

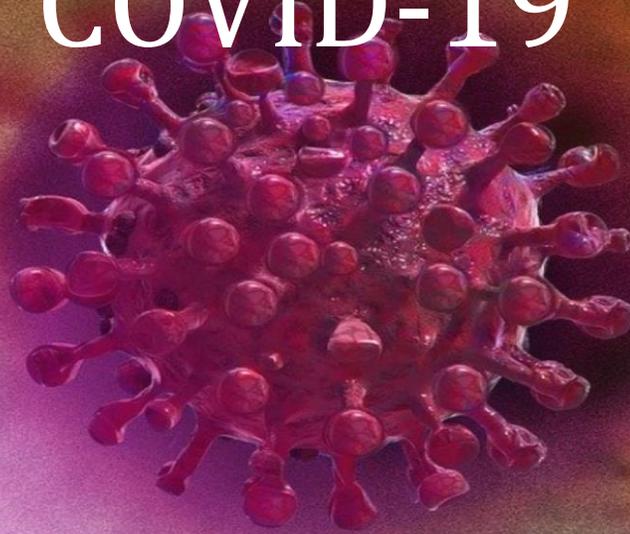


UNIVERSIDAD
DE BURGOS

Facultad de Ciencias de la Salud

Facultad de Educación

Afrontando el impacto del COVID-19



Resultados Preliminares II

(Mayo, 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.....	5
Efectos Psicosociales del Aislamiento	6
1.1. Estado de Bienestar.....	7
1.2. Estado de Bienestar Emocional	13
1.3. Salud Mental	23
Expectativa de Futuro	28
Anexo	33
Método.....	33
Referencias Bibliográficas	35



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 cinco meses, han muerto más de 250.000 personas, y hay más de tres millones y medio de casos confirmados en todo el mundo (3 de mayo de 2020) (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>). En Europa los países más afectados en tasas de muertos por cada 100.000 habitantes, por el momento, son Bélgica, España, Italia y Reino Unido. 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 8 de mayo de 2020, se han confirmado 222.857 casos y han fallecido 26.299 personas (<https://covid19.isciii.es/>). 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. El 4 de abril, el Gobierno prorrogó el estado de alarma hasta el 26 de abril, y el 22 de abril adoptó la decisión de ampliarlo hasta el 9 de mayo.

A la vista de esta situación es importante realizar estudios que aborden desde 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 segundo informe dirigido por el Área de Psicología Social de la Universidad de Burgos proporciona datos transversales sobre el Estudio Psicosocial del Covid-19. 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 describen a continuación se refieren a la primera semana de Confinamiento (16 a 21 de marzo de 2020).

En este SEGUNDO informe, nos centramos en dos preguntas:

1. ¿Cuáles son los efectos psicosociales que el aislamiento y el COVID-19 producen sobre el bienestar y la salud mental en las personas?
2. ¿Qué grupos tienen mayor riesgo de experimentar efectos adversos en la salud y el bienestar a causa del distanciamiento social y situación de aislamiento?
3. ¿Cómo afecta la situación de aislamiento e incertidumbre generada por el COVID-19 en las expectativas y visión de futuro de las personas?

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

 Durante la primera semana del confinamiento, las personas que han participado en el estudio presentaban un estado de bienestar elevado, incluso mejor que el encontrado, en el año 2013, en una muestra de 990 españoles, después de cinco años de una de las mayores recesiones económicas de las últimas décadas (Hervás y Vázquez, 2013). El tipo de bienestar que más destacaba entre los/as participantes era el eudaimónico, es decir



el relacionado con la satisfacción de necesidades psicológicas como son el desarrollo y crecimiento personal óptimo. Sin embargo, el bienestar social es el que presentaba las menores puntuaciones. Este resultado se podría explicar por el distanciamiento social. La situación de confinamiento redujo significativamente la posibilidad de tener interacciones sociales y/o contacto con los demás.

En general, las mujeres, los jóvenes o las personas que conocían alguien afectado por el COVID-19 eran quienes presentaban un peor estado de bienestar hedónico, eudaimónico y social.

Las personas presentaban niveles moderados y muy similares de afectividad positiva y negativa. La coexistencia de ambos tipos de emociones (deprimido, inquieto, alegre) indica una cierta atonía emocional, es decir refleja una incapacidad para procesar emocionalmente, en los primeros momentos del confinamiento, la situación provocada por la COVID-19.

Las personas destacaron que estaban contentas por poder contar con amigos. En situaciones de incertidumbre como la provocada por la COVID-19, el apoyo social emocional es uno de los recursos fundamentales para enfrentarse a la preocupación y miedo ante las consecuencias adversas que pudiera producir el virus.

Las mujeres, los jóvenes y las personas que conocen a alguien que ha contraído COVID-19 son quienes mostraban un peor estado de ánimo. Estas personas son quienes informaron que tenían menos energía y se sentían menos seguras o confiadas en su futuro o porvenir. Al mismo tiempo que se sentían más molestas con la situación, solas o distantes de la gente, preocupadas e inquietas, infelices o deprimidas, cansadas o aburridas, con miedo y ganas de llorar.

Las personas con alguna enfermedad de riesgo son quienes se sienten más molestas y cansadas y con más miedo por lo que pudiera suceder, pero a su vez, son las que se muestran más contentas por tener amigos.



- En general los/las participantes presentaban un buen estado de salud mental. Sin embargo, un 40,3% de las personas mostraron riesgo de mala salud mental en los primeros momentos del confinamiento. Este porcentaje es bastante más elevado que los encontrados en Encuestas Nacionales de Salud Españolas, donde un 21,3% de la población en el año 2006, un 20.4% en el año 2011, y un 18% en el año 2017 presentaba puntuaciones indicativas de riesgo de mala salud mental (Instituto Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, 2017).
- Las mujeres, los jóvenes y las personas que conocían alguien con COVID-19 son quienes presentaban peor salud mental. Un 44,8% de las mujeres presentaba puntuaciones que indicaban riesgo de mala salud mental, porcentaje que subía hasta un 50,5% en el caso de los jóvenes y a un 48,6% en el de las personas que conocían a alguien con el virus.
- En un primer momento de aislamiento y alerta sanitaria, las personas eran relativamente optimistas ante el futuro, manteniendo una visión esperanzadora sobre la situación de incertidumbre.
- Las mujeres y los jóvenes son quienes mostraban una peor expectativa de futuro. Estas personas son las que vislumbraban un futuro más desalentador.



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).



Efectos Psicosociales del Aislamiento

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". Partiendo de esta definición, en este estudio analizamos no solo como afecta la situación provocada por la COVID-19 en la salud mental, sino también en la disminución del estado de bienestar de los participantes.

Dada la centralidad del bienestar en la vida de las personas, su medición no es solo una forma de evaluar los sentimientos humanos y las capacidades psicológicas, sino que también es un aspecto central de la salud psicológica (Hervás y Vázquez, 2013). El enfoque tradicional de la investigación y la práctica de la salud mental se ha centrado en el tratamiento de patologías como la depresión y la ansiedad y, en cierta medida, en su prevención. Este enfoque asumió tácitamente que el bienestar prevalecería cuando la patología estuviera ausente. Sin embargo, una creciente evidencia muestra que altos niveles de bienestar son necesarios para los individuos y para la sociedad ya que están asociados con una gama de resultados positivos en todos los ámbitos de la vida (ver revisiones de Chida y Steptoe, 2008; Diener et al., 2010a; Dolan et al., 2008; Huppert, 2009b; Lyubomirsky et al., 2005).

Actualmente, existe un alto consenso en considerar al bienestar como un concepto multidimensional. De forma que para que una persona goce de un alto bienestar, deben tenerse en cuenta distintos ámbitos como son el emocional, psicológico y social. Por ello, en este estudio se ha recogido información sobre estos distintos tipos de bienestar que pudieran verse afectados por la situación de confinamiento. Primero nos referiremos a estos diferentes tipos de bienestar y, en segundo lugar, nos centraremos especialmente en el bienestar emocional.



1.1. Estado de Bienestar

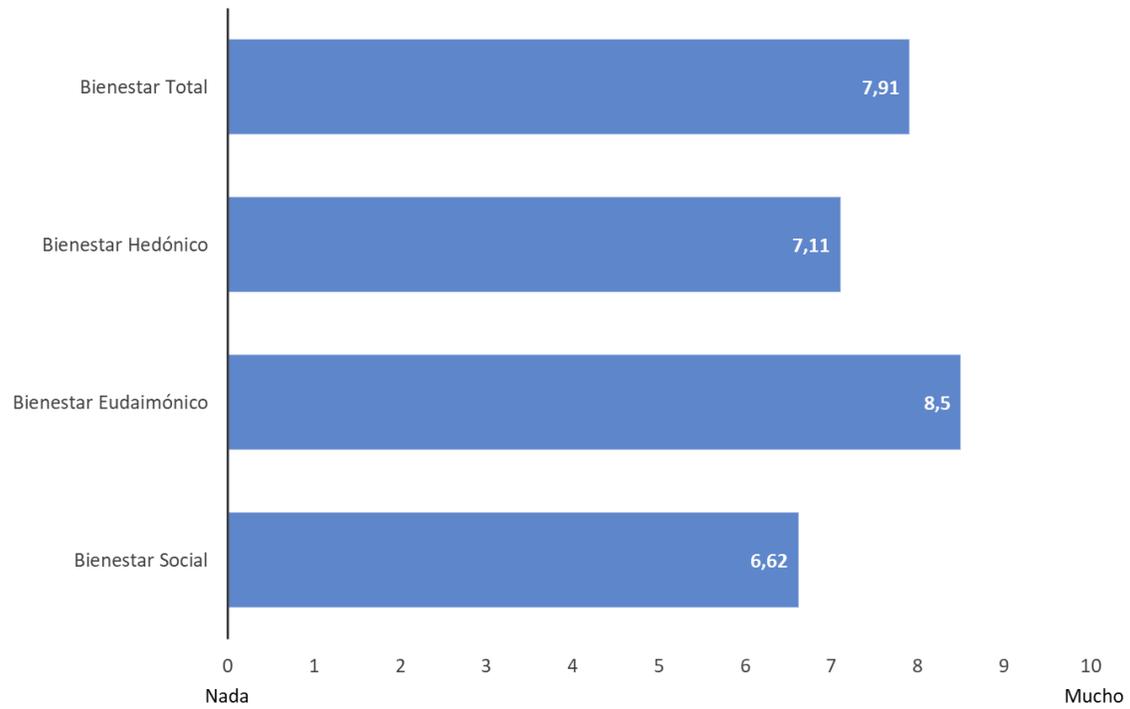
En este apartado se van a analizar los resultados relacionados con distintos tipos de bienestar como son hedónico, eudaimónico y social. El bienestar hedónico subraya la importancia de la satisfacción con la vida y los componentes afectivos, mientras que el bienestar eudaimónico se centra en el funcionamiento psicológico óptimo, que depende de la realización personal e incluye, entre otros, los conceptos de crecimiento personal, propósito en la vida y un sentido de autonomía. Dentro de esta perspectiva individualista, también se incluyen los aspectos sociales del bienestar (Hervás y Vázquez, 2013).

En la primera semana del confinamiento, las personas presentaban un bienestar elevado ($M=7,91$; $DT=1,71$), incluso superior al encontrado en una muestra de 990 españoles con una media de edad de 32,58 ($DT=11,01$) que obtuvieron una puntuación media de 6,92 ($DT=1,71$) en el año 2013, después de cinco años de una de las mayores recesiones económicas de las últimas décadas.

