UAB
Universitat Autònoma de Barcelona

Medidas farmacológicas y no-farmacológicas en la prevención del virus SARS-CoV-2: resultados del proyecto PSY-COVID

Corel Mateo Canedo

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons: https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons: https://creativecommons.org/licenses/?lang=es

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license: https://creativecommons.org/licenses/?lang=en

Medidas farmacológicas y no-farmacológicas en la prevención del virus SARS-CoV-2: resultados del proyecto PSY-COVID

Corel Mateo Canedo

Tesis Doctoral

Medidas farmacológicas y no-farmacológicas en la prevención del virus SARS-CoV-2: resultados del proyecto PSY-COVID

Corel Mateo Canedo

Tesis doctoral dirigida por el Dr. Antoni Sanz Ruiz
Tutor: Dr. Lluís Capdevilla

Programa de Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte
Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación
Universitat Autònoma de Barcelona

Enero 2024

Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la ayuda PANDE-00025 de l'Agència de Gestió d'Ajudes Universitàries i de Recerca (AGAUR) de la Generalitat de Catalunya.

AGRADECIMIENTOS

Iniciar y concluir una tesis doctoral son momentos que parecen livianos frente a un extenso y complejo camino donde el cansancio, las dudas y la frustración son compañeros de viaje constantes. Este recorrido, lleno de desafíos y descubrimientos, ha sido posible gracias al apoyo incondicional de personas excepcionales que no solo dejaron una huella, sino que son parte de este trabajo.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a Toni, cuya respuesta decidida a mi solicitud para que fuera mi director de tesis marcó el inicio de este camino (para nada lineal). Nuestras reuniones, cada vez más virtuales, siempre estuvieron centradas en lo humano, en la confianza y valores compartidos, fundamentales para llegar a este punto.

A Laura, mi primera gran guía en este camino, de quien aprendí tanto gracias a la confianza depositada en mí, y a poder haberte podido acompañar en parte de tu camino académico, compartiendo tus alegrías y tus miedos. Una parte de quien soy como profesional es tuyo.

A Neus, mi compañera del día a día, sin quien sin duda el trayecto recorrido hubiera sido, cuanto menos, mucho más aburrido. Las alegrías y frustraciones compartidas, siempre acompañadas por un cafecito, sin duda se van a quedar siempre en mí.

A Àngel, mi constante motivador, a pesar de no comprender completamente este mundo, entendió mis tiempos, frustraciones y necesidades. Y finalmente, a Bruno y Rufina, que cada uno en su etapa acompañó días y noches de trabajo, para que un trabajo tan solitario como puede ser la investigación nunca fuera tal.

Y por último a mis papás, quienes con entusiasmo me alentaron desde el primer día, incluso a la distancia, con la ilusión de que siquiera sus pasos. En especial a mi mamá, que sembró la semilla de estudiar fuera al no dejarme desaprovechar la oportunidad de enriquecer académicamente mis vacaciones. Pero sobre todo por su acompañamiento incondicional, no solo como madre, sino como una excelente profesional que comenzó mis estudios sin saber nada de psicología y terminó siendo una experta en todos los trabajos.

RESUMEN

Esta tesis tuvo como objetivo identificar los factores predictivos de la intención de realizar medidas preventivas ante el virus SARS-CoV-2 en la población española. Se llevaron a cabo dos estudios en diferentes momentos de la pandemia: el Estudio (E1) durante la primera ola de contagios, centrado en medidas no farmacológicas, y el Estudio (E2) un año después, enfocado en la vacunación de adultos jóvenes.

Ambos estudios formaron parte del proyecto PSY-COVID, que recopiló datos sobre variables comportamentales, cognitivas, sociales y sociodemográficas vinculadas al impacto de la pandemia. Se analizaron muestras de 15,131 participantes en el E1 y 2,120 en el E2, revelando similitudes y diferencias en las características demográficas.

Los instrumentos de evaluación se adaptaron a la evolución de la pandemia, explorando factores psicosociales y contextuales. Se utilizaron diseños transversales para obtener instantáneas de la situación en momentos específicos, aunque con limitaciones en la captura de la evolución temporal y el establecimiento de relaciones causales.

Para responder a los objetivos de la investigación, se desarrollaron modelos predictivos para la intención de realizar comportamientos preventivos en cada estudio. El E1 se centró en medidas no farmacológicas, destacando las

expectativas de autoeficacia como variable central. En el E2, el enfoque fue la vacunación, y el modelo que más predijo la intención de vacunación incluyó la actitud hacia la vacuna, la confianza en los científicos y sanitarios, la creencia en teorías conspirativas y el tiempo dedicado a informarse. Ambos estudios contribuyeron a comprender la interrelación entre comportamientos preventivos no farmacológicos y farmacológicos. Se señaló que la adopción de medidas no farmacológicas puede influir en la actitud hacia la vacunación y viceversa.

A pesar de las limitaciones, como sesgos representativos y la brecha intención-conducta, los estudios ofrecen contribuciones de utilidad para la formulación de políticas de salud pública en el contexto de la gestión de pandemias. Destacan la necesidad de abordar la desinformación, incluso en poblaciones educadas, y sugieren enfoques internacionales para futuras investigaciones y políticas de salud pública. En conclusión, la complejidad de los comportamientos preventivos en el contexto de la pandemia destaca la importancia de comprender las interacciones entre factores psicosociales para diseñar intervenciones efectivas.

ABSTRACT

This thesis aimed to identify predictive factors for the intention to take preventive measures against the SARS-CoV-2 virus in the Spanish population. Two studies were conducted at different stages of the pandemic: Study 1 (E1) during the first wave of infections, focusing on non-pharmacological measures, and Study 2 (E2) one year later, centered on the vaccination of young adults.

Both studies were part of the PSY-COVID project, which gathered data on behavioral, cognitive, social, and sociodemographic variables linked to the impact of the pandemic. Samples from 15,131 participants in E1 and 2,120 in E2 were analyzed, revealing similarities and differences in demographic characteristics.

Assessment instruments were adapted to the evolution of the pandemic, exploring psychosocial and contextual factors. Cross-sectional designs were used to capture snapshots of the situation at specific moments, though with limitations in capturing temporal evolution and establishing causal relationships.

To address the research objectives, predictive models for the intention to engage in preventive behaviors were developed in each study. E1 focused on non-pharmacological measures, highlighting self-efficacy expectations as a central variable. In E2, the focus was on vaccination, and the model that best predicted vaccination intention included attitudes toward the vaccine, trust in scientists

and healthcare professionals, belief in conspiracy theories, and time spent informing oneself. Both studies contributed to understanding the interrelation between non-pharmacological and pharmacological preventive behaviors. It was noted that the adoption of non-pharmacological measures can influence attitudes toward vaccination and vice versa.

Despite limitations such as representative biases and the intention-behavior gap, the studies offer valuable contributions for the formulation of public health policies in the context of pandemic management. They underscore the need to address misinformation, even in educated populations, and suggest international approaches for future research and public health policies. In conclusion, the complexity of preventive behaviors in the pandemic context highlights the importance of understanding the interplay of psychosocial factors to design effective interventions.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ARN ácido ribonucleico

CCAA comunidades autónomas

CEPI coalición para la innovación en la precaución de epidemias

COVID-19 enfermedad que toma el nombre del virus que la causa.

mARN molecula del ARN que transporta "mensajes" del ADN a los ribosomas donde se encuentran las proteínas

Mecanismo COVAX plataforma mundial que buscó garantizar el acceso equitativo a la vacuna contra el coronavirus

OMS Organización Mundial de la Salud

PNL Proyecto No de Ley

SARS-CoV-2 virus que causa la enfermedad del Coronavirus de 2019 (COVID-19)

UAB Universidad Autónoma de Barcelona

N Número de casos

M Media

SD Desviación Estándar

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Evolución de casos en la primera ola 22

Figura 2. Número de casos de infeccion por SARS-COV-2 en España, en la segunda y tercera oleada 24

Figura 3. Número de casos diarios e ingresos en UCI por coronavirus en España, durante el primer año de la pandemia 24

Figura 4 Evolución de las muertes diarias durante la pandemia en España 25

Figura 5 Incidencia de casos de Sarampión y Rubeola y cobertura de vacunación con triple vírica en España 26

Tabla 1. Vacunas disponibles en España 30

Tabla 2. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España 33

Figura 6. Cantidad de dosis administradas por día en España para el COVID 19 34

Figura 7. Número de muertes semanales por COVID-19 por millón de Personas. 35

Figura 8. Proceso de replica y posibilidad de mutaciones del virus Sars-CoV-2 38

Figura 9. Crecimiento del PIB anual en España durante los años 2012-2022 41

Figura 10. Exceso de mortalidad: Proyección comparada de muertes por toda causa para 2022-2023 44

CAPÍTULO 2.

Figura 11 Centros de investigación de pertenencia de los integrantes 56

del proyecto PSY-COVID

Figura 12 Período de difusión del cuestionario PSY-COVID 58

Tabla 3 Participantes en la primera ola del estudio PSY-COVID 63

Tabla 4 Modelos sociocognitivos en promoción de salud 72

CAPÍTULO 3.

Tabla 5 Variables predictivas y Outcome extraídas de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica de alcance previo al E1. 78

Tabla 6 Variables evaluadas e incluidas en el modelo predictivo (E1) 116

CAPÍTULO 4.

Tabla 7. Variables predictivas y Outcome extraídas de los estudio incluidos en la revisión bibliográfica de alcance previo al estudio E2 121

Tabla 8. Caracteristicas metodológicas de los estudios Tabla 7 122

Tabla 9. Variables evaluadas e incluidas en el modelo predictivo (E2) 131

Tabla 10. Características de las muestras de los estudios E1 y E2 138

Tabla 11 Índices de consistencia interna alpha de Conbach obtenidos de la base de datos de la ola primera 144

Tabla de contenidos

Agradecimientos III

Resumen V

Abstract VII

Glosario de abreviaturas IX

Índice de figuras y tablas X

Tabla de contenidos XII

Prefacio XVI

1. Capítulo 1. Introducción general 19

1.1 Antecedentes

1.1.1 Marco de la pandemia

Evolución de la pandemia

Medidas de prevención

Confianza

1.1.2 Efectos de la pandemia

1.1.2.1 Efectos económicos

1.1.2.2 Efectos en la salud y el sistema sanitario

1.1.2.3 Salud mental

1.1.2.4 Efectos sociales

2. Capítulo 2. El Proyecto PSY COVID 53

2.1. Fundamentos Proyecto PSY COVID

2.1.1 Fase Desarrollo (A)

2.1.1.1 Difusión y gestión

2.1.1.2 Desarrollo del formulario

Revisión de la literatura

Desarrollo del formulario

Propuesta inicial de variables, ítems e instrumentos

Validación lingüística y de contenido del panel de expertos

Prueba de usabilidad y ergometría

Elaboración de la versión final del prototipo del formulario y traducción

2.1.2 Fase Estudio de Campo (B)

2.1.3 Fase Data Paper (C)

2.1.4 Fase Publicaciones (D)

2.2 Modelos sociocognitivos promoción salud

2.3 Objetivos de la tesis

Objetivo general

Objetivo E1

Objetivo E2

Capítulo 3. Estudio 1 75

Capítulo 4. Estudio 2 118

Capítulo 5. Discusión 133

5.1 Síntesis de los estudios

5.1.1 Características de las muestras

5.1.2 Instrumentos de evaluación

5.1.3 Modelos predictivos

Estudio 1 “Predictive factors of non-pharmacological measures to prevent SARS-CoV-2 contagion: Results of a large adult Spanish sample from the PSY-COVID study.”

Estudio 2 “Predictive factors of hesitancy to vaccination against SARS-CoV-2 virus in young adults in Spain: Results from th PSY-COVID study”

5.2 Fortalezas y limitaciones de la investigación

5.3 Direcciones futuras de investigación

5.4 Conclusión

Referencias 157

Anexos 182

1. Aprobación Comité de Ética UAB
2. Formulario PSY- COVID Primera ola España
3. PSY-Covid Data Counter Estudio 1
4. PSY-Covid Data Counter Estudio 2

5. Formulario PSY-COVID Segunda ola, España
6. PSY-Covid Primera ola listado de ítems
7. PSY-Covid Segunda ola listado de ítems

PREFACIO

Esta tesis ha experimentado profundas transformaciones desde que fue imaginada por primera vez en 2018. En cuanto a su contenido, debería haber sido un conjunto de estudios relacionados con los determinantes de la motivación para la práctica de la actividad física en la naturaleza, en el contexto de un proyecto (NAT: Terapias de Actividad en la Naturaleza) que acabada de ver la luz. Pero recién iniciado el primer estudio de la tesis, esta, el proyecto que la enmarcaba, el grupo de investigación que la sustentaba y la humanidad entera, fueron (fuimos) arrollados por un acontecimiento histórico, la pandemia de COVID-19. De un lado, el proyecto NAT, por su esencia inherentemente de campo (literalmente "de campo"), quedaba en suspenso y postergado con las sucesivas olas y las limitaciones de movilidad que, adoptaban los agentes de la gobernanza sanitaria. Pero, por otro lado, la pandemia representó en sí misma una oportunidad única para analizar comportamientos humanos que se sospechaban entonces (y se supo más tarde) de altísima relevancia. Si en el origen de la tesis, tal y como se expresó en la versión original del plan de investigación, se conjugaba la salud humana (alcanzable a través de la práctica de la actividad física en contextos naturales) con autoeficacias, expectativas de resultados, normas sociales subjetivas, intenciones para la acción, barreras percibidas y otros constructos afines, el proyecto PSY-COVID, daba la oportunidad de analizar ese mismo marco conceptual en relación a comportamientos, no ya ligados con la calidad de vida o el bienestar, sino

directamente con la supervivencia, en un sentido literal, de cada persona. Por tanto, los riesgos y las oportunidades que ofreció la pandemia llevaron a hacer mutar el objeto de estudio (de la práctica de actividad física en la naturaleza a la adopción de conductas de prevención del SARS-CoV-2), pero no sus antecedentes (o determinantes), expresados en el marco conceptual. El hecho de que al proyecto PSY-COVID le fuese otorgada una financiación competitiva, que coincidía temporalmente con el período de ejecución de la tesis, fue el factor definitivo que marcó el paso de la intención a la acción, de reorientar la pregunta de investigación, preservando en buena medida la esencia teórica y metodológica.

Diversos factores han hecho que, al término del período legal de depósito de esta tesis doctoral, uno de los dos artículos que debían constituirla estuviera ya **publicado** en la revista ***Vaccine: X*** (cuartil Q1, SJR, salud pública, ambiental y ocupacional). Sin embargo, el otro artículo que debía formar parte de la tesis se encuentra **publicado** como *preprint* en el repositorio MedRXiV y sometido a publicación en la revista ***Perspectives in Public Health*** (cuartil Q2, SJR, salud pública, ambiental y ocupacional). Dado que la normativa sobre tesis por compendio de publicaciones del programa de doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte de la UAB prevé que ambos artículos estén aceptados para su publicación en revistas con evaluación por pares, condición que aún no se cumplía para el segundo de ellos en el momento de iniciar la redacción de la tesis, se decidió, por coherencia y compromiso, mantener la estructura *de facto*

de esta como un compendio. Finalmente, la tesis se ha depositado formalmente como monografía, si bien se ha preservado su estructura original como compendio de un artículo revisado por pares y un *preprint*. Permítaseme emplear la expresión “cuasi-compendio” para definir la naturaleza del documento que viene a continuación.

CAPÍTULO 1.

INTRODUCCIÓN GENERAL

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1 Antecedentes

1.1.1 Marco de la Pandemia

A principios del año 2020, la humanidad tuvo que enfrentarse a un desafío sin precedentes, redefiniendo las nociones de salud pública y de comportamiento social. El contagio por el virus SARS-CoV-2, declarado oficialmente como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, generó nuevos desafíos a nivel global para la vida cotidiana de las personas, así como para el abordaje de esta nueva realidad por parte de las instituciones públicas y privadas.

Específicamente, en España el primer caso confirmado oficialmente se diagnosticó el 31 de enero del año 2020 en las Islas Canarias (El País, 2020); se trataba de una turista alemana de vacaciones en la isla de la Gomera. En la península, se confirmaron los primeros casos de contagio unas semanas más tarde, en las comunidades de Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana. A partir del 9 de marzo de ese año comenzaron a cancelarse actividades sociales y académicas. Tan solo dos días después, el 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) declaró la pandemia por Covid-19 a escala mundial y el 14 de marzo se declaró el estado de alarma en España por el crecimiento exponencial de casos, inicialmente propuesto de una duración de dos semanas

(Real Decreto 463/2020). Esta medida excepcional permitió hacer frente a la situación de emergencia sanitaria, conteniendo la propagación del virus y poniendo al Sistema Nacional de Salud en el epicentro de la respuesta de los actores de la gobernanza sanitaria. En este contexto, el gobierno español limitó la circulación ciudadana, decretó el cierre de gran parte de los centros educativos, comercios, lugares de ocio y culturales. Las medidas adoptadas se mantuvieron inicialmente de forma centralizada a nivel nacional. El día 1 de abril de 2020, la que más tarde se reconocería como "primera ola de la pandemia de COVID-19" (ver Figura 1), se llegó al pico de mortalidad, con 950 muertes en un solo día. La cantidad de contagios y muertes producidas diariamente comenzó a descender a partir de ese momento, por lo que a partir del mes de mayo las autoridades decidieron iniciar la "desescalada" de medidas restrictivas para inaugurar lo que fue definido como una "nueva normalidad" (Figuras 2, 3 y 4).

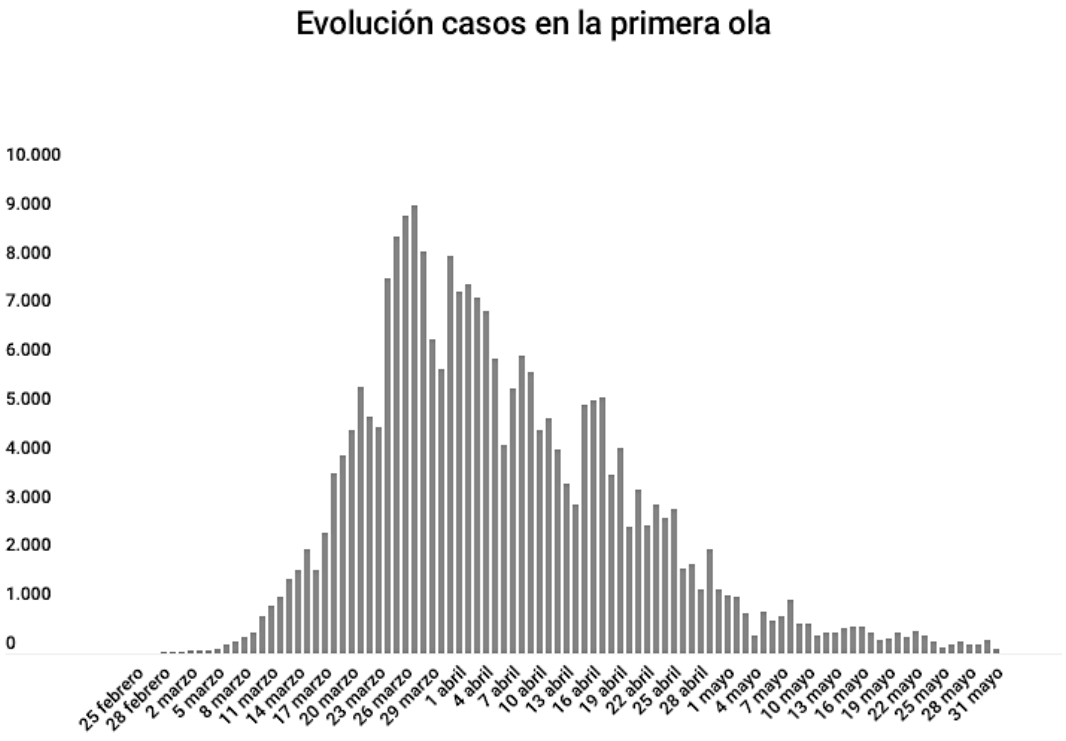


Figura 1. Número de casos de infección por SARS-CoV-2 en España durante la primera ola de la pandemia de COVID-19. Fuente: El independiente, 2021; Statista, 2023.

Durante los primeros días se habilitaron dos franjas horarias para realizar paseos y actividad física en el exterior. El día 11 de mayo finalizó oficialmente el que más tarde se reconoció como “primer confinamiento”, dando comienzo a la primera de las cuatro fases, con una reapertura gradual del país en función de la situación de cada provincia y municipio. El día 21 de junio de 2020 llegó a su fin la desescalada en toda España, acompañada del cese de la sexta prórroga del estado de alarma. A partir de este momento se puso en marcha el Plan de Transición hacia una “nueva normalidad”. A pesar de la progresiva flexibilización

de las restricciones en esta nueva etapa de la pandemia, se adoptaron una serie de medidas para continuar con el plan de prevención de salud (Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio). Estas medidas fueron impulsadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en una respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19 ajustada a la situación sanitaria de cada momento. Este sistema abordó la coordinación de las distintas áreas territoriales para asegurar una acción conjunta de autoridades sanitarias estatales y de las comunidades autónomas (CCAA) en un sistema global (Ministerio de Sanidad, 2003). Esta situación excepcional, acorde con la excepcionalidad de la situación sanitaria, se trató de la primera vez que se han puesto en práctica de manera formal medidas coordinadas en materia de sanidad, adoptadas por todas las comunidades autónomas.

Por el aumento de contagios en los meses de verano, en agosto de 2020 se cerraron centros de ocio y se limitaron los horarios de los lugares de restauración. El día 25 de octubre de 2020 se acordó un nuevo estado de alarma en España, el cual incluyó una medida novedosa hasta el momento: el toque de queda a partir de las 22 horas, con el objetivo de reducir las situaciones de contagio. Esta medida se alargó hasta el 9 de mayo de 2021.

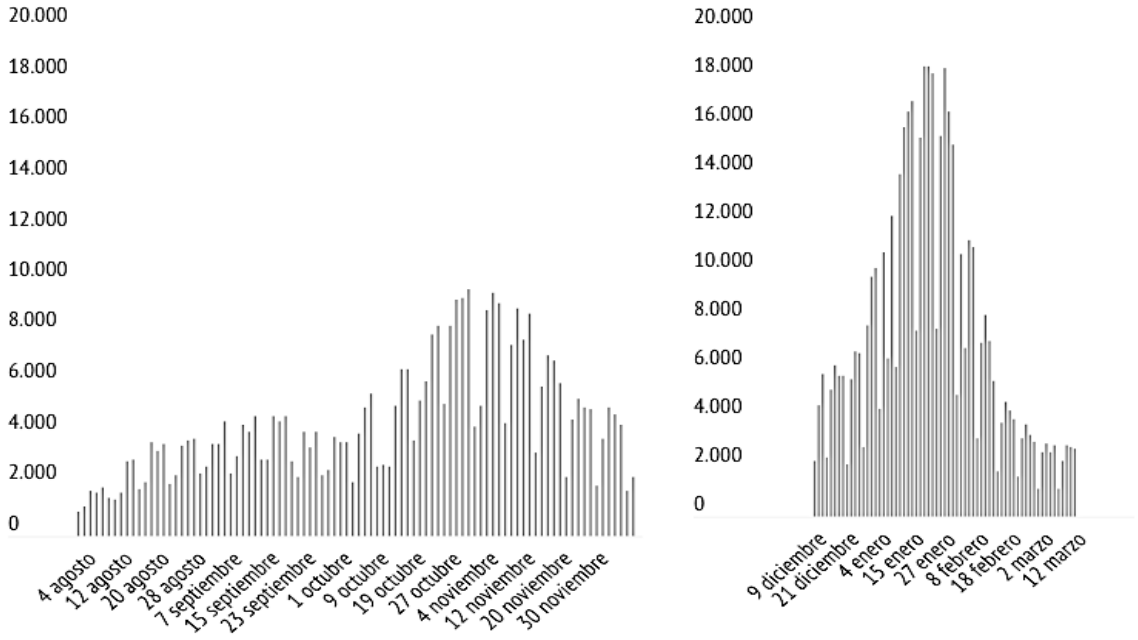


Figura 2. Número de casos de infección por SARS-CoV-2 en España durante la segunda y tercera ola de la pandemia de COVID-19. Ministerio de Sanidad

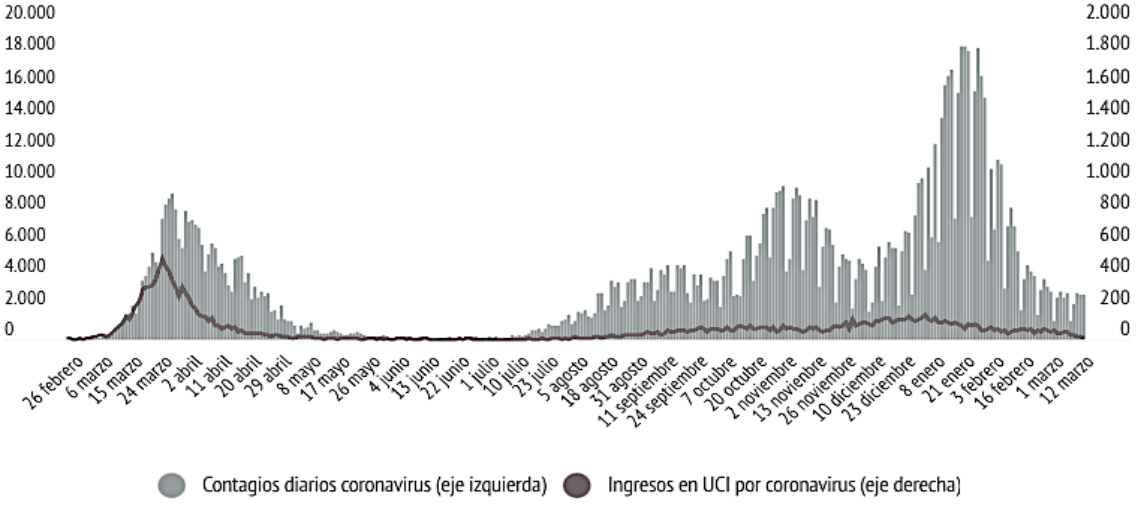


Figura 3. Número de casos diarios e ingresos en UCI por coronavirus en España durante el primer año de la pandemia de COVID-19. Ministerio de Sanidad, España

Figura 4. Número de muertes diarias por coronavirus en España durante el primer año de la pandemia de COVID-19. Fuente: Ministerio de Sanidad

Paralelamente a las medidas gubernamentales destinadas a contener la propagación del SARS-CoV-2, adaptadas a la evolución de los datos epidemiológicos, se llevó a cabo un proceso integral de desarrollo, difusión y aplicación de vacunas con el propósito de resguardar a la población frente al virus. El proceso de desarrollo de la vacuna generó polémica y desconfianza debido a que la emergencia sanitaria llevó a una aceleración de sus fases de producción (Lin et al, 2020).

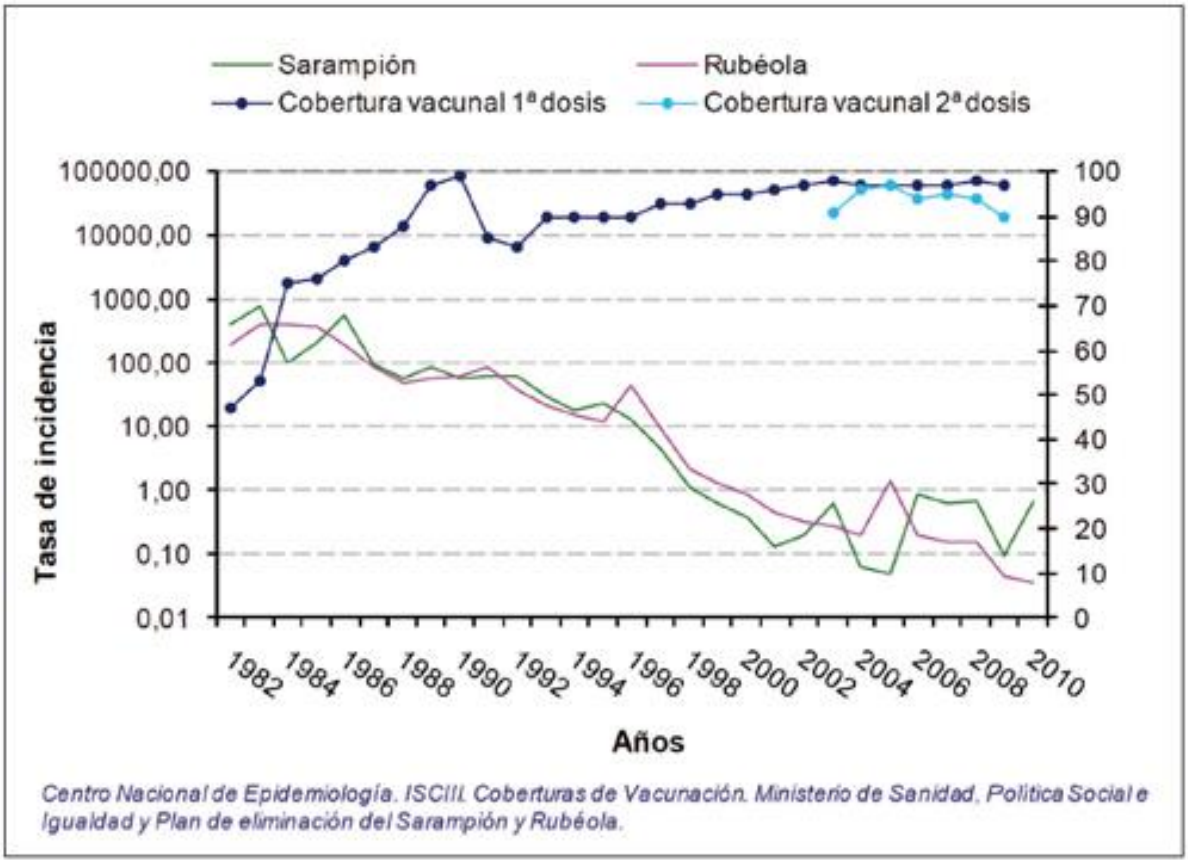


Figura 5. Incidencia de casos de Sarampión y Rubéola y coberturas de vacunación con triple vírica en España. (Bermejo, 2012)

Las vacunas han demostrado ser un instrumento esencial en la lucha contra las enfermedades infecciosas, desempeñando un papel crucial en la prevención y control de brotes epidémicos. Históricamente se han visto los efectos de las vacunas en el sarampión y la viruela, enfermedades que en el pasado causaban estragos y hoy son ejemplos elocuentes del poder de la inmunización (Figura 5; Bermejo, 2012).

El sarampión, una enfermedad altamente contagiosa causada por el virus homónimo de la familia paramyxoviridiae, solía ser una amenaza constante, especialmente entre los niños. Sin embargo, las campañas de vacunación masiva han demostrado ser altamente efectivas para prevenir la propagación del virus y han llevado a la erradicación completa en varias regiones del mundo (Plotkin et al., 2007). Otro caso histórico relevante fue el combate del virus de la viruela. Esta enfermedad causó sufrimiento y muerte en gran escala. La introducción de la vacuna contra la viruela, desarrollada a fines del siglo XVIII, marcó el comienzo de una nueva era en la medicina preventiva. A través de esfuerzos internacionales coordinados, la vacunación masiva logró la erradicación global de la viruela en 1980, convirtiéndola en la primera enfermedad humana eliminada deliberadamente (Sosa-Díaz, 2022).

La importancia de las vacunas se extiende más allá de la protección individual. Contribuyen a la inmunidad colectiva, reduciendo la transmisión de enfermedades y protegiendo a quienes no pueden recibir vacunas por razones etarias o de condiciones de enfermedad crónica, como aquellos con sistemas inmunológicos debilitados. A su vez, la inmunización efectiva de la población puede prevenir la reaparición de enfermedades que parecían estar controladas.

Las investigaciones previas sobre la familia de coronavirus, como el SARS-CoV-1 y el MERS-CoV, ambos síndromes respiratorios con grandes similitudes con el SARS-CoV-2 en cuanto a su estructura y modo de infección, permitió la

aceleración de este proceso productivo. Por otro lado, al ser una prioridad mundial, los gobiernos y numerosas organizaciones de todo el mundo proporcionaron financiación urgente para la investigación, desarrollo, fabricación y distribución de vacunas. Estas ayudas eliminaron dificultades financieras y permitieron a las empresas farmacéuticas acelerar su trabajo de forma significativa.

Los ensayos clínicos de las vacunas COVID-19 se llevaron a cabo con un procedimiento inusual de fases superpuestas (I, II y III) para acelerar el proceso siempre manteniendo los estándares de seguridad y eficacia necesarios. Las empresas farmacéuticas comenzaron a producir dosis de las vacunas que demostraron ser seguras y efectivas en los ensayos preliminares, antes de obtener aprobaciones regulatorias definitivas. Este arriesgado enfoque de producción en paralelo aceleró la disponibilidad de vacunas una vez lograda su aprobación, así como generó controversias y desconfianza en la población, convenientemente amplificada por determinadas agendas políticas.

En esta carrera por reducir los efectos devastadores del SARS-CoV-2, las empresas farmacéuticas desplegaron diversas tecnologías para desarrollar vacunas de amplio espectro, efectivas no solo contra la cepa original del virus sino también contra las variantes que pudieran surgir. Entre estas se destacan las vacunas de ARN mensajero (mRNA), como fueron las desarrolladas por Pfizer-BioNTech y Moderna. Estas revolucionarias vacunas funcionan

proporcionando instrucciones genéticas al cuerpo para producir una proteína viral (los antígenos), desencadenando así una respuesta inmunitaria que la reconoce y neutraliza. Si bien las vacunas clásicas también tienen el mismo objetivo, lo hacen introduciendo directamente el virus en el cuerpo (de forma atenuada o inactivada). La vacuna de ARN mensajero lleva a que el cuerpo genere anticuerpos a partir de la producción directa de antígenos por parte de las células. Esta nueva tecnología, así como la velocidad en la que se llevó a cabo todo el proceso de desarrollo de la vacuna, generó preocupaciones sobre la seguridad a largo plazo y la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna. Sin embargo, estudios exhaustivos han mostrado su seguridad, así como la levedad y temporalidad de los efectos secundarios que produce en la mayoría de la población (Sharif et al., 2021).

España se sumó a los ensayos clínicos de vacunas tempranamente, a mediados de 2020 (Tabla 1). A principios de noviembre de ese año, Pfizer BionTech informó de una eficacia del 90%-95%. Paralelamente a la carrera por conseguir una vacuna eficaz y segura, el 23 de diciembre se anunció una nueva cepa del SARS-CoV-2, la variante alfa (conocida como “cepa británica”), con una mayor capacidad infectiva en comparación con las anteriores (tasa de transmisión R entre 0,4 y 0,7).; los siguientes meses, esta variante fue la dominante en muchos países europeos. A finales de ese año, se aprobaron las primeras vacunas en el país, comenzando con Pfizer BioNTech el 27 de diciembre de 2020 y en enero de 2021 con Moderna y AstraZeneca, marcando el inicio de la fase de vacunación

masiva. El despliegue logístico para distribuir las vacunas incluyó la gestión de la cadena de frío necesaria para garantizar la eficacia de las vacunas. El comienzo de la vacunación coincidió con una tercera ola de contagios potenciada por la flexibilización de las medidas por las fiestas navideñas y de fin de año.

Tabla 1. Vacunas disponibles en España. Fuente: Gómez Marco et al.,2021

Farmacéutica	Tecnología	Esquema vacunal	Fecha de autorización	Eficacia global tras pauta completa (IC 95%)
BioN-Tech/Pfizer Comirnaty®	ARNm codifica la proteína S	2 dosis: 0-21 días	22 de diciembre de 2020	95,0 (90,0; 97,9)
Moderna	ARNm codifica la proteína S	2 dosis: 0-28 días	8 de enero de 2021	94,1 (89,3; 96,8)
Oxford/Astra-Zeneca Vaxzevria®	Adenovirus d chimpancé vehiculiza la proteína S	2 dosis: 0-28 días	1 de febrero de 2021	59,5 (45,8; 69,7)
Janssen	Adenovirus humano 26 vehiculiza la proteína S	1 dosis	15 de marzo de 2021	66,1 (55,01; 74,8)

Si bien la Organización Mundial de la Salud había fijado como objetivo iniciar la inmunización contra el coronavirus en 220 países en los primeros 100 días de 2021, dicha meta no fue alcanzada. Entre otras cuestiones, resultó determinante la desigual distribución de las dosis prometidas a los diferentes países. Para contrarrestar esta situación se instrumentó el Mecanismo de Acceso Mundial a

las Vacunas COVID-19 (mecanismo COVAX) codirigido por la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, la Coalición para la Innovación en la Preparación de Epidemias (CEPI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (UNICEF, 2021). Sin embargo, el 87% de los vacunados se encontraba en "economías ricas" y apenas se había llegado a vacunar al 0.2% de la población. (El País, 2021; La Vanguardia, 2021)

La financiación del proceso de vacunación resultó un desafío, dado que incluyó el objetivo de adquisición y distribución de las vacunas, la realización de tratamientos y test de diagnóstico y la realización acciones fundamentales para llevar a cabo la inmunización (compra de frigoríficos y trajes de protección, formación del personal sanitario, campañas de información, etc.).

El 14 de mayo de 2021 se aprobó la Proposición No de Ley (PNL) que se impulsó desde diferentes asociaciones para pedir al gobierno de España y del resto de países de la Unión Europea, la realización de un mayor esfuerzo para alcanzar el objetivo de distribuir vacunas en todo el mundo, incluyendo los países de ingresos bajos y medio-bajos. (UNICEF, 2021).

Para ello, la PNL se centra en tres aspectos claves:

1) Donar el excedente de vacunas de cada país a aquellos que no disponen de ellas y que lo hagan a través del Mecanismo COVAX.
2) Impulsar un aumento de la producción global de vacunas, con la eliminación de las patentes, como medida excepcional.
3) Incentivar el aumento de financiación para la adquisición de vacunas y suministros.

Las fases de vacunación se desarrollaron en España a partir del 27 de diciembre de 2020, de forma coordinada con la Comisión Europea y con el resto de los países de la UE, priorizando a perfiles de riesgo como residentes de centros de mayores y personal sanitario. Progresivamente, y con la disposición de más dosis, se extendió a otros grupos de alto riesgo hasta el mes de marzo (Tabla 2). La estrategia de vacunación estableció 4 etapas, siendo la etapa 2, definida por cohortes de edad, la de mayor relevancia poblacional (Vacunación COVID-19 Gobierno de España, 2020). A lo largo de 2021 y 2022, España logró alcanzar importantes metas de cobertura de vacunación, inmunizando a una proporción significativa de la población contra formas graves de la enfermedad, y siendo uno de los países que había logrado una mayor tasa vacunal a finales de 2021.

Tabla 2. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España.

Etapa	Etapa 0	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Duración	Diciembre-2020	Diciembre 2020 - febrero 2021	Febrero 2021- junio 2021	Junio 2021 - actualidad
Grupo poblacional	Residentes y personal en centros de mayores	Residentes y personal en centros de mayores	>80 años	40-49 años
	Personal sanitario de primera línea	Personas con condiciones de muy alto riesgo	30-39 años	
	Otro personal sanitario y sociosanitario	Otro personal sanitario y sociosanitario	20-29 años	
	Grandes dependientes no institucionalizados	Trabajadores esenciales	12-19 años	
		70 - 79 años	5-11 años	
		60-65 años		
		66-69 años		
		50-59 años		

Este proceso, probablemente por lecciones aprendidas del primer año de pandemia, estuvo acompañado por una comunicación que buscaba la transparencia. Desde el principio, se proporcionaron actualizaciones diarias sobre el desarrollo de las vacunas, el porcentaje de eficacia de estas, su nivel de seguridad, el progreso de la campaña de vacunación en cada país, el número de dosis administradas, etc.

A lo largo de 2021 y 2022 se intensificó la vigilancia epidemiológica para detectar variantes del virus SARS-CoV-2. Estas dificultades añadidas llevaron a un ajuste en las estrategias de vacunación y a la revisión constante de la efectividad de las vacunas. Las campañas específicas de refuerzo y las adaptaciones a las dosis administradas se introdujeron para acompañar las mutaciones del virus. A partir del inicio de la campaña de vacunación, el nivel de personas hospitalizadas por la enfermedad de COVID-19 y el número de muertes se vio reducido drásticamente.

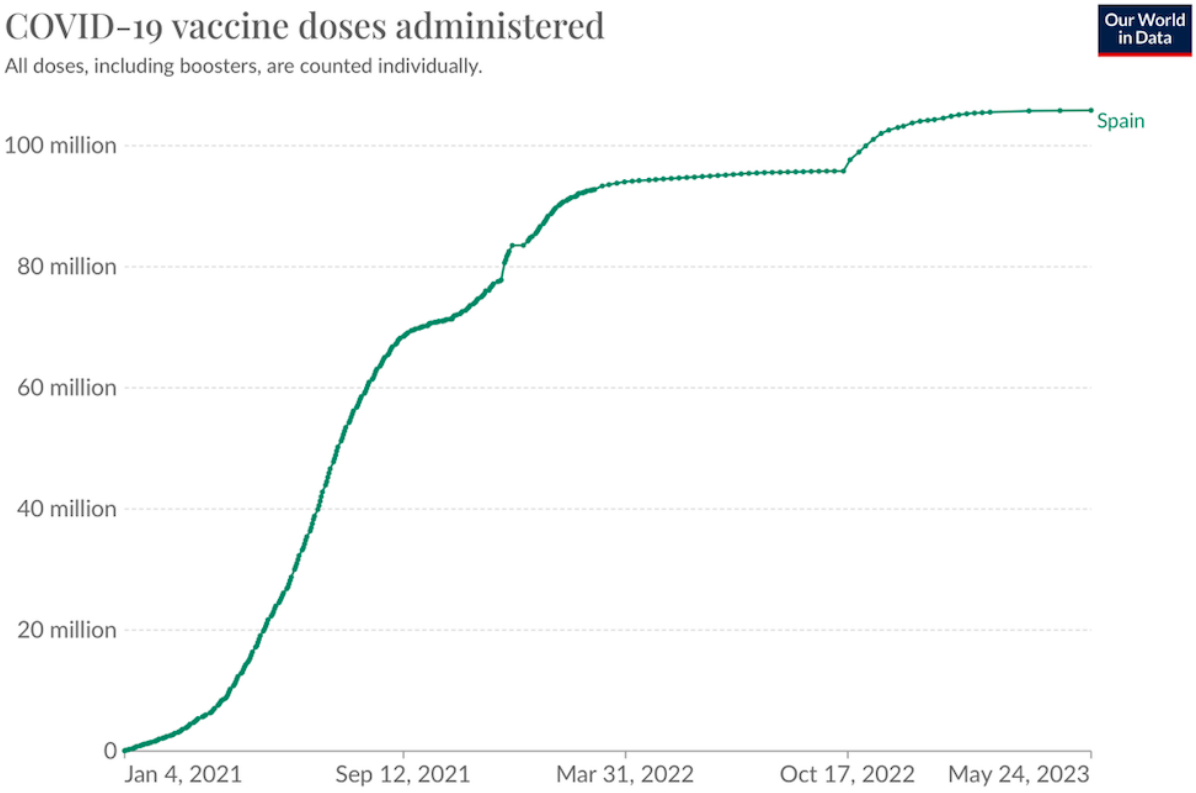


Figura 6: Cantidad de dosis administradas por día en España. Fuente: Our World in Data

Se estima que, desde la primera vacunación en diciembre de 2020 hasta diciembre de 2021, la vacunación puedo haber evitado 14.4 millones de muertes en todo el mundo (IC95% 13.7M-15.9M; Watson et al., 2022).

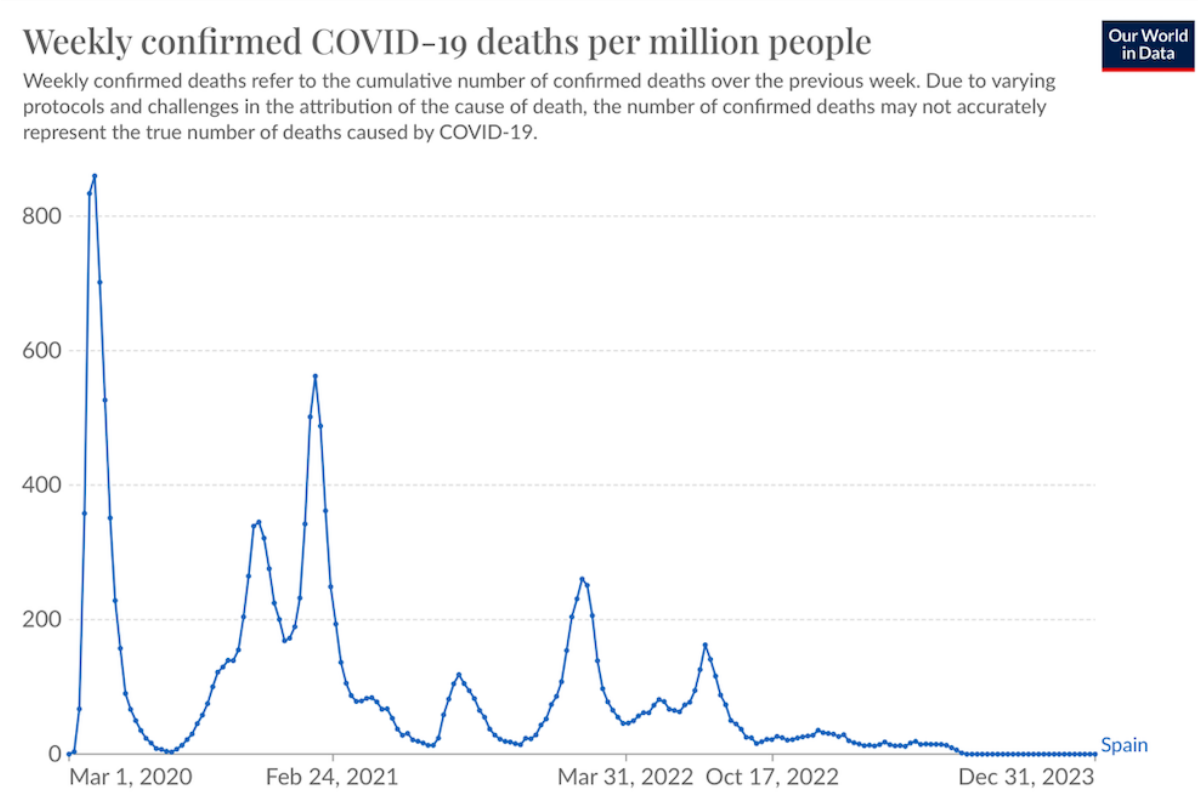


Figura 7. Número de muertes semanales por COVID-19 por millón de personas. Fuente: Our World in data.

Las dificultades añadidas por la aparición de nuevas variantes del virus durante la campaña de vacunación llevaron a un mantenimiento y fortalecimiento de las medidas no farmacológicas de prevención de salud como medida complementaria para reducir la cantidad de contagios, enfermedades y muertes. En junio de 2020 se creó el Grupo de Trabajo de la OMS sobre Evolución Viral, enfocado en las variantes del SARS-CoV-2. Posteriormente, este grupo se convirtió en el Grupo Consultivo Técnico sobre la Evolución del Virus SARS-CoV-2. La identificación a finales del año 2020 de la variante Omicron, que

representaban un riesgo más elevado para la salud pública, llevó a la OMS a categorizar a algunas de ellas como “variantes de interés” y “variantes preocupantes”, con el objetivo de establecer prioridades en la vigilancia y la investigación a nivel internacional, así como para orientar y ajustar la respuesta a la enfermedad derivada (OMS, 2023).

Sintomatología de la infección por SARS-CoV-2

Los síntomas de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 pueden variar intra e interpersonalmente. A pesar de ello, en la primera ola de contagios de la pandemia, los síntomas más comunes mostraron similitudes internacionalmente, al estar basada en la cepa original. Estos síntomas incluían:

- Fiebre
- Tos seca
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares
- Pérdida de gusto y olfato
- Dolor de garganta y cabeza
- Congestión nasal

A medida que se ha estudiado más en detalle la manifestación del virus SARS-CoV-2, se han identificado otros síntomas y signos, que han ido variando a su

vez a medida que aparecían nuevas cepas de este. A su vez, se ha observado que la presentación de la enfermedad puede variar considerablemente, incluyendo casos asintomáticos, sintomáticos leves o casos de gravedad que necesitan atención médica y hospitalización. Se descubrió que las personas asintomáticas (que no presentan síntomas o que aún no los han desarrollado) podían transmitir el virus a otras personas (Pollock & Lancaster, 2020). Esta información llevó a enfatizar la importancia del distanciamiento social y el resto de las medidas preventivas a pesar de no presentar síntomas evidentes.

Transmisióny replicación del virus SARS-CoV-2

Siendo un aspecto primordial a lo largo del primer año de la pandemia, el conocimiento sobre el SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa se acumuló aceleradamente. La información sobre la transmisión del virus ha ido experimentando cambios constantes y actualizándose desde entonces. Inicialmente se sostenía que las principales vías de transmisión eran el contacto directo (Chen et al, 2020) y las gotas respiratorias de gran tamaño expulsadas por personas infectadas por medio de la tos o el estornudo. Progresivamente, se ha reconocido cada vez más la relevancia de las partículas más pequeñas (aerosoles) que pueden permanecer en el aire más tiempo y ser inhaladas por otras personas (Tang et al., 2020). A partir de este cuerpo de conocimiento, cambió el foco de la contaminación de superficies y objetos como principal forma de propagación del virus hacia la transmisión directa de persona a

persona, específicamente a través de los aerosoles. Por ello, las medidas preventivas vinculadas a la limpieza de superficies y de objetos que provenían de espacios exteriores dejaron de ser las medidas principales dejando paso a la ventilación de espacios cerrados y a la priorización de los espacios abiertos para el intercambio social entre personas.

Una vez en el huésped, el virus SARS-CoV-2 se acopla a través de la espiga S a los receptores de membrana ACE, presentes en diversos tipos celulares pero particularment expresada en las células epiteliales del pulmón, i e inicia su replicación instracelular (Figura 8).

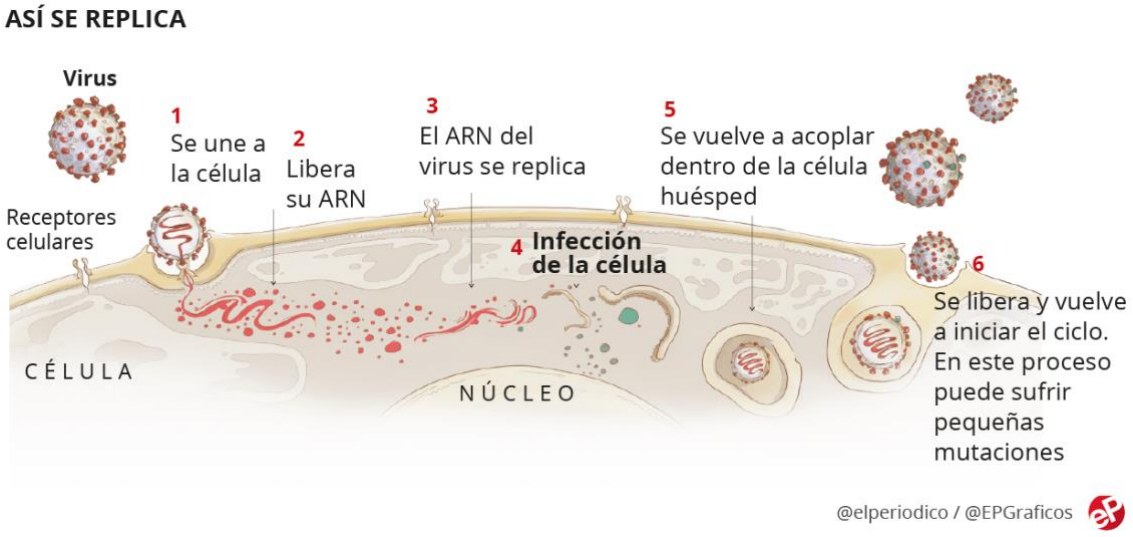


Figura 8. Modelo de replicación del virus SARS-CoV-2. Fuente: El Periódico de Catalunya, 2020.

Medidas de prevención

En este contexto, la puesta en práctica de medidas no farmacológicas para prevenir la transmisión del virus resultó esencial. Dentro de estas medidas se destaca el confinamiento domiciliario, el uso de mascarillas, la limpieza de manos y el distanciamiento físico. Este tipo de conductas preventivas de nivel individual fue esencial para proteger tanto a la población general como a aquellas personas que sufren algún tipo de riesgo de salud específico, y complementaban a otras medidas altamente eficaces de nivel poblacional (Méndez-Brito et al., 2021). Como se indicó anteriormente, la rapidez con la que el virus se extendió por España llevó a las autoridades a implementar medidas drásticas de confinamiento en marzo de 2020. Estas medidas fueron esenciales para detener el contagio del virus, la gravedad del cuadro sintomático y las muertes generadas, intentando evitar el colapso del sistema sanitario.

En el ámbito nacional, la respuesta a las medidas preventivas fue variada. Mientras muchos ciudadanos acataron las restricciones y adoptaron comportamientos preventivos, otros manifestaron resistencia, ya sea por motivos económicos, sociales o psicológicos. La percepción de la amenaza y la confianza en las instituciones desempeñaron un papel crucial en la aceptación o rechazo de las medidas de prevención.

Confianza

La evolución constante en los conocimientos científicos sobre el SARS-CoV-2 y la COVID-19 ha mostrado el proceso de adquisición de conocimiento científico.

A medida que se recopilan más datos y se realizan investigaciones adicionales, se actualizan las pautas para reflejar la mejor comprensión actual del virus. La rapidez con la que se han producido cambios en la información sobre la sintomatología y la transmisión del virus ha generado cierta incertidumbre, llegando en algunos casos a debilitar la confianza de la población en las instituciones científicas y gubernamentales. En los primeros meses de la pandemia se percibía una falta de entendimiento y coherencia en los discursos sobre la enfermedad, lo que generó ciertos niveles de escepticismo en algunos sectores de la población. En particular, se ha sugerido que durante la primera ola de la COVID-19, la gobernanza sanitaria en España se caracterizó por falta de predictibilidad, de transparencia y de participación poblacional en la toma de decisiones (Royo, 2020).

1.1.2 Efectos de la pandemia

1.1.2.1 Efectos económicos

Las medidas restrictivas durante los primeros meses de pandemia condujeron a una disminución de la actividad empresarial, lo cual conllevó consecuencias económicas significativas tanto a nivel global como a nivel nacional. Se ha constatado que es la primera vez desde finales del siglo XIX que tantas economías sufren una recesión tan severa simultáneamente (Banco Mundial, 2020). La mayoría de las economías sufrieron una contracción del producto interior bruto (PIB) durante el primer año de la pandemia. Específicamente, la

caída se concentró en el primer semestre del año como reflejo de las estrictas medidas restrictivas (de las que destaca el confinamiento domiciliario y las restricciones de movilidad) necesarias para la contención de la enfermedad. A nivel mundial, se produjo una caída del 3%, mientras que en Europa y Asia central la caída fue del 5,6%. España fue el país más afectado de Europa, con una caída del 11,3% del PIB (Figura 9), probablemente por los efectos de la pandemia en los ingresos en las ramas cuya actividad requiere mayor interacción social como el turismo.

Figura 9. Crecimiento del PIB anual en España durante los años 2012-2022. Fuente: Statista. Datos sobre las cuentas nacionales del Banco Mundial y archivos de datos sobre cuentas nacionales de la OCDE, 2022.

Por otro lado, la tasa de desempleo, considerada como la proporción de la población activa desempleada, aumentó significativamente debido a las restricciones de movilidad y al cierre de empresas. Mundo 5.5 a 6.9 % mundial, Europa y Asia central de 6.6% a 7.1% España 14.1 a 15.5%.

Durante esta etapa una de las medidas laborales esenciales en España para gestionar los impactos económicos y laborales fueron los ERTEs (Expedientes de Regulación Temporal de Empleo). Esta medida se utiliza para gestionar situaciones excepcionales en las que una empresa se ve afectada por circunstancias que pueden ser temporales, como lo fue la emergencia sanitaria del COVID-19(Real Decreto Legislativo 2/2015, 2015; Servicio Público de empleo estatal, 2020).

Cuando una empresa enfrentó dificultades económicas temporales podía optar por solicitar un ERTE, pudiendo suspender durante un período específico los contratos de trabajo o reducir la jornada laboral de los empleados mientras duren las dificultades excepcionales. Esto permitía a la empresa evitar despidos masivos y proporciona una flexibilidad necesaria para adaptarse a las nuevas circunstancias.

1.1.2.2 Efectos en la salud

Los efectos directos de la pandemia por SARS-CoV-2 se traducen en una cantidad muy significativa de contagios y muertes producidos por la enfermedad

del COVID-19. Desde el primer caso identificado en Wuhan, China a finales del año 2019 hasta diciembre 2023 (Hui et al., 2020), la cantidad de casos acumulados a nivel mundial de coronavirus fue de aproximadamente 700 millones, 13.9 millones en España. A su vez, las muertes acumuladas producidas por este virus fueron de casi 7.000.000 a nivel global y 121.000l en España (International Journal of Infectious Diseases, 2020).

La persistencia en el tiempo de la sintomatología derivada de la exposición al virus SARS-CoV-2 ha llevado a la caracterización de una condición, denominada COVID persistente, como un síndrome heterogéneo de síntomas neurológicos, cardiorrespiratorios, digestivos y renales que, por su prevalencia estimada a las 12 semanas de infección en un 42%, supone un enorme potencial de carga a los sistemas sanitarios (Woodrow et al., 2023).

La pandemia de COVID-19 ha generado un impacto directo y profundo en la salud, extendiéndose más allá de la contabilidad del número de contagios y muertes. La gran cantidad de casos hospitalizados por esta enfermedad llevaron a una presión abrumadora sobre los sistemas de salud, poniendo en juego la capacidad de respuesta y exponiendo las brechas en las estructuras y recursos sanitarios a nivel internacional. Asimismo, la priorización de los recursos para suplir las necesidades de esta enfermedad ha afectado directamente la prestación de servicios médicos rutinarios y de tratamiento de otras condiciones de salud.

