

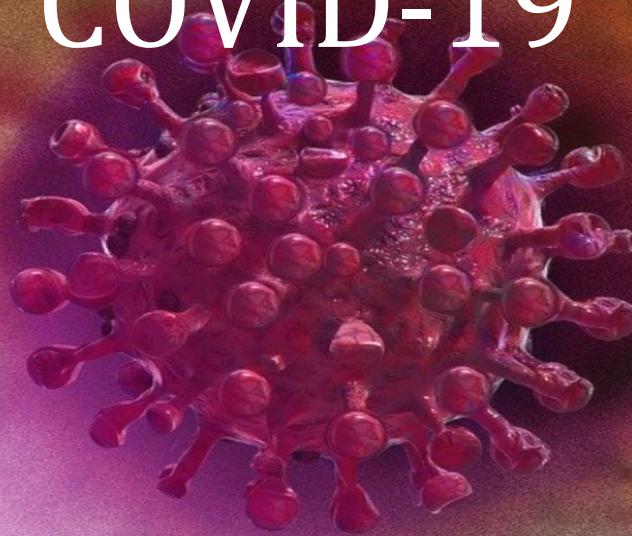


UNIVERSIDAD
DE BURGOS

Facultad de Ciencias de la Salud

Facultad de Educación

Afrontando el impacto del COVID-19



Resultados Preliminares I

(Abril, 2020)

Investigadores Principales:

Dra. Silvia Ubillos Landa y Dr. José Luis González Castro

Grupo de investigación: Social Inclusion and Quality of Life (SIQoL)

Investigadoras Colaboradoras:

Dra. Alicia Puente Martínez y Marcela Gracia Leiva



Contenidos

Resumen.....	1
Contexto.....	1
Principales Resultados.....	2
Muestra.....	4
Confianza en las Instituciones y Medidas de Protección.....	5
1.1. Confianza en las Instituciones.....	5
1.2. Medidas de Protección ante Covid-19.....	11
Respuesta de los Participantes ante Covid-19.....	17
2.1.- Percepción de Gravedad y de Riesgo.....	17
2.1.- Autoeficacia: Capacidad para cumplir con las Medidas de Protección.....	22
Anexo.....	27
Método.....	27



Resumen

Contexto

COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. El primer caso en el mundo de coronavirus (COVID-19) se registró en la provincia de Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019 (<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>), extendiéndose rápidamente por el mundo. En cuatro meses y medio, han muerto más de 124.000 personas, y hay casi dos millones de casos confirmados en todo el mundo (14 de abril de 2020) (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>). En Europa los países más afectados, por el momento, son España e Italia. En España, el primer caso de coronavirus se detectó el 31 de enero de 2020 en la Gomera, siendo el 24 de febrero cuando se detectaron los primeros casos en la Península (Comunidad de Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana). A mediados de abril, se han confirmado 172.541 casos y han fallecido 18.056 personas (<https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>). El día 11 de marzo, la OMS declaró la pandemia mundial. El Gobierno de España decretó el 14 de marzo de 2020 el estado de alarma en todo el territorio nacional por un periodo de quince días, para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por COVID-19. El 26 de marzo de 2020, el Gobierno tomó la decisión de ampliar otros 15 días el estado de alarma que mantiene confinados en sus hogares a los 47 millones de españoles como medida de contención externa ante el avance implacable del coronavirus. Nuevamente, el 4 de abril, el Gobierno prorrogó el estado de alarma hasta el 26 de abril.

A la vista de esta situación es importante la realización de estudios que aborden de distintas perspectivas el impacto del COVID-19 en la población y cómo ésta busca



estrategias individuales y colectivas para hacer frente a sus efectos psicológicos, sociales y comunitarios adversos.


Este informe proporciona datos transversales sobre el Estudio Psicosocial del Covid-19 dirigido por el Área de Psicología Social de la Universidad de Burgos. Es un estudio de panel con 1200 participantes que se centra en analizar como los adultos que viven en España afrontan el impacto psicosocial de la situación de emergencia y aislamiento producida por la pandemia de Covid-19. Los datos que se aportan en este informe se refieren a la primera semana de Confinamiento (16 a 21 de marzo de 2020).

En este PRIMER informe, nos centramos en dos preguntas:

1. ¿Cómo varía en función de diversos factores sociodemográficos la confianza en las Instituciones por las acciones emprendidas ante el coronavirus y las medidas de protección adoptadas por el público ante el Covid-19?
2. ¿Qué diferencias socio-demográficas existen en la respuesta del público? ¿Cuál es su percepción de gravedad y riesgo, y capacidad para cumplir con las medidas de protección?

Este estudio no es representativo de la población de España, sino que fue diseñado para alcanzar una amplia población que permitiese realizar análisis de subgrupos significativos para comprender la experiencia de Covid-19 en diferentes grupos poblacionales. En el Anexo se aporta información sobre el método completo.

Principales Resultados

 La institución en la que más confían las personas que han participado en este estudio es en la sanitaria. El nivel de confianza hacia las instituciones sanitarias es tan elevado (puntuación cercana del máximo establecido de 7 puntos) que no se han encontrado diferencias por grupos.



- En general, los hombres, las personas más jóvenes y las personas con enfermedades de riesgo muestran una menor confianza en las instituciones.
- La mayoría de la muestra de este estudio considera que las medidas adoptadas inicialmente por el Gobierno para controlar la propagación del coronavirus no habían sido suficientes, además de que se deberían haber adoptado antes.
- Una gran mayoría de las personas informan que cumplen las recomendaciones del gobierno. Sin embargo, aproximadamente la mitad de la muestra no limpia y desinfecta los objetos y superficies que se tocan frecuentemente.
- Los hombres, los más jóvenes (18-30 años), quienes no acuden al trabajo y las personas que no presentan ninguna enfermedad de riesgo son los grupos que menos cumplen con las medidas de protección recomendadas por el Gobierno.
- Las personas consideran que la COVID-19 es una enfermedad bastante grave, aunque su percepción de riesgo de contagio es moderada. Una cuarta parte la considera muy grave, y menos de un 15% percibe que es muy factible contraer COVID-19.
- La percepción que tienen las personas de este estudio acerca de su capacidad para poder cumplir con las medidas de protección, a pesar de las dificultades que se pueden plantear, es alta. Más de las dos terceras partes no encuentra ninguna dificultad para cumplirlas.
- Los hombres, los más jóvenes (18-30 años) y las personas que no tienen una enfermedad de riesgo son los grupos que perciben la COVID-19 como menos grave.
- Las personas más jóvenes y las que no tienen que acudir al trabajo son las que se perciben en menor riesgo de contraer el coronavirus.
- Los hombres, los jóvenes, las personas que viven acompañadas y quienes tienen que acudir al trabajo son las que perciben más dificultades para cumplir con las medidas de protección.



Muestra

Se ha aplicado un muestreo no aleatorio de conveniencia. Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta la población total mayor de edad en España (39.000.000 personas). Con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza del 3% se estableció un número de 1.067 personas. En este estudio se cuenta con 1.220 participantes.

Tabla 1: Características socio-demográficas y clínicas de la muestra

Característica	Número de personas	%
Sexo		
Mujer	897	73,5
Hombre	323	26,5
Edad		
18-30	430	35,3
31-50	526	43,2
51 o más	262	21,5
Procedencia		
Castilla y León	757	62
Resto de las Comunidades*	463	38
Vivir solo		
Si	139	11,4
No	1080	88,6
Acudir al Centro de Trabajo		
Si	258	21,1
No	962	78,9
Diagnosticado/a de COVID-19		
Si	12	1
No	1208	99
Conocer Persona Contagiada		
Si	390	32
No	830	68
Padecer Enfermedad de Riesgo		
Si	214	17,5
No	1006	82,5

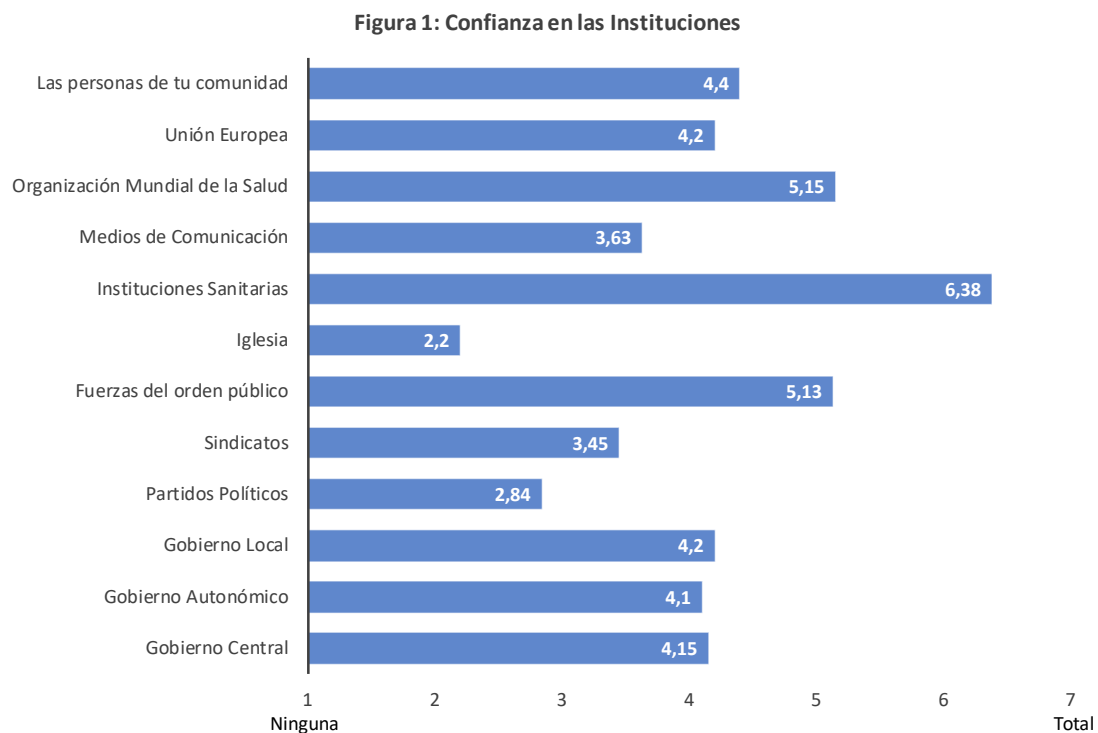
* Todas las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas (excepto Ceuta).



Confianza en las Instituciones y Medidas de Protección

1.1. Confianza en las Instituciones

La institución en la que más confían las personas de nuestra muestra por los mensajes difundidos y acciones emprendidas con respecto al coronavirus son las Instituciones Sanitarias. Destaca que el Sistema Sanitario Español casi obtiene el mayor nivel de confianza posible, otorgándole una media de 6,38 ($DT=0,97$; rango de respuesta de 1 a 7). Otros organismos que cuentan con la confianza de la ciudadanía son la Organización Mundial de la Salud con una media de 5,15 ($DT=1,59$) y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con una media de 5,13 ($DT=1,64$). Las personas de la comunidad (barrio, pueblo, ciudad, comunidad autónoma...) cuentan también con cierta confianza, alcanzando una media de 4,4 ($DT=1,57$). Sin embargo, la Iglesia, los Partidos Políticos y los Sindicatos obtienen una media inferior a la media teórica en confianza (3,5) (Fig. 1).





RESULTADOS POR GRUPOS

En general, las mujeres ($M=4,19$; $DT=0,99$) muestran una mayor confianza en las instituciones que los hombres ($M=4,05$; $DT=1,04$) ($t_{(1218)}=-2,063$, $p=0,39$). Las mujeres confían más en la Organización Mundial de la Salud, en la Unión Europea, en los Medios de Comunicación y en los Partidos Políticos que los hombres. Sin embargo, en la Iglesia confían más los hombres que las mujeres (Fig. 2a).