Destaca la alta puntuación obtenida en el bienestar eudaimónico ($M=8,5$; $DT=1,80$), es decir los/as participantes mostraban un bienestar relacionado con la satisfacción de necesidades psicológicas como son el desarrollo y crecimiento personal óptimo. Aquellos aspectos del bienestar relacionados con las posibilidades que la sociedad ofrece para un desarrollo pleno son los que más sobresalían. Sin embargo, el bienestar social es el que presentaba las puntuaciones más bajas (Fig. 1).



Figura 1: Estado de Bienestar





RESULTADOS POR GRUPOS

Las mujeres ($M=7,82$; $DT=1,75$) manifestaban un peor estado de bienestar que los hombres ($M=8,17$; $DT=1,57$) ($t_{(607,324)}=3,245$, $p=0,001$). Ellas informaron de un menor bienestar hedónico, eudaimónico y social en comparación con los hombres (Fig. 2a).

Las personas más jóvenes (18-30 años) ($M=7,53$; $DT=1,67$) también mostraban un peor estado de bienestar que los adultos (31-50 años) ($M=8,08$; $DT=1,78$) y mayores (51 o más años) ($M=8,17$; $DT=1,54$) ($F_{(2,1141)}=15,261$, $p=0,0001$). Por tanto, son los más jóvenes quienes sintieron un menor bienestar hedónico, eudaimónico y social (Fig. 2b).

No existía ninguna diferencia significativa en el estado de bienestar entre las personas quienes viven solas o acompañadas (Solas: $M=7,88$; $DT=1,75$) (Acompañadas: $M=7,91$; $DT=1,71$) ($t_{(1143)}=-0,226$, $p=0,822$) (Fig. 2c). Asimismo, el bienestar de las personas que acudían al centro de trabajo ($M=7,98$; $DT=1,61$) era similar al de quienes no acudían a su puesto de trabajo ($M=7,89$; $DT=1,74$) ($t_{(1144)}=0,671$, $p=0,503$) (Fig. 2d). Las diferencias en el estado de bienestar entre las personas con enfermedades de riesgo ($M=7,90$; $DT=1,79$) y aquellas que no tienen ningún tipo de enfermedad ($M=7,91$; $DT=1,70$) tampoco fueron significativas ($t_{(1144)}=0,134$, $p=0,894$) (Fig. 2e).

Sin embargo, los participantes que conocen a alguien con COVID-19 ($M=7,70$; $DT=1,69$) presentaban un peor estado de bienestar que las personas que no conocen a nadie afectado/a por este virus ($M=8,01$; $DT=1,71$) ($t_{(1144)}=2,933$, $p=0,003$). Se han encontrado diferencias significativas en todos los tipos de bienestar, de forma que las personas que conocen a alguien cercano con COVID-19 informaron tener un menor bienestar hedónico, eudaimónico y social (Fig. 2f).