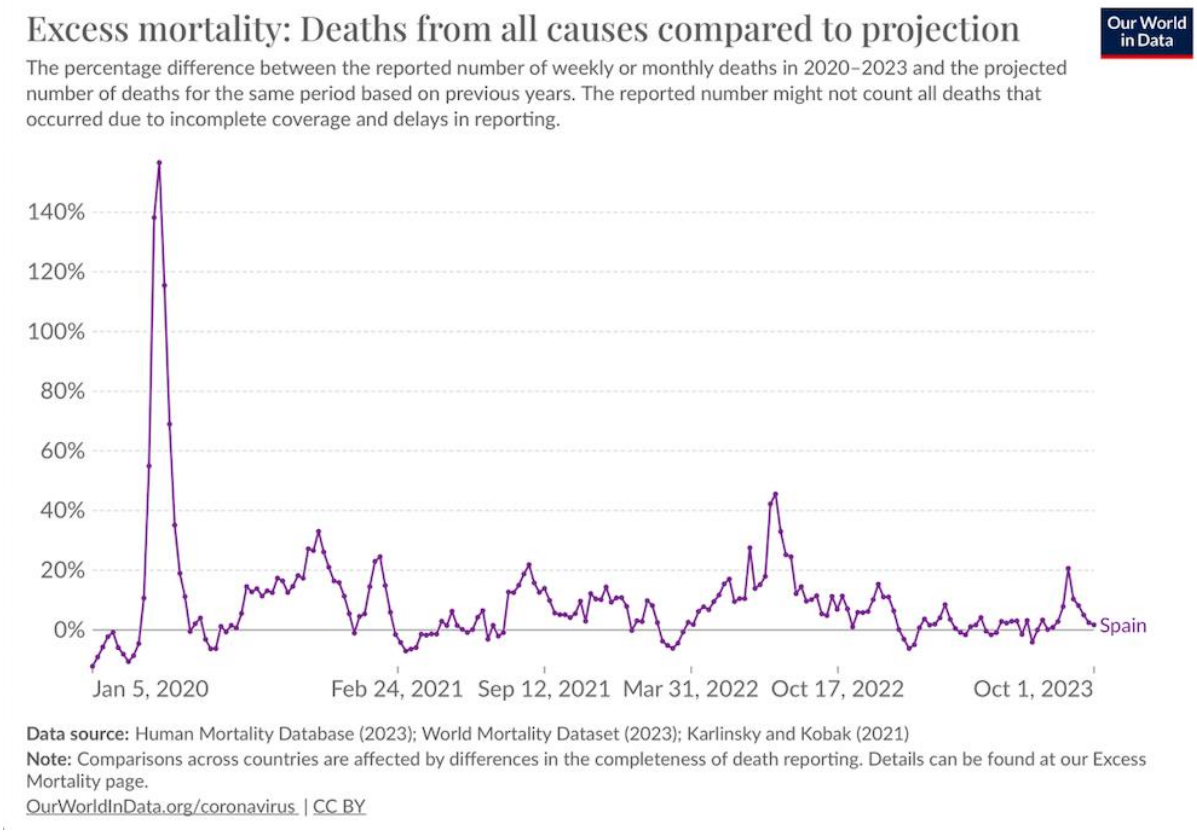


Figura 10: Exceso de mortalidad relativa en el todo el mundo durante el período 2020-2023, correspondiente a la declaración de emergencia sanitaria por COVID-19 de la OMS. Fuente: Our World in Data, 2023.

En España, este contexto ha afectado de manera particular. La presión sobre el sistema de salud ha mostrado la carencia diferencial de recursos sanitarios (humanos y materiales). Las deficiencias estructurales de los hospitales, así como la escasez de suministros médicos esenciales ha agravado la capacidad

de respuesta de los sistemas de salud. Específicamente, en las tres primeras semanas de pandemia, se generó una gran saturación de hospitales y de unidades de cuidados intensivos debido al elevado número de personas enfermas y a la falta de equipamiento y recursos sanitarios. (El País, 2021) A su vez, este contexto ha mostrado el nivel de resiliencia y de compromiso del personal sanitario, que se ha enfrentado a condiciones laborales extremas, con una gran carga de estrés emocional. Las medidas de confinamiento, la incertidumbre y el sobreesfuerzo de algunos sectores (entre los que destaca el sanitario) ha dejado secuelas evidentes a nivel de salud física y mental.

La pandemia ha llevado a la interrupción necesaria de servicios de salud, como el tratamiento de enfermedades crónicas o intervenciones quirúrgicas programadas, y ha afectado a la prestación de servicios impostergables como la atención de casos graves/urgentes o servicios obstétricos, dejando a muchas personas con condiciones no relacionadas con COVID-19 en una situación de vulnerabilidad. La población mayor a 15 años que afirma haber consultado a la atención primaria fue de un 25% antes de la pandemia, mientras que durante la pandemia la misma afirmación se redujo al 11%. A su vez, las consultas a médicos especialistas se redujeron del 12% al 5%. En ambos casos se observó una reducción particularmente significativa en mujeres, que suelen presentar mayores niveles de consumo de servicios de salud en comparación con los hombres. Estos datos muestran una reducción en el cuidado de la salud preventiva en un momento en el que primaba el afrontamiento de una

enfermedad grave. Este impacto se ha traducido en un aumento de la morbimortalidad por todas las causas debido a la falta de acceso oportuno y adecuado a la atención médica, y que explican una parte del exceso de mortalidad detectado por el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Diaria (Sistema MoMo) durante la pandemia.

Por otro lado, la investigación y desarrollo en áreas de salud se centraron en su mayoría en aspectos relacionados con la prevención, tratamiento y cura del COVID-19. La priorización de esta área de investigación, debido a la urgencia y las necesidades a cubrir por la comunidad científica, se tradujeron en una reducción significativa de inversión económica y focalización en investigación de otras enfermedades y padecimientos.

Las consecuencias en salud, económicas y sociales de la pandemia afectó directa o indirectamente a todas las clases sociales a nivel global. Sin embargo, no se puede sostener que haya sido igualitaria a nivel social. Se ha indicado que diversos perfiles de riesgo se verán afectados de forma aguda por los efectos de la pandemia. Estos perfiles incluyen edad (niños, jóvenes y ancianos), género (mujeres), etnia (inmigrantes, indocumentados, grupos minoritarios), antecedentes de enfermedades mentales y/o físicas, situaciones de pobreza económica y social (empleo precario, limitaciones de acceso a una vivienda digna, ausencia de redes sociales, etc.), antecedentes de situaciones de violencia y eventos traumáticos (violencia de género, violencia familiar, maltrato

infantil, desastres naturales, etc.), equipos sanitarios, sociales, institucionales y comunitarios de respuesta a la pandemia, personas institucionalizadas (en residencias de mayores, centros psiquiátricos, cárceles, etc.). Se ha observado que estos perfiles fueron los más afectados en lo referente a morbilidad y mortalidad, así como en el ámbito socioeconómico y el de salud mental. A su vez, el cierre o las restricciones de instituciones que acogen estos perfiles (como centros docentes o actividades sociales) aumentaron el riesgo de estos colectivos, sedimentando los factores de riesgo mencionados.

1.1.2.3 Salud mental

El impacto negativo en la salud mental se puede explicar a partir de varios aspectos interrelacionados. La preocupación sobre la salud en general, y al contagio por el SARS-CoV-2 en particular, tanto propia como de los seres queridos se relaciona estrechamente con altos niveles de ansiedad, depresión y somatización (Sanabria-Mazo et al., 2021). Las medidas restrictivas de distanciamiento social, entre las que destaca el confinamiento domiciliario, destacan en su efecto negativo en la salud mental de las personas. La suspensión y domiciliación de actividades educativas y laborales afectaron directamente a los cambios en la vida cotidiana, incluyendo los cambios en los patrones de sueño, la reducción de rutinas y la disminución y modificación del tipo de actividad física realizada (Ariza et al., 2022). Por otro lado, la incertidumbre y las dificultades económicas, como la pérdida de empleo o

ingresos se vieron estrechamente vinculadas a los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. A su vez, aquellas personas que pudieron mantener su trabajo pero que sufrieron grandes cambios en la dinámica, entre las que destaca el trabajo desde el hogar, sufrieron en su mayoría una carga extra, con una falta de límites claros entre la vida personal y laboral, aumentando los niveles de agotamiento y estrés (Ruiz-Frutos & Gómez-Salgado, 2021). Finalmente, es necesario destacar los efectos en la salud mental de la exposición constante a información negativa, la mezcla entre distintas fuentes (oficiales y no-oficiales) y discursos heterogéneos, así como la aparición incesante de "*fake news*" (Haydabrus et al., 2023)

A partir de las medidas restrictivas y las dificultades socioeconómicas derivadas de la pandemia por Coronavirus, era previsible una afectación en la salud mental de las personas en general, y un aumento de las tasas de suicidio en particular (Azkunaga et al., 2023; Lasa et al., 2020). Diversos estudios han analizado la incidencia de este fenómeno durante el primer año de la pandemia. (Lasa et al, 2020). Jerónimo et al. (2021) sostiene que, si bien los datos obtenidos en su estudio muestran una disminución de pensamientos e intentos de suicidio durante el período de confinamiento domiciliario, en el período posterior a este se vio en aumento (con un incremento máximo del 574% en el mes de mayo de 2021), específicamente entre los menores de edad. Claros & Álvarez (2022) hallaron que las personas que han pasado la enfermedad con síntomas graves o muy graves de Covid-19, que han pasado a la modalidad de teletrabajo, los

estudiantes y las personas desempleadas presentaron una mayor ideación suicida y síntomas depresivos. A su vez, diversos estudios han hallado una prevalencia mayor tanto en la ideación suicida como en el acto suicida de mujeres (Jerónimo et al., 2021; Claros & Álvarez, 2022). Se ha mostrado que una respuesta neurobiológica diferencial podría contribuir a tasas más altas de trastornos mentales en mujeres (Eid et al., 2019). Dentro de los perfiles de riesgo a sufrir trastornos mentales en general y en particular como consecuencia de la pandemia encontramos el hecho de ser mujer, menor de 40 años, tener una enfermedad crónica y tener un historial de trastornos mentales (Xiong et al., 2020). Una de las primeras publicaciones derivadas del estudio PSY-COVID (Sanabria-Mazo et al., 2021) ha mostrado que las personas de género no binario, sin estudios o estudios bajos, ingresos económicos bajos, residentes en zonas rurales, minorías étnicas y estudiantes serían más susceptibles a sufrir niveles más altos de sintomatología ansiosa, depresiva y somatización durante la primera fase de la pandemia.

1.1.2.4 Efectos sociales

El carácter pandémico de la COVID-19 ha llevado a subrayar su impacto generalizado, como ha sucedido en otras oportunidades a través de la historia (Boyce et al. 2018). Sin embargo, algunas investigaciones han señalado la afectación diferencial según las brechas sociales preexistentes, siendo los sectores más desfavorecidos los más afectados, (Pons-Valls, 2020). Navarro-

Carrillo et al., (2021) analizaron las relaciones entre clase social, bienestar y afectividad general durante la pandemia en ocho países iberoamericanos, dentro de los que se incluye España. Hallaron que la clase social autopercibida es un buen predictor del bienestar, mayor aún que el nivel educativo de las personas. A su vez, observaron que los participantes de menor rango socioeconómico percibido tendrían a sentir su futuro en riesgo a causa de la pandemia.

La pandemia impactó en las sociedades y en las dinámicas de los individuos, familias, grupos y organizaciones. Se han destacado la reconfiguración de comunidades y entidades de diferente tipo, la estructuración de nuevas redes sociales, y el cuestionamiento realizado a la eficacia y legitimidad de instituciones y políticas. Se destacan dos cuestiones que alcanzaron gran impacto social: el cierre de los establecimientos educativos y la baja de las migraciones (Hortigüela-Alcalá et al., 2020).

Los efectos sociales generados por el cierre de los centros educativos en España fueron históricos. El 14 de marzo, junto con la declaración del estado de alarma y las medidas de confinamiento domiciliario de la población, se generalizó la suspensión de la actividad educativa presencial y el cierre de los centros educativos en todo el país. Si bien la medida se ha considerado como efectiva para frenar el avance de la enfermedad, ha generado “un verdadero shock en la sociedad española” (Zubillaga & Gortazar, 2020).

Las adaptaciones generadas por la medida fueron inmediatas, involucrando a los niños y jóvenes, familias, el profesorado y la administración educativa de

cada nivel. Padres e hijos se hallaron trabajando en el mismo contexto espacio-temporal. Los docentes tuvieron que adaptar, a su vez, su forma y lugar de trabajo (Diez-Gutierrez & Gajardo-Esoinoza, 2020) Las administraciones educativas buscaron coordinar medidas para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los poderes públicos de diferentes maneras (Fernández-Franco, 2020) La garantía del derecho a la educación encontró dificultades entre las que se destacan la falta de apoyo por parte de la administración en la formación en competencia digital del profesorado, así como la desiguales posibilidades de acompañamiento de los aprendizajes de los escolares desde los hogares. (Hortigüela-Alcalá et al., 2020). Se ha señalado la presencia de 2,1 millones de menores en situación de pobreza y exclusión social, con dificultades familiares para ayudar en las dinámicas escolares adaptadas al hogar (Jorquera et al., 2020). Durante el confinamiento, se han puesto de manifiesto por lo menos tres brechas en el sistema educativo español: de acceso a conexión y dispositivos tecnológicos; del tiempo y calidad de uso de estos; y, la escolar, que incluiría las habilidades y disponibilidad de los docentes (Fernández-Enguita, 2020).

Por otra parte, las medidas de cierre de fronteras y las restricciones a la movilidad a nivel global, junto con la disminución de la situación económica y la incertidumbre, han ejercido un impacto significativo en las dinámicas de migración a nivel internacional (International Organization for Migration, 2020; Wilson, et al., 2021). Estos factores también han incidido en la tasa de natalidad y, por ende, en el número de nacimientos registrados (Aassve et al., 2021; Esteve

et al., 2021). González y Spijker destacan que durante el año 2020 se experimentó un aumento del 16,2 % en las defunciones, con impactos regionales desiguales. Los nacimientos disminuyeron en un 6,5 %, manteniendo una relativa estabilidad entre las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, el componente más afectado fue la migración internacional, con una caída del 35,9%, mientras que la emigración también registró una disminución del 23,8%.

Las consecuencias económicas de la pandemia tendrán un impacto crucial en el crecimiento y la estructura demográfica de la población española en los próximos años. Aunque el exceso de mortalidad de 2020 y 2021 apenas afectará la población en una década, una disminución sostenida de la inmigración y un aumento de la emigración podrían tener consecuencias severas en la sostenibilidad demográfica y económica, especialmente en un país envejecido como España.

CAPÍTULO 2.

PROYECTO PSY COVID

CAPÍTULO 2. EL PROYECTO PSY-COVID

2.1. Fundamentos del Proyecto PSY-COVID

En el contexto de restricciones extremas por la primera ola de contagio de la pandemia comienzan a proliferar estudios evaluando los efectos de la pandemia y de las medidas de prevención que restringen la libertad de las personas. Dentro de estas medidas destaca el confinamiento domiciliario, el cual llegó a generar controversias incluso de naturaleza legal *a posteriori* en algunos países.

Ningún momento de la historia ha permitido estudiar el efecto de un contexto extremo a nivel mundial como el derivado de la pandemia de COVID-19. A partir de la declaración de la pandemia en marzo del año 2020 por parte de la OMS, aprovechando la oportunidad de analizar los impactos en el ser humano de contextos extremos, se multiplicaron los estudios que exploraron los efectos de la pandemia en los aspectos conductuales, afectivos, cognitivos y sociales. En el ámbito de las ciencias del comportamiento, el foco se había puesto

esencialmente en los efectos para la salud mental de las personas de las medidas de confinamiento domiciliario (Jerónimo et al., 2021; Vindegaard & Benros, 2020). Si bien se han identificado ciertas tendencias similares, como el aumento de sintomatología psicopatológica, se observaron diferencias significativas en los resultados de diversos estudios que dificultaban su comparación. Esta divergencia podría deberse a diversas razones, entre las que destacan el momento en el que se recolectaron los datos, la diferencia en los instrumentos utilizados y ciertas debilidades metodológicas. Específicamente, la heterogeneidad de la información obtenida puede deberse a las diferencias en las distintas regiones en cuanto a los factores socioeconómicos, culturales y a las diferencias en las medidas restrictivas de prevención de salud adoptadas a nivel gubernamental.

El virus ha afectado a personas de todos los niveles socioeconómicos. A pesar de las diferencias de ingresos, estatus y acceso a recursos la capacidad de infección ha sido equivalente para todas las clases sociales, llegando a afectar a personas que tienen acceso a atención médica de calidad y aquellos con dificultades para acceder a servicios de salud. A pesar de ello, diversos factores económicos, sociales y culturales han mostrado tener un impacto significativo en la forma en la que las personas experimentan y responden a la pandemia. Estos factores influyen significativamente en la adopción de conductas preventivas y en la salud mental de la población.

En este contexto en el que se combinaron la inquietud por aprovechar las circunstancias excepcionales de la pandemia y las dificultades por abordar un fenómeno global tan heterogéneo, surgió el proyecto PSY-COVID. El objetivo inicial de este proyecto fue diseñar un instrumento de recogida de datos que pudiera hacer frente a las dificultades observadas en los estudios realizados al inicio de la pandemia en diversos sectores de la población mundial. Mediante la coordinación de un equipo de investigadores del Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES) de la Universitat Autònoma de Barcelona, se constituyó un colectivo de 180 investigadores pertenecientes a 52 universidades o centros de investigación de 30 países (Figura 11), que participaron en al menos una de las etapas que se describirán más adelante.

Figura 11. Universidades y centros de investigación a los que pertenecen los investigadores participantes en el proyecto PSY-COVID

Se destacan cinco elementos relevantes que caracterizan este estudio:

1- Construcción de instrumento con fines exploratorios: el cuestionario contiene una gran variedad de variables que abordan aspectos sociodemográficos, conductuales, afectivos y cognitivos.

2- Traducción y difusión internacional del instrumento: adaptamos y traducimos el instrumento de recogida de datos a todas las lenguas oficiales utilizadas en los 30 países en los que realizamos la difusión.

3- Momento de diseminación del cuestionario: definimos un margen de entre 3 semanas y un mes para recoger activamente datos, haciéndolo coincidir con la finalización de las medidas de mayor restricción de cada país incluido en el estudio (Figura 12). Este esquema se replicó sin excepción en todos los países donde se llevó a cabo de forma activa el estudio. Dado que el pico de la primera ola de la pandemia se produjo en momentos diferentes, en cada país se llevó a cabo la difusión del formulario en un intervalo de tiempo distinto.

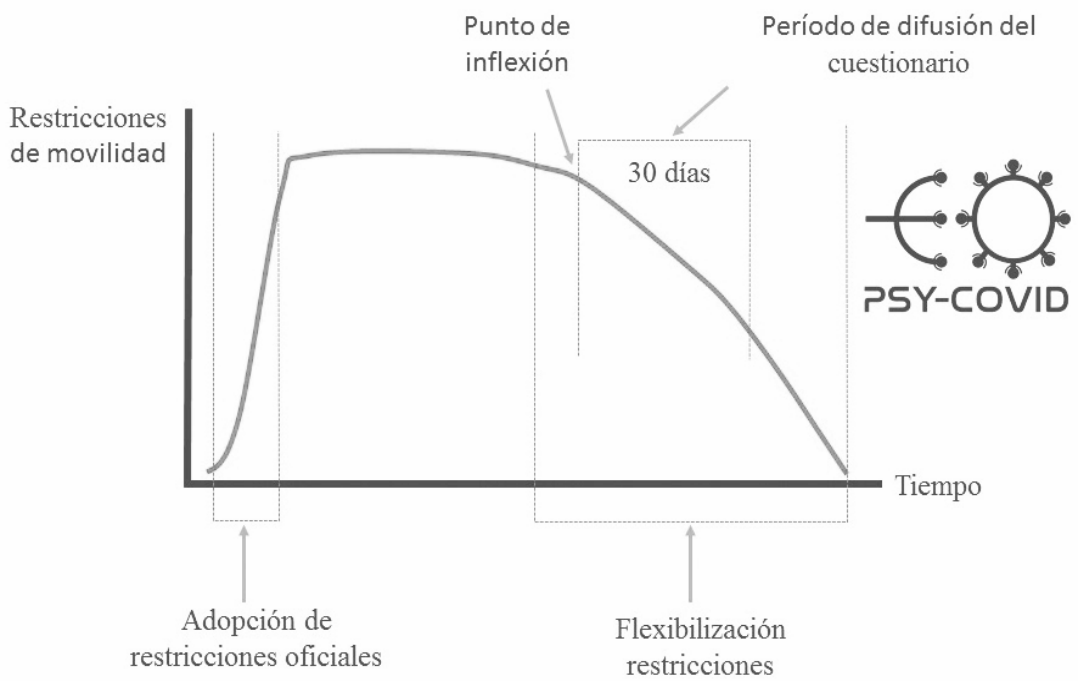


Figura 12. Período de difusión del cuestionario PSY-COVID.

4- Publicación en abierto de los datos obtenidos: se difundió de forma pública la base de datos (BBDD) para que tanto equipos de investigación como autoridades sanitarias puedan acceder a ellos y multiplicar el conocimiento derivado. (Sanz et al., 2022a, 2022b)

5- Realización de estudios derivados de la BBDD obtenida, replicando prácticas de investigación retrospectiva propias de la investigación biomédica, sobre todo en el ámbito de la epidemiología y, más recientemente, de la llamada investigación en *big-data*.

El objetivo de este estudio fue realizar un acopio masivo de información relevante sobre los efectos psicosociales de la pandemia, desde una perspectiva transversal y exploratoria. En el contexto actual de la investigación científica, el

Proyecto PSY-COVID llevó a cabo un cambio del paradigma tradicional de planificación de estudios. Este proyecto se sitúa en la vanguardia de la ciencia colaborativa, donde la generación de conocimiento no depende exclusivamente de la recogida planificada de datos, sino que se fundamenta en la construcción y utilización de una "reserva prospectiva de datos". Esto implica anticipar y preparar un conjunto diverso de datos para abordar preguntas de investigación aún no formuladas. Esta reserva se construye con la intención de ser una fuente dinámica y en constante evolución. El enfoque adoptado por el proyecto PSY-COVID se alinea con los principios de la “ciencia abierta” y las recomendaciones de buenas prácticas en la investigación científica, como las establecidas por la UNESCO (2023 a). La transparencia, accesibilidad y reutilización de datos son fundamentales en este nuevo paradigma, promoviendo una colaboración más amplia entre investigadores y una mejora continua del conocimiento científico.

En este contexto, los estudios que componen esta tesis doctoral, si bien se corresponden a preguntas generales que dieron cuerpo a los instrumentos de evaluación, se nutrieron retrospectivamente de los datos obtenidos en las dos oleadas principales del estudio PSY-COVID (oleada 1 de 2020 y oleada 2 de 2021).

2.1.1 Fase Desarrollo (A)

A partir del contexto excepcional de restricción de movilidad y otras medidas de prevención de salud para detener la propagación del COVID-19, un equipo de

investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona decidimos desarrollar un proyecto que, si bien estaría coordinado localmente, incluyera la colaboración de investigadores de todo el mundo. El desarrollo inicial del estudio incluyó un primer momento el contacto con investigadores e instituciones, estructurados en nodos de país, para conformar la amplia red de construcción y difusión del instrumento, que se siguió ampliando a lo largo de todo el estudio.

2.1.1.1 Difusión y gestión

A partir de los contactos iniciales, se comenzó a construir una red de agentes de difusión, comprometidos con llevar adelante diversas estrategias para conseguir la mayor cantidad de datos posibles con el objetivo de obtener una gran representatividad de cada país. Se llevó a cabo un registro a partir de formularios de inscripción creados en la plataforma de *Google Forms* para formalizar el compromiso y facilitar el contacto con dichos agentes. A su vez, se realizó de la misma manera un registro de las entidades interesadas en colaborar con el estudio. Consideramos una entidad colaboradora a aquel colectivo o institución que, a cambio del manejo de forma privilegiada de los datos recogidos por sí misma (que se incluirían finalmente en los datos generales de cada país y/o región dentro de la que se encuentren), se comprometa a difundir a través de sus redes específicas el cuestionario PSY-COVID a un número significativo de personas. A gran parte de estas entidades se les ofreció incluir su logotipo en el

estudio, así como la creación de un formulario específico para la población específica a la que iba destinada.

Se les proporcionó a los agentes de difusión plantillas de mensajes para los distintos momentos de diseminación del instrumento de recogida de datos, así como para diversos canales de difusión. El material estaba disponible para ser adaptado por cada agente de difusión según el modo personal de comunicarse o la información específica inherente a cada entidad difusora.

Antes de comenzar la diseminación del instrumento, se propuso el proyecto de investigación PSY-COVID para ser evaluado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Para ello, se incluyó información detallada sobre las características del proyecto, incluyendo los procedimientos de difusión, el instrumento de evaluación, la metodología utilizada, la protección de datos y la producción futura prevista. El Comité de Ética de la UAB aprobó el proyecto el día 11-05-2020, unos días antes del comienzo de la difusión general en España (Anexo 1).

2.1.1.2 Desarrollo de formulario

A continuación, se describen las acciones sucesivas que el equipo de investigación del proyecto PSY-COVID llevó a cabo para el desarrollo del formulario: (1) revisión de literatura, (2) propuesta de variables, ítems e instrumentos; (3) validación lingüística y de contenido por el panel de expertos;

(4) prueba de usabilidad y ergonomía; (5) elaboración de la versión final del prototipo del formulario y traducción; y (6) desarrollo de los formularios.

Revisión de literatura

El desarrollo del instrumento de recogida de datos fue un elemento central en el estudio PSY-COVID. A partir de la revisión de los instrumentos utilizados en los primeros estudios que evaluaban diversas áreas de salud mental y comportamiento a los inicios de medidas restrictivas, así como de la literatura existente relacionada a factores de salud mental y promoción de salud relacionados con situaciones de salud y de incertidumbre equiparables al de la pandemia, los integrantes del grupo de desarrollo del formulario propusimos un listado de ítems que podrían ser de interés y serían candidatos a ser incluidos en el formulario. Estos ítems formaban parte de grandes áreas de análisis, que abordaron tanto variables de salud mental, de promoción de salud, y un gran conjunto heterogéneo de variables como posibles predictoras. En relación con el ámbito de promoción de la salud, que es el más relevante por el enfoque de esta tesis doctoral, se tomaron en consideración los constructos de los modelos sociocognitivos en promoción de la salud potencialmente relevantes para el objeto de estudio. La priorización de variables a ser incluidas en el instrumento de evaluación siguió una perspectiva exploratoria. A diferencia de otros estudios enfocados en contrastar modelos teóricos, en el caso del proyecto PSY-COVID fueron los modelos teóricos de referencia el marco a partir del cual se

delimitaron los constructos a incluir por considerarlos potencialmente relevantes.

Propuesta inicial de variables, ítems e instrumentos

A partir de la revisión bibliográfica inicial, hicimos una propuesta de variables a ser priorizadas e incluidas en el estudio. En total, participaron 88.741 personas, de las cuales se obtuvieron un total de 11,1 millones de datos (Tabla 3).

Tabla 3. Participantes en la primera ola del estudio PSY-COVID (2020) por país.

País	Participantes
Argentina	2462
Bolivia	6004
Brasil	1160
Chile	1708
Colombia	24728
Costa Rica	382
Ecuador	7855
El Salvador	8104
México	8104
Panamá	3915
Perú	557

Puerto rico	809
Uruguay	2173
Alemania	94
Bélgica	233
España	17725
Estonia	363
Francia	931
Grecia	129
Holanda	15
Italia	861
Portugal	727
Rusia	75
India	268
Irán	95
Israel	668
Camerún	68
Nigeria	678
Zimbabue	35

Validación lingüística y de contenido del panel de expertos

A partir de una propuesta inicial de variables, la compartimos para ser validada con un panel de 30 investigadores de 8 países iberoamericanos (España, Portugal, Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, Panamá y México) expertos en psicología clínica y de la salud a nivel internacional para obtener propuestas de mejora. A partir de esta revisión llevamos a cabo la propuesta inicial de ítems específicos para evaluar las variables acordadas. Posteriormente, llevamos a cabo una adaptación lingüística enfocada a personas de diferentes países o regiones que pudieran tener diferencias dialécticas para hacer el instrumento lo suficientemente transcultural, representativo y comprensible para la mayor cantidad de gente. De esta forma, adaptamos algunos términos para asegurar la calidad de las respuestas obtenidas.

Prueba de usabilidad y ergonomía

Creamos una primera versión inicial del formulario y solicitamos a todos los agentes que colaboraban en la revisión del instrumento que realizaran una validación de usabilidad, que consistía en revisar cuestiones vinculadas a la correcta programación del formulario, la correcta visualización de sus apartados y el tiempo necesario para responder.

Elaboración de la versión final del prototipo del formulario y traducción

A partir de esta secuencia de revisiones y validaciones, llevamos a cabo la creación definitiva del prototipo de formulario. Posteriormente, traducimos el

instrumento a todas las lenguas oficiales de los países en los que se realizaría una difusión activa y creamos los formularios específicos para las entidades colaboradoras, a las que se les permitió incluir al final de este unas pocas preguntas que abordaron temas de interés para ellos y no estuvieran ya reflejadas en el prototipo oficial. Las lenguas a las que se realizó la traducción de la versión original en español fueron las siguientes: inglés, catalán, gallego, euskera, portugués, italiano, neerlandés, hebreo, griego, croata, estonio, francés, alemán, ruso, persa, malayalam, albanés y amárico. A medida que se fueron incluyendo países y entidades colaboradoras, fuimos creando formularios específicos, fruto de replicar el procedimiento de creación de formularios de manera estandarizada. Al finalizar el proyecto habíamos creado un total 205 formularios en 19 lenguas distintas de los cuales 199 fueron finalmente empleados de manera operativa en la fase B del proyecto PSY-COVID (estudio de campo). De estos formularios, 117 correspondieron a entidades colaboradoras de distintos países.

2.1.2. Fase Estudio de Campo (B)

Todos los formularios estuvieron vinculados a una hoja de cálculo que en tiempo real mostraba (de forma anónima) las respuestas de las personas. A su vez, para motivar a los agentes de difusión a seguir con este proceso y a los participantes a formar parte del estudio, se creó un "*Data counter*" (Anexo 3) que mostraba en tiempo real la cantidad de datos obtenidos por cada país en cada uno de los

idiomas (incluso, en ocasiones, por cada región o área de algunos países). Durante el estudio de campo buscamos intencionadamente representar todo el rango poblacional según las variables sociodemográficas de los participantes (edad, género, nivel educativo, nivel socioeconómico, territorio, etc.). A su vez, creamos estudios de subpoblaciones en aquellos países en los que el estudio general estuviera en curso. Estos estudios con un número limitado de variables específicas son: deporte federado, dolor crónico, violencia, pobreza/exclusión social, oncología y salud mental.

A partir de la preparación previa, se acordó con el representante de cada país el momento adecuado de difusión, siguiendo un parámetro equivalente para cada país: realizar la difusión activa del formulario a partir del comienzo de la desescalada de las restricciones más estrictas llevadas a cabo por el país (que en la mayoría de los casos era el confinamiento domiciliario).

Se llevó a cabo la difusión del instrumento a través de diversos canales de comunicación, entre ellos, las redes sociales, utilizando plantillas editables y brindando la opción de crear mensajes personalizados. El objetivo era alcanzar cifras mínimas para garantizar una representación adecuada del país. A pesar de realizar una difusión activa en determinadas naciones, se logró recopilar información de personas ubicadas en países no directamente incluidos en el estudio. Esto se debió a que accedían a los enlaces del estudio, generando un efecto bola de nieve en la recolección de datos.

2.1.3. Fase Data Paper (C)

Al finalizar la recogida de datos de cada una de las olas del estudio PSY COVID, se comenzó a realizar un proceso minucioso de codificación de las 205 bases de datos para unificarlas y crear el data set derivado (Sanz et al., 2022a; 2022b, 2022c). Si bien el instrumento de evaluación de base era el mismo para todos los países y entidades colaboradoras, las diferencias idiomáticas y los ítems específicos que se agregaron a algunos formularios se sumaron a la enorme cantidad de datos obtenidos generando un proceso de decodificación muy complejo.

2.1.4. Fase Publicaciones (D)

A partir de la gran variedad de datos obtenidos, diversos grupos (tanto de investigadores del grupo PSY COVID como personas ajenas al mismo) han seleccionado una porción de estos datos para responder a una gran variedad de preguntas de interés para la salud pública.

Al difundir un único modelo de encuesta en países tan diversos, esperamos averiguar si la intensidad y la duración de las medidas implantadas en cada gobierno, o bien diferencias socioculturales, son o no las responsables de la disparidad observada entre la población en la prevalencia de trastornos de ansiedad o depresión. Esto, a su vez, va a poder permitir la identificación de los colectivos que han padecido los efectos con más dureza, entre los que algunos estudios preliminares indican claramente que se encuentra el personal sanitario

y las personas afectadas por cuadros severos de la enfermedad, en los que parece haber un gran número de casos de trastorno por estrés post-traumático. A diferencia de otros estudios que se han centrado exclusivamente en la salud mental, este estudio internacional también pone el foco en el comportamiento preventivo de las personas a circunstancias extraordinarias.

2.2 Modelos sociocognitivos promoción salud

Las principales medidas preventivas recomendadas tanto en la primera ola de la pandemia (medidas no-farmacológicas) como en el momento de inicio de la campaña de vacunación (medidas farmacológicas) fueron determinantes para detener la propagación y prevenir la enfermedad de COVID-19. Sin embargo, se observaba que un porcentaje significativo de la población expresaba dudas o resistencias ante estas conductas poniendo en peligro a la comunidad global. Es evidente que la adopción y adherencia a conductas saludables, incluyendo aquellas relacionadas con la prevención de enfermedades infecciosas, podría depender en gran medida de la motivación, intención y otros factores de toma de decisiones individuales.

La predicción de conductas saludables ha sido abordada por la psicología de la salud mediante el conocimiento aportado por modelos teóricos que buscan predecir las conductas vinculadas a la salud. Específicamente se han desarrollado y contrastado diversos modelos sociocognitivos enfocados a

analizar la capacidad predictiva de diversos constructos (Villamarín & Álvarez, 1998). Uno de los modelos más difundido es el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1966; 1974). Para este modelo, la probabilidad de que una persona ejecute una conducta promotora de la salud está determinada por un lado por el balance de los beneficios/costes de la conducta (físicos, económicos, psicológicos, sociales) y por otro lado la amenaza percibida de la enfermedad, que incluye la susceptibilidad o riesgo percibido y la gravedad percibida de dicha enfermedad. Años más tarde, se propuso la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980). Este modelo destaca la estrecha relación entre la intención de conducta y la realización de la conducta en sí. La intención de conducta refiere al propósito de realizar un comportamiento en el futuro próximo. La intención está determinada tanto por la actitud hacia la conducta, es decir el juicio personal sobre la utilidad o conveniencia de realizar una conducta, y la norma subjetiva, que incluye la percepción de las presiones sociales para realizar la conducta. A su vez, la actitud y la norma subjetiva están determinadas por las creencias conductuales y normativas respectivamente. Las creencias conductuales refieren a la percepción de que la conducta de salud lleva a ciertos resultados, mientras que las creencias normativas refieren a la percepción sobre lo que las personas o grupos de referencia opinan que el sujeto debería realizar y el deseo de agradabilidad hacia esas personas. La Teoría de la Acción Razonada fue reformulada por Ajzen (1985) con el objetivo de mejorar su capacidad predictiva cuando la conducta de salud no está completamente bajo el control de la

persona. En el nuevo modelo, denominado Teoría de la Acción Planificada, se añade la variable de "control conductual percibido" sobre la conducta de salud. Dado que el control conductual real es muy complejo de medir a nivel práctico, el modelo analiza el nivel percibido por la persona. Esta nueva variable actuaría en la conducta indirectamente, a partir de la intención, y también de forma directa en la conducta de salud. Para esta reformulación de la Teoría de la Acción Razonada, la formalización de la conducta se llevará a cabo si existen altas puntuaciones en la intención y el control conductual percibido. En su formulación inicial, este constructo se podría asimilar al de autoeficacia de Bandura (Ajzen & Madden, 1986; Bandura, 1977). Finalmente, la Teoría de Autoeficacia (Bandura, 1977), integrada en el Modelo Cognitivo-Social de Bandura (1986), ha mostrado una gran relevancia en el estudio de las conductas de salud. Esta teoría incluye dos elementos centrales: por un lado, las expectativas de resultados, que representan la anticipación cognitiva de que un determinado comportamiento conducirá a unos determinados resultados, y por el otro las expectativas de autoeficacia, que refieren a la creencia de una persona sobre sus propias capacidades para llevar a cabo una conducta concreta. La Teoría de la Autoeficacia expone dos mecanismos mediadores para comprender la influencia de las expectativas en las conductas de salud. El primer mecanismo es motivacional: tanto las expectativas de autoeficacia como de resultados regulan la elección de conductas, y el esfuerzo y la persistencia en dichas conductas. Ambos tipos de expectativas actúan como determinantes de las

conductas promotoras de salud, de prevención de enfermedad y de adhesión a hábitos saludables y de rehabilitación. Las expectativas van asociadas con sentimientos, y la combinación de niveles altos o bajos de expectativas de autoeficacia y de resultados pueden dar a distintos estados emocionales. Este proceso se explica por la valoración de la capacidad percibida de afrontamiento de situaciones, siendo que niveles más altos llevan a menores niveles de emociones negativas (Villamarín & Sanz, 2004).

Tabla 4. Comparación de los constructos incluidos en diferentes modelos sociocognitivos en promoción de la salud.

Variables	Modelo de creencias sobre la salud	Teoría de la acción razonada	Teoría de la acción planificada	Teoría de la autoeficacia
	Rosenstock, IM (1966)	*Ajzen, I y Fishbein, M (1980)*	*Ajzen, I. (1985).*	*Bandura, A. (1977)*
Barreras/Beneficios	X			
Amenaza percibida	X			
Riesgo percibido	X			
Gravedad percibida	X			
Intención		X	X	
Actitud hacia la conducta		X	X	

Norma subjetiva	X	X	
Creencias conductuales	X	X	
Creencias normativas	X	X	
Control conductual percibido		X	
Expectativas de autoeficacia			X
Expectativas de resultados			X

A partir de los principales modelos sociocognitivos en promoción de salud, se extrajeron una serie de constructos relevantes para evaluar de forma diferencial la intención de realización de medidas farmacológicas (Tabla 9) y no farmacológicas (Tabla 6) de prevención de salud. Cada uno de los instrumentos de evaluación difirió en cuanto a los constructos incluidos debido a la diferencia en los comportamientos a ser evaluados.

2.2 Objetivos de la Tesis

Objetivo general

Esta tesis doctoral se propone examinar de manera detallada los primeros meses de la pandemia de COVID-19, tanto a nivel global como en el contexto específico de España. A través de un análisis minucioso de las respuestas individuales y colectivas, se buscará comprender las dinámicas psicosociales

que influyeron en la adopción de conductas preventivas. Al abordar la intersección de factores emocionales, culturales y socioeconómicos, se pretende ofrecer una visión integral que contribuya a la formulación de estrategias efectivas de prevención en futuras crisis de salud pública.

Objetivos E1

El objetivo principal del E1 fue determinar el impacto de diversos factores en el cumplimiento de medidas no-farmacológicas para prevenir el contagio del virus SARS-CoV-2. A su vez, se buscó determinar las diferencias en estos factores entre las diferentes CCAA españolas, considerando que factores como la afectación diferencial de la pandemia podrían haber tenido un efecto modulador de la intención de realización de conductas preventivas.

Objetivo E2

El objetivo del E2 fue identificar los factores predictivos de la intención de vacunación en un colectivo con altos niveles de aversión a la vacunación, los jóvenes de 18 a 39 años de edad.

En ambos estudios se empleó la misma lógica de extracción de datos de las bases de datos PSY-COVID-1 (primera ola, 2020) y PSY-COVID-2 (segunda ola, 2021), adaptada a las respectivas preguntas de investigación:

1. Selección de casos basada en los criterios de elegibilidad de la muestra.
2. Selección de variables basada en el análisis de la literatura previa mediante una rápida revisión de alcance (*rapid scoping review*)

CAPÍTULO 3.

ESTUDIO 1

CAPÍTULO 3. ESTUDIO 1

Los datos obtenidos en el proyecto PSY-COVID representaron en su totalidad 125 variables de salud mental, comportamiento preventivo y factores predictivos de ambos tipos de variables (Anexo 1). Para llevar a cabo el Estudio 1 (E1), se realizó una revisión bibliográfica de estudios que analizaban diversos factores predictivos vinculados al cumplimiento de las medidas no farmacológicas de prevención de salud durante el primer año de pandemia, previo al desarrollo de las medidas farmacológicas (vacunas). En esta revisión se extrajeron los factores predictivos incluidos en cada uno de los estudios, la estrategia de explotación utilizada, el diseño elegido y las características de la muestra. A partir del análisis de los estudios de referencia, se seleccionaron de la BBDD del estudio PSY-COVID-1 las variables que mostraron mayor relevancia como potenciales predictores de la intención de realizar conductas preventivas. A diferencia de cada uno de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica, que se enfocaron en un número reducido de variables, el E1 de esta tesis incluyó una gran diversidad de variables para hacer un análisis exploratorio conjunto.

En esta revisión bibliográfica de alcance se incluyeron 20 estudios, publicados entre el año 2020 y el 2021. Se extrajeron 15 variables predictoras principales: género, edad, personalidad, salud mental, estrés, percepción de riesgo, niveles socioeconómico y educativo medios de comunicación, confianza en gobernantes o personal de salud, incertidumbre, diferencias en los tipos de gobierno, procesos grupales, toma de decisiones en relación con la pandemia,

modelos sociocognitivos de promoción de salud, región de residencia. De estos factores, en el E1 se incluyeron 11 (73%) de las variables extraídas. No se incluyeron las siguientes 4 variables: Medios de comunicación, incertidumbre, diferencias en tipos de gobierno y procesos grupales. De los estudios incluidos en el estudio, 6 (30%) utilizaron regresiones logísticas como estrategia de explotación, 5 (25%) utilizaron regresiones lineales múltiples, 3 (15%) utilizaron análisis de mediación, 2 (10%) utilizaron ANOVA, 1 (5%) realizó un análisis cualitativo de los datos obtenidos y 3 (15%) utilizaron estrategias de regresión jerárquica, regresión lineal binomial y estrategia mixta respectivamente. La mayoría de los estudios presentaron un diseño transversal (16; 80%), 3 (15%) longitudinal y 1 (5%) presentó un diseño narrativo. Finalmente, el número de participantes incluido en los estudios fue variado, comprendido entre n = 50 y n = 102627, con una mediana de n = 1544 (Tabla 5).

Se podría considerar que el E1 representa un estudio que sintetiza la diversidad de variables incluidas en los estudios de referencia incluidos en la revisión de alcance, con una estrategia de explotación y diseño similar a la mayoría de los estudios y con una muestra mayor a la del 73% de los estudios incluidos. Es relevante señalar que el E1 incorpora la muestra más amplia de un solo país si se compara con los demás estudios de referencia de la revisión bibliográfica realizada.

Tabla 5. Variables predictivas y Outcome extraídas de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica de alcance previo al E1.

Artículo	Intención de comportamiento preventivo	Género	Edad	Personalidad	Salud mental	Estrés	Percepción de riesgo	Niveles socioeconómicos o educativas	Medios de comunicación
Benchman	X	X					X		x
Galasso	X	X	X					X	
Lunn	X						X		X
Merovach	X	X			x				X
Pak	X	X	X					X	
Pollak	X	X	X		X	X			
Pollak	X	X	X				X	X	
Roma	X								
Barcelo	X	X	x				X	X	X
Beca-Martinez	X	X					X		x
Carlucci	X	X	X		X		X	X	
DelaVega	X	X	X		X		X	X	X
Gonzalez-Castro	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Liu	X	X	X		X		X	X	X
Mendoza-Jimenez	X	X	X	X			X	X	
Nguyen	X	X	X				X	X	X
Nivette	X	X	X	X				X	
Park	X	X	X				X	X	
Perrotta	X	X	X				X	X	X
Raude	X	X	X		X	X	X	X	

Tabla 5 Variables predictivas y Outcome extraídas de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica de alcance previo al E1. (continuación)

Artículo	Confianza en gobernantes o personal de salud	Incertidumbre	Diferencias en los tipos de gobierno	Procesos grupales	Toma de decisiones en relación a la pandemia	Modelos sociocognitivos de promoción de salud	Región	Estrategia explotación	N	Diseño
Benchman	x	x						Cualitativo	50	Narrativo
Galasso							X	Regresión lineal múltiple	21628	Transversal
Lunn				X				Regresión logística	500	Transversal
Merovach	X	X						Regresión lineal múltiple y mediación	932	Transversal
Pak	X	X	X				X	Regresión lineal múltiple	102627	Transversal
Pollak								Regresión logística	654	Transversal
Pollak				X		X		Regresión logística	2055	Transversal
Roma					X	X		Análisis de mediación	2766	Transversal
Barcelo				X		X	X	Regresión logística	4000	Transversal
Beca-Martinez					x	X		Regresión logística	1033	Transversal
Carlucci	X					X		ANOVA	3672	Transversal
DelaVega	X							Regresión lineal múltiple	64	Transversal
Gonzalez-Castro		X				X		Análisis de mediación	757	Longitudinal
Liu		X				X	X	Análisis de mediación	711	Transversal
Mendoza-Jimenez						X	X	Regresión logística	29911	Longitudinal
Nguyen								Regresión lineal múltiple	2175	Transversal
Nivette	X						X	Regresion lineal binomial	737	Longitudinal
Park	X					X		Regresión lineal múltiple	272	Transversal
Perrotta	X	X					X	ANOVA	71612	Transversal
Raude	X					X		Regresion jerarquica	4003	Transversal
								Mediana =	1.544	

ESTUDIO 1

En el momento de depósito de esta tesis doctoral, este estudio se encuentra **publicado** como *preprint* en el repositorio MedRXiV y sometido a publicación en la revista ***Perspectives in Public Health***

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Title

Predictive factors of non-pharmacological measures to prevent SARS-CoV-2 contagion: Results of a large adult Spanish sample from the PSY-COVID study

Authors

Corel Mateo-Canedo[1] (ORCID 0000-0002-0620-9257), Juan P. Sanabria-Mazo[1,3] (ORCID 0000-0003-1688-435X), Jose-Blas Navarro[2] (ORCID 0000-0001-5929-4224), Igor Cigarroa[4] (ORCID 0000-0003-0418-8787), María Álvarez[1], (ORCID 0000-0002-6910-4436), Manuel Armayones[5] (ORCID 0000-0001-6345-8711), Luis J. Martínez-Blanquet[6] (ORCID 0000-0002-7644-4025), Rafael Zapata Lamana[7] (ORCID 0000-0002-3551-068X), Neus Crespo[1] (ORCID 0000-0001-8036-6739), Marta Korniyenko[1], and Antoni Sanz[1] (corresponding author; ORCID 0000-0002-7952-4477)

Afiliations

[1]Department of Basic, Developmental, and Educational Psychology, Autonomous University of Barcelona, 08193 Cerdanyola del Vallès, Spain; corel.mateo@uab.cat (C.M.-C.); juanpablo.sanabria@uab.cat (J.P.S.-M.); maria.alvarez@uab.cat (M.A.); neus.crespo@uab.cat (N.C.); marta.korniyenko@autonoma.cat (M-K); antonio.sanz@uab.cat (A.S).

NOTE: This preprint reports new research that has not been certified by peer review and should not be used to guide clinical practice.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

[2]Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences. Autonomous University of Barcelona, 08193 Cerdanyola del Vallès, Spain; joseblas.navarro@uab.cat (B.N.).

[3] Institut de Recerca Sant Joan de Déu, 08950 Esplugues de Llobregat, Spain

[4]Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Los Ángeles 4440000, Chile; icigarroa@santotomas.cl

[5]Behavioural Design Lab, eHealth Center. Universitat Oberta de Catalunya. Rambla del Poblenou 156, 08018 Barcelona. marmayones@uoc.edu

[6]Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. luis.blanquet@uaslp.mx

[7]Escuela de Educación, Universidad de Concepción, Los Ángeles 4440000, Chile; rafaelzapata@udec.cl

Correspondence

Antoni Sanz. Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació. Carrer de la Fortuna, s/n. Campus de Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Cerdanyola del Vallès, Barcelona (Spain). antonio.sanz@uab.cat

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Funding

This research was funded by grant PANDE-00025 from the Agency for Management of University and Research Grants (AGAUR), Government of Catalonia.

Conflict of interests

Authors have no conflict of interest to declare.

Ethical approval acknowledgment

This research was approved by the Animal and Human Experimentation Ethics Committee of the Autonomous University of Barcelona (CEEAH-5197) and followed the Code of Ethics of the World Medical Association (Helsinki Declaration) for experiments involving humans.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

TITLE

Predictive factors of non-pharmacological measures to prevent SARS-CoV-2 contagion: Results from a large adult Spanish sample from the PSY-COVID study

ABSTRACT

Aim: the objective of the study was to identify the factors that predicted the intention to carry out coronavirus infection prevention behaviors in the Spanish population during the first wave of the pandemic, a time when the vaccines were in the development phase and the containment of the pandemic depended on non-pharmacological measures. Method: a cross-sectional study (PSY-COVID) was carried out based on an online form that contained instruments for possible predictor variables of seven prevention behaviors, based on a non-probabilistic sampling of 17725 Spanish adults. Results: self-efficacy and outcome expectations related to Coronavirus disease (COVID-19) preventive behaviors, as well as the interaction of perceived severity with both personal vulnerability and actual adherence, appeared as the main predictive variables of the intention to carry out preventive behaviors against the SARS-CoV-2 virus. Slight, but significant differences were observed in behavioral intentions among Spanish autonomous communities, probably linked to differences in the impact of the pandemic in each territory. Conclusion: It is necessary to implement consistent communications that allow for the development of appropriate expectations and encourage adherence

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

to preventive behaviors, as well as recognizing regional disparities in preventive behaviors and their causes to promote compliance.

KEYWORDS

Adherence; Behavior; Disease prevention; Health promotion; Self-efficacy; Social determinants.

INTRODUCTION

Since the first reported case of COVID-19 in China in December 2019, the SARS-CoV-2 virus has spread globally. Spain, one of the earliest and most severely affected countries, experienced significant challenges in implementing public policies to curb the transmission of the virus. As of November 2023, the global number of diagnosed cases exceeded 771 million, with Spain alone recording nearly 14 million cases. The global death toll reached 6.9 million, including 121 thousand fatalities in Spain. The sheer volume of daily infections, hospitalizations, and deaths overwhelmed the healthcare system, posing a persistent challenge throughout the pandemic crisis [1].

In this context, given the absence of pharmacological interventions to prevent contagions before the development of vaccines, several countries implemented health, behavioral, and social measures. In Spain, these measures included home isolation, the mandatory use of face masks, social distancing, and various hygiene protocols at individual, group, and public levels. These actions were taken according to the World

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Health Organization's (WHO) recommendations [2], particularly during the first wave of the pandemic. Despite these measures, there has been a substantial disparity in compliance levels between individuals [3], making it necessary to understand the factors contributing to the heterogeneity of adherence to such protective behaviors.

Predictors of compliance with preventive measures have been explored by examining sociodemographic characteristics defining population profiles at risk for non-adherence to public health measures. For instance, evidence suggests that being a woman [4] and older [5] may be associated with higher compliance rates. While some studies have found no direct relationship between compliance and income level [4,6], the findings remain inconclusive. Similarly, the relationship between education level and the willingness to self-isolate requires further investigation [7].

Following prevention and health promotion models [8-11], several studies have analyzed the predictive factors of this type of behavior. For example, Drury et al. [12] highlighted the importance of providing reliable information channels to promote compliance with health recommendations. Beca-Martínez [13] found that adherence to preventive measures was associated with the perceived severity of the virus, trust in specialized information sources, and positive attitudes toward compliance. Additionally, several studies emphasized the role of self-efficacy in complying with measures, along with trust in government and health authorities [14].

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Given the unique characteristics of the Spanish population, it was necessary to determine the impact of various factors on compliance with preventive measures. Despite the implementation of nationwide measures, our objective was to analyze the impact of residing in each territorial unit of the country on the adoption of preventive behaviors. Given the exceptional nature of this health alert, the focus was not on a specific set of variables but rather on identifying the predictive capacity among behavioral, cognitive, social, affective, and sociodemographic variables from an exploratory perspective. The assessment tool aimed to capture a broad spectrum of potential predictors of the intention to adhere to health authorities' recommendations concerning COVID-19.

METHOD

Design and procedure

The PSY-COVID study, conducted across 30 countries, aimed to explore the psychological impact of the COVID-19 pandemic. This cross-sectional study gathered data on a broad range of variables from 88740 individuals, and this article reports the findings of a sample of residents in Spain during the lockdown measures. An anonymous online survey (Google Forms®) was conducted using non-probabilistic sampling (snowball method). Participants were recruited via various distribution channels, including social networks (Facebook®, Instagram®, Twitter®, WhatsApp®), media (newspapers,

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

television, and radio), and institutional contacts (universities, foundations, and health organizations). The survey, administered from May 15th to June 5th, 2020, took approximately 15 minutes to complete. The variables and instruments selected for this survey were validated by a panel of 30 international health researchers and translated into 16 languages.

The survey also included a consent form to participate in this study. This research was approved by the Animal and Human Experimentation Ethics Committee of the Autonomous University of Barcelona (CEEAH-5197) and followed the Code of Ethics of the World Medical Association (Helsinki Declaration) for experiments involving humans.

Participants

A total of 17,725 individuals responded to the online survey in Spain. However, 2,594 were excluded from this analysis because they resided in other countries during the lockdown measures. Consequently, the final sample for analysis consisted of 15131 participants. The inclusion criteria were: (1) being adults (≥ 18 years old) and (2) being residents in Spain during the lockdown measures implemented during the first wave of the COVID-19 pandemic.

Measures and instruments

The following sections describe the measures extracted from the PSY-COVID database, which are relevant to this study [15].

Sociodemographic characteristics

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

A sociodemographic information questionnaire was included to collect data on age, gender (female and male), educational level (primary, secondary, and university), income level (low, medium, and high), and region of residence in Spain.

Personality

A brief, ad-hoc version of The NEO Five-Factor Inventory [16] was used to measure the five dimensions of personality: neuroticism, extraversion, agreeableness, conscientiousness, and openness to experience. The highest factor saturation item for each dimension was used. Responses to these items were recorded on a 5-point Likert-type scale, where 1 corresponded to "*strongly disagree*" and 5 to "*strongly agree*." Higher values indicate greater traits in each dimension.

Prevention behaviors and cognitions

A 35-item ad-hoc inventory was used to measure seven health behaviors concerning five constructs derived from socio-cognitive models of health prevention (i.e., social cognitive theory [17], planned action theory [18], and the health belief model [19]): (1) post-confinement prevention behavior intention, (2) experience with prevention behaviors, (3) self-efficacy level for prevention behaviors, (4) outcome expectations of prevention behaviors, and (5) social norm of preventive behaviors. The behaviors measured were selected from the prevention recommendations promoted by the WHO and health authorities during the first wave of the pandemic [2]: (1) wearing, carrying, or removing masks; (2) hand washing for at least 40 seconds; (3) avoiding touching the

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

face, mouth, or nose; (4) remembering to wash hands after touching objects; (5) remembering to keep a safe distance from others; (6) resisting the urge to leave home; and (7) asking other people to follow preventive behaviors. Responses to this inventory were recorded on a 4-point Likert-type scale, ranging from 0 ("*not at all*") to 3 ("*a lot*"). Higher values (ranging from 0 to 21 for each dimension) indicated greater adherence to prevention behaviors. The internal consistency in this sample for post-confinement prevention behavior intention (Cronbach's α = .81), experience with prevention behaviors (Cronbach's α = .72), self-efficacy level for prevention behaviors (Cronbach's α = .78), outcome expectations of prevention behaviors (Cronbach's α = .79), and social norm of preventive behaviors (Cronbach's α = .78) was deemed acceptable to excellent. Additionally, an exploratory factor analysis was carried out for the five scales, revealing a clear unifactorial structure for each, characterized by a single factor with an eigenvalue greater than 1 and an explained variance greater than 40% in all cases.

A 4-item ad-hoc inventory was used to measure adherence to prevention behaviors related to avoiding infection and sanction and proxy control [17] on government, health personnel, and scientists. Responses to this inventory were recorded on a 4-point Likert-type scale, where 1 denoted "*not at all*" and 3 "*a lot*". Higher values (ranging from 0 to 6 for each dimension) indicated greater engagement in preventive behaviors. The internal consistency in this sample for prevention behaviors to avoid infection (Cronbach's α = .52), prevention behaviors to avoid sanction

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

(Cronbach's α = .72), proxy control of government (Cronbach's α = .59), and proxy control of health personnel and scientists (Cronbach's α = .71) ranged from questionable to acceptable.

A 5-item ad-hoc inventory measured barriers and facilitators for prevention behaviors. The responses to this inventory were recorded on a 5-point Likert-type scale where -2 corresponded to "*makes it very difficult*" and +2 "*makes it very easy*." Higher values (ranging from -10 to 10) indicated a higher propensity for engaging in preventive behaviors. However, the internal consistency in this sample for barriers and facilitators for prevention behaviors (Cronbach's α = .68) was questionable.

A 4-item ad-hoc inventory was used to measure future threats generated by the pandemic. The responses to this inventory were recorded on a 4-point Likert-type scale where 0 represented "*not at all*" and 3 "*a lot*". Higher values (ranging from 0 to 12) indicate greater perceived future threats resulting from the pandemic. However, the internal consistency in this sample for future threats (Cronbach's α = .63) was questionable.

A 2-item ad-hoc inventory was used to measure perceived vulnerability to coronavirus for both oneself and others. Responses were recorded on a 5-point Likert-type scale ranging from 0 ("*highly unlikely*") to 4 ("*highly likely*"). Higher values (ranging from 0 to 4 for each item) indicated greater perceived vulnerability.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

A 1-item ad-hoc inventory measured information level (i.e., time spent consulting information on the pandemic). Respondents used a 3-point Likert-type scale where 0 corresponds to "*not at all*," 2 to "*less than 1 hour*", 3 to "*1 hour to 2 hours*", and 3 to "*3 hours or more*". Higher values (ranging from 0 to 12) indicated more time spent seeking information on the pandemic.

