

Carlota Moya-Lacasa<sup>1,3,5 †</sup>.  
Clara M Álvarez-Vázquez<sup>1,3,5 †</sup>.  
Leticia González-Blanco<sup>1-5\*</sup>.  
Mercedes Valtueña-García<sup>1,5</sup>.  
Elena Martín-Gil<sup>5</sup>.  
Elisa Seijo-Zazo<sup>3,5</sup>.  
Lorena De la Fuente-Tomás<sup>1-4</sup>.  
Leticia García-Álvarez<sup>2-4,6</sup>.  
Pilar Sáiz<sup>1-5</sup>.  
María P García-Portilla<sup>1-5</sup>.  
Julio Bobes<sup>1-5</sup>.

# Impacto de la pandemia COVID-19 sobre la salud mental en las diferentes comunidades autónomas españolas

†Primera autoría conjunta.

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

<sup>2</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

<sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, España.

<sup>4</sup>Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA), Oviedo, España.

<sup>5</sup>Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo, España.

<sup>6</sup>Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

## RESUMEN

**Introducción.** La COVID-19 es una enfermedad infecciosa que está afectando a millones de personas alrededor del mundo, siendo España uno de los países más afectados por la pandemia. Es fundamental evaluar el impacto en la salud mental de la población española durante el periodo de confinamiento. El objetivo es analizar las respuestas desadaptativas en cada comunidad autónoma durante las dos primeras semanas tras la declaración del estado de alarma en España.

**Metodología.** A través de un cuestionario "online", se recogieron variables clínicas y sociodemográficas de los participantes del 19 al 26 de marzo. Para estudiar las respuestas desadaptativas, se utilizaron los cuestionarios DASS-21 y EIE.

**Resultados.** 21.152 personas completaron el cuestionario. La edad media fue 39,75 (DE 14,039) y el 69,6 % eran mujeres. La mayoría de los participantes vivía en Asturias (36,2 %) y Cantabria (11,9 %). La respuesta desadaptativa más frecuente de la muestra fueron los síntomas depresivos (46,7 %), seguida del estrés (33,2 %) y la ansiedad (10,7 %). Los resultados de la DASS-21 desvelaron que en Andalucía [n = 1979 (9,3 %)] se observó un mayor porcentaje en los tres dominios: síntomas depresivos (59,7 %), estrés (41,7 %) y ansiedad (16,2 %). Castilla-La Mancha tuvo el porcentaje más alto de respuesta intrusiva (31,2 %) y Andalucía de respuesta evitativa (55,7 %).

**Conclusiones.** Casi la mitad de la muestra presentó respuestas desadaptativas, siendo los síntomas depresivos y la conducta evitativa las más frecuentes. El impacto sobre la salud mental durante y tras eventos traumáticos de gran escala debería de abordarse minuciosamente para minimizar las respuestas desadaptativas en la población general.

\* Autor de correspondencia:

Leticia González-Blanco

C/ Julián Clavería, 33006 Oviedo, España

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Oviedo

Tel.: +34 985104219; Fax: +34 985103553

e-mail: leticiagonzalezblanco@gmail.com

Palabras clave. COVID-19; Pandemia; Malestar psicológico; España

*Actas Esp Psiquiatr* 2021;49(2):64-70 | ISSN: 1578-2735

## IMPACT OF THE CORONAVIRUS OUTBREAK ON MENTAL HEALTH IN THE DIFFERENT SPANISH REGIONSE

### ABSTRACT

**Introduction.** COVID-19 is an infectious disease that has affected millions of people worldwide, Spain being one of the countries most affected by the pandemic. It is key to study its impact on the mental health of the Spanish population during the lockdown situation.

The aim is to analyse maladaptive responses in each autonomous community during the first two weeks after the state of emergency was declared in Spain.

**Material and Methods.** Through an online questionnaire, clinical and sociodemographic information was collected from participants between 19 and 26 March 2020. The DASS-21 and the IES questionnaires were used to evaluate the maladaptive psychological responses.