Figura 2a : Estado de Bienestar por Sexo

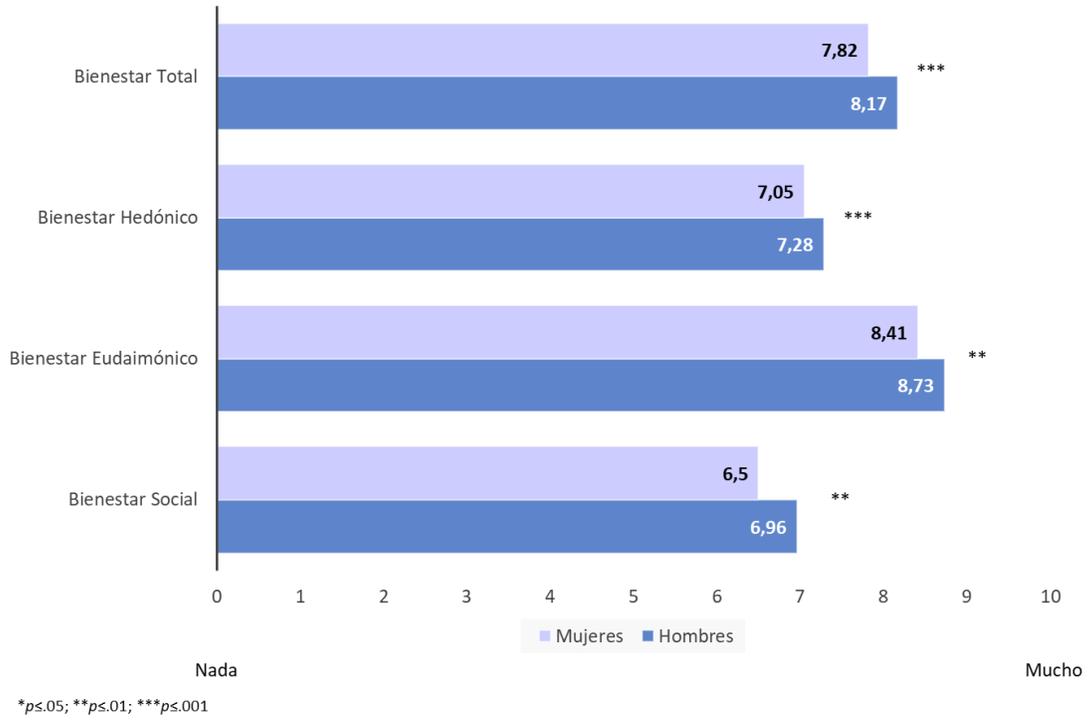


Figura 2b: Estado de Bienestar por Edad

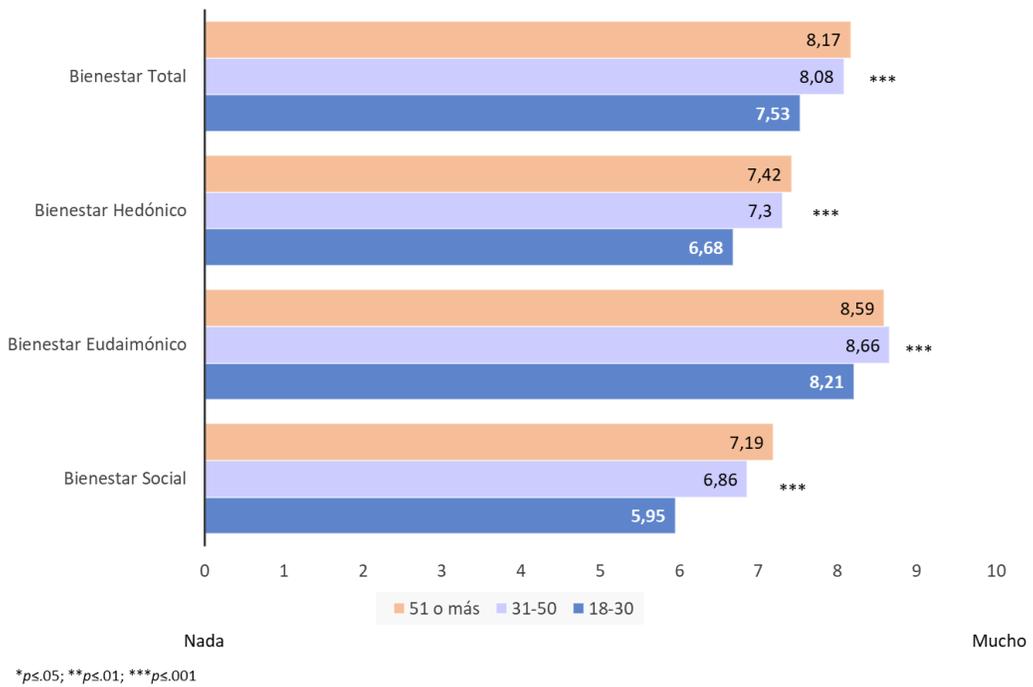




Figura 2c: Estado de Bienestar por Vivir Solo/a o Acompañado/a

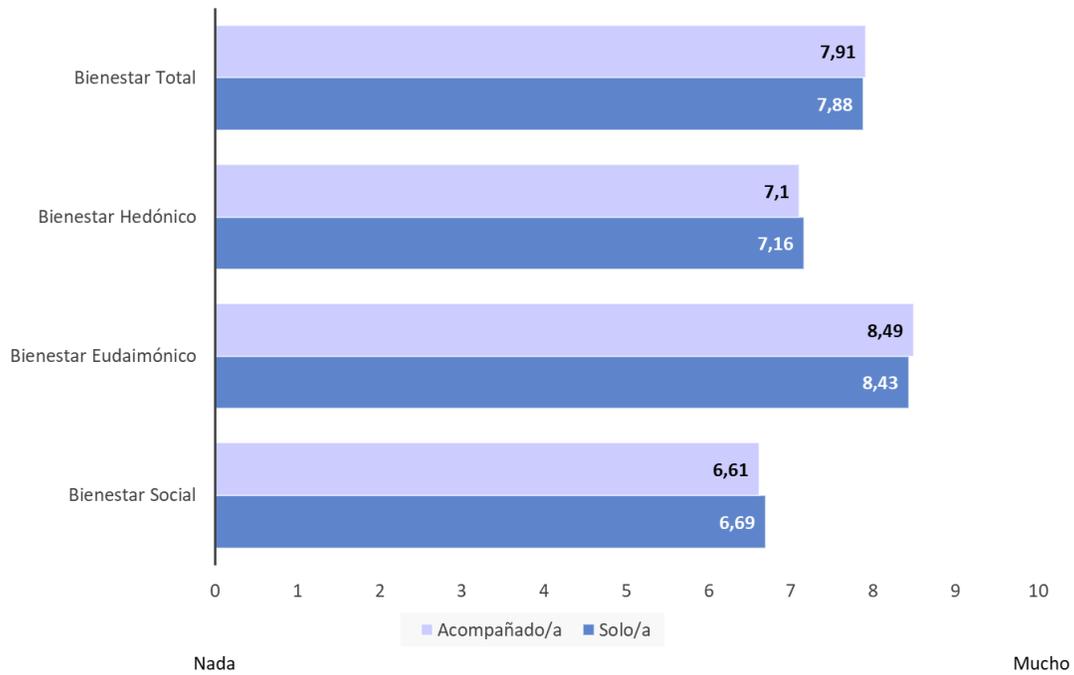


Figura 2d: Estado de Bienestar por Acudir al Centro de Trabajo

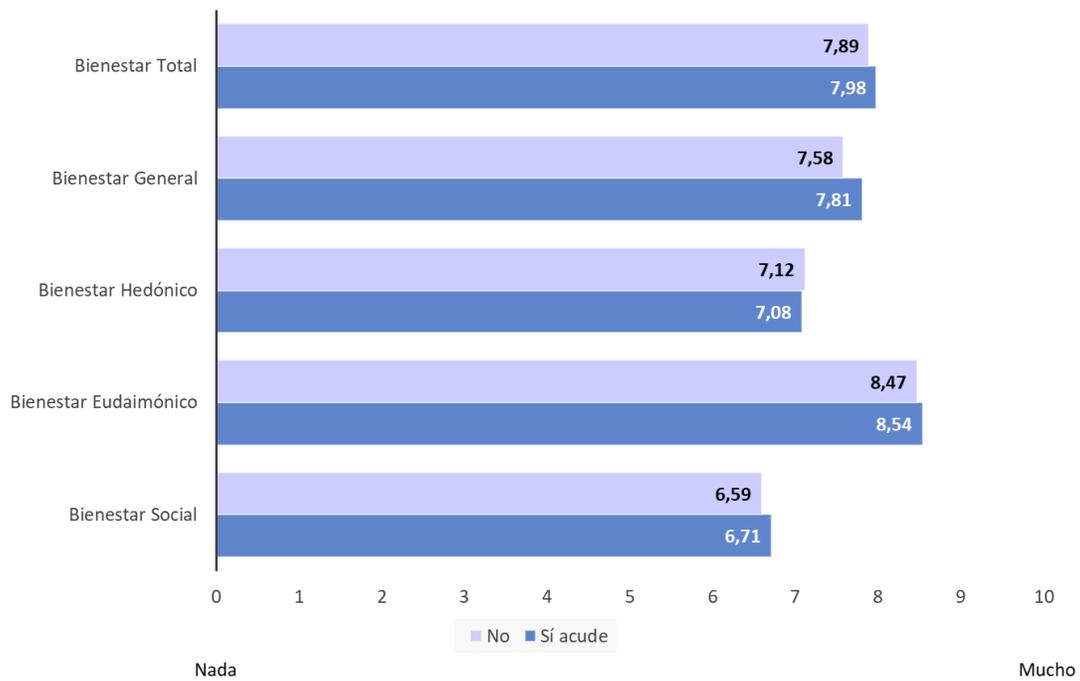




Figura 2e: Estado de Bienestar por Enfermedad de Riesgo

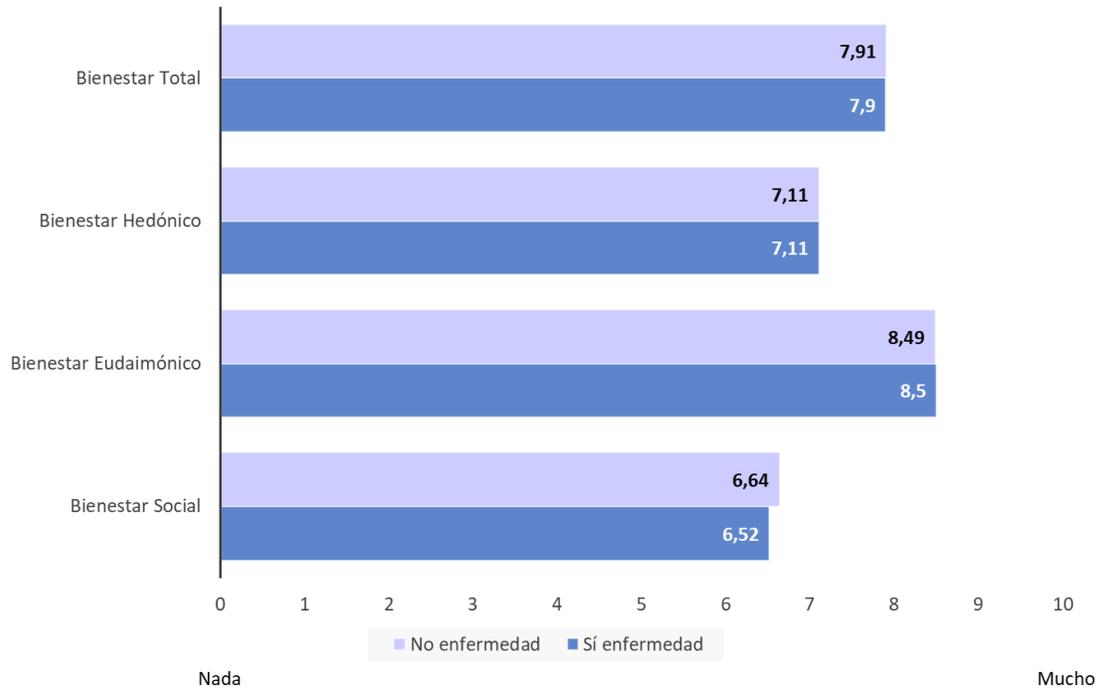
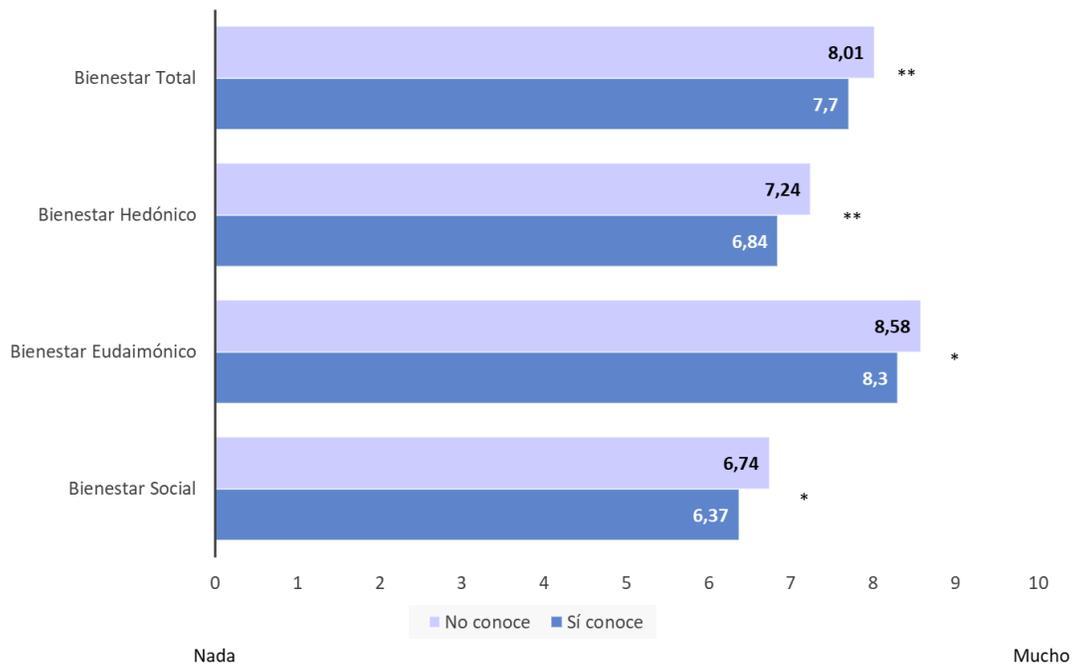


Figura 2f: Estado de Bienestar por Conocer Personas Contagiadas



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



1.2. Estado de Bienestar Emocional

En este apartado nos centraremos en el bienestar emocional. Se refiere a la calidad emocional que encuentran las personas en las experiencias cotidianas; es decir, la frecuencia e intensidad de las experiencias de alegría, tristeza, ira y afecto que hacen que la vida sea placentera o desagradable. El bienestar emocional de las personas mejora cuando la presencia de emociones positivas es mayor que el de las emociones negativas.

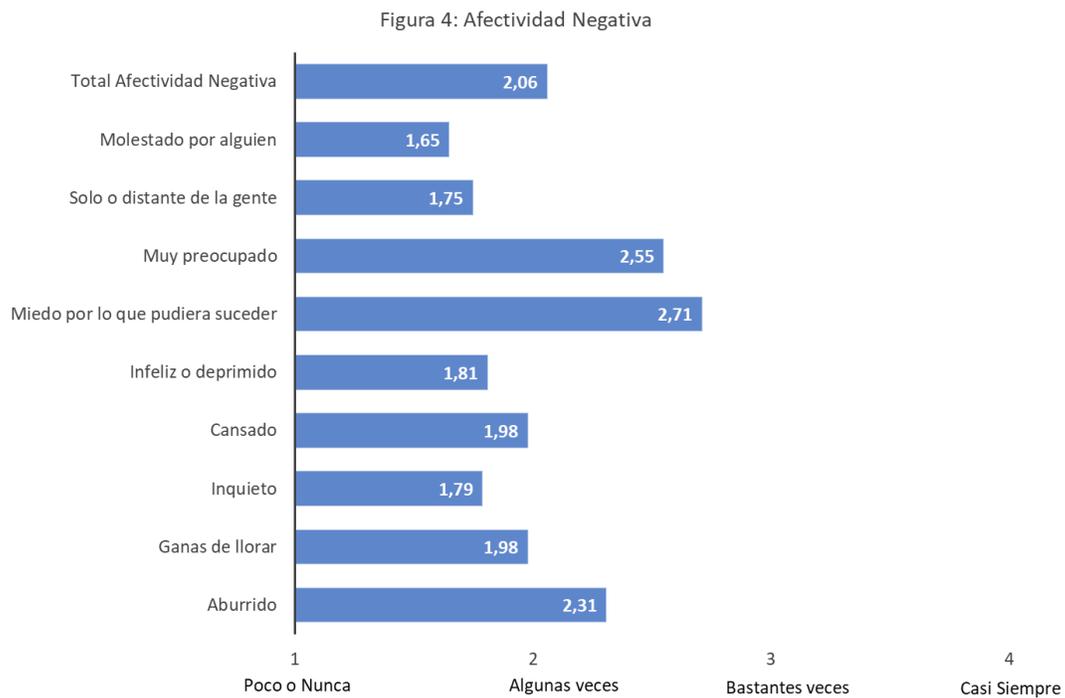
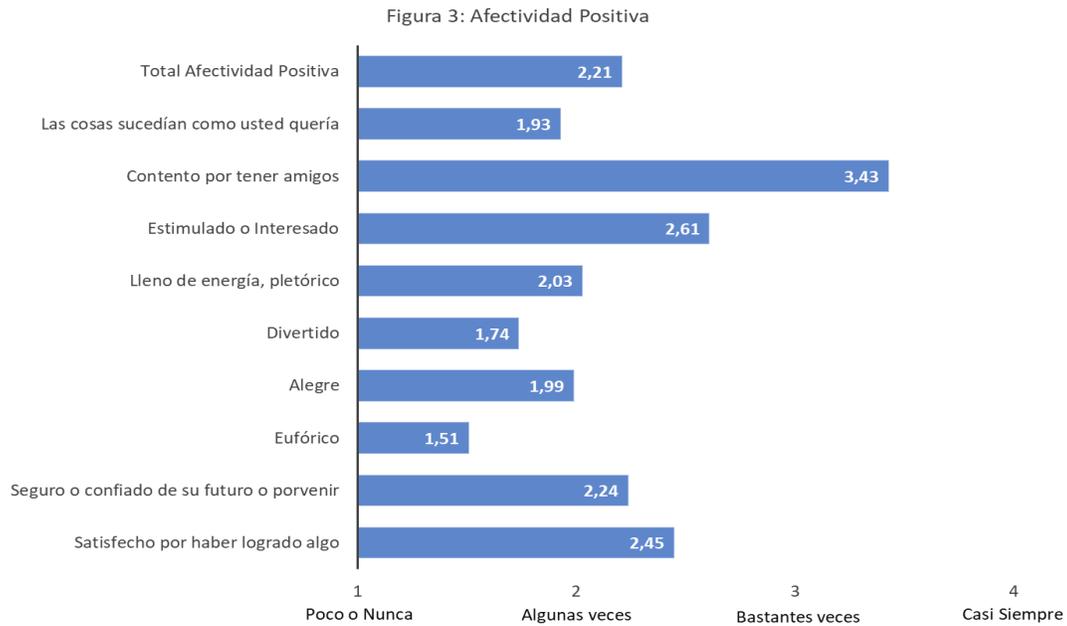
La media de la balanza de afectos se obtiene mediante la resta de la puntuación obtenida en afectividad positiva menos negativa. En este caso se sitúa en 0,15 ($DT=0,91$; rango -3 a +3). Teniendo en cuenta que mayores puntuaciones significan un mejor estado de ánimo, la muestra durante la primera semana de confinamiento presentaba niveles de afectividad positiva ($M=2,21$, $DT=0,50$; rango 1-4) y negativa ($M=2,06$, $DT=0,60$; rango 1-4) moderados y similares. Estos datos indican que inicialmente existe cierta incapacidad de procesar emocionalmente la situación provocada por la COVID-19, lo que se refleja en una manifiesta atonía emocional, que conduce a la dificultad de experimentar emociones negativas (deprimido, inquieto), pero también positivas (alegría, euforia) (Figs. 3 y 4).