4. Data analyses

Statistical analyses were conducted using Stata 17. The descriptive analysis of the sample characteristics was carried out using frequencies (*n*) and percentages (%) for categorical variables and means (*M*) and standard deviations (*SD*) for continuous variables. To maintain the population distribution of each region, data analysis was weighted by the inverse of the ratio of the real population number of a region divided by the number of participants in the sample for that region. Comparison of post-confinement prevention behavior intention means across Spanish regions was conducted through post-hoc comparisons with the type I error corrected using Šidák's [20] approach. Pearson's correlation was used to calculate the raw association between measures.

A predictive linear mixed model for post-confinement prevention behavior intention was developed, including the 14 measures of prevention behaviors as independent terms and perceived severity as moderators. A random intercept multilevel model was first estimated using restricted maximum likelihood, with the Spanish region

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

as the random factor. The intra-class correlation (ICC) was also calculated. To assess the significance of the interactions between predictors and the moderator (perceived severity), a chunk likelihood ratio test, as recommended by Kleinbaum et al. [21], was conducted for all interaction terms. In cases where the chunk test was not significant, all interactions were removed. Conversely, if the chunk test was significant, each interaction was individually tested using a Wald test. In instances where a significant interaction was identified, the coefficient of the predictor was estimated for three levels of perceived severity (low = 1000, medium = 9144, and high = 17000).

RESULTS

1. Characteristics of the sample

Sociodemographic information is displayed in Table 1. The sample consisted of 15,131 residents in Spain during the COVID-19 lockdown measures. Of these, 66.8% were female, 62.5% reported medium income levels, and 75% had a university education. The average age was 38.4 years, with the majority residing in the Catalonia region (63.65%).

2. Personality and prevention behaviors

Table 1 also provides descriptive statistics for personality traits (i.e., extraversion, conscientiousness, amiability, emotionality, and openness traits), prevention behaviors (i.e., post-confinement behavior intention, past experience behaviors, adherence behavior, reasons for adherence, self-efficacy for behavior, outcome expectations of behavior, barriers/facilitators, and social norms), as well as the level of information,

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

proxy control, perceived vulnerability, and perception of future threats within the sample.

[INSERT TABLE 1 HERE]

3. Comparison of post-confinement prevention behavior intention between regions

Table 2 shows the means of post-confinement prevention behavior intention separately for each Spanish region. Residents of the Canary Islands showed the highest post-confinement prevention behavior intention compared to those in other regions. In contrast, residents of the Aragón and Balearic Islands region demonstrated the lowest intention for post-confinement prevention behaviors compared to residents of other regions.

[INSERT TABLE 2 HERE]

3. Correlations between post-confinement prevention behavior intention and potential predictive factors

Table 3 shows the correlations between post-confinement prevention behavior intention and the sociodemographic factors in the sample of Spanish residents. Among the highest correlation values, the post-confinement prevention behavior intention was notably related to the experience with prevention behaviors (r = .64). Both variables were correlated with general adherence (intention r = .43; experience r = .42), adherence to avoid infection (intention r = .51; experience r = .52), self-efficacy level (intention r = .73; experience r = .69), and outcome expectations of prevention behaviors

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

(intention *r* = .72; experience r = .54). Self-efficacy was correlated with outcome expectations (r = .41) and both were related to general adherence (self-efficacy *r* = .42; outcome r = .38) and adherence to avoid infection (self-efficacy *r* = .48; outcome expectations *r* = .49). Finally, social norms correlated with outcome expectations (*r* = .41).

[INSERT TABLE 3 HERE]

4. Predictive model of the post-confinement prevention behavior intention

Table 4 presents the results of the linear mixed model aimed at predicting post-confinement prevention behavior intention. For a random intercept multilevel model with the Spanish region as a random factor, the ICC was 0.028 (CI 95% 0.012 to 0.061). Despite being a relatively low value, the variance explained by the region (0.049) was statistically significant (*p* = .005), prompting the retention of the random factor in subsequent models. The mean change in coefficient estimates between the model with two sets of adjustment terms and the model with only the four sociodemographic terms was 6.44%, suggesting that the five personality dimensions could be excluded from the model. However, the mean change in coefficient estimates between the model with the sociodemographic set and the model without any adjustment term was 20.25%, highlighting the need to retain the four sociodemographic characteristics in the model.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

From the extensive set of variables analyzed, a model composed of the most influential predictors of post-confinement prevention behavior intention was obtained. The variables in this model, ordered by the standardized coefficient *B*, were as follows: self-efficacy ($B = 0.36$; $p < .001$), outcome expectations ($B = 0.36$; $p < .001$), and general adherence to prevention behaviors ($B = 0.31$; $p < .01$); information level ($B = 0.25$; $p < .001$), experience with prevention behaviors ($B = 0.12$; $p < .001$), perceived vulnerability ($B = 0.12$; $p = .008$), proxy control (scientists) ($B = 0.08$; $p < .01$), social norm of preventive behaviors ($B = 0.06$; $p < .001$), adherence to prevention behaviors to avoid sanction ($B =$ -0.03; = .10), barriers/facilitators for prevention behaviors ($B = 0.02$; $p = .12$), future threats ($B = -0.01$; $p = .23$), and proxy control (government) ($B = 0.00$; $p = .79$). Additionally, the perceived severity level adjusted the adherence to prevention behaviors to avoid infection (for low perceived severity, $B = 0.12$; $p <= .01$; for medium perceived severity, $B = 0.18$; $p < .001$; for high perceived severity, $B = 0.24$; $p < .001$) and perceived vulnerability of others to coronavirus level (for low perceived severity, B = -0.80= ; $p = .195$; for medium perceived severity, $B = 0.02$; $p = .60$; for high perceived severity, $B = 0.12$; $p <= .01$).

[INSERT TABLE 4 HERE]

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

DISCUSSION

The main purpose of this study was to identify the predictor variables for the intention to comply with COVID-19 preventive and non-pharmacological measures. Additionally, a territorial analysis was conducted to determine the differences in these factors among autonomous communities. The contribution of this study lies in its exploration of how a diverse range of variables impacts the level of compliance with preventive measures in a large sample of Spanish adults. Understanding the psychosocial factors and mechanisms underlying compliance with preventive behaviors to address the transmission of COVID-19 is crucial for designing effective health strategies.

The data collected in this study correspond to the period of the first wave of SARS-CoV-2, which marked a critical juncture in the fight against the COVID-19 pandemic. This period was characterized by the absence of effective pharmacological treatments and vaccines, which were still under development. Amid this context, individuals grappled with significant uncertainty, limited knowledge about the transmission of the virus, and unclear and inconsistent official recommendations for preventive measures [22]. This situation could explain the generally high adherence to reported preventive behaviors, as well as the intention to continue practicing prevention behaviors post-confinement.

The level of proxy control for the government was low, in stark contrast to the trust placed in scientists. The absence of consistent and coherent messaging from the

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

government regarding prevention and containment measures resulted in confusion and diminished levels of trust among the population [22]. Surprisingly, during the initial phase of the pandemic, marked by unprecedented health challenges, a high number of infections and deaths, and the lack of treatments and tools to combat the virus, trust in scientists was significantly high. Roozenbeek et al. [23] found that greater trust in scientists correlated with reduced susceptibility to coronavirus-related misinformation. However, further studies are needed to clarify the dynamics of trust in public authorities.

Among the extensive range of variables analyzed, the model that best predicts the future intention to comply with COVID-19 preventive measures incorporates elements of health promotion models, including self-efficacy, outcome expectations, general adherence to preventive behaviors, previous experience, perceived vulnerability, and social norm. Notably, self-efficacy emerged as the most consistently significant predictor of COVID-19-related behavior. This finding is consistent with several studies identifying self-efficacy as one of the strongest predictors of COVID-19 preventive behaviors [24] and other respiratory syndromes [25]. A systematic review further revealed that self-efficacy was the second most frequent significant predictor (in 87.5% of analyzed studies) of COVID-19-related behavior and intention [26].

Information level was also included in the model, showing a strong relationship with the intention to comply with COVID-19 measures. Shushtari et al. [27] found that

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

investing time in accessing accurate information is pivotal for engaging in effective COVID-19 prevention measures. The internet and social networks are extensively utilized as sources of health-related information [25], having a significant impact on preventive behavior [28]. However, a systematic review [29] revealed that certain sources of information, such as online social networks, contributed to misinformation and eroded trust in the scientific community. Thus, further research will be necessary to identify the specific effects of various forms of information.

Both adherence to prevention behaviors to avoid infection and the perceived vulnerability of others to coronavirus were contingent on the severity level of the pandemic, as measured by Mathieu et al. [30], using data on the number of people infected and the number of deaths caused by the coronavirus. Adherence to preventive behaviors emerged as a predictor of the future intention to engage in these behaviors, with its predictive value increasing as the number of COVID-19 cases and deaths rose. This effect could be attributed to the heightened perception of severity as information about the rise in infections and deaths became more prominent, despite the potential bias in this construct [31]. While few studies have directly examined the impact of epidemiological reports on behavior, several studies suggest that high levels of perceived severity enhance adherence to recommended preventive behaviors [32]. Moreover, it is commonly observed that perceived vulnerability tends to be higher for others than for oneself. For instance, Wilson et al. [33] found that young individuals

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

tended to perceive lower vulnerability for themselves compared to older individuals. Additionally, it has been observed that groups of smokers estimated their likelihood of developing lung cancer only slightly more than groups of non-smokers, with risk assessments being underestimated for both groups [34]. Further research focused on these factors will be essential to comprehensively understand their specific influence.

The Autonomous Community of residence exerted a minor yet significant influence on the obtained results. Following the declaration of the State of Alarm, decisions regarding healthcare measures to combat the virus were centralized at the national level [35]. This centralization is essential for understanding why relatively similar behaviors were observed across diverse regions. Nonetheless, the distribution of infections and deaths showed notable disparities across the Spanish Autonomous Communities. Gutierrez et al. [36] argue that this level of inequality was twice as high as that observed in relation to income distribution, potentially impacting the healthcare system's capacity during the pandemic. Pre-pandemic records [37] indicated differences in the number of publicly employed healthcare professionals, financed public health expenditures, and hospital beds within the public system, factors that could explain certain disparities in the pandemic's impact and the preventive behavior of individuals.

This study has both limitations and strengths that should be considered when interpreting the results. The extensive and heterogeneous sample, coupled with the wide variety of explored variables, allowed for a comprehensive analysis of the socio-

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

demographic factors influencing individuals' preventive behavior. However, online data collection excluded a significant percentage of the population without internet access for various reasons, potentially resulting in underrepresentation and diminished statistical power for correlation analyses. Moreover, it is essential to acknowledge the non-probabilistic nature of the sampling method used in this study. However, the impact of this limitation has been largely mitigated by the substantial sample size and the use of weighting in the statistical analyses.

Furthermore, the study's timing during the pandemic and the government's stipulated health measures influenced the evaluation of specific factors relevant to that period (such as the utilization of gloves for virus prevention), which later ceased to be the primary focus of analysis. Moreover, certain phenomena that gained significance as the pandemic progressed and had a cumulative effect were not assessed in this study.

Concerning the reliability of the measurement instrument used in this study, it is worth noting that some Cronbach's alpha values were low. This is because certain measures ad-hoc constructs with a limited number of items, designed to provide a general and exploratory perspective on the variables influencing behavioral intention.

It is also important to note that this study focused specifically on the Spanish population. However, to gain a more comprehensive understanding of the interactions between the severity of the pandemic and the extent of mobility restrictions, it is essential to compare different countries. In this study, differences in preventive

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

behavior were identified, even though the measures in each autonomous community were consistent during the study period. These differences are likely due to varying impacts in each region and structural differences. Conducting comparative analyses across countries will provide insights into how various measures have affected the spread and severity of the pandemic in different regions, aiding in the identification of effective strategies to mitigate its effects. This type of analysis is crucial for informing effective responses to future pandemics and safeguarding public health. The WHO recently emphasized the global establishment of behavioral science units or teams [38], highlighting the urgent need to leverage psychology and behavior design on a global scale, particularly in the context of the COVID-19 pandemic. This initiative positions the creation of these units as central to developing evidence-based policies that not only address immediate societal needs but also enhance preparedness for future health crises.

In summary, this study aimed to identify predictor variables for future compliance with COVID-19 preventive measures among a large sample of Spanish adults during the 'first wave' of the pandemic. The findings emphasized the importance of socio-cognitive factors such as self-efficacy and outcome expectations as primary predictors of COVID-19-related behavior, while also recognizing the impact of perceiving the pandemic's severity on individuals' intent to adhere to preventive measures. This

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

research offers valuable insights for public health authorities, enabling them to formulate strategies and policies to encourage compliance with preventive measures.

Implications for Public Health Authorities and Media:

- Promoting Self-Efficacy: Unlike hard-to-influence variables such as personality, self-efficacy is a malleable perception or belief that can vary according to various sources of information. Public health authorities should prioritize interventions that enhance individuals' self-efficacy regarding preventive behaviors, since building confidence in adopting and sustaining these measures is crucial for continued compliance.
- Communication Consistency: Media outlets play a significant role in disseminating information from both government and scientific authorities. Consistent and clear messaging is essential to reduce confusion and build trust among the population, ultimately encouraging adherence to preventive measures.
- Regional Disparities: Addressing regional disparities in preventive behavior and healthcare resources is vital. Tailoring public health strategies to the specific needs and challenges of different autonomous communities can improve overall compliance and contribute to more effective pandemic management.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

REFERENCES

1. Verelst F, Kuylen E, Beutels P. Indications for healthcare surge capacity in European countries facing an exponential increase in coronavirus disease (COVID-19) cases, March 2020. Euro Surveill. 2020;25(13). http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.13.2000323.
2. Advice for the public on COVID-19 – World Health Organization. Who.int.
3. Siebenhaar KU, Köther AK, Alpers GW. Dealing with the COVID-19 infodemic: Distress by information, information avoidance, and compliance with preventive measures. Front Psychol. 2020;11:567905. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567905
4. Uddin S, Imam T, Khushi M, Khan A, Ali M. How did socio-demographic status and personal attributes influence compliance to COVID-19 preventive behaviors during the early outbreak in Japan? Lessons for pandemic management. Pers Individ Dif. 2021;175. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2021.110692
5. Brouard S, Vasilopoulos P, Becher M. Sociodemographic and psychological correlates of compliance with the COVID-19 public health measures in France. Can J Polit Sci. 2020;53(2):253–8. http://dx.doi.org/10.1017/s0008423920000335
6. Milad E, Bogg T. Spring 2020 COVID-19 surge: prospective relations between demographic factors, personality traits, social cognitions and guideline

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

adherence, mask wearing, and symptoms in a US sample. Annals of Behavioral Medicine. 2021;55(7):665–76. http://dx.doi.org/10.1093/abm/kaab039

7. Plohl N, Musil B. Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science. Psychol Health Med. 2021;26(1):1–12. http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2020.1772988
8. Ajzen I. Understanding attitudes and predicting social behavior. 1980.
9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215. http://dx.doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191
10. Deci EL, Ryan RM, Deci EL, Ryan RM. Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. 1985;11–40.
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol . 1983;51(3):390–5. http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390
12. Drury J, Carter H, Ntontis E, Guven ST. Public behavior in response to the COVID-19 pandemic: understanding the role of group processes. BJPsych Open. 2020;7(1):e11. http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2020.139
13. Beca-Martínez MT, Romay-Barja M, Ayala A, Falcon-Romero M, Rodríguez-Blázquez C, Benito A, et al. Trends in COVID-19 vaccine acceptance in Spain,

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

September 2020–May 2021. Am J Public Health. 2022;112(11):1611–9. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2022.307039

14. Carlucci L, D'Ambrosio I, Balsamo M. Demographic and attitudinal factors of adherence to quarantine guidelines during COVID-19: The Italian model. Front Psychol . 2020;11:559288. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559288
15. Sanz A, Comendador L, Carmona-Cervelló M, Mateo-Canedo C, Sanabria-Mazo JP, Feliu-Soler A et al. PSY-COVID-1 Dataset. 2022. Doi:10.6084/m9.figshare.21695561
16. Manga D, Ramos F, Morán C. The Spanish norms of the NEO Five-Factor Inventory: New data and analyses for its improvement. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2004;4(3):639–48.
17. Bandura A. The social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
18. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. Milton-Keynes: Open University Press/McGraw-Hill; 2005.
19. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. Health Commun . 2010;25(8):661–9. http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2010.521906

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

20. Sidak Z. Rectangular confidence regions for the means of multivariate normal distributions. J Am Stat Assoc . 1967;62(318):626. http://dx.doi.org/10.2307/2283989

21. Kleinbaum DG, Kupper LL, Nizam A, Muller K, Rosenberg ES. Applied Regression Analysis and other Multivariable Methods. 5th ed. Boston (MA): Cengage Learning, Inc; 2014.

22. Royo S. Responding to COVID-19: The case of Spain. Eur Pol Anal . 2020;6(2):180–90. http://dx.doi.org/10.1002/epa2.1099

23. Roozenbeek J, Schneider CR, Dryhurst S, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, et al. Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. R Soc Open Sci. 2020;7(10):201199. http://dx.doi.org/10.1098/rsos.201199

24. Karl JA, Fischer R, Druică E, Musso F, Stan A. Testing the effectiveness of the Health Belief Model in predicting preventive behavior during the COVID-19 pandemic: The case of Romania and Italy. Front Psychol . 2021;12:627575. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.627575

25. Alsulaiman S, Rentner T. The health belief model and preventive measures: A study of the Ministry of health campaign on Coronavirus in Saudi Arabia. J Int Crisis Risk Commun Res. 2018;1(1):27–56. http://dx.doi.org/10.30658/jicrcr.1.1.3

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

26. Zewdie A, Mose A, Sahle T, Bedewi J, Gashu M, Kebede N, et al. The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. SAGE Open Med . 2022;10:20503121221113668. http://dx.doi.org/10.1177/20503121221113668

27. Shushtari ZJ, Salimi Y, Ahmadi S, Rajabi-Gilan N, Shirazikhah M, Biglarian A, et al. Social determinants of adherence to COVID-19 preventive guidelines: a comprehensive review. Osong Public Health Res Perspect . 2021;12(6):346–60. http://dx.doi.org/10.24171/j.phrp.2021.0180

28. Amodan BO, Bulage L, Katana E, Ario AR, Fodjo JNS, Colebunders R, et al. Level and determinants of adherence to COVID-19 preventive measures in the first stage of the outbreak in Uganda. Int J Environ Res Public Health . 2020;17(23):8810. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17238810

29. Rocha YM, de Moura GA, Desidério GA, de Oliveira CH, Lourenço FD, de Figueiredo Nicolete LD. The impact of fake news on social media and its influence on health during the COVID-19 pandemic: a systematic review. Z Gesundh Wiss . 2021;31(7):1–10. http://dx.doi.org/10.1007/s10389-021-01658-z

30. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J. Coronavirus pandemic (COVID-19). Our world in data. 2020.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

31. Saletti Cuesta L, Tumas N, Berra S. Percepción de riesgo ante el coronavirus en la primera fase de la pandemia en Argentina. Hacia Promoc Salud . 2021;26(1):163–78. http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.13

32. Luo Y, Cheng Y, Sui M. The moderating effects of perceived severity on the generational gap in preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in the US. International journal of environmental research and public health. 2011;18(4). https://doi.org/10.3390/ijerph18042011

33. Wilson RF, Sharma AJ, Schluechtermann S, Currie DW, Mangan J, Kaplan B, et al. Factors influencing risk for COVID-19 exposure among young adults aged 18-23 Years-Winnebago County. Morb Mortal Wkly Rep. 2020;2020:1497–502. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6941e2

34. McKenna FP, Warburton DM, Winwood M. Exploring the limits of optimism: the case of smokers' decision making. Br J Psychol . 1993;84 (Pt 3):389–94. http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8295.1993.tb02490.x

35. BOE-A-2018-10752 Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. www.boe.es. [cited 2023 Oct 29]. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752

36. BOE-A-2020-3692 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. www.boe.es. [cited 2023 Oct 29].

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692

37. Gutiérrez M-J, Inguanzo B, Orbe S. Distributional impact of COVID-19: regional inequalities in cases and deaths in Spain during the first wave. Appl Econ . 2021;53(31):3636–57. http://dx.doi.org/10.1080/00036846.2021.1884838

38. New global resolution calls for establishment of behavioural science units or teams. www.who.int. [cited 2023 Oct 29]. Available in: https://www.who.int/europe/news/item/20-06-2023-new-global-resolution-calls-for-establishment-of-behavioural-science-units-or-teams.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Table 1. Characteristics of the sample (*N* = 15131)

Variables (scores ranges)	***M (SD)***	***Min-Max***
Age (18-99)	38.31 (14.86)	16-92
Personality: extraversion (1-5)	3.25 (1.13)	1-5
Personality: conscientiousness (1-5)	3.61 (1.02)	1-5
Personality: agreeableness (1-5)	3.34 (1.08)	1-5
Personality: neuroticism (1-5)	3.01 (1.14)	1-5
Personality: openness (1-5)	3.82 (1.05)	1-5
Post-confinement prevention behavior intention (0-	16.28 (3.76)	0-21
Experience with prevention behaviors (0-21)	14.99 (3.60)	0-21
General adherence to prevention behaviors (0-3)	2.55 (0.57)	0-3
Information level (0-3)	1.41 (0.72)	0-3
Adherence to prevention behaviors for avoid	4.96 (1.18)	0-6
Adherence to prevention behaviors for avoid sanction	2.51 (1.88)	0-6
Self-efficacy level for prevention behaviors (0-21)	15.92 (3.61)	0-21
Outcome expectations of prevention behaviors (0-21)	17.21 (3.41)	0-21
Barriers/facilitators for prevention behaviors (-10-10)	3.39 (3.63)	-10-10
Social norm of preventive behaviors (0-21)	15.40 (4.25)	0-21
Proxy control (Government) (0-6)	2.46 (1.55)	0-6
proxy control (Scientists) (0-6)	5.12 (1.16)	0-6
Perceived vulnerability to coronavirus (0-4)	2.21 (0.98)	0-4
Perceived vulnerability of others to coronavirus (0-4)	2.31 (0.94)	0-4
Future threats (0-12)	5.96 (2.50)	0-12
Variables	***n* (%)**	
Gender		
Female	10114 (66.8)	
Male	5017 (33.2)	
Educational level		
Uneducated/ Primary	589 (3.9)	
Secondary	3194 (21.1)	
University	11348 (75)	
Income level		
Low	4560 (30.1)	
Medium	9461 (62.5)	
High	1110 (7.4)	

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Region[1]	
Andalusia	471 (3.1)
Aragon	282 (1.9)
Castilla-La Mancha	175 (1.2)
Castilla-Leon	547 (3.6)
Catalonia	9631 (63.6)
Madrid	871 (5.8)
Valencia	626 (4.1)
Basque Country	192 (1.3)
Galicia	1084 (7.2)
Balearic Islands	156 (1)
Canary Islands	719 (4.7)
Other	377 (2.5)

Note: In brackets minimum and maximum possible values; [1] non-weighted.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Table 2. Post-confinement prevention behavior intention comparison between regions

				Significant differences between means[1]										
Region	Weighted N	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Andalusia	2720	16.43	3.82											
2. Aragon	427	14.90	3.91	*										
3. Castilla-La Mancha	655	16.44	3.74		*									
4. Castilla-León	767	16.49	3.56		*									
5. Catalonia	2455	15.89	3.82		*		*							
6. Madrid	2167	16.46	3.60		*			*						
7. Valencia	1615	16.47	3.78		*			*						
8. Basque Country	702	15.58	4.22											
9. Galicia	865	16.59	3.64		*			*			*			
10. Balearic Islands	390	15.01	3.57	*		*	*		*	*		*		
11. Canary Islands	720	17.26	3.42	*	*		*	*	*	*	*	*	*	
12. Other	1648	16.23	3.62		*								*	*

Note: [1] Corrected by Sidak

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Table 3. Bivariate Pearson correlations

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																				
2	-.02																			
3	-.00	.10																		
4	.13	.32	.08																	
5	-.12	.00	-.05	-.07																
6	.09	.01	.07	.09	.08															
7	.10	.04	.13	.03	.08	.10														
8	.08	.05	.15	-.00	.09	.12	.63													
9	.12	.00	.12	.03	.06	.05	.43	.42												
10	.23	.01	.01	.05	.02	.03	.20	.18	.13											
11	.06	.04	.12	-.03	.07	.05	.5	.52	.38	.11										
12	-.11	.07	.04	-.01	.76	-.03	-.05	-.06	-.06	-.03	.03									
13	.05	.00	.17	.01	.03	.10	.73	.69	.42	.15	.48	-.05								
14	.02	.05	.11	.02	.08	.07	.72	.54	.39	.15	.49	-.00	.62							
15	.04	.12	.09	.12	.02	.06	.35	.25	.22	.12	.29	.09	.30	.40						
16	.07	.08	.09	.07	-.05	.03	.39	.26	.17	.08	.24	.04	.35	.41	.30					
17	.03	.03	-.00	.11	.01	.08	.13	.07	.12	.07	.10	-.02	.10	.16	.24	.05				
18	.02	.08	.07	.13	.01	.08	.29	.21	.20	.10	.24	-.08	.24	.32	.29	.17	.32			
19	.03	.05	-.00	.02	.59	.03	.17	.13	.08	.07	.14	-.07	.12	.17	.08	.04	.01	.10		
20	-.03	.03	-.00	-.00	.07	.05	.15	.12	.09	.05	.12	-.07	.12	.17	.05	.00	.01	.09	.80	
21	.01	-.01	-.01	-.03	.02	-.01	-.01	-.00	-.01	.01	-.02	.01	-.01	-.01	-.01	-.03	-.01	-.02	-.01	-.01

Note: 1.Age; 2.Personality: extraversion; 3.Personality: conscientiousness; 4.Personality: amiability; 5.Personality: emotionality; 6.Personality: openness; 7.Post-confinement prevention behavior intention; 8.Experience with prevention behaviors; 9.General adherence to prevention behaviors; 10.Information level; 11.adherence to prevention behaviors for avoid infection; 12.adherence to prevention behaviors for avoid sanction; 13.Self-efficacy level for prevention behaviors; 14.Outcome expectations of prevention behaviors; 15.Barriers/facilitators for prevention behaviors; 16.Social Norm of preventive behaviors; 17. Proxy Control of Government; 18. proxy Control of Scientists-Health staff; 19.Personal Perceived vulnerability to coronavirus (self); 20.Perceived vulnerability to coronavirus (others) ; 21.Future threats.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2023.10.30.23297748; this version posted November 27, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Table 4. Mixed model for prediction of post-confinement prevention behavior intention

Fixed effects	B	CI 95% (B)	*p*	*β**
Adherence to prevention behaviors to avoid infection				
For low perceived severity = 1000	0.12	0.04 to 0.21	<.01	0.04
For medium perceived severity = 9144	0.18	0.13 to 0.23	<.001	0.06
For high perceived severity = 17000	0.24	0.20 to 0.28	<.001	0.08
Perceived vulnerability of others to coronavirus				
For low perceived severity = 1000	-0.08	-0.20 to 0.04	.20	-0.02
For medium perceived severity =9144	0.02	-0.06 to 0.11	.60	0.01
For high perceived severity = 17000	0.12	0.05 to 0.19	<.01	0.03
Self-efficacy level for prevention behaviors	0.36	0.33 to 0.40	<.001	0.35
Outcome expectations of prevention behaviors	0.36	0.32 to 0.40	<.001	0.33
General adherence to prevention behaviors	0.31	0.11 to 0.52	<.01	0.05
Information level	0.25	0.15 to 0.34	<.001	0.05
Experience with prevention behaviors	0.12	0.11 to 0.14	<.001	0.12
Perceived vulnerability to coronavirus	0.12	0.03 to 0.20	<.01	0.03
Proxy control (Scientists)	0.08	0.03 to 0.14	<.01	0.03
Social Norm of preventive behaviors	0.06	0.05 to 0.072	<.001	0.07
Adherence to prevention behaviors for avoid sanction	-0.03	-0.07 to 0.01	.10	-0.02
Barriers/facilitators for prevention behaviors	0.02	-0.01 to 0.05	.12	0.02
Future threat	-0,01	-0.02 to 0.01	.23	-0.01
Proxy control (Government)	0.03	-0.02 to 0.03	.79	0.00
Random effects	B	(B) CI 95%	p	
Spanish region	0.05	0.03 to 0.10	.01	

Note: Adjusted by age, gender, education level, and income; B*: standardized regression coefficient

En la Tabla 6 se presenta una comparativa entre las variables que originalmente se introdujeron en el E1, y las que finalmente constituyeron el modelo predictivo de la intención de tener comportamientos preventivos no farmacológicos

Tabla 6. Variables evaluadas e incluidas en el modelo predictivo (E1)

Variable	Estudio 1	Incluida en el modelo 1
Intención de conductas de prevención (no farmacológicas)	X	X
Experiencia previa (medidas no farmacológicas)	X	X
Adhesión general (medidas no farmacológicas)	X	X
Motivos para adhesión a conductas de prevención	X	X
Autoeficacia	X	X
Expectativas de resultados	X	X
Barreras/facilitadores	X	X
Norma social subjetiva	X	X
Severidad pandemia (mortalidad)	X	X
Severidad medidas restricción	X	
Comunidad autónoma	X	X
Edad	X	
Nivel de estudios	X	
Nivel socioeconómico	X	
Género	X	
Personalidad	X	
Nivel de información (tiempo)	X	X
Vulnerabilidad percibida	X	X
Gravedad percibida	X	
Competencia percibida	X	
Confianza (gobernantes y científicos)	X	X
Riesgo futuro (trabajo, salud, ingresos, relaciones)	X	X
Intención de vacunarse (medidas farmacológicas)		
Cambios en la cotidianeidad		
Crecimiento post-traumático		
Adaptación		
Percepción del paso del tiempo		

Resistencia a las restricciones	
Nivel de cumplimiento del confinamiento domiciliario	
Salud mental	
Seguimiento de salud mental	
Cambio de humor post pandémico	
Beneficio/Perjuicio para afrontar situaciones adversas	
Nivel de acuerdo con teorías conspirativas	
Nivel de acuerdo con las necesidades de medidas preventivas/restrictivas	X
Nivel de acuerdo con la necesidad de vacunar a la población	
Nivel de acuerdo sobre nivel de información, recursos sanitarios y adaptabilidad del sistema educativo	
Frecuencia de uso de estrategias para hacer frente a la pandemia (emocionales, comportamentales, religiosas)	
Experiencia de contagio (propio y personas cercanas)	

CAPÍTULO 4.

ESTUDIO 2

CAPÍTULO 4. ESTUDIO 2

Este estudio se encuentra **publicado** en la revista ***Vaccine: X.*** Para llevar a cabo el Estudio 2 (E2) se empleó la base de datos PSY-COVID-2 (segunda ola), estudio empírico de recogida de datos que utilizó el instrumento de evaluación homónimo en el que se modificaron algunas variables en referencia al instrumento "PSY-COVID primera ola" (Anexo 2) para adaptarlo al contexto de análisis. En lo referente a esta tesis doctoral, en esta segunda ola el interés se focalizó en las medidas farmacológicas de prevención de la COVID-19 (vacunación) y sus posibles determinantes.

De forma similar a la revisión bibliográfica llevada a cabo para seleccionar los constructos y variables de análisis del E1, se realizó una revisión bibliográfica de alcance de los estudios que abordaban factores predictivos vinculados a la intención de vacunación como medida farmacológica de prevención frente al COVID-19, en un momento en el que diversos países comenzaban a distribuir las vacunas en su población según la estrategia de vacunación de cada uno de ellos. En esta revisión se extrajeron los factores predictivos incluidos en cada uno de los estudios, la estrategia de explotación utilizada, el diseño elegido y las características de la muestra. A partir del análisis de los estudios de referencia, se seleccionaron de la BBDD del estudio PSY-COVID-2 las variables que mostraron mayor relevancia como potenciales predictores de la resistencia a la vacunación. De forma equivalente al E1, el E2 de esta tesis doctoral pretendía

incluir un amplio espectro de variables para efectuar un análisis exploratorio conjunto de su valor predictivo ante la intención de vacunación, coincidente en la medida de lo posible con las variables que se habían explorado en los estudios derivados de la revisión bibliográfica de alcance. Se pretendía, por tanto, efectuar un estudio empírico que sintetizara, en la medida en que los datos recopilados en la segunda ola del estudio PSY-COVID lo hicieran posible.

En esta revisión bibliográfica de alcance se incluyeron 14 estudios, publicados entre el año 2020 y el 2021. Se extrajeron 16 variables predictoras principales: confianza/conocimiento en la vacuna, historial de vacunas aplicadas, confianza en personal sanitario, confianza en los medios de comunicación, vulnerabilidad percibida ante el COVID-19, norma social, miedo a efectos secundarios, situación laboral, nivel socioeconómico, estado de salud, edad, género, ideología política, religión, etnia, nivel educativo (Tabla 7). De estos factores, en el E2 se incluyeron 15 (83%) de las variables extraídas. No se incluyeron las siguientes variables: raza, ideología, y sesgo naturalista.

Tabla 7. Variables predictivas y Outcome extraídas de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica de alcance previo al estudio E2

Artículo	Situación laboral	Nivel socioeconómico	Estado de salud	Edad	Género	Ideología política	Religión	Etnia	Nivel educativo
Eun	X	X	X	X		X	X		
Graupensperger				X					
Huynh									
Lucia									
Meier					X	X		X	
Pastorino									X
Paul		X			X			X	X
Phi						X			
Pham									X
Robertson				X	X			X	X
Ruiz		X	X		X	X			
Wismans									
Wong									
Yan	X			X	X				

Tabla 7. Variables predictivas y Outcome extraídas de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica de alcance previo al estudio E2 (continuación).

Artículo	Situación laboral	Nivel socioeconómico	Estado de salud	Edad	Género	Ideología política	Religión	Etnia	Nivel educativo
Eun	X	X	X	X		X	X		
Graupensperger				X					
Huynh									
Lucia									
Meier					X	X		X	
Pastorino									X
Paul		X			X			X	X
Phi						X			
Pham									X
Robertson				X	X			X	X
Ruiz		X	X		X	X			
Wismans									
Wong									
Yan	X			X	X				

De los estudios incluidos en la revisión bibliográfica de alcance, 6 (43%) utilizaron regresiones logísticas como estrategia de explotación, 5 (36%) utilizaron regresiones lineales múltiple, 1 (7%) utilizó análisis de mediación, 7 (1%) utilizó ANOVA, 1 (%) realizó un análisis cualitativo y 1 (7%) utilizó un análisis mixto. La mayoría de los estudios presentaron un diseño transversal (13; 93%), y solo 1 (7%) un diseño longitudinal. Finalmente, el número de participantes incluido en los estudios fue variado, comprendido entre n = 168 y n = 32361, con una mediana de n = 954.

El E2 representa una síntesis de la diversidad de variables incluidas en los estudios de referencia incluidos en la revisión, con una estrategia de explotación y diseño similar a la mayoría de los estudios y con una muestra mayor a la del 71% de los estudios incluidos.

Tabla 8. Características metodológicas de los estudios de la revisión bibliográfica de alcance.

Artículo	Estrategia explotación	N	Diseño
Eun	Regressió logística	13021	Transversal
Graupensperger	Regresión lineal múltiple	647	Transversal
Huynh	Regresión logística	647	Transversal
Lucia	Regressió logística	168	Transversal
Meier	Regresión lineal múltiple	1054	Transversal
Pastorino	Regresión logística	436	Transversal
Paul	Regresión lineal múltiple	32361	Transversal
Phi	Regresión jeràrquica	362	Transversal
Pham	Regresión lineal múltiple	854	Transversal
Robertson	Regresión logística	12035	Longitudinal
Ruiz	Regresión lineal múltiple	804	Transversal
Wismans	Análisis de mediación	7404	Transversal
Wong	Regresión logística	1159	Transversal
Yan	Regresión logística y jeràrquica	1255	Transversal
	Mediana	954	

Vaccine: X 14 (2023) 100301

Contents lists available at ScienceDirect

Vaccine: X

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jvacx

Predictive factors of hesitancy to vaccination against SARS-CoV-2 virus in young adults in Spain: Results from the PSY-COVID study

Corel Mateo-Canedo [a,1,11], Juan Pablo Sanabria-Mazo [a,b,1,3,11], Laura Comendador [a,1,4,5,9], Juan Sebastián Rojas [a,1], Meritxell Carmona [a,1], Neus Crespo-Puig [a,1], Fiorella Anyosa [a,1,6], Clara Selva [d,7], Albert Feliu-Soler [a,2,3], Narcís Cardoner [a,c,8,9], Juan Deus [a,2], Juan V. Luciano [a,b,2,3], Jorge Luis Méndez-Ülrich [e,10], Antoni Sanz [a,1,*]

[a] Universitat Autònoma de Barcelona, Spain
[b] Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Spain
[c] Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Spain
[d] Universitat Oberta de Catalunya, Spain
[e] Universitat de Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 29 November 2022
Received in revised form 5 April 2023
Accepted 7 April 2023
Available online 18 April 2023

Keywords:
COVID-19
Hesitancy
Reluctance
Vaccination
Attitudes
Beliefs

ABSTRACT

Widespread population vaccination against the SARS-CoV-2 virus is a matter of great interest to public health as it is the main pharmacological measure to contain the COVID-19 pandemic. Hesitancy/reluctance to vaccination has become a main barrier to containing the pandemic. Young adults are the age group with the greatest resistance to vaccination, even in countries with the highest vaccination rates during this pandemic. The objective of this study was to identify the main predictive factors of vaccination intention and profile people with hesitancy/reluctance to vaccinate against SARS-CoV-2 virus in young adults living in Spain during the pandemic. A cross-sectional study was conducted based on the administration of an online survey (PSY-COVID-2) that evaluated the intention of vaccination together with a wide range of sociodemographic, social, cognitive, behavioral and affective variables in a sample of 2210 young adults. 14% of the sample showed hesitancy/reluctance to vaccination at the beginning of their vaccination campaign. A total of 35 factors were associated (small to medium effect sizes) with the intention to get vaccinated. A reduced set of 4 attitudinal and social variables explained 41% of the variability in vaccination intention: attitude to the vaccination, trust in health staff/scientists, conspiracy beliefs about SARS-CoV-2 and time spent being informed about COVID-19. These variables showed good sensitivity/specificity for classifying people as reluctant/not reluctant to vaccination, properly classifying

* Corresponding author.
E-mail addresses: corel.mateo@uab.cat (C. Mateo-Canedo), juanpablo.sanabria@uab.cat (J.P. Sanabria-Mazo), laura.comendador@uab.cat (L. Comendador), juansebastian.rojas@autonoma.cat (J.S. Rojas), meritxell.carmona@uab.cat (M. Carmona), neus.crespo@uab.cat (N. Crespo-Puig), fiorella.anyosa@uab.cat (F. Anyosa), cselvao@uoc.edu (C. Selva), albert.feliu@uab.cat (A. Feliu-Soler), narcis.cardoner@uab.cat (N. Cardoner), joan.deus@uab.cat (J. Deus), juanvicente.luciano@sjd.es (J.V. Luciano), antonio.sanz@uab.cat (A. Sanz).
[1] Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació, Carrer de la Fortuna, s/n. Campus de Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Cerdanyola del Vallès, Spain.
[2] Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Carrer de la Fortuna, s/n. Campus de Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Cerdanyola del Vallès, Spain.
[3] Teaching, Research & Innovation Unit, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, St. Boi de Llobregat, Spain.
[4] Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal. Avinguda de Can Domènech, 737. Campus de Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Cerdanyola del Vallès, Spain.
[5] Servei de Salut Mental. Hospital Universitari Parc Taulí. Unitat Mixta de Neurociència Traslacional I3PT-UAB. 08208 Sabadell, Barcelona, Spain.
[6] Departament de Psicologia Social. Carrer de la Fortuna, s/n. Campus de Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Cerdanyola del Vallès, Spain.
[7] Estudis de Psicologia i Ciències de l'Educació, Rambla del Poblenou, 156, 08018 Barcelona, Spain.
[8] Sant Pau Mental Health Group, Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIBB-Sant Pau), Hospital de la Sant Creu i Sant Pau, Institut d'Innovació i investigació Parc Taulí (I3PT), Centro de Investigación Biomédica en Red de Salut Mental (CIBERSAM), Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Catalonia, Spain.
[9] Departament de Psiquitaria i Medicina Legal, Avinguda de Can Domènech, 737. Campus de Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Cerdanyola del Vallès, Spain.
[10] Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació, Passeig de la Vall d'Hebrón 171, Campus Mundet, Universitat de Barcelona, 08035 Barcelona, Spain.
[11] This author should be considered as co-first author.

https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2023.100301
2590-1362/© 2023 The Author(s). Published by Elsevier Ltd.
This is an open access article under the CC BY license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

86% of people. Psychosocial processes related to attitudes, trust and information are the main predictors of vaccination intention in a highly reluctant group such as the young adult population.
© 2023 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. Introduction

Vaccination has historically greatly reduced the effect of infectious diseases and is generally safer and more effective than curative drugs [1,2]. The benefits of vaccination transcend the prevention of infection, morbidity and mortality of people, because it also contributes to the reduction of the costs for the public health system and promotes the disappearance of new resistant strains [3]. In turn, vaccination provides social benefits, such as indirect protection to people that cannot be vaccinated (due to age, chronic diseases, etc.), while also combating the socioeconomic inequity of access to health compared to other types of pharmacological treatments [3,4].

The *World Health Organization* (WHO) [5], stated that one of the biggest risks to preventing the spread of disease is hesitation over vaccination. This phenomenon underlies a set of negative beliefs, attitudes, and behaviors regarding vaccination. Previous studies indicate that resistance to vaccination is sustained despite its proven success against common and serious diseases [3].

The development and mass administration of vaccines is seen as crucial to stop the spread of the SARS-CoV-2 virus, as well as to achieve herd immunity and curb the emergence of new variants of the virus. Given the characteristics of the virus and the vaccines administered, it is necessary that between 80 and 90 % of the population be vaccinated to achieve herd immunity [6,7]. The lack of precedent for an international health emergency such as the COVID-19 pandemic contributes to the fact that information strategies on the virus and the implementation of the protection and prevention measures have not followed a pre-established action plan [8]. In turn, given its novelty and accelerated production process, widespread initial uncertainty has emerged regarding the efficacy and side effects of the vaccine. Although currently available vaccines have been shown to be safe and effective, especially for the prevention of serious cases, hospitalization, and death, there is a sizable section of the world's population that is reluctant to be vaccinated [5].

At a time when new variants of SARS-CoV-2 are continuously emerging, the need to achieve a global level of immunity is highlighted, and it is critical for global public health to identify resistant population groups as well as the main barriers associated with hesitance/reluctance to vaccination. Several studies have analyzed the predictors of resistance to vaccination. There is some consensus regarding the sociodemographic characteristics that predict vaccination resistance: being young [9,10], being male [10–12], a low level of education and income [9,10], a conservative political ideology [9,10,13], being black [13–15] and not having received the flu vaccine [13,16]. Other studies have identified psychosocial factors related to hesitance to vaccination, such as perceived low vulnerability to illness [12,13,17] or low media confidence [18].

Although some studies [19–21] have indicated that the young population showed high levels of vaccination intention before access to vaccines available to them, the reports in Spain and in the rest of the world [23] highlight that people aged 18 to 49 are the adult population with the lowest vaccination rate. Therefore, it is necessary to analyze in a global perspective the factors related to the intention to get vaccinated in this age range.

This research presents an exploratory approach, seeking to identify the predictive power of affective, cognitive, behavioral, social, and sociodemographic factors of vaccination intention in a sample of young adults in Spain. Unlike previous studies, focused on a specific and reduced set of predictive variables (sociodemographic characteristics, specific personality traits, media, etc.), the assessment tool used in the present study was addressed to collect a broad spectrum of potential predictors which could be related to deciding whether to get vaccinated against SARS-CoV-2.

2. Method

2.1. Design and procedure

The study presented here is part of the PSY-COVID project. This project is an international collaborative research initiative developed during 2020 to 2022 with the purpose of generating a large database to study the psychosocial impact of the COVID-19 pandemic. A total of 180 researchers from 55 research centers in 28 countries participated, developing a standardized and cross-cultural assessment instrument for mental health, SARS-CoV-2 prevention behaviors, lifestyle, and possible predictive factors (physical, cognitive, social). Likewise, 3 waves of the study were carried out between 2020 and 2022, in which more than 92,000 people participated. This project received the approval of the *Animal and Human Experimentation Ethics Committee* of the Autonomous University of Barcelona (CEEAH-5197). The study was carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans. This study was carried out from a cross-sectional perspective. Participants answered the PSY-COVID-2 online questionnaire anonymously from the Google Forms platform, with an approximate duration of 15 min. The design of this survey was based on the literature both on mental health and preventive behaviors. The list of variables to be measured and instruments to be included in the questionnaire was validated by a group of 30 health researchers and translated into Spanish, Catalan and English. Informed consent was included, and participation was voluntary and anonymous. This questionnaire was developed as a variant of the original PSY-COVID questionnaire with the aim of carrying out a second wave of the PSY-COVID study during 2021 and 2022. The survey was distributed through social networks (Facebook®, Instagram®, Twitter®, WhatsApp®). The form was also disseminated in 12 of the Spanish universities participating in the PSY-COVID project, including the Network of Healthy and Sustainable Universities, from June 1 to July 31, 2021, using the snowball sampling method. The dissemination campaign of the study questionnaire during the second wave was mainly addressed to young adults in Spain, coinciding with the start of the first vaccination campaign against SARS-CoV-2 for the general young adult population in this country (Fig. 1).

2.2. Participants

The eligibility criteria of the sample analyzed in this article were: (1) to be between 18 and 39 years old, (2) to be resident in Spain and (3) to answer the PSY-COVID-2 questionnaire between 15 and 30 June 2021. This last criterion was adopted because of the *Spanish Public Health Commission* approved on June 15, 2021, the vaccination of age groups between 12 and 39 years. Thus, the data collection period analyzed in this study is limited to the weeks of the start of the implementation of the first dose

vaccination in the age range of interest. Given that an effect size equal to 1 % of the explained variance was determined according to Funder & Ozer [22] as the minimum to be detected, it was estimated that the necessary sample to extract from the database was n = 1046, for $r = 0.1$, with a type-I error of $\alpha = 0.05$ and a type-II error of $1\text{-}\beta = 0.9$, relative to two-tailed Pearson bivariate correlations. Out of 2723 participants in the second wave of the PSY-COVID study, 2120 met the eligibility criteria, thus the sample size was sufficient.

2.3. Instruments

This study evaluated a set of 67 variables as possible predictors of intention to get vaccinated. The PSY-COVID-2 questionnaire asks participants on a) sociodemographic characteristics (age, gender, income, education), b) coronavirus impact (perceived risk, perceived vulnerability, future threats, experience of contagion; c) adaption to restrictions, d) agreement with preventive measures, e) psychological variables, f) coping strategies, g) areas of impact, and h) use of coping strategies. The psychometric properties of instruments constituted by two or more items are indicated in Table 1. The instruments of the study are detailed in the supplementary material (Table S1).

2.4. Data analysis

Statistical analysis was performed using IBM-SPSS© (Statistical Package for the Social Sciences) version 28 and was carried out on PSY-COVID-2 Dataset [24]. Descriptive statistics were extracted through measures of central tendency and dispersion (M and SD) in quantitative variables, and absolute and relative frequencies in qualitative variables. Once the scores of the different multiple-item instruments were obtained, the internal consistency was estimated.

For the purposes of some inferential statistical analysis, the original 5-points Likert scale on vaccination intention was recoded as a dichotomous variable: intention (strongly agree, agree) versus reluctance/hesitance of vaccination (neutral, disagree, strongly disagree). One-way analyses of variance were then carried out on the quantitative predictor variables for the profiling of hesitant/reluctant people in relation to their vaccination intention. With the same purpose, contingency chi-square tests were carried out in relation to dichotomous or polytomous predictor variables.

A matrix of Pearson's product-moment bivariate correlations between the vaccination intention and its possible regressors was obtained, which allowed the identification of variables that met a double criterion: (1) a significant correlation for $\alpha = 0.05$ and (2) a coefficient of determination (R^2) greater than 1 % on the intention to vaccination. Then, a multiple regression model (stepwise method) was carried out including the variables that met these eligibility criteria as regressors of the intention to get vaccinated as the dependent variable. Finally, a discriminant analysis was carried out with the predictive variables identified in the multiple regression model to quantify their degree of sensitivity and specificity when classifying people as hesitant/reluctant about vaccination.

3. Results

3.1. Sample description

The age range of the sample ($n = 2120$) was between 18 and 39 years ($M = 22.15$; $SD = 4.39$), with a higher representation of women ($n = 1531$; 72.2 %); 97.1 % ($n = 2058$) of the participants had university studies (started or completed). Sixty percent ($n = 1272$) reported medium income, 10.8 % ($n = 229$) was health staff, 11.4 % ($n = 242$) teaching staff, and 16.3 % ($n = 346$) reported disability, mental health, or chronic illness. 11.2 % ($n = 242$) reported having passed COVID-19.

3.2. Profiling the vaccination hesitancy/reluctance

The comparison of means for quantitative predictors and the contingency tests for dichotomous or polytomous variables identified a total of 20 potential variables that discriminated between people with and without vaccination intention (Table 2). Belonging to health staff ($\chi^2 = 3.09$; $p = .04$), perceive a future threat to own health, $F_{(1,2119)} = 6.33$; $p = .01$), tolerance of the restrictions ($F_{(1,2119)} = 24.65$; $p < .001$), having favorable attitude to mobility restrictions ($F_{(1,2119)} = 24.65$; $p < .001$), to preventive measures ($F_{(1,2119)} = 193.67$; $p < .001$) and to vaccination ($F_{(1,2119)} = 1093.67$; $p < .001$), a positive evaluation of the response of the public system facing COVID-19 crisis ($F_{(1,2119)} = 10.19$; $p < .001$), trust in authorities ($F_{(1,2119)} = 24.65$; $p < .001$) and health staff/scientists ($F_{(1,2119)} = 271.90$; $p < .001$), extraversion ($F_{(1,2119)} = 6.00$; $p = .01$), agreeableness ($F_{(1,2119)} = 12.80$; $p < .001$), time ($F_{(1,2119)} = 18.63$; $p < .001$) and quality of information about COVID-19 ($F_{(1,2119)} = 69.10$; $p < .001$), and search for social support ($F_{(1,2119)} = 9.0.85$; $p < .001$) were conditions associated with vaccination intention. Contrarily, conspiracy beliefs about SARS-CoV-2 ($F_{(1,2119)} = 215.56$; $p < .001$), availability of public resources for mental health ($F_{(1,2119)} = 6.70$; $p = .01$), good post-pandemic mood ($F_{(1,2119)} = 3.89$, $p = .04$), and coping style characterized by family support-seeking ($F_{(1,2119)} = 10.23$; $p < .001$) and substance use ($F_{(1,2119)} = 8.58$; $p < .001$) were conditions associated with hesitancy/reluctance to vaccination.

3.3. Predictive modeling of vaccination intention

In order to perform the linear multiple regression modeling of the vaccination intention, a Pearson's product-moment correlation matrix was carried out (see Supplemental Table S2). A total of 35 variables met criterion 1 (a significant correlation for $\alpha = 0.05$), and a total of 8 variables additionally met criterion 2 (coefficient of determination R^2 greater than 1 % adopted according to Funder & Ozer statement about the smaller effect ($r = 0.10$) that has potential to be consequential [22]). These variables ordered by effect size were attitude to vaccination ($r = 0.62$; $p < .001$), trust in health staff/scientists ($r = .37$; $p < .001$), conspiracy beliefs about SARS-CoV-2 ($r = 0.34$; $p < .001$), attitude towards non-pharmacological preventive measures ($r = 0.31$; $p < .001$), time spent to get informed about COVID-19 ($r = 0.20$; $p < .001$), attitude to mobility restrictions ($r = 0.20$; $p < .001$), trust in authorities ($r = 0.15$; $p < .001$) and adaptation to mobility restrictions ($r = 0.12$; $p < .001$). Then, the multiple linear regression model was performed with the stepwise procedure (Table 3), in which the vaccination intention was introduced as a dependent variable and the eight variables that met the two eligibility criteria indicated above were included as regressors. The results indicated that a model with 4 regressors showed a multiple correlation of $r = 0.65$ and thus a predictive capacity ($R^2_{adjusted}$) of 41 % ($F_{(1,2111)} = 500.95$; $p < .001$): Attitude to vaccination, trust in health staff/scientists and time of information about COVID-19 showed positive β scores, but conspiracy beliefs about SARS-CoV-2 showed a negative β score.

3.4. Discriminant analysis of vaccination intention

Once the set of variables with predictive capacity of the vaccination intention was identified, a discriminant analysis was performed. To this end, a dichotomous classification derived from the vaccination intention scale was adopted, which involves the

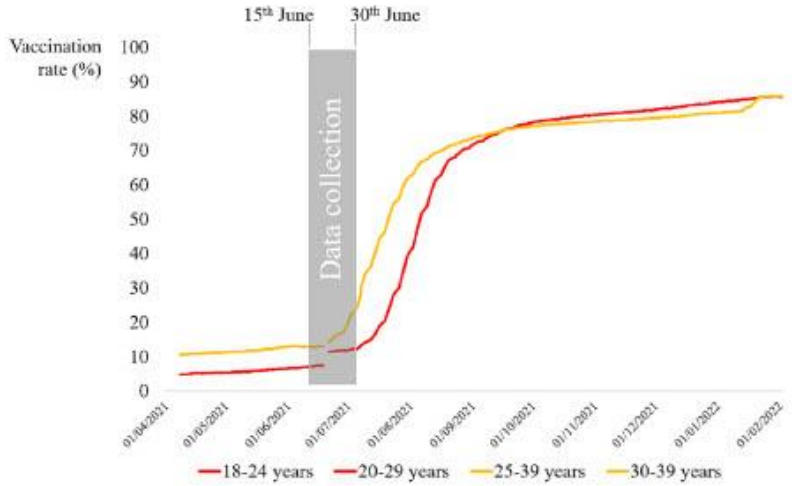


Fig. 1. This figure shows the data collection for this study overlapped with the vaccination rate (%) of the sample of this study (first dose). The age groups are those reported by the Spanish Ministry of Health. The discontinuity seen in the graph is due to a change in the distribution criteria in age groups, which coincided with the start of general vaccination in the age range of the participants analyzed in this study. Data source: https://github.com/datadista/datasets/blob/master/COVID%2019/ccaa_vacunas_grupos_etarios_1_dosis.csv#L4659.

Table 1
Internal consistency of the instruments constituted by two items or more.

Scale	Subescale	Cronbach's α	Instrument
Vulnerability to coronavirus		0.79	Ad-hoc
Severity		0.64	Ad-hoc
Threats		0.75	Ad-hoc
Trust	Authorities	0.82	Ad-hoc
	Experts (health staff/scientists)	0.79	
Post-traumatic growth	Post-traumatic growth	0.79	Post-traumatic Growth Inventory (PTGI-SF; Cann et al., 2010)
Depression	Depression	0.82	Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-2; Löwe et al., 2010)
Anxiety symptoms	Anxiety	0.82	Generalized Anxiety Disorder (GAD-2; Spitzer et al., 2006)
Somatization symptoms	Somatization	0.77	Derived from systematic review. Somatization Symptoms Scale (SSQ-5; Zijlema et al., 2013)
Resilience	Recover after illness or difficulties	0.74	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-2; Vaishnavi et al., 2007)

distinction between people who reject or doubt their intention to get vaccinated (13.9 %) from those with a vaccination intention (86.1 %). A robust discriminant function was obtained as a result (intention centroid: 0.31; non-intention centroid: −1.89; Wilk's $\lambda = 0.63$, $r_{canonic} = 0.64$; $p < .001$), which allowed the correct classification of 86 % of cases (sensitivity = 89 %; specificity = 70 % for the intention to get vaccinated against the SARS-CoV-2 virus) based on three predictors: conspiracy beliefs about SARS-CoV-2, attitude on population vaccination and time spent to be informed about COVID-19.

4. Discussion

The purpose of this study was to identify the main predictors of vaccination intention in a population with high hesitation/reluctance in a country with a high vaccination rate. Firstly, it was found that 86 % of the people in this study (Spanish young adults) expressed intention to get vaccinated against SARS-CoV-2. It is known that Spain is one of the countries in Europe with the highest acceptance of vaccination [25], probably because it was one of the countries most affected by this virus in the first wave in early 2020, with more than 100,000 deaths and 11.5 million of cases confirmed so far. At a time when it seems to be necessary to reach at least 90 % of vaccinated to achieve group immunity [6] and considering that there is a high degree of the population that for various reasons (age, chronic diseases, etc.) cannot be vaccinated, it is necessary to ensure the maximization of the intention to get vaccinated by the rest of the population [4,26].

Secondly, the results identify a pool of heterogeneous conditions from different domains related to the intention of getting vaccinated. Belonging to health staff, perceiving a threat to own health, high tolerance of confinement, favorable attitude to mobility restrictions, to preventive measures and to the vaccine, trust in the authorities and in health staff/scientists, confidence in the public system, personality (extraversion and agreeableness), time and quality of information about COVID-19 and seeking emotional support were conditions associated with the intention to get vaccinated. In contrast, conspiracy beliefs about SARS-CoV-2, availability of public resources for mental health, good post-pandemic mood, and coping style characterized by seeking family support and substance use were conditions associated with hesitancy/reluctance to vaccination.

Within the broad pool of variables analyzed, the model that best predicts intention to get vaccinated includes four variables

Table 2
Comparison between the characteristics of vaccination-intent and hesitance participants.

