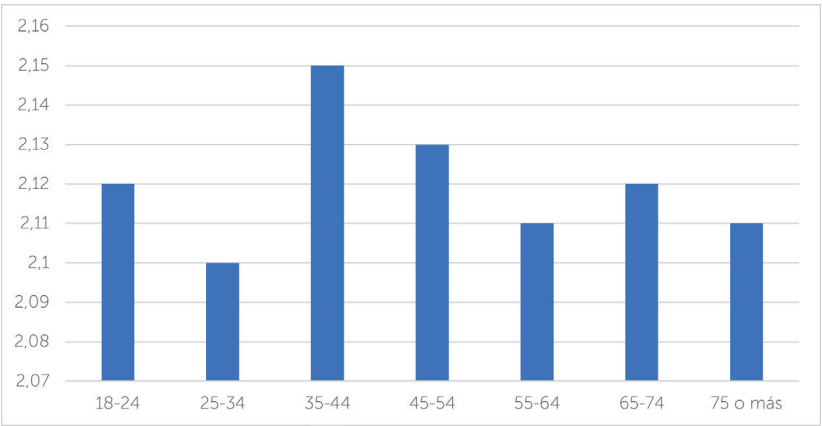
Como es de esperar, no se han dado diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Por grupos de *edad*, el que ha obtenido la puntuación media más baja ($M = 2,10$) ha sido el comprendido entre los 25 y los 34 años y el que ha alcanzado la cifra más alta ($M = 2,13$) ha sido el que se sitúa entre los 35 y los 44 años. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por tramos de edad (tabla 7.1 y figura 7.2).

Tabla 7.1. Puntuaciones medias de socialización positiva autopercibida por grupos de edad

Edad	Media
18-24	2,12
25-34	2,10
35-44	2,15
45-54	2,13
55-64	2,11
65-74	2,12
75 o más	2,11

Figura 7.2. Puntuaciones medias de socialización positiva autopercibida por grupo de edad

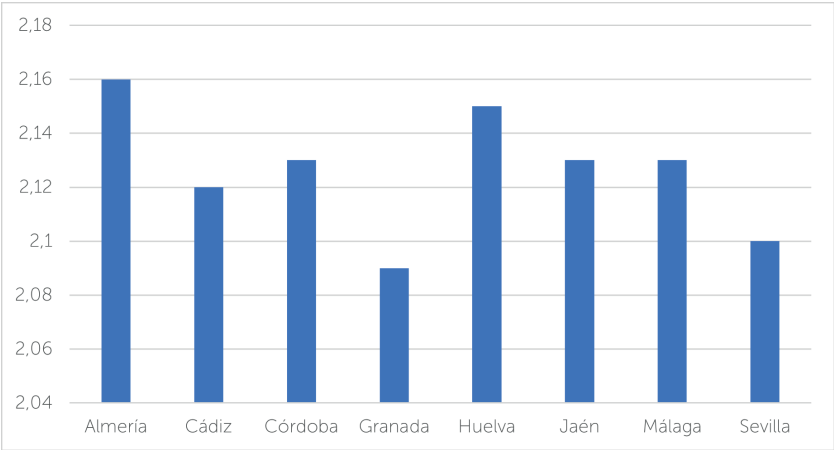


Por provincias ha sido Almería la que ha alcanzado la media más elevada ($M = 2,16$), mientras que la más baja ha sido Granada ($M = 2,09$) (tabla 7.2 y figura 7.3).

Tabla 7.2. Puntuaciones medias de socialización positiva por provincia

Provincia	Media
Almería	2,16
Cádiz	2,12
Córdoba	2,13
Granada	2,09
Huelva	2,15
Jaén	2,13
Málaga	2,13
Sevilla	2,10

Figura 7.3. Puntuaciones medias de socialización positiva por provincia



En los comportamientos y cogniciones prosociales autopercibidos no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes provincias. Por tanto, todas conforman un agrupamiento (tabla 7.3).

Tabla 7.3. Agrupamiento de provincias según sus puntuaciones medias en comportamientos y cogniciones prosociales

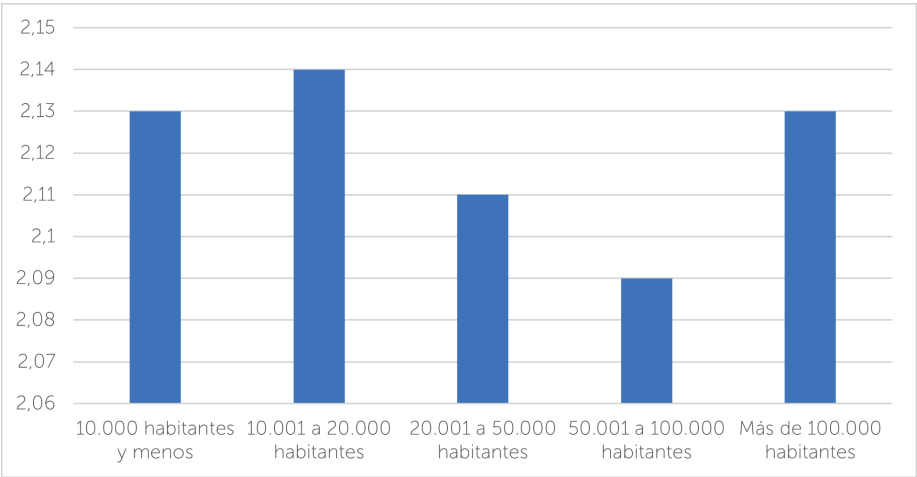
Granada	2,09
Sevilla	2,10
Cádiz	2,12
Málaga	2,13
Jaén	2,13
Córdoba	2,13
Huelva	2,15
Almería	2,16

Las localidades entre 20.001 y 50.000 habitantes son las que han obtenido la menor puntuación según *tamaño de hábitat* ($M = 2,11$) mientras que, la mayor, se ha hallado en las que están entre 10.001 y 20.000 habitantes ($M = 2,14$). De todas formas, todas son medias muy próximas (tabla 7.4 y figura 7.4). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos.

Tabla 7.4. Puntuaciones medias en comportamientos y cogniciones prosociales según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	2,13
10.001 a 20.000 habitantes	2,14
20.001 a 50.000 habitantes	2,11
50.001 a 100.000 habitantes	2,09
Más de 100.000 habitantes	2,13

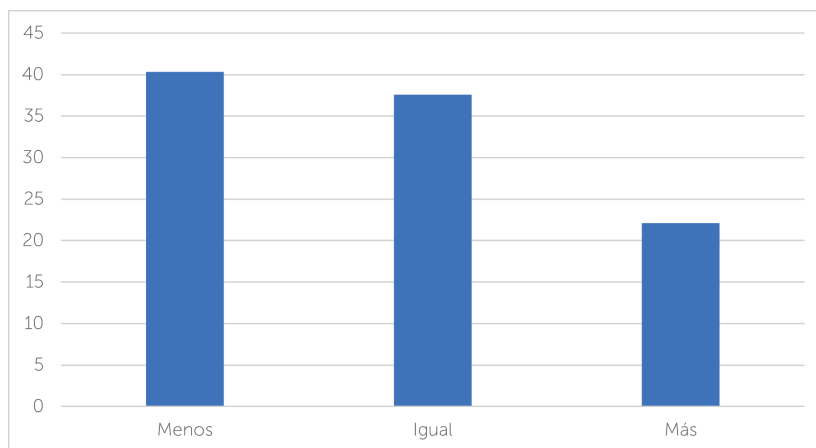
Figura 7.4. Puntuaciones medias en socialización positiva autopercibida según tamaño de hábitat



8. Socialización negativa autopercebida (comportamientos y cogniciones antisociales autopercebidos²⁰)

En cuanto a lo contrario, la socialización negativa autopercebida, cada ítem de la escala se ha valorado igual que se ha hecho con la positiva, con 1, 2 y 3 según el entrevistado respondiera menos, igual o más, al comparar su creencia actual en sus comportamientos y cogniciones antisociales autopercebidos con antes de la pandemia. En este caso, la puntuación media de la *muestra total* ha sido de 1,85; esto, existe una tendencia general en la muestra estudiada de autoperibirse con una menor socialización negativa; esto es, con menos comportamientos y cogniciones negativas con respecto a las demás personas, lo cual es coherente con lo detectado en la socialización positiva autopercebida. Más específicamente, 1.452 personas (40,33 %) se autopercebieron con menos socialización negativa que antes del inicio de la pandemia. Por otro lado, 1.652 (37,56 %) se valoraron igual; y 796 (22,11 %) más que en la etapa anterior (véase la figura 8.1).

Figura 8.1. Socialización negativa autopercebida entre antes y después de la pandemia (porcentajes)



En cuanto al *sexo*, no ha habido, prácticamente, diferencia entre varones y mujeres. Las medias han sido, respectivamente, 1,84 y 1,86. Como era de esperar, no se han dado diferencias estadísticamente significativas.

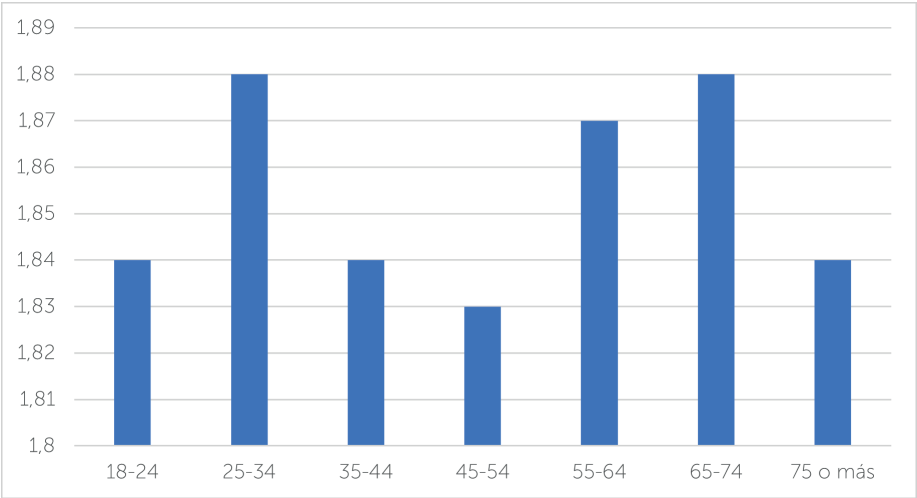
20 Se emplearán ambas denominaciones indistintamente.

Como podría suponerse, en base al resultado anterior en socialización positiva, el grupo de *edad* de los 25 a los 34 años es el que ha obtenido la puntuación media más alta ($M = 1,88$) y el que va de los 45 a los 54 años la más baja ($M = 1,83$) (tabla 8.1 y figura 8.2). No se han observado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 8.1. Puntuaciones medias de socialización negativa autopercibida por grupos de edad

Edad	Media
18-24	1,84
25-34	1,88
35-44	1,84
45-54	1,83
55-64	1,87
65-74	1,88
75 o más	1,84

Figura 8.2. Puntuaciones medias de socialización negativa autopercibida por grupos de edad

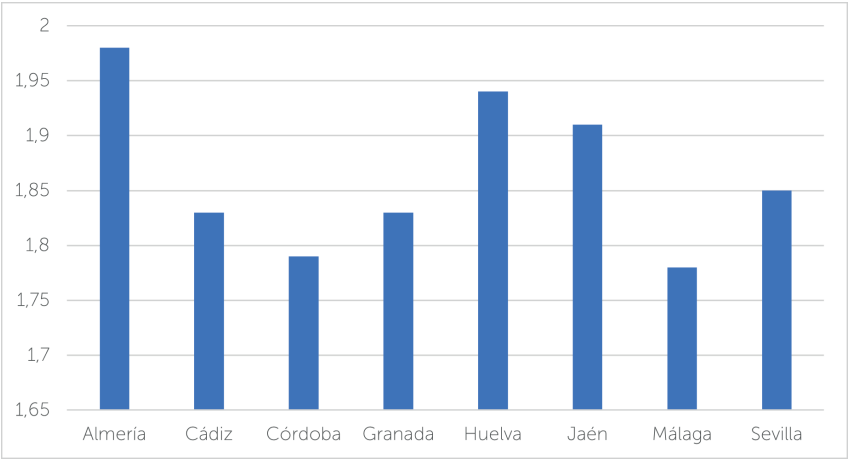


Por lo que respecta a las distintas *provincias*, es Almería la que ha obtenido una media mayor ($M = 1,98$) y Málaga la que la ha tenido menor ($M = 1,78$) (tabla 8.2 y figura 8.3).

Tabla 8.2. Puntuaciones medias de socialización negativa por provincia

Provincia	Media
Almería	1,98
Cádiz	1,83
Córdoba	1,79
Granada	1,83
Huelva	1,94
Jaén	1,91
Málaga	1,78
Sevilla	1,85

Figura 8.3. Puntuaciones medias de socialización negativa por provincia



En los comportamientos y cogniciones antisociales autopercebidos o socialización negativa autopercebida sí se han encontrado diferencias significativas entre provincias en sus puntuaciones medias y los análisis arrojan tres agrupamientos, con menor puntuación en las provincias de Málaga y Córdoba; con cifras intermedias, en Granada, Cádiz y Sevilla; y, con mayores valores, en Jaén, Huelva y Almería (tabla 8.3).

Tabla 8.3. Agrupamiento de provincias según sus puntuaciones medias en comportamientos y cogniciones antisociales

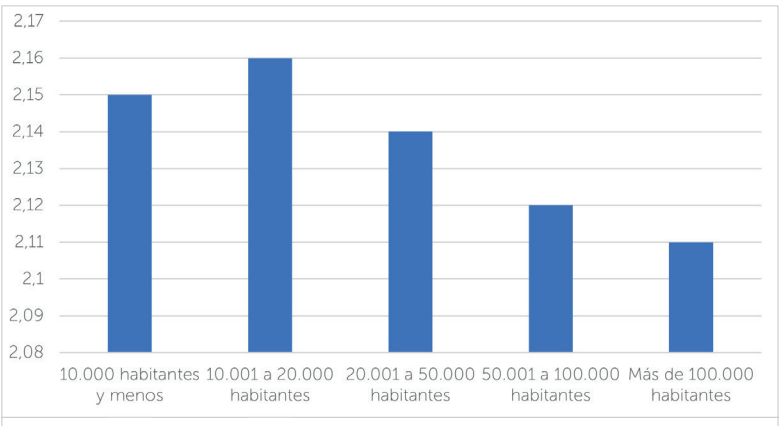
Málaga	1,78		
Córdoba	1,79		
Granada	1,83	1,83	
Cádiz	1,83	1,83	
Sevilla	1,85	1,85	
Jaén		1,91	1,91
Huelva			1,94
Almería			1,98

Las puntuaciones medias según *tamaño de hábitat* han ido desde 2,11 en las localidades de más de 100.000 habitantes a 2,16 en las de 10.001 a 20.000 habitantes. Son valores muy próximos y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos formados en función de esta variable (tabla 8.4 y figura 8.4).

Tabla 8.4. Puntuaciones medias en socialización negativa autopercibida según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	2,15
10.001 a 20.000 habitantes	2,16
20.001 a 50.000 habitantes	2,14
50.001 a 100.000 habitantes	2,12
Más de 100.000 habitantes	2,11

Figura 8.4. Puntuaciones medias de socialización negativa autopercibida por tamaño de hábitat



9. Problemas de pareja

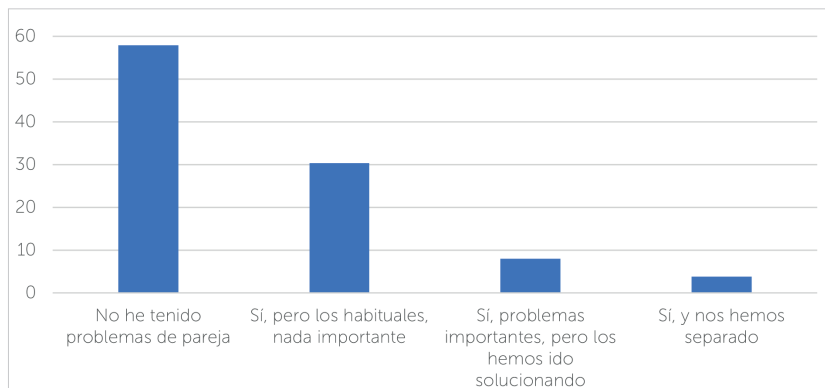
Un dato que parecía importante obtener, por su posible incidencia en algunos resultados, fue el de si durante el tiempo de pandemia la persona entrevistada había estado en pareja y, en caso de que así fuera, si había tenido o no problemas en ella. En la *muestra total*, 2.456 (70,72 %) dijeron que sí han estado en pareja y 1.144 (29,28 %) que no. Del primer grupo, 1.475 declararon que no habían tenido problemas de pareja; 772 que sí, pero los habituales, nada importantes; 203, que sí, problemas importantes, pero que los habían ido solucionando; y 96, que sí y se habían separado; cuyos porcentajes son, respectivamente y referidos solo a los que habían estado en pareja: 57,93 %, 30,32 %, 7,97 % y 3,77 % (tabla 9.1 y figura 9.1). Los problemas de pareja se han tomado como una variable continua, entendiendo que la categoría de *no hubo problemas de pareja* era el nivel más bajo de conflicto de parejas, la de *los problemas habituales* era el nivel siguiente, la de *problemas graves* iba a continuación y la de *separación* la más grave, puntuándose de 1 a 4.

Tabla 9.1. Problemas de pareja

	<i>n</i>	%
No he tenido problemas de pareja	1475	57,93
Sí, pero los habituales, nada importante	772	30,32
Sí, problemas importantes, pero los hemos ido solucionando	203	7,97
Sí, y nos hemos separado	96	3,77

Nota: porcentajes referidos a los que han estado en pareja.

Figura 9.1. Problemas de pareja (porcentajes)



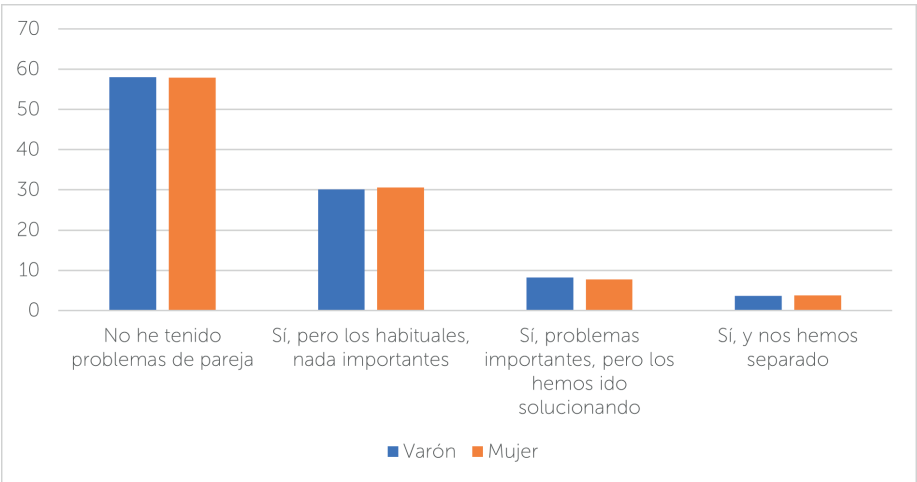
Nota: porcentajes referidos a los que han estado en pareja

Por otro lado, un 58,0 % de los varones manifestaron que no habían tenido problemas de pareja y un 57,9 % de las mujeres. Casi un 4,0 % terminó separándose. Realizados análisis de contraste no surgieron diferencias estadísticamente significativas entre *varones y mujeres* en ninguno de los supuestos que se les presentaron a los participantes (tabla 9.2 y figura 9.2).

Tabla 9.2. Problemas de pareja según sexo

	Varón		Mujer	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No he tenido problemas de pareja	720	58,0	755	57,9
Sí, pero los habituales, nada importantes	373	30,1	399	30,6
Sí, problemas importantes, pero los hemos ido solucionando	102	8,2	101	7,7
Sí, y nos hemos separado	46	3,7	50	3,8

Figura 9.2. Problemas de pareja según sexo



Por lo que respecta a la *edad*, el grupo de 25 a 34 años fue el que declaró más veces no haber tenido problemas; el de 65 a 74 años, el que manifestó más veces que sí, pero que fueron los habituales, nada importantes; el de 45 a 54 años, el que indicó que sí e importantes, pero que los habían ido solucionando; y, el de 55 a 64 años, que sí y que se había llegado a la separación de la pareja (tabla 9.3 y figura 9.3 y 9.4, la última eliminada la primera opción para una mejor visualización).