Destaca que el sentimiento más frecuente entre las personas era estar contentas por tener amigos ($M=3,43$, $DT=0,77$). Este resultado pone de relieve que las catástrofes como la que estamos viviendo son experiencias colectivas que llevan a buscar apoyo social entre las personas que son fuente de apoyo y comprensión. Las personas están contentas por contar con una red social de amistades que, en estos casos, se perciben como una fuente de apoyo emocional importante (Fig. 3).

Los datos confirman que, en los primeros momentos del confinamiento, la crisis del coronavirus estaba generando en los españoles una notable preocupación ($M=2,55$, $DT=0,98$) y miedo por lo que pudiese pasar ($M=2,71$, $DT=0,98$). Es lógico que la rápida expansión de un virus desconocido por la ciencia y causante de patologías que pueden tener un desenlace fatal cause este tipo de emociones. De hecho, un cierto miedo y preocupación



ante una amenaza real son mecanismos que facilitan la adopción de comportamientos de supervivencia (Fig. 4).





RESULTADOS POR GRUPOS

En general, los hombres ($M=0,45$; $DT=0,86$) presentaban una mejor balanza de afectos que las mujeres ($M=0,05$; $DT=0,90$) ($t_{(1218)}=-6,976$, $p=0,0001$). Esto se refleja en que las mujeres ($M=2,19$; $DT=0,50$) informaron sentir menos emociones positivas que los hombres ($M=2,28$; $DT=0,51$) ($t_{(1218)}=2,967$, $p=0,003$). Las mujeres sentían con menor frecuencia que tenían energía, que las cosas sucedían como ellas querían y estaban menos seguras o confiadas en su futuro o porvenir en comparación con los hombres (Fig. 5a). También son las mujeres, frente a los hombres, ($M=2,14$; $DT=0,60$) quienes experimentaban una mayor afectividad negativa ($M=1,83$; $DT=0,55$) ($t_{(620,907)}=-8,053$, $p=0,0001$). Se sentían más molestas y cansadas con la situación, solas o distantes de la gente, preocupadas e inquietas, infelices o deprimidas, con miedo y ganas de llorar (Fig. 5b).

A medida que aumenta la edad, las personas mejoraban la balanza de afectos (18-30 años: $M=-0,05$; $DT=0,90$; 31-50 años: $M=0,15$; $DT=0,89$; 51 o más años: $M=0,49$; $DT=0,84$) ($F_{(2,1218)}=30,157$, $p=0,0001$). Las personas de más edad ($M=2,30$; $DT=0,53$) presentaban una mayor afectividad positiva que las más jóvenes ($M=2,17$; $DT=0,49$) ($F_{(2,1218)}=5,931$, $p=0,003$). Ni los jóvenes ni los más mayores mostraron diferencias significativas en balanza de afectos con las personas de mediana edad ($M=2,20$; $DT=0,49$). Las personas de mayor edad (51 o más) son quienes más consideraban que las cosas sucedían como ellos querían, se sentían más estimulados o interesados, más llenos de energía y plétóricos, más seguros y confiados de su futuro o porvenir y más satisfechos por haber logrado algo. Sin embargo, los más jóvenes informaban sentirse más alegres y eufóricos (Fig. 5c).

También, a medida que aumenta la edad, el nivel de afectividad negativa se reducía (18-30 años: $M=-2,22$; $DT=0,60$; 31-50 años: $M=2,06$; $DT=0,60$; 51 o más años: $M=1,81$; $DT=0,52$) ($F_{(2,1218)}=39,360$, $p=0,0001$). Es decir, las personas mayores son las que se sentían



menos molestas, cansadas o aburridas, distantes de la gente, inquietas, infelices o deprimidas y con ganas de llorar (Figura 5d).

No se han encontrado diferencias significativas en la balanza de afectos al comparar a las personas que viven solas ($M=0,13$; $DT=0,94$) con quienes viven acompañadas ($M=0,15$; $DT=0,90$) ($t_{(1222)}=-0,299$, $p=0,765$). Tampoco existen diferencias ni en la afectividad positiva ni en la negativa. Sin embargo, al analizar las emociones por separado, se encuentra que las personas que viven acompañadas han experimentado alegría y euforia con más frecuencia, y se han sentido menos solas o distantes de la gente que quienes viven solas (Fig. 5e y 5f).

Tampoco se muestran diferencias en la balanza de afectos (Sí: $M=0,09$; $DT=0,89$; No: $M=0,17$; $DT=0,90$) ($t_{(1218)}=-1,184$, $p=0,236$), en la afectividad positiva y negativa, en función de acudir al trabajo. Al analizar cada emoción por separado, las personas que acuden al trabajo se han sentido más molestas y cansadas que las que no acuden (Fig. 5g y 5h).

Quienes tienen una enfermedad de riesgo frente a quienes no la tienen presentaban puntuaciones similares en balanza de afectos (Sí: $M=0,11$; $DT=0,93$; No: $M=0,16$; $DT=0,90$) ($t_{(1218)}=0,726$, $p=0,468$), así como una afectividad positiva y negativa. Sin embargo, el análisis de cada emoción por separado mostró que son las personas con alguna enfermedad de riesgo quienes se mostraban más contentas por tener amigos, aunque también se sentían más molestas, cansadas y con miedo por lo que pudiera suceder (Fig. 5i y 5j).

Quienes conocen a alguien que ha contraído COVID-19 ($M=-0,02$; $DT=0,88$) mostraban una peor balanza de afectos que los que no conocen a nadie con este virus ($M=0,23$; $DT=0,91$) ($t_{(1218)}=4,685$, $p=0,0001$). Estas personas presentaban una menor afectividad positiva, sintiéndose menos estimuladas o interesadas, con menos energía, estando menos seguras o confiadas en su futuro o porvenir, y menos satisfechas por haber logrado algo (Fig. 5k). También informaban de una mayor afectividad negativa, sintiéndose más molestas, preocupadas, cansadas y aburridas, solas o distantes de la gente, infelices o deprimidas, con más miedo por el futuro y ganas de llorar (Fig.5l).