**Results.** A total of 21,152 people completed the questionnaire. Mean age was 39.75 (SD 14.039), and 69.6% were women. Most of the participants lived in Asturias (36.2%) and Cantabria (11.9%). In the sample as a whole, among the maladaptive responses, depressive symptoms represented the highest percentage (46.7%), followed by stress (33.2%) and anxiety (10.7%) symptoms. The results of the DASS-21 revealed that a higher proportion of the people from Andalusia [n = 1979 (9.3%)] were affected in all three domains: depressive (59.7%), stress (41.7 %), and anxiety (16.2%) symptoms, Castilla La Mancha had the highest percentage of intrusive response (31.2%), while Andalusia had the highest percentage of avoidance behaviour (55.7%).

**Conclusions.** Almost half of the sample showed maladaptive reactions, depressive symptoms and avoidance behaviour being the most common responses. Repercussions on mental health during and after large-scale traumatic events should be addressed carefully to minimize maladaptive responses in the general population.

**Keywords.** COVID-19; Pandemics; Psychological distress; Spain

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se identificó un nuevo tipo de neumonía en Wuhan, China, causada por el coronavirus (SARS-CoV). La enfermedad por coronavirus (COVID-19)<sup>1</sup> ha provocado una pandemia mundial sin precedentes. Tras la identificación de los primeros afectados, la COVID-19 se propagó rápidamente por todo el mundo. Aunque en Europa los primeros casos fueron detectados en Francia y Alemania, España resultó ser uno de los países europeos más damnificados<sup>2</sup>.

Los acontecimientos traumáticos a gran escala, como guerras, desastres y pandemias, repercuten de manera importante en la salud mental de los individuos<sup>3</sup>. De acuerdo con Xiang *et al.*<sup>4</sup>, estas consecuencias han sido poco abordadas y no se ha prestado demasiada atención al desarrollo de intervenciones centradas en la salud mental.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reconoce en esta ocasión la importante relevancia del impacto psicosocial de la crisis del coronavirus y ha desarrollado guías específicas para abordar este problema<sup>5</sup>.

Debido a la crisis del coronavirus, las personas se encuentran en gran riesgo de sufrir síntomas de ansiedad y depresión. Los expertos alertan del impacto psicosocial observado en aquellos individuos expuestos a la pandemia, así como de la necesidad de llevar a cabo actuaciones destinadas a paliar sus inminentes consecuencias sobre la salud mental<sup>4,6-8</sup>. Una respuesta ágil, tanto desde la clínica como desde la investigación, sentará las bases para enfrentarse a futuras pandemias y confinamientos<sup>7</sup>.

Aunque el confinamiento fue decretado bajo las mismas condiciones en toda España, el grado de afectación de cada región fue diferente, con importantes variaciones en el número de infectados y fallecidos entre regiones. Según la información facilitada por el Ministerio de Sanidad de España el 26 de marzo de 2020, Madrid y Cataluña eran las regiones más afectadas.

La repercusión sobre la salud mental ha sido materia de estudio en esta situación de emergencia global, así como en otras pandemias anteriores (SARS-CoV en 2003)<sup>9</sup>. Los re-

sultados de estas investigaciones señalan que la percepción individual de la gravedad de la COVID-19 se asocia con el desarrollo de respuestas emocionales y conductas negativas frente al estrés<sup>10</sup>.

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la crisis del coronavirus sobre la salud mental de una muestra española procedente de diferentes comunidades autónomas, en cuanto al desarrollo de síntomas depresivos, ansiosos, de estrés y respuestas postraumáticas tales como pensamientos intrusivos o comportamientos evitativos.

## MÉTODOS

### Diseño

Este trabajo es un estudio descriptivo transversal dirigido a evaluar el impacto psicológico de la COVID-19 y el confinamiento en una muestra de población española. Para ello, se utilizó un cuestionario online de carácter anónimo que estuvo disponible durante una semana (del 19 al 26 de marzo), cinco días después de la declaración del estado de alarma en España.

Se realizó un muestreo online de bola de nieve para reclutar a los participantes, que resulta adecuado en aquellas poblaciones poco accesibles a través de otras formas de reclutamiento<sup>11</sup>.

El protocolo de estudio (Ref. 2020.162) fue aprobado por el Comité Asistencial de Ética del Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo, el 16 de marzo de 2020. Antes de cumplimentar el cuestionario, todos los participantes aceptaron un consentimiento informado.