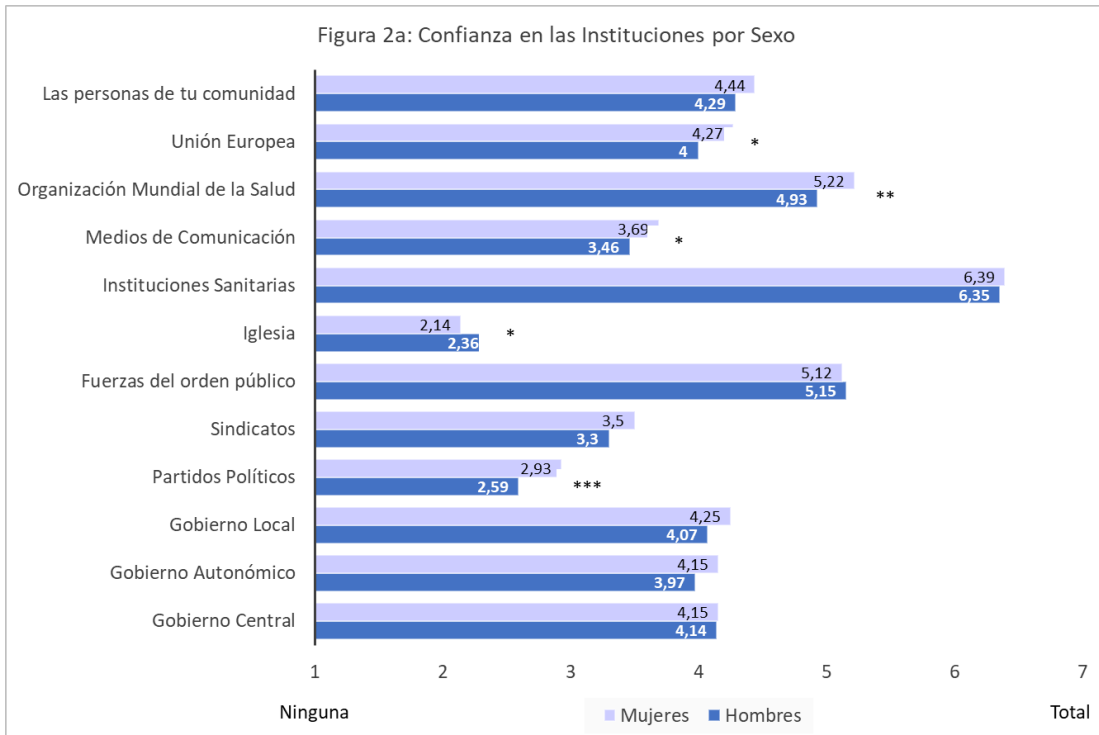
Las personas de más edad (51 años o más) ($M=4,30$; $DT=1,02$) confían más en las instituciones en general que los más jóvenes (18 a 30 años) ($M=4,07$; $DT=0,92$) ($F_{(2,1215)}=4,394$, $p=0,013$). Ninguno de estos grupos de edad presenta diferencias significativas con las personas de 31 a 50 años ($M=4,15$; $DT=1,07$). Los jóvenes de 18 a 31 años muestran más confianza en los sindicatos, pero menos en las Fuerzas del Orden Público. La confianza en la Iglesia y en los Medios de Comunicación aumenta con la edad (Figs. 2b).

Las personas que viven solas también confían menos en el gobierno autonómico que las que viven acompañadas (Fig. 2c).

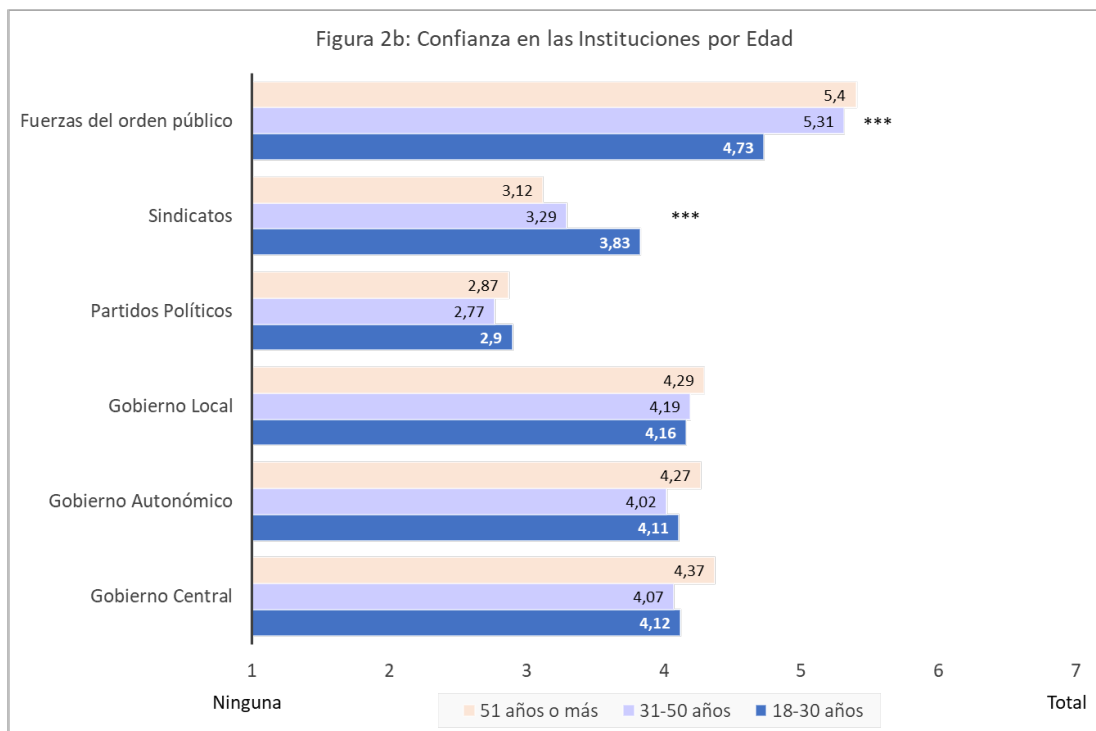
No se han encontrado diferencias en la confianza en las instituciones dependiendo de si la persona acude o no al centro de trabajo (Fig. 2d).

Quienes tienen una enfermedad de riesgo (crónica o inmunológica) ($M=4$; $DT=0,94$) tienen menos confianza en las instituciones que los que no presentan ningún tipo de enfermedad de riesgo ($M=4,18$; $DT=1,02$) ($t_{(1218)}=-2,063$, $p=0,39$). Las personas con enfermedades de riesgo confían menos en el gobierno central, autonómico, local, en los partidos políticos y en los sindicatos (Fig. 2e).

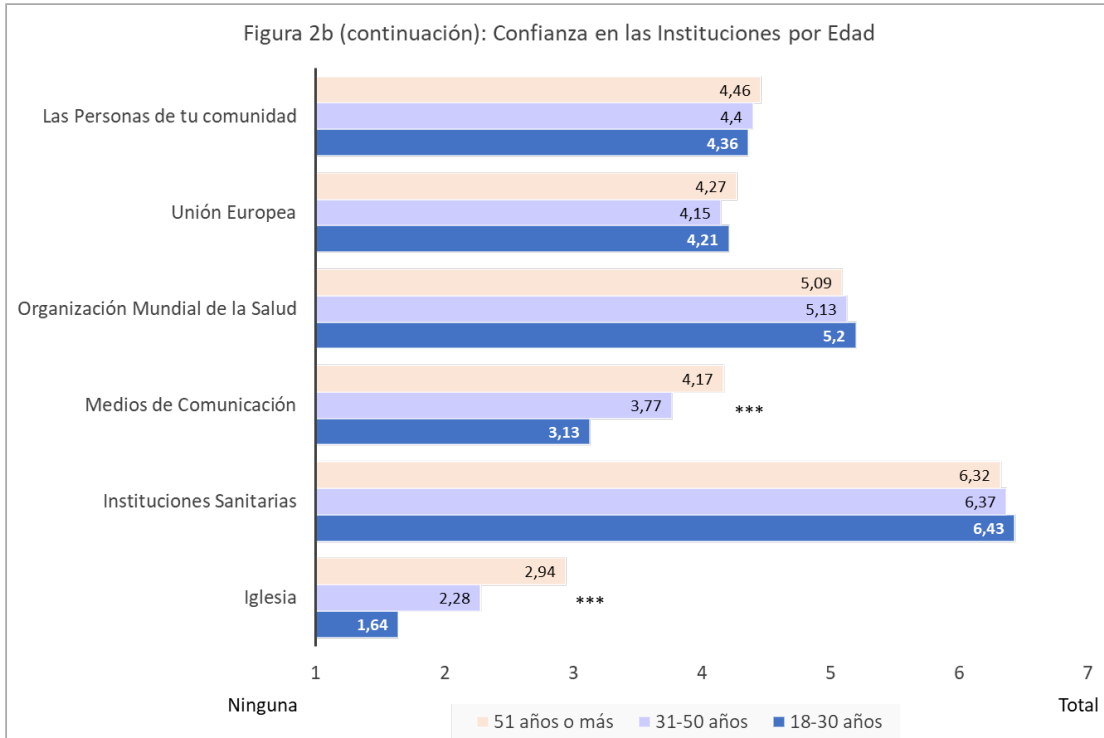
Por su parte, las personas que conocen a alguien que ha contraído COVID-19 confían menos en los medios de comunicación y el gobierno autonómico que los que no conocen a nadie contagiado (Fig. 2f).



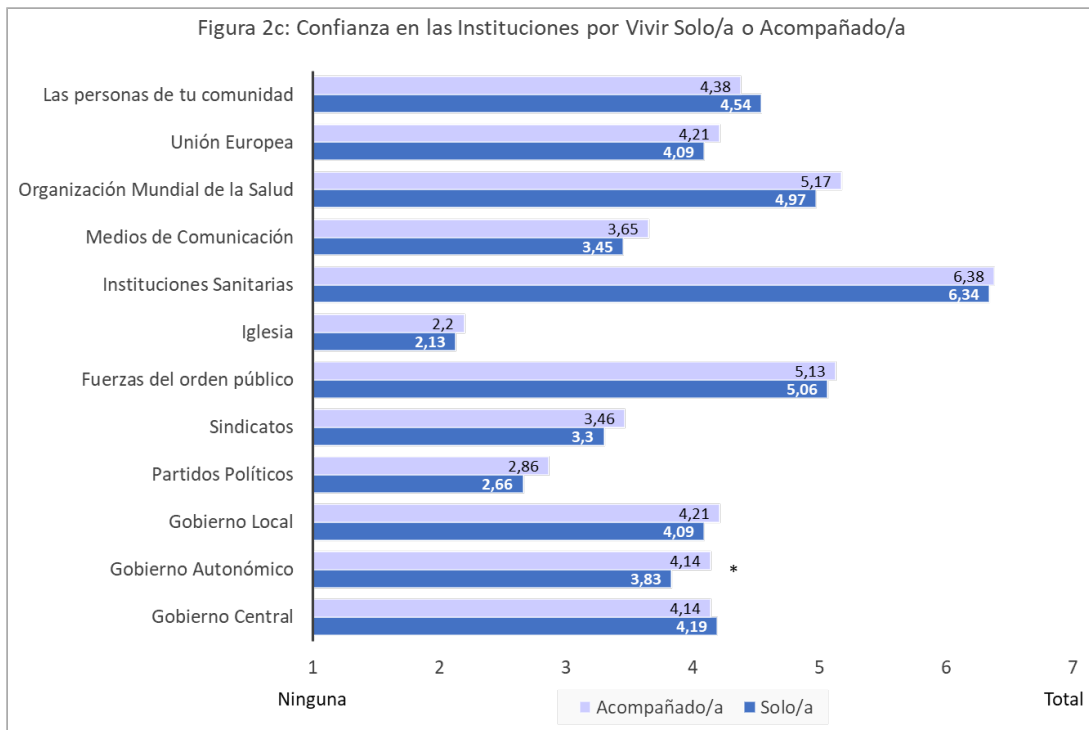
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$



* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$



* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$



* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$



Figura 2d: Confianza en las Instituciones por Acudir al Centro de Trabajo

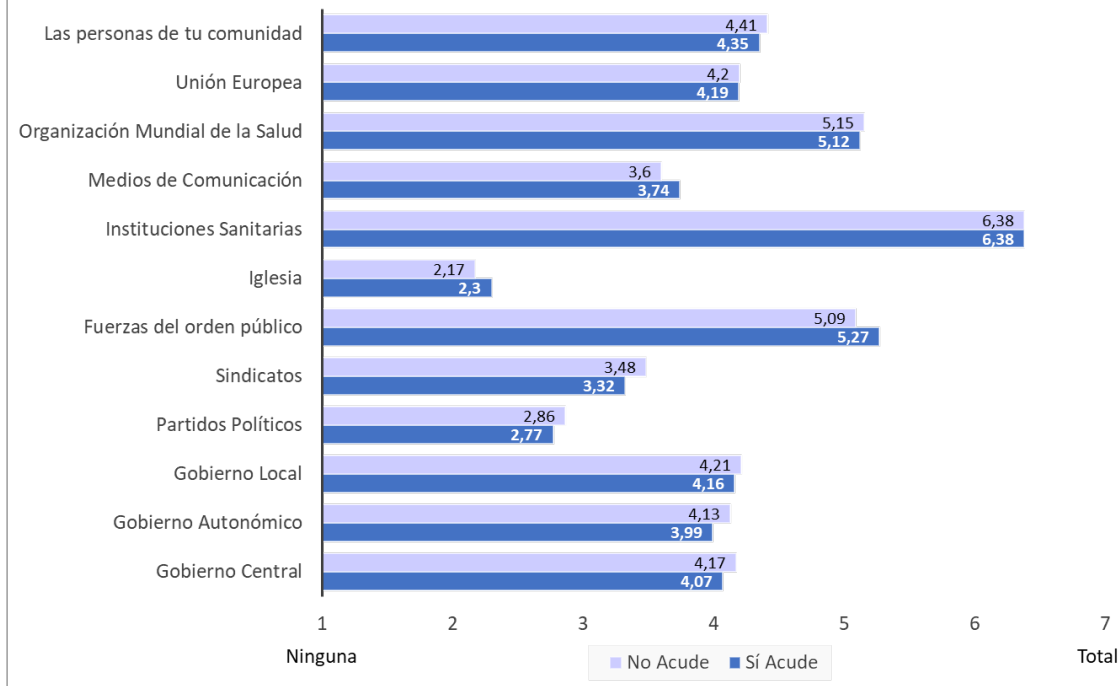
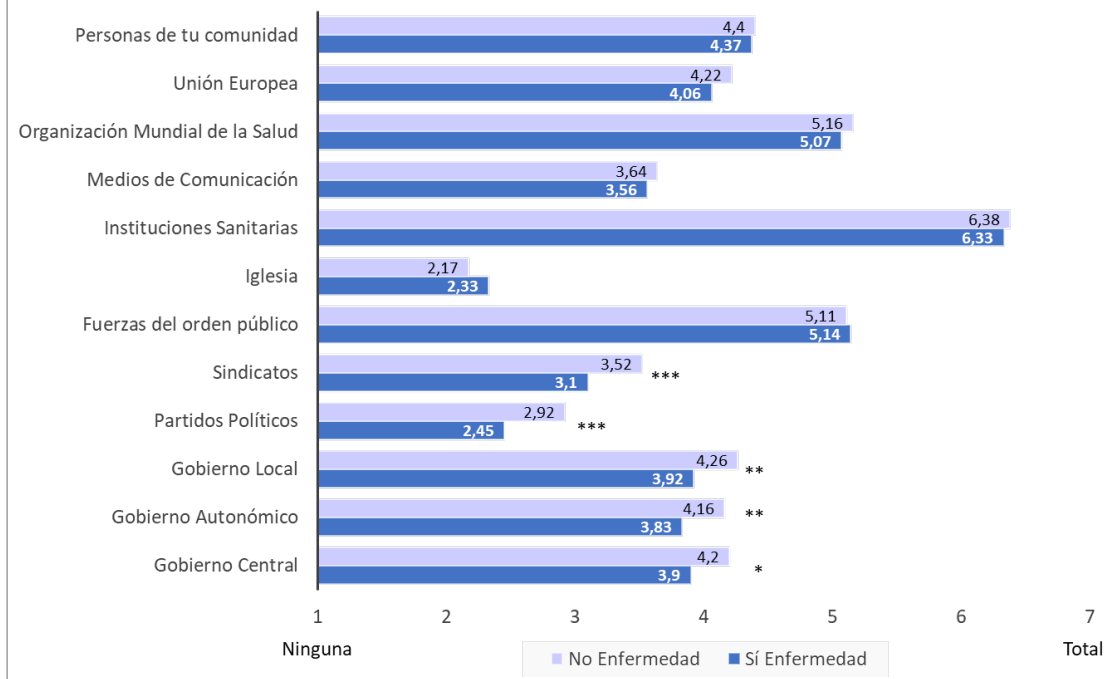
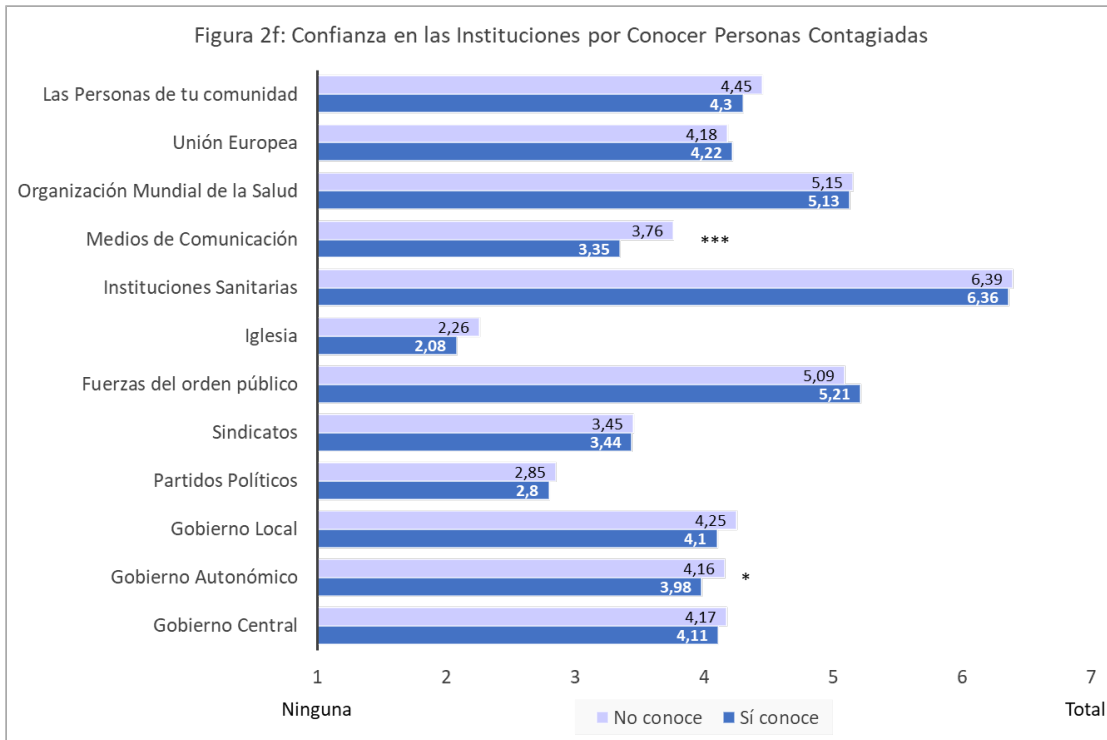


Figura 2e: Confianza en las Instituciones por Enfermedad de Riesgo



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



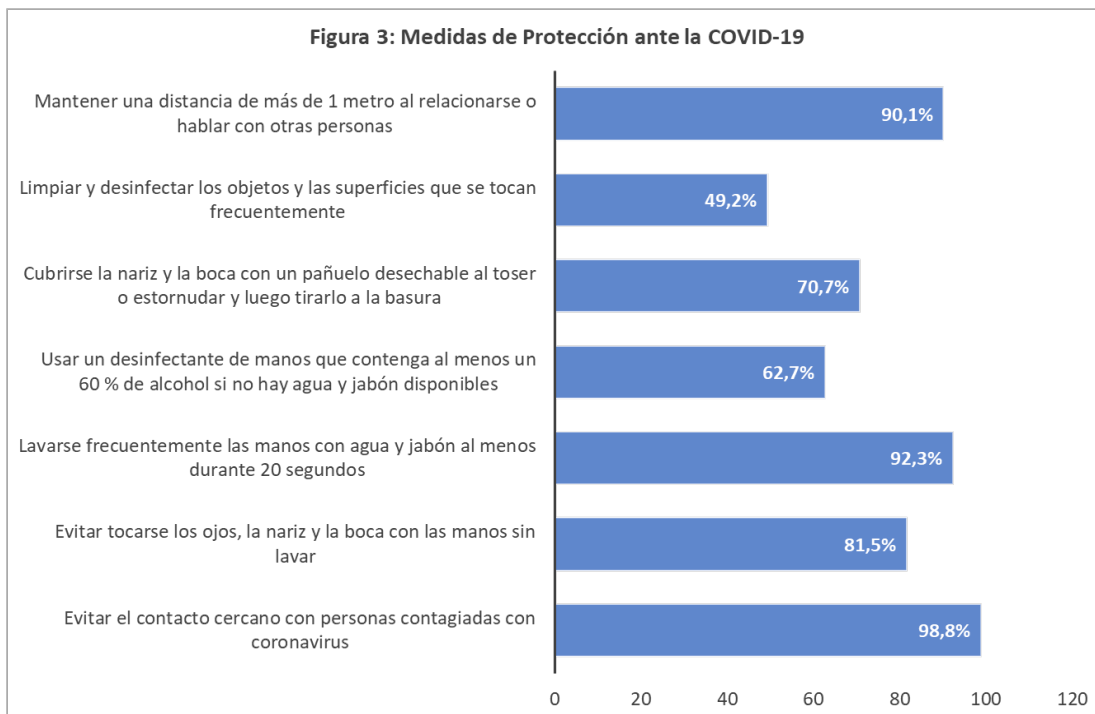
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$



1.2. Medidas de Protección ante la Covid-19

En el inicio del confinamiento, las personas que han respondido a este estudio consideraban que las medidas adoptadas por el Gobierno para controlar la propagación del coronavirus no habían sido suficientes ($M=4,78$; $DT=2,67$; rango de respuesta de 0-10). Además, el 90,1% informó que el Gobierno debería haber adoptado estas medidas antes.

La mayoría de las personas informaron que cumplían con las principales medidas de protección recomendadas tanto por la Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>) como por el Gobierno de España (<https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/ciudadania.htm>). Las medidas menos adoptadas eran la limpieza y desinfección de los objetos y superficies que se tocan frecuentemente (más de un 50% de la muestra no lo hace) y el uso de un desinfectante de manos que contenga al menos un 60% de alcohol si no hay agua y jabón disponibles (casi un 40% no lo realiza). También cerca de un 30% de personas afirmaron que no se cubrían la nariz y boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar que luego tiraban a la basura (Fig. 3).





RESULTADOS POR GRUPOS

Las mujeres ($M=5,58$; $DT=1,31$) cumplen las medidas de protección en mayor medida que los hombres ($M=5,08$; $DT=1,46$) ($t_{(1218)}=-5,721$, $p=0,0001$). El porcentaje de mujeres que evita tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar, se lava frecuentemente las manos con agua y jabón al menos durante 20 segundos, usa un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol si no hay agua y jabón disponibles, se cubre la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y luego lo tira a la basura, o limpia y desinfecta los objetos y las superficies que se tocan frecuentemente, es mayor que el de los hombres (Fig. 4a).