	Total (n = 2120)	Hesitance (n = 292)	Intention (n = 1828)	F/χ^2	p
Socio-demographics					
Age: M (SD)	22.14 (4.37)	21.91 (4.43)	22.17 (4.36)	0.92[a]	0.34
Gender (female): f (%)	1523 (71.8)	209 (71.6)	1314 (71.9)	1.99[b]	0.37
Income level (medium): f (%)	1272 (60)	180 (61.6)	1092 (59.7)	0.36[b]	0.55
Education level (university): f (%)	2059 (97.1)	282 (96.6)	1777 (97.2)	0.36[b]	0.55
Health staff: f (%)	230 (10.8)	23 (7.9)	207 (11.3)	3,09[b]	**0.04**
Teaching staff: f (%)	242 (11.4)	41 (14)	201 (11)	2.31[b]	0.08
Population with disability: f (%)	20 (0.9)	5 (1.7)	15 (0.8)	2.14[b]	0.13
Population with mental health disorder: f (%)	209 (9.9)	21 (7.2)	18.8 (10.3)	2.71[b]	0.06
Population with chronic illness: f (%)	116 (5.5)	14 (4.8)	102 (5.6)	0.30[b]	0.35
Having coronavirus: f (%)	237 (11.2)	35 (12.1)	202 (11.1)	6.43[b]	0.09
A = Fisher's *F test*; b = *Chi-square* χ^2 *test*					
	Total (n = 2120)	**Hesitance (n = 292)**	**Intention (n = 1828)**	**F**	**p**
Coronavirus impact: M (SD)					
Perceived risk of contagion in the future (range: 0 to 4)	1.62 (0.96)	1.68 (0.96)	1.61 (0.96)	1.38	0.24
Perceived risk of contagion from others (range: 0 to 4)	1.74 (0.96)	1.84 (0.97)	1.73 (0.95)	3.64	0.06
Perceived vulnerability to coronavirus (range: 0 to 4)	1.27 (0.84)	1.28 (0.93)	1.26 (0.83)	0.15	0.70
Perceived vulnerability of others to coronavirus (range: 0 to 4)	2.03 (0.91)	2.02 (0.95)	2.04 (0.90)	0.12	0.73
Future threat: employment or studies (range: 0 to 3)	1.50 (0.97)	1.58 (0.98)	1.49 (0.96)	2.20	0.14
Future threat: income (range: 0 to 3)	1.53 (0.96)	1.57 (0.96)	1.52 (0.96)	0.46	0.50
Future threat: health (range: 0 to 3)	1.41 (0.83)	1.30 (0.82)	1.43 (0.83)	6.33	**0.01**
Future threat: personal relationships (range: 0 to 3)	1.48 (0.90)	1.49 (0.94)	1.48 (0.89)	0.02	0.88
Adaptation to restrictions: M (SD)					
Life changes: physical activity (range: −2 to + 2)	−0.38 (1.24)	−0.32 (1.30)	−0.39 (1.23)	0.79	0.37
Life changes: sleep habits (range: −2 to + 2)	−0.53 (1.00)	−0.53 (1.05)	−0.53 (0.99)	0.11	0.92
Life changes: diet (range: −2 to + 2)	−0.15 (0.99)	−0.13 (1.02)	−0.15 (0.98)	0.13	0.72
Life changes: income level (range: −2 to + 2)	−0.30 (0.95)	−0.36 (0.93)	−0.29 (0.95)	1.39	0.24
Life changes: work activity (range: −2 to + 2)	−0.38 (0.98)	−0.39 (0.93)	−0.38 (0.99)	0.02	0.88
Life changes: relationships with friends/family (range: −2 to + 2)	−0.22 (1.03)	−0.19 (0.99)	−0.22 (1.03)	0.31	0.58
Life changes: hobbies (range: −2 to + 2)	0.37 (1.06)	0.45 (1.04)	0.36 (1.06)	1.83	0.18
Adaptation to general changes (range: 0 to 4)	2.32 (1.00)	2.28 (0.99)	2.32 (1.00)	0.54	0.46
Time perception (range: −2 to + 2)	0.26 (1.37)	0.18 (1.39)	0.27 (1.37)	1.19	0.28
Tolerance of confinement (range: 0 to 4)	2.12 (1.25)	1.78 (1.41)	2.18 (1.22)	24.65	**< 0.001**
Leaving home during restrictions (range: 0 to 4)	2.80 (1.11)	2.85 (1.12)	2.79 (1.11)	0.61	0.43
Time spent on coronavirus information (range: 0 to 3)	0.82 (0.61)	0.61 (0.65)	0.85 (0.59)	3.11	0.08
Agreement with preventive measures: M (SD)					
Socioeconomics reasons virus (range: −2 to + 2)	−0.89 (1.18)	0.01 (1.26)	−1.03 (1.10)	215.56	**< 0.001**
Necessary mobility restrictions (range: −2 to + 2)	0.64 (1.12)	0.13 (1.24)	0.72 (1.07)	74.15	**< 0.001**
Necessary preventive measures (range: −2 to + 2)	1.51 (0.73)	0.98 (1.01)	1.60 (0.64)	193.67	**< 0.001**
Administration of vaccine (range: −2 to + 2)	1.62 (0.76)	0.51 (1.14)	1.80 (0.48)	1093.67	**< 0.001**
Adequate information on coronavirus (range: −2 to + 2)	−0.37 (1.09)	−0.86 (1.08)	−0.29 (1.07)	69.10	**< 0.001**
Response of the education system (range: −2 to + 2)	−0.46 (1.17)	−0.66 (1.14)	−0.43 (1.17)	10.19	**< 0.001**
Public resources for mental health (range: −2 to + 2)	−1.26 (1.11)	−1.10 (1.25)	−1.28 (1.08)	6.70	**0.01**
Trust in government (range: 0 to 3)	1.52 (1.34)	1.02 (1.25)	1.60 (1.33)	48.95	**< 0.001**
Trust in health staff and scientists) (range: 0 to 3)	4.91 (1.27)	3.84 (1.56)	5.09 (1.13)	271.90	**< 0.001**
Psychological follow-up (range: −2 to + 2)	−0.83 (1.36)	−0.92 (1.35)	−0.82 (1.36)	1.45	0.23
Change of mood post pandemic (range: −2 to + 2)	−0.73 (1.03)	−0.62 (1.10)	−0.75 (1.02)	3.89	**0.04**
Psychological variables: M (SD)					
Personality: extraversion (range: −2 to + 2)	0.16 (1.17)	0.00 (1.20)	0.18 (1.16)	6.00	**0.01**
Personality: conscientiousness (range: −2 to + 2)	0.47 (1.13)	0.47 (1.13)	0.47 (1.13)	0.00	0.97
Personality: agreeableness (range: −2 to + 2)	0.02 (1.19)	−0.21 (1.18)	0.06 (1.19)	12.80	**< 0.001**
Personality: neuroticism (range: −2 to + 2)	0.41 (1.13)	0.34 (1.10)	0.42 (1.13)	1.41	0.23
Personality: openness to experience (range: −2 to + 2)	0.71 (1.14)	0.65 (1.18)	0.72 (1.13)	0.89	0.34
Loneliness (range: 0 to 3)	1.20 (1.00)	1.18 (1.03)	1.21 (0.99)	0.16	0.69
Perceived competence (range: −2 to + 2)	0.91 (0.85)	0.92 (0.85)	0.91 (0.85)	0.04	0.83
Depression symptoms (PHQ-2) (range: 0 to 6)	3.03 (1.71)	3.13 (1.69)	3.01 (1.71)	1.13	0.29
Anxiety symptoms (GAD-2) (range: 0 to 6)	3.19 (1.81)	3.07 (1.80)	3.21 (1.81)	1.56	0.21
Somatization symptoms (SSQ-5) (range: 0 to 15)	4.56 (3.13)	4.57 (3.12)	4.55 (3.13)	0.01	0.92
Post-traumatic growth (PTGI) (range: 0 to 15)	6.40 (3.35)	6.51 (3.76)	6.38 (3.28)	0.37	0.54
Resilience (CD-RIS) (range: 0 to 6)	4.36 (1.08)	4.33 (1.11)	4.36 (1.80)	0.27	0.60
Coping strategies, M (SD)					
Hobbies (range: −2 to + 2)	−1.11 (0.79)	−1.03 (0.88)	−1.13 (0.78)	3.54	0.06
Family (range: −2 to + 2)	−0.92 (0.86)	−0.77 (0.90)	−0.95 (0.85)	10.23	**0.001**
Social activities (range: −12 to + 12)	1.95 (5.27)	1.82 (5.15)	1.97 (5.29)	0.19	0.66
Academic (range: −6 to + 6)	−3.04 (2.52)	−2.82 (2.74)	−3.07 (2.48)	2.11	0.15
Work impact (range: −2 to + 2)	−0.39 (0.85)	−0.44 (0.88)	−0.38 (0.84)	1.47	0.22
Hospitalization (range: −2 to + 2)	−0.43 (0.84)	−0.40 (0.84)	−0.43 (0.84)	0.42	0.51
Health habits (range: −6 to + 6)	−0.66 (2.33)	−0.59 (2.34)	−0.67 (2.33)	0.30	0.58
Information about coronavirus (range: −2 to + 2)	−0.05 (0.89)	−0.27 (0.87)	−0.02 (0.89)	18.63	**< 0.001**
Technological activities (range: −2 to + 2)	0.36 (0.96)	0.35 (0.99)	0.36 (0.96)	0.03	0.96
Use of social media (range: −2 to + 2)	0.12 (1.12)	0.04 (1.10)	0.13 (1.12)	1.54	0.21
Meet with friends (range: −2 to + 2)	0.29 (1.44)	0.17 (1.43)	0.31 (1.44)	2,01	0.16
Use of coping strategies, M (DE)					

(continued on next page)

Table 2 (continued)

	Total (n = 2120)	Hesitance (n = 292)	Intention (n = 1828)	F	p
Focus on coping with adversity (range: 0 to 3)	1.38 (0.80)	1.38 (0.79)	1.38 (0.81)	0.00	0.98
Substance use (range: 0 to 3)	0.43 (0.76)	0.55 (0.89)	0.41 (0.74)	8.58	< 0.01
Express feeling bad (range: 0 to 3)	1.55 (0.87)	1.50 (0.94)	1.56 (0.86)	1.28	0.26
Seek emotional support (range: 0 to 3)	1.58 (0.91)	1.43 (0.95)	1.61 (0.89)	9.85	< 0.01
Denial (range: 0 to 3)	0.33 (0.65)	0.37 (0.72)	0.32 (0.63)	1.16	0.28
Joke about circumstances (range: 0 to 3)	1.66 (1.02)	1.62 (1.00)	1.67 (1.02)	0.63	0.43
Seek help from God (range: 0 to 3)	0.21 (0.61)	0.27 (0.68)	0.21 (0.59)	2.49	0.11

Table 3
Multiple linear regression for the intention to get vaccinated.

	β	t	Change in adjusted R^2	Adjusted R^2	F
Intention to vaccinate				0.41	365.35***
Attitude to vaccine	0.52	27.11***	0.37		
Trust in health staff and scientists	0.13	6.83***	0.02		
Conspiracy beliefs about SARS-CoV-2	-0.11	−6.26***	0.01		
Time spent in coronavirus information	0.03	1.98*	0.01		

* p <.05; ** p <.01; ***p <.001.

accounting for 41 % of the interindividual variability: attitude toward pharmacological measures for SARS-CoV-2, trust in experts (scientists and health professionals), conspiracy beliefs about SARS-CoV-2 and time expend information. Moreover, the discriminant analysis showed that by asking just three questions, it is possible to identify, with an accuracy of 86 %, young adults who are reluctant or hesitant about vaccination: 1) "Is it necessary to administer the vaccine to the population?" (Attitude towards pharmacological measures against COVID-19); 2) "What degree of trust have scientists and health professionals deserved during the coronavirus crisis?" (Trust in health staff/scientists) and 3) "do you think SARS-CoV-2 is a virus created for socioeconomic purposes"? (Conspiracy beliefs about SARS-CoV-2).

Our findings are in line with previous literature that has highlighted that to believe that the vaccine is needed in the population to eradicate the virus strongly predicts the intention to get vaccinated. Various studies have shown that the attitude to population vaccination to face COVID-19 disease is closely linked to the personal intention to get vaccinated [27,28]. Lugo-González [29] found that positive beliefs and attitudes regarding vaccination are one of the most relevant psychosocial factors in the process of immunizing the population against SARS-CoV-2.

Like our study, lack of trust in authorities in general, and in science in particular, has been found to be a major predictor of various conspiracy theories [30,31] mediating the negative effect of conspiracy theories on the level of adherence to health indications [32,33]. Cavojova [34] found that preventing the spread of conflicting scientific knowledge facilitates greater understanding and belief in science, directly influencing people's intention to get vaccinated. The diversity of scientific discourses, showing different points of view on the same object of study, affects the level of trust they inspire in the population [34]. This phenomenon responds to the usual functioning of science, which does not necessarily follow linear patterns [35,36]. However, the level of uncertainty and the need for immediate responses from both the health system and citizens, has meant that all eyes are on their discourse [37]. Since the outbreak of SARS-CoV-2, confidence in health institutions and in the opinions of health experts has been weakening [38,39], resulting in lower adherence to essential health recommendations and contributing to the transmission of the virus [38,40].

In a context of great uncertainty and little precedent, the need to cling to as much information as possible is understood. However, the lack of validated information and the dissemination of false news are two of the main reasons for the growing doubt about vaccination [41,42]. While fake news has always existed, its spread in the digital age is growing exponentially and making it difficult to control [43]. Dubè [44] argues that false news is one of the main factors that explain the low level of immunity. Within the dissemination of fake news, the effect of the dissemination of conspiracy theories has had a clear negative effect on the intention to get vaccinated [45,46]. This effect had also been previously observed with respect to non-pharmacological prevention measures against SARS-CoV-2.

As a synthesis, it is worthy to be highlighted that these main predictive factors of reluctance or hesitation about vaccination (vaccine attitude, trust on key actors, conspiracy beliefs, and information on COVID-19) are (1) of a social nature and (2) modifiable through the adoption of effective communication strategies, related to trust in key groups, attitude towards vaccination, information of quality about the pandemic and prevention measures (pharmacological and non-pharmacological) and the control of fake news. Therefore, they must be at the core of public health policies in future pandemics.

Not all the results obtained in this study are in line with the findings of the previous literature. Surprisingly and contrary to our findings, most studies report that women show a lower intention of vaccination against SARS-CoV-2 [47,48], contrary to what has been observed in terms of non-pharmacological measures to prevent the virus [49,50]. It has been argued that this may be due to a gender gap with respect to lower risk-taking by women, as well as being more proactive about preventative behaviors compared to men [51,52]. This, together with the lack of evidence in our study (contrary to that indicated by other previous studies) regarding the relationship between various sociodemographic factors and vaccination intention, may be related to the particularities of the study population, which is discussed in greater detail later.

4.1. Strengths and limitations

The main strength of this study is that its results allow an explorative analysis of a wider variety of variables associated with reluctance to vaccination (compared to studies that focus on a narrow spectrum of probable predictive variables) which leads to a comprehensive model. The diversity of the pool of variables collected, which includes affective, cognitive, contextual and sociodemographic factors, has made it possible to understand the heterogene-

ity of the processes behind the decision to vaccinate or not against SARS-CoV-2.

Another important strength of this study is that the date of dissemination of the questionnaire coincided exactly with the time of access to the vaccine for the age range of 18 to 39 years, which was the population of interest for this study because it was the most resistant to vaccination.

Among the limitations we highlight the level of homogeneity of the sample. The sample included in the study was highly specific and showed relevant biases (97% had a university degree in progress or completed, and 72 % were female) that must be considered with regard to the generalizability of the findings of this study. Regarding the gender bias of the representativeness of the sample, this limitation would have been a major problem if the gender variable had appeared as a variable with great explanatory power for the intention to vaccinate. In any case, this may explain why no significant correlations were found between sociodemographic variables and vaccination intention, contrary to findings in previous literature. Concretely, it has been observed that having a high level of education is a strong predictor of the intention to get vaccinated [15,53], associated with greater access and processing of vaccination information received regarding the vaccine and its effects.

However, a bias in the sample of this study (predominance of people with a university level with access to online media) endows an important learned lesson: even in a population characterized by a high level of education and access to information, which presupposes access to quality information and capacity for critical analysis, the conspiracy ideas derived from fake news and the lack of information can have a robust influence on the intention to get vaccinated.

5. Conclusions

We conclude that this cross-sectional research makes it possible to identify, within a wide and heterogeneous range of variables evaluated, the factors that best predict the intention of vaccination among young adults in Spain in the beginning of their vaccination campaign: Attitude to vaccination, trust in health staff/scientists, time of information and conspiracy beliefs about SARS-CoV-2. Also, this study has made it possible to delineate in detail the profile of people with high doubts or rejection of vaccination.

Funding

This study has been funded by the Agency for Management of University Research Grants (AGAUR; 2020PANDE00025) of the Government of Catalonia, the Institute of Health Carlos III (ISCIII; ICI20/00080) and has been co-financed with European Union ERDF funds. JPS-M has a PFIS predoctoral contract from the ISCIII (FI20/00034). AF-S acknowledges the funding from the Serra Húnter program (UAB-LE-8015).

The sources of funding are public agencies responsible for the management of funds allocated through government budgets to competitive calls and does not participate in the design of research.

Data Availability Statement

The data supporting the findings of this study are available on Figshare: https://figshare.com/articles/dataset/PSY-COVID-2_raw/20045783.

Statement of the Institutional Review Committee

This study was approved by the Ethics Committee for Animal and Human Experimentation of the Autonomous University of Barcelona (CEEAH-5197), following the guidelines of the Declaration of Helsinki.

CRediT authorship contribution statement

Corel Mateo-Canedo: Conceptualization, Validation, Investigation, Resources, Data curation, Writing – original draft, Writing – review & editing, Visualization. **Juan Pablo Sanabria Mazo:** Conceptualization, Validation, Writing – original draft, Writing – review & editing. **Laura Comendador:** Conceptualization, Validation, Investigation, Resources, Data curation, Writing – original draft, Writing – review & editing. **Juan Sebastián Rojas:** Validation, Investigation, Resources, Data curation, Writing – review & editing. **Meritxell Carmona:** Validation, Investigation, Resources, Data curation, Writing – review & editing. **Neus Crespo Puig:** Validation, Investigation, Resources, Writing – review & editing. **Fiorella Amyosa:** Validation, Investigation, Resources, Writing – review & editing. **Clara Selva:** Validation, Investigation, Resources, Writing – review & editing. **Albert Feliu-Soler:** Validation, Investigation, Resources. **Narcís Cardoner:** Validation, Investigation, Resources, Writing – review & editing. **Juan Deus:** Validation, Investigation, Resources, Writing – review & editing. **Juan V. Luciano:** Validation, Resources, Funding acquisition. **Jorge Luis Méndez-Ulrich:** Validation, Investigation, Resources, Writing – review & editing. **Antoni Sanz:** Conceptualization, Methodology, Validation, Formal analysis, Investigation, Resources, Data curation, Writing – original draft, Writing – review & editing, Visualization, Supervision, Project administration, Funding acquisition.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Appendix A. Supplementary material

Supplementary data to this article can be found online at https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2023.100301.

References

[1] Phadke VK, Bednarczyk RA, Salmon DA, Omer SB. Association between vaccine refusal and vaccine-preventable diseases in the United States: A review of measles and pertussis: A review of measles and pertussis. JAMA 2016;315 (11):1149–58. https://doi.org/10.1001/jama.2016.1353.
[2] World Health Organization. 2018 assessment report of the Global Vaccine Action Plan: strategic advisory group of experts on immunization (No. WHO/IVB/18.11). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/276967. [cited 2022 Nov 28]
[3] Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bull World Health Organ 2008;86(2):140–6. https://doi.org/10.2471/blt.07.040089.
[4] Böhm R, Betsch C. Prosocial vaccination. Curr Opin Psychol 2022;43:307–11. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.010.
[5] World Health Organization. Ten health issues WHO will tackle this year. [cited 2022 Nov 27]. https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019 [cited 2022 Nov 28].
[6] García-García D, Morales E, Fonfría ES, Vigo I, Bordehore C. Caveats on COVID-19 herd immunity threshold: the Spain case. Sci Rep 2022;12(1):598. https://doi.org/10.1038/s41598-021-04440-z.
[7] Kwok KO, Lai F, Wei WI, Wong SYS, Tang JWT. Herd immunity—Estimating the level required to halt the COVID-19 epidemics in affected countries. J Infect 2020; 80(6), e32–e33. https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.027.
[8] Hyland-Wood B, Gardner J, Leask J, Ecker UKH. Toward effective government communication strategies in the era of COVID-19. Humanit Soc. Sci Commun 2021;8(1). https://doi.org/10.1057/s41599-020-00701-w.
[9] AlShurman BA, Khan AF, Mac C, Majeed M, Butt ZA. What demographic, social, and contextual factors influence the intention to use COVID-19 vaccines: A scoping review. Int J Environ Res Public Health 2021;18(17):9342. https://doi.org/10.3390/ijerph18179342.

[10] Kreps S, Prasad S, Brownstein JS, Hswen Y, Garibaldi BT, Zhang B, et al. Factors associated with US adults' likelihood of accepting COVID-19 vaccination. JAMA Netw Open 2020;3(10):e2025594.

[11] Salali GD, Uysal MS. COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. Psychol Med 2020:1–3. https://doi.org/10.1017/S0033291720004057.

[12] Ward JK, Alleaume C, Peretti-Watel P, COCONEL Group. The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine: The politicization of a public health issue. Soc Sci Med 2020; 265(113414):113414. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113414

[13] Meier BP, Dillard AJ, Lappas CM. Predictors of the intention to receive a SARS-CoV-2 vaccine. J Public Health (Oxf) 2022;44(3):713–5. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab013.

[14] Olagoke AA, Olagoke OO, Hughes AM. Exposure to coronavirus news on mainstream media: The role of risk perceptions and depression: COVID-19 news, risk perceptions and depression. Br J Health Psychol 2020;25(4):865–74. https://doi.org/10.1111/bjhp.12427.

[15] Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. Public Health 2021;194:245–51. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.025.

[16] Kwok KO, Li KK, Wei WI, Tang A, Wong SYS, Lee SS. Editor's Choice: Influenza vaccine uptake, COVID-19 vaccination intention and vaccine hesitancy among nurses: A survey. Int J Nurs Stud 2021;114(103854):. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103854103854.

[17] Wong LP, Alias H, Wong P-F, Lee HY, AbuBakar S. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. Hum Vaccin Immunother 2020;16(9):2204–14. https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1790279.

[18] Ruiz JB, Bell RA. Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. Vaccine 2021;39(7):1080–6. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.010.

[19] Coulaud PJ, Ablona A, Bolduc N, Fast D, Bertrand K, Ward JK, et al. COVID-19 vaccine intention among young adults: Comparative results from a cross-sectional study in Canada and France. Vaccine 2022 Apr 6;40(16):2442–56. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.02.085.

[20] Pastorino R, Villani L, Mariani M, Ricciardi W, Graffigna G, Boccia S. Impact of COVID-19 pandemic on flu and COVID-19 vaccination intentions among university students. Vaccines (Basel) 2021;9(2):70. https://doi.org/10.3390/vaccines9020070.

[21] Rodríguez-Blanco N, Montero-Navarro S, Botella-Rico JM, Felipe-Gómez AJ, Sánchez-Más J, Tuells J. Willingness to be vaccinated against COVID-19 in Spain before the start of vaccination: A cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2021;18(10):5272. https://doi.org/10.3390/ijerph18105272.

[22] Funder, D. C., & Ozer, D. J. (2019). Evaluating effect size in psychological research: Sense and nonsense. Adv Methods Practices Psychol Sci 2(2), 156-168. https://doi.org/10.1177/2515245919847202.

[23] Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data. 2020 [cited 2022 Nov 28]; https://ourworldindata.org/coronavirus.

[24] Sanz A, Mateo-Canedo C, Sanabria-Mazo JP, Comendador L, Rojas JS, Carmona-Cervelló M, et al. PSY-COVID-2 raw. Figshare 2022. , https://figshare.com/articles/dataset/PSY-COVID-2_raw/20045783.

[25] Eguia H, Vinciarelli F, Bosque-Prous M, Kristensen T, Saigí-Rubió F. Spain's hesitation at the gates of a COVID-19 vaccine. Vaccines (Basel) 2021;9(2):170. https://doi.org/10.3390/vaccines9020170.

[26] Bauch CT, Earn DJD. Vaccination and the theory of games. Proc Natl Acad Sci 2004;101:13391–4. https://doi.org/10.1073/pnas.0403823101.

[27] Sherman SM, Smith LE, Sim J, Amlôt R, Cutts M, Dasch H, et al. COVID-19 vaccination intention in the UK: results from the COVID-19 vaccination acceptability study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey. Hum Vaccin Immunother 2021;17(6):1612–21. https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1846397.

[28] Paul E, Steptoe A, Fancourt D. Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. Lancet Reg Health Eur 2021;1(100012):. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100012100012.

[29] Lugo-González IV, Pérez-Bautista YY, Fernández-Vega M, Salas-Hernández J, Becerra-Gálvez AL, Reynoso-Erazo L. Psychological factors associated with the intention of getting vaccinated against COVID-19 in Mexico. NCT Neumología y Cirugía de Tórax 2021;80:166–72. https://doi.org/10.35366/102476.

[30] De Coninck D, Frissen T, Matthijs K, d'Haenens L, Lits G, Champagne-Poirier O, et al. Beliefs in conspiracy theories and misinformation about COVID-19: Comparative perspectives on the role of anxiety, depression and exposure to and trust in information sources. Front Psychol 2021;12:. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646394646394.

[31] Van Mulukom V, Pummerer L, Alper S, Bai H, Cavojova V, Farias JEM, et al. Antecedents and consequences of COVID-19 conspiracy beliefs: a systematic review. Sci Med 2022;114912. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114912.

[32] [32] Plohl N, Musil B. Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science. Psychology Hlth. M, editor. Psychol Health Med. 2021;26(1):1–12. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1772988.

[33] Bruder M, Kunert L. The conspiracy hoax? Testing key hypotheses about the correlates of generic beliefs in conspiracy theories during the COVID-19 pandemic. Int J Psychol 2022 Feb;57(1):43–8. https://doi.org/10.1002/ijop.12769.

[34] Cavojova V, Šrol J, Mikušková EB. Scientific reasoning is associated with rejection of unfounded health beliefs and adherence to evidence-based regulations during the Covid-19 pandemic. Curr Psychol 2023. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04284-y.

[35] Battiston P, Kashyap R, Rotondi V. Reliance on scientists and experts during an epidemic: Evidence from the COVID-19 outbreak in Italy. SSM Popul Health 2021;13(100721):. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100721100721.

[36] Lavazza A, Farina M. The role of experts in the Covid-19 pandemic and the limits of their epistemic authority in democracy. Front Public Health 2020;8:356. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00356.

[37] Kazemian S, Fuller S, Algara C. The role of race and scientific trust on support for COVID-19 social distancing measures in the United States. PLoS One 2021;16(7):e0254127.

[38] Islam MS, Sarkar T, Khan SH, Kamal AHM, Hasan SM, Kabir A, et al. COVID-19-related infodemic and its impact on public health: A global social media analysis. Am J Trop Med Hyg 2020 Oct;103(4):1621–9. https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812.

[39] Palamenghi L, Barello S, Boccia S, Graffigna G. Mistrust in biomedical research and vaccine hesitancy: the forefront challenge in the battle against COVID-19 in Italy. Eur J Epidemiol 2020;35(8):785–8. https://doi.org/10.1007/s10654-020-00675-8.

[40] Karić T, Međedović J. Covid-19 conspiracy beliefs and containment-related behaviour: The role of political trust. Pers Individ Dif 2021;175(110697):. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110697110697.

[41] Catalan-Matamoros D, Peñafiel-Saiz C. Exploring the relationship between newspaper coverage of vaccines and childhood vaccination rates in Spain. Hum Vaccin Immunother 2020;16(5):1055–61. https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1708163.

[42] Garrido-Fabián F, Serrano-López AE, Catalán-Matamoros D. The use of WHO recommendations for the prevention of suicide. The case of the newspaper Abc. Revista Latina de Comunicación Social. 2018;(73):810–27. http://dx.doi.org/10.4185/RLCS-2018-1283en.

[43] Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, Gunaratne K. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. Hum Vaccin Immunother 2020;16(11):2586–93. https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1780846.

[44] Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. Hum Vaccin Immunother 2013;9(8):1763–73. https://doi.org/10.4161/hv.24657.

[45] Jennings W, Stoker G, Bunting H, Valgarðsson VO, Gaskell J, Devine D, et al. Lack of trust, conspiracy beliefs, and social media use predict COVID-19 vaccine hesitancy. Vaccines (Basel) 2021;9(6):593. https://doi.org/10.3390/vaccines9060593.

[46] Ullah I, Khan KS, Tahir MJ, Ahmed A, Harapan H. Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: Potential effect on global vaccine refusals. Vacunas 2021;22(2):93–7. https://doi.org/10.1016/j.vacun.2021.01.001.

[47] Malik AA, McFadden SM, Elharake J, Omer SB. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. EClinicalMedicine 2020;26(100495):. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100495100495.

[48] Neumann-Böhme S, Varghese NE, Sabat I, Barros PP, Brouwer W, van Exel J, et al. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. Eur J Health Econ 2020;21(7):977–82. https://doi.org/10.1007/s10198-020-01208-6.

[49] Brown LG, Hoover ER, Barrett CE, Vanden Esschert KL, Collier SA, Garcia-Williams AG. Handwashing and disinfection precautions taken by U.S. adults to prevent coronavirus disease 2019, Spring 2020. BMC Res Notes. 2020;13(1):550. http://dx.doi.org/10.1186/s13104-020-05398-3.

[50] Chang W-H. Understanding the COVID-19 pandemic from a gender perspective. Taiwan J Obstet Gynecol 2020;59(6):801–7. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.09.004.

[51] Ishimaru T, Nagata M, Hino A, Yamashita S, Tateishi S, Tsuji M, et al. Workplace measures against COVID-19 during the winter third wave in Japan: Company size-based differences. J Occup Health 2021;63(1):e12224.

[52] Goldman RD, Yan TD, Seiler M, Parra Cotanda C, Brown JC, Klein EJ, et al. Caregiver willingness to vaccinate their children against COVID-19: Cross sectional survey. Vaccine 2020;38(48):7668–73. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.084.

[53] Dror AA, Eisenbach N, Taiber S, Morozov NG, Mizrachi M, Zigron A, et al. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. Eur J Epidemiol 2020;35(8):775–9. https://doi.org/10.1007/s10654-020-00671-y.

En la Tabla 9 se presenta una comparativa entre las variables que originalmente se introdujeron en el estudio 2, y las que finalmente constituyeron el modelo predictivo de la intención de vacunación:

Tabla 9. Variables originales del Estudio 2 y variables predictoras incluidas en el modelo predictivo final

Variable	Estudio 2	Incluida en el modelo 2
Intención de conductas de prevención (no farmacológicas)		
Experiencia previa (medidas no farmacológicas)		
Adhesión general (medidas no farmacológicas)		
Motivos para adhesión a conductas de prevención		
Autoeficacia		
Expectativas de resultados		
Barreras/facilitadores		
Norma social subjetiva		
Severidad pandemia		
Severidad medidas restricción		
CCAA	X	
Edad	X	
Nivel de estudios	X	
Nivel socioeconómico	X	
Género	X	
Personalidad	X	
Nivel de información	X	X
Vulnerabilidad percibida	X	
Gravedad percibida	X	
Competencia percibida	X	
Confianza (gobernantes y científicos)	X	X

Riesgo futuro (trabajo, salud, ingresos, relaciones)	X	
Intención de vacunarse (medidas farmacológicas)	X	X
Cambios en la cotidianeidad	X	
Crecimiento post-traumático	X	
Adaptación	X	
Percepción del paso del tiempo	X	
Resistencia a las restricciones	X	
Nivel de cumplimiento del confinamiento domiciliario	X	
Salud mental	X	
Seguimiento de salud mental	X	
Cambio de humor post pandémico	X	
Beneficio/Perjuicio para afrontar situaciones adversas	X	
Nivel de acuerdo con teorías conspirativas	X	X
Nivel de acuerdo con las necesidades de medidas preventivas/restrictivas	X	
Nivel de acuerdo con la necesidad de vacunar a la población	X	X
Nivel de acuerdo sobre nivel de información, recursos sanitarios y adaptabilidad del sistema educativo	X	
Frecuencia de uso de estrategias para hacer frente a la pandemia (emocionales, comportamentales, religiosas)	X	

CAPÍTULO 5.

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

5.1. Síntesis de los Estudios

Esta tesis doctoral tuvo como objetivo identificar los factores predictivos de la intención de realizar medidas preventivas ante el virus SARS-CoV-2. Con el fin de explorar los factores psicosociales y contextuales que influyen en el comportamiento preventivo farmacológico y no-farmacológico de la población española, se llevaron a cabo dos estudios en dos momentos claves y claramente contrastados en la evolución de la pandemia de COVID-19:

- **Estudio E1:** "Predictive factors of non-pharmacological measures to prevent SARS-CoV-2 contagion: Results of a large adult Spanish sample from the PSY-COVID study" (Mateo et al., 2023a).
- **Estudio E2:** "Predictive factors of hesitancy to vaccination against SARS-CoV-2 virus in young adults in Spain: Results from the PSY-COVID study" (Mateo et al. 2023b).

Ambos estudios formaron parte del proyecto PSY-COVID, una investigación exhaustiva que recopiló y analizó una amplia variedad de datos específicos para conocer las variables comportamentales, cognitivas, sociales, afectivas y sociodemográficas vinculadas al impacto de la pandemia en individuos de 30 países de 4 continentes. Cada uno de estos estudios se enfocó en momentos particulares de la pandemia, generando preguntas específicas destinadas a incrementar el conocimiento existente sobre el comportamiento preventivo de las personas en condiciones de pandemia.

El estudio E1 se realizó sobre los datos obtenidos por el proyecto PSY-COVID durante la primera ola de contagios del coronavirus, en el momento en el que en España comenzaron a flexibilizarse las medidas de restricción de movilidad, incluido el confinamiento domiciliario, entre el 15 de mayo del 2020 y el 5 de junio de 2020. En este primer estudio el foco estuvo puesto en las medidas no farmacológicas de prevención del virus SARS-CoV-2, dado que no existía aún ninguna vacuna efectiva y segura que pudiera paliar los efectos del virus en la salud de las personas y, por tanto, las medidas de contención de la pandemia eran exclusivamente de naturaleza no farmacológica. Se combinaron las medidas adoptadas a nivel institucional con las medidas a adoptar a un nivel individual, que constituyen el foco de interés de este estudio E1. A nivel gubernamental y sanitario promovieron activamente comportamientos preventivos como el uso de mascarillas, lavado de las manos durante al menos 40 segundos, el distanciamiento social, entre otros, como medidas urgentes para reducir la cantidad de contagios y muertes. Este período de la pandemia estuvo acompañado por altos niveles de incertidumbre, miedo y estrés, agravados por un contexto de infodemia y desinformación. (García Marín, 2020; Casino, 2022)

El estudio E2 se llevó a cabo mediante los datos extraídos de la segunda ola del proyecto PSY-COVID, un año más tarde, en junio de 2021, coincidiendo con el inicio de la campaña de vacunación en España. Abatidos por números récord de contagios, hospitalizaciones y decesos, el inicio de la vacunación a finales de diciembre de 2020 proporcionó ciertos niveles de alivio a la población. Si bien la primera etapa de vacunación (diciembre 2020 a febrero 2021) los grupos-objetivo fueron las personas de alto riesgo debido a condiciones de salud específicas o profesiones de alta exposición al virus, a partir de la segunda etapa

de vacunación se comenzó a vacunar al resto de la población española por franjas etarias. En estas fases se identificó rápidamente, gracias a la experiencia ganada en el primer año de pandemia, un grupo demográfico de riesgo de renuencia-resistencia frente a esta medida preventiva: los adultos jóvenes. Este segmento etario había resultado un grupo de riesgo en relación a la no adopción de las medidas no farmacológicas de prevención del contagio del SARS-CoV-2 recomendadas o impuestas por los actores de gobernanza sanitaria y derivadas de la evidencia científica existente hasta el momento (Khan et al., 2021; Moscardino et al., 2022), y comenzaban a mostrar una mayor prevalencia de comportamientos de riesgo vinculados a la reticencia a vacunarse que el resto de grupos etarios. Por este motivo, mientras que el primer estudio estuvo destinado a estudiar el comportamiento preventivo no farmacológico en la totalidad de la población mayor de 18 años, el segundo estudio se focalizó en la población de adultos jóvenes, de entre 18 y 39 años.

5.1.1 Características de las muestras

Las características de las muestras extraídas de las oleadas 1 y 2 del proyecto PSY-COVID para los estudios E1 y E2, respectivamente, presentan grandes similitudes. No obstante, es importante destacar que, mientras que en el E1 se empleó una muestra considerablemente extensa (n = 15131), en el E2, aunque obtuvimos una muestra también muy amplia y de una enorme potencia, esta fue de menor tamaño (n = 2120). Podemos considerar que el contexto inicial de la pandemia y la posterior saturación en la distribución de formularios de autoinforme administrados a la población pueden haber influido en la reducción de la cantidad de muestra obtenida. Se ha estudiado el fenómeno de “fatiga de

la encuesta" como un proceso que acompaña un aumento significativo de la producción de encuestas (Fan & Yan, 2010). Este fenómeno se caracteriza por una reducción de las tasas y calidad de respuesta y se ha observado específicamente durante el período de la pandemia de COVID-19 (De Koning et al., 2021).

Respecto a la edad de la muestra incluida en los estudios, en el E2 obtuvimos una media más baja (*M* = 22.15), con una dispersión menor (SD = 4.39). Estos datos muestran una composición demográfica específica para este estudio en comparación con el E1 (*M* = 38.4; *SD* = 14.86) que muestra una edad promedio mayor con una desviación estándar mucho más amplia debido a la población diana. A su vez, encontramos que la mayoría de las personas incluidas en los dos estudios eran mujeres (E1 = 67%; E2 = 71%), tenían estudios universitarios (E1 = 75%; E2 = 97%) e ingresos económicos medios (E1 = 62.5%; E2 = 60%). Diversos estudios han analizado el perfil de las personas que tienen una mayor participación en encuestas, y encontraron que en términos generales las mujeres suelen participar más que los hombres (Curtin et al., 2000). A su vez, aquellas personas con niveles económicos y educativos más altos tienden a responder más que aquellos que presentan niveles más bajos (Curtin et al., 2020; Singer et al., 2020), así como personas jóvenes en comparación con personas mayores (Moore & Tarnai, 2002).

Si bien la población bajo análisis es aquella que residía en España durante el momento de la evaluación de cada estudio, en ambos casos obtuvimos una representatividad dispareja en cuanto a las comunidades autónomas incluidas en el estudio, con sobrerrepresentación de la población de Cataluña (E1 = 64%

Cataluña; E2 = 93%), probablemente debido a que la difusión se llevó a cabo en gran parte por investigadores e instituciones de esta comunidad autónoma.

Otra de las características analizadas de la muestra se refiere a la ocupación, mostrando que en el E1 el 19.8% de las personas que respondieron eran personal sanitario y 20.2% personal docente, mientras que en el E2 ambos valores fueron menores (10.8% personal sanitario y 11.4% personal docente). El porcentaje de personas con discapacidad, enfermedad mental o crónica incluidas en ambos estudios es similar (E1 = 16.1%; E2 = 16.3%).

Sorpresivamente, el porcentaje de personas que habían atravesado la enfermedad de COVID-19 era similar (E1 = 10.5%; E2 = 11.2%), aun habiendo pasado un año entre estudios, donde la incidencia acumulada pasó de 253.056 al finalizar la recopilación de datos del E1 a 3.808.960 al finalizar el E2, aumentando en 3.5 millones.

Tabla 10. Comparativa de las características de las muestras extraídas de las bases de datos PSY-COVID-1 (2020) y PSY-COVID-2(2021) para los estudios E1 y E2, respectivamente

Variables	E1	E2
Tamaño de la Muestra	n = 15131	n = 2120
Edad	Entre 18 y 99 años M = 38.4 años (SD = 14.86)	Entre 18 y 39 años (Media de 22.15; SD = 4.39)
Género	66.8% mujeres	72.2% mujeres
Nivel Educativo	75% educación universitaria	97.1% educación universitaria
Ingresos	62.5% ingresos medios	60% ingresos medios

Región	Cataluña (64%)	Cataluña (93%)
Ocupación	19.8% personal de salud, 20.2% personal docente	10.8% personal de salud, 11.4% personal docente
Experiencia con COVID-19	10.5% han pasado COVID-19	11.2% han pasado COVID-19
Discapacidad/Enfermedad Crónica	16.1% persona con discapacidad, enfermedad mental o crónica	16.3% persona con discapacidad, enfermedad mental o crónica

5.1.1.3 Instrumentos de evaluación

Cada uno de los estudios planteó preguntas de investigación que eran acordes con los instrumentos de evaluación de las oleadas 1 y 2 del proyecto PSY-COVID, que se habían diseñado anticipando la pertinencia de recolección de datos pertinente para cada momento, según la evolución de la pandemia de COVID-19. Si bien en ambos casos se buscó hallar los factores que predijeran la intención de realización de dos tipos de comportamientos preventivos (no farmacológicos en el estudio E1 de 2020; farmacológicos en el estudio E2 de 2021), una comparación de las variables incluidas en los respectivos cuestionario revela que se consideró *a priori* que las medidas no farmacológicas de prevención están bajo el control directo de las personas (por tanto, potencialmente sujetas a determinantes esencialmente individuales), mientras que las medidas farmacológicas están influenciadas sobre todo por determinantes externos, como el desarrollo de las vacunas, la performance de actores clave en el desarrollo de las vacunas y la implementación de la estrategia vacunal, o los mecanismos de influencia social, particularmente los medios de comunicación.

Por ello, si bien se incluyeron en ambos estudios algunas variables comunes referentes a potenciales factores predictivos, observamos diferencias relevantes entre ambos instrumentos, así como en la extracción de variables de las respectivas bases de datos (PSY-COVID-1 y PSY-COVID-2), que en buena medida estuvo guiada por los resultados de las revisiones bibliográficas de alcance efectuadas para ambos estudios. Entre tales diferencias, destacamos la ausencia de la evaluación de ciertas variables sociocognitivas de promoción de salud en el instrumento del E2, como la autoeficacia o las expectativas de resultados en relación con medidas no farmacológicas de prevención del SARS-CoV-2, así como ciertos indicadores inherentes a las medidas de restricción de movilidad (en particular, de confinamiento domiciliario) que, en el momento de ejecución del estudio de campo PSY-COVID-2 (2021) ya no estaban vigentes (por ejemplo, las características del contexto de confinamiento, que sí se habían evaluado en el estudio de campo PSY-COVID-1 en 2020, coincidiendo con la primera ola de la pandemia).

Otras variables fueron incluidas en el segundo estudio, y no en el primero, debido a las lecciones aprendidas durante el primer año de pandemia. En este sentido, destacamos la inclusión de variables relacionadas a la creencia en teorías conspirativas, fenómeno que se vio relacionado a las teorías sobre la aparición del virus, pero que se intensificó a partir de la emergencia y difusión por actores políticos de diversas teorías carentes de evidencia científica sobre las razones por las que se promocionaba la vacunación de la población por parte de gobiernos e instituciones sanitarias.

Ambos estudios presentan metodologías similares, al ser llevados a cabo mediante un instrumento y estrategia de difusión esencialmente común, desde

la perspectiva de una metodología observacional de diseño transversal. Este tipo de estudios son una herramienta que permite obtener una imagen instantánea de la situación en un momento específico. Su utilidad se vincula a la capacidad de recopilar datos de una población en un momento temporal específico, llevando a identificar tendencias, patrones y asociaciones entre variables. Dado que no requieren un seguimiento prolongado de los participantes, estos estudios son eficientes en términos de tiempo y recursos. Sin embargo, existen limitaciones inherentes a los estudios transversales. La evolución temporal de las variables estudiadas no es captada por este tipo de diseños, dado que solamente capturan datos en un momento específico. A su vez, no permiten establecer relaciones causales, ya que no permiten determinar cuál variable es la causa y cuál es el efecto. Estas dos principales limitaciones tienen que ser tomadas en consideración a la hora de interpretar los resultados, para conocer su alcance (Manterola et al., 2019).

En el desarrollo de los E1 y E2, este tipo de diseño nos ha permitido realizar la exploración de una gran cantidad de variables, en una amplia muestra, y en dos momentos muy relevantes de la pandemia. Este tipo de estudios proliferaron durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19(Gupta et al., 2020; Luo et al., 2021; Terry et al., 2022), desempeñando un papel esencial al ofrecer una visión inmediata de los impactos de las medidas adoptadas en todo el mundo frente a los estragos de la pandemia a partir de la publicación de resultados preliminares. Este tipo de estudios permitieron explorar rápidamente fenómenos excepcionales, y aportar información muy relevante para comprender la dinámica de la pandemia y adaptar las estrategias de salud pública para hacerle frente.

Un aspecto relevante a considerar es el de la calidad de los datos derivados del estudio PSY-COVID. En la tabla se presentan los resultados del análisis de consistencia interna para todos los instrumentos de evaluación de dos o más ítems del cuestionario PSY-COVID-1 relevantes para los estudios de esta tesis doctoral. Como se puede observar, todos ellos presentan un valor de alfa de Cronbach superior a α = .70 para todos los instrumentos en la muestra global. Este patrón es en términos generales consistente para las submuestras de todos los países en los que se llevó a cabo el estudio. En el caso de la submuestra de población española, que es la empleada en el estudio E1, 3 de los instrumentos solo alcanzaron una fiabilidad subóptima, por lo que los resultados pueden haber estado en parte afectados por errores de medida en tales constructos.

Tabla 11. Índices de consistencia interna *alpha* de Cronbach obtenidos en la base de datos de la ola 1 del estudio PSY-COVID, para el conjunto de la muestra y por países. Se incluyen también aquellos países en los cuales no se llevó a a cabo el estudio de campo PSY-COVID de forma activa, pero de los cuales se obtuvo una muestra de al menos *n* = 50, por el efecto de bola nieve de la difusión a través de redes sociales del cuestionario online.

País	Crecimiento post-traumático	Experiencia conductas de prevención	Motivos para la adhesión -evitar infección	Motivos para la adhesión - evitar sanción	Autoeficacia	Expectativa de resultados	Norma social subjetiva	Barreras/Facilitadores	Control delegado - gobenantes país/región	Control delegado - sanitarios/científicos	intención conductas post-confinamiento	Amenaza desconfinamiento
Global	0,82	0,79	0,69	0,80	0,86	0,89	0,92	0,80	0,73	0,77	0,89	0,75
Colombia	0,82	0,82	0,77	0,81	0,89	0,92	0,94	0,84	0,77	0,76	0,92	0,76
Spain	0,79	0,72	0,55	0,72	0,79	0,79	0,87	0,68	0,59	0,71	0,81	0,63
Mexico	0,82	0,78	0,69	0,79	0,85	0,89	0,92	0,78	0,57	0,72	0,88	0,73
Ecuador	0,80	0,85	0,78	0,78	0,91	0,94	0,95	0,88	0,83	0,74	0,93	0,79
Argentina	0,79	0,78	0,64	0,70	0,83	0,85	0,89	0,75	0,86	0,69	0,87	0,68
Uruguay	0,83	0,82	0,69	0,72	0,85	0,88	0,89	0,75	0,60	0,67	0,87	0,69
Panama	0,80	0,80	0,73	0,82	0,87	0,89	0,92	0,79	0,83	0,77	0,89	0,73
Bolivia	0,81	0,81	0,68	0,77	0,89	0,92	0,93	0,84	0,81	0,71	0,92	0,73
Chile	0,82	0,78	0,67	0,78	0,86	0,90	0,91	0,78	0,85	0,68	0,88	0,71
Brazil	0,83	0,74	0,62	0,80	0,84	0,88	0,91	0,78	0,24	0,75	0,87	0,75
Italy	0,73	0,75	0,60	0,70	0,78	0,84	0,87	0,70	0,65	0,66	0,83	0,56
France	0,81	0,75	0,61	0,71	0,81	0,84	0,86	0,68	0,78	0,77	0,84	0,65
Peru	0,81	0,78	0,75	0,79	0,87	0,90	0,92	0,78	0,75	0,77	0,91	0,74
Portugal	0,79	0,79	0,70	0,84	0,86	0,89	0,91	0,69	0,72	0,76	0,87	0,67
Puerto Rico	0,82	0,80	0,73	0,82	0,86	0,89	0,93	0,82	0,89	0,73	0,88	0,77

United States of America	0,84	0,79	0,64	0,82	0,85	0,88	0,90	0,81	0,72	0,69	0,88	0,78
Nigeria	0,78	0,84	0,72	0,72	0,90	0,94	0,93	0,86	0,81	0,84	0,92	0,81
Israel	0,80	0,79	0,54	0,62	0,83	0,83	0,87	0,73	0,78	0,82	0,85	0,68
Costa Rica	0,78	0,75	0,74	0,73	0,83	0,85	0,91	0,81	0,74	0,75	0,86	0,73
Belgium	nd	0,78	0,60	0,70	0,83	0,84	0,86	0,69	0,80	0,84	0,84	0,62
Estonia	0,84	0,80	0,64	0,61	0,82	0,84	0,86	0,75	0,69	0,77	0,85	0,72
El Salvador	0,78	0,83	0,76	0,75	0,89	0,91	0,93	0,83	0,80	0,71	0,90	0,78
India	0,80	0,83	0,70	0,79	0,87	0,92	0,94	0,82	0,53	0,82	0,91	0,78
Germany	0,82	0,80	0,65	0,67	0,77	0,84	0,86	0,71	0,80	0,89	0,84	0,74
Greece	0,85	0,82	0,78	0,72	0,85	0,88	0,88	0,82	0,66	0,84	0,87	0,63
Iran	0,82	0,80	0,71	0,66	0,86	0,88	0,91	0,82	0,95	0,83	0,90	0,59
United Kingdom	0,84	0,73	0,27	0,77	0,74	0,72	0,82	0,69	0,81	0,84	0,79	0,74
Venezuela	0,79	0,81	0,90	0,73	0,86	0,88	0,95	0,79	0,92	0,88	0,88	0,81

Pese a ser tangencial a los objetivos de los estudios compilados en esta tesis doctoral, cabe reseñar que se ha efectuado dos estudios de carácter metodológico derivados del proyecto PSY-COVID. En particular, se ha analizado las propiedades psicométricas y la invariancia de dos de los instrumentos incluidos en la ola 2 del proyecto, el Perceived Stress Score (PSS-4, Sanabria-Mazo et al., 2023a) y el Patient Health Questionnaire (PHQ-4; Sanabria-Mazo et al., 2023b). En ambos casos, se ha podido comprobar la adecuada estructura factorial, la óptima fiabilidad y la invariancia de los instrumentos para la totalidad de variables mediadoras analizadas.

5.1.1.3 Modelos predictivos derivados de los estudios E1 y E2

Para responder a las preguntas que dieron origen tanto al E1 como al E2, se desarrollaron los modelos que mejor capacidad predictiva tenían sobre la intención a realizar conductas predictivas en cada caso.

El objetivo principal del E1 fue determinar el impacto de diversos factores en el cumplimiento de medidas no-farmacológicas para prevenir el contagio del virus SARS-CoV-2. A su vez, se buscó determinar las diferencias en estos factores entre las diferentes CCAA españolas, considerando que factores como la afectación diferencial de la pandemia podrían haber tenido un efecto modulador de la intención de realización de conductas preventivas. El contexto en el que se ha diseñado este estudio, así como en el que se ha recolectado y analizado los datos obtenidos, es esencial para comprender el impacto de los resultados. Este estudio fue llevado a cabo durante la primera ola de contagios del SARS-CoV-2, período en el que las únicas medidas para prevenir el contagio que podían llevar a cabo las personas eran no-farmacológicas. Estas medidas, recomendadas por la OMS, eran reguladas a nivel gubernamental en la mayoría de los países, con

altos niveles de restricción debido a los niveles alarmantes de contagios y muertes derivadas. Las medidas preventivas recomendadas en este primer momento de la pandemia fueron: confinamiento domiciliario, distanciamiento social en lugares públicos, uso de mascarillas, lavado de manos y evitar tocarse la boca, la nariz y la cara en general. El incumplimiento de algunas de estas medidas preventivas estaba penado con sanciones económicas, cuyo valor dependía de la gravedad de la conducta. En España el nivel de cumplimiento fue alto en esta primera etapa de la pandemia, probablemente debido a los niveles de incertidumbre y miedo que acompañaron a las personas (González-Castro et al., 2021).

Dentro de la extensa variedad de variables analizadas se obtuvo el modelo que mejor predijo la futura intención de cumplir con las medidas preventivas frente al COVID-19. Este modelo incluyó elementos de los modelos sociocognitivos de promoción de salud: expectativas de autoeficacia, expectativas de resultados, adhesión a medidas preventivas, experiencia previa con las medidas, vulnerabilidad percibida y norma social, así como los niveles de información obtenida. A su vez, la percepción de vulnerabilidad de otros y la adhesión a los comportamientos preventivos para evitar sanción fueron incluidos en el modelo una vez fueron ajustados por el nivel de la severidad de la pandemia, evaluado a partir de datos de la cantidad de personas infectadas y el número de muertes causadas por el COVID-19 obtenidos de fuentes externas (Mathieu et al., 2020). Tanto las expectativas de autoeficacia como las expectativas de resultados fueron las variables con mayor peso relativo en el modelo predictivo, en concordancia con otros estudios que analizaron el papel tanto de la autoeficacia (Remondi et al., 2022; Thartori et al., 2021) como las expectativas de resultados (Hein et al., 2021; Kantor & Kantor, 2020) en el cumplimiento de las medidas preventivas. Hamerman et al. (2021) hallaron que personas con niveles altos de autoeficacia se percibían a sí mismos como capaces para autorregularse y para

confiar en que sus propios comportamientos pueden ayudar a reducir la probabilidad de contagiarse y contagiar el SARS-CoV-2. Clark et al. (2020) resaltan la importancia de creer en el impacto de las medidas preventivas de salud sobre la probabilidad de contagiarse del virus y de promover la propia salud.

El objetivo del E2 fue identificar los factores predictivos de la intención de vacunación en un colectivo con altos niveles de aversión a la vacunación, los jóvenes de 18 a 39 años de edad. A casi un año del inicio de la pandemia, cada vez con una mayor cantidad de contagios y con niveles crecientes de variantes emergiendo (BBC, 2021), la administración masiva de vacunas contra el SARS-CoV-2 se mostró crucial para detener el contagio del virus. El objetivo mundial a diciembre de 2020 era alcanzar la inmunidad de grupo para frenar el desarrollo del virus, considerando necesario alcanzar niveles de vacunación superiores al 80% en la población para alcanzar este objetivo (Kwok, 2020). Sin embargo, a pesar de que las vacunas se han mostrado eficaces para paliar enfermedades infecciosas (Bermejo, 2012), nos encontrábamos en una era de desconfianza y rechazo a las campañas de vacunación (Larson, 2013). Este fenómeno se mostraba preocupante antes del inicio de la pandemia, con la reducción de los niveles de vacunación infantil (Lewandowska et al., 2020). En este contexto, surgieron estudios que analizaron las características de grupos sociodemográficos que predecían la resistencia a la vacunación (Fisher et al., 2020).

Dentro del amplio espectro de variables analizadas, se obtuvo un modelo predictivo de la intención de vacunación contra el SARS-CoV-2, conformado por cuatro variables que explicarían el 41% de la variabilidad interindividual de esta variable. Este modelo (Tabla 9) estaba conformado por la actitud hacia la vacunación, la confianza en el personal sanitario y en los científicos, la creencia

en teorías conspirativas y el tiempo destinado a informarse sobre el Coronavirus. Estos factores predictivos de la intención de vacunación son de naturaleza social, y diversos estudios han observado cierta correlación entre ellos. Específicamente, la creencia en teorías conspirativas tuvo una presencia muy relevante durante todo el proceso de la pandemia. Si bien algunos autores rescatan ciertos aspectos aceptables de las teorías conspirativas, como la sensación de reducción de la incertidumbre (van Prooijen & Jostmann, 2013), la gran mayoría de literatura previene de sus consecuencias negativas. Por ejemplo, varios estudios mostraron que la creencia en este tipo de teorías reducía la confianza en las autoridades y disminuía el compromiso con comportamiento saludables, dentro de los que se encuentra la vacunación (Earnshaw et al., 2016; Jolley & Douglas, 2014). Por lo que respecta al acceso a información sobre el Coronavirus, preocupa especialmente la difusión de "*fake news*" y su influencia en las creencias y comportamientos de las personas. Bennet & Livingston (2018) han llegado a sostener que la desinformación es una de las mayores amenazas actuales para la democracia y la libertad de expresión. Sin embargo, a raíz de la cantidad de información falsa y su circulación por los distintos medios de información, ha comenzado a ponerse en práctica el "fact-checking" desde varias plataformas, con el objetivo de desenmascarar la falsedad de gran parte de la información que circula en redes (Brennen et al., 2020).

El E1 y el E2 analizan dos tipos de comportamiento preventivo, las medidas no farmacológicas y farmacológicas de prevención de salud respectivamente, en población española. Aunque inicialmente se dio mayor relevancia a las medidas no farmacológicas debido a la ausencia de una vacuna, es fundamental reconocer que ambas estrategias preventivas pueden coexistir y fortalecerse mutuamente. La imposibilidad de vacunarse por diversas razones, como contraindicaciones médicas o preferencias personales, mantiene la importancia

de las medidas no farmacológicas. Además, factores estructurales en la vivienda o el tipo de profesión pueden obstaculizar la implementación de comportamientos no farmacológicos de prevención. Es crucial comprender que las medidas preventivas, ya sean farmacológicas o no farmacológicas, han coexistido y se han complementado con tratamientos médicos en diversas situaciones (López-Martin et al., 2021). Un ejemplo claro de esta coexistencia se evidencia en casos como la depresión o el asma (Chen & Shan, 2019; Matyja et al., 2023).

Algunos estudios han revelado que la adopción de comportamientos preventivos no farmacológicos se correlaciona positivamente con la disposición a vacunarse (Latkin et al., 2021). Esto subraya la interrelación entre ambas formas de prevención, destacando que la implementación de medidas no farmacológicas puede influir en la actitud hacia la vacunación y viceversa.

En cuanto a los modelos predictivos de la intención de llevar a cabo comportamientos frente a la COVID-19 en los estudios E1 y E2, divergen en las variables que los conforman. La única variable en común es la confianza en la ciencia, aunque, mientras en el modelo farmacológico ocupa un lugar central, en el modelo no farmacológico explica un nivel muy bajo de la variabilidad general. Inversamente, en el E1, la variable que más predice el comportamiento preventivo es la autoeficacia, entendida como la percepción de la propia capacidad para llevar a cabo acciones específicas. Esta distinción puede explicarse al analizar los dos tipos de comportamiento. Mientras ue en el E1 es la propia persona quien es responsable de realizar su comportamiento preventivo, en el E2 esta responsabilidad tiene que delegarse, directamente al personal sanitario e indirectamente a la ciencia y a los gobernantes. Así, contrastando con el constructo de autoeficacia, centrado en el propio individuo, el concepto de autoeficacia delegada se presenta como un elemento distintivo en la adopción

de comportamientos farmacológicos preventivos, como la vacunación contra el COVID-19. Se ha observado que la transferencia de control personal a estos expertos complementa las creencias de autoeficacia de los individuos para enfrentar enfermedades graves, como en el contexto de la vacunación contra el COVID-19 (Thompson et al., 1993).