Tabla 9.3. Problemas de pareja por grupo de edad (porcentajes)

	Edad						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más
A	59,4	61,2	58,8	56,7	57,0	55,1	58,0
B	28,3	27,2	29,2	30,6	32,6	34,0	29,7
C	8,6	7,8	8,5	8,7	6,1	7,9	8,6
D	3,7	3,8	3,5	4,0	4,3	3,0	3,7

Nota: A: No he tenido problemas de pareja; B: Sí, pero los habituales, nada importantes; C: Sí, problemas importantes, pero los hemos ido solucionando; y D: Sí, y nos hemos separado.

Figura 9.3. Problemas de pareja por grupo de edad (porcentajes)

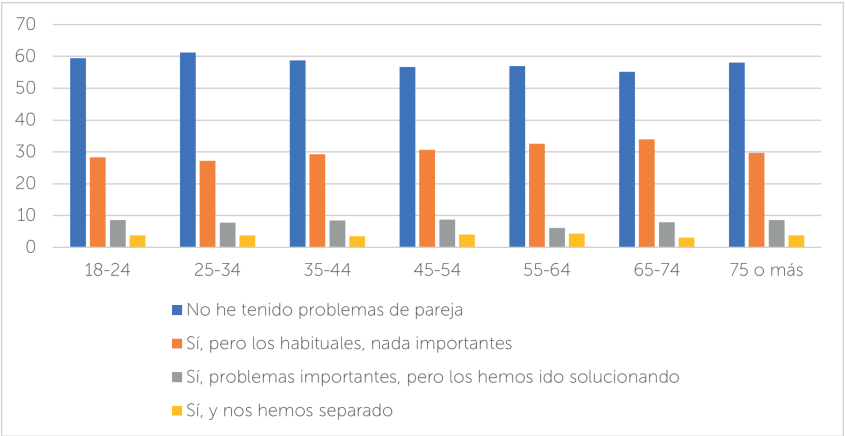
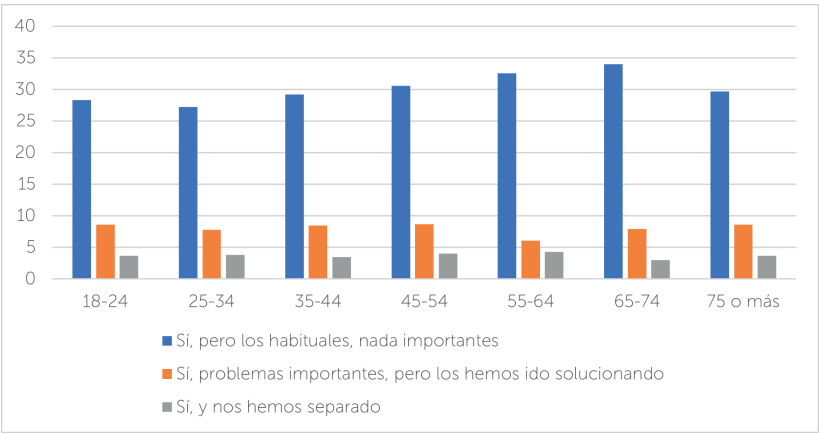


Figura 9.4. Problemas de pareja por grupo de edad, eliminada la opción de no haber tenido problemas de pareja (porcentajes)



Con respecto a los problemas de pareja se contrastaron las diferencias en las puntuaciones medias en edad según los grupos en relación con los problemas de pareja (no problemas, los habituales, problemas importantes y separación). Pues bien, no se observaron diferencias significativas en función de la edad para los problemas de pareja

En cuanto a las distintas *provincias*, hay que decir que Almería es la que tiene los niveles menos problemáticos, con la excepción de la segunda opción (*Sí, pero los habituales, nada importantes*). Huelva está también con bajos niveles y a corta distancia de la provincia citada. En el lado opuesto, se ha encontrado Granada con menor porcentaje de personas que no han tenido problemas y con mayores porcentajes en el resto de las alternativas (tabla 9.4 y figuras 9.5 y 9.6).

Tabla 9.4. Problemas de pareja por provincia (porcentajes)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
A	75,9	61,3	51,3	46,7	75,4	65,6	52,9	51,0
B	20,1	30,4	33,8	35,6	18,6	26,0	35,0	33,0
C	2,2	6,0	10,1	12,4	3,8	5,2	7,9	11,0
D	1,8	2,2	4,9	5,3	2,2	3,1	4,1	5,0

Nota: A: No he tenido problemas de pareja; B: Sí, pero los habituales, nada importantes; C: Sí, problemas importantes, pero los hemos ido solucionando; y D: Sí, y nos hemos separado.

Figura 9.5. Problemas de pareja por provincia (porcentajes)

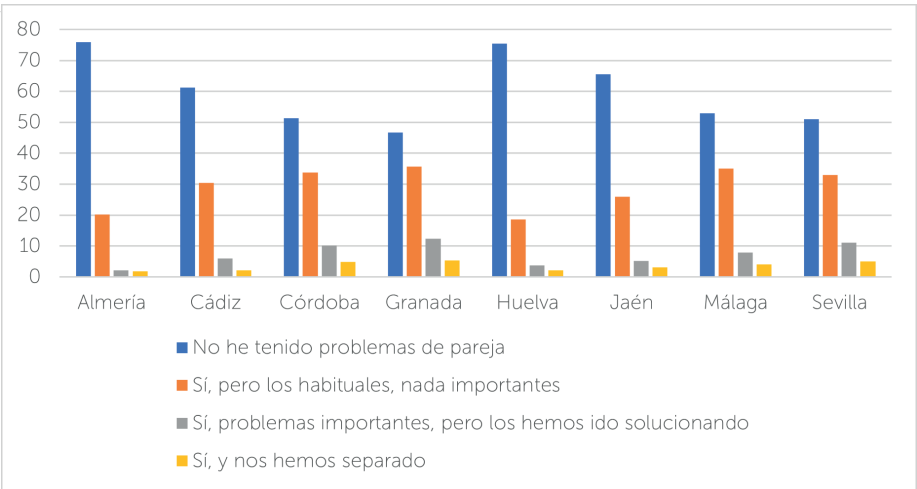
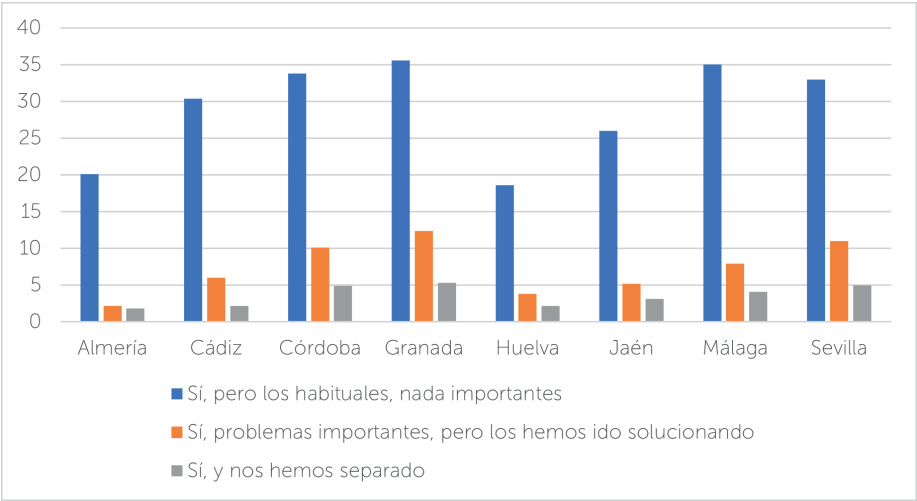


Figura 9.6. Problemas de pareja por provincia, eliminando la opción de no haber tenido problemas de pareja (porcentajes)



De nuevo los contrastes por provincia dieron diferencias significativas y los análisis *post hoc* mantuvieron el patrón que, más o menos, se viene observando hasta ahora (tabla 9.5).

Tabla 9.5. Agrupamiento de provincias según sus puntuaciones medias en problemas de pareja

Almería	1,30			
Huelva	1,33			
Jaén	1,46	1,46		
Cádiz	1,49	1,49	1,49	
Málaga		1,63	1,63	1,63
Córdoba			1,69	1,69
Sevilla				1,70
Granada				1,76

Como puede apreciarse en la tabla anterior, el patrón *post hoc* es similar a los anteriores. Almería y Huelva aparecen como las provincias con menos problemas de pareja, aunque también podrían incluirse en ese grupo Jaén y Cádiz, las cuales también pueden ser consideradas con un patrón intermedio, junto con Málaga. Por último, estarían

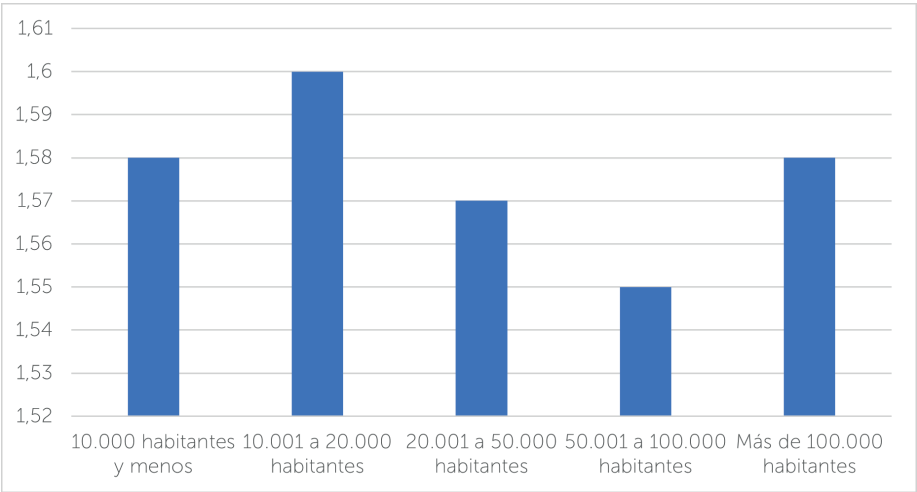
Sevilla y Granada, como las provincias con más problemas. Por razones prácticas se establece como con menos Almería y Huelva; de manera intermedia, Jaén y Cádiz; y de con más, Málaga, Córdoba, Sevilla y Granada.

Las localidades situadas en el grupo de 50.001 a 100.000 habitantes son las que han obtenido una puntuación media menor y, las que están entre 10.001 y 20.000 habitantes, la mayor, en problemas de pareja. Como puede observarse en la tabla 9.6 los valores son muy próximos. Efectuados análisis pertinentes se ha comprobado que no existen diferencias estadísticamente significativas en función del *tamaño de hábitat* (figura 9.7).

Tabla 9.6. Puntuaciones medias en problemas de pareja según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	1,58
10.001 a 20.000 habitantes	1,60
20.001 a 50.000 habitantes	1,57
50.001 a 100.000 habitantes	1,55
Más de 100.000 habitantes	1,58

Figura 9.7. Puntuaciones medias en problemas de pareja según tamaño de hábitat



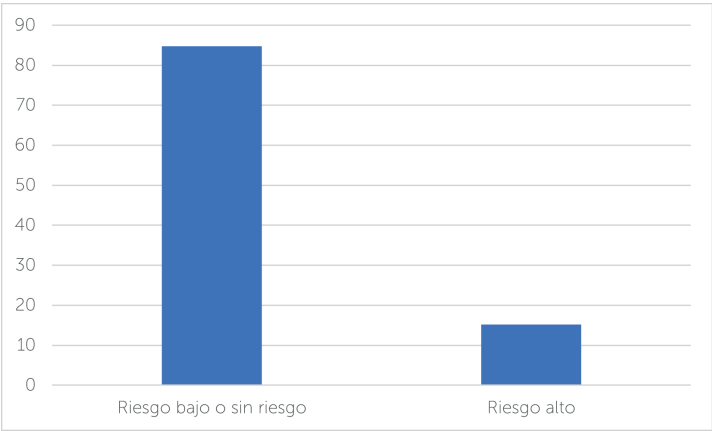
10. Tendencia suicida y riesgo de suicidio

La tendencia al suicidio se ha evaluado con la *Escala de Okasha*, por el nombre de su autor. A veces, también aparece con un neologismo, el de *suicidalidad*. Se trata de un instrumento corto, de cuatro ítems, cuya puntuación oscila de 0 a 3, ya que la suma del valor de cada ítem se divide por cuatro. En relación con tendencia suicidio la puntuación media de la *muestra total* es de 1,66, lo cual globalmente es bajo. No obstante, establecido un punto de corte, según estudios previos, a partir del cual el riesgo de suicidio se hace elevado, se comprueba que 547 personas (15,19 %) lo superan, lo cual es un porcentaje alto de casos (tabla 10.1 y figura 10.1).

Tabla 10.1. Niveles de riesgo de suicidio en la muestra total

	n	%
Riesgo bajo o sin riesgo	3.053	84,81
Riesgo alto	547	15,19

Figura 10.1. Niveles de riesgo de suicidio (porcentajes)

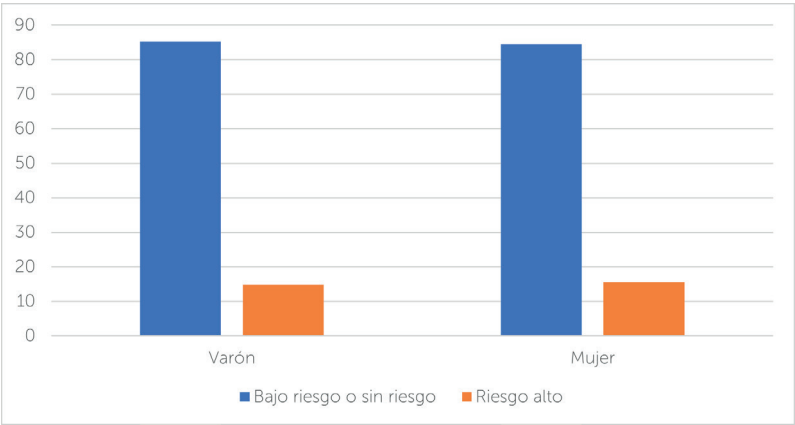


Por otra parte, dentro de esos niveles mencionados, por *sexo*, las mujeres tienen un porcentaje algo mayor (15,5 %) con respecto a los varones (14,8 %), pero realizados los análisis de contraste resulta que la diferencia no es estadísticamente significativa (tabla 10.2 y figura 10.2).

Tabla 10.2. Niveles de riesgo de suicidio según varones y mujeres

	Varón		Mujer	
	n	%	n	%
Bajo riesgo o sin riesgo	1493	85,2	1.560	84,5
Riesgo alto	260	14,8	287	15,5

Figura 10.2. Niveles de riesgo de suicidio según sexo



Por intervalos de *edad* las puntuaciones medias de tendencia al suicidio han oscilado entre 1,43, correspondiente al grupo de edad entre los 18 y los 24 años, y 1,87, al de los que tienen entre 65 y 74 años. Por otro lado, en cuanto a las posibilidades de riesgo de suicidio más elevado, las puntuaciones van en el mismo sentido que con las medias de los grupos aludidos, aumentando con lo edad, aunque no siempre de manera ascendente. Para los más jóvenes el porcentaje de riesgo es el menor (11,7 %) y para los más mayores, de 75 o más años, es el mayor (18,0 %) (tablas 10.3 y 10.4 y figuras 10.3, 10.4 y 10.5, para una mejor visualización esta última con solo el riesgo alto de suicidio).

Tabla 10.3. Puntuaciones medias de tendencia al suicidio según grupos de edad

Edad	Media
18-24	1,43
25-34	1,51
35-44	1,59
45-54	1,68
55-64	1,70
65-74	1,87
75 o más	1,80

Tabla 10.4. Niveles de riesgo de suicidio por grupos de edad (porcentajes)

	Grupos de edad						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más
Sin riesgo o bajo riesgo	88,3 %	86,4 %	85,1 %	84,6 %	84,8 %	82,3 %	82,0 %
Riesgo alto	11,7 %	13,6 %	14,9 %	15,4 %	15,2 %	17,7 %	18,0 %

Figura 10.3. Puntuaciones medias de tendencia al suicidio por grupo de edad

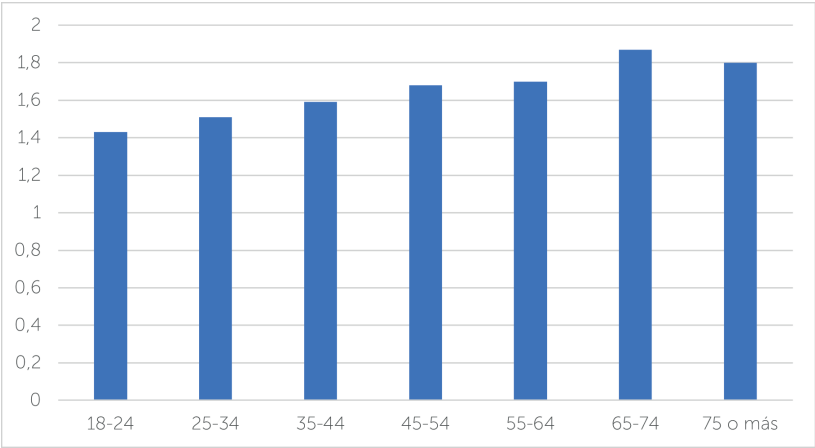


Figura 10.4. Niveles de riesgo de suicidio por grupo de edad (porcentajes)

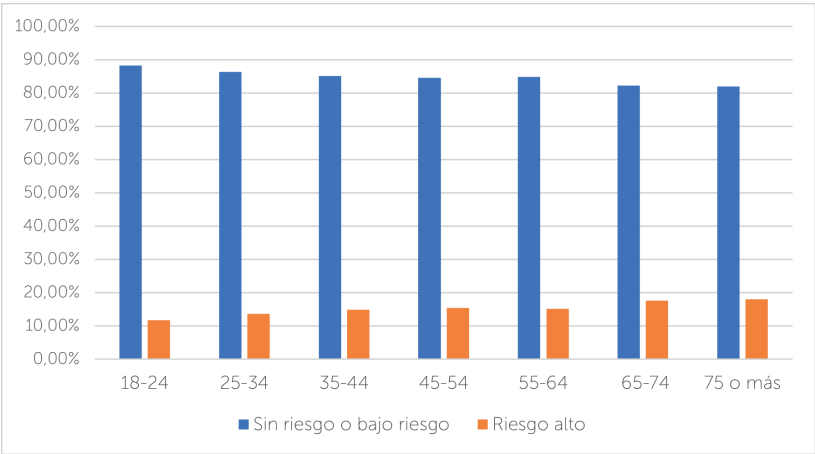
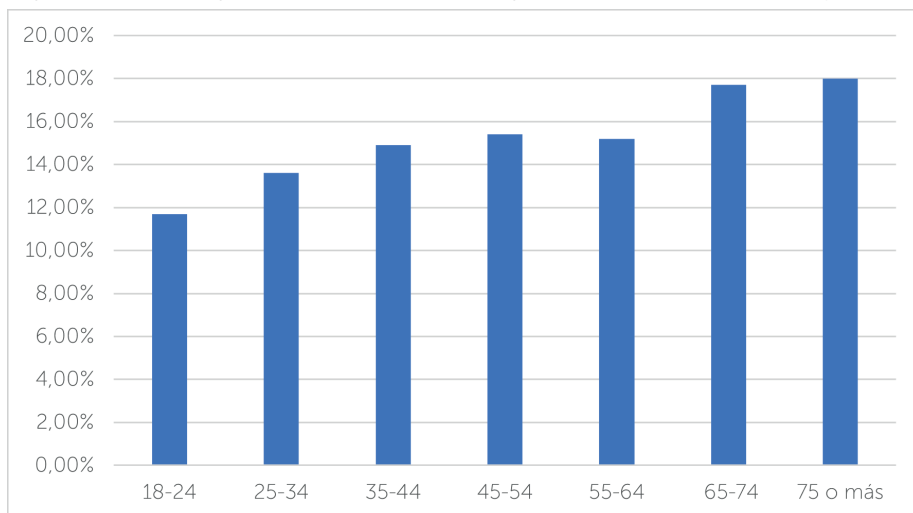
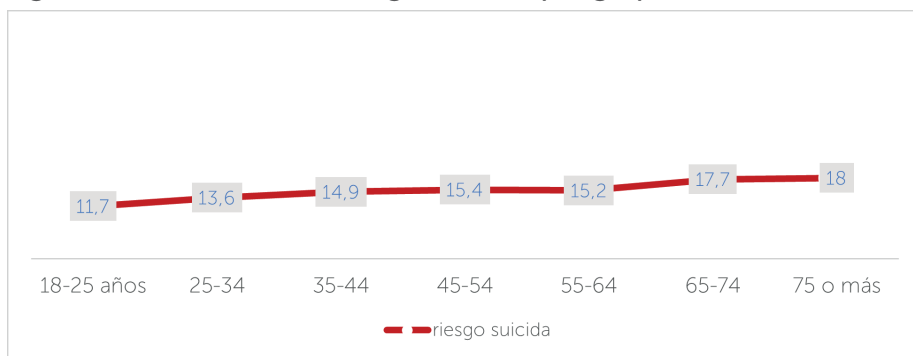


Figura 10.5. Riesgo alto de suicidio por grupo de edad (porcentajes)

Se contrastaron las diferencias en las puntuaciones medias en edad según los grupos en relación con el riesgo/no riesgo suicida. Se han observado diferencias significativas en función de la edad, con un valor pequeño. En la figura 10.6 se observa cómo el porcentaje de personas que están en riesgo suicida (pensamientos más intentos) se va incrementando con la edad. Este es un dato frecuente, pero quizás lo llamativo aquí es que, a pesar de ese incremento en la edad, las tasas de personas jóvenes son elevadas.