### Participantes

Se obtuvieron un total de 21.279 respuestas, de las cuales 72 fueron excluidas por no cumplir la edad mínima requerida. Los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de 17 años y b) aceptar el consentimiento informado haciendo clic en "soy mayor de edad y quiero participar en este proyecto" en el cuestionario online. Como criterio de exclusión únicamente se estableció no cumplir los criterios de inclusión. En la Tabla 2 (material suplementario) se muestra la distribución geográfica de la muestra.

### Evaluación

La encuesta consistió en un cuestionario online *ad hoc*, en el que se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, incluyendo la versión en español de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)<sup>12</sup> y la Escala de Impacto Estresor (EIE)<sup>13</sup> (Tabla 1, material suplementario).

Para obtener información más detallada sobre otras variables y aspectos evaluados en las pruebas psicométricas se puede consultar García-Álvarez et al. (2020).

### Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa IBM SPSS Statistics para Windows, en su versión 24.0. El nivel de significación estadística se estableció en  $p < 0,05$ . Las medias y las desviaciones estándar (DE) así como las frecuencias y los porcentajes fueron empleados para el análisis estadístico.

Los participantes de Ceuta (N = 14) y Melilla (N = 41) fueron excluidos del análisis estadístico, dado que su participación había sido muy baja en comparación con el resto de las regiones.

### Resultados

Un total de 21.152 personas participaron en el cuestionario online. La media de edad fue 39,75 años (DE 14,039) y el 69,6 % de los participantes eran mujeres. La mayor parte de los encuestados procedían de Asturias y Cantabria. Para obtener información más detallada de las variables socio-demográficas y el conjunto de la muestra se puede consultar García-Álvarez et al. (2020).

La Rioja fue la región cuyos habitantes mostraron mayor capacidad para disfrutar del tiempo libre (95,1 %), mientras que en Andalucía se encontró el porcentaje más bajo (89,8 %). En relación con el tipo de actividades de ocio, las más populares resultaron ser el uso de las redes sociales (93 %) y la televisión (86 %) (Tabla 1). Galicia y Navarra fueron las re-

Tabla 1	Actividades de tiempo libre									
	Capaz de disfrutar el tiempo libre, yes (n, %)	Actividades de tiempo libre (n, %)								
		Series TV, películas	Ejercicio físico	Yoga o meditación	Cocina	Redes sociales	Pintura/escritura/lectura/escuchar música.	Trabajar	Leer o ver noticias sobre la COVID-19	
Asturias	7129 (92,8)	6863 (89,3)	4155 (54,1)	1468 (19,1)	5415 (70,5)	7040 (91,6)	6585 (85,7)	4504 (58,6)	5307 (69,1)	
Cantabria	2365 (93,5)	2226 (88,0)	1441 (57,0)	563 (22,3)	1843 (72,9)	2335 (92,3)	2184 (86,4)	1469 (58,1)	1688 (66,7)	
Madrid	1924 (90,9)	1894 (89,5)	1215 (57,4)	567 (26,8)	1459 (69,0)	1904 (90,0)	1822 (86,1)	1423 (67,2)	1387 (65,5)	
Andalucía	1776 (89,7)	1789 (90,4)	1121 (56,6)	412 (20,8)	1348 (68,1)	1847 (93,3)	1727 (87,3)	972 (49,1)	1218 (61,5)	
Pais Vasco	919 (93,9)	873 (88,6)	591 (60,0)	231 (23,5)	717 (72,8)	906 (92,0)	874 (88,7)	614 (62,3)	666 (67,6)	
Cataluña	896 (92,8)	888 (92,0)	553 (57,3)	294 (30,5)	714 (74,0)	883 (91,5)	848 (87,9)	627 (65,0)	682 (70,7)	
C. Valenciana	885 (93,8)	796 (87,3)	562 (61,6)	241 (26,4)	654 (71,1)	825 (90,5)	805 (88,3)	555 (60,9)	610 (66,9)	
Murcia	823 (92,3)	803 (90,0)	612 (68,6)	209 (23,4)	636 (71,3)	801 (89,8)	761 (85,3)	521 (58,4)	596 (66,8)	
Castilla y León	797 (91,0)	792 (90,4)	533 (60,8)	192 (21,9)	626 (71,5)	806 (92,0)	770 (87,9)	489 (55,8)	590 (67,4)	
Galicia	691 (90,8)	679 (89,2)	406 (53,4)	135 (17,7)	555 (72,9)	693 (91,1)	653 (85,8)	520 (68,3)	513 (67,4)	
Castilla-La Mancha	280 (90,9)	275 (89,3)	181 (58,8)	63 (20,5)	203 (65,9)	285 (92,5)	260 (84,4)	169 (54,9)	197 (64,0)	
Islas Canarias	276 (92,6)	275 (92,3)	174 (58,4)	85 (28,5)	231 (77,5)	279 (93,6)	263 (88,3)	183 (61,4)	199 (66,8)	
Aragón	240 (91,3)	230 (87,5)	155 (58,9)	67 (25,5)	195 (74,1)	242 (92,0)	226 (85,9)	145 (55,1)	175 (65,5)	
Extremadura	155 (94,5)	139 (84,8)	99 (60,4)	27 (16,5)	110 (67,1)	149 (90,9)	143 (87,2)	84 (51,2)	113 (68,9)	
Islas Baleares	159 (94,1)	144 (85,2)	100 (59,2)	567 (26,8)	118 (69,8)	152 (89,9)	147 (87,0)	92 (54,4)	112 (66,3)	
Navarra	139 (92,7)	127 (84,7)	95 (63,3)	47 (31,3)	112 (74,7)	131 (87,3)	139 (92,7)	102 (68,0)	90 (60,0)	
La Rioja	98 (95,1)	94 (91,3)	63 (61,2)	21 (22,4)	76 (73,8)	94 (91,3)	85 (82,5)	56 (54,4)	72 (69,9)	
TOTAL	19.522 (92,3)	18.887 (89,3)	12.056 (57,0)	4675 (22,1)	15.012 (71,0)	19.372 (91,6)	18.292 (86,5)	12.525 (59,2)	14.215 (67,2)	