En ambos estudios se evaluó la intención de realizar medidas preventivas frente al COVID-19, y no la conducta en sí. Esta elección se fundamenta en las dificultades inherentes para medir directamente estas medidas. En el caso del E1, se debe a la naturaleza cotidiana y constante de las acciones preventivas, mientras que, en el E2, la evaluación se llevó a cabo al inicio de la campaña de vacunación en España para el grupo de edad considerado.

El enfoque del análisis de la intención como predictor de la conducta de salud se alinea con la Teoría de la Acción Planificada (Ajzen (1985). A pesar de la utilidad de esta teoría para acceder indirectamente a la conducta de salud, la diversos estudios sugieren que las intenciones explican, en promedio, solo entre el 20% y el 35% de la variabilidad en el comportamiento, fenómeno conocido como la brecha intención-conducta. (citas) Sin embargo, estudios enfocados en el análisis de la brecha intención conducta de conductas preventivas durante la pandemia, observaron que la brecha intención-conducta fue considerablemente menor. Por ejemplo, Shiloh et al., 2022 encontraron que el 82.4% del comportamiento de vacunación se predijo correctamente a través de las intenciones. Esta reducción de la brecha se atribuyó previamente a factores situacionales que podrían disminuir los requisitos de autorregulación. Sin embargo, proponemos que la fuerte conexión entre intención y comportamiento en la vacunación se debe a la inherente especificidad de esta acción: un acto único, aislado, discreto y deliberado.

Estos hallazgos respaldan la creciente evidencia de que el tipo de comportamiento modera las asociaciones entre constructos teóricos y comportamientos. Es esperable que las intenciones estén aún más conectadas con el comportamiento en emergencias como pandemias, dada la urgencia de realizar la conducta. A diferencia del enfoque tradicional que busca explicar todos los comportamientos de salud mediante un único modelo, este estudio respalda la posición de especificidad.

5.2 Fortalezas y limitaciones de la Investigación

A continuación se enumeran y discuten las principales fortalezas y limitaciones de los estudios E1 y E2:

Fortalezas principales:

- El considerable tamaño y diversidad de las muestras empleadas en los estudios E1 y E2. Se alcanza una representatividad suficiente en la totalidad de variables sociodemográficas de todo el rango de variación de las mismas.
- La elección muy precisa del momento de realización de los estudios de campo PSY-COVID-1 y PSY-COVID-2 en los que se basan, respectivamente, los estudios E1 y E2 de esta tesis doctoral.
- El desarrollo de los instrumentos por parte de un panel de expertos internacional
- Las diversas evidencias, directas e indirectas, de la calidad de los datos de las bases de datos PSY-COVID-1 y PSU-COVID-2 de las que se extrajo la información que se empleó, respectivamente, en lo estudios E1 y E2 de esta tesis doctoral

Limitaciones principales:

- La principal limitación conceptual que comparten los estudios E1 y E2 se refiere a que la variable *outcome* es la intención de conducta, pero no la conducta en sí. Cabe tener en consideración que, a pesar de que distintos modelos teóricos, como la teoría cognitivo social de Bandura, reconocen que la intención de conducta es el principal antecedente causal de la conducta, se trata de dos constructos diferenciados, Asimismo, se postula que el paso de la intención a la acción requiere del concurso de otros determinantes, entre los cuales los recursos o condiciones materiales y/o sociales para llevarla a cabo. Además, la evidencia científica indica que el grado de conexión entre ambos es variable para cada conducta, por lo que es aventurado especular con el valor heurístico de los hallazgos derivados de los estudios E1 y E2 para la predicción de las conductas objeto de estudio, máxime cuando se trata un contexto tan excepcional y novedoso como la pandemia de COVID-19.
- Se trata de un estudio observacional (limitada robustez de la evidencia, en comparación con otros diseños, como el experimental y la revisión sistemática con metaanálisis).
- La naturaleza de muestreo no probabilístico de los dos estudios de campo llevados a cabo ha supuesto un sesgo de representatividad, muy manifiesto en variables sociodemográficas como el género y el nivel de estudios. No obstante, esto se ha podido controlar mediante estrategias de ponderación de casos.
- El alcance de las conclusiones queda restringido a la población española. El trasfondo sociocultural, las contingencias sociopolíticas, la diferente afectación en distintos países en términos de contagios, hospitalizaciones, saturación del sistema sanitario y muertes, la heterogeneidad en las medidas de contención de la pandemia de cada territorio, y el manejo diferencial de la información relativa a la COVID-19

y la pandemia en los sistemas de *mass media* de cada país, pueden haber ejercido un potente papel modulador tanto de la adopción de las medidas farmacológicas como de las medidas no farmacológicas de prevención de la transmisión del SARS-CoV-2 o del desarrollo de casos sintomáticos de COVID-19. Esto condiciona sumamente la extrapolación de los resultados obtenidos en España a otros países, y constituye a la piedra angular de las direcciones futuras de investigación que se formulan a continuación

5.3 Direcciones futuras de la investigación

En el contexto de las investigaciones llevadas a cabo, las perspectivas futuras apuntan hacia un enfoque integral que trascienda las fronteras nacionales y aborde la diversidad de experiencias a nivel global. La realización de análisis comparativos entre países se erige como un pilar fundamental para desentrañar cómo diversas medidas han impactado la propagación y gravedad de la pandemia en distintas regiones, y la idiosincracia de los factores predictivos para las medidas preventivas farmacologicas y no farmacológicas. Estos análisis contribuirán a la identificación de estrategias efectivas para mitigar los efectos de futuras epidemias y pandemias, consolidando así la base para una salud pública sólida y resiliente.

Resulta esencial destacar que la representatividad de la muestra desempeña un papel crucial en la validez y aplicabilidad de los resultados obtenidos. En este sentido, el análisis de poblaciones menos representadas se erige como un componente vital para garantizar la equidad y la integralidad en la investigación. Dicho enfoque se traduce en la consideración de distintos aspectos demográficos, como género, niveles socioeconómicos y educativos bajos, así como la inclusión de individuos que, por diversas razones, carecen de acceso a internet.

5.4 Conclusión

Como colofón de esta tesis doctoral, formulamos en forma de titulares una síntesis de las conclusiones recogidas en los artículos compilados en esta tesis, así como de los argumentos desarrollados en esta:

- El proyecto internacional PSY-COVID permitió el desarrollo de una métrica estándar y transcultural para la generación de bases de datos masivas con las que acometer diversos estudios empíricos, entre ellos los relativos a las medidas farmacológicas y no farmacológicas de prevención de la COVID-19.

- Hay evidencias de la suficiente diversidad y representatividad de las poblaciones objeto de estudio.

- Hay evidencias de la calidad de los datos de las bases de datos PSY-COVID, de las cuales se extrajo la información cuantitativa que se empleó en los estudios empíricos E1 y E2 compilados en esta tesis doctoral.

- Hay evidencia de sesgos de representatividad de las muestras, obtenidas mediante muestreo no probabilísticos, que han podido ser soslayadas mediante estrategias estadísticas (ponderación de casos).

- La elección de variables predictoras de las medidas farmacológicas y no farmacológicas tuvo en consideración no solo los principales constructos de los modelos sociocognitivos en promoción de la salud, sino que se basó en la evidencia obtenida a través de revisiones bibliográficas de alcance desarrolladas exprofeso para cada uno de los dos estudios desarrollados.

- Si bien ambos estudios muestran un amplio espectro de variables predictoras de la intención de conductas de prevención del contagio del SARS-

CoV-2, farmacológicas y no farmacológicas, se obtienen modelos de una alta capacidad predictiva que incluyen un número muy discreto de variables.

- El modelo predictivo de la intención de conductas de prevención farmacológicas (estudio E1) es claramente diferente del modelo predictivo de la intención de conductas de prevención farmacológicas (estudio E2). Si en el primer caso prevalecen determinantes cognitivos como la autoeficacia para la ejecución de las conductas de prevención (uso de mascarilla, limpieza de manos, manejo de la distancia interpersonal y del confinamiento), en el segundo caso el modelo predictivo está constituido por determinantes de tipo social, como el control delegado en autoridades, científicos y personal sanitario, la actitud hacia la vacuna, la creencia en teorías conspiratorias o la interacción con los medios de comunicación. En ambos casos, las variables contextuales, disposicionales (como las de personalidad) o sociodemográficas con capacidad predictiva, desaparecen de los modelos predictivos finales como consecuencia de la colinealidad con las variables de mayos capacidad predictiva antes señaladas.

- El estudio E1, en el que se llevó a acabo un análisis multinivel que contemplaba una comparación entre comunidades autónomas, puso de manifiesto una débil pero significativa modulación territorial de los resultados obtenidos. Esto pone de manifiesto las limitaciones a la hora de extrapolar los modelos predictivos obtenidos en España, y supone la necesidad de efectuar un análisis multinivel que permita identificar el papel modulador que las diferencias en la afectación de la pandemia y su manejo por los actores de la gobernanza sanitaria supusieron en cada país, en lo referente a los determinantes de las conductas farmacológicas y no farmacológicas de prevención de la COVID-19.

REFERENCIAS

Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predictiing social behavior*.

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. Open University Press/McGraw-Hill.

Ajzen, Icek. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action Control* (pp. 11–39). Springer Berlin Heidelberg.

AlShurman, B. A., Khan, A. F., Mac, C., Majeed, M., & Butt, Z. A. (2021). What demographic, social, and contextual factors influence the intention to use COVID-19 vaccines: A scoping review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *18*(17), 9342.

Alsulaiman, S., & Rentner, T. (2018). The health belief model and preventive measures: A study of the Ministry of health campaign on Coronavirus in Saudi Arabia. *J. Int. Crisis Risk Commun. Res.*, *1*(1), 27–56.

Amodan, B. O., Bulage, L., Katana, E., Ario, A. R., Fodjo, J. N. S., Colebunders, R., & Wanyenze, R. K. (2020). Level and determinants of adherence to COVID-19 preventive measures in the first stage of the outbreak in Uganda. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *17*(23), 8810.

Andre, F. E., Booy, R., Bock, H. L., Clemens, J., Datta, S. K., John, T. J., Lee, B. W., Lolekha, S., Peltola, H., Ruff, T. A., Santosham, M., & Schmitt, H. J. (2008). Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bull. World Health Organ.*, *86*(2), 140–146.

Ariza, J., & Pinzón, D. A. (2022). Más allá de lo económico: los efectos de la pandemia en la salud mental de los colombianos. Equidad & Desarrollo, (39), 1-23.

Atchison, C., Bowman, L. R., Vrinten, C., Redd, R., Pristerà, P., Eaton, J., & Ward, H. (2021). Early perceptions and behavioural responses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of UK adults. *BMJ Open*, *11*(1), e043577.

Azkunaga, B., Echarte, P., Zumalde, A., & Mintegi, S. (2023). Incremento de las intoxicaciones con fin suicida en los servicios de urgencias en España durante la pandemia COVID-19. *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)*, *98*(1), 67–69. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.10.006

Bandura, A. (1986a). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.

Bandura, A. (1986b). *The social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.

Bandura, Albert. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.*, *84*(2), 191–215.

Battiston, P., Kashyap, R., & Rotondi, V. (2021). Reliance on scientists and experts during an epidemic: Evidence from the COVID-19 outbreak in Italy. *SSM Popul. Health*, *13*(100721), 100721.

Bauch, C. T., & Earn, D. J. D. (2004). Vaccination and the theory of games. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, *101*(36), 13391–13394.

BBC News Mundo. (2021, December 15). Covid: ¿de dónde viene la variante ómicron y por qué saber su origen es importante? *BBC*. https://www.bbc.com/mundo/noticias-59647890

Beca-Martínez, M. T., Romay-Barja, M., Ayala, A., Falcon-Romero, M., Rodríguez-Blázquez, C., Benito, A., & Forjaz, M. J. (2022). Trends in COVID-19 vaccine

acceptance in Spain, September 2020-May 2021. *Am. J. Public Health*, *112*(11), 1611–1619.

Bish, A., & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: a review. *Br. J. Health Psychol.*, *15*(Pt 4), 797–824.

BOE-A-2015-11430 Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (n.d.). Boe.es. Retrieved January 7, 2024, from https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/23/2/con

BOE-A-2018-10752 Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. (n.d.). Boe.es. Retrieved October 29, 2023, from https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752

BOE-A-2020-3692 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (n.d.). Boe.es. Retrieved October 29, 2023, from https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692

Böhm, R., & Betsch, C. (2022). Prosocial vaccination. *Curr. Opin. Psychol.*, *43*, 307–311.

Brouard, S., Vasilopoulos, P., & Becher, M. (2020). Sociodemographic and psychological correlates of compliance with the COVID-19 public health measures in France. *Can. J. Polit. Sci.*, *53*(2), 253–258.

Brown, L. G., Hoover, E. R., Barrett, C. E., Vanden Esschert, K. L., Collier, S. A., & Garcia-Williams, A. G. (2020). Handwashing and disinfection precautions taken

by U.S. adults to prevent coronavirus disease 2019, Spring 2020. *BMC Res. Notes*, *13*(1).

Bruder, M., & Kunert, L. (2022). The conspiracy hoax? Testing key hypotheses about the correlates of generic beliefs in conspiracy theories during the COVID-19 pandemic. *Int. J. Psychol.*, *57*(1), 43–48.

Cáceres Bermejo, G. G. (2012). Un momento de reflexión acerca de las vacunas. *Sanidad Militar*, *68*(2), 109–114. https://doi.org/10.4321/s1887-85712012000200009

Carlucci, L., D'Ambrosio, I., & Balsamo, M. (2020). Demographic and attitudinal factors of adherence to quarantine guidelines during COVID-19: The Italian model. *Front. Psychol.*, *11*, 559288.

Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Commun.*, *25*(8), 661–669.

Casino, G. (2022). Comunicación en tiempos de pandemia: información, desinformación y lecciones provisionales de la crisis del coronavirus. *Gaceta sanitaria*, *36*, S97–S104. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.003

Catalan-Matamoros, D., & Peñafiel-Saiz, C. (2020). Exploring the relationship between newspaper coverage of vaccines and childhood vaccination rates in Spain. *Hum. Vaccin. Immunother.*, *16*(5), 1055–1061.

Čavojová, V., Šrol, J., & Ballová Mikušková, E. (2023). Scientific reasoning is associated with rejection of unfounded health beliefs and adherence to evidence-based regulations during the Covid-19 pandemic. *Curr. Psychol.*, 1–15.

Chang, W.-H. (2020). Understanding the COVID-19 pandemic from a gender perspective. *Taiwan. J. Obstet. Gynecol.*, *59*(6), 801–807.

Chen, Y., Liu, Q., & Guo, D. (2020). Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of Medical Virology*, *92*(4), 418–423. https://doi.org/10.1002/jmv.25681

Chen, Z. F., & Cheng, Y. (2019). Consumer response to fake news about brands on social media: the effects of self-efficacy, media trust, and persuasion knowledge on brand trust. *J. Prod. Brand Manag.*, *29*(2), 188–198.

Clark, C., Davila, A., Regis, M., & Kraus, S. (2020). Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. *Global Transitions*, *2*, 76–82. https://doi.org/10.1016/j.glt.2020.06.003

Coronavirus: casos confirmados por día en España 2020-2023. (n.d.). Statista. Retrieved January 7, 2024, from https://es.statista.com/estadisticas/1104275/casos-confirmados-de-covid-19-por-dia-espana/

Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19. (n.d.). Redacción Médica. Retrieved January 7, 2024, from https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-pandemia-brote-de-covid-19-nivel-mundial-segun-oms-1895

Coulaud, P.-J., Ablona, A., Bolduc, N., Fast, D., Bertrand, K., Ward, J. K., Greyson, D., Jauffret-Roustide, M., & Knight, R. (2022). COVID-19 vaccine intention among young adults: Comparative results from a cross-sectional study in Canada and France. *Vaccine*, *40*(16), 2442–2456.

COVID - Coronavirus statistics - worldometer. (n.d.). Worldometers.Info. Retrieved January 7, 2024, from https://www.worldometers.info/coronavirus/

De Coninck, D., Frissen, T., Matthijs, K., d'Haenens, L., Lits, G., Champagne-Poirier, O., Carignan, M.-E., David, M. D., Pignard-Cheynel, N., Salerno, S., & Généreux, M. (2021). Beliefs in conspiracy theories and misinformation about COVID-19: Comparative perspectives on the role of anxiety, depression and exposure to and trust in information sources. *Front. Psychol.*, *12*, 646394.

de Empleo Estatal, S. P. (n.d.). *ERTE / RED*. Servicio Público de Empleo Estatal. Retrieved January 7, 2024, from https://www.sepe.es/HomeSepe/erte-red.html

Deci, E. L., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. 11–40.

Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrachi, M., Zigron, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *Eur. J. Epidemiol.*, *35*(8), 775–779.

Drury, J., Carter, H., Ntontis, E., & Guven, S. T. (2020). Public behaviour in response to the COVID-19 pandemic: understanding the role of group processes. *BJPsych Open*, *7*(1), e11.

Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy: An overview. *Hum. Vaccin. Immunother.*, *9*(8), 1763–1773.

Eguia, H., Vinciarelli, F., Bosque-Prous, M., Kristensen, T., & Saigí-Rubió, F. (2021). Spain's hesitation at the gates of a COVID-19 vaccine. *Vaccines (Basel)*, *9*(2), 170.

Eid, R. S., Gobinath, A. R., & Galea, L. A. M. (2019). Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Progress in Neurobiology*, *176*, 86–102. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2019.01.006

El nuevo coronavirus (COVID-19) en España – Datos estadísticos. (n.d.). Statista. Retrieved January 7, 2024, from https://es.statista.com/temas/6235/el-nuevo-coronavirus-covid-19-en-espana/

Excess mortality: Deaths from all causes compared to projection. (n.d.). Our World in Data. Retrieved January 7, 2024, from https://ourworldindata.org/grapher/excess-mortality-p-scores-projected-baseline?country=~ESP

Fisher, K. A., Bloomstone, S. J., Walder, J., Crawford, S., Fouayzi, H., & Mazor, K. M. (2020). Attitudes toward a potential SARS-CoV-2 vaccine: a survey of US adults. *Annals of Internal Medicine*, *173*(12), 964–973.

Funder, D. C., & Ozer, D. J. (2019). Evaluating effect size in psychological research: Sense and nonsense. *Adv. Methods Pract. Psychol. Sci.*, *2*(2), 156–168.

García-García, D., Morales, E., Fonfría, E. S., Vigo, I., & Bordehore, C. (2022). Caveats on COVID-19 herd immunity threshold: the Spain case. *Sci. Rep.*, *12*(1), 598.

García-Marín, D. (2020). Infodemia global. Desórdenes informativos, narrativas fake y fact-checking en la crisis de la Covid-19//Global infodemic: Information disorders, false narratives, and fact checking during the Covid-19 crisis. *Profesional de La Información*, *4*.

Garrido-Fabián, F., Serrano-López, A. E., & Catalán-Matamoros, D. (2018). The use of WHO recommendations for the prevention of suicide. The case of the newspaper Abc. *Revista Latina de Comunicación Social*, *73*, 810–827.

Goldman, R. D., Yan, T. D., Seiler, M., Parra Cotanda, C., Brown, J. C., Klein, E. J., Hoeffe, J., Gelernter, R., Hall, J. E., Davis, A. L., Griffiths, M. A., Mater, A., Manzano, S., Gualco, G., Shimizu, N., Hurt, T. L., Ahmed, S., Hansen, M., Sheridan, D., … International COVID-19 Parental Attitude Study (COVIPAS) Group. (2020). Caregiver willingness to vaccinate their children against COVID-19: Cross sectional survey. *Vaccine*, *38*(48), 7668–7673.

González-Castro, J. L., Ubillos-Landa, S., Puente-Martínez, A., & Gracia-Leiva, M. (2021). Perceived vulnerability and severity predict adherence to COVID-19 protection measures: The mediating role of instrumental coping. *Frontiers in Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674032

Gupta, L., Gasparyan, A. Y., Misra, D. P., Agarwal, V., Zimba, O., & Yessirkepov, M. (2020). Information and misinformation on COVID-19: A cross-sectional survey study. *Journal of Korean Medical Science*, *35*(27). https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e256

Gutiérrez, M.-J., Inguanzo, B., & Orbe, S. (2021). Distributional impact of COVID-19: regional inequalities in cases and deaths in Spain during the first wave. *Appl. Econ.*, *53*(31), 3636–3657.

Haydabrus, A., Linskiy, I., & Giménez-Llort, L. (2023). Social Media Use, Fake News and Mental Health during the Uncertain Times of the COVID-19 Pandemic in Ukraine. Behavioral Sciences, 13(4), 339.

Hamerman, E. J., Aggarwal, A., & Poupis, L. M. (2023). Generalized self-efficacy and compliance with health behaviours related to COVID-19 in the US. Psychology & health, 38(8), 969-986.

Hannah, R., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., & Ortiz-Ospina, E. (2020). *Coronavirus pandemic (COVID-19). Our World in Data*.

Hein, G., Gamer, M., Gall, D., Gründahl, M., Domschke, K., Andreatta, M., Wieser, M. J., & Pauli, P. (2021). Social cognitive factors outweigh negative emotionality in predicting COVID-19 related safety behaviors. *Preventive Medicine Reports*, *24*(101559), 101559. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101559

Home Page. (2021). *2021 IEEE International Conference on RFID Technology and Applications (RFID-TA)*.

Hortigüela-Alcalá, D., Pérez-Pueyo, Á., López-Aguado, M., Manso-Ayuso, J., & Fernández-Río, J. (2020). Familias y Docentes: Garantes del Aprendizaje durante el Confinamiento. *Revista Internacional de Educación Para La Justicia Social (RIEJS)*, *9*(3), 353–370. https://doi.org/10.15366/riejs2020.9.3.019

Hui, D. S., Azhar, E. I., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., & Petersen. (2020). The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health-The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan. *China. International Journal of Infectious Diseases*, *91*, 264–266.

Husnayain, A., Fuad, A., & Su, E. C.-Y. (2020). Applications of Google Search Trends for risk communication in infectious disease management: A case study of the COVID-19 outbreak in Taiwan. *Int. J. Infect. Dis.*, *95*, 221–223.

Hyland-Wood, B., Gardner, J., Leask, J., & Ecker, U. K. H. (2021). Toward effective government communication strategies in the era of COVID-19. *Humanit. Soc. Sci. Commun.*, *8*(1).

I Y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice Hall.

Introducción y Marco Legal. (n.d.). Gob.es. Retrieved January 7, 2024, from https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm

Ishimaru, T., Nagata, M., Hino, A., Yamashita, S., Tateishi, S., Tsuji, M., Ogami, A., Matsuda, S., Fujino, Y., & CORoNaWork Project. (2021). Workplace measures against COVID-19 during the winter third wave in Japan: Company size-based differences. *J. Occup. Health*, *63*(1), e12224.

Islam, M. S., Sarkar, T., Khan, S. H., Kamal, A. H. M., Hasan, S. M., Kabir, A., & Seale. (2020). *COVID-19-related infodemic and its impact on public health: A global social media analysis. The American journal of tropical medicine and hygiene*. *103*.

Jerónimo, M. Á., Piñar, S., Samos, P., González, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., León, J., Aliart, X., Martín, L. M., Aceña, R., Pérez, V., & Córcoles, D. (2021). Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004

Jorquera, G. (2020). *Familias en riesgo, análisis de la situación de pobreza en los hogares con hijos e hijas en España. Save the Children España*.

Karić, T., & Međedović, J. (2021). Covid-19 conspiracy beliefs and containment-related behaviour: The role of political trust. *Pers. Individ. Dif.*, *175*(110697), 110697.

Karl, J. A., Fischer, R., Druică, E., Musso, F., & Stan, A. (2021). Testing the effectiveness of the Health Belief Model in predicting preventive behavior during the COVID-19 pandemic: The case of Romania and Italy. *Front. Psychol.*, *12*, 627575.

Kazemian, S., Fuller, S., & Algara, C. (2021). The role of race and scientific trust on support for COVID-19 social distancing measures in the United States. *PLoS One*, *16*(7), e0254127.

Khan, M. S. R., Watanapongvanich, S., & Kadoya, Y. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy among the younger generation in japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21), 11702. https://doi.org/10.3390/ijerph182111702

Kleinbaum DG, Kupper LL, Nizam A, Muller K, Rosenberg ES. (2014). *Applied Regression Analysis and other Multivariable Methods* (5th ed.). Cengage Learning, Inc.

Kreps, S., Prasad, S., Brownstein, J. S., Hswen, Y., Garibaldi, B. T., Zhang, B., & Kriner, D. L. (2020). Factors associated with US adults' likelihood of accepting COVID-19 vaccination. *JAMA Netw. Open*, *3*(10), e2025594.

Kwok, K. O., Lai, F., Wei, W. I., Wong, S. Y. S., & Tang, J. W. T. (2020). Herd immunity -- estimating the level required to halt the COVID-19 epidemics in affected countries. *J. Infect.*, *80*(6), e32–e33.

Kwok, K. O., Li, K.-K., Wei, W. I., Tang, A., Wong, S. Y. S., & Lee, S. S. (2021). Editor's Choice: Influenza vaccine uptake, COVID-19 vaccination intention and vaccine hesitancy among nurses: A survey. *Int. J. Nurs. Stud.*, *114*(103854), 103854.

Larson, H. J. (2013). Negotiating vaccine acceptance in an era of reluctance. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *9*(8), 1779–1781. https://doi.org/10.4161/hv.25932

Lasa, N. B., Benito, D. J., Manterola, A. G., Sánchez, J. P. E., García, J. L. P., & Germán, M. Á. S. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento*.

Lavazza, A., & Farina, M. (2020). The role of experts in the covid-19 pandemic and the limits of their epistemic authority in democracy. *Front. Public Health*, *8*.

Leão, T., Amorim, M., Fraga, S., & Barros, H. (2021). What doubts, concerns and fears about COVID-19 emerged during the first wave of the pandemic? *Patient Educ. Couns.*, *104*(2), 235–241.

Lewandowska, A., Lewandowski, T., Rudzki, G., Rudzki, S., & Laskowska, B. (2020). Opinions and knowledge of parents regarding preventive vaccinations of children and causes of reluctance toward preventive vaccinations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 3694. https://doi.org/10.3390/ijerph17103694

Lo Coco, G., Gentile, A., Bosnar, K., Milovanović, I., Bianco, A., Drid, P., & Pišot, S. (2021). A cross-country examination on the fear of COVID-19 and the sense of loneliness during the first wave of COVID-19 outbreak. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *18*(5), 2586.

López-Martín, Á., Gómez-Calderón, B., & Córdoba-Cabús, A. (2021). Desinformación y verificación de datos. El caso de los bulos sobre la vacunación contra la Covid-19 en España. In *Revista ibérica de sistemas e tecnologias de informação* (pp. 431–443).

Lugo-González, I. V., Pérez-Bautista, Y. Y., Fernández-Vega, M., Salas-Hernández, J., Becerra-Gálvez, A. L., & Reynoso-Erazo, L. (2021). Factores psicológicos asociados a la intención de vacunarse contra COVID-19 en México. *Neumol. Cir. Torax*, *80*(3), 166–172.

Luo, C., Yang, Y., Liu, Y., Zheng, D., Shao, L., Jin, J., & He, Q. (2021). Intention to COVID-19 vaccination and associated factors among health care workers: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *American Journal of Infection Control*, *49*(10), 1295–1304. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.06.020

Luo, Y., Cheng, Y., & Sui, M. (2011). The moderating effects of perceived severity on the generational gap in preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in the US. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(4).

Maldonado, G., & Greenland, S. (1993). Simulation study of confounder-selection strategies. *Am. J. Epidemiol.*, *138*(11), 923–936.

Manga, D., Ramos, F., & Morán, C. (2004). The Spanish norms of the NEO Five-Factor Inventory: New data and analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*(3), 639–648.

Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista médica Clínica Las Condes*, *30*(1), 36–49. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005

Marco, J. J. G., Pasquín, M. J. Á., & Martín, S. M. (2021). 442-451 10.1016/j.fmc.2021.07.001 Marco José Javier Gómez JJG Médico de familia, Miembro del Grupo de Infecciosas PAPPS-semFYC, CSU Las Calesas, SERMAS, Madrid, España. Pasquín María José Álvarez MJÁ Médica de familia, CSU Santa Hortensia, SERMAS, Madrid, España. Martín Susana Martín SM Médica de familia, Coordinadora del Grupo de Infecciosas PAPPS-semFYC, Centro de Salud Balmaseda, Balmaseda, Vizcaya, España. spa Journal Article Efectividad y seguridad de las vacunas para el SARS-CoV-2 actualmente disponibles. 2021 09 30. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, *28*(8), 442–451. https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.07.001

Masa, J., Castellanos, T., & Terrés, M. (n.d.). *RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ESPAÑA*. Isciii.Es. Retrieved January 7, 2024, from https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/Sarampi%C3%B3n/Informe_%20Plan_Eliminaci%C3%B3n_%20Sarampi%C3%B3n_Rub%C3%A9ola_Espa%C3%B1a_2009.pdf

Mateo-Canedo, C., Sanabria-Mazo, J. P., Comendador, L., Rojas, J. S., Carmona, M., Crespo-Puig, N., Anyosa, F., Selva, C., Feliu-Soler, A., Cardoner, N., Deus, J., Luciano, J. V., Méndez-Ülrich, J. L., & Sanz, A. (2023a). Predictive factors of hesitancy to vaccination against SARS-CoV-2 virus in young adults in Spain: Results from the PSY-COVID study. *Vaccine X*, *14*(100301), 100301.

Mateo-Canedo, C., Sanabria-Mazo, J. P., Navarro, J. B., Cigarroa, I., Alvarez, M., Armayones, M., ... & Sanz, A. (2023). Predictive factors of non-pharmacological measures to prevent SARS-CoV-2 contagion: Results of a large adult Spanish sample from the PSY-COVID study. medRxiv, 2023-10.

Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., & Hasell, J. (2020). *Coronavirus pandemic (COVID-19). Our world in data*.

McKenna, F. P., Warburton, D. M., & Winwood, M. (1993). Exploring the limits of optimism: the case of smokers' decision making. *Br. J. Psychol.*, *84 (Pt 3)*, 389–394.

Meier, B. P., Dillard, A. J., & Lappas, C. M. (2022). Predictors of the intention to receive a SARS-CoV-2 vaccine. *J. Public Health (Oxf.)*, *44*(3), 713–715.

Mendez-Brito, A., El Bcheraoui, C., & Pozo-Martin, F. (2021). Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. *The Journal of Infection*, *83*(3), 281–293. https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.06.018

Mevorach, T., Cohen, J., & Apter, A. (2021). Keep calm and stay safe: The relationship between anxiety and other psychological factors, media exposure and compliance with COVID-19 regulations. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *18*(6), 2852.

Milad, E., & Bogg, T. (2021). Spring 2020 COVID-19 surge: prospective relations between demographic factors, personality traits, social cognitions and guideline adherence, mask wearing, and symptoms in a US sample. *Annals of Behavioral Medicine*, *55*(7), 665–676.

Morales-Vives, F., Dueñas, J.-M., Ferrando, P. J., Vigil-Colet, A., & Varea, M. D. (2022). COmpliance with pandemic COmmands Scale (COCOS): The relationship between compliance with COVID-19 measures and sociodemographic and attitudinal variables. *PLoS One*, *17*(1), e0262698.

Mundial, B. (2020). *La COVID-19 (coronavirus) hunde a la economía mundial en la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial*.

Navarro-Carrillo, G., Méndez, L., Cakal, H., Páez, D., Pizarro, J. J., Zumeta, L., Gracia-Leiva, M., Da Costa, S., Basabe, N., Telletxea, S., Delfino, G., Techio, E., Mathias, A., Alzugaray-Ponce, C., Villagrán, L., Martínez-Zelaya, G., Bilbao, M. Á., Wlodarczyk, A., López-López, W., … Cueto, R. M. (2021). Clase social, bienestar y afectividad general durante la pandemia de la COVID-19 en Iberoamérica. *Escritos de Psicologia*, *14*(2), 84–95. https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13608

Neumann-Böhme, S., Varghese, N. E., Sabat, I., Barros, P. P., Brouwer, W., van Exel, J., Schreyögg, J., & Stargardt, T. (2020). Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *Eur. J. Health Econ.*, *21*(7), 977–982.

Nivette, A., Ribeaud, D., Murray, A., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Hepp, U., Shanahan, L., & Eisner, M. (2021). Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. *Soc. Sci. Med.*, *268*(113370), 113370.

Olagoke, A. A., Olagoke, O. O., & Hughes, A. M. (2020). Exposure to coronavirus news on mainstream media: The role of risk perceptions and depression. *Br. J. Health Psychol.*, *25*(4), 865–874.

País, E. (2021, April 9). *El "escandaloso desequilibrio" en la distribución de vacunas contra la covid-19 para ricos y pobres*. Ediciones EL PAÍS S.L. https://elpais.com/planeta-futuro/2021-04-10/el-escandaloso-desequilibrio-en-la-distribucion-de-vacunas-contra-la-covid-19-para-ricos-y-pobres.html

Pak, A., McBryde, E., & Adegboye, O. A. (2021). Does high public trust amplify compliance with stringent COVID-19 government health guidelines? A multi-country analysis using data from 102,627 individuals. *Risk Manag. Healthc. Policy*, *14*, 293–302.

Palamenghi, L., Barello, S., Boccia, S., & Graffigna, G. (2020). Mistrust in biomedical research and vaccine hesitancy: the forefront challenge in the battle against COVID-19 in Italy. *Eur. J. Epidemiol.*, *35*(8), 785–788.

Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. *J. Gen. Intern. Med.*, *35*(8), 2296–2303.

Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *Lancet Reg. Health Eur.*, *1*(100012), 100012.

Pérez De Celis-Herrero, M. D. L. C., & Cavazos Arroyo, J. (2021). Percepción del riesgo de COVID-19 y medidas preventivas en México. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, *59*(5), 377–386.

Phadke, V. K., Bednarczyk, R. A., Salmon, D. A., & Omer, S. B. (2016). Association between vaccine refusal and vaccine-preventable diseases in the United States: A review of measles and pertussis. *JAMA*, *315*(11), 1149.

Pires, L. S., Andrino, B., Grasso, D., Llaneras, K., & Zafra, M. (2021, March 15). *El coronavirus en España día a día y por comunidades: así evolucionan los casos, los ingresos y las muertes*. Ediciones EL PAÍS S.L. https://elpais.com/sociedad/2021-03-15/el-coronavirus-en-espana-dia-a-dia-asi-evolucionan-casos-ingresos-y-muertos.html

Plohl, N., & Musil, B. (2021a). Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science. *Psychol. Health Med.*, *26*(1), 1–12.

Plohl, N., & Musil, B. (2021b). Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science. *Psychol. Health Med.*, *26*(1), 1–12.

Plotkin, S. A., Reef, S., Vacuna Anti-Rubéola En Plotkin, S. A., Orestein, W. A., & Picazo, J. J. (2007). *Madrid: ACINDES*. 481–543.

Pollock, A. M., & Lancaster, J. (2020). Asymptomatic transmission of covid-19. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, m4851. https://doi.org/10.1136/bmj.m4851

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.*, *51*(3), 390–395.

Puri, N., Coomes, E. A., Haghbayan, H., & Gunaratne, K. (2020). Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Hum. Vaccin. Immunother.*, *16*(11), 2586–2593.

Remondi, C., Cirimele, F., Pastorelli, C., Gerbino, M., Gregori, F., Plata, M. G., & Zuffianò, A. (2022). Conspiracy beliefs, regulatory self-efficacy and compliance with COVID-19 health-related behaviors: The mediating role of moral disengagement. *Current Research in Ecological and Social Psychology*, *3*(100069), 100069. https://doi.org/10.1016/j.cresp.2022.100069

Rocha, Y. M., de Moura, G. A., Desidério, G. A., de Oliveira, C. H., Lourenço, F. D., & de Figueiredo Nicolete, L. D. (2021). The impact of fake news on social media and its influence on health during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Z. Gesundh. Wiss.*, *31*(7), 1–10.

Rodríguez-Blanco, N., Montero-Navarro, S., Botella-Rico, J. M., Felipe-Gómez, A. J., Sánchez-Más, J., & Tuells, J. (2021). Willingness to be vaccinated against COVID-19 in Spain before the start of vaccination: A cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *18*(10), 5272.

Rodríguez-Rata, A. (2021, March 6). *El estado de la vacunación en España*. La Vanguardia. https://stories.lavanguardia.com/vida/20210306/35907/estado-de-la-vacunacion

Roma, P., Monaro, M., Muzi, L., Colasanti, M., Ricci, E., Biondi, S., Napoli, C., Ferracuti, S., & Mazza, C. (2020). How to improve compliance with protective health measures during the COVID-19 outbreak: Testing a moderated mediation model and machine learning algorithms. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *17*(19), 7252.

Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., & van der Linden, S. (2020). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *R. Soc. Open Sci.*, *7*(10), 201199.

Rosenstock, I. M. (1974a). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328–335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

Rosenstock, I. M. (1974b). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, *2*(4), 354–386. https://doi.org/10.1177/109019817400200405

Royo, S. (2020a). Responding to COVID-19: The case of Spain. *Eur. Pol. Anal.*, *6*(2), 180–190.

Royo, S. (2020b). Responding to COVID-19: The case of Spain. *European Policy Analysis*, *6*(2), 180–190. https://doi.org/10.1002/epa2.1099

Ruiz, J. B., & Bell, R. A. (2021). Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. *Vaccine*, *39*(7), 1080–1086.

Ruiz-Frutos, C., & Gómez-Salgado, J. (2021). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 24(1), 6-11.

Salali, G. D., & Uysal, M. S. (2022). COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. *Psychol. Med.*, *52*(15), 3750–3752.

Saletti Cuesta, L., Tumas, N., & Berra, S. (2021). Percepción de riesgo ante el coronavirus en la primera fase de la pandemia en Argentina. *Hacia Promoc. Salud*, *26*(1), 163–178.

Sanz, A., Canedo, C. M., Sanabria-Mazo, J. P., Comendador, L., Rojas, J. S., Carmona-Cervelló, M., Crespo-Puig, N., Anyosa, F., Feliu-Soler, A., Cardoner, N., Deus, J., Muro, A., Selva, C., & Méndez-Ulrich, J. L. (2022a). *PSY-COVID-2 General Dataset* [Data set]. figshare.

Sanz, A., Canedo, C. M., Sanabria-Mazo, J. P., Comendador, L., Rojas, J. S., Carmona-Cervelló, M., Crespo-Puig, N., Feliu-Soler, A., Muro, A., Selva, C., Méndez-Ulrich, J. L., Navarro, J. B., & Jiménez-Villamizar, M. P. (2022b). *PSY-COVID-1, Study of University Students Dataset*. figshare.

Sanz, A., Comendador, L., Carmona-Cervelló, M., Canedo, C. M., Sanabria-Mazo, J. P., Feliu-Soler, A., Méndez-Ulrich, J. L., Muro, A., Olid, C. S., & Puig, N. C. (2022c). *PSY-COVID-1 General Dataset* [Data set]. figshare.

Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2. (n.d.). Who.int. Retrieved January 7, 2024, from https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants

Seong, M., & Bae, K. (2022). A study of pandemic prevention health behavior in adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *19*(13), 8181.

Sharif, N., Alzahrani, K. J., Ahmed, S. N., & Dey, S. K. (2021). Efficacy, immunogenicity and safety of COVID-19 vaccines: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Immunology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.714170

Sherman, S. M., Smith, L. E., Sim, J., Amlôt, R., Cutts, M., Dasch, H., Rubin, G. J., & Sevdalis, N. (2021). COVID-19 vaccination intention in the UK: results from the COVID-19 vaccination acceptability study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey. *Hum. Vaccin. Immunother.*, *17*(6), 1612–1621.

Shushtari, Z. J., Salimi, Y., Ahmadi, S., Rajabi-Gilan, N., Shirazikhah, M., Biglarian, A., Almasi, A., & Gharehghani, M. A. M. (2021). Social determinants of adherence to COVID-19 preventive guidelines: a comprehensive review. *Osong Public Health Res. Perspect.*, *12*(6), 346–360.

Sidak, Z. (1967). Rectangular confidence regions for the means of multivariate normal distributions. *J. Am. Stat. Assoc.*, *62*(318), 626.

Siebenhaar, K. U., Köther, A. K., & Alpers, G. W. (2020). Dealing with the COVID-19 infodemic: Distress by information, information avoidance, and compliance with preventive measures. *Front. Psychol.*, *11*, 567905.

Sinyor, M., Knipe, D., Borges, G., Ueda, M., Pirkis, J., Phillips, M. R., Gunnell, D., & International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2022). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic: One year on. *Archives*

of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research, *26*(4), 1944–1949. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1955784

Snijders, T., & Bosker, R. (2012). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. Sage Publications.

Sosa-Díaz, R. Y. (2022). Viruela símica, un reto para la salud pública mundial. *Revista Médica Electrónica*, *44*(4), 637–641.

Stangier, U., Kananian, S., & Schüller, J. (2022). Perceived vulnerability to disease, knowledge about COVID-19, and changes in preventive behavior during lockdown in a German convenience sample. *Curr. Psychol.*, *41*(10), 7362–7370.

Tasa bruta de mortalidad España 2006-2021. (n.d.). Statista. Retrieved January 7, 2024, from https://es.statista.com/estadisticas/474608/tasa-de-mortalidad-en-espana/

Terry, E., Cartledge, S., Damery, S., & Greenfield, S. (2022). Factors associated with COVID-19 vaccine intentions during the COVID-19 pandemic; a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *BMC Public Health*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-022-14029-4

Thartori, E., Pastorelli, C., Cirimele, F., Remondi, C., Gerbino, M., Basili, E., Favini, A., Lunetti, C., Fiasconaro, I., & Caprara, G. V. (2021). Exploring the protective function of positivity and regulatory emotional self-efficacy in time of pandemic COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(24), 13171. https://doi.org/10.3390/ijerph182413171

Troiano, G., & Nardi, A. (2021). Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*, *194*, 245–251.

Uddin, S., Imam, T., Khushi, M., Khan, A., & Ali, M. (2021). How did socio-demographic status and personal attributes influence compliance to COVID-19 preventive behaviours during the early outbreak in Japan? Lessons for pandemic management. *Pers. Individ. Dif.*, *175*(110692), 110692.

Ullah, I., Khan, K. S., Tahir, M. J., Ahmed, A., & Harapan, H. (2021). Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: Potential effect on global vaccine refusals. *Vacunas*, *22*(2), 93–97.

UNICEF (2021, June 16). Aprobada la Proposición No de Ley para la donación del excedente de vacunas. *Unicef.es*. https://www.unicef.es/blog/vacunacion/proposicion-no-ley-donacion-excedentes-vacunas

Urdiales-Claros, R., & Sánchez-Álvarez, N. (2021). Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia de la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicologia*, *14*(2), 134–144. https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12901

Vacunación COVID-19 Gobierno de España. (n.d.). Vacunación COVID-19 Gobierno de España. Retrieved January 7, 2024, from https://www.vacunacovid.gob.es

van Mulukom, V., Pummerer, L. J., Alper, S., Bai, H., Čavojová, V., Farias, J., Kay, C. S., Lazarevic, L. B., Lobato, E. J. C., Marinthe, G., Pavela Banai, I., Šrol, J., & Žeželj, I. (2022). Antecedents and consequences of COVID-19 conspiracy beliefs: A systematic review. *Soc. Sci. Med.*, *301*(114912), 114912.

Venema, T. A. G., & Pfattheicher, S. (2021). Perceived susceptibility to COVID-19 infection and narcissistic traits. *Pers. Individ. Dif.*, *175*(110696), 110696.

Verelst, F., Kuylen, E., & Beutels, P. (2020). Indications for healthcare surge capacity in European countries facing an exponential increase in coronavirus disease (COVID-19) cases, March 2020. *Euro Surveill.*, *25*(13).

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain, behavior, and immunity, 89, 531-542.

Vivas, C., & Castro, C. (2021, March 12). *El año del Covid: cronología de la pandemia en España*. El Independiente. https://www.elindependiente.com/vida-sana/salud/2021/03/12/el-ano-del-covid-cronologia-de-la-pandemia-en-espana/

Ward, J. K., Alleaume, C., Peretti-Watel, P., & COCONEL Group. (2020). The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine: The politicization of a public health issue. *Soc. Sci. Med.*, *265*(113414), 113414.

Watson, O. J., Barnsley, G., Toor, J., Hogan, A. B., Winskill, P., & Ghani, A. C. (2022). Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, *22*(9), 1293–1302. https://doi.org/10.1016/s1473-3099(22)00320-6

Wilson, R. F., Sharma, A. J., Schluechtermann, S., Currie, D. W., Mangan, J., Kaplan, B., & Euhardy, N. (2020). Factors influencing risk for COVID-19 exposure among young adults aged 18-23 Years-Winnebago County. *Morb. Mortal. Wkly. Rep*, *2020*, 1497–1502.

Wong, L. P., Alias, H., Wong, P.-F., Lee, H. Y., & AbuBakar, S. (2020). The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *Hum. Vaccin. Immunother.*, *16*(9), 2204–2214.

Woodrow, M., Carey, C., Ziauddeen, N., Thomas, R., Akrami, A., Lutje, V., Greenwood, D. C., & Alwan, N. A. (2023). Systematic review of the prevalence of Long COVID. *Open Forum Infectious Diseases*, *10*(7). https://doi.org/10.1093/ofid/ofad233

Zaar, M. H., & Ávila, M.-B. G. (2020). The Covid-19 in Spain and its first consequences. *Espaço e Economia*, *17*. https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10142

Zewdie, A., Mose, A., Sahle, T., Bedewi, J., Gashu, M., Kebede, N., & Yimer, A. (2022). The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. *SAGE Open Med.*, *10*, 20503121221113668.

Zhang, X., Wang, F., Zhu, C., & Wang, Z. (2019). Willingness to self-isolate when facing a pandemic risk: Model, empirical test, and policy recommendations. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *17*(1), 197.

ANEXOS

Informació requerida per la CEEAH de la UAB

Num. CEEAH: 5197
Data: 11-05-2020

1. Títol del procediment de recerca

PSY-COVID

2. Breu descripció del projecte

PSY-COVID es una iniciativa de investigación internacional promovida por invetigadores de la UAB con el objetivo de generar una gran base de datos sobre aspectos psicosociales de la pandemia de COVID-19. Se trata de un estudio de diseño transversal de una sola etapa, basado en la difusión y administración de cuestionario online anónimo.

Se adopta como unidad de análisis cada país en el que se realice la difusión del cuestionario. El cuestionario será difundido durante un período de 10 días en cada país, en el momento de transición entre las principales medidas gubernamentales de restricción de movilidad en relación a la pandemia de COVID-19 y la desescalada de tales medidas.

3. Dades de l'investigador responsable

Nom i cognoms	Antoni Sanz Ruíz
NIF	45463941W
Departament / Centre	Dpt. Psicologia Educació
Telèfon	(+34)935813136
Adreça electrònica	Antonio.Sanz@uab.cat
És doctor/a? (recordeu que la comissió només avalua projecte de recerca dirigits per doctors/es)	Si

4. Objectius del procediment d'experimentació amb humans

Descriure els principals objectius que es pretenen assolir amb la realització d'aquest procediment d'experimentació

(Ver documento adjunto (incluye objetivos, metodología, información a las personas participantes y consentimiento informado)

PSY-COVID es una iniciativa de investigación internacional con el objetivo de generar una gran base de datos sobre aspectos psicosociales de la pandemia de COVID-19 que permita una posterior explotación para la creación de producción científica de alta calidad.

En una primera oleada se realizará un estudio de campo con el fin de obtener información sobre impacto de la primera fase de medidas de restricción de movilidad (especialmente el confinamiento) adoptadas en diferentes países en relación a la pandemia de COVID-19 del primer semestre de 2020, así como un análisis de conductas de prevención de la transmisión del virus SARS-CoV-2. Es un estudio lo más extenso posible en 3 aspectos:

Número de personas participantes.

Número de países representados.

Número de variables recopiladas.

Veure Annex 3 (application/pdf - 402.7041015625 kB)

5. Metodologia del procediment d'experimentació

Descriure breument la metodologia emprada justificant les dades, mostres biològiques i o respostes conductuals obtingudes de les persones sota experimentació

Ver documento adjunto (incluye objetivos, metodología, información a las personas participantes y consentimiento informado)

Veure Annex 4 (application/pdf - 402.7041015625 kB)

6. Informació a les persones participants

Supòsit	Si	No	
S'annexa un full d'informació del projecte de recerca que inclou de forma entenedora els objectius de la investigació, els investigadors/res responsables i la forma d'obtenir fàcilment més informació?	☒	☐	**Adjunt**
S'annexa un full de consentiment informat signat per l'investigador/a i la persona en qüestió on queda clarament expressat que la participació és voluntària, que disposa de la informació suficient i que es podrà retirar en qualsevol moment sense donar explicacions i sense que això tingui cap mena de conseqüència?	☒	☐	**Adjunt**

7. Compensació

Supòsit	Si	No
Està previst algun tipus de compensació per la participació en el projecte?	☐	☒
Si la resposta es Si, explicar i justificar-ne les característiques, la quantia (si és econòmic) i l'adequació amb el risc i/o molèstia ocasionats al subjecte participant)		

8. Gestió i emmagatzematge de les dades obtingudes

Supòsit	Si	No
Està prevista l'anonimització de les dades obtingudes? Recordeu que s'entén per anonimització la desvinculació permanent i irreversible entre les dades i la identitat del subjecte de recerca	☒	☐
Si la resposta es Si, explicar les activitats realitzades Los datos recopilados son ya de entrada anónimos, por lo que no se precisa ningún procedimiento específico de anonimización.		
Està previst l'emmagatzematge de les dades amb mesures de segurat?	☒	☐
Si la resposta es Si, donar detalls del procediment de seguretat Los datos serán procesados para la elaboración de una matriz en SPSS v26, para ser a continuación alojados en la Plataforma Nebula-UAB		

9. Feedback

Supòsit	Si	No
Està prevista alguna forma de feedback a les persones participant un cop finalitzat el projecte?	☐	☒
Si la resposta es Si, quina? Dado el carácter anónimo del estudio, no se prevé un retorno individualizado de información a las personas participantes. Se prevé un retorno indirecto de los resultados agregados poblacionales obtenidos, a través de los resúmenes ejecutivos que se pongan a disposición de las autoridades y los medios de comunicación de cada país.		

10. Registre dades

Supòsit	Si	No
Les dades obtingudes es troben en un registre aprovat per l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades?	☐	☒
Si la resposta es Si, indicar codi del registre:		

Nom i cognoms Antoni Sanz Ruíz

Lloc i data

Signatura

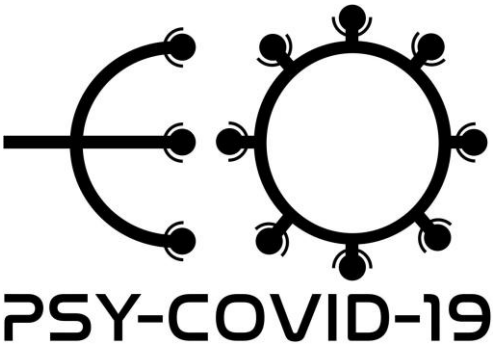
03/06/2020

X Antoni Sanz Ruiz

Antoni Sanz
Investigador principal de l'estudi
Firmado por: SANZ RUIZ, ANTONIO (AUTENTICACIÓN)

Annex (1)

ESTUDIO PSY-COVID. ASPECTOS METODOLÓGICOS



Equipo de coordinación internacional

- Antoni Sanz (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Jordi Méndez (Universitat de Barcelona)
- Corel Mateo (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Albert Feliu (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Juan Pablo Sanabria (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Meritxell Carmona (Universitat Autònoma de Barcelona)

Objetivo principal

PSY-COVID es una iniciativa de investigación internacional con el objetivo de generar una gran base de datos sobre aspectos psicosociales de la pandemia de COVID-19.

En una primera oleada se realizará un estudio de campo con el fin de obtener información sobre impacto de la primera fase de medidas de restricción de movilidad (especialmente el confinamiento) adoptadas en diferentes países en relación a la pandemia de COVID-19 del primer semestre de 2020, así como un análisis de conductas de prevención de la transmisión del virus SARS-CoV-2. Es un estudio lo más extenso posible en 3 aspectos:

- Número de personas participantes.
- Número de países representados.
- Número de variables recopiladas.

Tipo de estudio

Diseño transversal de una sola etapa, basado en la difusión y administración de cuestionario online. No se descartan sucesivas oleadas.

Ámbito geográfico

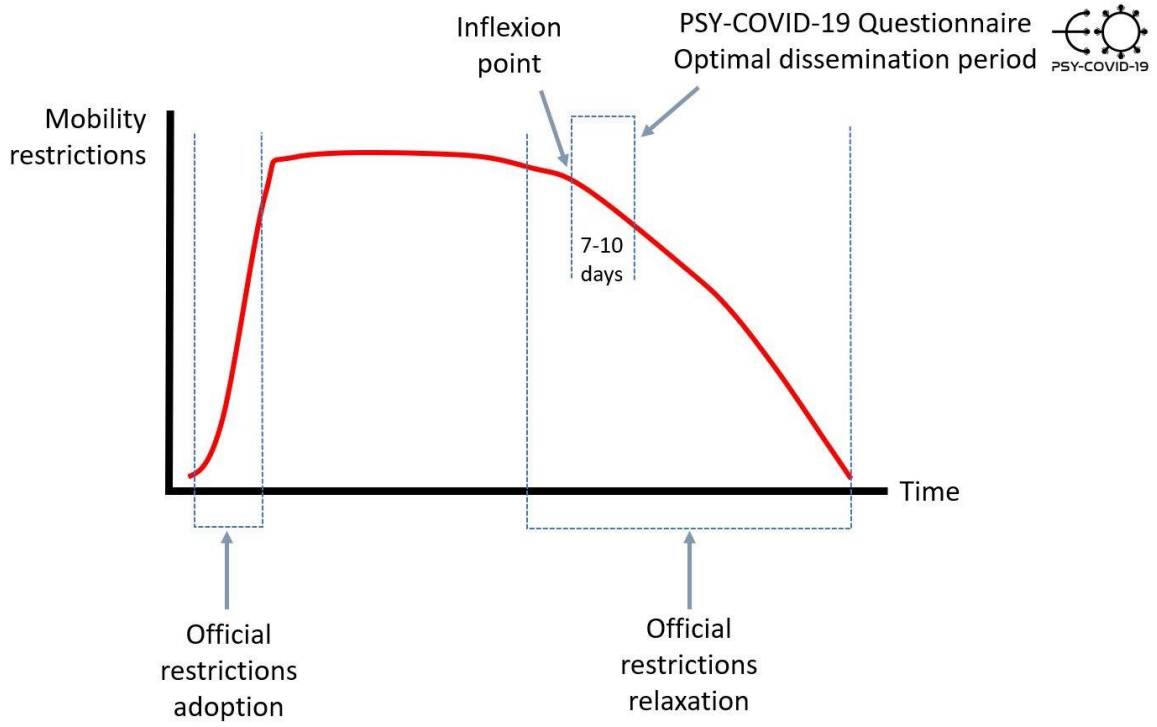
Europa y América. Serán unidades de análisis todos aquellos países en los que sea posible constituir un nodo de país y un equipo de agentes de difusión con la antelación suficiente para evaluar sin sesgos retrospectivos el efecto acumulativo de las medidas de confinamiento y las conductas de prevención del virus SARS-CoV-2. En el momento de solicitar la aprobación de este estudio, los países en los que se dispone de nodo constituido o en fase de constitución son los siguientes:

España

Italia
Portugal
Reino Unido
Croacia
Estonia
Israel
Grecia
México
Puerto Rico
Panamá
Colombia
Ecuador
Chile
Argentina

Tiempo de ejecución del estudio de campo
Mayo/Junio 2020.

Duración del estudio de campo
10 días, estableciéndose un criterio común para todos los países, centrado en el momento de inicio de relajación de medidas sociales (desconfinamiento o situaciones análogas). El criterio común se basa en el "punto de inflexión" desde las principales medidas de restricción de movilidad adoptadas por las respectivas autoridades territoriales y el inicio de la relajación de tales medidas. Por tanto, la fecha de lanzamiento del estudio de campo será específico para cada país.



Variables evaluadas

Se elaborará un cuestionario que recopile información sobre (1) el impacto psicológico ante la pandemia de COVID-19, (2) el cambio conductual experimentado (particularmente en lo referido a la adhesión a conductas de prevención ante el virus SARS-CoV-2), y (3) variables predictoras de ambos conjuntos de efectos. Las variables del estudio corresponden a las siguientes categorías:

- Variables sociodemográficas
- Variables contextuales/ambientales
- Variables afectivas
- Variables cognitivas
- Variables conductuales

Entre los constructos evaluar, se destacan los que aparecen el siguiente listado no exhaustivo:

- Expectativas de autoeficacia y de resultados
- Norma social percibida
- Creencias nucleares
- Percepción de riesgo/vulnerabilidad
- Adhesión a conductas de protección/prevención
- Cambios conductuales experimentados durante restricciones de movilidad
- Trastornos de ansiedad, depresión y somatización
- Resiliencia
- Personalidad

Actores y roles

1. Primer nivel: Equipo de coordinación internacional:
    - Perfil: Investigadores en psicología de la salud
    - Dimensión: 6 personas
    - Funciones:
        - Diseño general del estudio (formulario y estrategias de difusión)
        - Coordinación con los nodos de país
        - Producción científica derivada
2. Segundo nivel: Nodos de país
    - Perfil: Investigadores en ciencias de la salud o en ciencias sociales
    - Dimensión: Recomendable un máximo de 10 personas por nodo
    - Funciones:
        - Validación del formulario y traducción a la/s lengua/s del propio país, de ser necesario.
        - Diseño y seguimiento de la estrategia de difusión en el propio país.
        - Producción científica derivada.
3. Tercer nivel: Agentes de difusión
    - Perfil: Cualquier persona o entidad con una red social suficiente para difundir el formulario.
    - Dimensión: Ilimitada (aquella que sea capaz de crear y gestionar cada nodo de país).
    - Función:
        - Difusión proactiva y planificada del formulario.