Figura 5a: Afectividad Positiva por Sexo

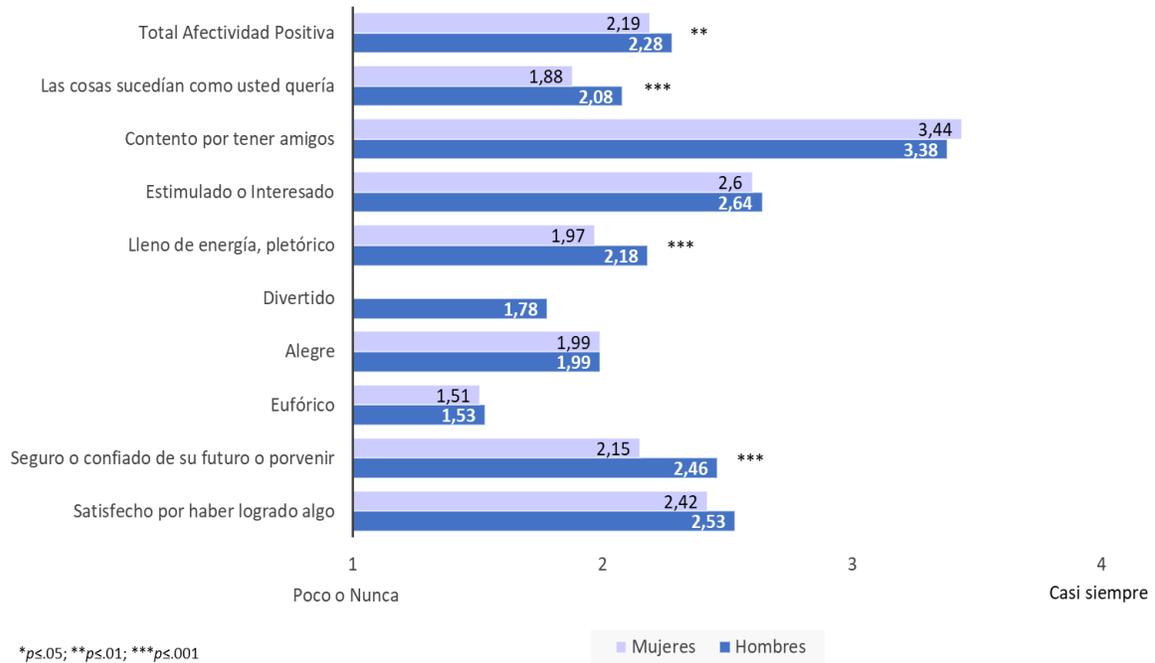


Figura 5b: Afectividad Negativa por Sexo

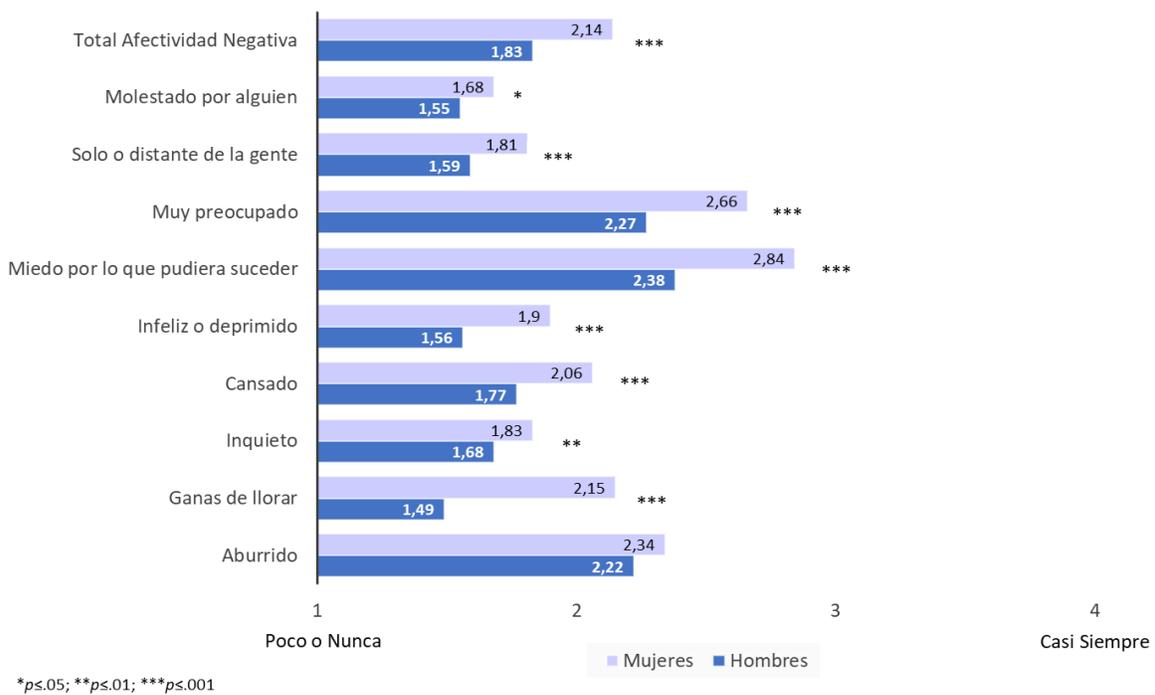




Figura 5c: Afectividad Positiva por Edad

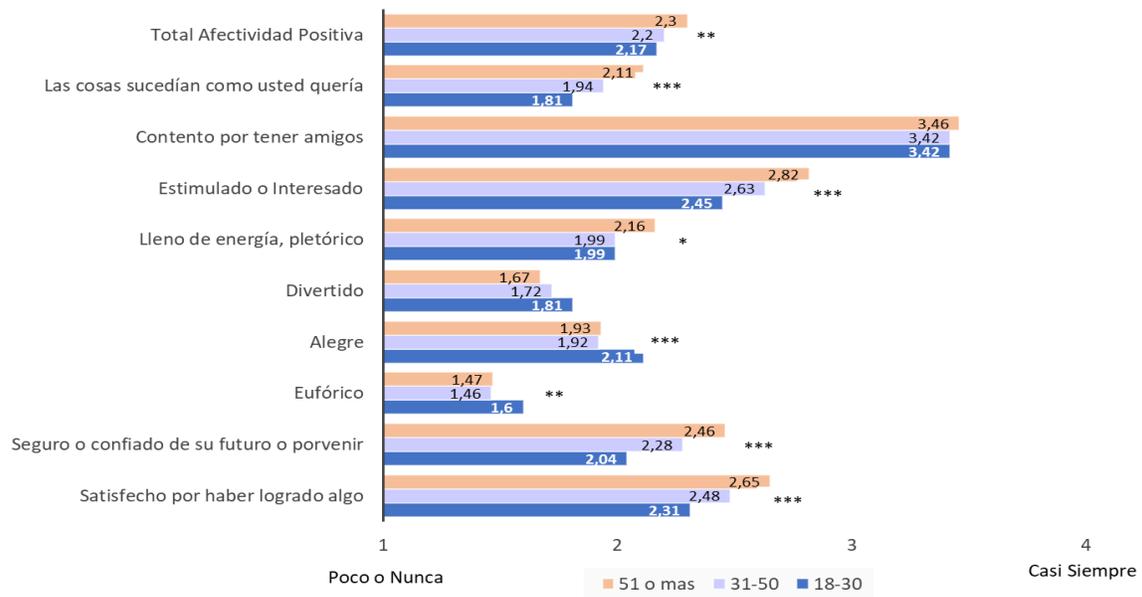


Figura 5d: Afectividad Negativa por Edad

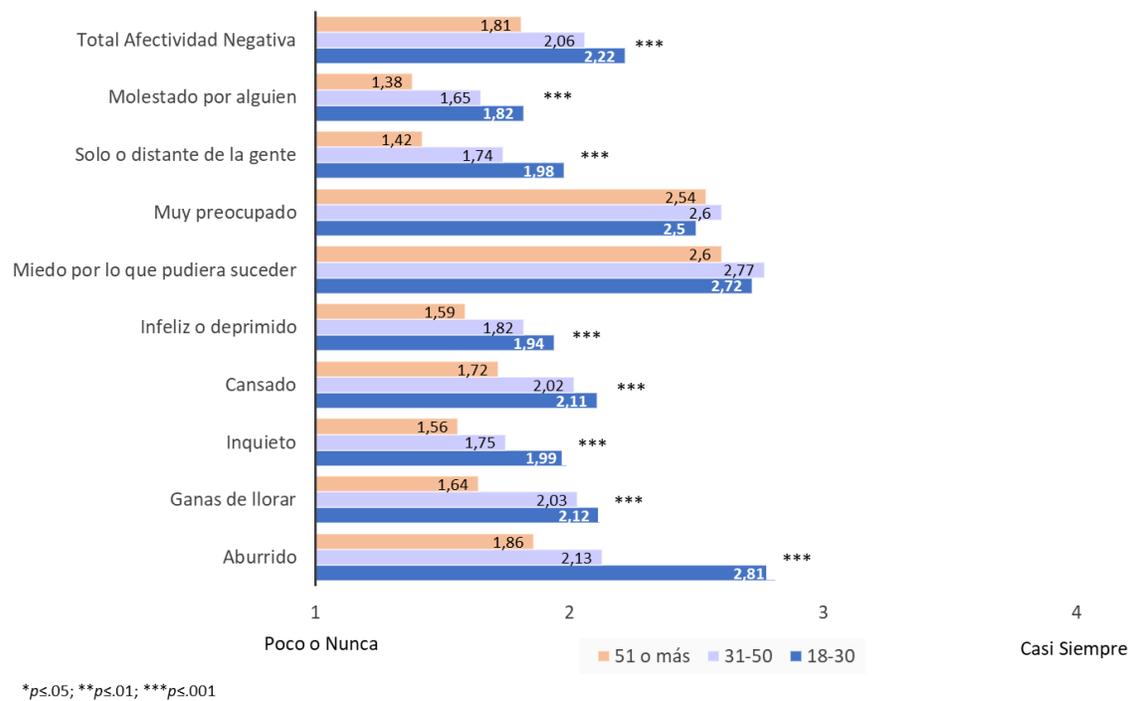




Figura 5e: Afectividad Positiva por Vivir Solo/a o Acompañado/a

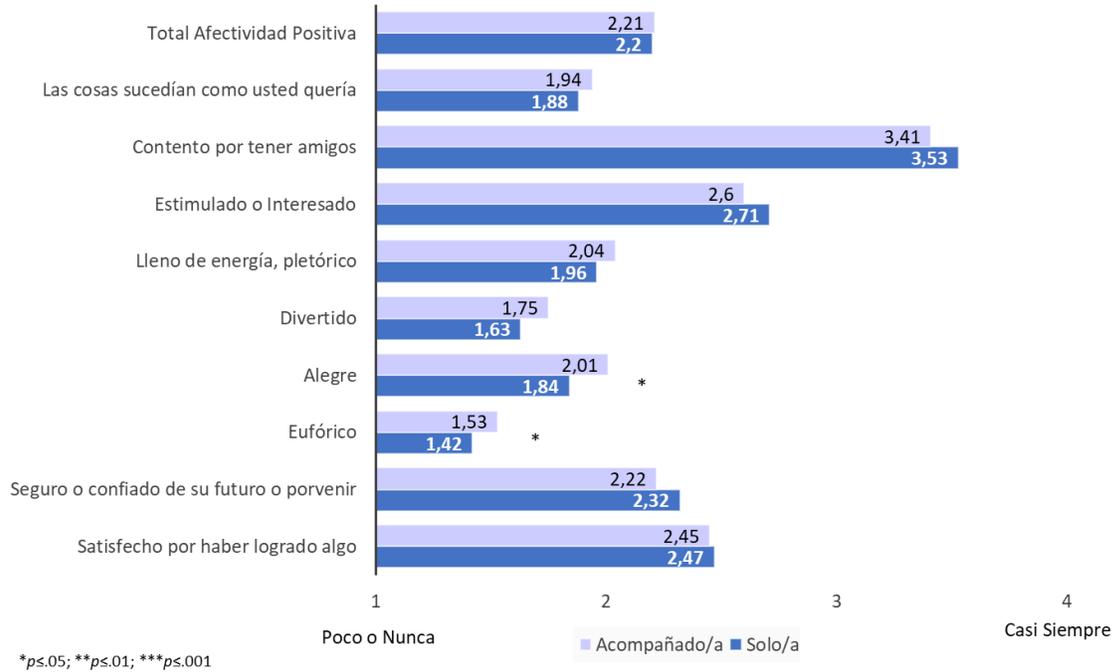


Figura 5f: Afectividad Negativa por Vivir Solo/a o Acompañado/a

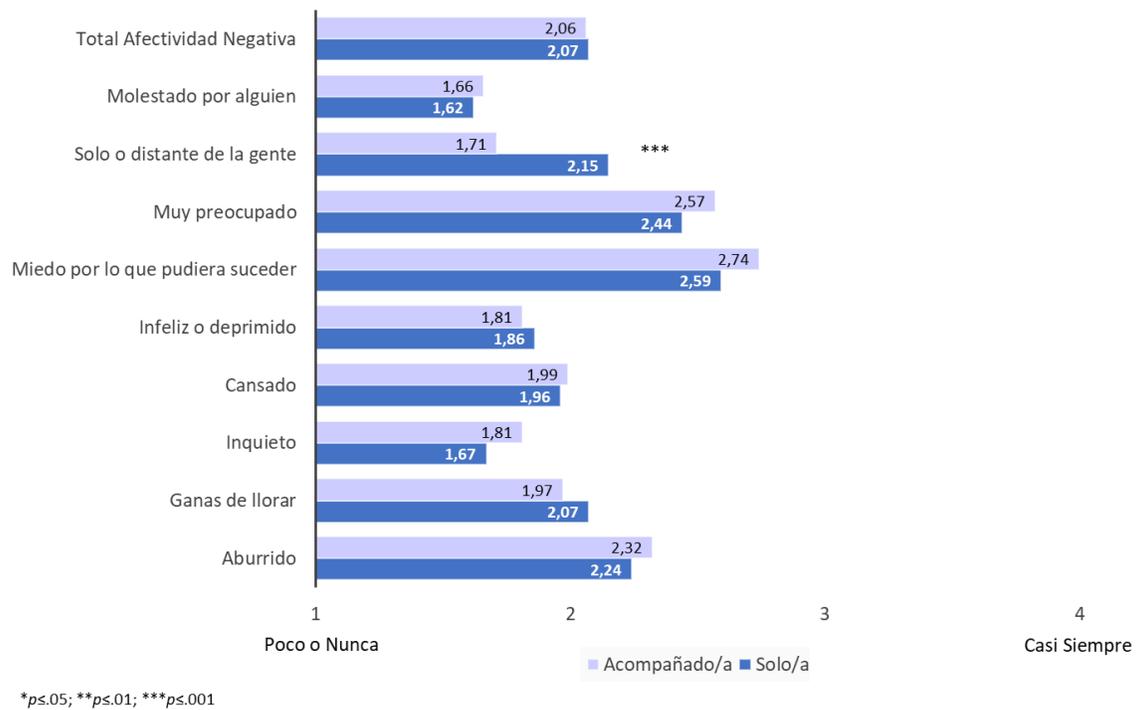
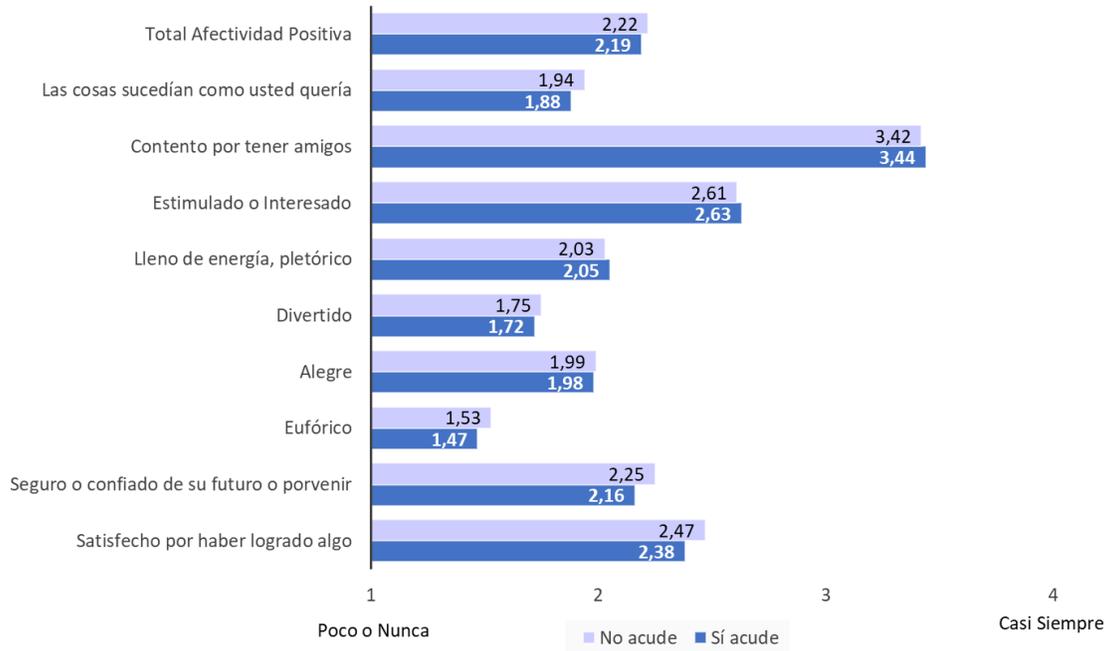