Figura 10.6. Evolución del riesgo suicida por grupo de edad

En cuanto a lo aparecido por las distintas *provincias*, las puntuaciones medias de tendencia al suicidio obtenidas han oscilado desde 0,67 en Almería a 2,24 en Granada, siendo la media total, como se ha mencionado, de 1,66. Por otra parte, se estableció, en base a estudios previos, un punto de corte que diera constancia de los porcentajes de riesgo de suicidio. Igualmente, fueron estas dos provincias las que están en los extremos; Almería presenta un 5,5 % de los casos de riesgo y Granada un 21,0 % (tablas 10.5 y 10.6 y figuras 10.7, 10.8 y 10.9).

Tabla 10.5. Puntuaciones medias de tendencia al suicidio por provincia

Provincia	Media
Almería	0,67
Cádiz	1,52
Córdoba	2,07
Granada	2,24
Huelva	0,80
Jaén	1,30
Málaga	1,93
Sevilla	2,03
Total	1,66

Figura 10.7. Puntuaciones medias de tendencia al suicidio por provincia

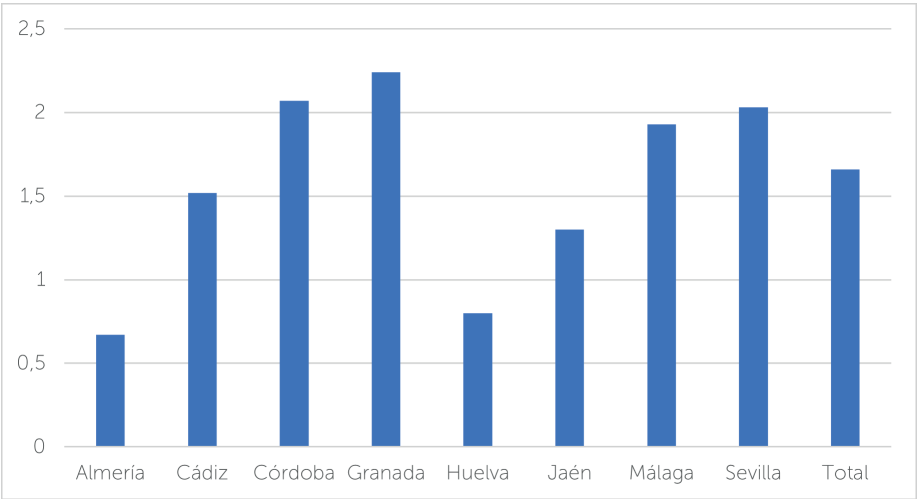


Tabla 10.6. Niveles de riesgo de suicidio por provincia (porcentajes)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Sin riesgo o riesgo bajo	94,5	86,4	79,9	79,0	93,6	88,3	81,7	81,5
Riesgo alto	5,5	13,6	20,1	21,0	6,4	11,7	18,3	18,5

Figura 10.8. Niveles de riesgo de suicidio por provincia (porcentajes)

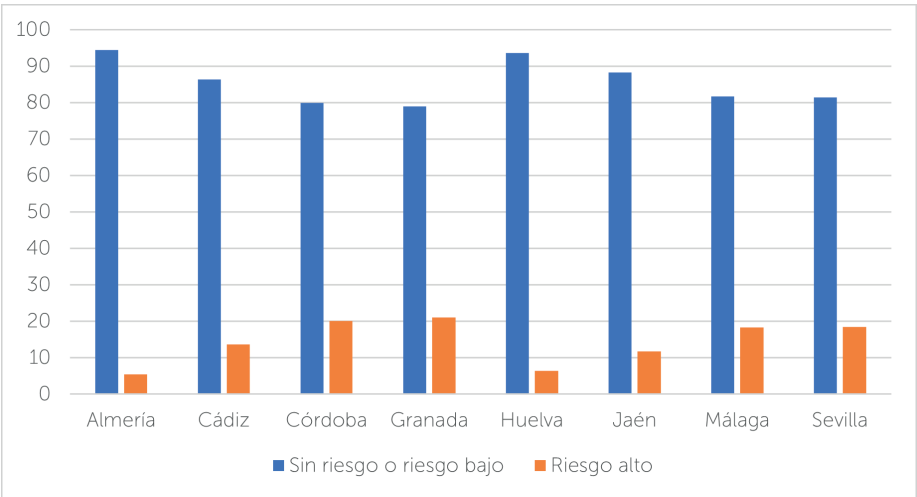
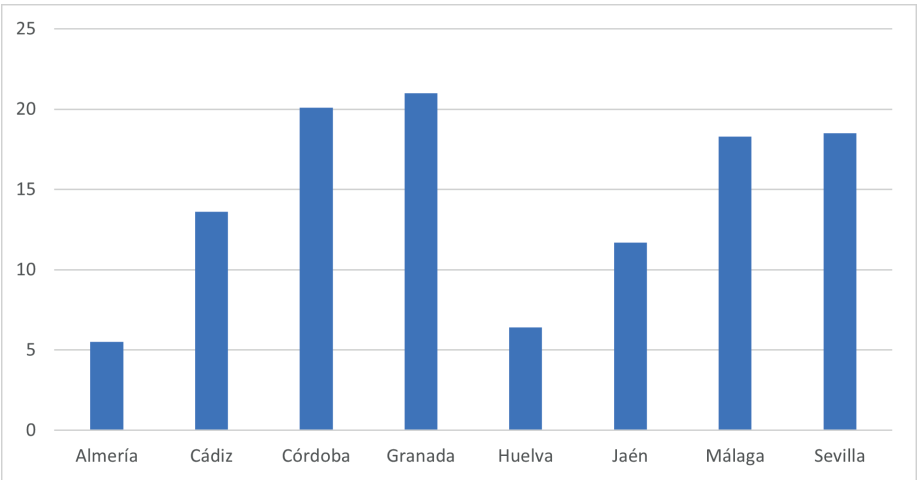


Figura 10.9. Niveles de riesgo de suicidio alto por provincia (porcentajes)



En el caso de la ideación suicida (tomando la escala de riesgo suicida Okasha como un continuo), los resultados se repiten de manera muy similar: se han encontrado diferencias significativas entre provincias.

De nuevo, el análisis *post hoc* muestra una tendencia ya observada para la depresión, ansiedad, estrés y miedo al contagio: Almería y Huelva son las que menos puntúan en riesgo suicida (aunque Huelva se puede acercar a los niveles intermedios). Jaén y Cádiz se mantienen en los niveles intermedios (aunque Cádiz comparte niveles con los de tendencia suicida más elevada) y finalmente las cuatro provincias que suelen puntuar de manera más elevada: Málaga, Sevilla, Córdoba y Granada (tabla 10.7).

Tabla 10.7. Agrupamiento de provincias según sus medias en riesgo suicida

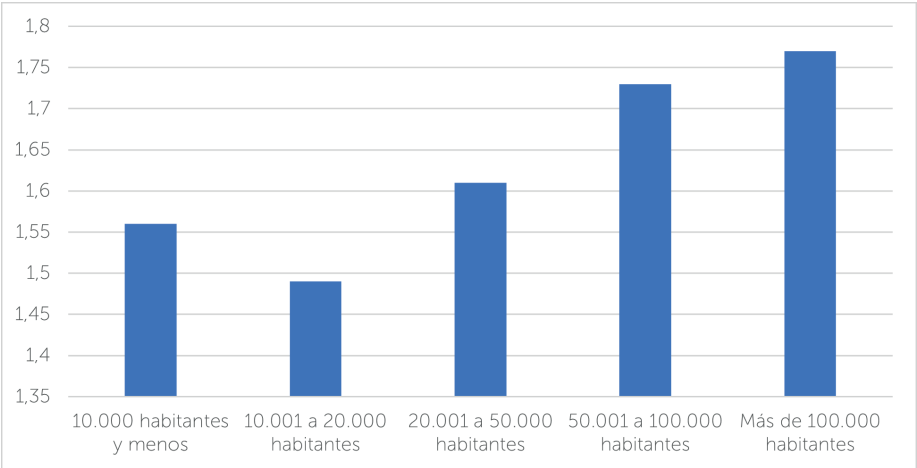
Almería	0,67				
Huelva	0,80	0,80			
Jaén		1,30	1,30		
Cádiz			1,52	1,52	
Málaga				1,93	1,93
Sevilla				2,03	2,03
Córdoba					2,07
Granada					2,24

En función del *tamaño de hábitat* la puntuación media más pequeña se ha encontrado en el grupo que engloba las localidades de entre 10.001 y 20.000 ($M = 1,49$) y, la más alta, en las de más de 100.000 habitantes ($M = 1,77$) (tabla 10.8 y figura 10.10).

Tabla 10.8. Puntuaciones medias en tendencia suicida según tamaño de hábitat

Tamaño de hábitat	Media
10.000 habitantes y menos	1,56
10.001 a 20.000 habitantes	1,49
20.001 a 50.000 habitantes	1,61
50.001 a 100.000 habitantes	1,73
Más de 100.000 habitantes	1,77

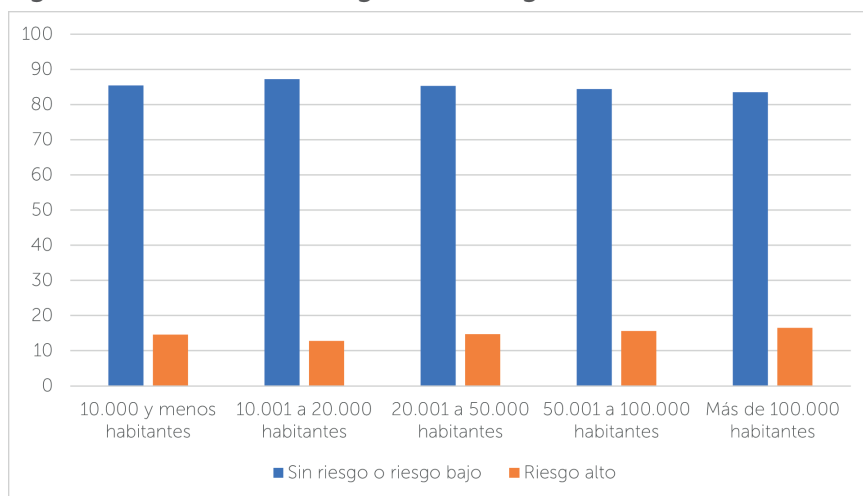
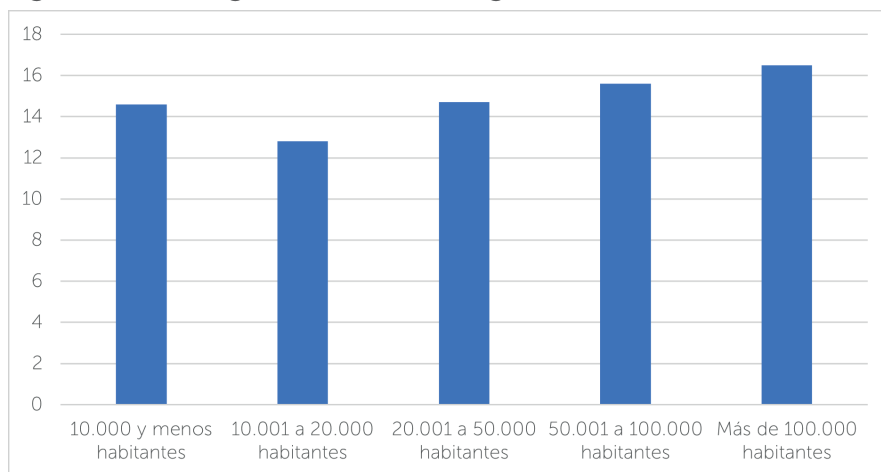
Figura 10.10. Puntuaciones medias en tendencia según tamaño de hábitat



Por otro lado, en cuanto a los niveles de riesgo de suicidio, donde aparece el porcentaje mayor de los que están sin riesgo o riesgo bajo es en el grupo de las localidades que tienen entre 10.001 y 20.000 habitantes (87,2 %), mientras que donde más existe el riesgo de suicidio es en el de las localidades entre 50.001 y 100.000 habitantes (15.6 %) (tabla 10.9 y figuras 10.11 y 10.12, esta última con solo el riesgo alto para una mejor visualización).

Tabla 10.9. Sin riesgo o riesgo bajo y riesgo alto de suicidio según tamaño de hábitat (porcentajes)

	Habitantes				
	10.000 y menos	10.001 a 20.000	20.001 a 50.000	50.001 a 100.000	Más de 100.000
Sin riesgo o riesgo bajo	85,4	87,2	85,3	84,4	83,5
Riesgo alto	14,6	12,8	14,7	15,6	16,5

Figura 10.11. Niveles de riesgo suicida según tamaño de hábitat**Figura 10.12. Riesgo suicida alto en según tamaño de hábitat**

Efectuados los análisis de contraste, no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de tendencia suicida, así como que los niveles de riesgo suicida son independientes del tamaño de hábitat.

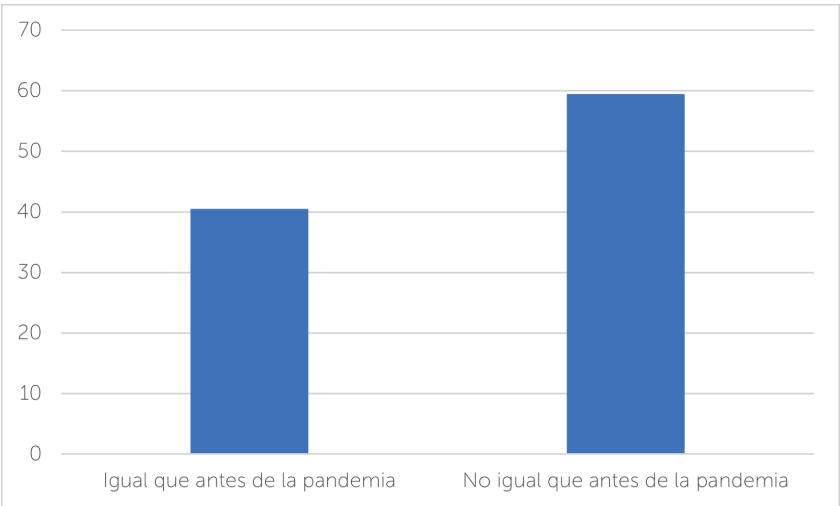
11. Condición laboral: Igual que antes de la pandemia

Una de las preguntas formuladas ha sido si se encontraba o no igual que antes de la pandemia en cuanto a su condición laboral. Esta variable ha generado algunos resultados que merecen la pena tomar en consideración y que, por eso, se aborda de forma separada. Del total, 1.459 (40,5 %) han manifestado que se encontraban igual y 2.141 (59,5 %) que no (tabla 11.1 y figura 11.1).

Tabla 11.1. Personas que se encontraban igual o no que antes de la pandemia

	<i>n</i>	%
Igual que antes de la pandemia	1.459	40,5
No igual que antes de la pandemia	2.141	59,5

Figura 11.1. Personas que estaban igual o no que antes de la pandemia (porcentajes)

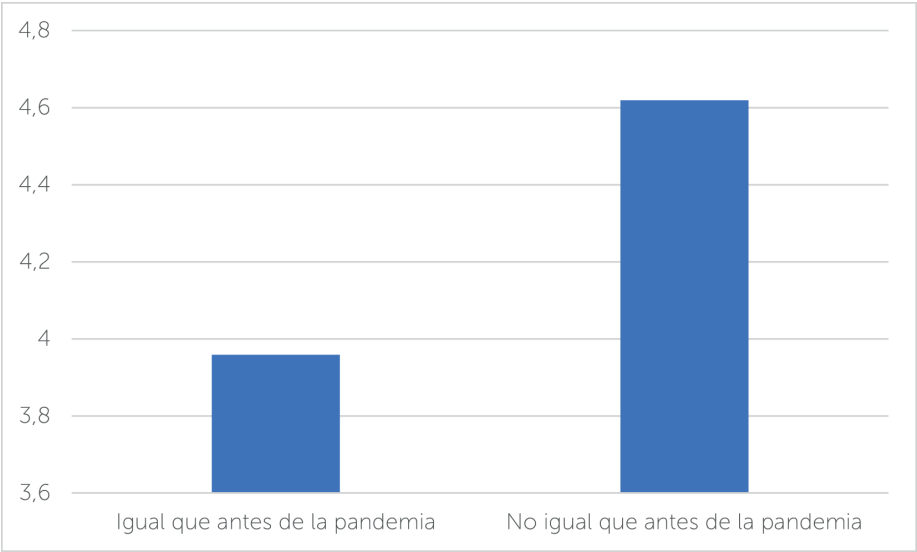


Por lo que respecta a la *depresión* el grupo de lo que los estaban igual ha obtenido una puntuación media de 3,96, mientras que los que han manifestado que no la han tenido más elevada ($M = 4,62$) (tabla 11.2 y figura 11.2). Realizados los contrastes se han dado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11.2. Puntuaciones medias de depresión según se esté igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

	Depresión
Igual que antes de la pandemia	3,96
No igual que antes de la pandemia	4,62

Figura 11.2. Puntuaciones medias de depresión según estar igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

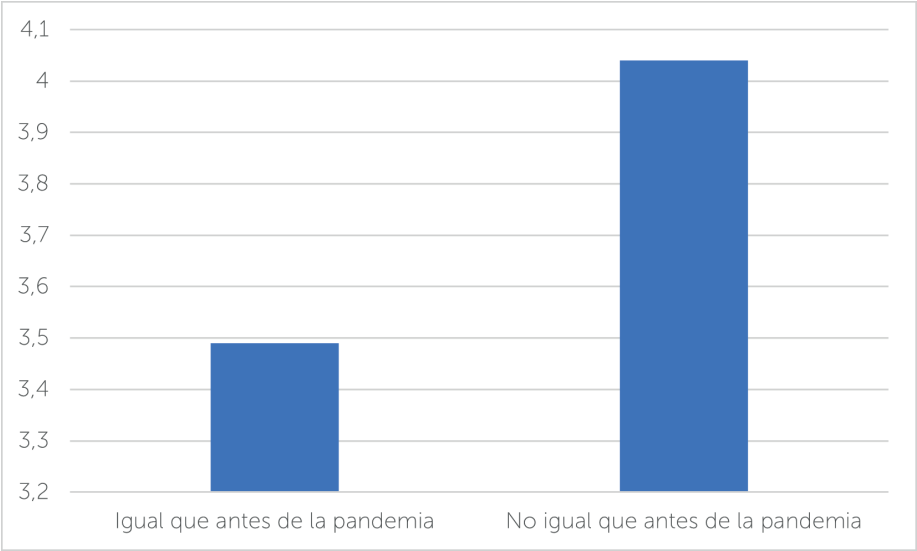


En *ansiedad*, la puntuación media también ha sido mayor en el grupo que no están igual que antes de la pandemia ($M = 4,04$) frente a los que sí declaran que están igual ($M = 3,49$) (tabla 11.3 y figura 11.3). Efectuados los contrastes, como antes, aparecen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11.3. Puntuaciones medias de ansiedad según se esté igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

	Ansiedad
Igual que antes de la pandemia	3,49
No igual que antes de la pandemia	4,04

Figura 11.3. Puntuaciones medias de ansiedad según estar igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