Estructura e interrelación de actores

- Primer nivel (equipo de coordinación internacional): Dispone de una persona de coordinación para Europa (salvo España) y Estados Unidos y un coordinador para España y América Latina, que hacen de contacto con los nodos de país mediante el coordinador de cada uno de ellos.
- Segundo nivel (nodos de país): Cada nodo dispone de una persona de coordinación que hace de enlace con el equipo de coordinación internacional.
- Tercer nivel (agentes de difusión): Dependen de cada nodo de país. Se puede crear una estructura de los agentes de difusión si cada nodo de país lo considera necesario.
- Cada nivel toma las decisiones propias de sus funciones y coordina al siguiente nivel.
- Se recomienda que todos los investigadores (primer y segundo nivel) sean también agentes de difusión (tercer nivel), en la medida de su disponibilidad.
- Los nodos de países que comparten una misma lengua de difusión serán coordinados con el fin de realizar la traducción del cuestionario a aquella lengua.

Características generales del cuestionario

- El cuestionario es anónimo y no se recopilan direcciones de correo electrónico u otros datos que pudieran identificar a las personas que lo cumplimenten.
- Se realiza su traducción a todas las lenguas oficiales de los países donde se prevea la difusión.
- Se incorpora el logotipo de las universidades y/o centros de investigación a las que pertenezcan los investigadores del primer y segundo nivel (sometido a la normativa de uso de cada institución).
- Se rige por la legislación de protección de datos de la Unión Europea.
- Se prioriza la evaluación de constructos basada en ítem único, si bien se emplearán las versiones más abreviadas posible de instrumentos de evaluación psicológica validados, cuando ello se considere imprescindible, buscando un compromiso entre fiabilidad y brevedad.
- Se pretende un equilibrio entre cantidad de información obtenida y el tiempo que los participantes en el estudio estén dispuestos a dedicar a la autoadministración del cuestionario.
- Se diseñará el cuestionario con criterios de ergonomía cognitiva, y se harán pruebas de usabilidad previas a la difusión.

Estrategia de difusión

- El contexto del estudio imposibilita una estrategia de muestreo sistemático, con aplicación de criterios de aleatorización, estratificación y etapas. En su lugar, se opta por una etapa única, y una difusión lo más masiva posible, con la identificación de variables sociodemográficas que permitan filtrados y homogeneización a posteriori de la muestra o submuestras que se someterán a las diferentes explotaciones estadísticas, cuando esto sea necesario.
- Partiendo de un listado común de actores de difusión, canales, mensajes y estrategias de difusión proporcionado por el equipo de coordinación general del

estudio, cada nodo de país diseñará, implementará y supervisará de forma autónoma y coordinada su propia estrategia de difusión.

- Se establecerán unos criterios comunes para aumentar la homogeneidad de las muestras de cada país en relación a variables sociodemográficas clave.
- Se establecerá una estrategia de análisis dinámico, de periodicidad diaria, para detectar sesgos sociodemográficos en la
- El siguiente es un listado no exhaustivo de posibles canales de difusión:

Facebook: muro personal, messenger, grupos (psicología, sanidad, autoayuda, neurociencias...), páginas (propias, Universidad, Facultad, centro de investigación, institucionales/gubernamentales...)
Twitter
Instagram
Whatsapp (grupos y canales de difusión)
Telegram (grupos y canales de difusión)
Correo electrónico
Webs/blogs propios e institucionales
Prensa digital: notas de prensa con link a cuestionario

Producción derivada

- Como obra científica colectiva de este estudio, se publicarán la base de datos recopilados y los metadatos asociados en formato de artículo de datos ("*data paper*" o "*data in brief*") en una revista de alto impacto internacional. Todos los investigadores involucrados en el estudio (equipo de coordinación general y nodos de país) figurarán como coautores. Los agentes de difusión serán asimismo censados y constarán en la lista de agradecimientos.
- Como documentos científicotécnicos derivados, se prevé la realización de un resumen ejecutivo por país analizado para ser difundido entre los respectivos gobiernos y las instituciones de salud pública y salud mental respectivas.
- Se prevé asimismo la constitución de alianzas entre los diferentes equipos de investigación involucrados para la explotación de datos y el desarrollo de artículos empíricos de investigación.

Derechos de explotación de los datos

Dado que los datos serán publicados en abierto, cualquier equipo de investigación, previa cita, podrá explotarlos para las obras derivadas que considere pertinentes (artículos empíricos, metaanálisis, resúmenes ejecutivos, etc) a partir del momento de su publicación, que se estima en el segundo semestre de 2020. Los investigadores de los nodos de país tienen acceso pre-publicación a la totalidad de datos del proyecto y tienen el derecho de la explotación de los datos del respectivo país antes de la publicación en abierto para su propia producción científica. Si desean emplear los datos de otros países con anterioridad a la publicación en abierto del "data paper", deberán contar con los nodos de país involucrados y con el equipo de promotores del estudio, que se reserva el derecho de explotación de la totalidad de los datos pre-publicación. En todo caso, se pretende

establecer un espacio de colaboración internacional entre equipos de investigación para conseguir una producción científica de la máxima calidad y del máximo interés para la sociedad.

Valor añadido del estudio

Ante la heterogeneidad de los estudios actualmente en curso acerca del impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19, este estudio propone la dreación una métrica universal que permita comparar personas de diferentes países; se asume, además que cada país es en sí mismo una unidad de análisis.

Este estudio presenta, y tiene como propósitos, diversos elementos diferenciales con otros estudios en curso cuyo diseño y objetivos parecen coincidir con otras iniciativas relacionadas con impacto psicosocial de la pandemia de la COVID-19, con los que presenta diversos grados de solapamiento. Si bien los otros estudios de los que tenemos noticia sobre el impacto psicológico del confinamiento (1) van dirigidos a colectivos específicos, o (2) a impactos específicos, o (3) a predictores específicos, este estudio pretende ser "omnibus". Si los otros estudios en curso, de diseños diversos (longitudinales, prospectivos, transversales) están evaluando el proceso de adaptación a situaciones como el confinamiento, este pretende específicamente evaluar los efectos **acumulativos** de la totalidad de la experiencia, una vez esta haya concluido.

Información a las personas participantes y consentimiento informado

Cuál es el objetivo del estudio PSY-COVID-19

Crear una gran base de datos internacional sobre los efectos psicológicos y el comportamiento de las personas durante la pandemia de COVID-19.

Esa base de datos se pondrá a disposición de toda la comunidad científica y de las autoridades sanitarias, para facilitar la investigación que permita preparar mejor a la población ante futuras crisis sanitarias.

Quién participa en este estudio

Es una colaboración internacional de más de 50 investigadores de 24 universidades de 15 países de Europa y América, promovida por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Colaboran de forma altruista cientos de personas de todo el mundo como agentes de difusión del cuestionario.

Cumplimentación del cuestionario
Este cuestionario es anónimo. Puede contestarlo cualquier persona mayor de 18 años. La participación es voluntaria y puede abandonar su cumplimentación en cualquier momento.
Contestar este cuestionario le supondrá un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos, y puede hacerse desde cualquier dispositivo electrónico (teléfono móvil, tablet o computadora/ordenador). Se le formularán preguntas acerca de cómo ha sobrellevado la pandemia de coronavirus, en particular en relación a las medidas de restricción de movilidad adoptadas por la autoridades del lugar donde reside y en relación a sus acciones para prevenir el contagio del virus.

Protección de datos y ética
Este estudio se basa en una encuesta anónima online, cuenta con la aprobación del Comité Ético de Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autònoma de Barcelona (institución promotora) y se ajusta al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea y a la declaración de Helsinki sobre principios éticos en la investigación con seres humanos.

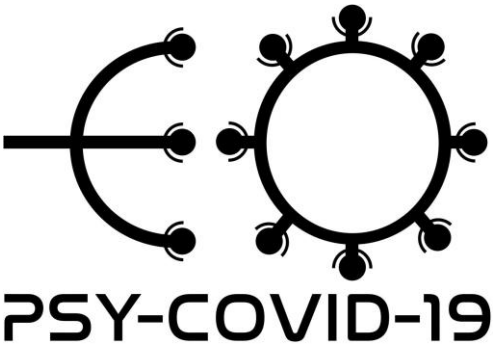
Contacto
Para saber más acerca del estudio, puede contactar con Antoni Sanz, coordinador del proyecto y miembro del Grupo de Investigación en Estrés y Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona: antonio.sanz@uab.cat

Consentimiento informado

Soy mayor de 18 años, he leído en detalle la información proporcionada, acepto las condiciones de participación voluntaria en este estudio y puedo abandonar su cumplimentación en cualquier momento.

Annex (2)

ESTUDIO PSY-COVID. ASPECTOS METODOLÓGICOS



Equipo de coordinación internacional

- Antoni Sanz (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Jordi Méndez (Universitat de Barcelona)
- Corel Mateo (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Albert Feliu (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Juan Pablo Sanabria (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Meritxell Carmona (Universitat Autònoma de Barcelona)

Objetivo principal

PSY-COVID es una iniciativa de investigación internacional con el objetivo de generar una gran base de datos sobre aspectos psicosociales de la pandemia de COVID-19.

En una primera oleada se realizará un estudio de campo con el fin de obtener información sobre impacto de la primera fase de medidas de restricción de movilidad (especialmente el confinamiento) adoptadas en diferentes países en relación a la pandemia de COVID-19 del primer semestre de 2020, así como un análisis de conductas de prevención de la transmisión del virus SARS-CoV-2. Es un estudio lo más extenso posible en 3 aspectos:

- Número de personas participantes.
- Número de países representados.
- Número de variables recopiladas.

Tipo de estudio

Diseño transversal de una sola etapa, basado en la difusión y administración de cuestionario online. No se descartan sucesivas oleadas.

Ámbito geográfico

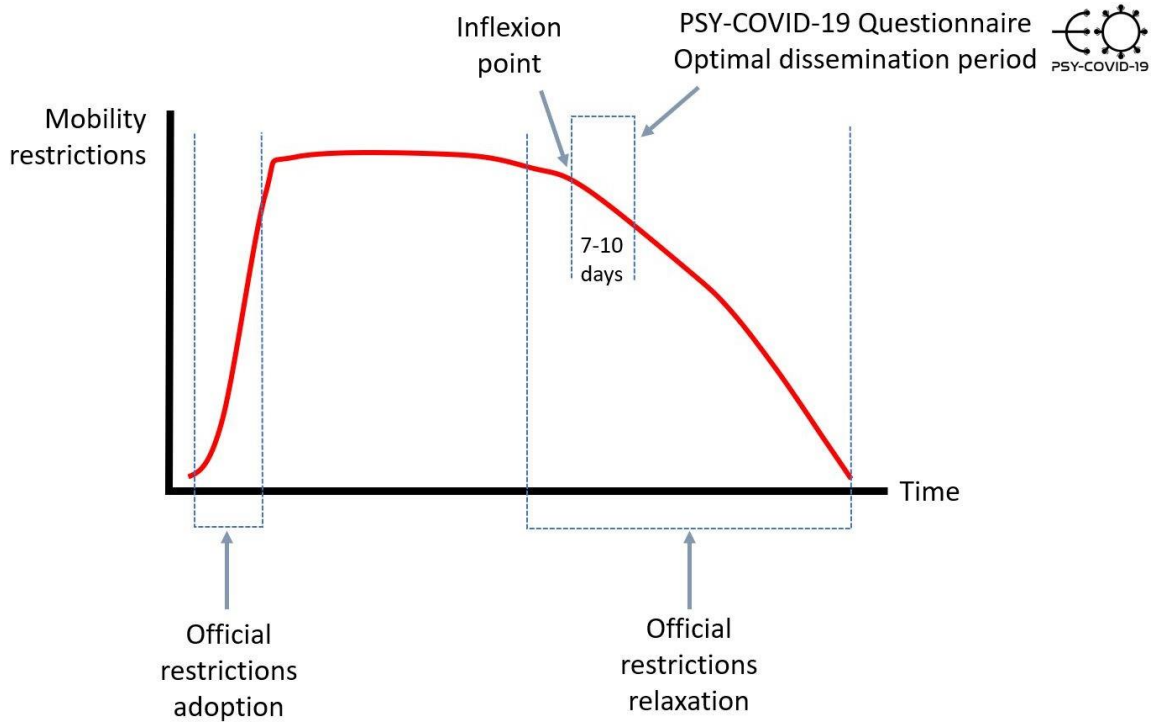
Europa y América. Serán unidades de análisis todos aquellos países en los que sea posible constituir un nodo de país y un equipo de agentes de difusión con la antelación suficiente para evaluar sin sesgos retrospectivos el efecto acumulativo de las medidas de confinamiento y las conductas de prevención del virus SARS-CoV-2. En el momento de solicitar la aprobación de este estudio, los países en los que se dispone de nodo constituido o en fase de constitución son los siguientes:

España

Italia
Portugal
Reino Unido
Croacia
Estonia
Israel
Grecia
México
Puerto Rico
Panamá
Colombia
Ecuador
Chile
Argentina

Tiempo de ejecución del estudio de campo
Mayo/Junio 2020.

Duración del estudio de campo
10 días, estableciéndose un criterio común para todos los países, centrado en el momento de inicio de relajación de medidas sociales (desconfinamiento o situaciones análogas). El criterio común se basa en el "punto de inflexión" desde las principales medidas de restricción de movilidad adoptadas por las respectivas autoridades territoriales y el inicio de la relajación de tales medidas. Por tanto, la fecha de lanzamiento del estudio de campo será específico para cada país.



Variables evaluadas

Se elaborará un cuestionario que recopile información sobre (1) el impacto psicológico ante la pandemia de COVID-19, (2) el cambio conductual experimentado (particularmente en lo referido a la adhesión a conductas de prevención ante el virus SARS-CoV-2), y (3) variables predictoras de ambos conjuntos de efectos. Las variables del estudio corresponden a las siguientes categorías:

- Variables sociodemográficas
- Variables contextuales/ambientales
- Variables afectivas
- Variables cognitivas
- Variables conductuales

Entre los constructos evaluar, se destacan los que aparecen el siguiente listado no exhaustivo:

- Expectativas de autoeficacia y de resultados
- Norma social percibida
- Creencias nucleares
- Percepción de riesgo/vulnerabilidad
- Adhesión a conductas de protección/prevención
- Cambios conductuales experimentados durante restricciones de movilidad
- Trastornos de ansiedad, depresión y somatización
- Resiliencia
- Personalidad

Actores y roles

1. Primer nivel: Equipo de coordinación internacional:
    - Perfil: Investigadores en psicología de la salud
    - Dimensión: 6 personas
    - Funciones:
        - Diseño general del estudio (formulario y estrategias de difusión)
        - Coordinación con los nodos de país
        - Producción científica derivada
2. Segundo nivel: Nodos de país
    - Perfil: Investigadores en ciencias de la salud o en ciencias sociales
    - Dimensión: Recomendable un máximo de 10 personas por nodo
    - Funciones:
        - Validación del formulario y traducción a la/s lengua/s del propio país, de ser necesario.
        - Diseño y seguimiento de la estrategia de difusión en el propio país.
        - Producción científica derivada.
3. Tercer nivel: Agentes de difusión
    - Perfil: Cualquier persona o entidad con una red social suficiente para difundir el formulario.
    - Dimensión: Ilimitada (aquella que sea capaz de crear y gestionar cada nodo de país).
    - Función:
        - Difusión proactiva y planificada del formulario.

Estructura e interrelación de actores

- Primer nivel (equipo de coordinación internacional): Dispone de una persona de coordinación para Europa (salvo España) y Estados Unidos y un coordinador para España y América Latina, que hacen de contacto con los nodos de país mediante el coordinador de cada uno de ellos.
- Segundo nivel (nodos de país): Cada nodo dispone de una persona de coordinación que hace de enlace con el equipo de coordinación internacional.
- Tercer nivel (agentes de difusión): Dependen de cada nodo de país. Se puede crear una estructura de los agentes de difusión si cada nodo de país lo considera necesario.
- Cada nivel toma las decisiones propias de sus funciones y coordina al siguiente nivel.
- Se recomienda que todos los investigadores (primer y segundo nivel) sean también agentes de difusión (tercer nivel), en la medida de su disponibilidad.
- Los nodos de países que comparten una misma lengua de difusión serán coordinados con el fin de realizar la traducción del cuestionario a aquella lengua.

Características generales del cuestionario

- El cuestionario es anónimo y no se recopilan direcciones de correo electrónico u otros datos que pudieran identificar a las personas que lo cumplimenten.
- Se realiza su traducción a todas las lenguas oficiales de los países donde se prevea la difusión.
- Se incorpora el logotipo de las universidades y/o centros de investigación a las que pertenezcan los investigadores del primer y segundo nivel (sometido a la normativa de uso de cada institución).
- Se rige por la legislación de protección de datos de la Unión Europea.
- Se prioriza la evaluación de constructos basada en ítem único, si bien se emplearán las versiones más abreviadas posible de instrumentos de evaluación psicológica validados, cuando ello se considere imprescindible, buscando un compromiso entre fiabilidad y brevedad.
- Se pretende un equilibrio entre cantidad de información obtenida y el tiempo que los participantes en el estudio estén dispuestos a dedicar a la autoadministración del cuestionario.
- Se diseñará el cuestionario con criterios de ergonomía cognitiva, y se harán pruebas de usabilidad previas a la difusión.

Estrategia de difusión

- El contexto del estudio imposibilita una estrategia de muestreo sistemático, con aplicación de criterios de aleatorización, estratificación y etapas. En su lugar, se opta por una etapa única, y una difusión lo más masiva posible, con la identificación de variables sociodemográficas que permitan filtrados y homogeneización a posteriori de la muestra o submuestras que se someterán a las diferentes explotaciones estadísticas, cuando esto sea necesario.
- Partiendo de un listado común de actores de difusión, canales, mensajes y estrategias de difusión proporcionado por el equipo de coordinación general del

estudio, cada nodo de país diseñará, implementará y supervisará de forma autónoma y coordinada su propia estrategia de difusión.

- Se establecerán unos criterios comunes para aumentar la homogeneidad de las muestras de cada país en relación a variables sociodemográficas clave.
- Se establecerá una estrategia de análisis dinámico, de periodicidad diaria, para detectar sesgos sociodemográficos en la
- El siguiente es un listado no exhaustivo de posibles canales de difusión:

Facebook: muro personal, messenger, grupos (psicología, sanidad, autoayuda, neurociencias...), páginas (propias, Universidad, Facultad, centro de investigación, institucionales/gubernamentales...)
Twitter
Instagram
Whatsapp (grupos y canales de difusión)
Telegram (grupos y canales de difusión)
Correo electrónico
Webs/blogs propios e institucionales
Prensa digital: notas de prensa con link a cuestionario

Producción derivada

- Como obra científica colectiva de este estudio, se publicarán la base de datos recopilados y los metadatos asociados en formato de artículo de datos ("*data paper*" o "*data in brief*") en una revista de alto impacto internacional. Todos los investigadores involucrados en el estudio (equipo de coordinación general y nodos de país) figurarán como coautores. Los agentes de difusión serán asimismo censados y constarán en la lista de agradecimientos.
- Como documentos científicotécnicos derivados, se prevé la realización de un resumen ejecutivo por país analizado para ser difundido entre los respectivos gobiernos y las instituciones de salud pública y salud mental respectivas.
- Se prevé asimismo la constitución de alianzas entre los diferentes equipos de investigación involucrados para la explotación de datos y el desarrollo de artículos empíricos de investigación.

Derechos de explotación de los datos

Dado que los datos serán publicados en abierto, cualquier equipo de investigación, previa cita, podrá explotarlos para las obras derivadas que considere pertinentes (artículos empíricos, metaanálisis, resúmenes ejecutivos, etc) a partir del momento de su publicación, que se estima en el segundo semestre de 2020. Los investigadores de los nodos de país tienen acceso pre-publicación a la totalidad de datos del proyecto y tienen el derecho de la explotación de los datos del respectivo país antes de la publicación en abierto para su propia producción científica. Si desean emplear los datos de otros países con anterioridad a la publicación en abierto del "data paper", deberán contar con los nodos de país involucrados y con el equipo de promotores del estudio, que se reserva el derecho de explotación de la totalidad de los datos pre-publicación. En todo caso, se pretende

establecer un espacio de colaboración internacional entre equipos de investigación para conseguir una producción científica de la máxima calidad y del máximo interés para la sociedad.

Valor añadido del estudio

Ante la heterogeneidad de los estudios actualmente en curso acerca del impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19, este estudio propone la dreación una métrica universal que permita comparar personas de diferentes países; se asume, además que cada país es en sí mismo una unidad de análisis.

Este estudio presenta, y tiene como propósitos, diversos elementos diferenciales con otros estudios en curso cuyo diseño y objetivos parecen coincidir con otras iniciativas relacionadas con impacto psicosocial de la pandemia de la COVID-19, con los que presenta diversos grados de solapamiento. Si bien los otros estudios de los que tenemos noticia sobre el impacto psicológico del confinamiento (1) van dirigidos a colectivos específicos, o (2) a impactos específicos, o (3) a predictores específicos, este estudio pretende ser "omnibus". Si los otros estudios en curso, de diseños diversos (longitudinales, prospectivos, transversales) están evaluando el proceso de adaptación a situaciones como el confinamiento, este pretende específicamente evaluar los efectos **acumulativos** de la totalidad de la experiencia, una vez esta haya concluido.

Información a las personas participantes y consentimiento informado

Cuál es el objetivo del estudio PSY-COVID-19

Crear una gran base de datos internacional sobre los efectos psicológicos y el comportamiento de las personas durante la pandemia de COVID-19.

Esa base de datos se pondrá a disposición de toda la comunidad científica y de las autoridades sanitarias, para facilitar la investigación que permita preparar mejor a la población ante futuras crisis sanitarias.

Quién participa en este estudio

Es una colaboración internacional de más de 50 investigadores de 24 universidades de 15 países de Europa y América, promovida por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Colaboran de forma altruista cientos de personas de todo el mundo como agentes de difusión del cuestionario.

Cumplimentación del cuestionario
Este cuestionario es anónimo. Puede contestarlo cualquier persona mayor de 18 años. La participación es voluntaria y puede abandonar su cumplimentación en cualquier momento.
Contestar este cuestionario le supondrá un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos, y puede hacerse desde cualquier dispositivo electrónico (teléfono móvil, tablet o computadora/ordenador). Se le formularán preguntas acerca de cómo ha sobrellevado la pandemia de coronavirus, en particular en relación a las medidas de restricción de movilidad adoptadas por la autoridades del lugar donde reside y en relación a sus acciones para prevenir el contagio del virus.

Protección de datos y ética
Este estudio se basa en una encuesta anónima online, cuenta con la aprobación del Comité Ético de Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autònoma de Barcelona (institución promotora) y se ajusta al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea y a la declaración de Helsinki sobre principios éticos en la investigación con seres humanos.

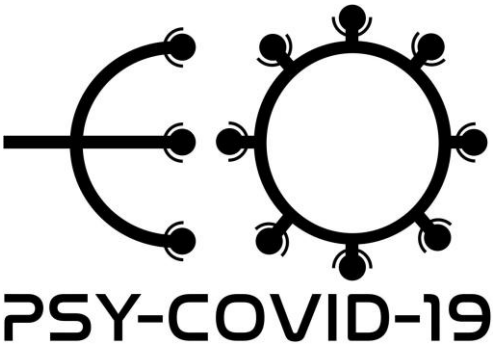
Contacto
Para saber más acerca del estudio, puede contactar con Antoni Sanz, coordinador del proyecto y miembro del Grupo de Investigación en Estrés y Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona: antonio.sanz@uab.cat

Consentimiento informado

Soy mayor de 18 años, he leído en detalle la información proporcionada, acepto las condiciones de participación voluntaria en este estudio y puedo abandonar su cumplimentación en cualquier momento.

Annex (3)

ESTUDIO PSY-COVID. ASPECTOS METODOLÓGICOS



Equipo de coordinación internacional

- Antoni Sanz (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Jordi Méndez (Universitat de Barcelona)
- Corel Mateo (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Albert Feliu (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Juan Pablo Sanabria (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Meritxell Carmona (Universitat Autònoma de Barcelona)

Objetivo principal

PSY-COVID es una iniciativa de investigación internacional con el objetivo de generar una gran base de datos sobre aspectos psicosociales de la pandemia de COVID-19.

En una primera oleada se realizará un estudio de campo con el fin de obtener información sobre impacto de la primera fase de medidas de restricción de movilidad (especialmente el confinamiento) adoptadas en diferentes países en relación a la pandemia de COVID-19 del primer semestre de 2020, así como un análisis de conductas de prevención de la transmisión del virus SARS-CoV-2. Es un estudio lo más extenso posible en 3 aspectos:

- Número de personas participantes.
- Número de países representados.
- Número de variables recopiladas.

Tipo de estudio

Diseño transversal de una sola etapa, basado en la difusión y administración de cuestionario online. No se descartan sucesivas oleadas.

Ámbito geográfico

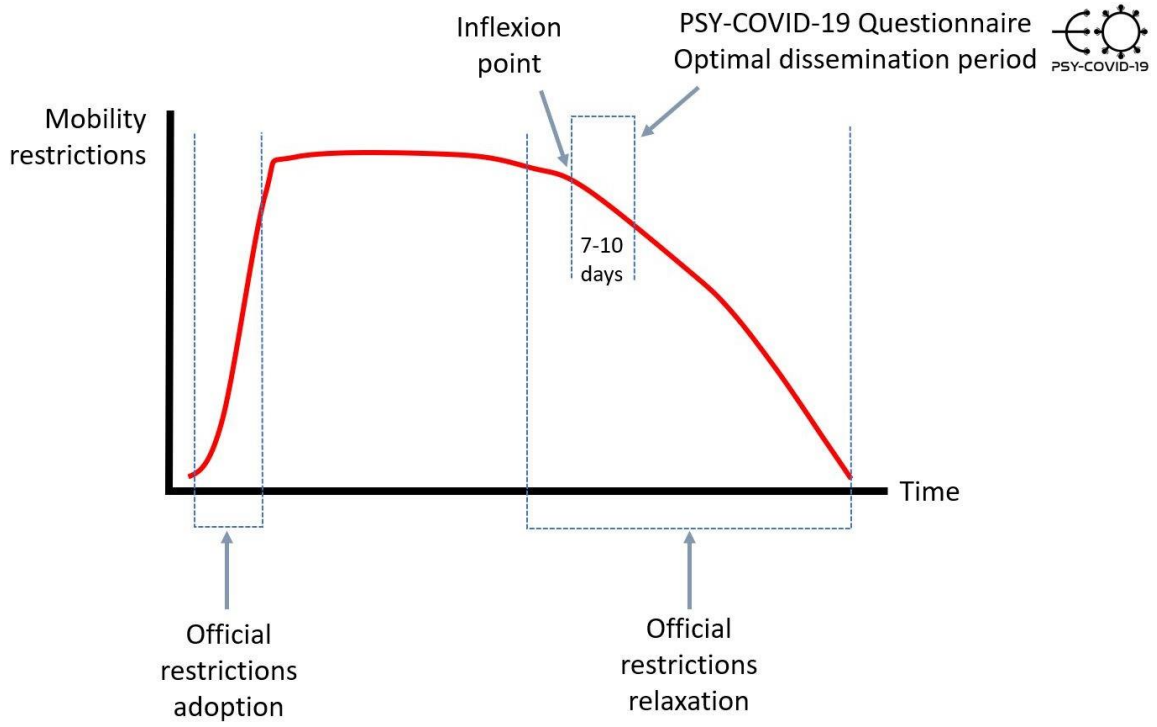
Europa y América. Serán unidades de análisis todos aquellos países en los que sea posible constituir un nodo de país y un equipo de agentes de difusión con la antelación suficiente para evaluar sin sesgos retrospectivos el efecto acumulativo de las medidas de confinamiento y las conductas de prevención del virus SARS-CoV-2. En el momento de solicitar la aprobación de este estudio, los países en los que se dispone de nodo constituido o en fase de constitución son los siguientes:

España

Italia
Portugal
Reino Unido
Croacia
Estonia
Israel
Grecia
México
Puerto Rico
Panamá
Colombia
Ecuador
Chile
Argentina

Tiempo de ejecución del estudio de campo
Mayo/Junio 2020.

Duración del estudio de campo
10 días, estableciéndose un criterio común para todos los países, centrado en el momento de inicio de relajación de medidas sociales (desconfinamiento o situaciones análogas). El criterio común se basa en el "punto de inflexión" desde las principales medidas de restricción de movilidad adoptadas por las respectivas autoridades territoriales y el inicio de la relajación de tales medidas. Por tanto, la fecha de lanzamiento del estudio de campo será específico para cada país.



Variables evaluadas

Se elaborará un cuestionario que recopile información sobre (1) el impacto psicológico ante la pandemia de COVID-19, (2) el cambio conductual experimentado (particularmente en lo referido a la adhesión a conductas de prevención ante el virus SARS-CoV-2), y (3) variables predictoras de ambos conjuntos de efectos. Las variables del estudio corresponden a las siguientes categorías:

- Variables sociodemográficas
- Variables contextuales/ambientales
- Variables afectivas
- Variables cognitivas
- Variables conductuales

Entre los constructos evaluar, se destacan los que aparecen el siguiente listado no exhaustivo:

- Expectativas de autoeficacia y de resultados
- Norma social percibida
- Creencias nucleares
- Percepción de riesgo/vulnerabilidad
- Adhesión a conductas de protección/prevención
- Cambios conductuales experimentados durante restricciones de movilidad
- Trastornos de ansiedad, depresión y somatización
- Resiliencia
- Personalidad

Actores y roles

1. Primer nivel: Equipo de coordinación internacional:
    - Perfil: Investigadores en psicología de la salud
    - Dimensión: 6 personas
    - Funciones:
        - Diseño general del estudio (formulario y estrategias de difusión)
        - Coordinación con los nodos de país
        - Producción científica derivada
2. Segundo nivel: Nodos de país
    - Perfil: Investigadores en ciencias de la salud o en ciencias sociales
    - Dimensión: Recomendable un máximo de 10 personas por nodo
    - Funciones:
        - Validación del formulario y traducción a la/s lengua/s del propio país, de ser necesario.
        - Diseño y seguimiento de la estrategia de difusión en el propio país.
        - Producción científica derivada.
3. Tercer nivel: Agentes de difusión
    - Perfil: Cualquier persona o entidad con una red social suficiente para difundir el formulario.
    - Dimensión: Ilimitada (aquella que sea capaz de crear y gestionar cada nodo de país).
    - Función:
        - Difusión proactiva y planificada del formulario.

Estructura e interrelación de actores

- Primer nivel (equipo de coordinación internacional): Dispone de una persona de coordinación para Europa (salvo España) y Estados Unidos y un coordinador para España y América Latina, que hacen de contacto con los nodos de país mediante el coordinador de cada uno de ellos.
- Segundo nivel (nodos de país): Cada nodo dispone de una persona de coordinación que hace de enlace con el equipo de coordinación internacional.
- Tercer nivel (agentes de difusión): Dependen de cada nodo de país. Se puede crear una estructura de los agentes de difusión si cada nodo de país lo considera necesario.
- Cada nivel toma las decisiones propias de sus funciones y coordina al siguiente nivel.
- Se recomienda que todos los investigadores (primer y segundo nivel) sean también agentes de difusión (tercer nivel), en la medida de su disponibilidad.
- Los nodos de países que comparten una misma lengua de difusión serán coordinados con el fin de realizar la traducción del cuestionario a aquella lengua.

Características generales del cuestionario

- El cuestionario es anónimo y no se recopilan direcciones de correo electrónico u otros datos que pudieran identificar a las personas que lo cumplimenten.
- Se realiza su traducción a todas las lenguas oficiales de los países donde se prevea la difusión.
- Se incorpora el logotipo de las universidades y/o centros de investigación a las que pertenezcan los investigadores del primer y segundo nivel (sometido a la normativa de uso de cada institución).
- Se rige por la legislación de protección de datos de la Unión Europea.
- Se prioriza la evaluación de constructos basada en ítem único, si bien se emplearán las versiones más abreviadas posible de instrumentos de evaluación psicológica validados, cuando ello se considere imprescindible, buscando un compromiso entre fiabilidad y brevedad.
- Se pretende un equilibrio entre cantidad de información obtenida y el tiempo que los participantes en el estudio estén dispuestos a dedicar a la autoadministración del cuestionario.
- Se diseñará el cuestionario con criterios de ergonomía cognitiva, y se harán pruebas de usabilidad previas a la difusión.

Estrategia de difusión

- El contexto del estudio imposibilita una estrategia de muestreo sistemático, con aplicación de criterios de aleatorización, estratificación y etapas. En su lugar, se opta por una etapa única, y una difusión lo más masiva posible, con la identificación de variables sociodemográficas que permitan filtrados y homogeneización a posteriori de la muestra o submuestras que se someterán a las diferentes explotaciones estadísticas, cuando esto sea necesario.
- Partiendo de un listado común de actores de difusión, canales, mensajes y estrategias de difusión proporcionado por el equipo de coordinación general del

estudio, cada nodo de país diseñará, implementará y supervisará de forma autónoma y coordinada su propia estrategia de difusión.

- Se establecerán unos criterios comunes para aumentar la homogeneidad de las muestras de cada país en relación a variables sociodemográficas clave.
- Se establecerá una estrategia de análisis dinámico, de periodicidad diaria, para detectar sesgos sociodemográficos en la
- El siguiente es un listado no exhaustivo de posibles canales de difusión:

Facebook: muro personal, messenger, grupos (psicología, sanidad, autoayuda, neurociencias...), páginas (propias, Universidad, Facultad, centro de investigación, institucionales/gubernamentales...)
Twitter
Instagram
Whatsapp (grupos y canales de difusión)
Telegram (grupos y canales de difusión)
Correo electrónico
Webs/blogs propios e institucionales
Prensa digital: notas de prensa con link a cuestionario

Producción derivada

- Como obra científica colectiva de este estudio, se publicarán la base de datos recopilados y los metadatos asociados en formato de artículo de datos ("*data paper*" o "*data in brief*") en una revista de alto impacto internacional. Todos los investigadores involucrados en el estudio (equipo de coordinación general y nodos de país) figurarán como coautores. Los agentes de difusión serán asimismo censados y constarán en la lista de agradecimientos.
- Como documentos científicotécnicos derivados, se prevé la realización de un resumen ejecutivo por país analizado para ser difundido entre los respectivos gobiernos y las instituciones de salud pública y salud mental respectivas.
- Se prevé asimismo la constitución de alianzas entre los diferentes equipos de investigación involucrados para la explotación de datos y el desarrollo de artículos empíricos de investigación.

Derechos de explotación de los datos

Dado que los datos serán publicados en abierto, cualquier equipo de investigación, previa cita, podrá explotarlos para las obras derivadas que considere pertinentes (artículos empíricos, metaanálisis, resúmenes ejecutivos, etc) a partir del momento de su publicación, que se estima en el segundo semestre de 2020. Los investigadores de los nodos de país tienen acceso pre-publicación a la totalidad de datos del proyecto y tienen el derecho de la explotación de los datos del respectivo país antes de la publicación en abierto para su propia producción científica. Si desean emplear los datos de otros países con anterioridad a la publicación en abierto del "data paper", deberán contar con los nodos de país involucrados y con el equipo de promotores del estudio, que se reserva el derecho de explotación de la totalidad de los datos pre-publicación. En todo caso, se pretende

establecer un espacio de colaboración internacional entre equipos de investigación para conseguir una producción científica de la máxima calidad y del máximo interés para la sociedad.

Valor añadido del estudio

Ante la heterogeneidad de los estudios actualmente en curso acerca del impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19, este estudio propone la dreación una métrica universal que permita comparar personas de diferentes países; se asume, además que cada país es en sí mismo una unidad de análisis.

Este estudio presenta, y tiene como propósitos, diversos elementos diferenciales con otros estudios en curso cuyo diseño y objetivos parecen coincidir con otras iniciativas relacionadas con impacto psicosocial de la pandemia de la COVID-19, con los que presenta diversos grados de solapamiento. Si bien los otros estudios de los que tenemos noticia sobre el impacto psicológico del confinamiento (1) van dirigidos a colectivos específicos, o (2) a impactos específicos, o (3) a predictores específicos, este estudio pretende ser "omnibus". Si los otros estudios en curso, de diseños diversos (longitudinales, prospectivos, transversales) están evaluando el proceso de adaptación a situaciones como el confinamiento, este pretende específicamente evaluar los efectos **acumulativos** de la totalidad de la experiencia, una vez esta haya concluido.

Información a las personas participantes y consentimiento informado

Cuál es el objetivo del estudio PSY-COVID-19

Crear una gran base de datos internacional sobre los efectos psicológicos y el comportamiento de las personas durante la pandemia de COVID-19.

Esa base de datos se pondrá a disposición de toda la comunidad científica y de las autoridades sanitarias, para facilitar la investigación que permita preparar mejor a la población ante futuras crisis sanitarias.

Quién participa en este estudio

Es una colaboración internacional de más de 50 investigadores de 24 universidades de 15 países de Europa y América, promovida por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Colaboran de forma altruista cientos de personas de todo el mundo como agentes de difusión del cuestionario.

Cumplimentación del cuestionario
Este cuestionario es anónimo. Puede contestarlo cualquier persona mayor de 18 años. La participación es voluntaria y puede abandonar su cumplimentación en cualquier momento.
Contestar este cuestionario le supondrá un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos, y puede hacerse desde cualquier dispositivo electrónico (teléfono móvil, tablet o computadora/ordenador). Se le formularán preguntas acerca de cómo ha sobrellevado la pandemia de coronavirus, en particular en relación a las medidas de restricción de movilidad adoptadas por la autoridades del lugar donde reside y en relación a sus acciones para prevenir el contagio del virus.

Protección de datos y ética
Este estudio se basa en una encuesta anónima online, cuenta con la aprobación del Comité Ético de Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autònoma de Barcelona (institución promotora) y se ajusta al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea y a la declaración de Helsinki sobre principios éticos en la investigación con seres humanos.

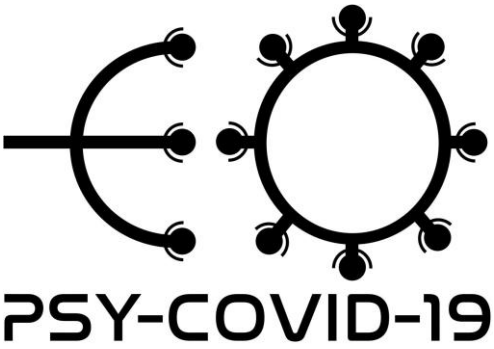
Contacto
Para saber más acerca del estudio, puede contactar con Antoni Sanz, coordinador del proyecto y miembro del Grupo de Investigación en Estrés y Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona: antonio.sanz@uab.cat

Consentimiento informado

Soy mayor de 18 años, he leído en detalle la información proporcionada, acepto las condiciones de participación voluntaria en este estudio y puedo abandonar su cumplimentación en cualquier momento.

Annex (4)

ESTUDIO PSY-COVID. ASPECTOS METODOLÓGICOS



Equipo de coordinación internacional

- Antoni Sanz (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Jordi Méndez (Universitat de Barcelona)
- Corel Mateo (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Albert Feliu (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Juan Pablo Sanabria (Universitat Autònoma de Barcelona)
- Meritxell Carmona (Universitat Autònoma de Barcelona)

Objetivo principal

PSY-COVID es una iniciativa de investigación internacional con el objetivo de generar una gran base de datos sobre aspectos psicosociales de la pandemia de COVID-19.

En una primera oleada se realizará un estudio de campo con el fin de obtener información sobre impacto de la primera fase de medidas de restricción de movilidad (especialmente el confinamiento) adoptadas en diferentes países en relación a la pandemia de COVID-19 del primer semestre de 2020, así como un análisis de conductas de prevención de la transmisión del virus SARS-CoV-2. Es un estudio lo más extenso posible en 3 aspectos:

- Número de personas participantes.
- Número de países representados.
- Número de variables recopiladas.

Tipo de estudio

Diseño transversal de una sola etapa, basado en la difusión y administración de cuestionario online. No se descartan sucesivas oleadas.

Ámbito geográfico

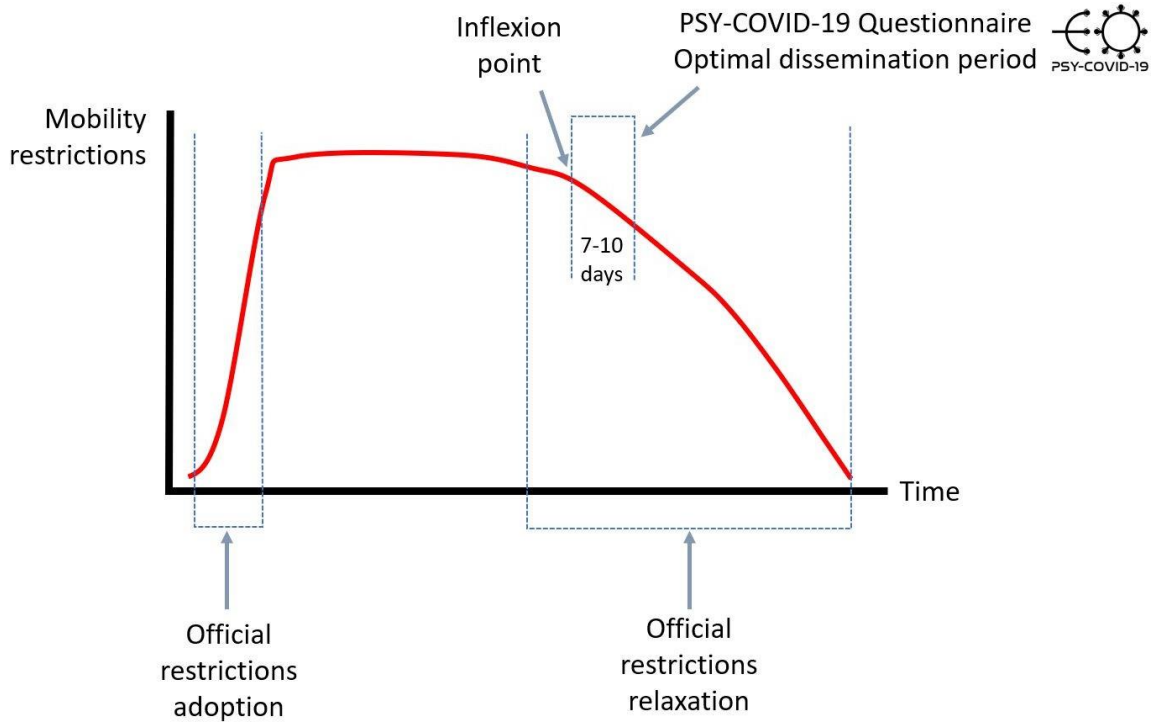
Europa y América. Serán unidades de análisis todos aquellos países en los que sea posible constituir un nodo de país y un equipo de agentes de difusión con la antelación suficiente para evaluar sin sesgos retrospectivos el efecto acumulativo de las medidas de confinamiento y las conductas de prevención del virus SARS-CoV-2. En el momento de solicitar la aprobación de este estudio, los países en los que se dispone de nodo constituido o en fase de constitución son los siguientes:

España

Italia
Portugal
Reino Unido
Croacia
Estonia
Israel
Grecia
México
Puerto Rico
Panamá
Colombia
Ecuador
Chile
Argentina

Tiempo de ejecución del estudio de campo
Mayo/Junio 2020.

Duración del estudio de campo
10 días, estableciéndose un criterio común para todos los países, centrado en el momento de inicio de relajación de medidas sociales (desconfinamiento o situaciones análogas). El criterio común se basa en el "punto de inflexión" desde las principales medidas de restricción de movilidad adoptadas por las respectivas autoridades territoriales y el inicio de la relajación de tales medidas. Por tanto, la fecha de lanzamiento del estudio de campo será específico para cada país.



Variables evaluadas

Se elaborará un cuestionario que recopile información sobre (1) el impacto psicológico ante la pandemia de COVID-19, (2) el cambio conductual experimentado (particularmente en lo referido a la adhesión a conductas de prevención ante el virus SARS-CoV-2), y (3) variables predictoras de ambos conjuntos de efectos. Las variables del estudio corresponden a las siguientes categorías:

- Variables sociodemográficas
- Variables contextuales/ambientales
- Variables afectivas
- Variables cognitivas
- Variables conductuales

Entre los constructos evaluar, se destacan los que aparecen el siguiente listado no exhaustivo:

- Expectativas de autoeficacia y de resultados
- Norma social percibida
- Creencias nucleares
- Percepción de riesgo/vulnerabilidad
- Adhesión a conductas de protección/prevención
- Cambios conductuales experimentados durante restricciones de movilidad
- Trastornos de ansiedad, depresión y somatización
- Resiliencia
- Personalidad

Actores y roles

1. Primer nivel: Equipo de coordinación internacional:
    - Perfil: Investigadores en psicología de la salud
    - Dimensión: 6 personas
    - Funciones:
        - Diseño general del estudio (formulario y estrategias de difusión)
        - Coordinación con los nodos de país
        - Producción científica derivada
2. Segundo nivel: Nodos de país
    - Perfil: Investigadores en ciencias de la salud o en ciencias sociales
    - Dimensión: Recomendable un máximo de 10 personas por nodo
    - Funciones:
        - Validación del formulario y traducción a la/s lengua/s del propio país, de ser necesario.
        - Diseño y seguimiento de la estrategia de difusión en el propio país.
        - Producción científica derivada.
3. Tercer nivel: Agentes de difusión
    - Perfil: Cualquier persona o entidad con una red social suficiente para difundir el formulario.
    - Dimensión: Ilimitada (aquella que sea capaz de crear y gestionar cada nodo de país).
    - Función:
        - Difusión proactiva y planificada del formulario.

Estructura e interrelación de actores

- Primer nivel (equipo de coordinación internacional): Dispone de una persona de coordinación para Europa (salvo España) y Estados Unidos y un coordinador para España y América Latina, que hacen de contacto con los nodos de país mediante el coordinador de cada uno de ellos.
- Segundo nivel (nodos de país): Cada nodo dispone de una persona de coordinación que hace de enlace con el equipo de coordinación internacional.
- Tercer nivel (agentes de difusión): Dependen de cada nodo de país. Se puede crear una estructura de los agentes de difusión si cada nodo de país lo considera necesario.
- Cada nivel toma las decisiones propias de sus funciones y coordina al siguiente nivel.
- Se recomienda que todos los investigadores (primer y segundo nivel) sean también agentes de difusión (tercer nivel), en la medida de su disponibilidad.
- Los nodos de países que comparten una misma lengua de difusión serán coordinados con el fin de realizar la traducción del cuestionario a aquella lengua.

Características generales del cuestionario

- El cuestionario es anónimo y no se recopilan direcciones de correo electrónico u otros datos que pudieran identificar a las personas que lo cumplimenten.
- Se realiza su traducción a todas las lenguas oficiales de los países donde se prevea la difusión.
- Se incorpora el logotipo de las universidades y/o centros de investigación a las que pertenezcan los investigadores del primer y segundo nivel (sometido a la normativa de uso de cada institución).
- Se rige por la legislación de protección de datos de la Unión Europea.
- Se prioriza la evaluación de constructos basada en ítem único, si bien se emplearán las versiones más abreviadas posible de instrumentos de evaluación psicológica validados, cuando ello se considere imprescindible, buscando un compromiso entre fiabilidad y brevedad.
- Se pretende un equilibrio entre cantidad de información obtenida y el tiempo que los participantes en el estudio estén dispuestos a dedicar a la autoadministración del cuestionario.
- Se diseñará el cuestionario con criterios de ergonomía cognitiva, y se harán pruebas de usabilidad previas a la difusión.

Estrategia de difusión

- El contexto del estudio imposibilita una estrategia de muestreo sistemático, con aplicación de criterios de aleatorización, estratificación y etapas. En su lugar, se opta por una etapa única, y una difusión lo más masiva posible, con la identificación de variables sociodemográficas que permitan filtrados y homogeneización a posteriori de la muestra o submuestras que se someterán a las diferentes explotaciones estadísticas, cuando esto sea necesario.
- Partiendo de un listado común de actores de difusión, canales, mensajes y estrategias de difusión proporcionado por el equipo de coordinación general del

estudio, cada nodo de país diseñará, implementará y supervisará de forma autónoma y coordinada su propia estrategia de difusión.

- Se establecerán unos criterios comunes para aumentar la homogeneidad de las muestras de cada país en relación a variables sociodemográficas clave.
- Se establecerá una estrategia de análisis dinámico, de periodicidad diaria, para detectar sesgos sociodemográficos en la
- El siguiente es un listado no exhaustivo de posibles canales de difusión:

Facebook: muro personal, messenger, grupos (psicología, sanidad, autoayuda, neurociencias...), páginas (propias, Universidad, Facultad, centro de investigación, institucionales/gubernamentales...)
Twitter
Instagram
Whatsapp (grupos y canales de difusión)
Telegram (grupos y canales de difusión)
Correo electrónico
Webs/blogs propios e institucionales
Prensa digital: notas de prensa con link a cuestionario

Producción derivada

- Como obra científica colectiva de este estudio, se publicarán la base de datos recopilados y los metadatos asociados en formato de artículo de datos ("*data paper*" o "*data in brief*") en una revista de alto impacto internacional. Todos los investigadores involucrados en el estudio (equipo de coordinación general y nodos de país) figurarán como coautores. Los agentes de difusión serán asimismo censados y constarán en la lista de agradecimientos.
- Como documentos científicotécnicos derivados, se prevé la realización de un resumen ejecutivo por país analizado para ser difundido entre los respectivos gobiernos y las instituciones de salud pública y salud mental respectivas.
- Se prevé asimismo la constitución de alianzas entre los diferentes equipos de investigación involucrados para la explotación de datos y el desarrollo de artículos empíricos de investigación.

Derechos de explotación de los datos

Dado que los datos serán publicados en abierto, cualquier equipo de investigación, previa cita, podrá explotarlos para las obras derivadas que considere pertinentes (artículos empíricos, metaanálisis, resúmenes ejecutivos, etc) a partir del momento de su publicación, que se estima en el segundo semestre de 2020. Los investigadores de los nodos de país tienen acceso pre-publicación a la totalidad de datos del proyecto y tienen el derecho de la explotación de los datos del respectivo país antes de la publicación en abierto para su propia producción científica. Si desean emplear los datos de otros países con anterioridad a la publicación en abierto del "data paper", deberán contar con los nodos de país involucrados y con el equipo de promotores del estudio, que se reserva el derecho de explotación de la totalidad de los datos pre-publicación. En todo caso, se pretende

establecer un espacio de colaboración internacional entre equipos de investigación para conseguir una producción científica de la máxima calidad y del máximo interés para la sociedad.

Valor añadido del estudio

Ante la heterogeneidad de los estudios actualmente en curso acerca del impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19, este estudio propone la dreación una métrica universal que permita comparar personas de diferentes países; se asume, además que cada país es en sí mismo una unidad de análisis.

Este estudio presenta, y tiene como propósitos, diversos elementos diferenciales con otros estudios en curso cuyo diseño y objetivos parecen coincidir con otras iniciativas relacionadas con impacto psicosocial de la pandemia de la COVID-19, con los que presenta diversos grados de solapamiento. Si bien los otros estudios de los que tenemos noticia sobre el impacto psicológico del confinamiento (1) van dirigidos a colectivos específicos, o (2) a impactos específicos, o (3) a predictores específicos, este estudio pretende ser "omnibus". Si los otros estudios en curso, de diseños diversos (longitudinales, prospectivos, transversales) están evaluando el proceso de adaptación a situaciones como el confinamiento, este pretende específicamente evaluar los efectos **acumulativos** de la totalidad de la experiencia, una vez esta haya concluido.

Información a las personas participantes y consentimiento informado

Cuál es el objetivo del estudio PSY-COVID-19

Crear una gran base de datos internacional sobre los efectos psicológicos y el comportamiento de las personas durante la pandemia de COVID-19.

Esa base de datos se pondrá a disposición de toda la comunidad científica y de las autoridades sanitarias, para facilitar la investigación que permita preparar mejor a la población ante futuras crisis sanitarias.

Quién participa en este estudio

Es una colaboración internacional de más de 50 investigadores de 24 universidades de 15 países de Europa y América, promovida por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Colaboran de forma altruista cientos de personas de todo el mundo como agentes de difusión del cuestionario.

Cumplimentación del cuestionario
Este cuestionario es anónimo. Puede contestarlo cualquier persona mayor de 18 años. La participación es voluntaria y puede abandonar su cumplimentación en cualquier momento.
Contestar este cuestionario le supondrá un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos, y puede hacerse desde cualquier dispositivo electrónico (teléfono móvil, tablet o computadora/ordenador). Se le formularán preguntas acerca de cómo ha sobrellevado la pandemia de coronavirus, en particular en relación a las medidas de restricción de movilidad adoptadas por la autoridades del lugar donde reside y en relación a sus acciones para prevenir el contagio del virus.

Protección de datos y ética
Este estudio se basa en una encuesta anónima online, cuenta con la aprobación del Comité Ético de Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autònoma de Barcelona (institución promotora) y se ajusta al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea y a la declaración de Helsinki sobre principios éticos en la investigación con seres humanos.

Contacto
Para saber más acerca del estudio, puede contactar con Antoni Sanz, coordinador del proyecto y miembro del Grupo de Investigación en Estrés y Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona: antonio.sanz@uab.cat

Consentimiento informado

Soy mayor de 18 años, he leído en detalle la información proporcionada, acepto las condiciones de participación voluntaria en este estudio y puedo abandonar su cumplimentación en cualquier momento.

Estudio PSY-COVID

Este es el estudio de universidades de 13 países para conocer los efectos psicosociales de la pandemia de COVID-19 y mejorar la prevención del contagio del coronavirus.

El cuestionario es anónimo y está dirigido a cualquier mayor de 18 años.

Si desea información o contactar con nosotros, puede escribir a este enlace:
https://docs.google.com/document/d/1SGtFJKvRdNMEDNLfT1AZK7MNDeU7_VQGaeHBuuFmMI/copy#heading=h.

* Indica que la pregunta es obligatoria

Tiempo para 10-15 minutos para contestar

1. Consentimiento *

Marca solo un óvalo.

- [ ] Declaro ser mayor de 18 años y acepto las condiciones de participación en el estudio (en caso de menores, este consentimiento debera ser de los padres o tutores legales)

Si contesta desde un teléfono móvil, recomendamos que lo ponga en horizontal. Si responde en vertical, tenga en cuenta que alguna opción de respuesta puede quedar no visible a la derecha de la pantalla, si bien lo podrá consultar pasando el dedo.

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted en las SEMANAS PASADAS, para valorar el impacto del confinamiento en el plano afectivo-sexual.

2. Indique hasta qué punto han cambiado los siguientes aspectos de su vida. *

Marca solo un óvalo por fila.

	Mucho peor	Algo peor	Igual	Algo mejor	Mucho mejor
Actividad física					
Hábitos de sueño					
Alimentación					
Ingresos económicos					
Actividad laboral					
Relaciones con su pareja o su familia					
Relaciones con sus vecinos					
Relaciones con amigos y conocidos					
Pasatiempos (lectura, videojuegos, música, ciencia, etc.)					

3. Indique un qué medida ha experimentado los siguientes cambios durante la pandemia. *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Me he sentido más cercano/a, afectuoso/a o apoyado/a hacia mi pareja				
Me he sentido más rejuvenecido/a (aun mayor en mi caso)				
He descubierto que soy más fuerte de lo que pensaba				
He tenido mayor comprensión de las pruebas cognitivas				
He tenido un mayor apoyo por el valor de mi pareja hija				

4. ¿Cómo se ha adaptado a los cambios en su vida? *

Marca solo un óvalo.

- Muy mal
- Mal
- Ni bien ni mal
- Bien
- Muy bien

5. ¿Cómo ha sido el tiempo a ha pasado tanto o rápido? *

Marca solo un óvalo.

- Muy lento
- Un poco lento
- Igual
- Un poco rápido
- Muy rápido

6. ¿Cuánto tiempo más cree que podrá aguantar las restricciones? *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día más
- Unos días más
- Unas semanas más
- Unos meses más
- Indefinidamente

7. En qué medida ha realizado estas acciones: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Fuerzas, forzar o golpear una mascarilla/hydrocoloe				
Usar guantes				
Lavarse las manos durante al menos 40 segundos				
Evitar tocarse ojos, ojos, boca o nariz				
Acordarse de tomarse la distancia de seguridad con otras personas				
Aguantarse los geles de café de casa				
Pedirle a otras personas que hagan cumplirse de prevención				

9. ¿En qué medida ha seguido las pautas de las autoridades sobre prevención? *

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

10. ¿Con qué frecuencia aconsumido ha salido de casa? *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Una vez al mes
- Una vez cada 15 días
- Una vez a la semana
- Una vez al día

11. ¿Cuántas ha salido de casa en relación a lo que era habitual en usted? *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos
- Algo menos
- Igual
- Algo más
- Mucho más

12. Número de personas con los que ha estado convivendo (además de usted) *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 o más

13. Número de habitaciones de la vivienda *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

14. Marque los elementos que disponía la vivienda

Marca todos los que correspondan.

- Balcón
- Terraza/patio
- Vistas al exterior
- Piscina de comunidad
- Piscina
- Ir_y_2
- Ir_y_3

15. Marque si ha tenido a su cargo personas que dependieran de usted, como:

Marca todos los que correspondan.

- Hijos
- Personas mayores
- Personas con discapacidad

Las siguientes preguntas se refieren a SENTIMIENTOS

16. En qué medida se siente capaz de *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
ساعد بدون أن أرتكاب الخطأ				
Usar guantes				
Lavarse las manos durante al menos 40 segundos				
Evitar tocarse ojos, ojos, boca o nariz				
Acordarse de tomarse la distancia de seguridad con otras personas				
Aguantarse los geles de café de casa				
Pedirle a otras personas que hagan cumplirse de prevención como las indicadas anteriormente				

17. En qué medida cree que le siguiente otras para evitar el contagio de coronavirus *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Fuerzas, forzar o golpear una mascarilla/hydrocoloe				
Usar guantes				
Lavarse las manos durante al menos 40 segundos				
Evitar tocarse ojos, ojos, boca o nariz				
Acordarse de tomarse la distancia de seguridad con otras personas				
Aguantarse los geles de café de casa				
Pedirle a otras personas que hagan cumplirse de prevención como las indicadas anteriormente				

18. En qué medida cree que personas mas cercanas a usted ven útil lo siguiente para evitar el coronavirus. *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Fuerzas, forzar o golpear una mascarilla/hydrocoloe				
Usar guantes				
Lavarse las manos durante al menos 40 segundos				
Evitar tocarse ojos, ojos, boca o nariz				
Acordarse de tomarse la distancia de seguridad con otras personas				
Aguantarse los geles de café de casa				
Pedirle a otras personas que hagan cumplirse de prevención como las indicadas anteriormente				

19. En qué medida considera que lo siguiente dificulta o facilita que usted realice conductas de prevención *

Marca solo un óvalo por fila.