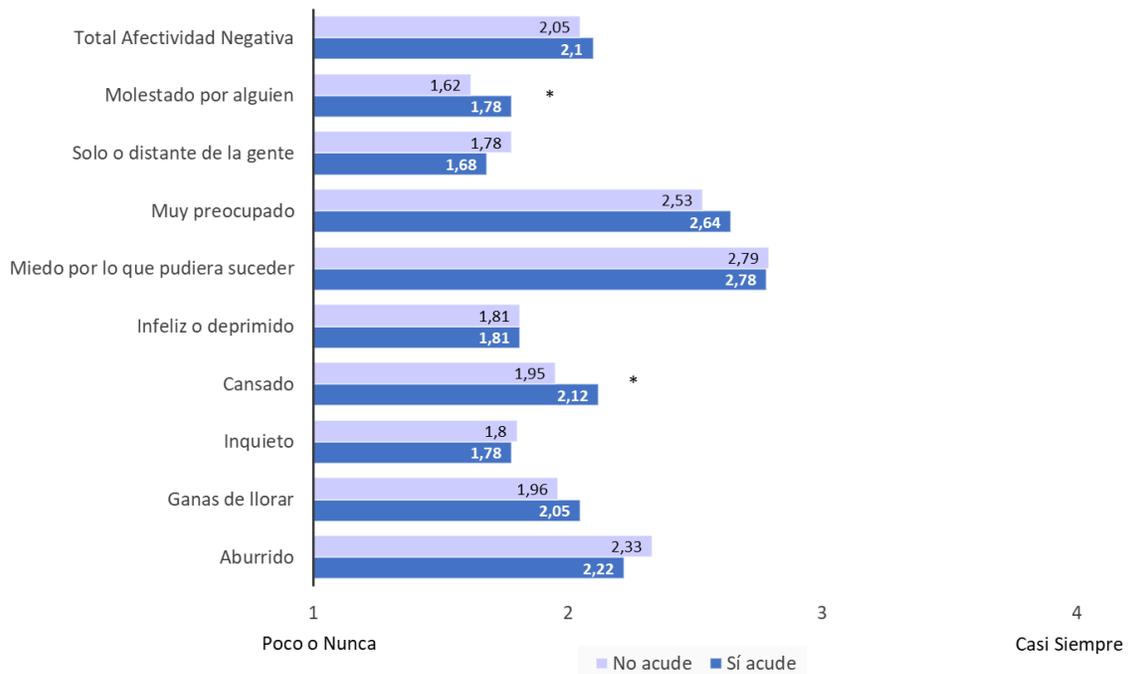


Figura 5g: Afectividad Positiva por Acudir al Centro de Trabajo



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

Figura 5h: Afectividad Negativa por Acudir al Centro de Trabajo



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



Figura 5i: Afectividad Positiva por Enfermedad de Riesgo

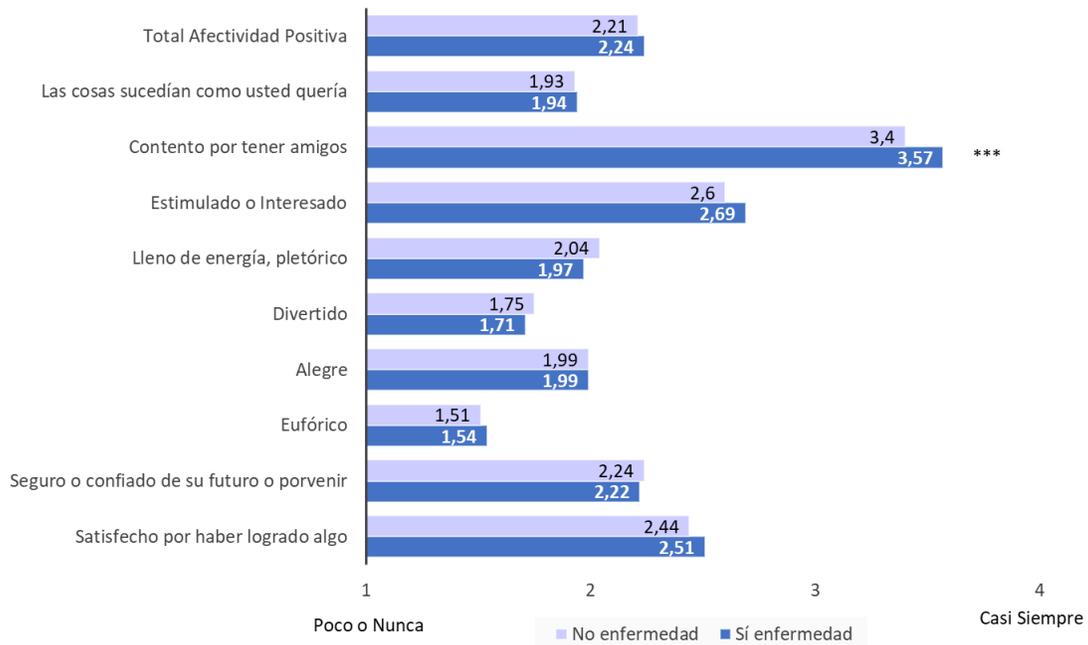


Figura 5j: Afectividad Negativa por Enfermedad de Riesgo

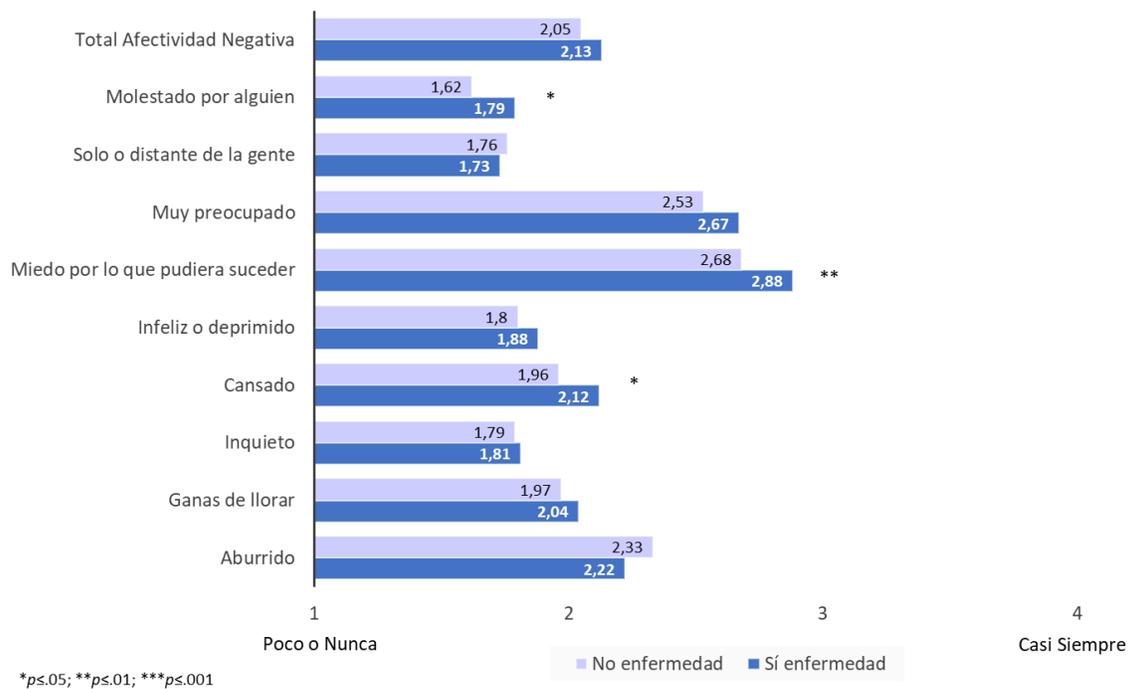
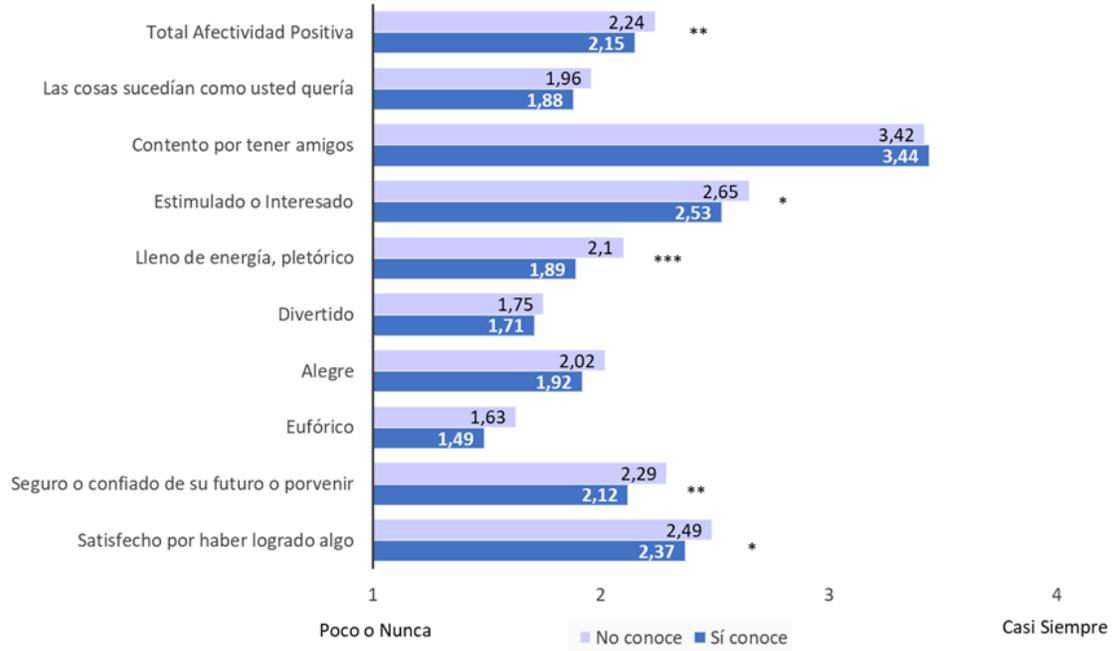