giones en las que mayor número de participantes trabajaban (68,3 % y 68 %).

Dentro de las respuestas desadaptativas, la sintomatología depresiva fue la más frecuente (46,7 %), seguida por los síntomas de estrés (33,2 %) y ansiedad (10,7 %). La respuesta evitativa resultó más común (44,3 %) que la respuesta intrusiva (23,6 %). Andalucía fue la región más afectada en los tres dominios de la escala DASS-21: síntomas ansiosos (16,2 %), depresivos (59,7 %) y relacionados con el estrés (41,7 %). En cuanto a la respuesta depresiva, Murcia (54,6 %) y Castilla y León (50,3 %) resultaron las siguientes más afectadas. Respecto a los síntomas de ansiedad, las regiones más afectadas, detrás de Andalucía, fueron Castilla-La Mancha (14,6 %) y La Rioja (13,6 %). Castilla-La Mancha (40,6 %) y Murcia (37,3 %) fueron las comunidades autónomas que mostraron mayor porcentaje de síntomas de estrés, después de Andalucía.

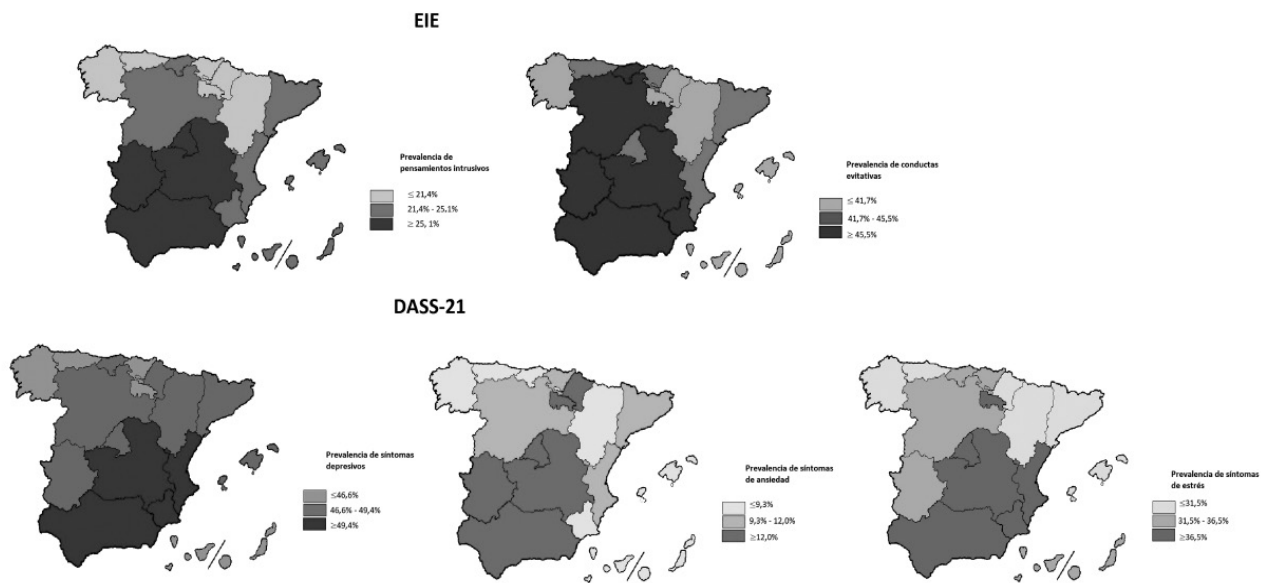
En el cuestionario EIE, Castilla-La Mancha fue la región donde se encontró mayor proporción de respuesta intrusiva (31,2 %), seguida de Andalucía (30,7 %) y Extremadura (26,2 %). En el caso de la respuesta evitativa, Andalucía (55,7 %), Extremadura (53,7 %) y Castilla-La Mancha (51,3 %) fueron las más afectadas (Figura 1).

## Discusión

Este trabajo estudia el impacto psicológico inicial producido por la pandemia de COVID-19 en una muestra española procedente de diferentes regiones del país.

El análisis de los datos ha revelado que Andalucía ha sido la región más afectada en términos de sintomatología depresiva (la respuesta desadaptativa más frecuente), ansiosa y relacionada con el estrés. Las respuestas evitativas han resultado ser más frecuentes que las intrusivas en la muestra, siendo Andalucía y Castilla-La Mancha las comunidades donde este tipo de respuestas se han observado con más frecuencia. Es necesario resaltar que Andalucía fue la región donde menos participantes eran capaces de disfrutar del tiempo libre.