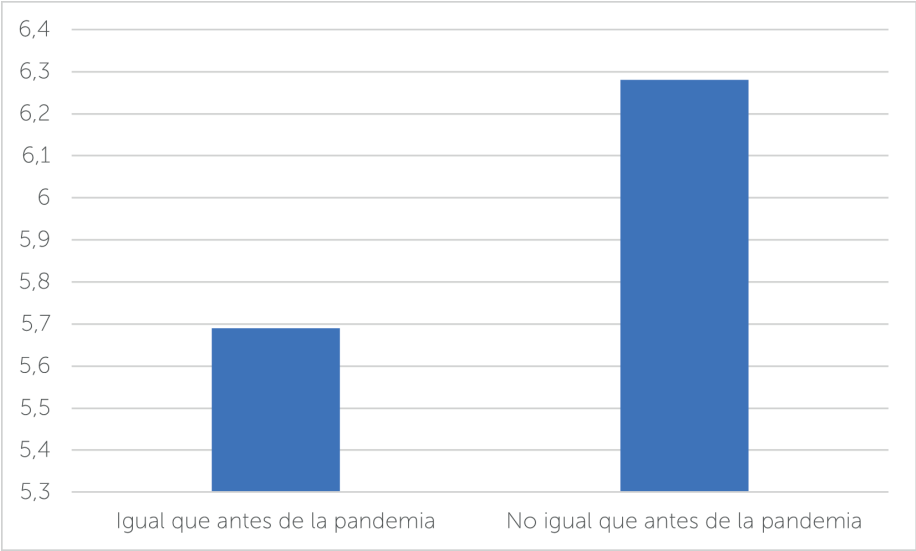


En *estrés* ocurre similarmente, los que no están igual las medias son más altas ($M = 6,28$) que los que sí se hallan en las mismas condiciones laborales ($M = 5,69$) (tabla 11.4 y figura 11.4). Como con la depresión y la ansiedad, también surgen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11.4. Puntuaciones medias de estrés según se esté igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

	Estrés
Igual que antes de la pandemia	5,69
No igual que antes de la pandemia	6,28

Figura 11.4. Puntuaciones medias de estrés según estar igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

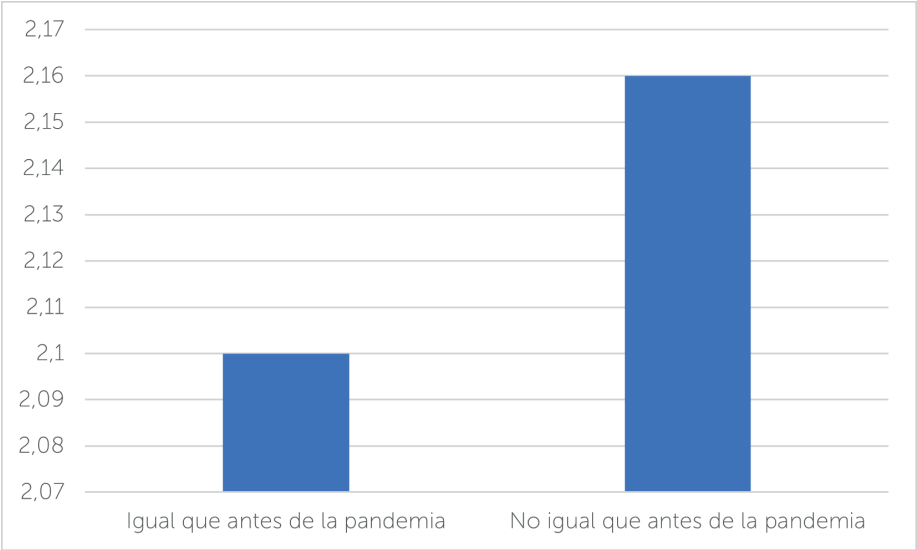


Por otro lado, en *malestar psicológico autopercebido*, los del grupo igual han obtenido una media de 2,10 y los de no igual que antes de la pandemia de 2,16 (tabla 11.5 y figura 11.5). Con esta dimensión también se ha dado diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 11.5. Puntuaciones medias de malestar psicológico autopercebido según se esté igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

	Malestar psicológico autopercebido
Igual que antes de la pandemia	2,10
No igual que antes de la pandemia	2,16

Figura 11.5. Puntuaciones medias de malestar psicológico general según estar igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

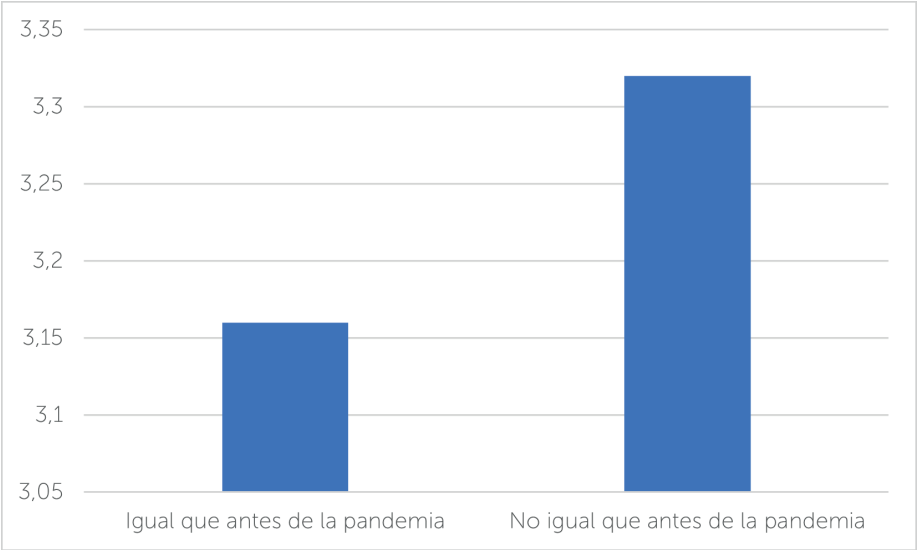


En cuanto al *riesgo de contagio autopercebido* (percepción de *infectibilidad*) el grupo de los que no se hallaban igual que antes de la pandemia su puntuación media ($M = 3,32$) superó a los del grupo que afirmaron que se encontraban igual ($M = 3,16$) (tabla 11.6 y figura 11.6). Llevados a cabo los análisis pertinentes se han obtenido diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11.6. Puntuaciones medias de riesgo de contagio autopercebido según se esté igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

	Riesgo de contagio autopercebido
Igual que antes de la pandemia	3,16
No igual que antes de la pandemia	3,32

Figura 11.6. Puntuaciones medias de riesgo de contagio autopercibido según estar igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

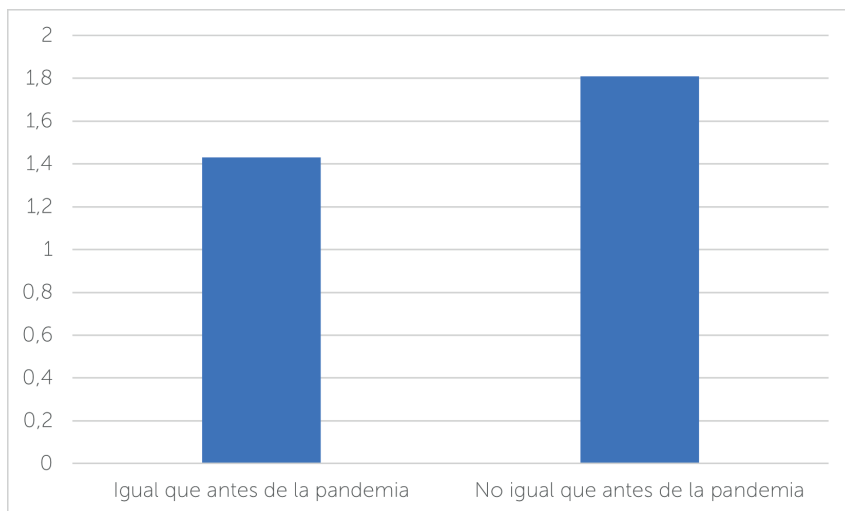


Por lo que atañe a la *tendencia suicida* el grupo de los que dijeron que estaban igual que antes de la pandemia ha obtenido una puntuación media inferior ($M = 1,43$) a los que respondieron que no estaban igual ($M = 1,81$) (tabla 11.7 y figura 11.7). Igualmente, como en los casos anteriores, se han dado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11.7. Puntuaciones medias de tendencia suicida según se esté igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

	Tendencia suicida
Igual que antes de la pandemia	1,43
No igual que antes de la pandemia	1,81

Figura 11.7. Puntuaciones medias de tendencia suicida según estar igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral



Sobre el tema del suicidio es interesante lo que sigue a continuación. Al dividir la muestra total en dos grupos, uno sin riesgo o con riesgo bajo de suicidio y, otro, de riesgo alto —tal como se indica en el apartado específico de *riesgo de suicidio*— se comprueba que el mayor número de las personas con riesgo de suicidio alto son los que no están igual que antes de la pandemia. El total del riesgo alto de la muestra completa ($n = 3.600$), como se recogió en dicho epígrafe, era de un 15,19 %. Pues bien, este porcentaje se reparte entre un 9,97 % ($n = 359$) que son aquellos que no están igual de la pandemia y un 5,22 % ($n = 188$) que han manifestado que sí están igual; esto es, prácticamente, dos tercios de ese 15,19 %, que están en riesgo alto, lo integran personas que manifestaron que no estaban igual que antes de la pandemia. Quizás, redondeando sale mucho más claro: 15,2 % (riesgo alto de suicidio) = 10,0 % (no igual que antes de la pandemia) + 5,2 % (igual que antes de la pandemia) (tabla 11.8 y figuras 11.8 y 11.9, esta última solo para riesgo alto por su relevancia clínica y para su mejor visualización).

Tabla 11.8. Riesgo de suicidio según igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

	Sin riesgo o riesgo bajo		Riesgo alto	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Igual que antes de la pandemia	1.271	35,31	188	5,22
No igual que antes de la pandemia	1.782	49,50	359	9,97
Total	3.053	84,81	547	15,19

Nota: porcentajes referidos a la muestra total ($n = 3.600$).

Figura 11.8. Riesgo de suicidio según igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral (porcentajes referidos a la muestra total [n = 3.600])

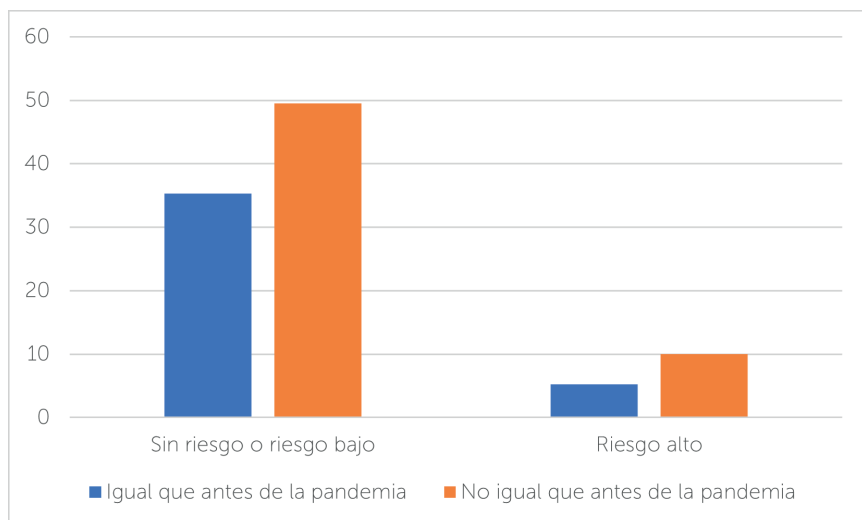
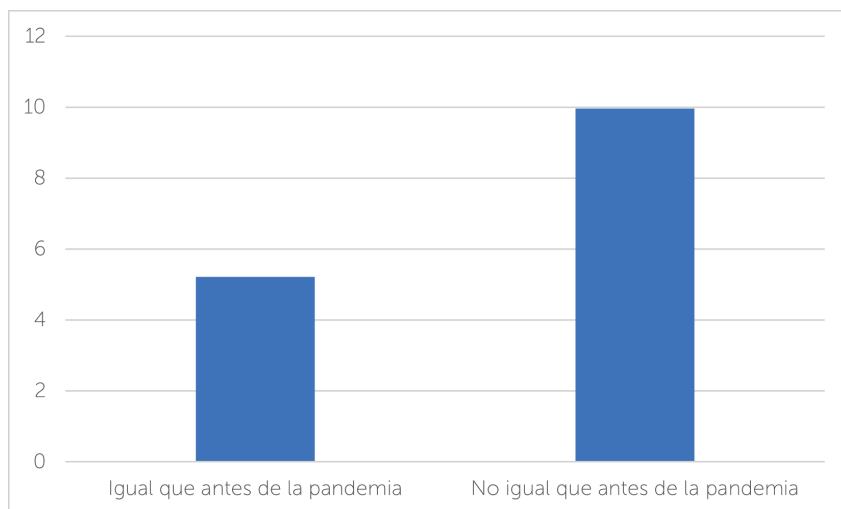


Figura 11.9. Riesgo alto de suicidio según igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral (porcentajes referidos a la muestra total [n = 3.600])

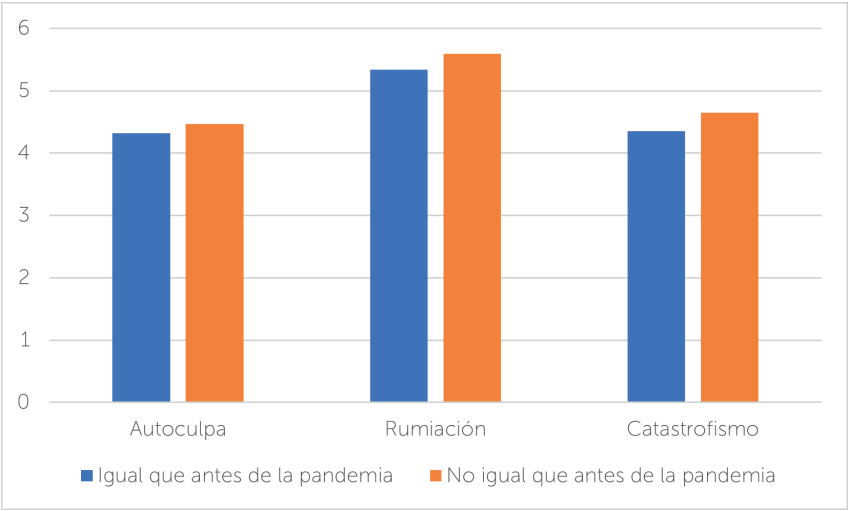


Por último, en *regulación emocional*, los que no están igual que antes de la pandemia han obtenido una puntuación media superior al otro grupo en algunas de las dimensiones. En concreto, en autculpa, rumiación y catastrofismo, como puede verse en la tabla 11.9 y la figura 11.10.

Tabla 11.9. Puntuaciones medias en regulación emocional (autculpa, rumiación y catastrofismo) según igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral

	Autculpa	Rumiación	Catastrofismo
Igual que antes de la pandemia	4,32	5,34	4,35
No igual que antes de la pandemia	4,47	5,59	4,65

Figura 11.10. Puntuaciones medias en regulación emocional (autculpa, rumiación y catastrofismo) según igual o no que antes de la pandemia en la condición laboral



En la tabla 11.10 puede observarse como todos los valores de las distintas dimensiones y porcentajes que se han evaluado son superiores en el grupo de aquellas personas que declararon que no estaban igual que antes de la pandemia en su condición laboral. En todos los casos, realizados los análisis se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11.10. Puntuaciones y porcentajes obtenidos en diferentes dimensiones y niveles según igual o no que antes de la pandemia

	Igual que antes de la pandemia	No igual que antes de la pandemia
Depresión	3,96	4,62
Ansiedad	3,49	4,04
Estrés	5,69	6,28
Malestar psicológico autopercebido	2,10	2,16
Riesgo de contagio autopercebido	3,16	3,32
Tendencia suicida	1,43	1,81
Riesgo alto de suicidio	5,22 %	9,97 %
Autoculpa	4,32	4,47
Rumiación	5,34	5,59
Catastrofismo	4,35	4,65

Nota: porcentajes de riesgo alto de suicidio referidos a la muestra total ($n = 3.600$).

En resumen, las personas que han manifestado que no se encuentran igual que antes de la pandemia, frente a los que han contestado que sí, tienen significativamente como grupo —estadísticamente hablando— mayores puntuaciones en depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico general, percepción personal de riesgo de contagio, tendencia suicida y riesgo de suicidio. Un grupo cuya regulación emocional viene marcada por la autoculpa (pensar que la ocurrencia de situaciones conflictivas se debe a un fallo de uno mismo), rumiación (pensar una y otra vez sobre la situación conflictiva y sus sentimientos y emociones asociadas) y catastrofismo (pensar que la ocurrencia de una situación conflictiva es el preámbulo de muchas más), las cuales poseen una función negativa para una adecuada regulación de las emociones negativas.

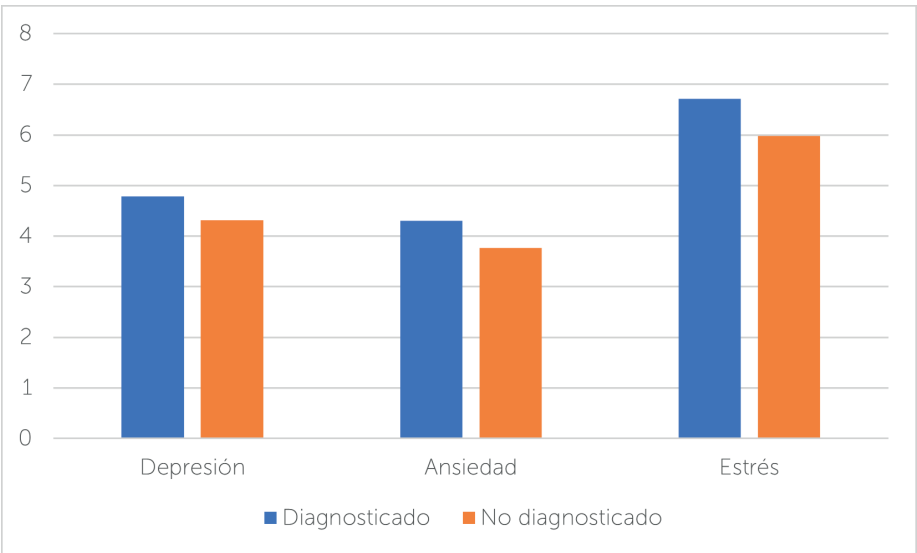
12. Diferencias entre personas diagnosticadas y no diagnosticadas de COVID-19

A continuación, se analizaron las diferencias en las variables estudiadas entre personas que tuvieron un diagnóstico de COVID-19 y personas que no lo recibieron. Del total de personas encuestadas, 302 personas habían sido diagnosticadas. Se llevó a cabo un contraste de puntuaciones de medias y solo se observaron diferencias significativas (con un intervalo de confianza del 95 %) en dos de las variables: en el nivel de ansiedad y en el nivel de estrés (tabla 12.1 y figura 12.1).

Tabla 12.1. Puntuaciones medias en depresión, ansiedad y estrés según diagnóstico de COVID-19

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Diagnosticado	4,78	4,30	6,71
No diagnosticado	4,31	3,77	5,98

Figura 12.1. Puntuaciones medias en depresión, ansiedad y estrés según diagnóstico de COVID-19



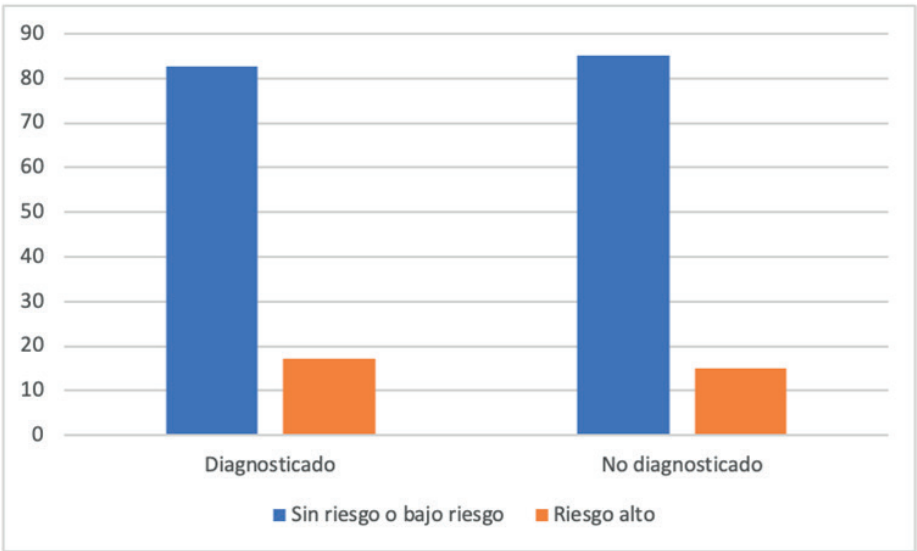
Como puede observarse en figura 12.1, en los tres problemas emocionales evaluados, las personas con un diagnóstico con el SARS-CoV-2 puntuaron más que las personas no diagnosticadas, pero esa diferencia sólo fue estadísticamente significativa, como se ha mencionado, para los niveles de ansiedad y estrés.