Las personas más jóvenes (18-30 años) ($M=5,04$; $DT=1,46$) adoptan menos las medidas de prevención que las personas adultas (31-50 años) ($M=5,66$; $DT=1,27$) y las personas mayores (51 o más años) ($M=5,69$; $DT=1,26$) ($F_{(2,215)}=30,755$, $p=0,0001$). Los más jóvenes cumplen menos todas las medidas de protección excepto evitar el contacto cercano con personas contagiadas por el coronavirus donde no hubo diferencias entre los grupos (Fig. 4b).

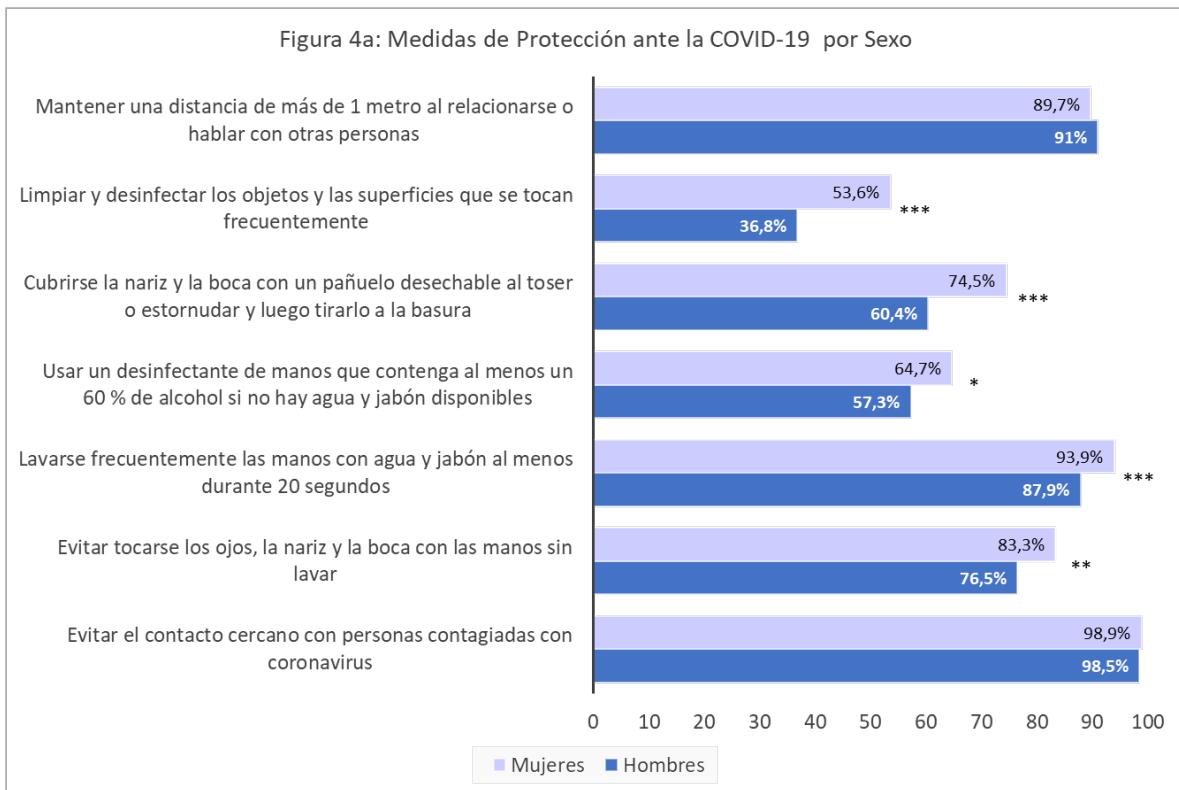
No hay ninguna diferencia significativa entre aquellas personas que viven solas o acompañadas en el cumplimiento de las medidas de protección (Fig. 4c).

Las personas que tienen que acudir al centro de trabajo ($M=5,73$; $DT=1,26$) también cumplen más las medidas de protección que los que no tienen que acudir ($M=5,38$; $DT=1,39$) ($t_{(439,819)}=-3,938$, $p=0,0001$). Quienes van a trabajar evitan más el contacto cercano con personas contagiadas con coronavirus, se lavan con más frecuencia las manos con agua y jabón, usan más un desinfectante de manos, y limpian y desinfectan más los objetos y superficies de uso frecuente (Fig. 4d).



También, las personas con una enfermedad de riesgo (crónica o inmunológica) ($M=5,74$; $DT=1,18$) adoptan más las medidas de protección que los que no tienen este tipo de enfermedades ($M=5,39$; $DT=1,40$) ($t_{(353,417)}=-3,777$, $p=0,0001$). Las personas con enfermedades de riesgo evitan más tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar, se lavan con más frecuencia las manos con agua y jabón, usan más un desinfectante de manos, y limpian y desinfectan más los objetos y superficies que quienes no tienen enfermedades de riesgo (Fig. 4e).

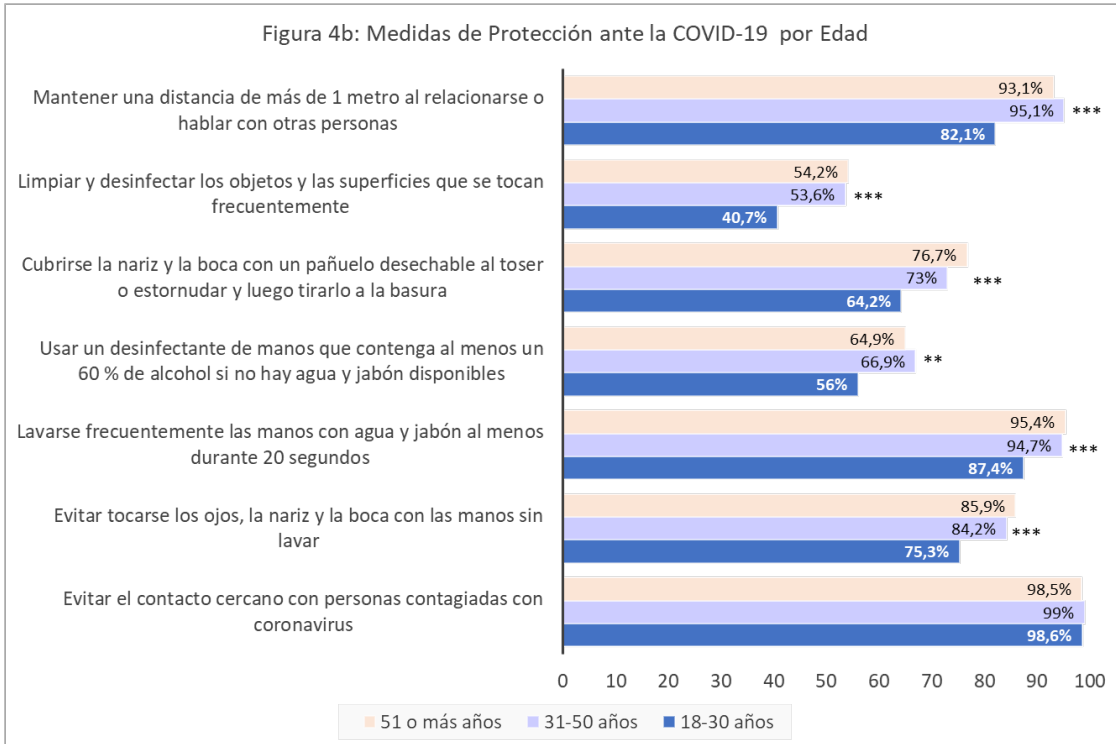
No hay ninguna diferencia significativa en la adopción o no de medidas de prevención en función de si los participantes conocían a alguien contagiado/a o no por COVID-19 (Fig. 4f).



* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$



Figura 4b: Medidas de Protección ante la COVID-19 por Edad



* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Figura 4c: Medidas de Protección ante la COVID-19 por Vivir Solo o Acompañado

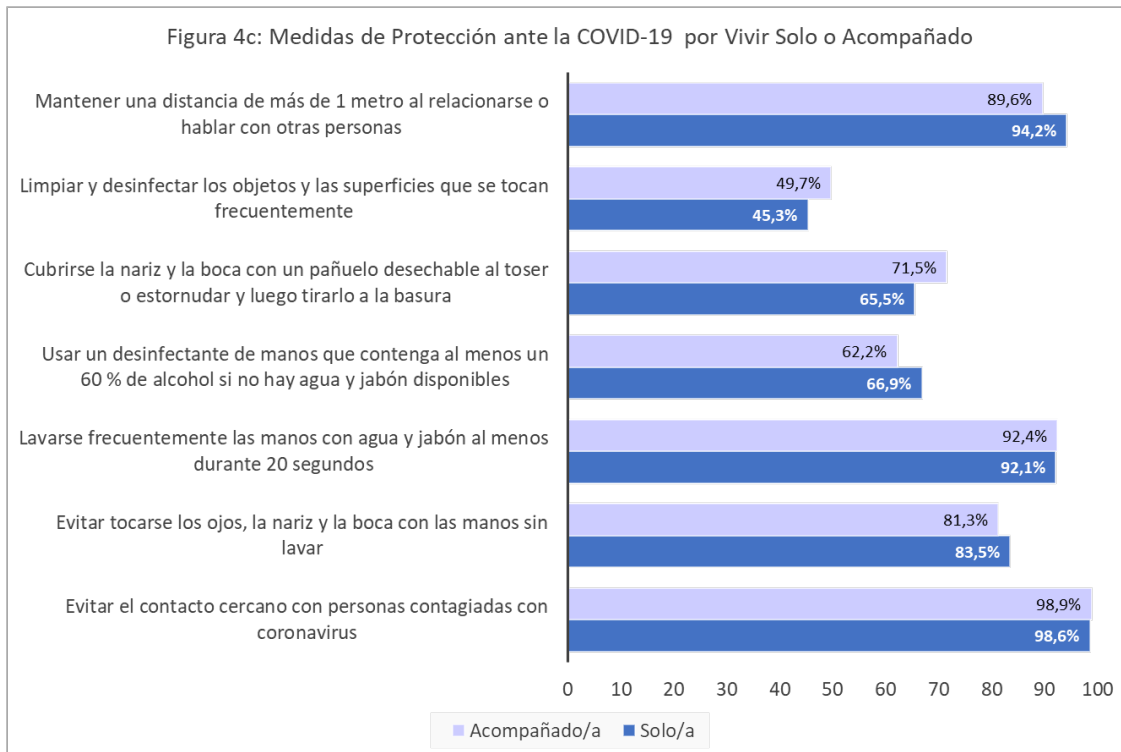
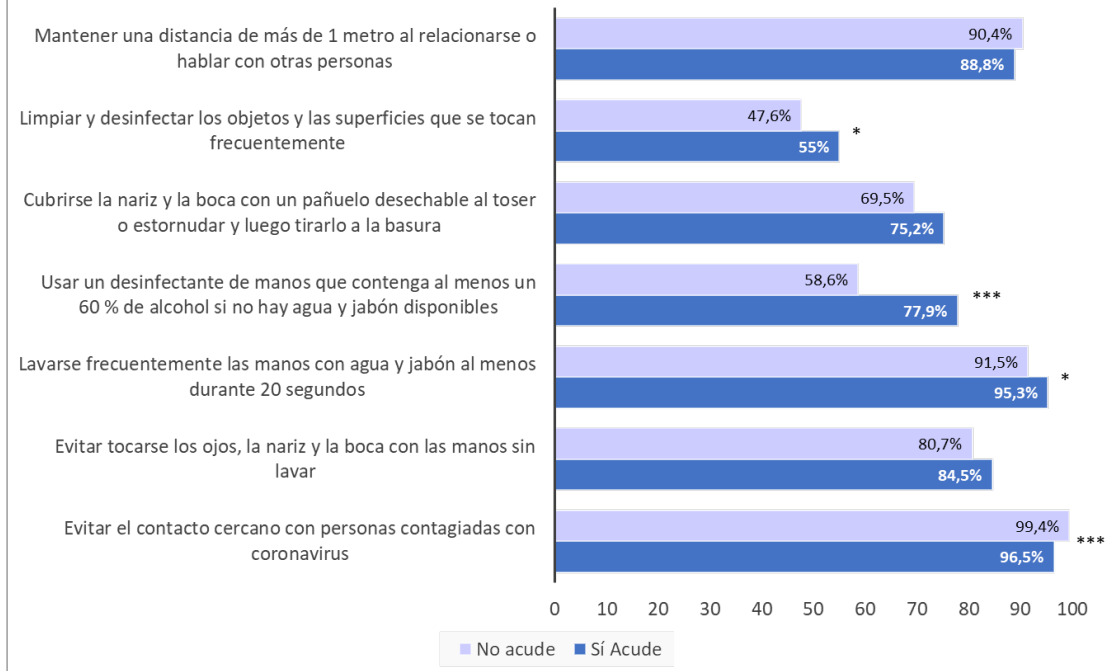