Resulta sorprendente que Andalucía sea la comunidad autónoma con una proporción más alta de respuestas desadaptativas, dado que en las primeras semanas tras el confinamiento era uno de los lugares con menos casos de infección por SARS-CoV-2<sup>5</sup>. Tal vez este fenómeno podría relacionarse con que Andalucía es una de las regiones donde sus habitantes dedican más tiempo a las redes sociales, donde abundan las noticias alarmistas (y en ocasiones falsas).



DASS-21: Depression, Anxiety, and Stress Scale; EIE: Escala de Impacto Estresor

Figura 1

Respuestas desadaptativas en cada comunidad autónoma

En regiones como Asturias se esperaban peores resultados, debido a que en el último estudio epidemiológico sobre salud mental en España (2014), Galicia, Extremadura y el Principado de Asturias (en ese orden) fueron las tres regiones con la mayor prevalencia de trastornos mentales. La buena respuesta de Asturias podría deberse a que la mayoría de los participantes de esta comunidad respondieron al cuestionario durante los primeros días tras el inicio del confinamiento (86,9 %). En aquellos primeros días, la gente no estaba totalmente concienciada de las repercusiones de la pandemia y lo veían como algo remoto que estaba sucediendo en otros lugares del mundo. Además, en ese momento inicial, todavía no había transcurrido el tiempo suficiente para notar el impacto psicológico del confinamiento.

Como se publicó anteriormente<sup>14</sup>, los síntomas depresivos fueron la respuesta desadaptativa más común, en contra de otros estudios en los que la ansiedad resultó ser la respuesta más común y en los que se observaron síntomas más intensos en los tres dominios de DASS-21<sup>8,15</sup>. No obstante, el porcentaje de respuestas desadaptativas graves, tanto relacionadas con síntomas depresivos como con estrés, fue más alto en nuestra muestra en comparación con Wang *et al.* (2020). Postulan que estas diferencias podrían deberse al menor impacto psicológico ocasionado por el empleo de la mascarilla en la población China, donde era algo habitual, mientras que en Europa su uso resultaba una gran novedad.