Con respecto a la ideación y/o el intento suicida, como se ha señalado, el porcentaje encontrado es especialmente relevante, ya que alcanzaba a un 15,19 % de la muestra (con un 1,1 % de personas que habían llevado a cabo algún intento). Estos altos porcentajes no se relacionaron con haber sido infectado (con diagnóstico) o no. El contraste de porcentajes de personas en riesgo suicida no ofreció diferencias significativas entre los diagnosticados y no diagnosticados (tabla 12.2 y figura 12.2).

Tabla 12.2. Niveles de riesgo de suicidio según haber sido diagnosticado de COVID-19

	Diagnosticado		No diagnosticado	
	n	%	n	%
Sin riesgo o bajo riesgo	250	82,8	2803	85,0
Riesgo alto	52	17,2	495	15,0

Figura 12.2. Niveles de riesgo de suicidio según haber sido diagnosticado de COVID-19 (porcentajes)



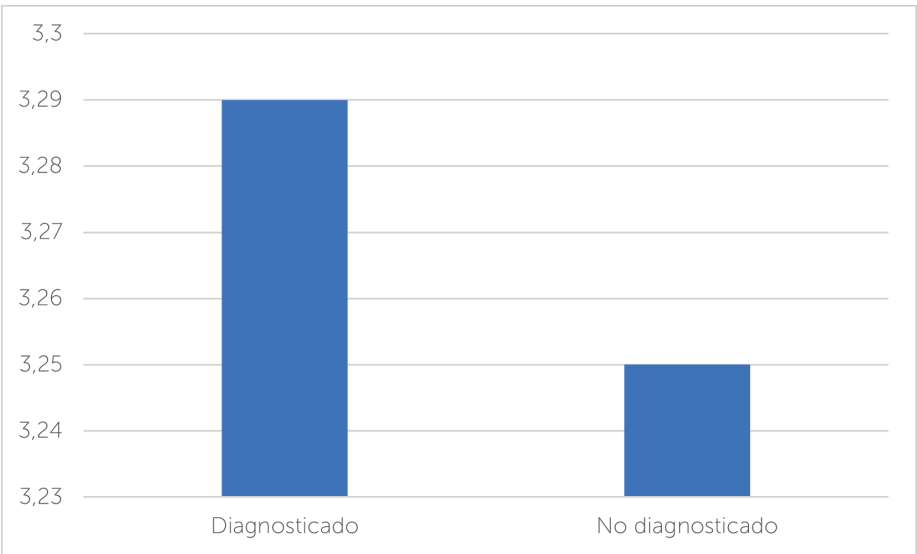
Como puede observarse en la figura 12.2, los porcentajes de riesgo y no riesgo suicida es muy similar entre los dos grupos. El ligero aumento de personas en riesgo en los contagiados diagnosticados no fue estadísticamente significativo. Estos datos parecen indicar que el porcentaje elevado de riesgo suicida en la pandemia no parece estar asociado a haber sido infectado, sino a las propias condiciones de la pandemia.

Con respecto al riesgo de contagio autopercebido (percepción de *infectibilidad*), tampoco se observaron diferencias significativas entre personas contagiadas y no contagiadas. Las puntuaciones medias pueden verse en la tabla 12.3 y en la figura 12.3.

Tabla 12.3. Puntuaciones medias en riesgo de contagio autoinformado según estar diagnosticado o no de COVID-19

Diagnosticado	3,29
No diagnosticado	3,25

Figura 12.3. Puntuaciones medias en riesgo de contagio autoinformado según estar diagnosticado o no de COVID-19

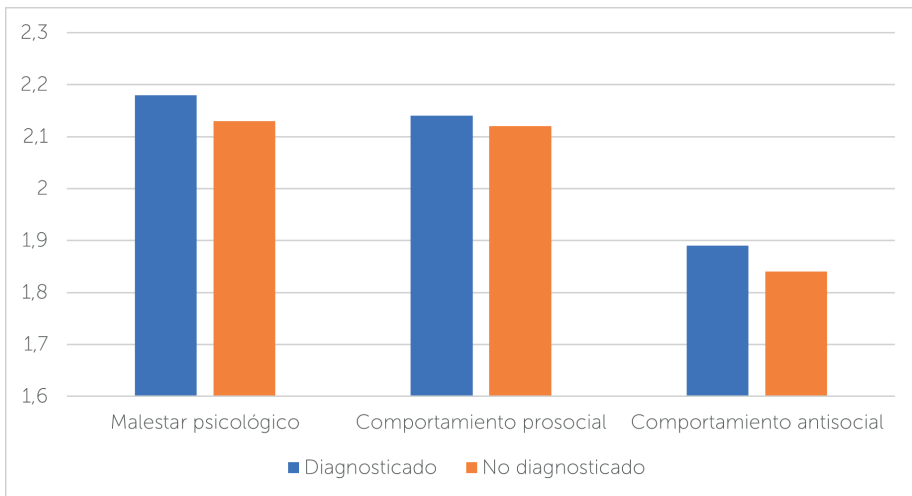


En lo referente a la distrés/malestar psicológico general y socialización positiva (comportamientos y cogniciones prosociales) y socialización negativa (comportamientos y cogniciones antisociales) autoinformadas, los niveles están por encima del promedio en los diagnosticados, pero tampoco se observaron diferencias significativas entre estar o haber sido infectado (con diagnóstico) y no haber sido infectado (tabla 12.4 y figura 12.4).

Tabla 12.4. Puntuaciones medias en malestar psicológico general, socialización positiva y negativa autopercebidos según diagnosticado de COVID-19

	Diagnosticado	No diagnosticado
Malestar psicológico general	2,18	2,13
Socialización positiva autopercebida	2,14	2,12
Socialización negativa autopercebida	1,89	1,85

Figura 12.4. Puntuaciones medias en malestar psicológico general, socialización positiva y negativa autopercebidos según diagnosticado de COVID-19



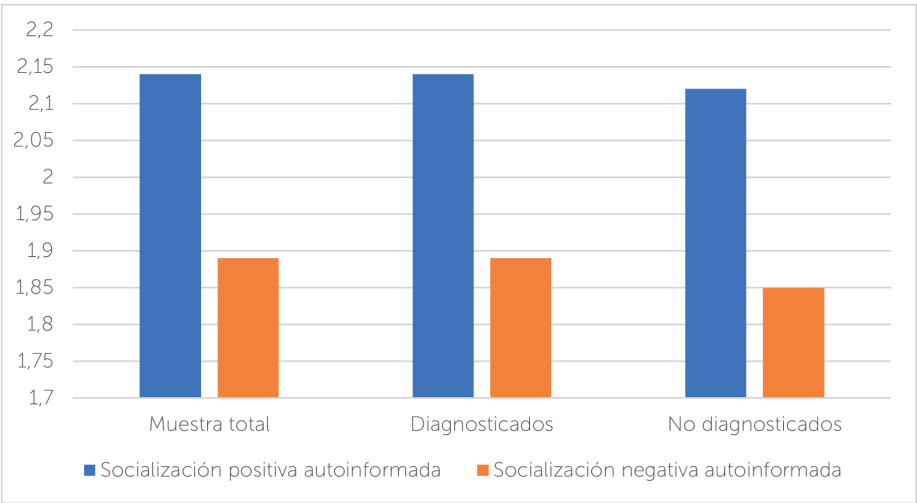
Por otro lado, si se comparan los comportamientos prosociales con los antisociales autopercebidos, tanto en la muestra total, como en el grupo de los que han sido diagnosticados de COVID-19 y en los que no han sido diagnosticados, han aparecido diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto tendente a grande, lo

cual indica que las personas se consideran a sí mismas con mejores comportamientos y cogniciones en las relaciones con los demás que antes de la pandemia (tabla 12.5 y figura 12.5).

Tabla 12.5. Puntuaciones medias de socialización positiva y negativa autopercibidas en la muestra total, en el grupo de los diagnosticados de COVID-19 y en el de los no diagnosticados de COVID-19

	Muestra total	COVID-19	
		Diagnosticados	No diagnosticados
Socialización positiva autoinformada	2,14	2,14	2,12
Socialización negativa autoinformada	1,89	1,89	1,85

Figura 12.5. Puntuaciones medias de socialización positiva y negativa autopercibidas en la muestra total, en el grupo de los diagnosticados de COVID-19 y en el de los no diagnosticados de COVID-19



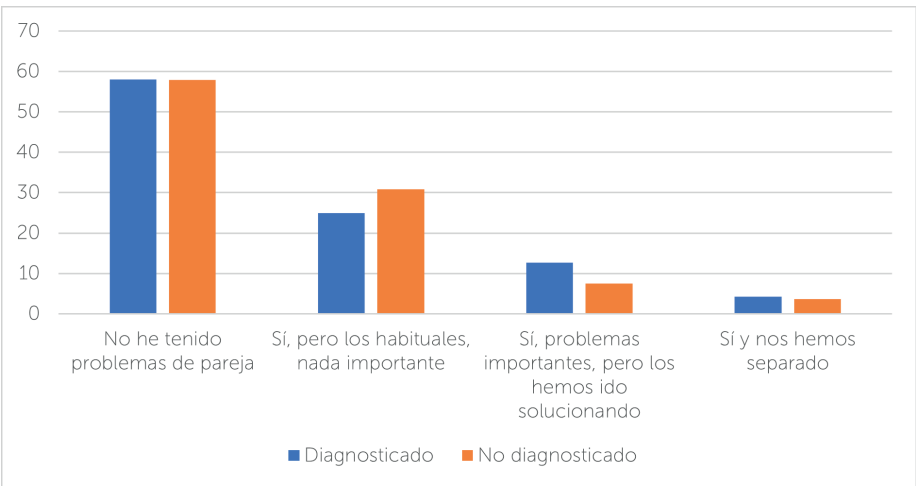
La relación entre diagnosticados y no diagnosticados y la presencia de problemas de pareja se puede observar en la tabla 12.6 y en la figura 12.6. Globalmente, se observaron diferencias significativas, con un porcentaje por encima del 40 % de problemas en la relación. Si se compara cada una de las categorías de problemas por separado, no se encuentran diferencias en el caso de las personas que no tuvieron problemas de pareja, hubieran sido infectados o no. Sin embargo, para el resto de las categorías sí se observan diferencias significativas. Dentro de la categoría de *problemas de pareja habituales*,

nada importantes, las personas que no fueron infectadas tuvieron más problemas de pareja que los infectados. Pero, para las categorías más graves (*problemas importantes de pareja*) y para la categoría de problemas que terminaron en la separación, los porcentajes más elevados fueron para las personas diagnosticadas con COVID-19.

Tabla 12.6. Problemas de pareja según haber sido diagnosticado o no de COVID-19

	Diagnosticado		No diagnosticado	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No he tenido problemas de pareja	123	58,0	1.352	57,9
Sí, pero los habituales, nada importante	53	25,0	719	30,8
Sí, problemas importantes, pero los hemos ido solucionando	27	12,7	176	7,5
Sí y nos hemos separado	9	4,2	87	3,7

Figura 12.6. Problemas de pareja según haber sido diagnosticado o no de COVID-19 (porcentajes)



13. Vacunas

En el momento de realizar las entrevistas, 1.131 personas (31,4 %) informaron que se habían puesto alguna de las dosis de las distintas vacunas y 2.469 (68,6 %) contestaron que no. A estos últimos, a quienes no se les había inyectado aún, se les solicitó que manifestaran si cuando les tocara el turno se vacunarían. Sus respuestas fueron las siguientes: 2.190 (88,7 %) declararon que sí y 279 (11,3 %) que no se la pondrían. A continuación, se les ofreció la oportunidad de que dieran la razón o razones —podían dar más de una respuesta— por las cuales se oponían. Las tres más frecuentes fueron que no las veían seguras, que dudaban de su efectividad y que preferían esperar (tablas 13.1 y 13.2 y figuras 13.1 y 13.2).

Tabla 13.1. Respuestas a la pregunta de si se vacunará cuando le toque su turno

	<i>n</i>	%
Sí	2.190	88,7
No	279	11,3

Nota: porcentajes a partir de los que no se habían vacunado aún.

Figura 13.1. Respuestas de los no vacunados a la pregunta de si se vacunará cuando le toque su turno (porcentajes)

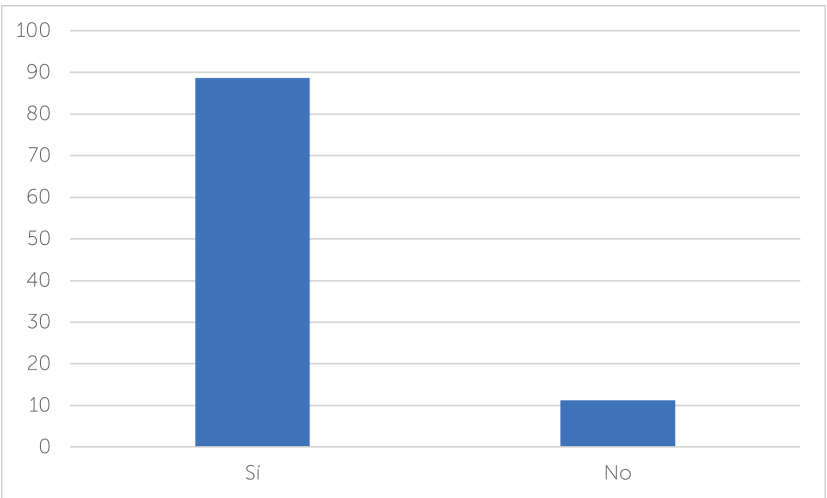
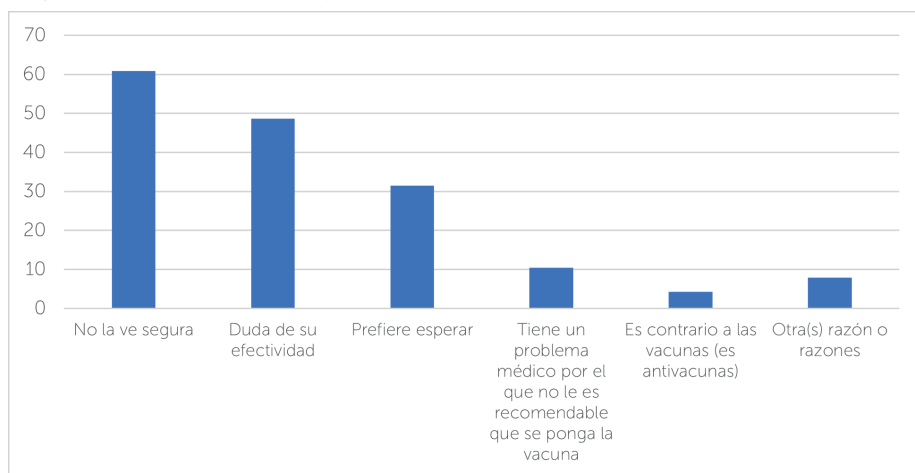


Tabla 13.2. Razones por las que no quieren vacunarse cuando les llegue el turno

	<i>n</i>	%
No la ve segura	170	60,9
Duda de su efectividad	136	48,7
Prefiere esperar	88	31,5
Tiene un problema médico por el que no le es recomendable que se ponga la vacuna	29	10,4
Es contrario a las vacunas (es antivacunas)	12	4,3*
Otra(s) razón o razones	22	7,9

Notas: porcentajes a partir de los participantes que aún no se habían vacunado. *: el porcentaje de antivacunas con respecto a la muestra total ($n = 3.600$) es de 0,33 %.

Figura 13.2. Razones por las que no quieren vacunarse cuando les llegue el turno (porcentajes)



El grupo de los que se declaran contrarios a las vacunas (antivacunas), de entre los que aún no se han vacunado es muy pequeño, un 4,3 %. Ahora bien, esto hay que valorarlo teniendo en cuenta toda la muestra puesto que, en primer lugar, es evidente que los ya vacunados no son antivacunas; en segundo, que de los que todavía no se han puesto ninguna dosis, la gran mayoría afirma que acudirá cuando les toque el turno; y, en tercer lugar, que el resto de los que dicen que no va a vacunarse, salvo ese porcentaje, no se proclama antivacunas sino que dan razones alternativas, como las citadas anteriormente. Por tanto, esos 12 participantes que han optado por elegir que es contrario a las vacunas o que es antivacunas solo llega al 0,33 % de la muestra total. Serían los que con garantía podrían denominarse negacionistas.

Teniendo en cuenta lo expuesto, para la realización de los análisis sobre este aspecto se ha creado una nueva variable —aceptación de la vacuna, con dos alternativas: sí y no— a partir de la cual se formarán dos grupos: uno, con los que están a favor de la vacunación, que comprenderá a los vacunados más los que se vacunarán cuando les toque el turno; y otro, con los que han manifestado que no lo harán cuando les llegue su momento. En la tabla 13.3 y en las figuras 13.3 y 13.4 pueden observarse los datos por grupo de edad y cómo es la evolución por edad.

Tabla 13.3. Participantes vacunados, los que afirman que se vacunarán cuando les toque el turno y los que declaran que no se vacunarán por grupo de edad

	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más
Vacunados	33	66	67	91	140	381	353
Sí se vacinará	274	394	550	545	419	6	2
Total	307	460	617	636	559	387	355
	(92,47 %)	(90,37 %)	(92,64 %)	(90,60 %)	(93,17 %)	(93,70 %)	(93,92 %)
No se vacunarán	25	49	49	66	41	26	23
	(7,53 %)	(9,63 %)	(7,36 %)	(9,40 %)	(6,83 %)	(6,30 %)	(6,08 %)
Total	332	509	666	702	600	413	378

Figura 13.3. Personas que se han vacunado más la que afirman que se vacunarán según grupo de edad (porcentajes)

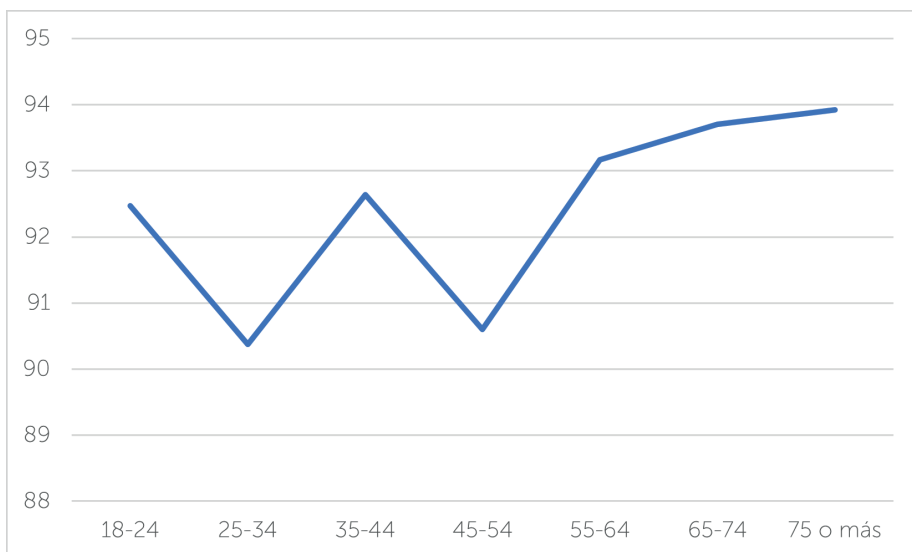
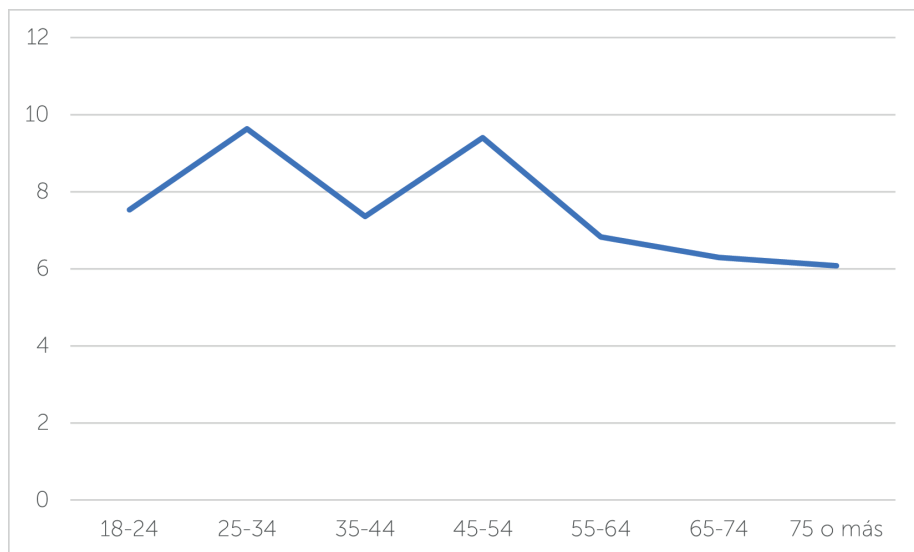


Figura 13.4. Personas que manifiestan que no se vacunarán cuando les toque el turno según grupo de edad (porcentajes)



Como puede apreciarse, a partir de los 55 años los porcentajes de los que se han vacunado y afirman que se vacunarán aumentan (93,17 %, 93,70 % y 93,92 %, para los grupos de 55 a 64 años, de 65 a 74 años y de 75 a más años, respectivamente). Como es lógico, para esos grupos etarios, los que no aceptan la vacunación bajan con respecto a los anteriores más jóvenes. Mientras que de 18 a 54 años los que no quieren vacunarse oscilan entre el 7,36 % al 9,63 %, desde los 55 años en adelante se reducen a 6,83 %, 6,30 % y 6,08 %, respectivamente para los grupos citados previamente.