	Me dificulta mucho	Me dificulta algo	Neutro	Me facilita algo	Me facilita mucho
La accesibilidad de mascarillas/hydrocoloe, geles, etc.					
La opinión de personas cercanas a mí acerca de las medidas de prevención					
La información y consejos de las autoridades sanitarias					
La información y consejos de la radio/televisión					
La actitud de familiares y amigos con las que vivo o tengo contacto					

20. Indique el grado de confianza que le han merecido durante la crisis del coronavirus *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Los gobernantes de su país				
Los gobernantes de su región				
Las personas en general				
El personal sanitario / personal de salud				
Científicos				

21. Indique el tiempo al día que dedica a informarse del coronavirus *

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Menos de 1h
- 1h-3h
- 3h o mas

92% del cuestionario completado.

Las siguientes preguntas se refieren a su PROPIA SEXUALIDAD

22. En qué medida tiene la intención de realizar las siguientes acciones: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Fuerzas, forzar o golpear una mascarilla/hydrocoloe				
Usar guantes				
Lavarse las manos durante al menos 40 segundos				
Evitar tocarse ojos, ojos, boca o nariz				
Acordarse de tomarse la distancia de seguridad con otras personas				
Aguantarse los geles de café de casa				
Pedirle a otras personas que hagan cumplirse de prevención como las indicadas anteriormente				

23. ¿Cuál cree que es... *

Marca solo un óvalo por fila.

	Muy bajo	Bajo	Moderado	Grave	Muy grave
La gravedad de los síntomas que usted experimentaría en caso de enfermar en el futuro?					
La gravedad de los síntomas que las personas de su entorno experimentarían en caso de enfermar en el futuro?					

24. En qué medida siente amenazados en el futuro inmediato *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Su empleo o estudios				
Sus ingresos				
Su salud				
Sus relaciones personales				

En las SIETE ÚLTIMAS SEMANAS, indique con qué frecuencia...

25. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

26. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

27. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

28. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

29. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

30. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

31. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

32. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

33. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

34. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

35. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

36. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

37. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

38. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

39. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

40. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

41. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

42. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

43. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

44. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

45. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

46. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

47. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

48. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

49. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

50. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

51. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

52. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

53. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

54. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

55. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

56. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

57. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

58. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

59. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

60. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

61. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

62. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

63. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

64. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

65. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

66. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

67. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

68. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

69. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

70. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

71. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

72. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

73. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

74. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

75. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

76. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse / ánimo				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o tener poca energía				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

77. ¿Ha experimentado * *

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algun día	Más de la mitad de días	Casi todo día
**Poco

Marca solo un óvalo por fila.

	Ningún día	Algún día	Más de la mitad de días	Casi cada día
Dolor de cabeza				
Náuseas o dolor de estómago				
Sensación de falta de aire				
Mareo				
Dolor de muscular				

Cuestionario sobre síntomas de COVID-19 y condiciones médicas para COVID-19 (CCC19-CM)

28. En qué medida se siente capaz de: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Recuperarse después de una enfermedad o afectación				
Adaptarse a los cambios				

29. Indique hasta qué punto las siguientes afirmaciones son aplicables a usted: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me gusta tener mucha gente alrededor					
Tengo mucha auto-disciplina					
Mi primera reacción es cuidar en lo gente					
A menudo me siento tensa o nerviosa					
Me desespero se comunidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza					
En general, soy capaz de comunicar lo que me preocupa					

80% del cuestionario completado.

Información sociodemográfica

30. Indique si pertenece a alguno de estos colectivos (puede marcar más de uno):

Marca todo lo que corresponda.

- Personal sanitario / Personal de la salud
- Personal docente
- Personal de seguridad
- Personas con trastorno de salud mental
- Personas con enfermedad crónica

31. País de residencia durante el periodo de restricciones: *

Marca solo un óvalo.

- Andorra Salta a la pregunta 33
- Argentina Salta a la pregunta 33
- Bolivia Salta a la pregunta 33
- Chile Salta a la pregunta 33
- Colombia Salta a la pregunta 27
- Costa Rica Salta a la pregunta 33
- Cuba Salta a la pregunta 33
- El Salvador Salta a la pregunta 33
- Ecuador Salta a la pregunta 33
- España Salta a la pregunta 32
- Guatemala Salta a la pregunta 33
- Guinea Ecuatorial Salta a la pregunta 33
- Honduras Salta a la pregunta 33
- México Salta a la pregunta 33
- Nicaragua Salta a la pregunta 33
- Panamá Salta a la pregunta 33
- Paraguay Salta a la pregunta 33
- Perú Salta a la pregunta 33
- República Dominicana Salta a la pregunta 33
- Uruguay Salta a la pregunta 33
- Venezuela Salta a la pregunta 33
- Afganistán Salta a la pregunta 42
- Albania Salta a la pregunta 42
- Alemania Salta a la pregunta 42
- Angola Salta a la pregunta 42
- Antigua y Barbuda Salta a la pregunta 42
- Arabia Saudita Salta a la pregunta 42
- Argelia Salta a la pregunta 42
- Armenia Salta a la pregunta 42
- Australia Salta a la pregunta 42
- Austria Salta a la pregunta 42
- Azerbaiyán Salta a la pregunta 42
- Bahamas Salta a la pregunta 42
- Bangladés Salta a la pregunta 42
- Barbados Salta a la pregunta 42
- Belén Salta a la pregunta 42
- Bélgica Salta a la pregunta 42
- Belice Salta a la pregunta 42
- Benín Salta a la pregunta 42
- Bielorrusia Salta a la pregunta 42
- Birmania Salta a la pregunta 42
- Bosnia y Herzegovina Salta a la pregunta 42
- Botsuana Salta a la pregunta 42
- Brasil Salta a la pregunta 42
- Brunéi Salta a la pregunta 42
- Bulgaria Salta a la pregunta 42
- Burkina Faso Salta a la pregunta 42
- Burundi Salta a la pregunta 42
- Bután Salta a la pregunta 42
- Cabo Verde Salta a la pregunta 42
- Camboya Salta a la pregunta 42
- Camerún Salta a la pregunta 42
- Canadá Salta a la pregunta 42
- Catar Salta a la pregunta 42
- Chad Salta a la pregunta 42
- China Salta a la pregunta 42
- Chipre Salta a la pregunta 42
- Ciudad del Vaticano Salta a la pregunta 42
- Comoras Salta a la pregunta 42
- Corea del Norte Salta a la pregunta 42
- Corea del Sur Salta a la pregunta 42
- Costa de Marfil Salta a la pregunta 42
- Croacia Salta a la pregunta 42
- Dinamarca Salta a la pregunta 42
- Dominica Salta a la pregunta 42
- Egipto Salta a la pregunta 42
- El Salvador de Bahía Salta a la pregunta 42
- Eritrea Salta a la pregunta 42
- Eslovaquia Salta a la pregunta 42
- Eslovenia Salta a la pregunta 42
- Estados Unidos Salta a la pregunta 42
- Estonia Salta a la pregunta 42
- Etiopía Salta a la pregunta 42
- Filipinas Salta a la pregunta 42
- Finlandia Salta a la pregunta 42
- Fiyi Salta a la pregunta 42
- Francia Salta a la pregunta 42
- Gabón Salta a la pregunta 42
- Gambia Salta a la pregunta 42
- Georgia Salta a la pregunta 42
- Ghana Salta a la pregunta 42
- Granada Salta a la pregunta 42
- Grecia Salta a la pregunta 42
- Guyana Salta a la pregunta 42
- Guinea Salta a la pregunta 42
- Guinea-Bissau Salta a la pregunta 42
- Haití Salta a la pregunta 42
- Hungría Salta a la pregunta 42
- India Salta a la pregunta 42
- Indonesia Salta a la pregunta 42
- Irak Salta a la pregunta 42
- Irán Salta a la pregunta 42
- Irlanda Salta a la pregunta 42
- Islandia Salta a la pregunta 42
- Islas Marshall Salta a la pregunta 42
- Islas Salomón Salta a la pregunta 42
- Israel Salta a la pregunta 42
- Italia Salta a la pregunta 42
- Jamaica Salta a la pregunta 42
- Japón Salta a la pregunta 42
- Jordania Salta a la pregunta 42
- Kazajistán Salta a la pregunta 42
- Kenia Salta a la pregunta 42
- Kirguistán Salta a la pregunta 42
- Kiribati Salta a la pregunta 42
- Kuwait Salta a la pregunta 42
- Laos Salta a la pregunta 42
- Lesoto Salta a la pregunta 42
- Letonia Salta a la pregunta 42
- Líbano Salta a la pregunta 42
- Liberia Salta a la pregunta 42
- Libia Salta a la pregunta 42
- Liechtenstein Salta a la pregunta 42
- Lituania Salta a la pregunta 42
- Luxemburgo Salta a la pregunta 42
- Macedonia del Norte Salta a la pregunta 42
- Madagascar Salta a la pregunta 42
- Malasia Salta a la pregunta 42
- Malaui Salta a la pregunta 42
- Maldivas Salta a la pregunta 42
- Mali Salta a la pregunta 42
- Malta Salta a la pregunta 42
- Marruecos Salta a la pregunta 42
- Mauricio Salta a la pregunta 42
- Mauritania Salta a la pregunta 42
- Micronesia Salta a la pregunta 42
- Moldavia Salta a la pregunta 42
- Mónaco Salta a la pregunta 42
- Mongolia Salta a la pregunta 42
- Montenegro Salta a la pregunta 42
- Mozambique Salta a la pregunta 42
- Namibia Salta a la pregunta 42
- Nauru Salta a la pregunta 42
- Nepal Salta a la pregunta 42
- Nicaragua Salta a la pregunta 42
- Nigeria Salta a la pregunta 42
- Noruega Salta a la pregunta 42
- Nueva Zelanda Salta a la pregunta 42
- Países Bajos Salta a la pregunta 42
- Palaos Salta a la pregunta 42
- Papúa Nueva Guinea Salta a la pregunta 42
- Polonia Salta a la pregunta 42
- Portugal Salta a la pregunta 42
- Reino Unido Salta a la pregunta 42
- República Centroafricana Salta a la pregunta 42
- República Checa Salta a la pregunta 42
- República del Congo Salta a la pregunta 42
- República Democrática del Congo Salta a la pregunta 42
- Ruanda Salta a la pregunta 42
- Rumanía Salta a la pregunta 42
- Rusia Salta a la pregunta 42
- Samoa Salta a la pregunta 42
- San Cristóbal y Nevis Salta a la pregunta 42
- San Marino Salta a la pregunta 42
- San Vicente y las Granadinas Salta a la pregunta 42
- Santa Lucía Salta a la pregunta 42
- Santo Tomé y Príncipe Salta a la pregunta 42
- Senegal Salta a la pregunta 42
- Serbia Salta a la pregunta 42
- Seychelles Salta a la pregunta 42
- Sierra Leona Salta a la pregunta 42
- Singapur Salta a la pregunta 42
- Siria Salta a la pregunta 42
- Somalia Salta a la pregunta 42
- Sri Lanka Salta a la pregunta 42
- Suazilandia Salta a la pregunta 42
- Sudáfrica Salta a la pregunta 42
- Sudán Salta a la pregunta 42
- Sudán del Sur Salta a la pregunta 42
- Suecia Salta a la pregunta 42
- Suiza Salta a la pregunta 42
- Surinam Salta a la pregunta 42
- Tailandia Salta a la pregunta 42
- Tanzania Salta a la pregunta 42
- Tayikistán Salta a la pregunta 42
- Timor Oriental Salta a la pregunta 42
- Togo Salta a la pregunta 42
- Tonga Salta a la pregunta 42
- Trinidad y Tobago Salta a la pregunta 42
- Túnez Salta a la pregunta 42
- Turkmenistán Salta a la pregunta 42
- Turquía Salta a la pregunta 42
- Tuvalu Salta a la pregunta 42
- Ucrania Salta a la pregunta 42
- Uganda Salta a la pregunta 42
- Uzbekistán Salta a la pregunta 42
- Vanuatu Salta a la pregunta 42
- Vietnam Salta a la pregunta 42
- Yemen Salta a la pregunta 42
- Yibuti Salta a la pregunta 42
- Zambia Salta a la pregunta 42
- Zimbabue Salta a la pregunta 42

Salta a la pregunta 34

32. Comunidad autónoma (España)

Marca solo un óvalo.

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Cantabria
- Castilla y la Mancha
- Castilla y León
- Cataluña
- Comunidad de Madrid
- Comunidad Foral de Navarra
- Comunidad Valenciana
- Islas Baleares / Illes Balears
- Extremadura
- Galicia
- Islas Malloquina
- Islas Canarias
- La Rioja
- Región de Murcia

Salta a la pregunta 34

Cuestionario

33.

Marca solo un óvalo.

- Beni
- Chuquisaca
- Cochabamba
- La Paz
- Oruro
- Pando
- Potosí
- Santa Cruz
- Tarija

Salta a la pregunta 34

34.

Marca solo un óvalo.

- Amazonas
- Anzoátegui
- Apure
- Aragua
- Barinas
- Bolívar
- Carabobo
- Cojedes
- Delta Amacuro
- Falcón
- Guárico
- Lara
- Mérida
- Miranda
- Monagas
- Nueva Esparta
- Portuguesa
- Sucre
- Táchira
- Trujillo
- Vargas
- Yaracuy
- Zulia

Salta a la pregunta 34

Honduras

35.

Marca solo un óvalo.

- Bicoas del Toro
- Colón
- Comayagüela
- Copán
- Cortés
- Gracias
- Intibucá
- Islas de la Bahía
- Juticalpa
- La Ceiba
- La Esperanza
- Lempira
- Ocotepeque
- Olancho
- Puerto Cortés
- Santa Bárbara
- Tegucigalpa
- Valle
- Yoro

Salta a la pregunta 34

México

36.

Marca solo un óvalo.

- Aguascalientes
- Baja California
- Baja California Sur
- Campeche
- Chiapas
- Chihuahua
- Ciudad de México
- Coahuila de Zaragoza
- Colima
- Durango
- Guanajuato
- Guerrero
- Hidalgo
- Jalisco
- México
- Michoacán de Ocampo
- Morelos
- Nayarit
- Nuevo León
- Oaxaca
- Puebla
- Querétaro
- Quintana Roo
- San Luis Potosí
- Sinaloa
- Sonora
- Tabasco
- Tamaulipas
- Tlaxcala
- Veracruz de Ignacio de la Llave
- Yucatán
- Zacatecas

Salta a la pregunta 34

Nicaragua

37.

Marca solo un óvalo.

- Amazonas
- Antiguo
- Atlántico
- Boaco
- Carazo
- Bogotá
- Bolívar
- Boyacá
- Caldas
- Caquetá
- Casanare
- Cauca
- Cesar
- Chocó
- Córdoba
- Cundinamarca
- Guainía
- Guaviare
- Huila
- La Guajira
- Magdalena
- Meta
- Nariño
- Norte de Santander
- Putumayo
- Quindío
- Risaralda
- San Andrés y Providencia
- Santander
- Sucre
- Tolima
- Valle del Cauca
- Vaupés
- Vichada

Salta a la pregunta 34

Paraguay

38.

Marca solo un óvalo.

- Alimentación
- Amambay
- Apurímac
- Arequipa
- Ayacucho
- Cajamarca
- Callao
- Cerro Corá
- Concepción
- Cordillera
- Cusco
- Guairá
- Huancavelica
- Huánuco
- Ica
- Itapúa
- Junín
- La Libertad
- Lambayeque
- Lima
- Loreto
- Madre de Dios
- Misiones
- Moquegua
- Ñeembucú
- Pasco
- Piura
- Puno
- San Martín
- Tacna
- Tumbes
- Ucayali

Salta a la pregunta 34

Perú

39.

Marca solo un óvalo.

- Alto Paraguay
- Alto Paraná
- Amambay
- Apurímac
- Arequipa
- Ayacucho
- Cajamarca
- Callao
- Cerro Corá
- Concepción
- Cordillera
- Cusco
- Guairá
- Huancavelica
- Huánuco
- Ica
- Itapúa
- Junín
- La Libertad
- Lambayeque
- Lima
- Loreto
- Madre de Dios
- Misiones
- Moquegua
- Ñeembucú
- Pasco
- Piura
- Puno
- San Martín
- Tacna
- Tumbes
- Ucayali

Salta a la pregunta 34

Puerto Rico

40.

Marca solo un óvalo.

- Adjuntas
- Aguada
- Aguadilla
- Aguas Buenas
- Aibonito
- Añasco
- Arecibo
- Arroyo
- Barceloneta
- Barranquitas
- Bayamón
- Cabo Rojo
- Caguas
- Camuy
- Canóvanas
- Carolina
- Cataño
- Cayey
- Ceiba
- Ciales
- Cidra
- Coamo
- Comerío
- Corozal
- Culebra
- Dorado
- Fajardo
- Florida
- Guánica
- Guayama
- Guayanilla
- Guaynabo
- Gurabo
- Hatillo
- Hormigueros
- Humacao
- Isabela
- Jayuya
- Juana Díaz
- Juncos
- Lajas
- Lares
- Las Marías
- Las Piedras
- Loíza
- Luquillo
- Manatí
- Maricao
- Maunabo
- Mayagüez
- Moca
- Morovis
- Naguabo
- Naranjito
- Orocovis
- Patillas
- Peñuelas
- Ponce
- Quebradillas
- Rincón
- Río Grande
- Sabana Grande
- Salinas
- San Germán
- San Juan
- San Lorenzo
- San Sebastián
- Santa Isabel
- Toa Alta
- Toa Baja
- Trujillo Alto
- Utuado
- Vega Alta
- Vega Baja
- Vieques
- Villalba
- Yabucoa
- Yauco

Salta a la pregunta 34

República Dominicana

41.

Marca solo un óvalo.

- Azua
- Baoruco
- Barahona
- Dajabón
- Distrito Nacional
- Duarte
- Elías Piña
- El Seibo
- Espaillat
- Hato Mayor
- Hermanas Mirabal
- Independencia
- La Altagracia
- La Romana
- La Vega
- María Trinidad Sánchez
- Monseñor Nouel
- Monte Cristi
- Monte Plata
- Pedernales
- Peravia
- Puerto Plata
- Samaná
- San Cristóbal
- San José de Ocoa
- San Juan
- San Pedro de Macorís
- Sánchez Ramírez
- Santiago
- Santiago Rodríguez
- Santo Domingo
- Valverde

Salta a la pregunta 34

Uruguay

42.

Marca solo un óvalo.

- Artigas
- Canelones
- Cerro Largo
- Colonia
- Durazno
- Flores
- Florida
- Lavalleja
- Maldonado
- Montevideo
- Paysandú
- Río Negro
- Rivera
- Rocha
- Salto
- San José
- Soriano
- Tacuarembó
- Treinta y Tres

Salta a la pregunta 34

Venezuela

43.

Marca solo un óvalo.

- Amazonas
- Anzoátegui
- Apure
- Aragua
- Barinas
- Bolívar
- Carabobo
- Cojedes
- Delta Amacuro
- Falcón
- Guárico
- Lara
- Mérida
- Miranda
- Monagas
- Nueva Esparta
- Portuguesa
- Sucre
- Táchira
- Trujillo
- Vargas
- Yaracuy
- Zulia

Salta a la pregunta 34

Otro país

44.

Marca solo un óvalo.

- Afganistán
- Albania
- Alemania
- Angola
- Antigua y Barbuda
- Arabia Saudita
- Argelia
- Armenia
- Australia
- Austria
- Azerbaiyán
- Bahamas
- Bangladés
- Barbados
- Belén
- Bélgica
- Belice
- Benín
- Bielorrusia
- Birmania
- Bosnia y Herzegovina
- Botsuana
- Brasil
- Brunéi
- Bulgaria
- Burkina Faso
- Burundi
- Bután
- Cabo Verde
- Camboya
- Camerún
- Canadá
- Catar
- Chad
- China
- Chipre
- Ciudad del Vaticano
- Comoras
- Corea del Norte
- Corea del Sur
- Costa de Marfil
- Croacia
- Dinamarca
- Dominica
- Egipto
- El Salvador de Bahía
- Eritrea
- Eslovaquia
- Eslovenia
- Estados Unidos
- Estonia
- Etiopía
- Filipinas
- Finlandia
- Fiyi
- Francia
- Gabón
- Gambia
- Georgia
- Ghana
- Granada
- Grecia
- Guyana
- Guinea
- Guinea-Bissau
- Haití
- Hungría
- India
- Indonesia
- Irak
- Irán
- Irlanda
- Islandia
- Islas Marshall
- Islas Salomón
- Israel
- Italia
- Jamaica
- Japón
- Jordania
- Kazajistán
- Kenia
- Kirguistán
- Kiribati
- Kuwait
- Laos
- Lesoto
- Letonia
- Líbano
- Liberia
- Libia
- Liechtenstein
- Lituania
- Luxemburgo
- Macedonia del Norte
- Madagascar
- Malasia
- Malaui
- Maldivas
- Mali
- Malta
- Marruecos
- Mauricio
- Mauritania
- Micronesia
- Moldavia
- Mónaco
- Mongolia
- Montenegro
- Mozambique
- Namibia
- Nauru
- Nepal
- Nicaragua
- Nigeria
- Noruega
- Nueva Zelanda
- Países Bajos
- Palaos
- Papúa Nueva Guinea
- Polonia
- Portugal
- Reino Unido
- República Centroafricana
- República Checa
- República del Congo
- República Democrática del Congo
- Ruanda
- Rumanía
- Rusia
- Samoa
- San Cristóbal y Nevis
- San Marino
- San Vicente y las Granadinas
- Santa Lucía
- Santo Tomé y Príncipe
- Senegal
- Serbia
- Seychelles
- Sierra Leona
- Singapur
- Siria
- Somalia
- Sri Lanka
- Suazilandia
- Sudáfrica
- Sudán
- Sudán del Sur
- Suecia
- Suiza
- Surinam
- Tailandia
- Tanzania
- Tayikistán
- Timor Oriental
- Togo
- Tonga
- Trinidad y Tobago
- Túnez
- Turkmenistán
- Turquía
- Tuvalu
- Ucrania
- Uganda
- Uzbekistán
- Vanuatu
- Vietnam
- Yemen
- Yibuti
- Zambia
- Zimbabue

Salta a la pregunta 34

Argentina

45.

Marca solo un óvalo.

- Alimentación
- Amambay
- Apurímac
- Arequipa
- Ayacucho
- Cajamarca
- Callao
- Cerro Corá
- Concepción
- Cordillera
- Cusco
- Guairá
- Huancavelica
- Huánuco
- Ica
- Itapúa
- Junín
- La Libertad
- Lambayeque
- Lima
- Loreto
- Madre de Dios
- Misiones
- Moquegua
- Ñeembucú
- Pasco
- Piura
- Puno
- San Martín
- Tacna
- Tumbes
- Ucayali

Salta a la pregunta 34

Bolivia

46.

Marca solo un óvalo.

- Beni
- Chuquisaca
- Cochabamba
- La Paz
- Oruro
- Pando
- Potosí
- Santa Cruz
- Tarija

Salta a la pregunta 34

Chile

47.

Marca solo un óvalo.

- Alimentación
- Amambay
- Apurímac
- Arequipa
- Ayacucho
- Cajamarca
- Callao
- Cerro Corá
- Concepción
- Cordillera
- Cusco
- Guairá
- Huancavelica
- Huánuco
- Ica
- Itapúa
- Junín
- La Libertad
- Lambayeque
- Lima
- Loreto
- Madre de Dios
- Misiones
- Moquegua
- Ñeembucú
- Pasco
- Piura
- Puno
- San Martín
- Tacna
- Tumbes
- Ucayali

Salta a la pregunta 34

Colombia

48.

Marca solo un óvalo.

- Amazonas
- Antiguo
- Atlántico
- Boaco
- Carazo
- Bogotá
- Bolívar
- Boyacá
- Caldas
- Caquetá
- Casanare
- Cauca
- Cesar
- Chocó
- Córdoba
- Cundinamarca
- Guainía
- Guaviare
- Huila
- La Guajira
- Magdalena
- Meta
- Nariño
- Norte de Santander
- Putumayo
- Quindío
- Risaralda
- San Andrés y Providencia
- Santander
- Sucre
- Tolima
- Valle del Cauca
- Vaupés
- Vichada

Salta a la pregunta 34

Ecuador

49.

Marca solo un óvalo.

- Alimentación
- Amambay
- Apurímac
- Arequipa
- Ayacucho
- Cajamarca
- Callao
- Cerro Corá
- Concepción
- Cordillera
- Cusco
- Guairá
- Huancavelica
- Huánuco
- Ica
- Itapúa
- Junín
- La Libertad
- Lambayeque
- Lima
- Loreto
- Madre de Dios
- Misiones
- Moquegua
- Ñeembucú
- Pasco
- Piura
- Puno
- San Martín
- Tacna
- Tumbes
- Ucayali

Salta a la pregunta 34

El Salvador

50.

Marca solo un óvalo.

- Ahuachapán
- Cabañas
- Chalatenango
- Cuscatlán
- La Libertad
- La Paz
- La Unión
- Morazán
- San Miguel
- San Salvador
- San Vicente
- Santa Ana
- Sonsonate
- Usulután

Salta a la pregunta 34

Guatemala

51.

Marca solo un óvalo.

- Alta Verapaz
- Baja Verapaz
- Chimaltenango
- Chiquimula
- El Progreso
- Escuintla
- Guatemala
- Huehuetenango
- Izabal
- Jalapa
- Jutiapa
- Petén
- Quetzaltenango
- Quiché
- Retalhuleu
- Sacatepéquez
- San Marcos
- Santa Rosa
- Sololá
- Suchitepéquez
- Totonicapán
- Zacapa

Salta a la pregunta 34

- Ayacucho
- Cajamarca
- Cusco
- Huancavelica
- Huánuco
- Ica
- Junín
- La Libertad
- Lambayeque
- Lima
- Loreto
- Madre de Dios
- Moquegua
- Pasco
- Piura
- Puno
- San Martín
- Tacna
- Tumbes
- Ucayali

Salta a la pregunta 44

Departamento

39. Marca solo un óvalo.

- Artigas
- Canelones
- Cerro Largo
- Colonia
- Durazno
- Flores
- Florida
- Lavalleja
- Maldonado
- Montevideo
- Paysandú
- Río Negro
- Rivera
- Rocha
- Salto
- San José
- Soriano
- Tacuarembó
- Treinta y Tres

Salta a la pregunta 44

Provincia

40. Marca solo un óvalo.

- Buenos Aires
- Catamarca
- Chaco
- Chubut
- Córdoba
- Corrientes
- Entre Ríos
- Formosa
- Jujuy
- La Pampa
- La Rioja
- Mendoza
- Misiones
- Neuquén
- Río Negro
- Salta
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán

Salta a la pregunta 44

Provincia

41. Marca solo un óvalo.

- Azuay
- Bolívar
- Cañar
- Carchi
- Chimborazo
- Cotopaxi
- El Oro
- Esmeraldas
- Guayas
- Imbabura
- Loja
- Los Ríos
- Manabí
- Morona Santiago
- Napo
- Orellana
- Pastaza
- Pichincha
- Santa Elena
- Santo Domingo de los Tsáchilas
- Sucumbíos
- Tungurahua
- Zamora Chinchipe

Salta a la pregunta 44

Region

42. Marca solo un óvalo.

- Antofagasta
- Araucanía
- Arica y Parinacota
- Atacama
- Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo
- Biobío
- Coquimbo
- Libertador General Bernardo O'Higgins
- Los Lagos
- Los Ríos
- Magallanes y de laAntártica Chilena
- Maule
- Metropolitana de Santiago
- Ñuble
- Tarapacá
- Valparaíso

43. (OPCIONAL) Comuna:

Salta a la pregunta 44

Preguntas sociodemográficas

44. *

Marca solo un óvalo por fila.

	Sin estudios	Primarios/básicos	Secundarios	Universitarios
Nivel de estudios (cursando o cursados)				

45. *

Marca solo un óvalo por fila.

	Bajo	Medio	Alto
Nivel de ingresos:			

46. *

Marca solo un óvalo por fila.

	Femenino	Masculino	Otro
Género			

47. Edad *

Marca solo un óvalo.

- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69
- 70
- 71
- 72
- 73
- 74
- 75
- 76
- 77
- 78
- 79
- 80
- 81
- 82
- 83
- 84
- 85
- 86
- 87
- 88
- 89
- 90
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95
- 96
- 97
- 98
- 99 o más

48. (OPCIONAL) ¿Se ha contagiado usted por coronavirus?

Marca solo un óvalo.

- Con seguridad sí
- Probablemente sí
- Probablemente no
- Con seguridad no

49. (OPCIONAL) ¿Hay alguna persona cercana a usted que haya muerto o padecido de forma grave la enfermedad?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

50. ¿En relación a quedarse o salir de casa, qué prefiere? *

Marca solo un óvalo.

- Quedarme en casa todo lo que pueda
- Quedarme en casa mayoritariamente
- Neutral
- Salir al exterior mayoritariamente
- Salir al exterior todo lo que pueda

51. ¿Por qué medio has recibido este cuestionario? *

Marca solo un óvalo.

- Facebook
- Whatsapp/SMS
- Correo electrónico
- Telegram
- Tik Tok
- Código QR
- Post en una web/blog
- Noticia en prensa digital
- Aula virtual
- Otro

52. (OPCIONAL) Escriba su número de código postal

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
SPAIN	Español 1	7472	17725	934000	2215625	NOT ACTIVE	https://forms.gle/s8sWn7agE77a9Ph79	From: 15/05/2020
	Català	2347		293375			https://forms.gle/EthJHuJSERRdPZCE7	
	Galego	587		73375			https://forms.gle/wHZeDQvM4s8boQteA	
	Euskara	38		4750			https://forms.gle/snUDSLgsxMroCJnw8	
	English	19		2375			https://forms.gle/z2M7RQYTwbBUJACb7	
	Português	0		0			https://forms.gle/sB9uFyEkvaMhR39s9	
	FUB Català	227		28375			https://forms.gle/TPh5tFKyHNooooZ37	
	FUB Español	0		0			https://forms.gle/PmJLcF2aYtX88du67	
	MGS UMH	101		12625			https://forms.gle/N784U1Ng7bbfd8e77	
	FFM SFC Català	0		0			https://forms.gle/yNmcHJNuPhZQ85Am7	
	FFM SFC Español	170		21250			https://forms.gle/EEA9uA3U9BFugfmb9	
	UAB Doc Español	15		1875			https://forms.gle/kq7gKE16EWsTobf86	
	UAB Doc English	13		1625			https://forms.gle/fiPhk59yRvfERMW87	
	UAB Doc Català	84		10500			https://forms.gle/HW9PSjkQjpHta2oe8	
	Com. UAB Español	605		75625			https://forms.gle/woQfpEr6zDkC9UKs6	
	Com. UAB English	60		7500			https://forms.gle/QVPqehipX5smoFwX9	
	Com. UAB Català	2762		345250			https://forms.gle/MKP38rhd4akqtnnt5	
	PSY-COVID sport Español	775		96875			https://forms.gle/jUfpP3FKNrErEvQc8	
	PSY-COVID sport Català	58		7250			https://forms.gle/1tyyB4UbY9Nij1tW6	
	PSY-COVID sport Galego	0		0			https://forms.gle/x4Ac9rByMcJE9qNM6	
	PSY-COVID sport English	0		0			https://forms.gle/PaBLzHQitAKtfQbNA	
	PSY-COVID sport Feddig2008	1		125			https://forms.gle/TaVqPJtfdJbGZLei6	
	PSY-COVID sport AEEB Español	247		30875			https://forms.gle/hw9fhThUFS5VsD526	
	PSY-COVID sport AEEB English	1		125			https://forms.gle/YD7tQbfqnBuCaetK6	
	PSY-COVID sport FEEC Español	0		0			https://forms.gle/ufDfERaDacXcnwKE9	
	PSY-COVID sport FEEC Català	83		10375			https://forms.gle/RUW98B48Yk5MQMhKA	
	PSY-COVID sport PRO F.C. Español	108		13500			https://forms.gle/YbZ4irpXFtaoGH1Y9	

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
	PSY-COVID sport PRO F.C. English	0		0			https://forms.gle/6juCUMn7CFQL5o3KA	
	PSY-COVID sport Fepyc	6		750			https://forms.gle/443uJSsB7G9Qb7E48	
	PSY-COVID sport UFEC Español	0		0			https://forms.gle/oubhcK5ytA6By63o6	
	PSY-COVID sport UFEC Català	22		2750			https://forms.gle/v4b8yQpuDiKraE1G7	
	PSY-COVID sport CAR Español	10		1250			https://forms.gle/jWNfQUU9te1MsgEq8	
	PSY-COVID sport CAR Català	46		5750			https://forms.gle/DmcognbqBgR6NqAfA	
	PSY-COVID sport FEDME	253		31625			https://forms.gle/HA4kch6WNZqshAtX6	
	U. de Deusto Euskara	0		0			https://forms.gle/sA4oi7TEvnUoS2zh8	
	U. de Deusto Español	0		0			https://forms.gle/mTT4TGAbdGWQH9Ao7	
	REDISSEC	0		0			https://forms.gle/mDFVffnG7Tp7PTfQ8	
	PSY-COVID violencia Català	62		7750			https://forms.gle/AG4RrvEXAwvAkMhx5	
	PSY-COVID violencia Español	31		3875			https://forms.gle/EMZzb1aE2A2z9Awo7	
	PSY-COVID dolor Fibrotriare y AS.A.AR	11		1375			https://forms.gle/uuq82QPve95TfTnc8	
	PSY-COVID dolor Español	82		10250			https://forms.gle/57Mkn4meZDTiWDgy7	
	PSY-COVID dolor Català	15		1875			https://forms.gle/DBbrcr4rU2s5mVcU8	
	Español 2	1414		176750			https://forms.gle/NvcrQe2G6PddFdhQA	
PORTUGAL	Português	681	747	85125	93375	**NOT ACTIVE**	https://forms.gle/crBCNrsNvywHEHJu8	**From: 15/05/2020**
	Europacolon	66		8250			https://forms.gle/owuhnkyrtenc4Atk8	
ITALY	Italiano	861	861	107625	107625	**NOT ACTIVE**	https://forms.gle/U4saScE6U4Fr37ZJA	**From: 16/05/2020**
	English	0		0			https://forms.gle/4fwQuN1M25GBsx1z9	
ISRAEL	Español	52	668	6500	83500	**NOT ACTIVE**	https://forms.gle/BfuH96u2CKw6YndU9	**From: 20/05/2020**
	English	195		24375			https://forms.gle/YaSocVkmibyGGsZp7	
	Português	0		0			https://forms.gle/WVmMRQhX2HmZsmiP6	
	Italiano	0		0			https://forms.gle/s1yrZ4iNmMsrXfMb9	
	Français	12		1500			https://forms.gle/c6J6owuzaQNMxG4N6	
	Hebrew	409		51125			https://forms.gle/FqptgCGTizAZ5zEg8	

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
COLOMBIA	U. de Valle	1299	24728	162375	3091000	NOT ACTIVE	https://forms.gle/LTutMGzsjT6ysd7ZA	From: 20/05/2020
	Ágatha	131		16375			https://forms.gle/ZgcKPFi8R5rkH8Br6	
	C. Ansiedad	199		24875			https://forms.gle/tugNZ4ioj3G6NEXg8	
	CES	407		50875			https://forms.gle/w6JAJPzvzceqKZmf6	
	COLPSIC	6558		819750			https://forms.gle/WmP7ZWENurWNG6fN9	
	Infectología Pediátrica	668		83500			https://forms.gle/7qZ8iKc1FmpNUbmX8	
	Mente Creativa	33		4125			https://forms.gle/saT33JkkBZwsD9yXA	
	Ascofapsi	932		116500			https://forms.gle/rvgT7jCKy8BGDufp9	
	Rehabilitación Boyacá	83		10375			https://forms.gle/yKsYk4PnHXPh9ogAA	
	Heartland Alliance	332		41500			https://forms.gle/4iFYwyGPaYW4qz3m6	
	Salud Departamental	43		5375			https://forms.gle/4q2EMdBcLtQc6sUN9	
	Santo Tomás- Tunja	100		12500			https://forms.gle/A29N99xvmrLWYxjQ8	
	Tecnológica A. de Pacífico	79		9875			https://forms.gle/X8MNA9GcJTow97ib6	
	Proyecto TranSer	100		12500			https://forms.gle/HyetKCTB3AeZEh3W7	
	U. Abierta a Distancia	64		8000			https://forms.gle/3ywwMnPgj9hbmFvUA	
	U. Icesi	70		8750			https://forms.gle/9sAcWHDX4BBi1LMF7	
	U. Javeriana	1073		134125			https://forms.gle/QmCEuuYtpogPBzmm9	
	Edu. Departamental e Ints. Eduardo Carranza	135		16875			https://forms.gle/M3FFD8vkQHK1uSCp9	
	General 2	5820		727500			https://forms.gle/zbN1xtQnBwa3gcsPA	
	U. Cooperativa	124		15500			https://forms.gle/XL88j7dkKP7wAxWx7	
	U. Mariana	277		34625			https://forms.gle/7LjsZHoHnQmQRmso7	
	Agentes de difusión	6201		775125			https://forms.gle/BVQQvAZdUxeDWf8j6	
INTERNATIONAL	Español	45	92	5625	11500	NOT ACTIVE	https://forms.gle/5ibjJwZLhLKi3iT19	From: 22/05/2020
	English	39		4875			https://forms.gle/UY8XhHYVrpSzTaDdA	
	Français	2		250			https://forms.gle/6GXeHUchEVhvdGbc6	
	Italiano	6		750			https://forms.gle/avQS2btoYLTQV4Qa6	
	Português	0		0			https://forms.gle/bWirbFXK54cg2XmP8	

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
GREECE	Greek	129	129	16125	16125	NOT ACTIVE	https://forms.gle/j5Anh31hGN55wQkq8	From: 24/05/2020
ESTONIA	Estonian	363	363	45375	45375	NOT ACTIVE	https://forms.gle/atj1JBkTVhrER1rP9	From: 27/05/2020
FRANCE	Français	931	931	116375	116375	NOT ACTIVE	https://forms.gle/dpjozLjGmKVzdghf9	From: 28/05/2020
BELGIUM	Français	228	233	28500	29125	NOT ACTIVE	https://forms.gle/9acVTZmfDfGBTGW76	From: 28/05/2020
	Dutch	5		625			https://forms.gle/D2k1bKLF1P9Ljpfs9	
	Deutsch	0		0			https://forms.gle/aJtRE2BTnpVH7bgW7	
NETHERLANDS	Dutch	15	15	1875	1875	NOT ACTIVE	https://forms.gle/ZzaM2TP4hMadZdj16	From: 09/06/2020
BOLIVIA	Español	2993	6004	374125	558375	NOT ACTIVE	https://forms.gle/NADBQyMcRNwYM9t38	From:01/06/2020
	U. Católica	512		64000			https://forms.gle/gMuBAj53tKgoiiqX9	
	U. La Salle	394		49250			https://forms.gle/gU9KXTvqLrJCAwQY9	
	U. Privada Santa Cruz	568		71000			https://forms.gle/3euCuNWnxuMz5MDF6	
	U. Beni	434		54250			https://forms.gle/UECx5phyeps3NowT9	
	U. Privada Domingo	1103		137875			https://forms.gle/eFFTkPhxFrWELoYc6	
SWITZERLAND	Deutsch (Google)	5	5471	625	683875	NOT ACTIVE	https://forms.gle/5etryG6v6ozsQEKe6	From:18/06/2020
	Italiano (Google)	2		250			https://forms.gle/t9e5ugtShrsLQNBL7	
	Français (Google)	18		2250			https://forms.gle/9hpMhPXeHBEW5vgL7	
	UZH	161		20125				
	Deutsch (Soscisurvey)	3067		383375			bit.ly/3dqSBDC	
	Italiano (Soscisurvey)	900		112500			bit.ly/2BFfvd3	
	Français (Soscisurvey)	1318		164750			bit.ly/2Z6ZEfx	
GERMANY	Deutsch	94	94	11750	11750	NOT ACTIVE	https://forms.gle/CeCj5oK97p6ZxVXh8	From:08/06/2020

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
MEXICO	Español	4353	8104	544125	1013000	NOT ACTIVE	https://forms.gle/rcwVwzCdLDHt7eGi7	From:05/06/2020
	F. Estudios Superiores Iztacala	130		16250			https://forms.gle/AXoDYz4p18nor8Dq6	
	U. A. Aguascalientes	987		123375			https://forms.gle/Hj9PZYrBe7zrAPXx5	
	U. A. Estado de Morelos	144		18000			https://forms.gle/UzYxpynuLSzG7Q9D7	
	U. A. Nayarit	106		13250			https://forms.gle/dbYDHovy9uk59gLAA	
	ITESO	488		61000			https://forms.gle/T9cZTcb5mVy4rZwh6	
	Ragasa Industrias	91		11375			https://forms.gle/WMVNf5YsfCsdsP3y8	
	U. de Monterrey	618		77250			https://forms.gle/J8AcZPYsjVfR6yze8	
	Ins. Felipe Ángeles	18		2250			https://forms.gle/FXg4Pnuc4pfTRH3V7	
	UPAEP	249		31125			https://forms.gle/Ly2dYD2UevukcgVE7	
	UPAEP 2	73		9125			https://forms.gle/FK4oj2UpKjNzXuPW9	
	U. Iberoamericana	316		39500			https://forms.gle/GxUtWHbF7AXqTXVT6	
	U. A. San Luis Potosí	297		37125			https://forms.gle/XirBiZC9n234cS2d6	
	Tecnológica de Monterrey	234		29250			https://forms.gle/PdyHEVbQ1fZ8AgKs7	
RUSSIA / Россия	Russian	75	75	9375	9375	NOT ACTIVE	https://forms.gle/92enS3wofRuirrjZ7	From: 22/06/2020
	Español	6138		767250			https://forms.gle/rKs85nyGXxsTkZhD9	
	PSY-COVID Sport Ecuador	76		9500			https://forms.gle/gqBdy7gCCuDH2mgp9	
	PSY-COVID Sport Unidas por el fútbol	43		5375			https://forms.gle/JhKBL42CsBJ7fHAk7	
	PSY-COVID Sport Manta Fútbol Club	14		1750			https://forms.gle/gPCgCAZawzpBnKFk6	
	PSY-COVID Sport Liga de Quito	75		9375			https://forms.gle/AxC3T4HDzCywEtPSA	
	PSY-COVID Sport Independiente Juniors	10		1250			https://forms.gle/UDsU6bK8fNyTTciN7	
	PSY-COVID Sport Independiente Del Valle	15		1875			https://forms.gle/tmTGFRbhGpDKnLED8	

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
ECUADOR	PSY-COVID Sport Gualaceo Sporting Club	21	7855	2625	981875	NOT ACTIVE	https://forms.gle/y1K2NiqM8XyzDSs48	From:15/06/2020
	PSY-COVID Sport FEDUP	197		24625			https://forms.gle/vFJ1TzABbsHoQEfn8	
	PSY-COVID Sport FEDENADOR	873		109125			https://forms.gle/9uSPJNtrWFTzk5SG8	
	PSY-COVID Sport Estrella Roja	29		3625			https://forms.gle/AQnHWnrtgTLFHkRz6	
	PSY-COVID Sport Dragonas - Independiente Del Valle	19		2375			https://forms.gle/WTvcu6xYU6ZWvh838	
	PSY-COVID Sport Cuenca F.C.	118		14750			https://forms.gle/r9tiNqndMJHbsKnJA	
	PSY-COVID Sport Comité Paralímpico Ecuatoriano	0		0			https://forms.gle/huc82RfhdgiAAfa2A	
	PSY-COVID Sport Comité Olímpico Ecuatoriano	179		22375			https://forms.gle/tXC8HJMoutiC3DLg8	
	PSY-COVID Sport Club Deportivo Macará	18		2250			https://forms.gle/yFg7RdVU7MBMTVw67	
	PSY-COVID Sport Club deportivo Cuenca	6		750			https://forms.gle/HekRtz5azNAH4VqL6	
	PSY-COVID Sport Atenas F.C.	24		3000			https://forms.gle/ptq6Fz9eVTv5e4R56	
	PSY-COVID Sport Club Atlético Santo Domingo	0		0			https://forms.gle/zXv2aToSJvU1qcUZ9	
	PSY-COVID Sport Club Deportivo El Nacional	3		375			https://forms.gle/dZVsEEyTG5CH9mRLA	
	PSY-COVID Sport Club Atlético Porteño	35		4375			https://forms.gle/sW4H2F64G5awX87f6	
	PSY-COVID Sport Liga Deportiva Universidad de Cuenca	4		500			https://forms.gle/7pf55VAZeBh98dDj8	
	PSY-COVID Sport Liga Deportiva Universidad Azuay	4		500			https://forms.gle/5bAiFihRRj7jycTo6	
	Bocas del Toro	44		5500				

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
PANAMÁ	Chiriquí	201	3915	25125	489375	NOT ACTIVE	https://forms.gle/h74jXJwDcbmRy4m97	From 17/06/20
	Coclé	107		13375				
	Colón	124		15500				
	Comarca Emberá-Wounaan	7		875				
	Comarca Kuna Yala	0		0				
	Comarca Ngäbe-Buglé	6		750				
	Darién	33		4125				
	Herrera	98		12250				
	Los Santos	51		6375				
	Panamá	1978		247250				
	Panamá Oeste	286		35750				
	Veraguas	220		27500				
	Resto del mundo	205		25625				
	PSY-COVID-SALUD	555		69375			https://forms.gle/45HMvYkYLeKhG69Y9	
PUERTO RICO	Español	809	809	101125	101125	NOT ACTIVE	https://forms.gle/JQBvXuwDeGV7ESyn8	From: 24/06/2020
NIGERIA	English	678	678	84750	84750	NOT ACTIVE	https://forms.gle/ibxrz4cNqqGrbUhP9	From: 01/07/2020
PERU	Español	557	557	69625	69625	NOT ACTIVE	https://forms.gle/s9Gs4SN813WzS5av8	From: 01/07/2020
	PSY-COVID Sport	0		0			https://forms.gle/hPzzivdQgctF3Ros6	
	Español	946		118250			https://forms.gle/KneijvEzCbYw9KjK9	
	Bienestar	44		5500			https://forms.gle/8swdk29QhVxe96Xs9	
	Agencia Nacional de Vivienda	48		6000			https://forms.gle/Dh5GusLfdnHDHi7LA	
	Psicología Médica	862		107750			https://forms.gle/99D51jyY7N5drQdDA	
	ITP - AUDEF	18		2250			https://forms.gle/4kjeqxNy2p7juHQ8A	
	U. de la República	0		0			https://forms.gle/AcWdQFrcRtm4FyYb9	
	Coordinadora de Psicólogos	4		500			https://forms.gle/MyiSnyjibXNSHsh6A	

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
URUGUAY	Intervinientes	88	2173	11000	271625	NOT ACTIVE	https://forms.gle/bFSBXY6mT3BRcExe7	From:13/07/2020
	Educadores	51		6375			https://forms.gle/Te7zq2QxoWHuTVwF9	
	IUACJ	23		2875			https://forms.gle/QCfBVuhk9SnyrHZt8	
	PSY-COVID Sport Club Malvin	2		250			https://forms.gle/47QgSNYthpP7hsFo7	
	PSY-COVID Sport ITP - AUDEF	5		625			https://forms.gle/2RS2PQSy2vuG8tPy8	
	PSY-COVID Sport MUFP	1		125			https://forms.gle/9tbp9fo9s5qAwALEA	
	PSY-COVID Sport SUPDE	19		2375			https://forms.gle/YXVnnr12gJsK7NcR9	
	PSY-COVID Sport	62		7750			https://forms.gle/hNkVBtrNBKza3Zf87	
ARGENTINA	Español	2025	2462	253125	307750	ACTIVE	https://forms.gle/jwXxi2gu9tNj4wkM9	From:14/07/2020
	Colegio Psic. Neuquén	2		250			https://forms.gle/x37X6DfuAqzcYUQT8	
	Colegio de Psic. Quilmes	63		7875			https://forms.gle/TMSBjFgwaAvmxxNv5	
	Funadación Ainhep	105		13125			https://forms.gle/M6dky3Xe1xSSGBUs9	
	PSY-COVID Sport	20		2500			https://forms.gle/4x66Jo1pEF9TdNaF6	
	PSY-COVID Sport C.A.L	32		4000			https://forms.gle/tdi9Pvutb692xaFK9	
	PSY-COVID Sport C. Pucará	67		8375			https://forms.gle/8zT2A6BaZUAG8QeQA	
	PSY-COVID Sport Doble55	0		0			https://forms.gle/EzWVqp1e62Np3Vyj6	
	PSY-COVID Sport Cipolletti	35		4375			https://forms.gle/HdTuYZNDyGhdUywz6	
	MVG	0		0			https://forms.gle/gnRymuzKzfff4HZ9A	
	Cipolletti	92		11500			https://forms.gle/ceh4beoXQqVyrCLq7	
	MET Group	21		2625			https://forms.gle/vLfEhRnVkoNukLuLA	
COSTA RICA	Español	108	382	13500	28750	NOT ACTIVE	https://forms.gle/fCWzzawooUDu71PK9	From: 29/07/2020
	Federación Costarricensde de Fútbol - Población general	44		5500			https://forms.gle/VxLxXC4JzEeR3L5X8	
	PSY-COVID Sport Federación Costarricense de Fútbol	230		28750			https://forms.gle/A1UUMhzih6j8fGR58	
BRAZIL	População geral	1160	1160	145000	145000	NOT ACTIVE	https://forms.gle/JWTykB4v7mH1Vda77	From: 03/08/2020

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
ZIMBABWE	English	35	35	4375	4375	NOT ACTIVE	https://forms.gle/oFsmptDDjJ1atgDz5	From: 05/08/2020
INDIA	English	203	268	25375	33500	NOT ACTIVE	https://forms.gle/ZLGs2ip34Xhs8ak18	From: 10/08/2020
	Malayalam	65		8125			https://forms.gle/oQ9vfjD3zVz2NXJK9	
IRÁN	English	3	95	375	11875	NOT ACTIVE	https://forms.gle/ikss49cQuUYcRTwi8	From: 13/08/2020
	Persian	92		11500			https://forms.gle/5CdqzgoWWXMNc5mb8	
CHILE	Español	1479	1708	184875	213500	NOT ACTIVE	https://forms.gle/ZTwBDoerx6oV5v6i7	From: 17/08/2020
	PSY-COVID Sport Chile	229		28625			https://forms.gle/RCY1i2Bitbp5uQmJA	
CAMEROON	English	68	68	8500	8500	NOT ACTIVE	https://forms.gle/6p8hN1F2a7SBWKLr6	From: 01/09/2020
	Français	0		0			https://forms.gle/sURm1k2uvQ4sWPCH8	
EL SALVADOR	Español	290	290	36250	36250	ACTIVE	https://forms.gle/ezAi6PCeHgQJVZhD7	From: 11/09/2020

PSY-COVID STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD RESPONDERS	TOTAL WORLD DATA
199	88741	11092625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES

PSY-COVID-2 STUDY DATA COUNTER

PSY-COVID IS AN INTERNATIONAL STUDY ABOUT THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AROUND THE WORLD

TOTAL DATA BASES	TOTAL WORLD	TOTAL WORLD DATA
5	2733	341625

COUNTRY	DATA BASE	NUMBER OF RESPONDERS	TOTAL RESPONDERS BY COUNTRY	DATA BY DATA BASE	TOTAL DATA BY COUNTRY	STATUS	CONTRIBUTE! LINKS TO ANSWER	ACTIVE DATES
SPAIN	Psicologia UAB Català	222	2733	27750	341625	NOT ACTIVE	Restricted	From: 15/06/2021
	Psicologia UAB Castellano	77		9625			Restricted	
	Català	2213		276625			https://forms.gle/tG5WbkqHx4RZNaMT7	
	Castellano	200		25000			https://forms.gle/j6FMBYfofpufK78m8	
	English	21		2625			https://forms.gle/QJKyaHoTAtezn4zHA	

Estudio PSY-COVID-G-SA (segunda ola)

Cuál es el objetivo del estudio PSY-COVID
En el transcurso de 2020 realizamos el estudio PSY-COVID (1ª ola), en el que se valoró la adaptación a corto plazo de las personas a las medidas de restricción implementadas por cada gobierno.
En el presente estudio, PSY-COVID (2ª ola), valoraremos el EFECTO ACUMULATIVO en la salud mental a lo largo de más de un año de restricciones. Los resultados permitirán disponer de una medida precisa sobre el impacto que se ha producido, identificar los colectivos vulnerables para la adopción de medidas en el ámbito de la salud mental y planificar mejores estrategias de salud pública dirigidas a la prevención del contagio del coronavirus.

Quién participa en este estudio
Es una colaboración internacional de más de 80 investigadores de 55 universidades y centros de investigación de 24 países de Europa y América, promovida por el Grupo de Investigación en Estrés y Salud, con el apoyo del Servicio de Psicología y Logopedia y del CORE de Salud Mental de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

Protección de datos y ética
El cuestionario es anónimo y está sujeto al Reglamento Europeo de Protección de Datos.

Contacto
Si desea información o colaborar en este estudio, pulse en este enlace:
https://docs.google.com/document/d/1b5iXFxhZpdNd066O9LiTr1KZKTM5x5vT_Vt2naqH6o4/edit?usp=sharing

* Obligatori

Servei Psicologia i Logopèdia SPL UAB Universitat Autònoma de Barcelona

UAB Universitat Autònoma de Barcelona

CORE SALUT MENTAL

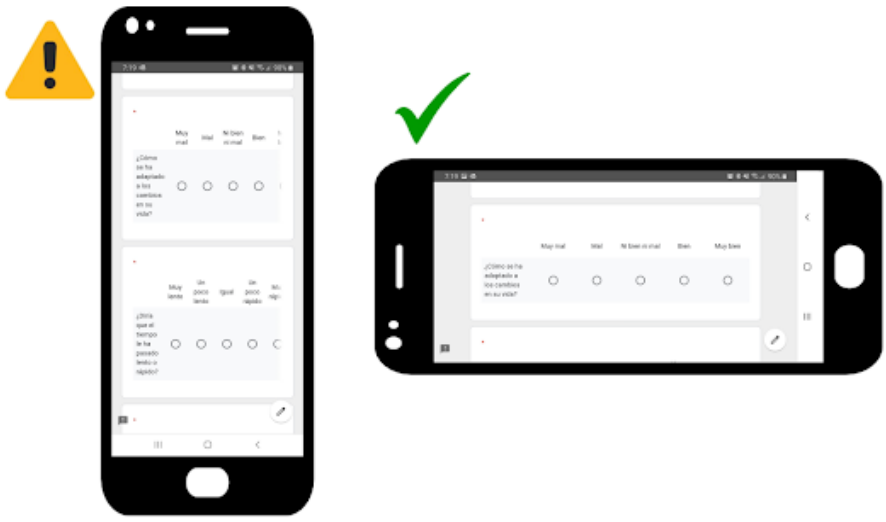
Prevea unos 10-15 minutos para contestar.

1. Consentimiento *

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

☐ Soy mayor de 16 años y acepto las condiciones de participación en el estudio (en caso de menores, este consentimiento deberá ser de los padres o tutores legales)

Si contesta desde un teléfono móvil, recomendamos que lo ponga en horizontal. Si responde en vertical, tenga en cuenta que alguna opción de respuesta puede quedar no visible a la derecha de la pantalla, si bien la podrá consultar pasando el dedo



Las siguientes preguntas se refieren al conjunto de la pandemia desde su inicio, durante el período en el que se han adoptado medidas de RESTRICCIONES DE MOVILIDAD para controlar el contagio del coronavirus en el lugar donde ha vivido

2. Indique hasta qué punto han cambiado los siguientes aspectos de su vida: *

Marqueu només un oval per fila.

	Mucho peor	Algo peor	Igual	Algo mejor	Mucho mejor
Actividad física					
Hábitos de sueño					
Alimentación					
Ingresos económicos					
Actividad laboral					
Relaciones con su pareja o su familia					
Relaciones con sus vecinos					
Relaciones con amigos y conocidos					
Pasatiempos (lectura, videojuegos, música, cocina, etc.)					

3. Indique en qué medida ha experimentado los siguientes cambios: *

Marqueu només un oval per fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Me he sentido más cercano/a, allegado/a a otras personas				
Me he sentido con mayores capacidades para mejorar aspectos de mi vida				
He descubierto que soy más fuerte de lo que pensaba				
He tenido mayor comprensión de los asuntos espirituales				
He tenido un mayor aprecio por el valor de mi propia vida				

4. ¿Cómo se ha adaptado a los cambios en su vida? *

Marqueu només un oval.

- Muy mal
- Mal
- Ni bien ni mal
- Bien
- Muy bien

5. ¿Cómo se han adaptado las personas de su entorno a los cambios en su vida? *

Marqueu només un oval.

- Muy mal
- Mal
- Ni bien ni mal
- Bien
- Muy bien

6. ¿Diría que el tiempo le ha pasado lento o rápido? *

Marqueu només un oval.

- Muy lento
- Un poco lento
- Igual
- Un poco rápido
- Muy rápido

7. ¿Cuánto tiempo más cree que podría aguantar las restricciones? *

Marqueu només un oval.

- Ningún dia más
- Unos días más
- Unas semanas más
- Unos meses más
- Indefinidamente

8. ¿Con qué frecuencia aproximada ha salido de casa? *

Marqueu només un oval.

- Nunca
- Una vez al mes
- Una vez cada 15 días
- Una vez a la semana
- Una vez o más al día

9. ¿Cuánto ha salido de casa en relación a lo que era habitual en usted? *

Marqueu només un oval.

- Mucho menos
- Algo menos
- Igual
- Algo más
- Mucho más

10. ¿Cómo cree que es su estado anímico en relación a cómo era antes de la pandemia? *

Marqueu només un oval.

- Mucho peor
- Algo peor
- Igual
- Algo mejor
- Mucho mejor

11. Indique con qué frecuencia ha empleado las siguientes estrategias para hacer frente a situaciones adversas: *

Marqueu només un oval per fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Centrarme en hacer frente a la adversidad, aunque requiera dejar otras obligaciones de lado				
Beber alcohol o tomar drogas para pensar menos en ello				
Expresar malestar cuando lo siento				
Intentar conseguir apoyo emocional de amigos o familiares				
Negarme a creer que ha sucedido				
Bromear sobre ello				
Buscar la ayuda de Dios				

Las siguientes preguntas se refieren al PRESENTE

12. ¿Realiza actualmente seguimiento psicológico o psiquiátrico? *

Marqueu només un oval.