Las limitaciones de este estudio son: a) un sesgo de selección y a una representatividad incierta de la muestra debido a la estrategia de muestreo de bola de nieve y b) los síntomas fueron evaluados únicamente mediante escalas psicométricas (para obtener información más detallada se puede consultar García-Álvarez *et al.* [2020]).

No obstante, tiene notables fortalezas. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que evalúa el impacto psicológico de la COVID-19 en todas las regiones de España y lo hace con un amplio tamaño muestral.

Aunque casi la mitad de la muestra sufrió síntomas de estrés relacionados con el confinamiento, las respuestas más comunes fueron los síntomas depresivos y las conductas evitativas. Sin embargo, casi todos los participantes eran capaces de disfrutar de su tiempo libre.

Considerando el alto porcentaje de respuestas desadaptativas relacionadas con el confinamiento y la pandemia, se hace necesario diseñar medidas de prevención para manejar las reacciones depresivas, ansiosas y de estrés producidas por la pandemia. Esto debe tenerse en consideración, especialmente ahora, que nos encontramos a las puertas de una nueva ola y continuamos en estado de alarma.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido financiado en parte por el Gobierno del Principado de Asturias PCTI-2018-2022 IDI/2018/235, el CIBERSAM y los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER).

Las entidades responsables de la financiación no han desempeñado ningún papel en el diseño del estudio, la obtención de los datos y su análisis, la decisión de publicarlo ni en la elaboración del manuscrito.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés en el presente trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a Sharon Grevet por su contribución con el inglés y a la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (FINBA) por su apoyo económico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Spiteri G, Fielding J, Diercke M, Campese C, Enouf V, Gaynard A, *et al.* First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Euro Surveill.* 2020; 25(9):2000178.
2. Dehkordi AH, Alizadeh M, Derakhshan P, Babazadeh P, Jahandideh A. Understanding epidemic data and statistics: A case study of COVID-19. *J Med Virol.* 2020; 92(7): 868-882.
3. Ćosić K, Popović S, Šarlija M, Kesedžić I. Impact of Human Disasters and COVID-19 Pandemic on Mental Health: Potential of Digital Psychiatry *Psychiat Danub.* 2020; 32(1):25-31.
4. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, *et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* 2020;7(3):228-9.
5. World Health Organization. Mental health and COVID-19, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/mental-health-and-covid-19; 2020> [consultado el 2 de mayo de 2020]
6. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Addict* 2020; 1-14.
7. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, *et al.* Multidisciplinary research priorities

for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(6):547-560

8. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*.2020;17(5):1729.
9. Sim K, Huak Chan Y, Chong PN, Chua HC, Wen Soon S. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J Psychosom Res*. 2010;68(2):195-202.
10. Li JB, Yang A, Dou K, Cheung RYM. Self-control moderates the association between perceived severity of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health problems among the Chinese public. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(13): 4820
11. Baltar F, Brunet I. Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Res*.2012;22(1):57-74.
12. Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). [Propiedades psicométricas de la versión española de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)]. *Psicothema*. 2005;17(4):679-83.
13. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979;41(3):209-18.
14. García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, García-Portilla MP, Sáiz PA, Lacasa CM, Dal Santo F, et al. Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *J Glob Health*. 2020;10(2).
15. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorochategui M, Idoiaga-Mondragon. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4).

REFERENCIAS ADICIONALES

1. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Actualización 56. *Coronavirus Disease (COVID-19)*, [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_56\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_56_COVID-19.pdf); 2020 [consultado el 2 de mayo de 2020]
2. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III. Salud Mental y Salud Pública: Vigilancia epidemiológica. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroler?action=download&tid=09/01/2018-44802ce4e8>; 2014 [consultado el 2 mayo de 2020]