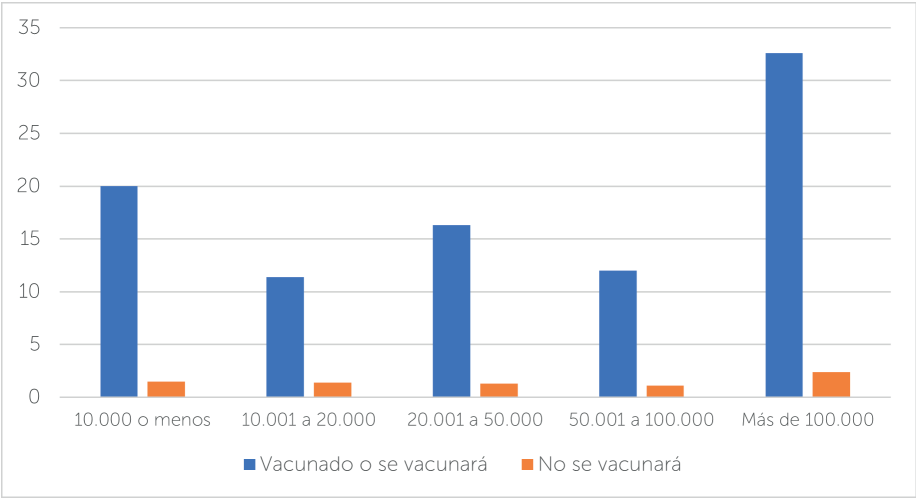
En cuanto a que características diferenciales pudiera haber entre los que aceptan la vacunación y los que no, se han obtenido algunos datos a tener en cuenta con las variables estudiadas. Por un lado, el tamaño del hábitat no es independiente de la aceptación de la vacuna, con las frecuencias y porcentajes más altos a partir de los 100.000 habitantes. En la tabla 13. 4. y en las figuras 13.5, 13.6 y 13.7 vienen reflejados los datos. Se aportan las 13.7 y 13.8 para una mejor visualización de los porcentajes de ambos grupos.

Tabla 13.4. Aceptación de la vacunación según tamaño de hábitat

Habitantes	Vacunado o se vacunará		No se vacunará	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10.000 o menos	721	20,0	53	1,5
10.001 a 20.000	409	11,4	52	1,4
20.001 a 50.000	586	16,3	45	1,3
50.001 a 100.000	433	12,0	41	1,1
Más de 100.000	1.172	32,6	88	2,4

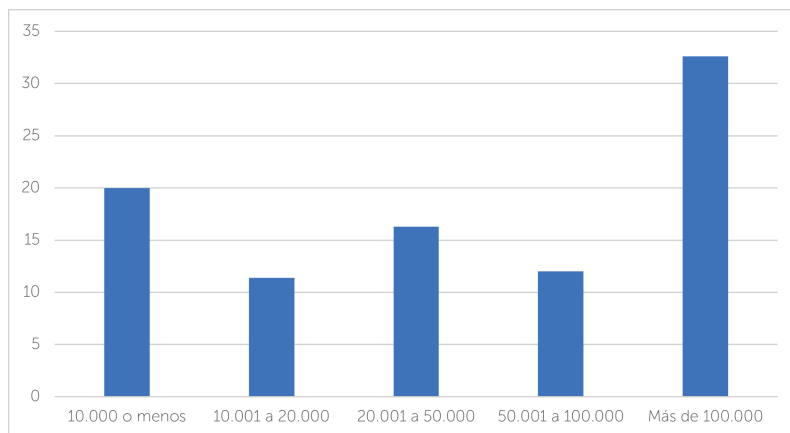
Nota: porcentajes sobre la muestra total (*n* = 3.600).

Figura 13.5. Aceptación de la vacunación según tamaño de hábitat (porcentajes)



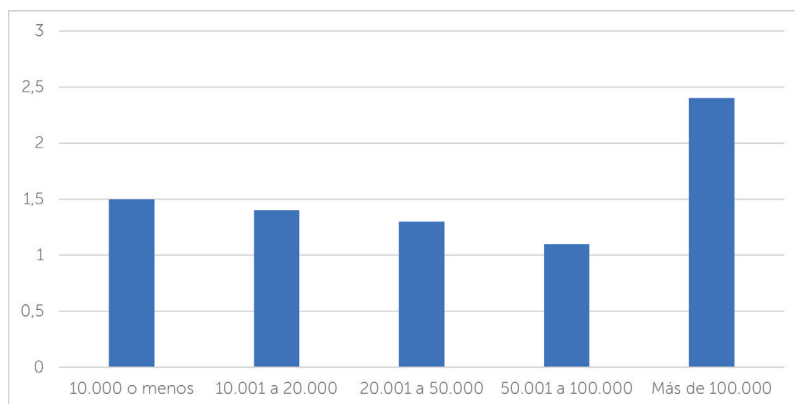
Nota: porcentajes sobre la muestra total (*n* = 3.600).

Figura 13.6. Vacunados o que se vacunarán según tamaño de hábitat (porcentajes)



Nota: porcentajes sobre la muestra total ($n = 3.600$).

Figura 13.7. Porcentajes de quienes declaran que no se vacunarán según tamaño de hábitat



Nota: porcentajes sobre la muestra total ($n = 3.600$).

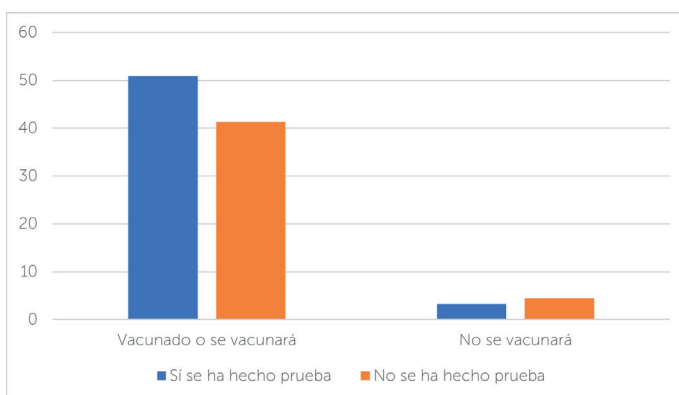
De manera similar, está el hecho de haberse hecho o no una prueba para ver si se está infectado del coronavirus. En este caso, el porcentaje más alto para los que aceptan la vacunación se encuentra en el grupo que sí se ha hecho una prueba (55,2 %) y la negación a vacunarse en aquellos que no se han realizado ninguna prueba (57,3 %) (tabla 13.5 y figuras 13.8 y 13.9).

Tabla 13.5. Aceptación de la vacuna según haberse hecho una prueba para ver si estaba infectado por el coronavirus

Prueba	Vacunado o se vacunará			No se vacunará		
	<i>n</i>	%(G)	%(T)	<i>n</i>	%(G)	%(T)
Sí	1.834	55,2	50,9	119	42,7	3,3
No	1.487	44,8	41,3	160	57,3	4,4

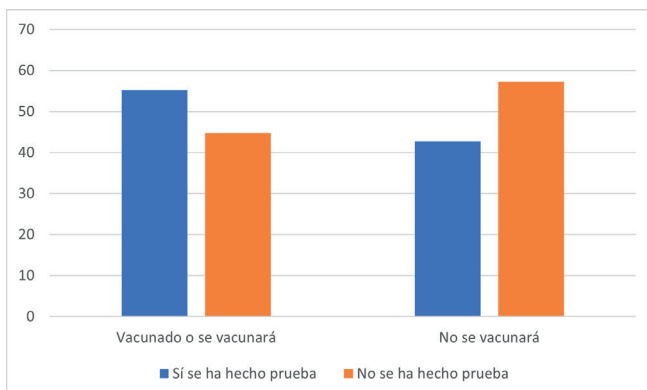
Notas: %(G): porcentajes dentro de cada grupo (*vacunados o se vacunarán*, por un lado, y de *no se vacunarán*, por otro). %(T): porcentajes en la muestra total.

Figura 13.8. Aceptación de la vacuna según haberse hecho una prueba para ver si se estaba infectado por el coronavirus (porcentajes)



Nota: porcentajes sobre la muestra total ($n = 3.600$).

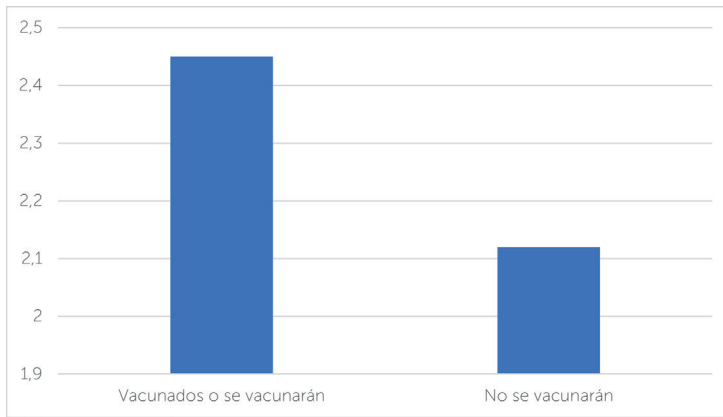
Figura 13.9. Aceptación de la vacuna según haberse hecho una prueba para ver si estaba infectado por el coronavirus (porcentajes)



Nota: porcentajes dentro de cada grupo (*vacunados o se vacunarán*, por un lado, y de *no se vacunarán*, por otro).

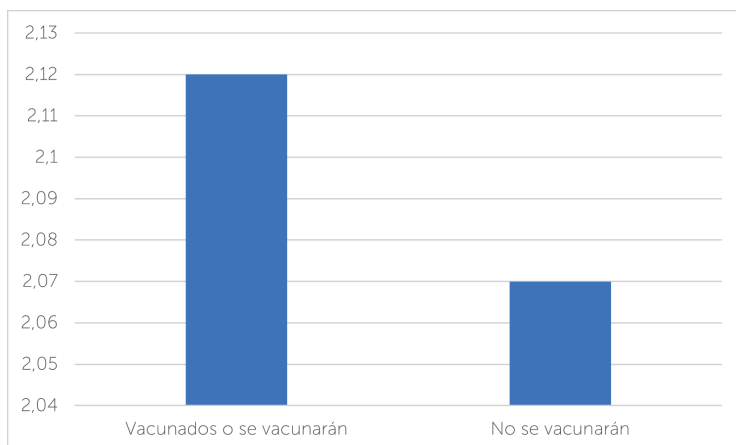
Por otro lado, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que declaran que aceptan la vacunación y los que no en *miedo a contagiarse del coronavirus*, con una escala que va de 1 a 4. La puntuación media en el nivel del miedo a contagiarse de los primeros es superior ($M = 2,45$) a la de los segundos ($M = 2,12$) (figura 13.10).

Figura 13.10. Puntuaciones medias de miedo a contagiarse del coronavirus entre los vacunados o que se vacunarán y los que declaran que no se vacunarán



En socialización positiva autoinformada —esto es, en la percepción personal de tener comportamientos y cogniciones prosociales— también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los que están a favor de la vacunación y los que no. La puntuación media en esta dimensión es de 2,12, en los del primer grupo, y de 2,07 entre los afirman que no se vacunarán. La escala va de 1 a 3 (figura 13.11).

Figura 13.11. Puntuaciones medias de socialización positiva autoinformada entre los vacunados o que se vacunarán y los que declaran que no se vacunarán



Una variable de la que se esperaba un mayor peso ha sido la de la mentalidad conspiracionista. Sin embargo, en este caso, lo más que puede decirse es que está próxima a que con ella se constituyan grupos, entre los que aceptan las vacunas y los que manifiestan que no se vacunarán, que muestren diferencias estadísticamente significativas, pero poco más.

Por último, otra de las variables que pudiera tener algo que decir en esta cuestión de aceptación o no de la vacunación, entre los que han sido diagnosticados de la enfermedad, es si han tenido o tienen secuelas. En su mayoría, están a favor de la vacunación. Sin embargo, el bajo número de los diferentes grupos en los que se distribuyen hace que haya que ser prudentes a la hora de sacar conclusiones. Por otro lado, actualmente, se valora el cuándo de la administración de la vacuna, dependiendo el tipo y gravedad de síntomas, de los que padecen el llamado COVID persistente.

En general, el tamaño del efecto o la capacidad de explicación de las variables citadas no es muy alto, por lo que, aunque proporcionen alguna información, deben ser tomadas con cautela.

14. Predicción de las variables psicopatológicas malestar psicológico autopercebido, depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida

Un último grupo de análisis se llevó a cabo para determinar si se podían predecir los niveles de las variables psicopatológicas principales investigadas (malestar general, depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida), de acuerdo con las variables sociodemográficas y psicológicas estudiadas. Para ello se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, número de convivientes, tener mascota, tener una enfermedad crónica, haber empeorado en su situación laboral y haber sido diagnosticado del COVID-19. Como variables psicológicas se tomaron en cuenta el riesgo de contagio autopercebido (percepción de *infectibilidad*) y estrategias de regulación emocional. En este caso se analizaron las siguientes 9 estrategias (en la tabla 14.1 se coloca entre paréntesis su función usual positiva o negativa en una adecuada regulación de las emociones negativas): autoculpabilización, aceptación, rumiación, poner en perspectiva, reevaluación positiva, exculpación, reenfoque positivo), catastrofismo y planificación.

Tabla 14.1. Estrategias de regulación emocional

Estrategias	Significado
Autoculpabilización (-)	Pensar que la ocurrencia de situaciones conflictivas se debe a un fallo de uno mismo
Aceptación (+)	Aceptar sin resignarse la situación conflictiva y las emociones asociadas
Rumiación (-)	Pensar una y otra vez sobre la situación conflictiva y sus sentimientos y emociones asociadas
Poner en perspectiva (+)	Decirse a uno mismo que las cosas podrían ser peor
Reevaluación positiva (+)	Pensar en cómo podría ser más fuerte o aprender de una situación problemática
Exculpación (-)	Pensar en cómo una situación conflictiva se pudo deber al fallo de otros
Reenfoque positivo (+ -)	Pensar en algo placentero en lugar de en los problemas que se tenga en ese momento
Catastrofismo (-)	Pensar que la ocurrencia de una situación conflictiva es el preámbulo de muchas más
Planificación (+)	Pensar en posibles soluciones a una situación conflictiva y de cómo ponerlas en práctica

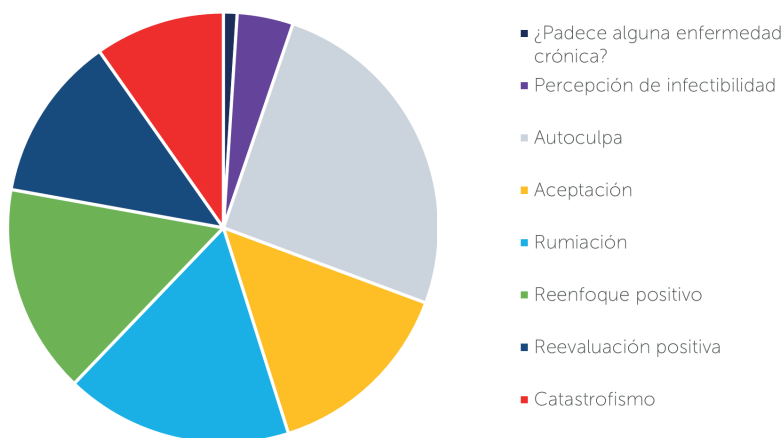
Los análisis llevados a cabo fueron regresiones logísticas (método paso a paso), definiendo que es un caso y un no caso en cada variable. Para el malestar general se generaron dos grupos: los que decían que se sentían mejor que antes de la pandemia y quienes decían que se sentían peor. Para las variables de depresión, ansiedad y estrés se consideró un caso cuando alcanzaban una puntuación de moderada a muy grave y un no caso, cuando no alcanzaban ningún nivel psicopatológico, dejando fuera los que puntuaban a un nivel leve. En el caso de riesgo suicida, se agruparon entre personas en riesgo y personas que no estaban en riesgo. A continuación, se presentan los resultados alcanzados por cada variable.

14.1. Malestar psicológico autopercebido

Los resultados han indicado que ocho variables predicen de manera significativa el malestar psicológico. Las estrategias de regulación emocional representan al grupo de variables que mejor lo predicen. Así, los procesos de autoculpabilización, rumiación, aceptación y catastrofismo se asocian con un mayor malestar, mientras que el reenfoque positivo y la reevaluación positiva se asocian con un menor malestar. Además, como era esperable, el riesgo de contagio autopercebido (vulnerabilidad subjetiva al contagio) se asocia con un mayor malestar. Dentro de las variables sociodemográficas solo el padecer una enfermedad crónica se asocia con un mayor malestar (figura 14.1).

Este conjunto de variables identifica adecuadamente a prácticamente el 80 % de la muestra, pero, como puede observarse, esas ocho variables predicen realmente bien a los que se sienten peor después de la pandemia.

Figura 14.1. Peso de cada una de las variables que predicen el malestar psicológico general

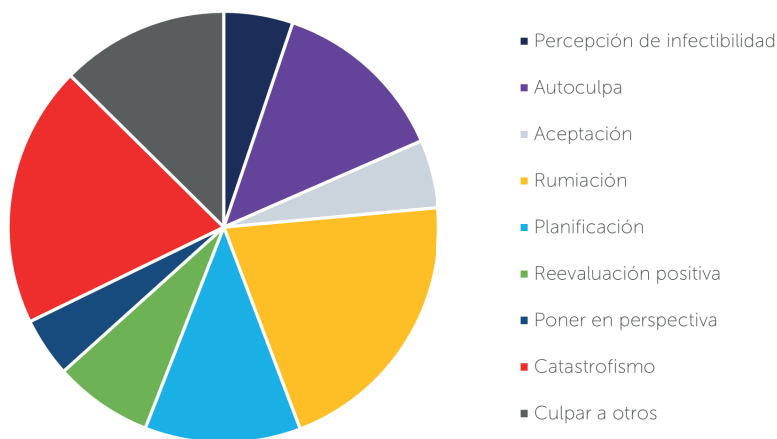


El porcentaje de clasificación correcta de casos con estas variables para predecir quienes estarán peor que antes de la pandemia es de 94,2 %; mejor que antes, de 38,2 %, y, globalmente, de 79,4 %.

14.2. Depresión

En relación con los casos de depresión, entran en la ecuación de regresión nueve variables. De nuevo son las variables de regulación emocional las que mayoritariamente participan. Aquí también la autoculpabilización y la rumiación se asocian con las personas con depresión, a los que se añaden el catastrofismo y la exculpación. Por otro lado, la reevaluación positiva, la toma de perspectiva, la planificación y la aceptación (que cambia de valencia con respecto al malestar psicológico) se asocian a personas sin depresión. De nuevo, el riesgo de contagio autopercibido (susceptibilidad a contagiarse autoinformada) se asocia con las personas con depresión. Ninguna variable sociodemográfica entra a formar parte de la ecuación para la predicción de la depresión (figura 14.2).