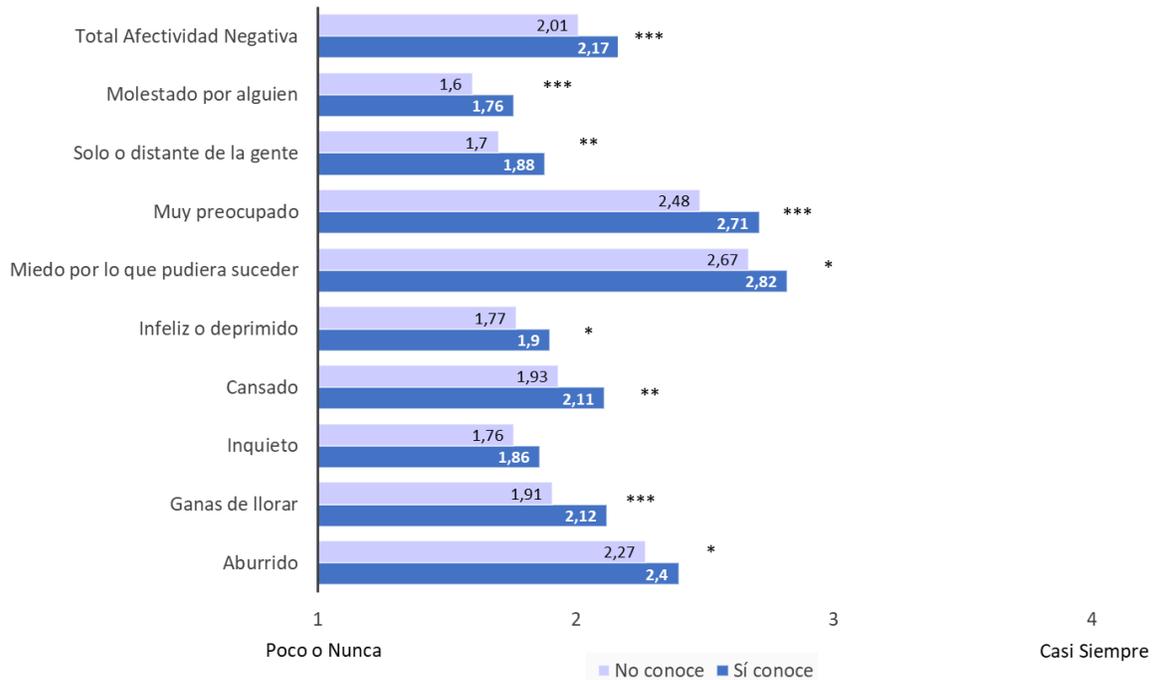


Figura 5k: Afectividad Positiva por Conocer Personas Contagiadas



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

Figura 5l: Afectividad Negativa por Conocer Personas Contagiadas



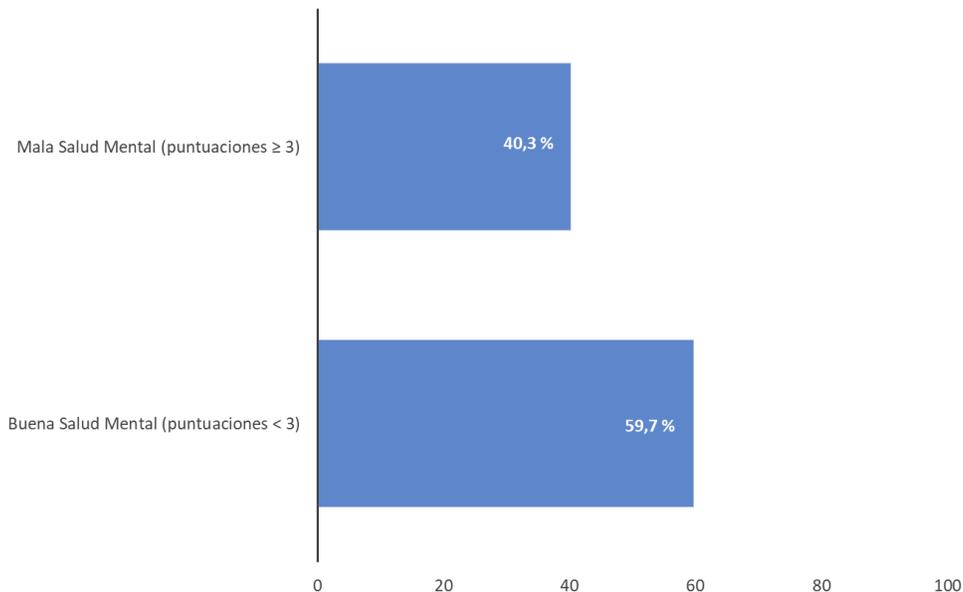
* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$



1.3. Salud Mental

Para valorar el estado de salud mental se utilizó el cuestionario de Salud General GHQ-12 de Goldberg (1972, 1978) (adaptado en español por Sánchez-López y Dresch, 2008). Se trata de un cuestionario autoadministrado que explora síntomas subjetivos de distrés psicológico, manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión, dificultades de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales. Es un instrumento de cribado y no de diagnóstico.

Figura 6: Salud Mental



La puntuación media de los participantes en salud mental fue de 2,70 ($DT=2,76$; rango: 0-12), lo que indica que no presentaban problemas de salud mental. Sin embargo, es de destacar que un 40,3% de la muestra presentaba puntuaciones ≥ 3 en el GHQ-12, lo cual es indicativo de riesgo de mala salud mental¹.

¹ El punto de corte para identificar los posibles casos psiquiátricos es 3. Una persona que obtenga una puntuación de 3 o más es un posible caso psiquiátrico o está en riesgo de padecer un trastorno mental, teniendo en cuenta que se trata de un instrumento de cribado y no diagnóstico. Es importante tener en cuenta que es conveniente valorar la evolución de las series más que los datos puntuales obtenidos.



RESULTADOS POR GRUPOS

Las mujeres ($M=2,93$; $DT=2,85$) presentaban una peor salud mental que los hombres ($M=2,09$; $DT=2,42$) ($t_{(598,659)}=-4,785$, $p=0,0001$). Un 44,8% de las mujeres obtuvieron puntuaciones ≥ 3 frente a un 28,1% de los hombres (Fig. 7a).

A medida que aumenta la edad, la salud mental mejoraba (18-30 años: $M=3,23$; $DT=2,86$) (31-50 años: $M=2,86$; $DT=2,80$) (51 o más años: $M=1,63$; $DT=2,20$) ($F_{(2,1037)}=25,503$, $p=0,0001$). En este caso, el 50,5% de los más jóvenes han obtenido puntuaciones de riesgo de mala salud mental, disminuyendo a un 42,1% en el caso de los adultos y a un 22% en el caso de los mayores (Fig. 7b).

No existían diferencias significativas en la salud mental de las personas que viven solas ($M=2,43$; $DT=2,62$) o acompañadas ($M=2,75$; $DT=2,78$) ($t_{(1039)}=-1,200$, $p=0,231$), ni en el de las personas que acuden al centro de trabajo ($M=2,71$; $DT=2,74$) o quienes no acuden ($M=2,70$; $DT=2,77$) ($t_{(1040)}=-0,032$, $p=0,975$) (Fig. 7c, 7d). La salud mental también era similar en las personas que presentaban una enfermedad de riesgo ($M=2,88$; $DT=2,99$) y las que no ($M=2,67$; $DT=2,71$) ($t_{(1040)}=-0,950$, $p=0,342$) (Fig. 7e).

Sin embargo, la salud mental de las personas que conocen a alguien que ha contraído la COVID-19 ($M=3,22$; $DT=2,93$) era peor que los que no conocen a nadie con este tipo de virus ($M=2,46$; $DT=2,64$) ($t_{(611,571)}=-4,058$, $p=0,001$). Mientras que un 48,6% de las personas que conocen a alguien con virus presentaban un perfil de riesgo, este se redujo hasta un 39% en las personas que no conocen a nadie (Fig. 7f).