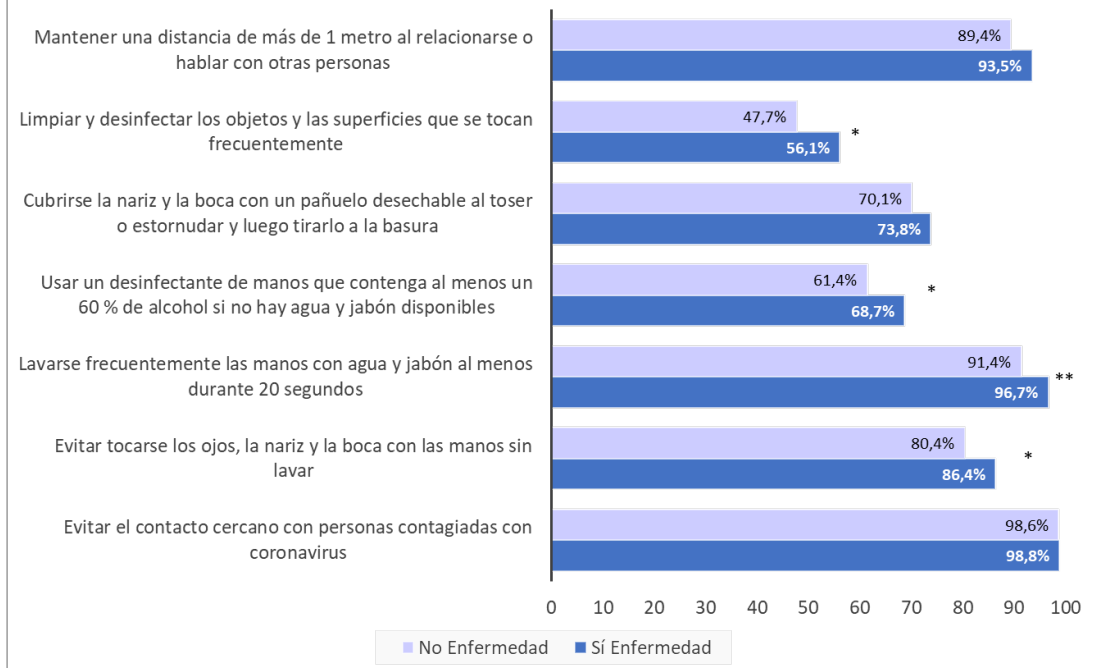


Figura 4d: Medidas de Protección ante la COVID-19 por Acudir al Centro de Trabajo



* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

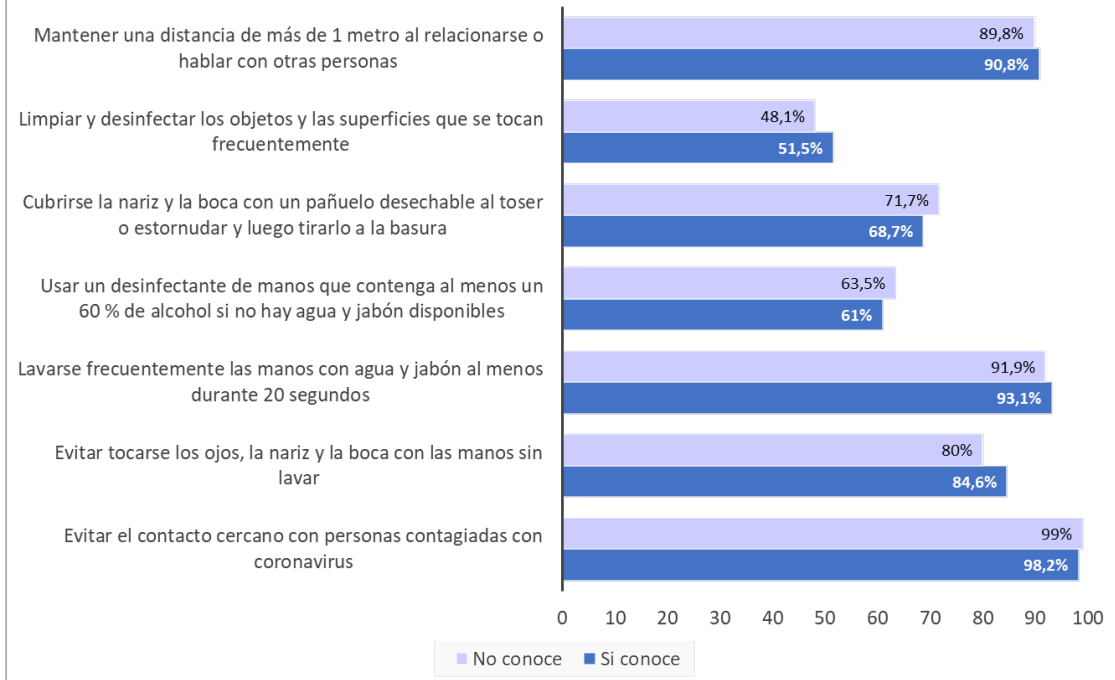
Figura 4e: Medidas de Protección ante la COVID-19 por Enfermedad de Riesgo



* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$



Figura 4f: Medidas de Protección ante la COVID-19 por Conocer Personas Contagiadas

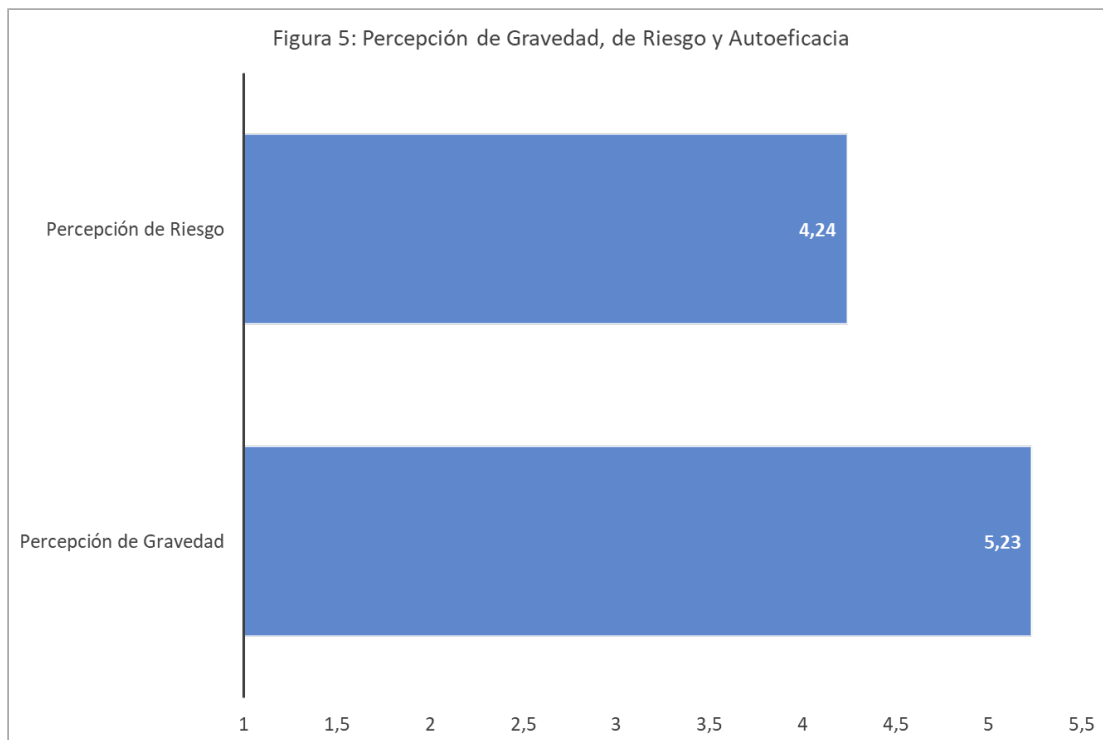




Respuesta de los Participantes ante COVID-19

2.1.- Percepción de Gravedad y de Riesgo

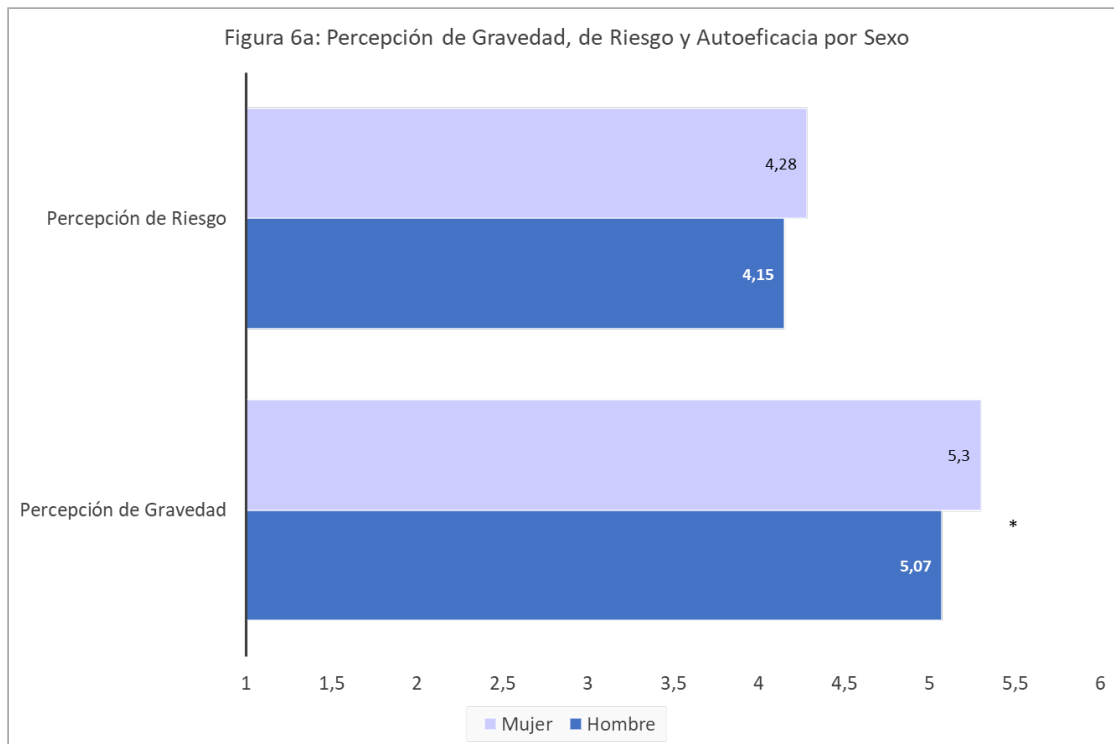
Aunque las personas consideran que el COVID-19 es una enfermedad bastante grave ($M=5,23$; $DT=1,41$; rango de respuesta de 1 a 7), su percepción del riesgo de contagio es significativamente menor ($M=4,24$; $DT=1,78$; rango de respuesta de 1 a 7) (Fig. 5).