- ◯ No, no me lo había planteado
- ◯ No, pero me lo estoy planteando
- ◯ Sí, desde antes de la pandemia
- ◯ Sí, desde que comenzó la pandemia

13. Indique el grado de confianza que le han merecido durante la crisis del coronavirus *

Marqueu només un oval per fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Los gobernantes de su país	◯	◯	◯	◯
Los gobernantes de su región	◯	◯	◯	◯
Las personas en general	◯	◯	◯	◯
El personal sanitario / personal de salud	◯	◯	◯	◯
Científicos	◯	◯	◯	◯

14. Indique el tiempo al día que dedica a informarse del coronavirus *

Marqueu només un oval.

- ◯ Nada
- ◯ Menos de 1h
- ◯ 1h-2h
- ◯ 3h o más

15. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones: *

Marqueu només un oval per fila.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El SARS-CoV-2 es un virus creado con fines socioeconómicos	◯	◯	◯	◯	◯
Las restricciones de movilidad impuestas son necesarias	◯	◯	◯	◯	◯
Las medidas de prevención (distancia, lavado de manos, mascarilla, ventilación) son necesarias	◯	◯	◯	◯	◯
Es necesaria la administración de la vacuna a la población	◯	◯	◯	◯	◯
Se está informando bien a la población sobre el virus SARS-CoV-2	◯	◯	◯	◯	◯
El sistema educativo ha sabido adaptarse a los cambios	◯	◯	◯	◯	◯
Existen recursos públicos suficientes para promover una buena salud mental	◯	◯	◯	◯	◯

60% del cuestionario completado

Las siguientes preguntas se refieren a las PRÓXIMAS SEMANAS

16. ¿Cuál cree que es... *

Marqueu només un oval per fila.

	Muy improbable	Improbable	Moderado	Probable	Muy probable
La probabilidad de que usted se contagie en el futuro de coronavirus?					
La probabilidad de las personas de su entorno de contagiarse de coronavirus?					

17. ¿Cuál cree que es... *

Marqueu només un oval per fila.

	Muy leve	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
La gravedad de los síntomas que usted experimentaría en caso de enfermar en el futuro?					
La gravedad de los síntomas que las personas de su entorno experimentarían en caso de enfermar en el futuro?					

18. En qué medida siente amenazados en el futuro inmediato: *

Marqueu només un oval per fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Su empleo o estudios				
Sus ingresos				
Su salud				
Sus relaciones personales				

19. ¿En qué medida está usted de acuerdo en vacunarse? *

Marqueu només un oval.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutro
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

En las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, indique con qué frecuencia...

20. Ha experimentado: *

Marqueu només un oval per fila.

	Ningún día	Algún día	Más de la mitad de días	Casi cada día
Poco interés o placer en hacer cosas				
Decaimiento, depresión o desesperanza				
Nerviosismo o tensión				
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación				
Soledad				

21. Ha experimentado: *

Marqueu només un oval per fila.

	Ningún día	Algún día	Más de la mitad de días	Casi cada día
Dolor de cabeza				
Náusea o dolor de estómago				
Sensación de falta de aire				
Mareo				
Dolor de espalda				

Las siguientes preguntas no se refieren a un momento concreto, sino a CÓMO ES USTED EN GENERAL

22. En qué medida se siente capaz de: *

Marqueu només un oval per fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Recuperarse después de una enfermedad o dificultades				
Adaptarse a los cambios				

23. Indique hasta qué punto las siguientes afirmaciones son aplicables a usted: *

Marqueu només un oval per fila.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me gusta tener mucha gente alrededor					
Tengo mucha auto-disciplina					
Mi primera reacción es confiar en la gente					
A menudo me siento tenso o inquieto/a					
Me despiertan curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza					
En general, soy capaz de conseguir lo que me propongo					

80% del cuestionario completado

Preguntas sociodemográficas

24. Indique si pertenece a alguno de estos colectivos (puede marcar más de uno)

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

- [ ] Personal sanitario / Personal de la salud
- [ ] Personal docente
- [ ] Persona con discapacidad
- [ ] Persona con trastorno de salud mental
- [ ] Persona con enfermedad crónica

25. País de residencia durante el período de restricciones *

Marqueu només un oval.

- Andorra *Ves a la pregunta 38*
- Argentina *Ves a la pregunta 34*
- Bolivia *Ves a la pregunta 27*
- Chile *Ves a la pregunta 36*
- Colombia *Ves a la pregunta 31*
- Costa Rica *Ves a la pregunta 38*
- Cuba *Ves a la pregunta 38*
- Ecuador *Ves a la pregunta 35*
- El Salvador *Ves a la pregunta 38*
- España *Ves a la pregunta 26*
- Guatemala *Ves a la pregunta 38*
- Guinea Ecuatorial *Ves a la pregunta 38*
- Honduras *Ves a la pregunta 38*
- México *Ves a la pregunta 30*
- Nicaragua *Ves a la pregunta 38*
- Panamá *Ves a la pregunta 29*
- Paraguay *Ves a la pregunta 38*
- Perú *Ves a la pregunta 32*
- República Dominicana *Ves a la pregunta 38*
- Uruguay *Ves a la pregunta 33*
- Venezuela *Ves a la pregunta 28*
- Afganistán *Ves a la pregunta 38*
- Albania *Ves a la pregunta 38*
- Alemania *Ves a la pregunta 38*
- Angola *Ves a la pregunta 38*
- Antigua y Barbuda *Ves a la pregunta 38*
- Arabia Saudita *Ves a la pregunta 38*
- Argelia *Ves a la pregunta 38*
- Armenia *Ves a la pregunta 38*
- Australia *Ves a la pregunta 38*
- Austria *Ves a la pregunta 38*
- Azerbaiyán *Ves a la pregunta 38*

- [ ] Azerbaiyán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Bahamas *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Bangladés *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Barbados *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Baréin *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Bélgica *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Belice *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Benín *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Bielorrusia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Birmania *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Bosnia y Herzegovina *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Botsuana *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Brasil *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Brunéi *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Bulgaria *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Burkina Faso *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Burundi *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Bután *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Cabo Verde *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Camboya *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Camerún *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Canadá *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Catar *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Chad *Ves a la pregunta 38*
- [ ] China *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Chipre *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Ciudad del Vaticano *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Comoras *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Corea del Norte *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Corea del Sur *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Costa de Marfil *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Croacia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Dinamarca *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Dominica *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Egipto *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Emiratos Árabes Unidos *Ves a la pregunta 38*

- [ ] Eritrea *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Eslovaquia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Eslovenia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Estados Unidos *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Estonia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Etiopía *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Filipinas *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Finlandia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Fiyi *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Francia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Gabón *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Gambia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Georgia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Ghana *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Granada *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Grecia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Guyana *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Guinea *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Guinea-Bisáu *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Haití *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Hungría *Ves a la pregunta 38*
- [ ] India *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Indonesia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Irak *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Irán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Irlanda *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Islandia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Islas Marshall *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Islas Salomón *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Israel *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Italia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Jamaica *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Japón *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Jordania *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Kazajistán *Ves a la pregunta 38*

- [ ] Kenia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Kirguistán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Kiribati *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Kuwait *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Laos *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Lesoto *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Letonia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Líbano *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Liberia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Libia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Liechtenstein *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Lituania *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Luxemburgo *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Macedonia del Norte *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Madagascar *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Malasia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Malaui *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Maldivas *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Malí *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Malta *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Marruecos *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Mauricio *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Mauritania *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Micronesia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Moldavia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Mónaco *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Mongolia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Montenegro *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Mozambique *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Namibia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Nauru *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Nepal *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Níger *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Nigeria *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Noruega *Ves a la pregunta 38*

- [ ] Nueva Zelanda *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Omán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Países Bajos *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Pakistán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Palaos *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Papúa Nueva Guinea *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Polonia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Portugal *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Reino Unido *Ves a la pregunta 38*
- [ ] República Centroafricana *Ves a la pregunta 38*
- [ ] República Checa *Ves a la pregunta 38*
- [ ] República del Congo *Ves a la pregunta 38*
- [ ] República Democrática del Congo *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Ruanda *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Rumanía *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Rusia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Samoa *Ves a la pregunta 38*
- [ ] San Cristóbal y Nieves *Ves a la pregunta 38*
- [ ] San Marino *Ves a la pregunta 38*
- [ ] San Vicente y las Granadinas *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Santa Lucía *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Santo Tomé y Príncipe *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Senegal *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Serbia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Seychelles *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Sierra Leona *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Singapur *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Siria *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Somalia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Sri Lanka *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Suazilandia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Sudáfrica *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Sudán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Sudán del Sur *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Suecia *Ves a la pregunta 38*

- [ ] Suiza *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Surinam *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Tailandia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Tanzania *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Tayikistán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Timor Oriental *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Togo *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Tonga *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Trinidad y Tobago *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Túnez *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Turkmenistán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Turquía *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Tuvalu *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Ucrania *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Uganda *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Uzbekistán *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Vanuatu *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Vietnam *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Yemen *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Yibuti *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Zambia *Ves a la pregunta 38*
- [ ] Zimbaue *Ves a la pregunta 38*

Ves a la pregunta 38

Comunidad autónoma

26. Comunidad autónoma (España)

Marqueu només un oval.

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Cantabria
- Castilla La-Mancha
- Castilla y León
- Catalunya
- Comunidad de Madrid
- Comunidad Foral de Navarra
- Comunidad Valenciana
- Euskadi / País Vasco
- Extremadura
- Galicia
- Islas Baleares
- Islas Canarias
- La Rioja
- Región de Murcia

Ves a la pregunta 38

Departamento

27.

Marqueu només un oval.

- Beni
- Chuquisaca
- Cochabamba
- La Paz
- Oruro
- Pando
- Potosí
- Santa Cruz
- Tarija

Ves a la pregunta 38

Estado

28.

Marqueu només un oval.

- Amazonas
- Anzoátegui
- Apure
- Aragua
- Barinas
- Bolívar
- Carabobo
- Cojedes
- Delta Amacuro
- Falcón
- Guárico
- Lara
- Mérida
- Miranda
- Monagas
- Nueva Esparta
- Portuguesa
- Sucre
- Táchira
- Trujillo
- Vargas
- Yaracuy
- Zulia

Ves a la pregunta 38

Provincia

29.

Marqueu només un oval.

- Bocas del Toro
- Chiriquí
- Coclé
- Colón
- Darién
- Herrera
- Los Santos
- Panamá
- Panamá Oeste
- Veraguas

Ves a la pregunta 38

Entidad

30.

Marqueu només un oval.

- Aguascalientes
- Baja California
- Baja California Sur
- Campeche
- Chiapas
- Chihuahua
- Ciudad de México
- Coahuila de Zaragoza
- Colima
- Durango
- Guanajuato
- Guerrero
- Hidalgo
- Jalisco
- México
- Michoacán de Ocampo
- Morelos
- Nayarit
- Nuevo León
- Oaxaca
- Puebla
- Querétaro
- Quintana Roo
- San Luis Potosí
- Sinaloa
- Sonora
- Tabasco
- Tamaulipas
- Tlaxcala
- Veracruz de Ignacio de la Llave
- Yucatán
- Zacatecas

Ves a la pregunta 38

Departamento

31.

Marqueu només un oval.

- Amazonas
- Antioquia
- Arauca
- Atlántico
- Bogotá
- Bolívar
- Boyacá
- Caldas
- Caquetá
- Casanare
- Cauca
- Cesar
- Chocó
- Córdoba
- Cundinamarca
- Guainía
- Guaviare
- Huila
- La Guajira
- Magdalena
- Meta
- Nariño
- Norte de Santander
- Putumayo
- Quindío
- Risaralda
- San Andrés y Providencia
- Santander
- Sucre
- Tolima
- Valle del Cauca
- Vaupés
- Vichada

Ninguna

Ves a la pregunta 38

Departamento

32. *Marqueu només un oval.*

- Amazonas
- Áncash
- Apurímac
- Arequipa
- Ayacucho
- Cajamarca
- Cuzco
- Huancavelica
- Huánuco
- Ica
- Junín
- La Libertad
- Lambayeque
- Lima
- Loreto
- Madre de Dios
- Moquegua
- Pasco
- Piura
- Puno
- San Martín
- Tacna
- Tumbes
- Ucayali

Ves a la pregunta 38

Departamento

33.

Marqueu només un oval.

- Artigas
- Canelones
- Cerro Largo
- Colonia
- Durazno
- Flores
- Florida
- Lavalleja
- Maldonado
- Montevideo
- Paysandú
- Río Negro
- Rivera
- Rocha
- Salto
- San José
- Soriano
- Tacuarembó
- Treinta y Tres

Ves a la pregunta 38

Provincia

34.

Marqueu només un oval.

- Buenos Aires
- Catamarca
- Chaco
- Chubut
- Córdoba
- Corrientes
- Entre Ríos
- Formosa
- Jujuy
- La Pampa
- La Rioja
- Mendozara
- Misiones
- Neuquén
- Río Negro
- Salta
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán

Ves a la pregunta 38

Provincia

35.

Marqueu només un oval.

- Azuay
- Bolívar
- Cañar
- Carchi
- Chimborazo
- Cotopaxi
- El Oro
- Esmeraldas
- Guayas
- Imbabura
- Loja
- Los Ríos
- Manabí
- Morona Santiago
- Napo
- Orellana
- Pastaza
- Pichincha
- Santa Elena
- Santo Domingo de los Tsáchilas
- Sucumbíos
- Tungurahua
- Zamora Chinchipe

Ves a la pregunta 38

Región

36.

Marqueu només un oval.

- Antofagasta
- Araucanía
- Arica y Parinacota
- Atacama
- Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo
- Biobío
- Coquimbo
- Libertador General Bernardo O'Higgins
- Los Lagos
- Los Ríos
- Magallanes y de laAntártica Chilena
- Maule
- Metropolitana de Santiago
- Ñuble
- Tarapacá
- Valparaíso

37. (OPCIONAL) Comuna:

_____

Ves a la pregunta 38

Preguntas sociodemográficas

38. *

Marqueu només un oval per fila.

	Sin estudios	Primarios/básicos	Secundarios	Universitarios
Nivel de estudios (cursando o cursados)				

39. *

Marqueu només un oval per fila.

	Bajo	Medio	Alto
Nivel de ingresos:	⬭	⬭	⬭

40. *

Marqueu només un oval per fila.

	Femenino	Masculino	Otro
Género	⬭	⬭	⬭

41. Edad *

Marqueu només un oval.

- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47

- [ ] 48
- [ ] 49
- [ ] 50
- [ ] 51
- [ ] 52
- [ ] 53
- [ ] 54
- [ ] 55
- [ ] 56
- [ ] 57
- [ ] 58
- [ ] 59
- [ ] 60
- [ ] 61
- [ ] 62
- [ ] 63
- [ ] 64
- [ ] 65
- [ ] 66
- [ ] 67
- [ ] 68
- [ ] 69
- [ ] 70
- [ ] 71
- [ ] 72
- [ ] 73
- [ ] 74
- [ ] 75
- [ ] 76
- [ ] 77
- [ ] 78
- [ ] 79
- [ ] 80
- [ ] 81
- [ ] 82

- 83
- 84
- 85
- 86
- 87
- 88
- 89
- 90
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95
- 96
- 97
- 98
- 99 o más

42. (OPCIONAL) ¿Se ha contagiado usted por coronavirus?

Marqueu només un oval.

- Con seguridad sí
- Probablemente sí
- Probablemente no
- Con seguridad no

43. (OPCIONAL) ¿Hay alguna persona cercana a usted que haya muerto o padecido de forma grave la enfermedad?

Marqueu només un oval.

- Sí
- No

44. ¿Pertenece a alguna comunidad universitaria? (OPCIONAL)

Marqueu només un oval.

- Universitat Abat Oliba CEU
- Universitat d'Alacant
- Universitat d'Andorra
- Universitat Autònoma de Barcelona
- Universitat de Barcelona
- Universidad Cardenal Herrera
- Universitat de Girona
- Universitat de les Illes Balears
- Universitat Internacional de Catalunya
- Universitat Jaume I
- Universitat de Lleida
- Universitat Miguel Hernández
- Universitat de Perpinyà Via Domícia
- Universitat Politècnica de Catalunya
- Universitat Oberta de Catalunya
- Universitat Politècnica de València
- Universitat Pompeu Fabra
- Universitat Ramon Llull
- Universitat Rovira i Virgili
- Universitat de Vic- Central de Catalunya
- Otra

45. Si indicó "Otra" en la pregunta anterior, especifique a cuál:

_____

46. Si pertenece a una comunidad universitaria, indique a qué colectivo específico: *

Marqueu només un oval.

- ◯ No pertenezco a la comunidad universitaria *Ves a la pregunta 50*
- ◯ Estudiante
- ◯ Personal Docente e Investigador (PDI) *Ves a la pregunta 50*
- ◯ Personal de Administración y Servicios (PAS) *Ves a la pregunta 50*

Estudiantes

47. Indique qué estudios está cursando actualmente: *

Marqueu només un oval.

- ◯ Grado
- ◯ Máster/Postgrado
- ◯ Doctorado

48. De cada una de las siguientes actividades o situaciones, indique en qué medida le han beneficiado o perjudicado para sobrellevar las adversidades de la pandemia: *

Marqueu només un oval per fila.

	Me ha perjudicado mucho	Me ha perjudicado algo	No me ha perjudicado ni beneficiado	Me ha beneficiado algo	Me ha beneficiado mucho
No poder realizar hobbies habituales					
No poder relacionarme con mis familiares					
No poder relacionarme con mis amigos					
No tener una experiencia universitaria presencial					
Realizar las clases vía online					
Llevar a cabo tareas académicas					
Desempleo o modificación de contrato laboral					
Pérdida o ingreso hospitalario de un ser querido					
Los hábitos de sueño					

Hábitos saludables de alimentación					
Autocuidado básico (ducharse, vestirse con ropa limpia...)					
Informarse sobre la pandemia de COVID-19					
Practicar actividades creativas, como escritura, pintura, música, cocina, bricolaje, etc					
Practicar actividades tecnológicas, como navegar por Internet					
Practicar deporte al aire libre como senderismo, running, montañismo, etc					
Realizar actividades como pasear, sacar al perro, o ir de compras					
Practicar actividades indoor como baile, deportes de equipo					

Usar redes sociales como Instagram, TikTok o Twitter					
Quedar con los amigos para ir de copas, ir a cenar, etc					
Ir a actos culturales como cine, conciertos, teatro					

49. ¿Cree que le serviría de ayuda el uso de una plataforma con protocolos para gestionar sus emociones así como espacios de interacción con profesionales relacionados con la salud mental? *

Marqueu només un oval.

- Sí
- No

Untitled Section

50. ¿Es usted personal de salud trabajando actualmente? *

Marqueu només un oval.

- Sí
- No

Las siguientes preguntas son referidas a su actividad laboral como PERSONAL SANITARIO durante el período de restricciones de movilidad

51. Indique su profesión o grupo de salud al que pertenece actualmente: *

Marqueu només un oval.

- Médico - área medicina general
- Médico especialista - área quirúrgica
- Médico especialista - área no quirúrgica
- Médico residente - área no quirúrgica
- Médico residente - área quirúrgica
- Médico interno - área de medicina
- Médico interno - área odontológica
- Odontología
- Enfermería
- Técnico en enfermería/auxiliar de enfermería
- Personal de laboratorio
- Salud mental
- Personal farmacéutico
- Personal de apoyo (camillero, mantenimiento, servicio de alimentación, etc.)
- Personal de radiología
- Personal de administración

52. Años de trabajo (contando residencia médica si aplica): *

Marqueu només un oval.

- Entre 0 a 5 años
- Entre 6 a 10 años
- Entre 11 a 15 años
- Entre 16 a 20 años
- Más de 20 años

53. Institución en la que brinda atención de salud (seleccione todas las que apliquen) *

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

- [ ] Pública
- [ ] Privada
- [ ] Concertada
- [ ] Otra

54. ¿En qué área de atención de salud trabaja? (seleccione todas las que apliquen) *

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

- [ ] Atención primaria
- [ ] Atención hospitalaria
- [ ] Atención en centros de internamiento (asilos, etc.)
- [ ] Atención en centros penitenciarios
- [ ] Otro

55. ¿Con qué frecuencia en estos lugares o espacios asistenciales desarrolla su trabajo? *

Marqueu només un oval per fila.

	Nada	Poco	Mucho
En contacto directo con pacientes sospechosos de COVID-19	◯	◯	◯
En contacto directo con pacientes positivos de COVID-19	◯	◯	◯
Atención por teletrabajo	◯	◯	◯
Puesto administrativo	◯	◯	◯

Las siguientes preguntas se refieren a las posibles consecuencias sufridas por la pandemia COVID-19

56. Durante la pandemia *

Marqueu només un oval per fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
He tenido pesadillas o pensamientos intrusivos relacionados con la pandemia				
Hago un esfuerzo por no pensar en ello o evito situaciones que me lo recuerdan				
Estoy constantemente pendiente del tema, vigilante o me sobresalto fácilmente				
Me siento adormecido o desvinculado de otras actividades fuera del ámbito laboral o de mi entorno				

57. En relación a los aspectos institucionales y laborales, ¿en qué medida?: *

Marqueu només un oval per fila.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Se ha sentido reconocido/a por su institución				
Se ha sentido cuidado/a por su institución				
Ha creído que necesitaba apoyo psicológico				
Ha considerado que se ha puesto en riesgo de contagio por COVID-19 durante la jornada laboral				
Ha tenido miedo de contagiar a su familia				

58. Indique hasta qué punto las siguientes afirmaciones son aplicables a usted: *

Marqueu només un oval per fila.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Considero que toman en cuenta mis opiniones y comentarios					
Considero que se me comunican aspectos importantes (por ejemplo asuntos que modifican la vida laboral)					
Considero que se me proporciona la información necesaria para desempeñar mis labores					
Considero que las responsabilidades de cada puesto están claramente definidas					
Considero que los superiores o jefes son accesibles y es fácil hablar con ellos					
Considero que la organización se interesa por mi bienestar personal y emocional					
Considero que se me otorga reconocimiento por un trabajo bien desempeñado					

Google no ha creat ni aprovat aquest contingut.

Google Formularis

VARIABLE	ROL DE VARIABLE	ESCALA	ENUNCIADO DE SECCIÓN	ENUNCIADO DE PREGUNTA	ITEM	ETIQUETAS	PREGUNTA GOOGLE	ORIGEN ESCALA	REFERENCIA
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar	**Las siguientes preguntas se refieren al período en el que se han adoptado medidas de RESTRICCIONES DE MOVILIDAD para controlar el contagio del coronavirus en el lugar donde ha vivido**	Indique hasta qué punto han cambiado los siguientes aspectos de su vida:	Actividad física	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Hábitos de sueño	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrículo de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Alimentación	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Ingresos económicos	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Cambios conductuales	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Actividad laboral	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Relaciones con su pareja o su familia	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Relaciones con sus vecinos	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Relaciones con amigos y conocidos	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Pasatiempos (lectura, videojuegos, música, cocina, etc.)	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Crecimiento post-traumático (Relación con los demás)	Salud mental	Ordinal 4		Indique en qué medida ha experimentado los siguientes cambios durante la pandemia:	Me he sentido más cercano/a, allegado/a a otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/26652367_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Crecimiento post-traumático (Nuevas posibilidades)	Salud mental	Ordinal 4			Me he sentido más capacitado/a para mejorar mi vida	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/26652367_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Crecimiento post-traumático (Fuerza personal)	Salud mental	Ordinal 4			He descubierto que soy más fuerte de lo que pensaba	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/26652367_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Crecimiento post-traumático (Cambio espiritual)	Salud mental	Ordinal 4			He tenido mayor comprensión de los asuntos espirituales	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/26652367_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Crecimiento post-traumático (Apreciación por la vida)	Salud mental	Ordinal 4			He tenido un mayor aprecio por el valor de mi propia vida	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/26652367_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			¿Cómo se ha adaptado a los cambios en su vida?	muy mal, mal, ni bien ni mal, bien, muy bien	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Adaptación	Salud mental	Ordinal 5 bipolar			¿Diría que el tiempo le ha pasado lento o rápido?	muy lento, un poco lento, igual, un poco rápido, muy rápido	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud mental	Ordinal 5			¿Cuánto tiempo más cree que podría aguantar bien las restricciones?	Ningún día más, unos días más, unas semanas más, unos meses más, indefinidamente	Opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4		En qué medida ha realizado estas acciones:	Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, un poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
	Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Experiencia conductas de prevención	Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, sobretodo ojos, boca o nariz	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4		¿Por qué motivos ha estado realizando acciones de prevención?	Para evitar contagiarme	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Motivos para la adhesión a las conductas de prevención	Salud pública	Ordinal 4			Para evitar el contagio a otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Para evitar conflictos con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Para evitar problemas legales (multas, detenciones, etc.)	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Adhesión general a conductas de prevención	Salud pública	Ordinal 4			¿En qué medida ha seguido las pautas de las autoridades sobre prevención?	Nada, un poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Nivel de confinamiento	Predictora	Ordinal 5			¿Con qué frecuencia aproximada ha salido de casa?	Nunca, una vez al mes, cada 15 días, una vez a la semana, una vez al día o más	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 5 bipolar			¿Cuánto ha salido de casa en relación a lo que era habitual en usted?	Mucho menos, algo menos, igual, algo más, mucho más	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Razón			Número de personas con las que ha estado conviviendo (además de usted)		Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Contexto de confinamiento	Predictora	Razón			Número de habitaciones de la vivienda		Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Nominal		Marque los elementos que disponía la vivienda	Balcón, terraza/jardín, vistas al exterior, vistas al horizonte		Checklist	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Nominal		Marque si ha tenido a su cargo personas que dependieran de usted, como:	Hijos, personas mayores, personas con discapacidad		Checklist	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4	**Las siguientes preguntas se refieren al PRESENTE:**	En qué medida se siente capaz de	Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
	Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, sobretodo ojos, boca o nariz	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Autoeficacia	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención como las indicadas anteriormente	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4		En qué medida cree que lo siguiente sirve para evitar el contagio de coronavirus:	Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
	Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, sobretodo ojos, boca o nariz	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Expectativas de resultados	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A

VARIABLE	ROL DE VARIABLE	ESCALA	ENUNCIADO DE SECCIÓN	ENUNCIADO DE PREGUNTA	ITEM	ETIQUETAS	PREGUNTA GOOGLE	ORIGEN ESCALA	REFERENCIA
resultados	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención como las indicadas anteriormente	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4		En qué medida cree que su familia o amigos ven útil lo siguiente para evitar el coronavirus:	Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
	Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, sobretodo ojos, boca o nariz	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Norma social subjetiva	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención como las indicadas anteriormente	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 5 bipolar		En qué medida considera que lo siguiente dificulta o facilita que usted realice conductas de prevención:	La accesibilidad de mascarillas/tapabocas, geles, etc.	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 5 bipolar			La actitud de otras personas acerca dede las conductas de prevención	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Barreras/facilitadores conductas prevención	Salud pública	Ordinal 5 bipolar			La información o consejos de las autoridades o expertos	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 5 bipolar			La información o consejos en la redes sociales	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 5 bipolar			La actitud de familiares o amigos con las que vivo o tengo contacto	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 5		Indique el grado de confianza que siente por...	Los gobernantes de su país	Nada, poco, bastante, mucho		Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 5			Los gobernantes de su región	Nada, poco, bastante, mucho		Ad-hoc	N/A
Control delegado	Predictora	Ordinal 5			Las personas en general	Nada, poco, bastante, mucho		Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 5			El personal sanitario	Nada, poco, bastante, mucho		Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 5			Científicos	Nada, poco, bastante, mucho		Ad-hoc	N/A
Nivel de información	Predictora	Ordinal 4			Indique el tiempo al día que dedica a informarse del coronavirus	Nada, Menos de 1h, 1h-2h, 3h o mas	Escala	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4	**Las siguientes preguntas se refieren a las PRÓXIMAS SEMANAS**	En qué medida tiene la intención de realizar las siguientes acciones:	Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poca, bastante, mucha	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, poca, bastante, mucha	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
	Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poca, bastante, mucha	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Intención conductas prevención post-confinamiento	Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, ojos, boca o nariz	Nada, poca, bastante, mucha	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poca, bastante, mucha	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poca, bastante, mucha	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poca, bastante, mucha	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención como las indicadas anteriormente	Nada, poca, bastante, mucha	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Vulnerabilidad a coronavirus	Predictora	Razón 0-100		Cuál cree que es...	La probabilidad de que usted se contagie en el futuro de coronavirus?	Muy improbable, muy probable	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Razón 0-100			La probabilidad de las personas de su entorno de contagiarse de coronavirus?	Muy improbable, muy probable	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Valor incentivo	Predictora	Ordinal 5		Cuál cree que es...	La gravedad de los síntomas que usted experimentaría en caso de enfermar en el futuro?	Muy leve; leve, moderado, grave, muy grave	Escala	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 5			La gravedad de los síntomas que las personas de su entorno experimentarían en caso de enfermar en el futuro?	Muy leve; leve, moderado, grave, muy grave	Escala	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 4		En qué medida siente amenazados en el futuro inmediato:	Su empleo o estudios	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
Amenaza de desconfinamiento	Predictora	Ordinal 4			Sus ingresos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 4			Su salud	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Ordinal 4			Sus relaciones personales	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
Depresión	Salud mental	Ordinal 4	**En las dos últimas semanas, indique con qué frecuencia...**	Ha experimentado:	Poco interés o placer en hacer cosas	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	PHQ2_1	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503270900278X
	Salud mental	Ordinal 4			Decaimiento, depresión o desesperanza	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	PHQ2_2	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503270900278X
Ansiedad	Salud mental	Ordinal 4			Nerviosismo o tensión	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	GAD2_1	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503270900278X
	Salud mental	Ordinal 4			Incacacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	GAD2_2	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503270900278X
Soledad	Salud mental	Ordinal 4			Soledad	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	UCLS loneliness scale	
	Salud mental	Ordinal 4			Dolor de cabeza	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731742
	Salud mental	Ordinal 4			Náusea o dolor de estómago	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731743
Somatización	Salud mental	Ordinal 4			Sensación de falta de aire	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731744
	Salud mental	Ordinal 4			Mareo	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731745
	Salud mental	Ordinal 4			Dolor de espalda	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731746
Resiliencia	Predictora	Ordinal 4	**Las siguientes preguntas no se refieren a un momento concreto, sino a CÓMO ES USTED EN GENERAL:**	En qué medida se siente capaz de:	Recuperarse después de una enfermedad o dificultades	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-2)	http://www.connordavidson-resiliencescale.com/CD-RISC%20Manual%2008-19-18.pdf
	Predictora	Ordinal 4			Adaptarse a los cambios	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-2)	http://www.connordavidson-resiliencescale.com/CD-RISC%20Manual%2008-19-18.pdf

VARIABLE	ROL DE VARIABLE	ESCALA	ENUNCIADO DE SECCIÓN	ENUNCIADO DE PREGUNTA	ITEM	ETIQUETAS	PREGUNTA GOOGLE	ORIGEN ESCALA	REFERENCIA
Personalidad (extraversión)	Predictora	Likert 5		Indique hasta qué punto las siguientes afirmaciones son aplicables a usted:	Me gusta tener mucha gente alrededor	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/28097989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Personalidad (responsabilidad)	Predictora	Likert 5			Tengo mucha auto-disciplina	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/28097989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Personalidad (amabilidad)	Predictora	Likert 5			Mi primera reacción es confiar en la gente	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/28097989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Personalidad (neuroticismo)	Predictora	Likert 5			A menudo me siento tenso o inquieto/a	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/28097989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Personalidad (apertura a la experiencia)	Predictora	Likert 5			Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza (los paisajes, las nubes, ir a museos, etc.)	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/28097989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Competencia percibida	Predictora	Likert 5			En general, soy capaz de conseguir lo que propongo	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Opciones	Escala de competencia percibida (ECP)	https://www.researchgate.net/publication/262684315_Validacion_de_la_escala_de_competencia_personal_de_Wallston_Implicaciones_para_el_estudio_del_estres
Cluster poblacional	Predictora	Nominal	**Preguntas sociodemográficas**		Indique si pertenece a alguno de estos colectivos (puede marcar más de uno)	Personal sanitario, personal docente, persona con diversidad funcional/discapacidad, persona con trastorno salud mental, persona con enfermedad crónica	Checklist (puede no marcarse ninguno)	Ad-hoc	N/A
País	Predictora	Nominal			País de residencia durante el período de restricciones	Según idioma	Opciones	Ad-hoc	N/A
Región	Predictora	Nominal			Región	Según país	Opciones	Ad-hoc	N/A
	Predictora	Nominal			Comuna (SOLO CHILE)	(OPCIONAL) Comuna:	Texto corto	Ad-hoc	N/A
Edad	Predictora	Razón			Nivel de estudios (cursando o cursados)	16- 99 o más	Desplegable de opciones		
Nivel de estudios	Predictora	Ordinal 4			Nivel de ingresos	Sin estudios, primarios/básicos, secundarios, universitarios	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Nivel socioeconómico	Predictora	Ordinal 3			Género	Bajos, medios, altos	Opciones	Ad-hoc	N/A
Género	Predictora	Nominal			Edad	Femenino, masculino, otro	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Contagio coronavirus	Predictora	Ordinal 4	**Las siguientes preguntas se refieren al PASADO: El período en el que se adoptaron medidas de restricción de movilidad para controlar el contagio del coronavirus en el lugar donde ha vivido**		¿Se ha contagiado usted por coronavirus?	Con seguridad sí, probablemente si, probablemente no, con seguridad no	Opciones	Ad-hoc	N/A
		Nominal			¿Hay alguna persona cercana a usted que haya muerto o padecido de forma grave la enfermedad?	Sí/no			
Intención post-confinamiento	Predictora	Ordinal 5	Las siguientes preguntas se refieren al FUTURO: Período en que se espera en que sigan vigentes medidas de prevención del coronavirus		¿En relación a quedarse o salir de casa, qué prefiere?	Quedarme en casa todo lo que pueda, Quedarme en casa mayoritariamente, neutral, Salir al exterior mayoritariamente, salir al exterior todo lo que pueda			
Canal de difusión	Predictora	Nominal	**Preguntas sociodemográficas**		¿Por qué medio has recibido este cuestionario?	Facebook, Twitter, Prensa, etc.			N/A
Código postal					(OPCIONAL) Escriba su número de código postal				

ORIGEN	VARIABLE	ROL DE VARIABLE	ESCALA	ENUNCIADO DE SECCIÓN	ENUNCIADO DE PREGUNTA	ITEM	ETIQUETAS	PREGUNTA GOOGLE	ORIGEN ESCALA	REFERENCIA
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Actividad física	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Hábitos de sueño	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrículo de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Alimentación	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Ingresos económicos	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Cambios conductuales	Salud mental	Ordinal 5 bipolar		Indique hasta qué punto han cambiado los siguientes aspectos de su vida:	Actividad laboral	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Relaciones con su pareja o su familia	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Relaciones con sus vecinos	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Relaciones con amigos y conocidos	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar			Pasatiempos (lectura, videojuegos, música, cocina, etc.)	mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Crecimiento post-traumático (Relación con los demás)	Salud mental	Ordinal 4			Me he sentido más cercano/a, allegado/a a otras personas	nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/266923267_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Primera ola	Crecimiento post-traumático (Nuevas posibilidades)	Salud mental	Ordinal 4			Me he sentido más capacitado/a para mejorar mi vida	nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/266923267_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Primera ola	Crecimiento post-traumático (Fuerza personal)	Salud mental	Ordinal 4		Indique en qué medida ha experimentado los siguientes cambios durante la pandemia:	He descubierto que soy más fuerte de lo que pensaba	nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/266923267_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Primera ola	Crecimiento post-traumático (Cambio espiritual)	Salud mental	Ordinal 4			He tenido mayor comprensión de los asuntos espirituales	nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/266923267_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Primera ola	Crecimiento post-traumático (Apreciación por la vida)	Salud mental	Ordinal 4			He tenido un mayor aprecio por el valor de mi propia vida	nada, poco, bastante, mucho	Opciones	PTGI	https://www.researchgate.net/publication/266923267_A_short_form_of_the_Posttraumatic_Growth_Inventory#fullTextFileContent
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar		¿Cómo se ha adaptado a los cambios en su vida?		muy mal, mal, ni bien ni mal, bien, muy bien	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Adaptación	Salud mental	Ordinal 5 bipolar		¿Cómo se han adaptado las personas de su entorno a los cambios en su vida?		muy mal, mal, ni bien ni mal, bien, muy bien	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5 bipolar		¿Diría que el tiempo le ha pasado lento o rápido?		muy lento, algo de lento, igual, algo de rapido, muy rapido	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud mental	Ordinal 5		¿Cuánto tiempo más cree que podría aguantar bien las restricciones?		Ningún dia más, unos días más, unas semanas más, unos meses más, indefinidamente	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Nivel de confinamiento	Predictora	Ordinal 5		¿Con qué frecuencia aproximada ha salido de casa?		Nunca, una vez al mes, cada 15 días, una vez a la semana, una vez al día o más	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 5 bipolar		¿Cuánto ha salido de casa en relación a lo que era habitual en usted?		Mucho menos, algo menos, igual, algo más, mucho más	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estado anímico antes de la pandemia	Salud mental	Ordinal bipolar 5	Las siguientes preguntas se refieren al período en el que se han adoptado medidas de RESTRICCIONES DE MOVILIDAD para controlar el contagio del coronavirus en el lugar donde ha vivido	¿Cómo cree que es su estado anímico en relación a cómo era antes de la pandemia?		mucho peor, algo peor, igual, algo mejor, mucho mejor	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo y planificación)	Predictora	Ordinal 5		Indique con qué frecuencia ha empleado las siguientes estrategias para hacer hacer frente a las adversidades a lo largo de la pandemia	Centrarme en hacer frente a la adversidad, aunque requiera dejar otras obligaciones de lado	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estrategias de afrontamiento (Consumo de alcohol o drogas)	Predictora	Ordinal 5		Indique con qué frecuencia ha empleado las siguientes estrategias para hacer hacer frente a las adversidades a lo largo de la pandemia	Beber alcohol o tomar drogas para pensar menos en ello.	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estrategias de afrontamiento (ventilación emocional)	Predictora	Ordinal 5		Indique con qué frecuencia ha empleado las siguientes estrategias para hacer hacer frente a las adversidades a lo largo de la pandemia	Expresar malestar cuando lo siento	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estrategias de afrontamiento (apoyo social)	Predictora	Ordinal 5		Indique con qué frecuencia ha empleado las siguientes estrategias para hacer hacer frente a las adversidades a lo largo de la pandemia	Intentar conseguir apoyo emocional de amigos o familiares	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estrategias de afrontamiento (negación)	Predictora	Ordinal 5		Indique con qué frecuencia ha empleado las siguientes estrategias para hacer hacer frente a las adversidades a lo largo de la pandemia	Negarme a creer que ha sucedido.	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estrategias de afrontamiento (humor)	Predictora	Ordinal 5		Indique con qué frecuencia ha empleado las siguientes estrategias para hacer hacer frente a las adversidades a lo largo de la pandemia	Bromear sobre ello	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estrategias de afrontamiento (religión)	Predictora	Ordinal 5		Indique con qué frecuencia ha empleado las siguientes estrategias para hacer hacer frente a las adversidades a lo largo de la pandemia	Buscar la ayuda de Dios	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, un poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Experiencia conductas de prevención	Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, sobretodo ojos, boca o nariz	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4		En qué medida ha realizado estas acciones:	Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Para evitar contagiarme	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Motivos para la adhesión a las conductas de prevención	Salud pública	Ordinal 4		¿Por qué motivos ha estado realizando acciones de prevención?	Para evitar el contagio a otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Para evitar conflictos con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Para evitar problemas legales (multas, detenciones, etc.)	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Adhesión general a conductas de prevención	Salud pública	Ordinal 4			¿En qué medida ha seguido las pautas de las autoridades sobre prevención?	Nada, un poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Razón			Número de personas con las que ha estado conviviendo (además de usted)		Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Contexto de confinamiento	Predictora	Razón			Número de habitaciones de la vivienda		Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Nominal		Marque los elementos que disponía la vivienda	Balcón, terraza/jardín, vistas al exterior, vistas al horizonte		Checklist	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Nominal		Marque si ha tenido a su cargo personas que dependieran de usted, como:	Hijos, personas mayores, personas con discapacidad		Checklist	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, sobretodo ojos, boca o nariz	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Autoeficacia	Salud pública	Ordinal 4		En qué medida se siente capaz de	Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A

ORIGEN	VARIABLE	ROL DE VARIABLE	ESCALA	ENUNCIADO DE SECCIÓN	ENUNCIADO DE PREGUNTA	ITEM	ETIQUETAS	PREGUNTA GOOGLE	ORIGEN ESCALA	REFERENCIA
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención como las indicadas anteriormente	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4		En qué medida cree que lo siguiente sirve para evitar el contagio de coronavirus:	Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, sobretodo ojos, boca o nariz	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Expectativas de resultados	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención como las indicadas anteriormente	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4		En qué medida cree que su familia o amigos ven útil lo siguiente para evitar el coronavirus:	Ponerse, llevar y quitarse una mascarilla/tapabocas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Usar guantes	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Lavarse las manos durante al menos 40 segundos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Evitar tocarse cara, sobretodo ojos, boca o nariz	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Norma social subjetiva	Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Aguantarse las ganas de salir de casa	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 4			Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención como las indicadas anteriormente	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 5 bipolar		En qué medida considera que lo siguiente dificulta o facilita que usted realice conductas de prevención:	La accesibilidad de mascarillas/tapabocas, geles, etc.	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 5 bipolar			La actitud de otras personas acerca dede las conductas de prevención	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Barreras/facilitadores conductas prevención	Salud pública	Ordinal 5 bipolar			La información o consejos de las autoridades o expertos	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 5 bipolar			La información o consejos en la redes sociales	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Salud pública	Ordinal 5 bipolar			La actitud de familiares o amigos con las que vivo o tengo contacto	Me dificulta mucho; me dificulta algo, neutro; me facilita algo; me facilita mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Seguimiento psicológico/psiquiátrico	Salud mental	Dicotómica		¿Realiza actualmente seguimiento psicológico/psiquiátrico?		No, no me lo he planteado; No, pero me lo estoy planteando; Sí, desde antes de la pandemia; Sí, desde que comenzó la pandemia	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 5		Indique el grado de confianza que le han generado los siguientes colectivos durante la crisis del coronavirus	Los gobernantes de su país	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 5			Los gobernantes de su región	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Control delegado	Predictora	Ordinal 5			Las personas en general	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 5			El personal sanitario	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 5			Científicos	Nada, poco, bastante, mucho	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Nivel de información	Predictora	Ordinal 4		Indique el tiempo al día que dedica a informarse del coronavirus		Nada, Menos de 1h, 1h-2h, 3h o mas	Escala	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Actitudes	Predictora	Likert 5 puntos		Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:	El SARS-CoV-2 es un virus creado con fines socioeconómicos	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Actitudes	Predictora	Likert 5 puntos			Las restricciones de movilidad impuestas son necesarias	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Actitudes	Predictora	Likert 5 puntos			Las medidas de prevención (distancia, lavado de manos, mascarilla, ventilación) son necesarias	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Actitudes	Predictora	Likert 5 puntos			Es necesaria la administración de la vacuna a la población	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Actitudes	Predictora	Likert 5 puntos			Se está informando bien a la población sobre el virus SARS-CoV-2	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Actitudes	Predictora	Likert 5 puntos			El sistema educativo ha sabido adaptarse a los cambios	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Opinión	Predictora	Likert 5 puntos			Existen recursos públicos suficientes para promover una buena salud mental	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Motivos de vacunación	Prevención de coronavirus	Ordinal 5		En qué medida se siente identificado con los siguientes motivos para vacunarse:	Para evitar contagiarme	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola						Para evitar contagiar a otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola						Para evitar conflictos con otras personas	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola						Para recuperar actividades como el trabajo, la cultura, el ocio, etc.	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Intención de vacunación	Prevención de coronavirus	Likert 5 puntos		¿En qué medida está usted de acuerdo en vacunarse?		Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Intención de vacunación	Prevención de coronavirus	Ordinal 5		¿Se ha vacunado?		No, y no tengo previsto vacunarme; No, pero tengo previsto vacunarme; Sí, aunque no he recibido la pauta completa; Sí, con la pauta completa; Sí, además con la dosis de refuerzo	Opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Intención de vacunación	Prevención de coronavirus	Ordinal 5		A partir del momento en que usted tuvo la opción de vacunarse, cuándo tomó la decisión de tramitar su vacunación		Inmediatamente, Demoré en tomar la decisión unos días, Demoré en tomar la decisión unas semanas, Demoré en tomar la decisión unos meses, No me he vacunado	Opciones	Teoría de Difusión de Innovaciones	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56922014000300018
Primera ola	Vulnerabilidad a coronavirus	Predictora	Razón 0-100	Las siguientes preguntas se refieren al FUTURO	Cuál cree que es...	La probabilidad de que usted se contagie en el futuro de coronavirus?	Muy improbable, improbable, moderada, probable, muy probable	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Razón 0-100			La probabilidad de las personas de su entorno de contagiarse de coronavirus?	Muy improbable, improbable, moderada, probable, muy probable	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Valor incentivo	Predictora	Ordinal 5		Cuál cree que es...	La gravedad de los síntomas que usted experimentaría en caso de enfermar en el futuro?	Muy leve; leve, moderado, grave, muy grave	Escala	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 5			La gravedad de los síntomas que las personas de su entorno experimentarían en caso de enfermar en el futuro?	Muy leve; leve, moderado, grave, muy grave	Escala	Ad-hoc	N/A
Segunda ola		Predictora	Ordinal 5		Cuál cree que es...	La gravedad de los posibles efectos secundarios que usted experimentaría en caso de vacunarse/volver a vacunarse en el futuro?	Muy leve; leve, moderado, grave, muy grave	Escala	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Amenaza de desconfinamiento	Predictora	Ordinal 4		En qué medida siente amenazados en el futuro inmediato:	Su empleo o estudios	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 4			Sus ingresos	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 4			Su salud	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Ordinal 4			Sus relaciones personales	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Depresión	Salud mental	Ordinal 4			Poco interés o placer en hacer cosas	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	PHQ2_1	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032709002785
Primera ola		Salud mental	Ordinal 4			Decaimiento, depresión o desesperanza	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	PHQ2_2	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032709002785

ORIGEN	VARIABLE	ROL DE VARIABLE	ESCALA	ENUNCIADO DE SECCIÓN	ENUNCIADO DE PREGUNTA	ITEM	ETIQUETAS	PREGUNTA GOOGLE	ORIGEN ESCALA	REFERENCIA
Primera ola	Ansiedad	Salud mental	Ordinal 4	En las DOS ÚLTIMAS SEMANAS...	Indique con qué frecuencia ha experimentado:	Nerviosismo o tensión	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	GAD2_1	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032709005785
Primera ola		Salud mental	Ordinal 4			Incacacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	GAD2_2	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032709005785
Primera ola	Soledad	Salud mental	Ordinal 4			Soledad	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	UCLS loneliness scale	
Primera ola	Somatización	Salud mental	Ordinal 4			Dolor de cabeza	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731742
Primera ola		Salud mental	Ordinal 4			Náusea o dolor de estómago	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731743
Primera ola		Salud mental	Ordinal 4			Sensación de falta de aire	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731744
Primera ola		Salud mental	Ordinal 4			Mareo	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731745
Primera ola		Salud mental	Ordinal 4			Dolor de espalda	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Derivado de revisión sistemática	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731746
Segunda ola	Estrés percibido	Salud mental	Ordinal 4		Indique con qué frecuencia:	Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones	Perceived Stress Scale (PSS-4)	https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/pdf/cohen_14_itempoolspanish_dr_remor_version_2_0_.doc
						Ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones		
						Ha sentido que las cosas le van bien	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones		
						Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas	Ningún día, algún día, más de la mitad de días, casi cada día	Cuadrícula de varias opciones		
Primera ola	Resiliencia	Predictora	Ordinal 4	Las siguientes preguntas no se refieren a un momento concreto, sino a CÓMO ES USTED EN GENERAL:	En qué medida se siente capaz de:	Recuperarse después de una enfermedad o dificultades	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-2)	http://www.connordavidson-resiliencescale.com/CD-RISC%20Manual%20(08.19.18.pdf
Primera ola		Predictora	Ordinal 4			Adaptarse a los cambios	Nada, poco, bastante, mucho	Cuadrícula de varias opciones	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-2)	http://www.connordavidson-resiliencescale.com/CD-RISC%20Manual%20(08.19.18.pdf
Primera ola	Personalidad (extraversión)	Predictora	Likert 5		Indique hasta qué punto las siguientes afirmaciones son aplicables a usted:	Me gusta tener mucha gente alrededor	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/280937989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Primera ola	Personalidad (responsabilidad)	Predictora	Likert 5			Tengo mucha auto-disciplina	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/280937989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Primera ola	Personalidad (amabilidad)	Predictora	Likert 5			Mi primera reacción es confiar en la gente	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/280937989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Primera ola	Personalidad (neuroticismo)	Predictora	Likert 5			A menudo me siento tenso o inquieto/a	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/280937989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Primera ola	Personalidad (apertura a la experiencia)	Predictora	Likert 5			Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	NEO-FFI	https://www.researchgate.net/publication/280937989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
Primera ola	Competencia percibida	Predictora	Likert 5			En general, soy capaz de conseguir lo que propongo	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Opciones	Escala de competencia percibida (ECP)	https://www.researchgate.net/publication/262864335_Validacion_de_la_escala_de_competencia_personal_de_Wellalon_Implicaciones_sobre_el_estudio_del_estres
Primera ola	Cluster poblacional	Predictora	Nominal	Preguntas sociodemográficas		Indique si pertenece a alguno de estos colectivos (puede marcar más de uno)	Personal sanitario, personal docente, persona con diversidad funcional/discapacidad, persona con trastorno salud mental, persona con enfermedad crónica	Checklist (puede no marcarse ninguno)	Ad-hoc	N/A
Primera ola	País	Predictora	Nominal			País de residencia durante el período de restricciones	Según idioma	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Región	Predictora	Nominal			Región	Según país	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola		Predictora	Nominal			Comuna (SOLO CHILE)	(OPCIONAL) Comuna:	Texto corto	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Nivel de estudios	Predictora	Ordinal 4			Nivel de estudios (finalizado o en curso)	Sin estudios, primarios/básicos, secundarios, universitarios	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Nivel socioeconómico	Predictora	Ordinal 3			Nivel de ingresos	Bajos, medios, altos	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Género	Predictora	Nominal			Género	Femenino, masculino, otro	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Edad	Predictora	Razón			Edad	18-99 o más	Desplegable de opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Contagio coronavirus	Predictora	Ordinal 4			¿Se ha contagiado usted por coronavirus?	Con seguridad sí, probablemente sí, probablemente no, con seguridad no	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	Contagio coronavirus	Predictora	Dicotómica			¿Hay alguna persona cercana a usted que haya muerto o padecido de forma grave la enfermedad?	Sí/no	Opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Pertenencia a colectivo universitario	Predictora	Nominal	Comunidad universitaria	Si pertenece a una comunidad universitaria, indique a qué colectivo específico:		No pertenezco a la comunidad universitaria, Estudiante, Personal Docente e Investigador (PDI), Personal de Administración y Servicios (PAS)	Opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Estudios actuales	Predictora	Ordinal 3	Estudiantes	(Si es estudiante) Indique los estudios que cursa actualmente:		Grado, máster/postgrado, doctorado	Opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal		(Si es estudiante) De cada una de las siguientes actividades o situaciones, indique en qué medida le han beneficiado o perjudicado para sobrellevar situaciones adversas:	No poder realizar hobbies habituales	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			No poder relacionarse con mis familiares	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			No poder relacionarse con mis amigos	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			No tener una experiencia universitaria presencial	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			Realizar las clases vía online	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			Llevar a cabo tareas académicas	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			Desempleo o modificación de contrato laboral	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			Pérdida o ingreso hospitalario de un ser querido	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			Los hábitos de sueño	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	Factores de impacto	Salud mental	Ordinal			Hábitos saludables de alimentación	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A

ORIGEN	VARIABLE	ROL DE VARIABLE	ESCALA	ENUNCIADO DE SECCIÓN	ENUNCIADO DE PREGUNTA	ITEM	ETIQUETAS	PREGUNTA GOOGLE	ORIGEN ESCALA	REFERENCIA
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal	**Estudiantes**		Autocuidado básico (ducharse, vestirse con ropa limpia...)	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Informarse sobre la pandemia de COVID-19	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Practicar actividades creativas, como escritura, pintura, música, cocina, bricolaje, etc	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Practicar actividades tecnológicas, como navegar por Internet	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Practicar deporte al aire libre como senderismo, running, montañismo, etc	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Realizar actividades como pasear, sacar al perro, o de compras	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Practicar actividades indoor como baile, deportes de equipo	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Usar redes sociales como Instagram, Tik-Tok o Twitter	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Quedar con los amigos para ir de copas, ir a cenar, etc	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Factores de impacto**	Salud mental	Ordinal			Ir a actos culturales como cine, conciertos, teatro	Me ha perjudicado mucho, me ha perjudicado algo, neutro, me ha beneficiado algo, me ha beneficiado mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Demanda de soporte emocional**	Salud mental	Dicotómica		(Si es estudiante) ¿Cree que le serviría de ayuda el uso de una plataforma con protocolos para gestionar sus emociones, así como espacios de interacción con profesionales relacionados con la salud mental?		Sí/No	Opciones	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Actividad laboral**	Predictora	Dicotómica	**Psicólogo/a y/o Personal Sanitario**	¿Es usted psicólogo/a y/o personal de salud en activo (trabajando actualmente)?		Sí/No	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	**Actividad laboral**	Predictora	Nominal	**Las siguientes preguntas son referidas a su actividad laboral como PSICÓLOGO/A y/o PERSONAL DE SALUD durante el periodo de restricciones de movilidad**	(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) Indique su profesión o grupo de salud al que pertenece:		Psicólogo/a, Psiquiatra, Médico - área medicina general, Médico especialista - área quirúrgica, Médico especialista - área no quirúrgica, Médico residente - área quirúrgica, Médico residente - área no quirúrgica, Médico interno - área de medicina, Médico interno - área odontológica, Odontólogo, Enfermero, Enfermero de salud mental, Técnico en enfermería/auxiliar de enfermería, Personal de laboratorio, Personal farmacéutico, Personal de apoyo (camillero, mantenimiento, servicio de alimentación, etc.), Personal de radiología, Personal de administración	Desplegable	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Actividad laboral**	Predictora	Nominal		(Si es psicólogo/a) Campo de la psicología en el que desempeña su actividad laboral:		Psicología Clínica, Psicología de la Salud, Psicología de las Organizaciones y del Trabajo, Psicología Educativa, Psicología Social, Ambiental y Comunitaria, Psicología del Deporte, Psicología Jurídica, Psicología de Emergencias y Catástrofes, Neurociencia y Psicobiología, Psicología Militar, Otro	Desplegable	Ad-hoc	N/A
Segunda ola	**Actividad laboral**	Predictora	Ordinal		(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) Especifique el nivel de estudios más alto alcanzado (finalizado o en curso):		Enseñanza técnico-profesional/Ciclo formativo, Licenciatura/Grado, Especialización/Postgrado, Máster, Doctorado	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	**Actividad laboral**	Predictora	Nominal	**Las siguientes preguntas son referidas a su actividad laboral como PSICÓLOGO/A y/o PERSONAL DE SALUD durante el periodo de restricciones de movilidad**	(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) Años de trabajo (contando residencia sanitaria si aplica):		Entre 0 a 5 años, Entre 6 a 10 años, Entre 11 a 15 años, Entre 16 y 20 años, Más de 20 años	Opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	**Actividad laboral**	Predictora	Nominal		(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) Institución en la que brinda atención de salud (seleccione todas las que apliquen)		Pública, Privada, Concertada, Otra	Casillas	Ad-hoc	N/A
Primera ola	**Actividad laboral**	Predictora	Nominal		(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) ¿En qué área de atención de salud trabaja? (seleccione todas las que apliquen)		Atención primaria, Atención hospitalaria, Consultorio, Atención en centros de internamiento (asilos, etc.), Atención en centros penitenciarios, Otro	Casillas	Ad-hoc	N/A
Primera ola	**Actividad laboral**	Predictora	Ordinal 4		(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) ¿Con qué frecuencia en estos lugares o espacios asistenciales desarrolla su trabajo?	En contacto directo con pacientes sospechosos de COVID-19	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						En contacto directo con pacientes positivos de COVID-19	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Atención por teletrabajo	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Puesto administrativo	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	**Consecuencias COVID-19**	Salud Mental	Ordinal 4	**Las siguientes preguntas se refieren a las posibles consecuencias sufridas por la pandemia COVID-19**	(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) Durante la pandemia	He tenido pesadillas o pensamientos intrusivos relacionados con la pandemia	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Hago un esfuerzo por no pensar en ello o evito situaciones que me lo recuerdan	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Estoy constantemente pendiente del tema, vigilante o me sobresalto fácilmente	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Me siento adormecido o desvinculado de otras actividades fuera del ámbito laboral o de mi entorno	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	**Consecuencias COVID-19**	Predictora	Ordinal 4		(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) En relación a los aspectos institucionales y laborales, ¿en qué medida?:	Se ha sentido reconocido/a por su institución	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Se ha sentido cuidado/a por su institución	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Ha creído que necesitaba apoyo psicológico	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Ha considerado que se ha puesto en riesgo de contagio por COVID-19 durante la jornada laboral	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Ha tenido miedo de contagiar a su familia	Nada, Poco, Bastante, Mucho	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
Primera ola	**Consecuencias COVID-19**	Predictora	Likert 5		(Si es psicólogo/a y/o personal sanitario) Indique hasta qué punto las siguientes afirmaciones son aplicables a usted:	Considero que toman en cuenta mis opiniones y comentarios	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Considero que se me comunican aspectos importantes (por ejemplo asuntos que modifican la vida laboral)	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Considero que se me proporciona la información necesaria para desempeñar mis labores	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Considero que las responsabilidades de cada puesto están claramente definidas	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Considero que los superiores o jefes son accesibles y es fácil hablar con ellos	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Considero que la organización se interesa por mi bienestar personal y emocional	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A
						Considero que se me otorga reconocimiento por un trabajo bien desempeñado	Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Cuadrícula de varias opciones	Ad-hoc	N/A