Figura 14.2. Peso de cada una de las variables que predicen la depresión

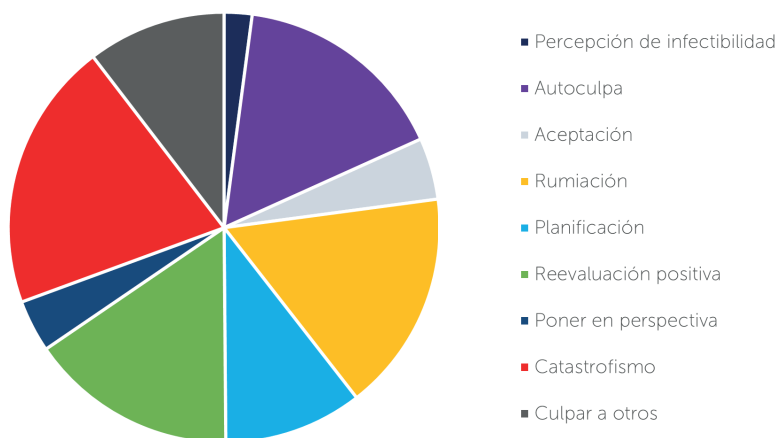


El porcentaje de clasificación correcta de casos con estas variables para predecir quienes no estarán con depresión es de 90,9 %; con depresión, de 63,1 %; y, globalmente, de un 82,7 %.

14.3. Ansiedad

La predicción de las personas con ansiedad es prácticamente idéntica a la de las personas con depresión. De la misma manera que el alto porcentaje de casos correctamente clasificados por este conjunto de variables (80 %) es más aplicable a la predicción de personas sin ansiedad (figura 14.3).

Figura 14.3. Peso de cada una de las variables que predicen la ansiedad

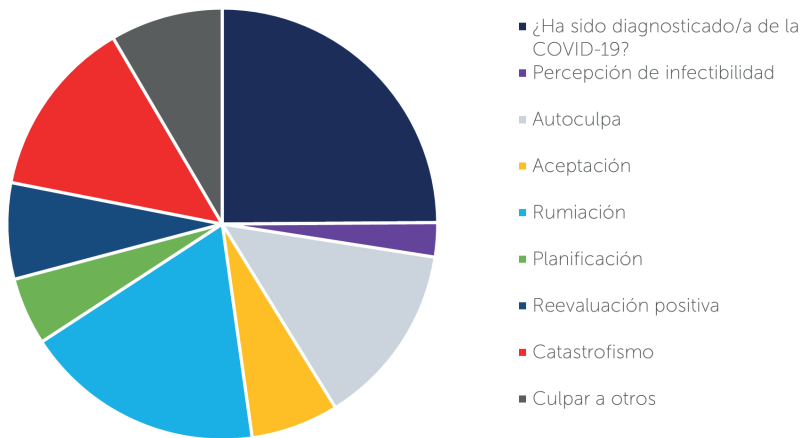


El porcentaje de clasificación correcta de casos con estas variables para predecir quienes no estarán con ansiedad es de 90,8 %; con ansiedad, de 58,3 %; y, globalmente, de un 80,9 %.

14.4. Estrés

La predicción de personas con estrés sigue una línea similar a las variables psicopatológicas anteriores, pero con un cambio importante: el mayor peso predictivo de las personas estresadas es haber recibido un diagnóstico del SARS-CoV-2, mostrando cómo el contagio representa la fuente más importante de estrés. Esta ecuación, de nuevo, predijo mejor los casos de no estrés que los casos de estrés (figura 14.4).

Figura 14.4. Peso de cada una de las variables que predicen el estrés

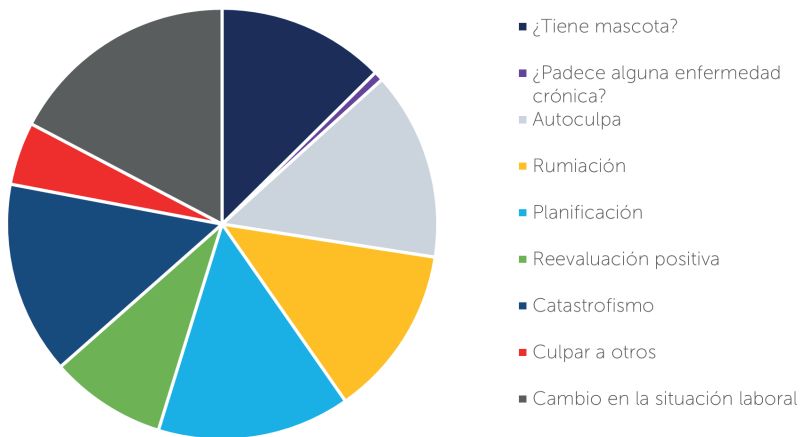


El porcentaje de clasificación correcta de casos con estas variables para predecir quienes no estarán con estrés es de 92,3 %; con estrés, de 46,8 %; y, globalmente, de un 80,4 %.

14.5. Riesgo suicida

Finalmente, para la predicción del riesgo suicida, la ecuación de regresión presenta novedades con alguna variable que hasta ahora no había entrado en la recta de regresión. La variable que mejor predice el riesgo suicida está relacionada con las personas que han ido a peor en su situación laboral durante la pandemia. Los procesos de regulación emocional son similares a los anteriores, pero desaparece el papel *protector* de la aceptación. También llama la atención el papel de tener mascota en el riesgo suicida. En todo caso, como ocurría con la depresión, la ansiedad y el estrés, este conjunto de variables predice mejor el no riesgo que el riesgo (apenas supera el 30 % de casos correctamente clasificados), por lo que queda por identificar otras variables significativas en la predicción del riesgo suicida (figura 14.5).

Figura 14.5. Peso de cada una de las variables que predicen el riesgo suicida



El porcentaje de clasificación correcta de casos con estas variables para predecir quienes no estarán con riesgo suicida es de 95,0 %; con riesgo, de 33,4 %; y, globalmente, de un 82,1 %.

Análisis de los resultados, resumen ejecutivo y referencias

Análisis de los resultados

Una primera observación que se desprende de los resultados es el hecho de que tanto en *depresión*, como en *ansiedad* y *estrés* se han detectado niveles elevados en la muestra estudiada; siguiendo la senda de otros estudios relacionados con la COVID-19. Lo destacable en esta cuestión es que se trata de valores que sobrepasan los propios de las circunstancias previas a la pandemia. Siendo más concretos, el porcentaje de personas que presentan algún grado de depresión es de un 37,1 %; de ansiedad, de un 38,78 %; y de estrés, de un 34,44 %. Una cuestión que debe resaltarse es que en esas tres variables se han producido tres agrupamientos provinciales que siempre han sido los mismos. Las puntuaciones medias de Almería y Huelva han sido las más bajas, las de Jaén y Cádiz, se han situado en un nivel intermedio; y las de Málaga, Sevilla, Córdoba y Granada, han alcanzado de continuo los valores más altos, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellas en cada uno de esos grupos. Este resultado no se ha producido si lo que se ha tenido en cuenta ha sido el tamaño del hábitat, por lo que han de ser otras variables las que puedan ayudar a su explicación.

Dado lo anterior, no es de extrañar que un 53,94 % de la muestra total estudiada manifieste que se siente con un mayor *malestar psicológico general*, en el momento de la entrevista en relación con antes de que se produjera la pandemia, frente a un 15,81 % que declara que se encuentra igual y un 30,25 % que afirma que considera que lo

tiene menos. Podría sorprender este último dato de casi un tercio, pero no debemos obviar el hecho de que la pandemia y sus consecuencias no afectan por igual a todo el mundo, dependiendo, entre otras cosas, de características personales, de las maneras de afrontar las adversidades y de las condiciones socioeconómicas. En cuanto a los agrupamientos provinciales en malestar psicológico no han seguido la misma pauta que la señalada previamente. En este caso, los grupos son dos; por un lado, con menos malestar, está el formado por Málaga, Córdoba y Cádiz; y, por otro, con mayores puntuaciones medias en malestar psicológico, el constituido por Sevilla, Huelva, Granada, Jaén y Almería. En una primera impresión, parecería que lo lógico sería que se reprodujeran aquí los tres agrupamientos citados de depresión, ansiedad y estrés. La explicación del porqué no es así podría venir dada porque estas últimas variables se han evaluado con instrumentos diseñados desde una perspectiva objetiva del trastorno, tal como es entendido científicamente —lo que no significa que no pueda haber distintos enfoques—, mientras que con el malestar psicológico general aquí utilizado lo que se evalúa es una perspectiva legítima, de los no expertos. Es la propia persona la que lo hace desde sus concepciones particulares, al pedirle que se pronuncie sobre cómo se percibe. Su estimación no tiene por qué coincidir con datos objetivos. Es similar a lo que ocurre con las enfermedades físicas, donde la investigación ha demostrado que la valoración de la gravedad de una enfermedad, por parte del paciente, no siempre tiene una correspondencia con la que biomédicamente se establece. No obstante, estas discrepancias no dejan de ser interesantes. Es importante conocer esa subjetividad por cuanto puede llegar a afectar a diversas áreas personales. Por otra parte, en el presente trabajo, los análisis de esta dimensión han indicado que no guarda relación con la deseabilidad social, el querer mostrar una imagen personal de acuerdo con determinados esquemas o intereses. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del tamaño de hábitat.

Una de las preguntas directas que se ha formulado a los entrevistados ha sido la de si tenía *miedo a contagiarse del coronavirus* para, posteriormente, poder relacionar las contestaciones con las distintas dimensiones evaluadas. Se ofrecían cuatro alternativas de respuesta (*ninguno, un poco, bastante y mucho*). Pues bien, el 82,59 % declaró tener algún grado de miedo a contagiarse. De ellos, el 39,91 % estaba en *un poco*; el 25,72 %, en *bastante*; y, el 16,96 %, en *mucho*. Aunque muchas veces se oyen alabanzas sobre la ausencia de miedo, no se debe olvidar que se trata de un mecanismo protector ante determinadas situaciones que puedan sobrevenirle al ser humano, lo mismo que a otras muchas especies, siempre que no supere cierta intensidad y se tenga la suficiente capacidad de manejo. La investigación en Psicología de Salud ha detectado que cierto grado de miedo, que no sea muy grande, hace más probable la adopción de comportamientos de salud recomendables, mientras que si traspasa ciertos límites y se hace

excesivo se vuelven más posibles comportamientos de riesgo, lo mismo que sucede cuando no se tiene ningún miedo a algo. En las circunstancias actuales de la COVID-19 un miedo pequeño puede ejercer ese efecto protector que se ha mencionado. Por tanto, los extremos sobre este particular —los de ningún miedo y los de mucho— colocarían a las personas con más probabilidad de riesgo, aunque los comportamientos serían posiblemente de diferente cualidad según cada lado del continuo. Por otra parte, se han producido tres agrupamientos provinciales en este aspecto: uno, el grupo de menos miedo a contagiarse del coronavirus, en el que están Almería y Huelva; dos, el de un nivel intermedio, compuesto por Jaén, Cádiz y Sevilla; y, tres, el de más miedo, que comprende a Granada, Málaga y Córdoba. Con respecto al tamaño de hábitat sí se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa, la que se da entre las localidades que tienen de 10.001 a 20.000 habitantes con todas las demás.

Otra de las variables dentro del ámbito de la percepción personal ha sido la del *riesgo de contagio autopercebido*; esto es, la creencia individual que posee el individuo sobre su vulnerabilidad o susceptibilidad a contagiarse de una enfermedad, lo cual también es relevante de cara a los comportamientos que la persona pueda implementarse ante una amenaza de enfermedad; en este caso, de carácter infecciosa, como es la COVID-19. En la muestra total, un 78,79 % de los entrevistados se sitúa en el grupo de los que se consideran bajos en esa percepción de riesgo frente al 21,21 % que está en los que lo tienen alto. En esta cuestión pueden reproducirse las palabras utilizadas anteriormente en miedo a contagiarse del coronavirus. Una creencia personal de invulnerabilidad a contagiarse puede llevar a comportamientos de alto riesgo, generándose lo que se ha denominado *optimismo no realista*, una percepción inexacta del riesgo, como, p. ej., cuando se piensa que las cosas negativas les ocurren a los demás, no a nosotros, aunque nos encontremos en las mismas circunstancias o nos comportemos de manera similar o igual a ellos, a los que sí creemos que les suceden acontecimientos adversos; bien porque nos imaginamos que tenemos control de la situación o por cualquier otra razón que nos demos —que cumple más bien una función tranquilizadora—. Obviamente, la percepción de riesgo de contagio viene condicionada por el tipo de infección, vías de transmisión, etc. Lo que sí es deseable es que un riesgo de contagio autopercebido alto no aumente excesivamente el miedo al contagio, por los motivos previamente aducidos. En este aspecto se han repetido los agrupamientos provinciales señalados al inicio de este apartado: Almería y Huelva presentan los niveles más bajos de riesgo de contagio autopercebido, tal vez porque durante un buen tiempo de este periodo de pandemia fueron las provincias con menor incidencia; a continuación, Jaén y Cádiz, con un nivel intermedio; y, por último, Málaga, Córdoba, Sevilla y Granada, con los niveles más altos, las cuales han tenido tasas de incidencias mayores y a las que se han aplicado más medidas restrictivas, como es el caso de Granada. Los análisis

de contraste según el tamaño de hábitat no han hallado diferencias estadísticamente significativas.

La *socialización positiva autopercebida* comparte el mismo procedimiento que el malestar psicológico autopercebido, porque va dirigido a cómo se evalúa a sí misma la persona. En este caso, lo que se pretende es saber si, con respecto a antes de la pandemia, el entrevistado considera que tiene o estima más comportamientos y cogniciones prosociales; esto es, de mejores relaciones para con los demás y el entorno. Las puntuaciones medias son relevantes, pues un 44,64 % de los participantes se sitúa con una socialización como la explicitada frente a un 34,08 % que se ha ubicado en el equivalente a igual que antes de la pandemia y un 21,28 % que está al revés, con menos socialización positiva. Por supuesto, se trata de un resultado que atrae, por cuanto puede ser indicativo de mejora personal. No obstante, se podría hacer la indicación de que, probablemente, esto pueda ser consecuencia de, como se dice popularmente, querer quedar bien; es decir, la deseabilidad social, en este caso, el querer mostrar la mejor cara de uno mismo. Pues bien, los análisis realizados no han encontrado relación de la socialización positiva autopercebida con dicha deseabilidad social, lo cual parece sugerir, por un lado, sinceridad en las respuestas dadas y, por otro, que, al menos, dentro de tantas desgracias y problemas, la pandemia y sus consecuencias ha favorecido algo positivo. En este aspecto, lo importante es que tales cambios sean duraderos o, mejor dicho, permanentes, y que se mantengan sin necesidad de que sobrevengan acontecimientos como una pandemia u otra clase de catástrofes. Al hablar de la socialización negativa autopercebida se retomará esta cuestión. Por lo que respecta a las provincias no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre ellas, por lo que forman un solo grupo, como tampoco con el tamaño de hábitat.

La *socialización negativa autopercebida* hace referencia a la valoración que hace la persona sobre sí misma en cuanto a comportamientos y cogniciones antisociales. En este tema un 40,33 % de los entrevistados se perciben con una menor problemática antisocial frente a un 37,56 % que se ve igual y, por otro lado, un 22,11 %, se aprecia peor. Referido a las provincias, hay que indicar que existen diferencias estadísticamente significativas, habiéndose formado tres grupos: uno, formado por las provincias de Málaga y Córdoba, con las menores puntuaciones medias en socialización negativa autopercebida; el otro, constituido por Granada, Cádiz y Sevilla, en puntuaciones intermedias; y, el último, que engloba a Jaén, Huelva y Almería, con medias más elevadas. El agrupamiento no es exactamente el mismo que el hasta ahora visto, pero recuerda a lo obtenido en malestar psicológicos general. Una pregunta que podría formularse tanto en la dimensión de malestar como en esta es ¿por qué encontrándose Almería y Huelva, con frecuentes tasas de incidencia bajas con respecto a las demás, con los

niveles de depresión, ansiedad y estrés inferiores, menor miedo a contagiarse del coronavirus y otros aspectos en mejor posición que los otros territorios presentan puntuaciones medias más altas en malestar psicológico general y socialización negativa autopercebida que el resto? Pueden proponerse hipótesis; no obstante, es posible que se necesiten más variables de estudio que las que se han utilizado en esta investigación. Lo que sí es evidente y se repite, como con los trastornos físicos, es que es frecuente la discrepancia de valoración entre el profesional o los datos objetivos y la que ofrece el propio paciente. A este respecto, el terreno psicológico no es una excepción. Al tener en cuenta el tamaño de hábitat no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Otro tema que puede abordarse aquí es el de la deseabilidad social, ya expuesto previamente. Igualmente, los análisis no han hallado relación entre la socialización positiva autopercebida y la deseabilidad social. Pero hay algo más, al comparar la positiva y la negativa se ha comprobado que existe una diferencia estadísticamente significativa, con una puntuación mayor para la primera. Podría significar un cambio, en un grupo amplio de personas, de lo que popularmente se conoce como *filosofía de vida*, en un sentido beneficioso. Si esto es así, lo importante es que ese cambio sea duradero.

A los participantes de la investigación se les preguntó si durante el periodo de pandemia habían estado en pareja. Del total, 2.456 (70,72 %) declararon que sí y 1.144 (29,28 %) dijeron que no. A continuación, a los que respondieron afirmativamente, se les formuló la cuestión de si habían tenido problemas de pareja. Pues bien, de esos 2.546 entrevistados, un 57,93 % afirmó que no se habían producido problemas con sus parejas. Los demás ($n = 1.071$), los que sí, respondieron de la siguiente forma: un 30,32 %, que los tuvieron, pero que eran los habituales; un 7,97 %, que sí, pero que fueron importantes, aunque los habían ido resolviendo; y, un 3,77 %, que sí, que fueron importantes y que terminaron separándose. El número de rupturas, 96 en total, es bastante alto. El Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), en datos publicados el 8 de octubre de 2020, informó que la tasa bruta de disoluciones en Andalucía del año 2019 fue de 2,11 por mil, mayor que la de España (2,02 por mil)²¹. Teniendo en cuenta, por un lado, que la OMS declaró la pandemia el 11 de marzo de 2020 —viniendo después los confinamientos y restricciones— y, por otro, que las entrevistas se realizaron entre abril y mayo de 2021, puede aceptarse que el tiempo transcurrido es de, prácticamente, un año, aproximadamente de entre un año y uno o dos meses. Pues bien, en ese periodo la cifra de disoluciones se eleva hasta 26,66

21 Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (8 de octubre de 2020): *La duración media de los matrimonios disueltos fue de 16,8 años en 2019*. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/dsn/notaprensa.htm>.

por mil, lo que parece excesivo. Una posible explicación podría ser que lo ofrecido por el IECA solo recoja rupturas de uniones formalmente constituidas o que lleguen a instancias judiciales y que, en esta investigación, además de estas, también se reflejen asimismo otras que, aunque establecidas, no requieran o no generen trámites legales para la ejecución de una disolución. De todas formas, no deja de ser una tasa alta. Por provincia, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas, formándose tres agrupamientos, como los ya explicitados: uno, con Almería y Huelva, las de menos problemas; otro, con Jaén y Cádiz, con un grado intermedio; y, otro, con Málaga, Córdoba, Sevilla y Granada, con más problemas de pareja. Sin embargo, por tamaño de hábitat no se han observado diferencias estadísticamente significativas.

En relación con el *riesgo de suicidio*, el porcentaje encontrado es elevado, prácticamente, el 15,2 % de la muestra total —el 15,19 %, para ser más exactos— (con un 1,1 % de personas que habían llevado a cabo algún intento). Es obvio que se trata de un problema de salud mental importante por sus repercusiones de carácter humano; si bien, también, las consecuencias del riesgo trascienden la resolución efectiva de quitarse la vida. Lo normal es que detrás de esa tendencia al suicidio haya un trasfondo psicológico que daña el bienestar de la persona y, lo más frecuente, a su círculo más cercano. Por supuesto, asimismo podría hablarse de repercusiones de otra índole, como del posible fracaso del sistema de atención psicológica en el ámbito sanitario o, incluso, de sus probables derivaciones económicas; no obstante, está claro que lo más primordial reside en la posibilidad de la pérdida de vidas humanas. El riesgo suicida se va incrementando con la edad —a los 75 o más años llega al 18,0 %—, pero lo llamativo aquí es que, a pesar de ese incremento, las tasas de personas jóvenes son elevadas. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función de la edad en riesgo de suicidio, si bien con un valor bajo, con tres agrupamientos, el mismo que se ha dado con otras variables: Almería y Huelva, con la tendencia suicida media más baja; Jaén y Cádiz, con una posición intermedia; y Málaga, Sevilla, Córdoba y Granada, con la mayor puntuación media. Por lo que respecta al tamaño de hábitat no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en la tendencia suicida. Por su parte, los niveles de riesgo también son independientes del tamaño de hábitat.