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Tabla S1   Características clínicas y sociodemográficas de la muestra										
Región	Sexo, femenino (n, %)	Edad (media, DE)	Estado Civil (n, %)			Estado laboral (n, %)				
			Soltero	Casado/viviendo en pareja	Separado/divorciado/viudo	En activo	Desempleado	Amo de casa/estudiante	Jubilado	Otros
Asturias	5281 (68,7)	42,0 (14,0)	3246 (42,3)	3699 (48,2)	737 (9,6)	5094 (66,3)	665 (8,7)	1021 (13,3)	607 (7,9)	295 (3,8)
Cantabria	1836 (72,6)	42,5 (13,3)	920 (36,4)	1350 (53,4)	259 (10,2)	1733 (68,6)	223 (8,8)	315 (12,5)	162 (6,4)	96 (3,8)
Madrid	1468 (69,4)	39,0 (19,9)	1079 (51,0)	885 (41,8)	152 (7,2)	1551 (73,3)	127 (6,0)	233 (11,0)	136 (6,4)	69 (3,3)
Andalucía	1407 (71,1)	33,0 (12,8)	1273 (64,3)	614 (31,0)	92 (4,7)	959 (48,5)	279 (14,1)	589 (29,8)	58 (2,9)	94 (4,7)
País Vasco	697 (70,8)	40,1 (14,5)	429 (43,6)	496 (50,4)	60 (6,1)	689 (69,9)	56 (5,7)	137 (13,9)	59 (6,0)	44 (4,5)
Cataluña	680 (70,5)	40,1 (14,0)	436 (45,2)	443 (45,9)	86 (8,9)	724 (75,0)	67 (6,9)	81 (8,4)	48 (5,0)	45 (4,7)
C. Valenciana	645 (70,3)	38,3 (13,8)	415 (45,5)	426 (46,7)	71 (7,8)	577 (63,3)	80 (8,8)	174 (19,1)	49 (5,4)	32 (3,5)
Murcia	602 (65,7)	31,1 (10,8)	569 (63,8)	299 (33,5)	24 (2,7)	452(50,7)	59 (6,6)	345 (38,7)	7 (0,8)	29 (3,3)
Castilla-León	626 (71,5)	37,4 (13,4)	473 (54,0)	357 (40,8)	46 (5,3)	520 (59,4)	82 (9,4)	180 (20,5)	51 (5,8)	43 (4,9)
Galicia	514 (65,7)	41,8 (13,8)	318 (41,8)	380 (49,9)	63 (8,3)	543 (71,4)	49 (6,4)	85 (11,2)	51 (6,7)	33 (4,3)
Castilla-La Mancha	201 (65,3)	37,4 (13,9)	156 (50,6)	134 (43,5)	18 (5,9)	179 (58,1)	25 (8,1)	75 (24,4)	15 (4,9)	14 (4,5)
Islas Canarias	195 (65,4)	40,2 (13,4)	144 (48,3)	121 (40,6)	33 (11,0)	200,8 (69,8)	26 (8,7)	31 (10,4)	22 (7,4)	11 (3,7)
Aragón	170 (64,6)	41,8 (13,8)	120 (45,6)	123 (46,8)	20 (7,6)	185 (70,3)	24 (9,1)	25 (9,5)	17 (6,5)	12 (4,6)
Extremadura	111 (67,7)	35,7 (13,5)	87 (53,0)	72 (43,9)	5 (3,0)	81 (49,4)	25 (15,2)	41 (25,0)	9 (5,5)	8 (4,9)
Islas Baleares	120 (71,0)	39,7 (12,1)	77 (45,6)	73 (43,2)	19 (11,3)	110 (65,1)	26 (15,4)	31 (10,4)	22 (7,4)	11 (3,7)
Navarra	107 (71,3)	38,1 (13,7)	72 (48,8)	70 (46,7)	8 (5,4)	109 (72,7)	7 (4,7)	23 (15,3)	7 (4,7)	4 (2,7)
La Rioja	77 (74,8)	40,6 (12,5)	36 (35,0)	59 (57,3)	8 (7,8)	72 (69,9)	7 (6,8)	14 (13,6)	4 (3,9)	6 (5,8)
TOTAL	14.737 (69,7)	39,7 (14,0)	9850 (46,6)	9601 (45,4)	1701 (8,0)	13.786 (65,2)	1827 (8,6)	3386 (16,0)	1308 (6,2)	845 (4,0)