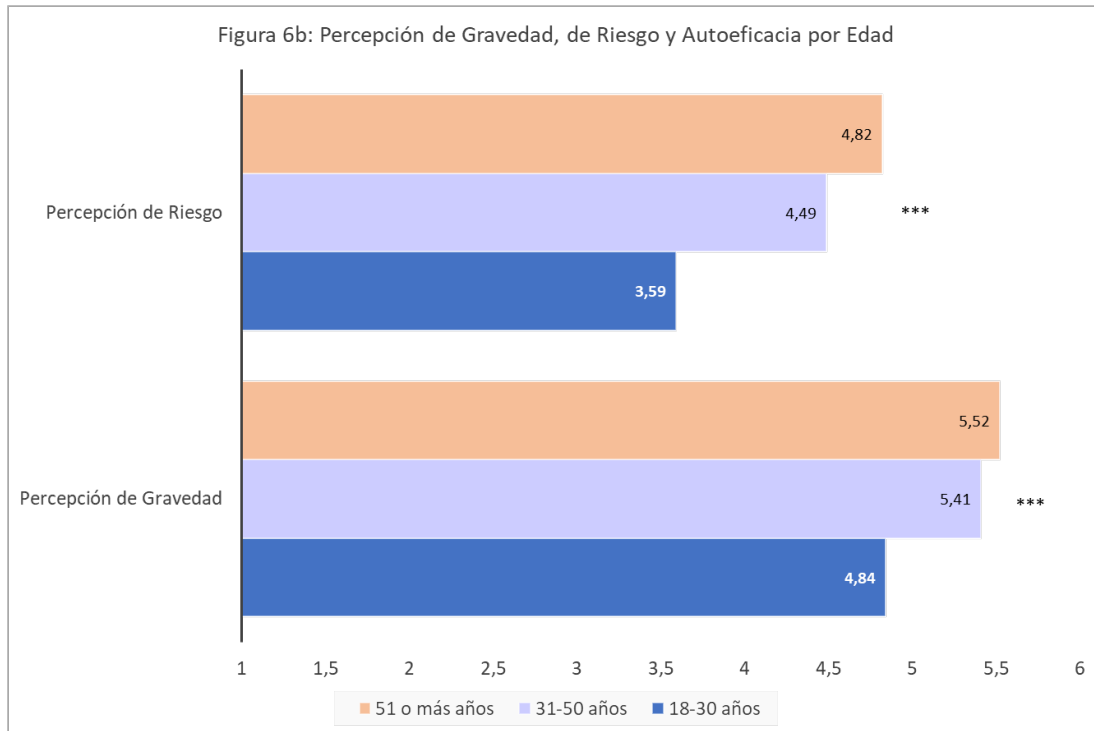


RESULTADOS POR GRUPOS

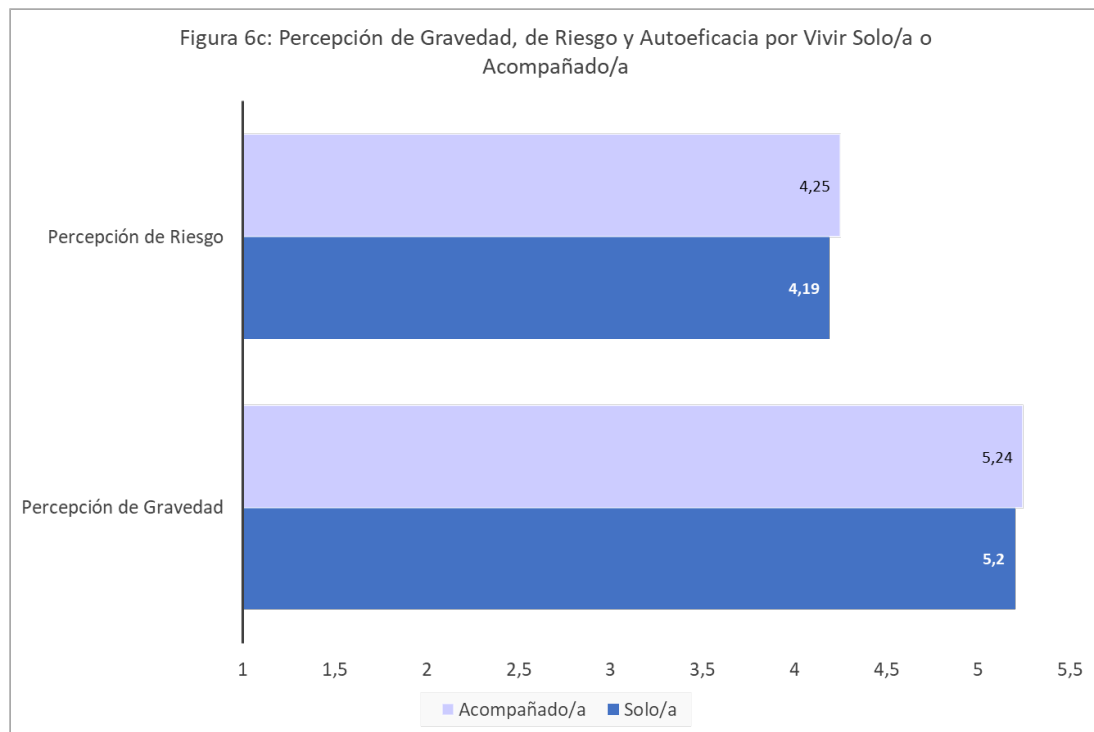
Las mujeres perciben que esta enfermedad es más grave que los hombres (Fig. 6a). Los más jóvenes lo perciben como menos grave y se perciben en menor riesgo de contraer el coronavirus que los adultos y mayores (Fig. 6b). Las personas que acuden al trabajo se perciben en mayor riesgo de contraer la COVID-19 que las que no acuden al centro de trabajo (Fig. 6d). Las personas con una enfermedad de riesgo (crónica o inmunológica), además de percibir la COVID-19 como más grave, también se perciben en mayor de riesgo de contraerlo (Fig. 6e). No hay diferencias significativas ni en función de vivir solo o acompañado (Fig. 6c), o por conocer a alguien que ha contraído la enfermedad (Fig. 6f).