Ha habido una pregunta que ha proporcionado datos interesantes, la que se ha referido a si el entrevistado, en su condición laboral, estaba o no *igual que antes de la pandemia*. Las puntuaciones medias de los que afirmaron que no estaban igual han sido superiores en depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico general, riesgo de contagio autopercebido y tendencia suicida. En riesgo suicida (sin riesgo o bajo frente a alto) ha aparecido algo que merece resaltar. Como se informa en otro lugar, el porcentaje en la muestra con riesgo suicida alto era del 15,19 %; pues bien, el 9,97 % de los

que han manifestado que no están igual que antes de la pandemia están dentro de ese porcentaje de casi 15,2 %, lo que viene a significar que copan prácticamente dos tercios del riesgo suicida alto. Por otra parte, su regulación emocional ha venido marcada por la autculpa (pensar que la ocurrencia de situaciones conflictivas se debe a un fallo de uno mismo), rumiación (pensar una y otra vez sobre la situación conflictiva y sus sentimientos y emociones asociadas) y catastrofismo (pensar que la ocurrencia de una situación conflictiva es el preámbulo de muchas más), las cuales poseen una función negativa para una adecuada regulación de las emociones negativas.

Uno de los aspectos estudiados ha sido si se dan diferencias entre las *personas que habían sido diagnosticadas de COVID-19 y las que no*. En principio, podría suponerse que alguna o algunas habría y, efectivamente, así ha sido, pero no muchas. Los diagnosticados obtienen puntuaciones medias superiores en depresión, ansiedad y estrés, pero con la primera de las dimensiones no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. La explicación podría ser que, habitualmente, la depresión suele ser un proceso más tardío cuando las personas se enfrentan a situaciones adversas y cabe la posibilidad de que más adelante en el tiempo se produzca esa diferencia estadísticamente significativa. En este aspecto, merecía la pena evaluar de manera longitudinal a aquellas personas que están padeciendo *covid persistente*. Por otra parte, el riesgo de suicidio no se relaciona con el haber sido infectado o no. El contraste de porcentajes de personas en riesgo suicida no ofreció diferencias significativas entre ambos grupos. Lo mismo ha sucedido con el malestar psicológico general, la socialización positiva y la socialización negativa autopercebidas. Estos resultados llaman un poco la atención porque el primer impulso sería decir que se autopercebirían de manera diferente uno y otro grupo. En cuanto a los problemas de pareja, en la categoría de no haberlos tenido tampoco se han producido diferencias estadísticamente significativas, pero sí en las otras: en *problemas de pareja habituales, nada importantes*, fueron más las personas no infectadas y en las otras, tanto en la opción de problemas importantes, que se habían ido solucionando, como en los casos que terminaron separándose los porcentajes más elevados se dieron entre los infectados (diagnosticados). Habría que profundizar más y controlar más variables para estar seguros de que haya podido influir en esto último el hecho de haber sido diagnosticado de COVID-19.

En el momento de realizar las entrevistas, el programa de *vacunación* no estaba tan avanzado como ahora; de las 3.600 personas, 2.469 aún no habían recibido ninguna dosis. Una buena noticia, en esas circunstancias, es que la mayoría de estos últimos, el 88,70 %, afirmó que se vacunaría cuando le tocara su turno, mientras que el resto, el 11,30 % manifestó que no. Las tres razones más citadas para esta negativa fueron que no veían segura a la vacuna, que dudaban de su eficacia y que preferían esperar.

Hubo otras respuestas con bastante menos menciones y algunas de forma única. Las dos primeras de las aludidas pueden ser contrarrestadas a base de una buena información, estrategia en la que juegan un papel fundamental los sanitarios. La tercera de las razones podría estar sustentada en las otras dos, asunto que en ocasiones futuras habría que comprobarlo. Por otra parte, el número de personas que se han declarado como contrarios a las vacunas, los popularmente conocidos como antivacunas, ha sido muy bajo, tan solo 12 personas (1 entre los 18 y 24 años; 9 entre los 35 y 64 años; y 2, a partir de los 65 años), lo que equivale al 0,33 % de toda la muestra. Si este porcentaje se mantiene y se extrapola a toda la población andaluza, de 8.465.236 habitantes, según recoge el IECA²², el número de antivacunas sería de unas 27.935 personas repartidas, previsiblemente, por toda la geografía de Andalucía, si sigue el mismo patrón que el mostrado en la muestra estudiada. Dado que en esa fecha se había priorizado la vacunación para las personas mayores, los análisis estadísticos se realizaron creando dos grupos: uno de aceptación de la vacunación, que comprendía a los que ya se habían vacunado y a los que declararon que se vacunarían cuando les tocara el turno y, otro, con el resto que manifestaba que no se vacunaría. Pues bien, a partir del grupo de edad de entre los 55 y los 64 años crece el número de personas que aceptan la vacunación; en concreto, el 93,1 % de los del primer tramo de 55 a 64 años; un 93,70 %, de los 64 a 74 años; y el 93,92 %, de los de 75 a más años. Porcentajes mayores que los de los grupos etarios más jóvenes. Dicho a la inversa, el rechazo a vacunarse decrece desde los 55 años en adelante; sus porcentajes, respectivamente, son 6,83 %, 6,30 % y 6,08 %. Aunque los porcentajes de los que no quieran vacunarse sean bajos, se dan más en hábitat de más de 100.000; esto es, se trata de un fenómeno más urbano. Por otro lado, las personas que se han hecho una prueba para ver si estaban infectados son proclives a vacunarse. Y, por otro, los que aceptan la vacunación han tenido una puntuación media superior en miedo a contagiarse que los que no la aceptan. Tal como antes se indicó, una cierta dosis de miedo tiene una función protectora. Por su parte, la mentalidad conspiracionista ha tenido un escaso valor en la negación de la vacuna. Por último, se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de aceptación de la vacunación, con una mayor puntuación media, y los contrarios en la socialización positiva autoinformada. La vacunación podría interpretarse como una muestra concreta de esos comportamientos a favor de los demás, puesto que no solo beneficia a la propia persona, sino que protege a los otros pues ayuda a la contención de la pandemia. No obstante, hay que tener presente que el tamaño del efecto de las distintas variables en las que se han dado diferencias estadísticamente significativas

22 Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (20 de abril de 2021): *Padrón municipal de habitantes. Cifras oficiales de población municipal*. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/institutoestadisticaycartografia/padron/index.htm>

no es muy alto y, en cuanto a los que rechazan vacunarse que, desde que empezó la pandemia, su número ha ido a la baja.

En cuanto a *variables explicativas* que pudieran ayudar a la predicción de algunos de los problemas psicopatológicos principales, cabe destacar el papel que han jugado los diferentes modos de regulación emocional. En general, se ha observado que las estrategias de regulación emocional basadas en la autoculpabilización, la rumiación y, en menor medida, el catastrofismo y la exculpación se asocian con mayores problemas psicopatológicos. Por otro lado, la reevaluación positiva, la toma de perspectiva, la planificación y la aceptación se asocian con un menor impacto psicológico de la pandemia. La percepción de *infectibilidad* también participa de la predicción, asociándose una mayor vulnerabilidad a contagiarse con mayores problemas psicológicos.

Específicamente los niveles de *depresión* y *ansiedad* se explican por las variables y procesos señalados. Sin embargo, para el *estrés*, aparece una variable, haber sido diagnosticado de la COVID-19, indicando que las personas que han sido diagnosticadas muestran mayores niveles de estrés, al tiempo que la estrategia de regulación *poner en perspectiva* desaparece. Este proceso indica que las personas se regulan pensando que las cosas podrían haber sido peores, por lo que cabe pensar que el nivel de estrés no se calmaba con ese tipo de pensamientos. Por último, para el *riesgo suicida*, el cambio en su situación laboral prepandemia (que ya se ha destacado anteriormente cómo ha afectado a la ideación suicida), la pregunta de si tiene mascota y la de si padece una enfermedad crónica aumentan ese riesgo. En el caso de las estrategias de regulación emocional, no participan en la predicción ni la puesta en perspectiva ni los procesos de aceptación, por lo que se puede entender que la aceptación de su situación vital como estrategia de regulación no funciona de manera positiva en el caso del riesgo suicida.

A lo largo del presente análisis de los resultados se ha expuesto que se habían encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las distintas provincias. Además, en depresión, ansiedad, estrés, miedo a contagiarse del coronavirus, riesgo de contagio autopercebido, problemas de pareja y riesgo de suicidio siempre han aparecido tres agrupamientos según las puntuaciones medias en cada una de esas variables. Por añadidura, Almería y Huelva han sido los territorios con los valores más bajos en sus medias; seguidos de Jaén y Cádiz, a un nivel intermedio; y, después, Málaga, Sevilla, Córdoba y Granada, con las medias más elevadas. En un primer momento, podría pensarse que esto se relacionaría con el tamaño de hábitat. Pues bien, no ha sido así; salvo en miedo a contagiarse por el coronavirus, donde solo se ha dado una diferencia estadísticamente significativa entre las localidades de entre los 10.001 y los 20.000 habitantes con el resto de los grupos formados en función de los habitantes. Asimismo,

también podría especularse que quizás los resultados se relacionaran con el total de casos confirmados, confirmados con pruebas diagnósticas de infección activa (PDIA), hospitalizados, UCI o fallecidos. Sin embargo, las fortalezas de las relaciones de estas últimas variables con las evaluadas en la presente investigación son muy pequeñas. Como mucho, ayudan a explicar un poco más del 3 % de la variabilidad de las respuestas de los participantes y, en general, alrededor de un 2 % o, incluso, menos. ¿Qué explicaciones pueden darse a estos hechos? ¿Noticias en los medios de comunicación, las redes sociales...? No son fáciles, no obstante, podrían ser del tipo de las que se ofrecen a continuación al hablar de las diferencias en función del sexo o del grupo de edad, y de las reflexiones últimas acerca de la pandemia y de esta investigación.

Con respecto al *sexo*, se ha escuchado, a veces, que la pandemia ha afectado más al sexo femenino que al masculino. Pues bien, los análisis efectuados con la muestra total no apoyan, en general, esas afirmaciones. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre *varones* y *mujeres* en depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico general, miedo a contagiarse del coronavirus, riesgo de contagio autopercebido, socialización positiva autopercebida, socialización negativa autopercebida, problemas de pareja, riesgo de suicidio y aceptación de las vacunas.

Y con los *grupos de edad* también ha habido comentarios y declaraciones sobre peores consecuencias de la pandemia en los jóvenes. Similarmente, a lo anterior: los datos obtenidos en esta investigación no apoyan, en general, el que haya afectado más a estos que a las personas mayores. En base a los grupos etarios no se han hallado diferencias estadísticamente significativas en depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico general, miedo a contagiarse del coronavirus, riesgo de contagio autopercebido, socialización positiva autopercebida, socialización negativa autopercebida, problemas de pareja, riesgo de suicidio y aceptación de las vacunas.

Esta ausencia de diferencias por sexo o por grupos de edades (frecuentemente se encuentra que las mujeres suelen puntuar más alto que los varones en las pruebas que evalúan trastornos emocionales, como ocurre con algunos tramos de edad), podría ser explicada por dos posibles hipótesis. Por un lado, los procesos de igualación, que ya se ha venido observando, p. ej., en el caso de la depresión, donde cada vez se acercan más las tasas de varones y mujeres, dentro del contexto cultural occidental. Y, por otro, al papel intenso, penetrante y generalizado del contexto de la pandemia, que es tan poderoso que anula el papel mediador de otras variables. Como se ha indicado, la recogida de datos se produjo cuando se llevaba un año y un par de meses (y cuatro oleadas del virus). En este tiempo es posible pensar que sus efectos se han generalizado tanto, con un día a día complejo de manejar, que ha terminado por afectar a todo el

mundo, sin distinción por otras variables, tradicionalmente asociadas a los problemas psicopatológicos.

A continuación, para finalizar este análisis de los resultados, se expondrán algunas reflexiones adicionales, que se suman a las anteriores, sobre la pandemia y esta investigación. Aparte de los resultados mencionados en los que no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre grupos, se ha observado en muchos casos que el tamaño del efecto —i. e., la magnitud del resultado— de algunas diferencias o relaciones encontradas no ha sido elevado, lo que da a pensar que tiene que haber más variables implicadas o alguna más específica con un peso relevante, como pudiera ser la misma vivencia de la pandemia —cuestión que habría que ver cómo evaluarla y estudiarla—.

Las epidemias y/o pandemias han acompañado a los seres humanos desde los tiempos más remotos; su salto de cazadores-recolectores a agricultores y ganaderos fue crucial en ese sentido. Por tanto, no son fenómenos que les sean ajenos. Durante los últimos cien años, por ejemplo, ha habido cinco pandemias de gripe, la de 1918 —mal llamada *española*— (H1N1); la asiática, de 1957 (H2N2); la de Hong Kong (H3N2), de 1968; la rusa, una versión del H1N1, que probablemente se escapó de un laboratorio, en la década de 1950; y la *gripe porcina*, o gripe A, que se originó en México, en 2009, con seis genes de la gripe A de América del Norte y dos genes del virus de la gripe A de Eurasia²³. Habitualmente, en ellas se reproducen muchas cosas como, por ejemplo, el miedo o la negación; el sufrimiento y el dolor por las enfermedades y las pérdidas de vidas humanas; los confinamientos —empleados desde muy antiguo—; las actitudes y medidas adoptadas por las autoridades de turno —p. ej., al principio de cada epidemia, estas tienden normalmente a ocultarla o minimizar su importancia, tratando de evitar que se perjudique a la actividad económica—; o la búsqueda de chivos expiatorios.

Lo que sí es cierto es que la actual pandemia, provocada por el SARS-CoV-2, sí ha tenido algunas características propias debidas, sobre todo, a la mayor frecuencia o intensidad de las mismas. Por ejemplo, la *infodemia* —esto es, la sobreabundancia de información errónea— o la saturación de noticias continuas en los medios de comunicación social. Por otro lado, en las décadas más recientes el mundo ha cambiado grandemente en aspectos políticos, culturales, sociales y económicos y se ha instaurado un globalismo más asentado y, por tanto, como es lógico, las respuestas se van amoldando a estas nuevas circunstancias.

23 CRAWFORD, D. H. (2020): *Virus. Una breve introducción* (Trad. D. Otero-Piñeiro). Barcelona: Antonio Bosch Editor.

Sin embargo, no son solo estas circunstancias las que pueden ayudarnos a entender la realidad de la pandemia y los resultados que se reflejan en distintas investigaciones. Como dice Fareed Zakaria, el nuevo coronavirus ha alterado profundamente la sociedad y las personas están desorientadas²⁴. Por su parte, Edgar Morin subraya que la novedad radical de la COVID-19 es que ha provocado una policrisis mundial de componentes, interacciones e incertidumbres múltiples e interrelacionadas²⁵. En definitiva, existe mucha complejidad en todo lo que se está viviendo y se necesita continuar profundizando.

Para terminar, si bien se conoce cada vez más acerca de esta pandemia, todavía queda mucho por indagar e investigar sobre el virus, sus efectos biomédicos y repercusiones psicológicas. Qué duda cabe que el conocimiento que se genere en estos ámbitos tendrá o, más bien, debería tener sus consecuencias positivas en muchos otros. Es muy necesario aprender y no olvidar para un mejor futuro.

Resumen ejecutivo de resultados

Antecedentes: La pandemia producida por el SARS-CoV-2 no solo ha tenido consecuencias biomédicas sino también psicológicas. Por ello, se vienen realizando estudios en el ámbito de la salud mental que permitan actuar adecuadamente en los problemas que se han originado.

Objetivos: 1) analizar el impacto psicológico de la pandemia y del confinamiento en los niveles de depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico, miedo a contagiarse y otras variables psicológicas; 2) analizar actitudes con respecto a la vacunación; 3) comparar niveles de sintomatología psicopatológica en función de si se ha estado infectado o no; 4) realizar predicciones de algunas variables psicológicas; 5) investigar la relevancia de los modos de regulación emocional en los niveles de sintomatología; y 6) comparar la percepción subjetiva del estado de ánimo y de circunstancias personales de antes de la pandemia con el momento actual.

Metodología: Se ha confeccionado un protocolo con preguntas *ad hoc* e instrumentos validados psicométricamente, que se ha aplicado mediante entrevista telefónica (70 %) o a través de páginas web (30 %) a un total de 3.600 personas.

24 ZAKARIA, F. (2021): *Diez lecciones para el mundo de la postpandemia* (Trad. A. Santos Mosquera). Barcelona: Paidós.

25 MORIN, E. y ABOUESSALAM, S. (2020): *Cambiamos de vía. Lecciones de la pandemia* (Trad. N. Petit). Barcelona: Paidós.

Resultados:

- Se han encontrado niveles elevados de depresión, ansiedad y estrés.
- Más de la mitad de los entrevistados manifiestan un malestar psicológico general.
- La mayoría de los participantes (82,59 %) han declarado tener un cierto grado de miedo a contagiarse del coronavirus.
- La mayoría de los entrevistados (78,79 %) tienen una percepción personal de riesgo bajo a contagiarse.
- Un 44,64 % de los participantes en la investigación se perciben a sí mismos con más socialización positiva; esto es, con más comportamientos y cogniciones prosociales (a favor de los demás).
- En correspondencia con lo anterior, un 40,33 % se percibe con menor socialización negativa; es decir, con menos comportamientos y cogniciones antisociales o negativas para con los demás.
- Más de la mitad de los entrevistados que habían estado en pareja desde que comenzó la pandemia afirmó que no habían tenido problemas de pareja y un 3,77 % terminaron separándose (96 personas, una cifra alta).

- El riesgo de suicidio alto en la muestra es elevado (15,19 %), y va en aumento con la edad; aun así, siéndolo ya en los jóvenes.
- Aquellos que han informado de que, en su condición laboral, no estaban igual que antes de la pandemia, frente a los que han respondido que sí estaban, han obtenido mayores puntuaciones en depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico general, riesgo de contagio autopercebido y tendencia y riesgo suicida.
- Las puntuaciones medias de las personas que han sido diagnosticadas de COVID-19 en comparación con las que no, han sido más elevadas en ansiedad, estrés y en problemas de pareja (importantes, que se habían ido solucionando, y los que terminaron en separación).
- El 92,3 % de los entrevistados aceptan la vacunación.
- El porcentaje en la muestra total de contrarios a la vacunación, personas que se califican de autovacunas, es del 0,33 %.
- A partir de los 55 años en adelante aumenta el número de personas que aceptan la vacunación y, por tanto, decrece el de los que no la aceptan, incluso por debajo del resto de los grupos más jóvenes.
- No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico general, miedo a contagiarse del coronavirus, riesgo de contagio autopercebido, socialización positiva autopercebida, socialización negativa autopercebida, problemas de pareja, tendencia al suicidio y riesgo de suicidio, y aceptación de las vacunas.
- No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según grupos de edad en depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico general, miedo a contagiarse del coronavirus, riesgo de contagio autopercebido, socialización positiva autopercebida, socialización negativa autopercebida, problemas de pareja, tendencia al suicidio y riesgo de suicidio, y aceptación de las vacunas.
- A nivel provincial se han repetido unos agrupamientos en depresión, ansiedad, estrés, miedo a contagiarse del coronavirus, riesgo de contagio autopercebido, problemas de pareja, riesgo de suicidio, con dos provincias con las puntuaciones medias más bajas; otras dos, con puntuaciones en un nivel intermedio, y, las cuatro restantes, con las más altas. Solo está la excepción en miedo al contagio, con un único cambio, donde Sevilla pasa al nivel intermedio, permaneciendo sin cambios las demás (tabla 15.1).

Tabla 15.1. Agrupamientos de provincias en depresión, ansiedad, estrés, miedo a contagiarse del coronavirus, riesgo de contagio autopercebido, problemas de pareja y riesgo de suicidio

Puntuaciones medias	Provincias
Más bajas	Almería y Huelva
Nivel intermedio	Jaén y Cádiz
Más elevadas	Málaga, Sevilla, Córdoba y Granada

Nota: en miedo a contagiarse del coronavirus, Sevilla se ubica en el nivel intermedio.

- Con el tamaño de hábitat no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, salvo en miedo a contagiarse del coronavirus entre las localidades de entre 10.001 y 20.000 habitantes y resto de los tamaños establecidos.
- La fuerza de la relación de las variables estudiadas (depresión, ansiedad, estrés, malestar psicológico, etc.) con casos confirmados, confirmados con pruebas diagnósticas de infección activa (PDIA), hospitalizados, UCI o fallecidos es débil.