**Tabla S1** Características clínicas y sociodemográficas de la muestra (continuación)

Región	Nivel de estudios (n, %)			Enfermedad física (n, %)	Convivencia (n, %)			
	Primarios	Secundarios	Universitarios		Solo	2 personas	3-5 personas	Más de 5 personas
Asturias	159 (2,1)	2887 (37,6)	4636 (60,3)	2091 (29,8)	1024 (13,3)	2947 (38,4)	3623 (47,2)	88 (1,1)
Cantabria	44 (1,7)	1007 (39,8)	1478 (58,4)	730 (31,9)	262 (10,4)	797 (31,5)	1425 (56,3)	45 (1,8)
Madrid	13 (0,7)	498 (23,5)	1605 (75,9)	509 (25,8)	287 (13,6)	822 (38,8)	967 (45,7)	40 (1,5)
Andalucía	18 (0,9)	909 (45,9)	1052 (53,2)	481 (26,5)	180 (9,1)	658 (33,2)	1105 (55,8)	36 (1,8)
País Vasco	12 (1,2)	314 (31,9)	659 (66,9)	214 (23,2)	87 (8,8)	315 (32,0)	571 (58,0)	12 (1,2)
Cataluña	13 (1,3)	315 (32,6)	637 (66,0)	265 (29,3)	136 (14,1)	365 (37,8)	444 (46,0)	20 (2,1)
C. Valenciana	17 (1,9)	314 (34,4)	581 (63,7)	230 (27,2)	100 (11,0)	276 (30,3)	501 (54,9)	35 (3,8)
Murcia	6 (0,7)	373 (41,8)	513 (57,5)	198 (23,6)	67 (7,5)	282 (31,6)	508 (57,0)	35 (3,9)
Castilla-León	16 (1,8)	314 (31,9)	562 (64,2)	225 (27,0)	122 (13,9)	295 (33,7)	448 (51,1)	11 (1,3)
Galicia	5 (0,7)	241 (31,7)	515 (67,7)	210 (30,0)	96 (12,6)	264 (34,7)	381 (50,1)	20 (2,6)
Castilla-La Mancha	6 (1,9)	125 (40,6)	177 (57,5)	67 (23,3)	29 (9,4)	106 (34,4)	170 (55,2)	3 (1,0)
Islas Canarias	1 (0,3)	109 (36,6)	188 (63,1)	79 (29,9)	62 (20,8)	102 (34,2)	129 (43,3)	5 (1,7)
Aragón	6 (2,3)	90 (34,2)	167 (63,5)	74 (29,8)	39 (14,8)	91 (34,6)	128 (48,7)	5 (1,9)
Extremadura	2 (1,2)	60 (36,6)	102 (62,2)	35 (25,0)	16 (9,8)	50 (30,5)	95 (57,9)	3 (1,8)
Islas Baleares	6 (3,6)	62 (36,7)	101 (59,8)	41 (25,6)	36 (21,3)	63 (37,3)	68 (40,2)	2 (1,2)
Navarra	2 (1,3)	40 (26,7)	108 (72,0)	27 (18,6)	19 (12,7)	51 (34)	71 (47,3)	9 (6,0)
La Rioja	6 (5,8)	31 (30,1)	66 (64,1)	22 (22,7)	10 (9,7)	31 (30,1)	60 (58,3)	2 (1,9)
TOTAL	332 (1,6)	7673 (36,3)	13,147 (62,2)	5498 (28,2)	2572 (12,2)	7515 (35,5)	10.694 (50,6)	371 (1,8)

**Tabla S2** Distribución geográfica de la población española y de estudio

	Población		Muestra	
	N	%	%	N
Total	47.026.208			21.207
Andalucía	8.414.240	17,9	8,4	1979
Aragón	1.319.291	2,8	2,3	263
Asturias	1.022.800	2,2	36,2	7682
Islas Baleares	1.149.460	2,4	0,8	169
Islas Canarias	2.153.389	4,6	1,4	298
Cantabria	581.078	1,2	11,9	2529
Castilla y León	2.399.548	5,1	4,0	876
Castilla-La Mancha	2.032.863	4,32	1,4	308
Cataluña	7.675.217	16,32	4,5	965
Comunidad Valenciana	5.003.769	10,64	4,3	912
Extremadura	1.067.710	2,27	0,8	164
Galicia	2.699.499	5,74	3,6	761
Madrid	6.663.394	14,16	10,0	2116
Murcia	1.493.898	3,17	4,2	892
Navarra	654.214	1,39	0,7	150
País Vasco	2.207.776	4,69	4,7	985
La Rioja	316.798	0,67	0,5	103