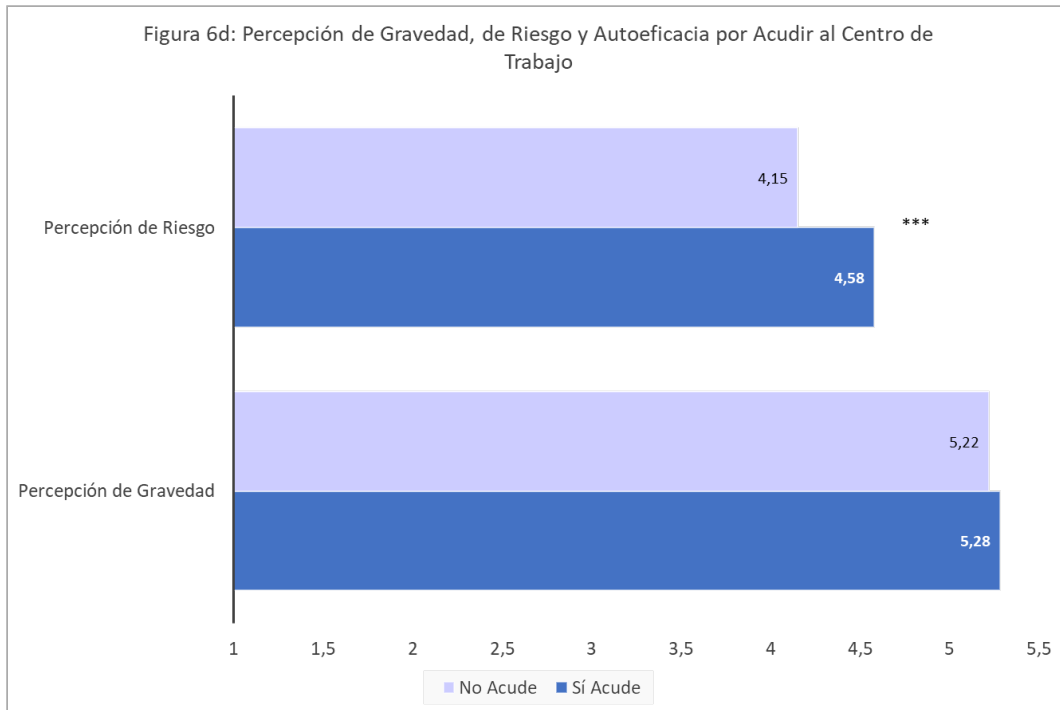


* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

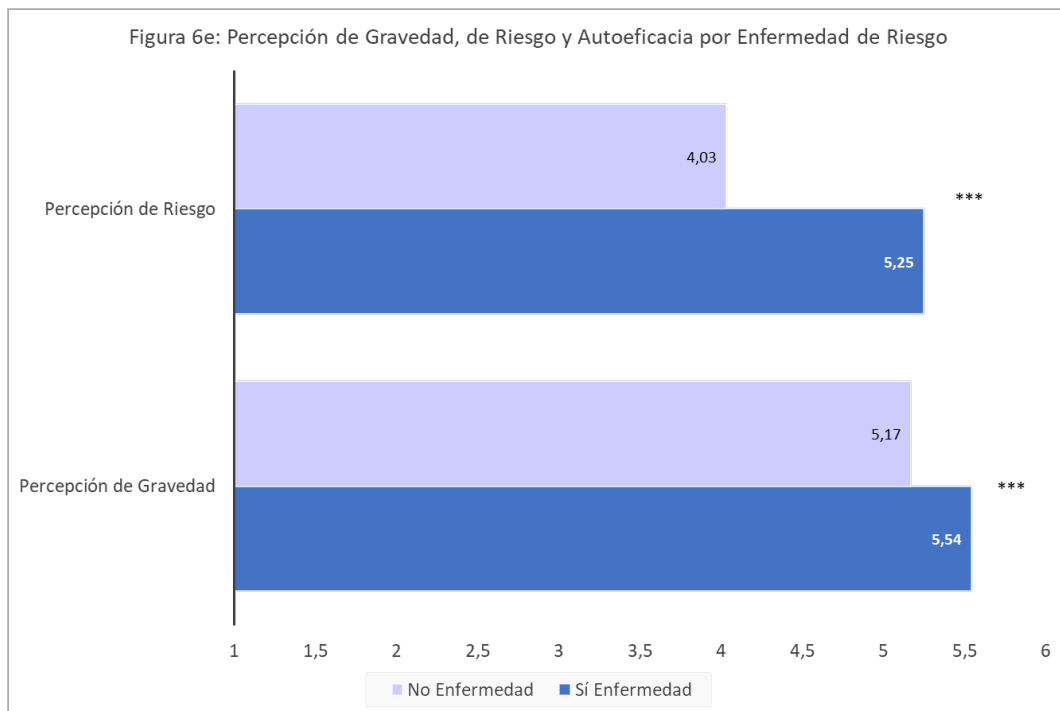


* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

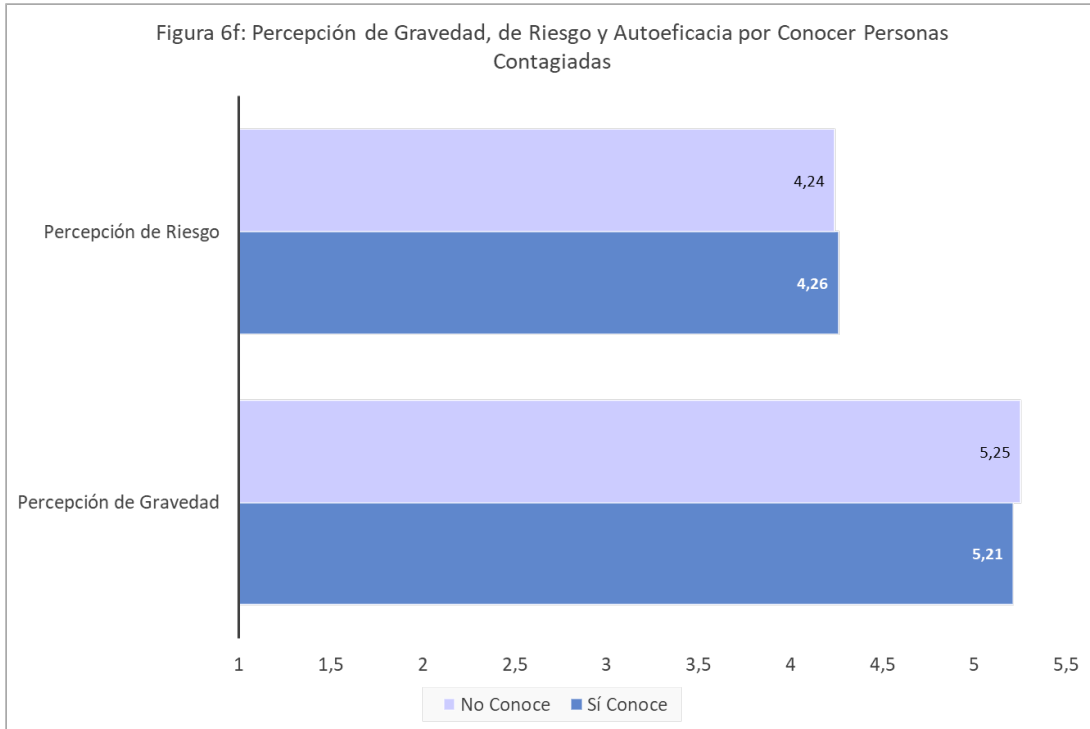




* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$



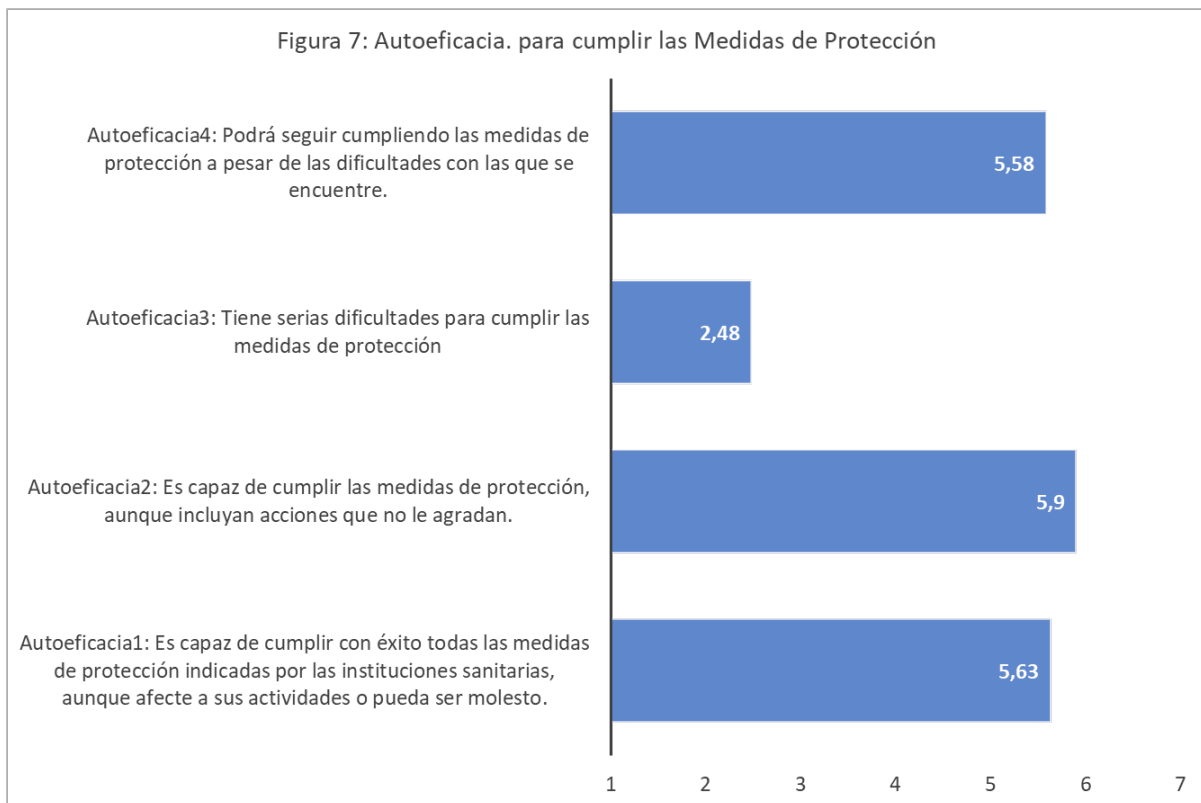
* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$





2.1.- Autoeficacia: Capacidad para cumplir con las Medidas de Protección

La percepción que tienen las personas de su capacidad para cumplir con las medidas de protección es muy alta ($M=22,62$; $DT=4,40$; rango de respuesta de 7 a 28). Consideran que pueden adoptar las medidas de protección ante cualquier obstáculo y que no tienen grandes dificultades para cumplirlas (Fig. 7).





RESULTADOS POR GRUPOS

Las mujeres ($M=22,82$; $DT=4,26$), comparadas con los hombres ($M=22,07$; $DT=4,71$), son quienes perciben que tienen mayor capacidad para cumplir con las medidas de protección a pesar de las dificultades que puedan acarrear ($t_{(523,750)}=-2,518$, $p=0,012$). En concreto, las mujeres se perciben más auto-eficaces para cumplir con las medidas de protección, aunque afecte a sus actividades o pueda ser molesto, incluya acciones que no les agradan, o a pesar de cualquier dificultad con la que se encuentren (Fig. 8a).

Los jóvenes se sienten menos capaces de cumplir con las medidas de protección si incluyen acciones que no les agradan (Fig. 8b).

Las personas que viven solas ($M=23,38$; $DT=4,12$), comparadas con quienes viven acompañadas ($M=22,52$; $DT=4,42$), perciben que tienen más capacidad para cumplir con las medidas de protección a pesar de los obstáculos que puedan acarrear ($t_{(1217)}=2,173$, $p=0,030$). En concreto, las personas que viven solas encuentran menos dificultades para llevar a cabo estas medidas (Fig. 8c).

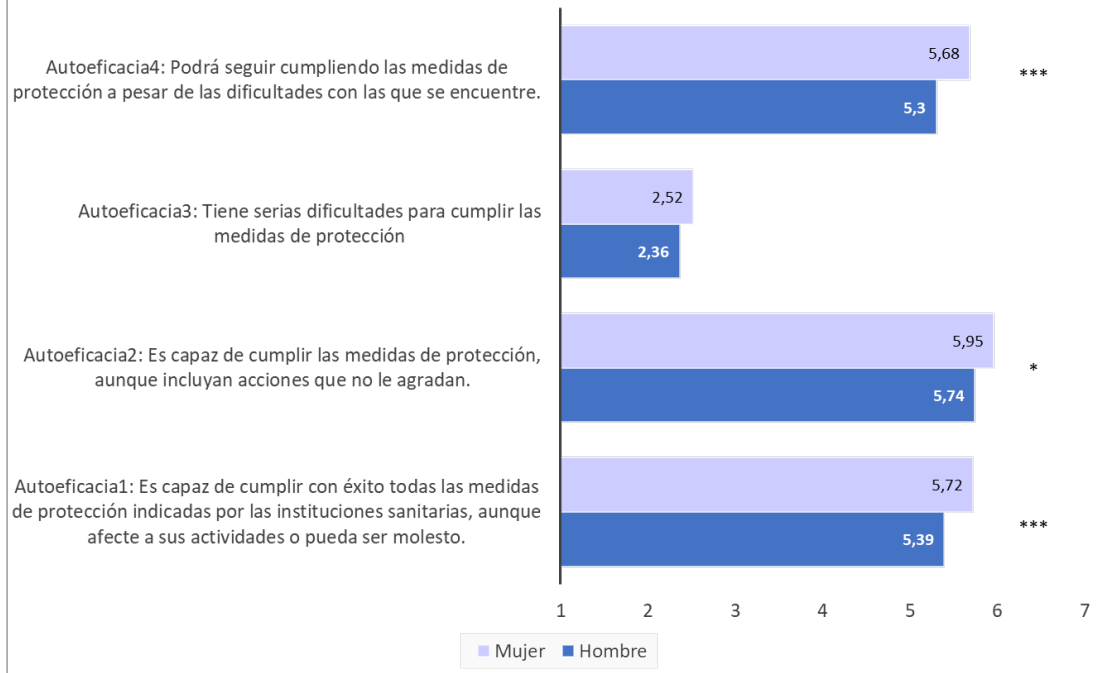
Las personas que acuden al trabajo ($M=22,05$; $DT=4,30$), comparadas con las que no acuden al centro de trabajo ($M=22,78$; $DT=4,42$), perciben que tienen menos capacidad para cumplir con las medidas de protección ($t_{(1218)}=-2,345$, $p=0,019$). En concreto, informan que tienen más dificultades para poder llevarlas a cabo (Fig. 8d).

No se observan diferencias entre las personas que padecen una enfermedad de riesgo (crónica o inmunológica) y quienes no en su capacidad para cumplir las medidas de protección (Fig. 8e).

No hay diferencias significativas en la autoeficacia percibida entre quienes conocen o no a alguna persona que ha contraído COVID-19 (Fig. 8f).

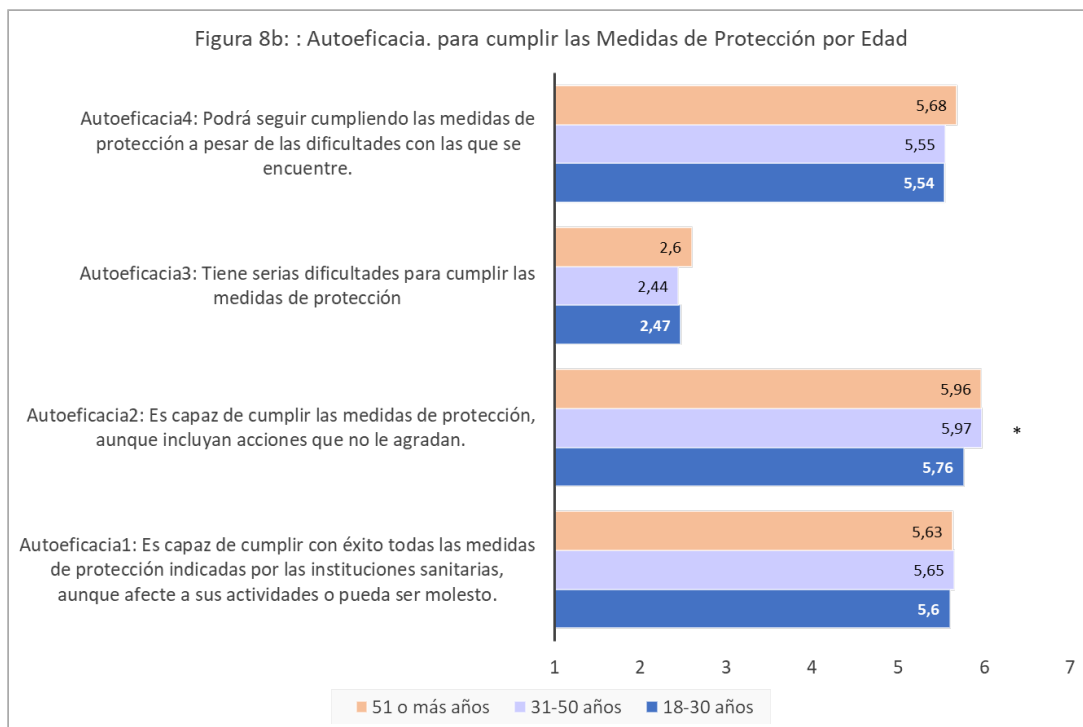


Figura 8a: : Autoeficacia. para cumplir las Medidas de Protección por Sexo

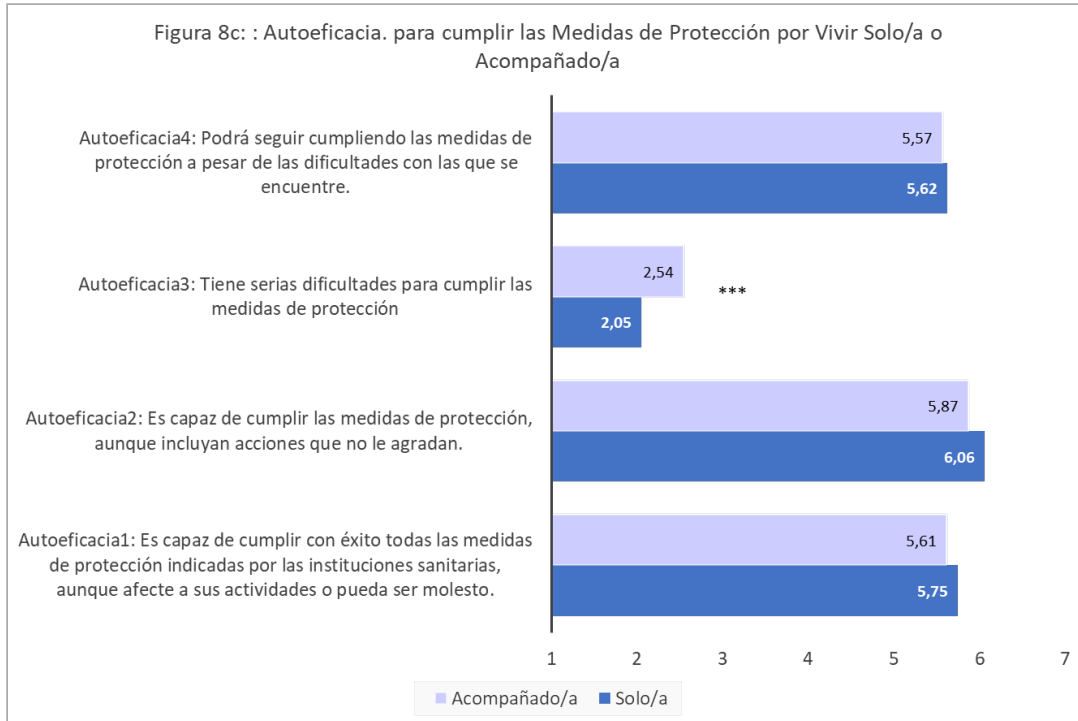


* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

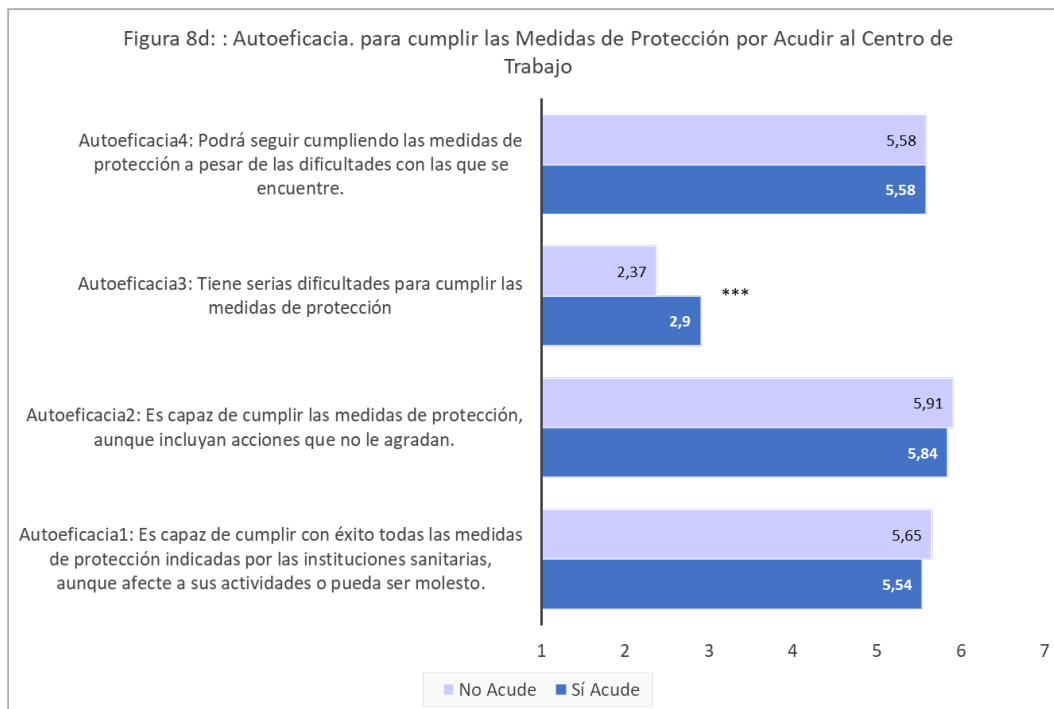
Figura 8b: : Autoeficacia. para cumplir las Medidas de Protección por Edad



* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$



* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$



* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$



Figura 8e: : Autoeficacia. para cumplir las Medidas de Protección por Enfermedad de Riesgo

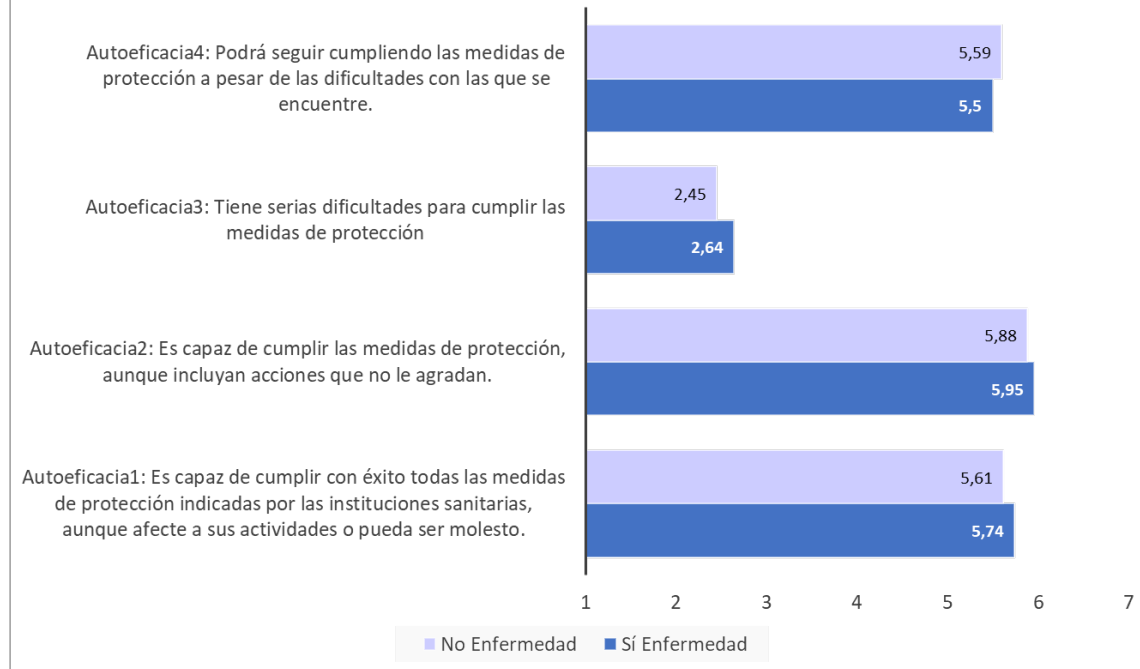
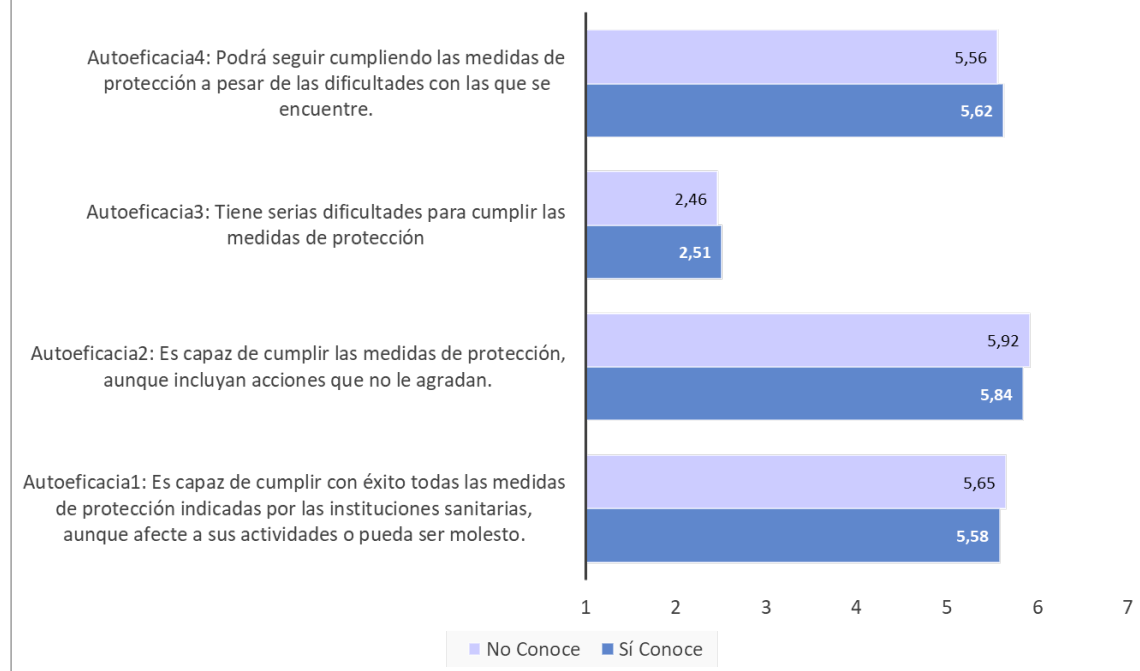


Figura 8f: : Autoeficacia. para cumplir las Medidas de Protección por Conocer Personas Contagiadas





Anexo

Método


La investigación titulada “Estrategias de Afrontamiento ante la Situación de Alarma Sanitaria provocada por la COVID-19” y desarrollada por el área de Psicología Social de la Universidad de Burgos es un estudio de panel sobre las experiencias psicológicas y sociales de adultos en España durante la pandemia COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2. En la primera semana de confinamiento (16 al 22 de marzo de 2020) han participado 1.220 personas, proporcionando datos de referencia sociodemográficos y de salud, así como respondiendo a preguntas sobre la confianza en las instituciones por los mensajes y acciones emprendidas para hacer frente al coronavirus, las dificultades para cumplir con las principales medidas preventivas, su percepción de gravedad y de riesgo. También se abordan cuestiones relacionadas con las estrategias que utiliza los participantes para afrontar la situación derivada de la COVID-19, la salud mental, el bienestar psicológico, afectivo y social y las expectativas de futuro. El objetivo del estudio no es ser representativo de la población de España, sino contar con una muestra amplia que permita hacer análisis rigurosos sobre los efectos de la COVID-19 y su forma de afrontarlos. La muestra del estudio ha sido reclutada a través de correos electrónicos, WhatsApp, redes sociales como Facebook, Twitter o Instagram, y también por el procedimiento conocido como “bola de nieve”.



Este informe presenta los resultados del primer análisis de datos transversales. Los informes posteriores analizarán otras cuestiones que incluyen:

1. ¿Cuáles son los efectos psicosociales que el aislamiento produce en las personas?
2. ¿Qué grupos tienen mayor riesgo de experimentar efectos adversos de aislamiento que otros?
3. ¿Cómo se ven afectados los comportamientos de salud de las personas?
4. ¿Qué estrategias de afrontamiento ayudan a mitigar los posibles efectos adversos del aislamiento?

El estudio cuenta con la aprobación ética del Comité de Bioética de la Universidad de Burgos (IR 10/2020). Para obtener más información, comuníquese con la Dra. Silvia Ubillos Landa (subillos@ubu.es) o el Dr. José Luis González Castro (jlgoca@ubu.es).



#YOMEQUEDOENCASA