Figura 7a: Salud Mental por Sexo

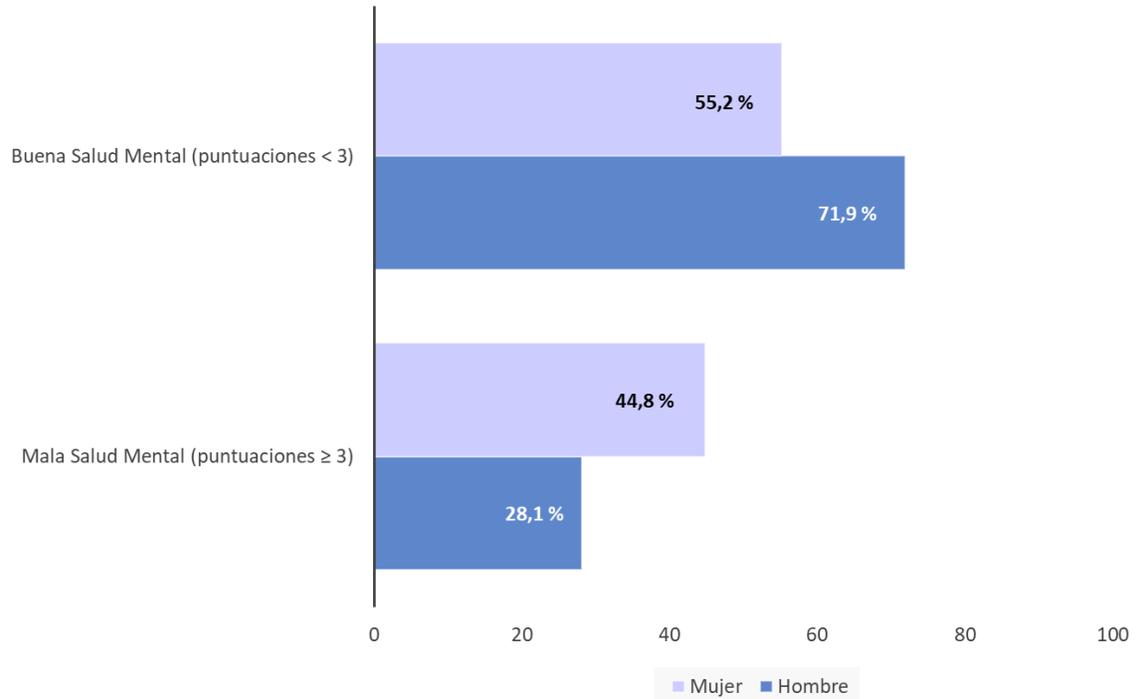


Figura 7b: Salud Mental por Edad

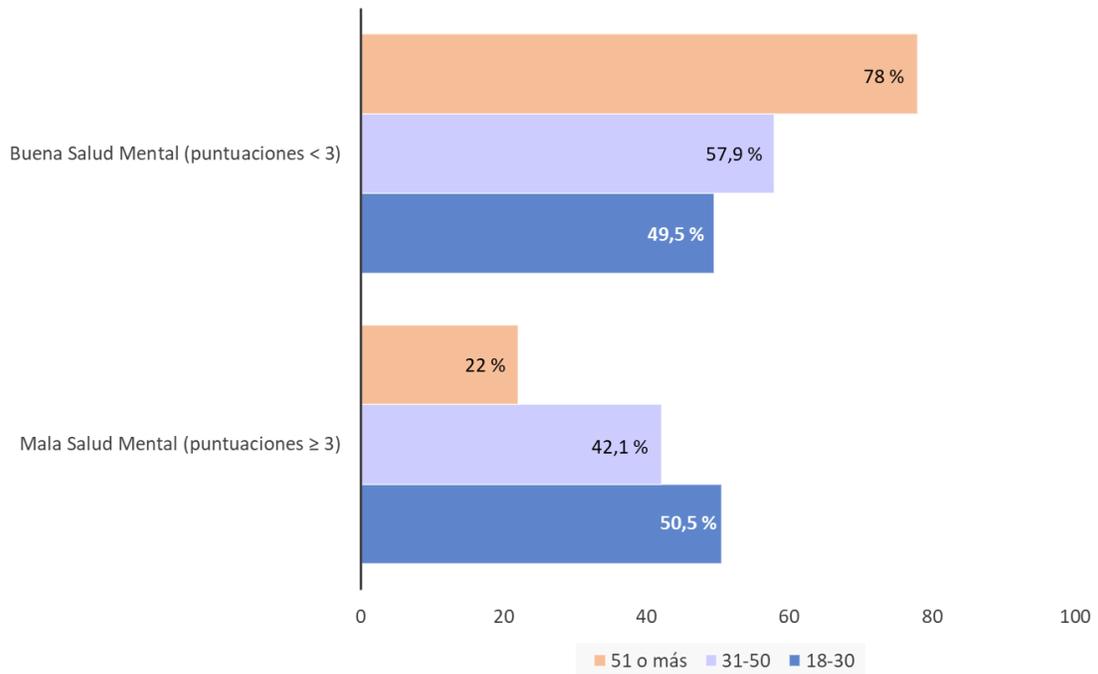




Figura 7c: Salud Mental por Vivir Solo/a o Acompañado/a

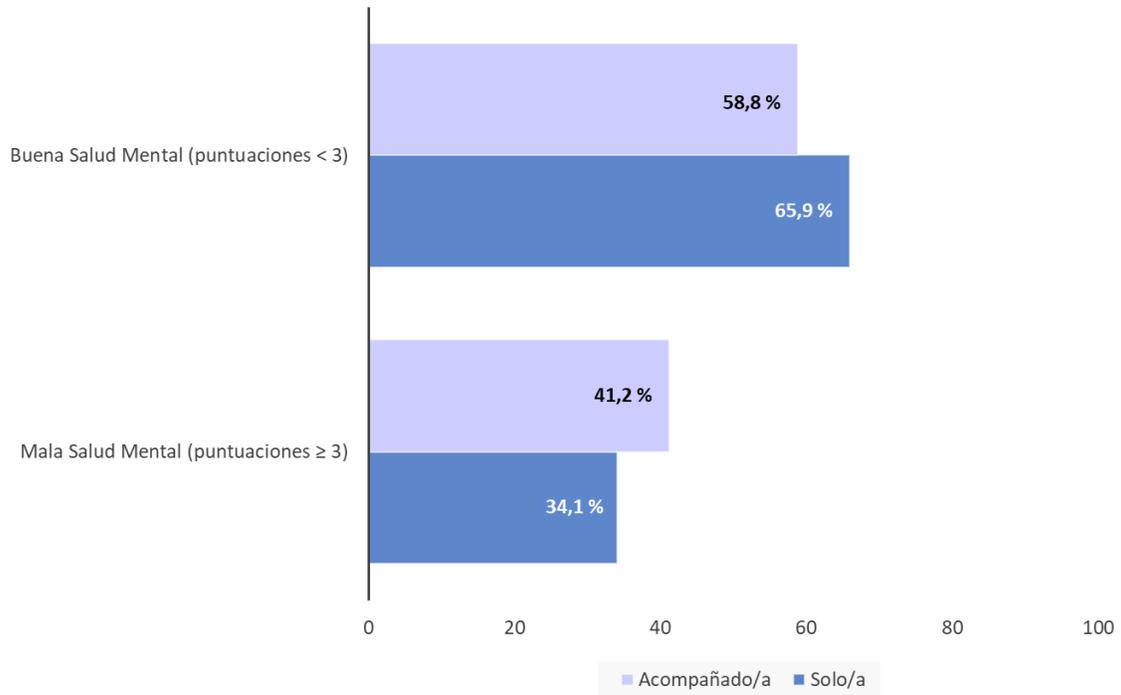


Figura 7d: Salud Mental por Acudir al Centro de Trabajo

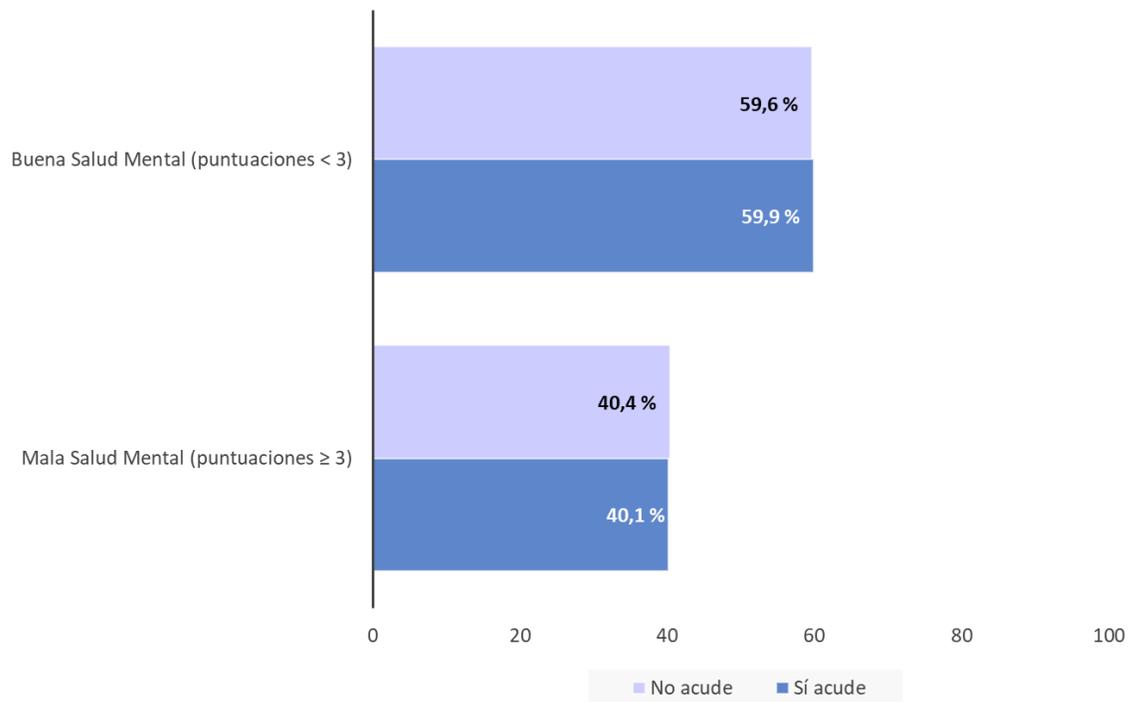




Figura 7e: Salud Mental por Enfermedad de Riesgo

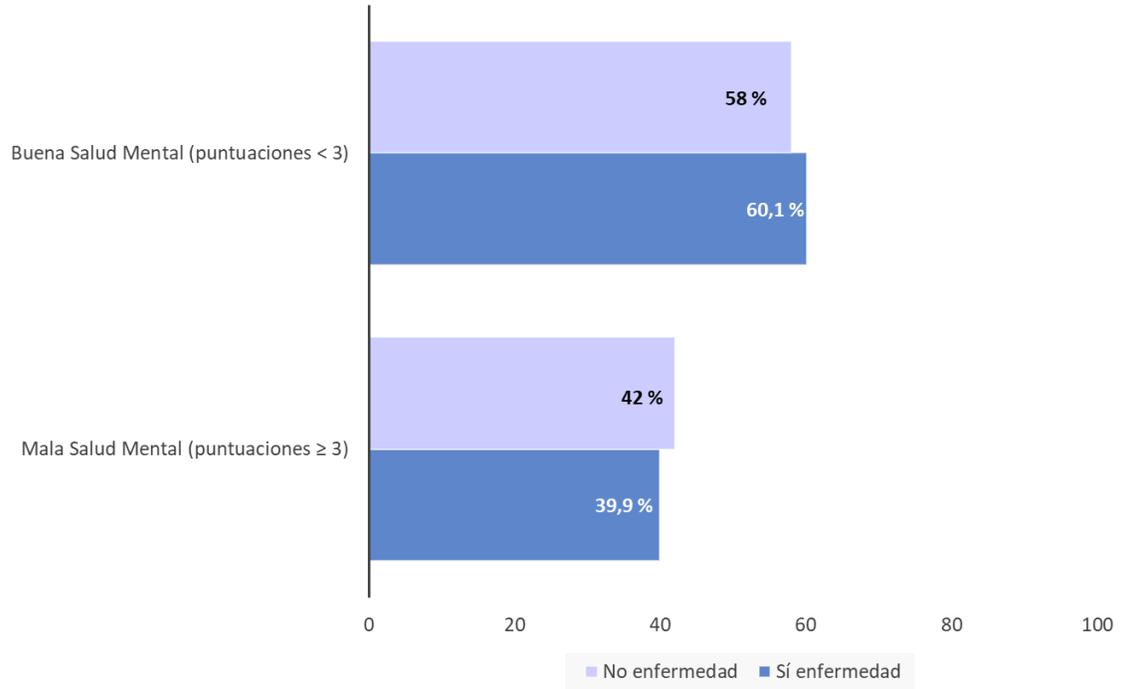
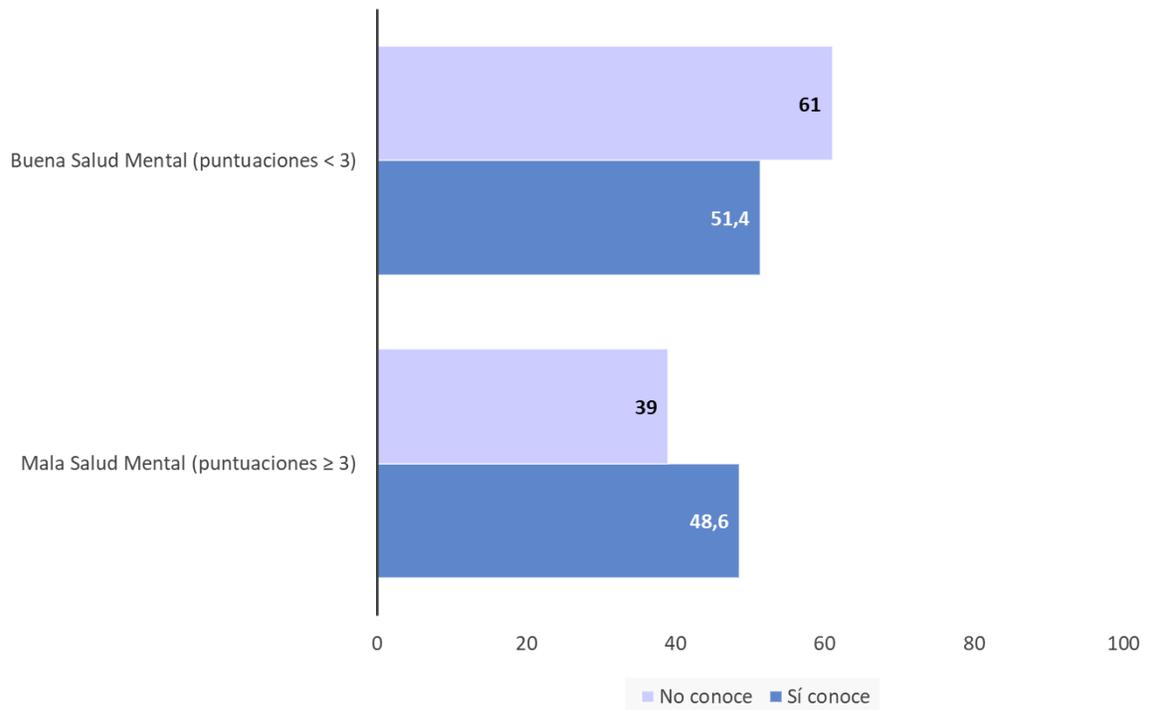


Figura 7f: Salud Mental por Conocer Personas Contagiadas

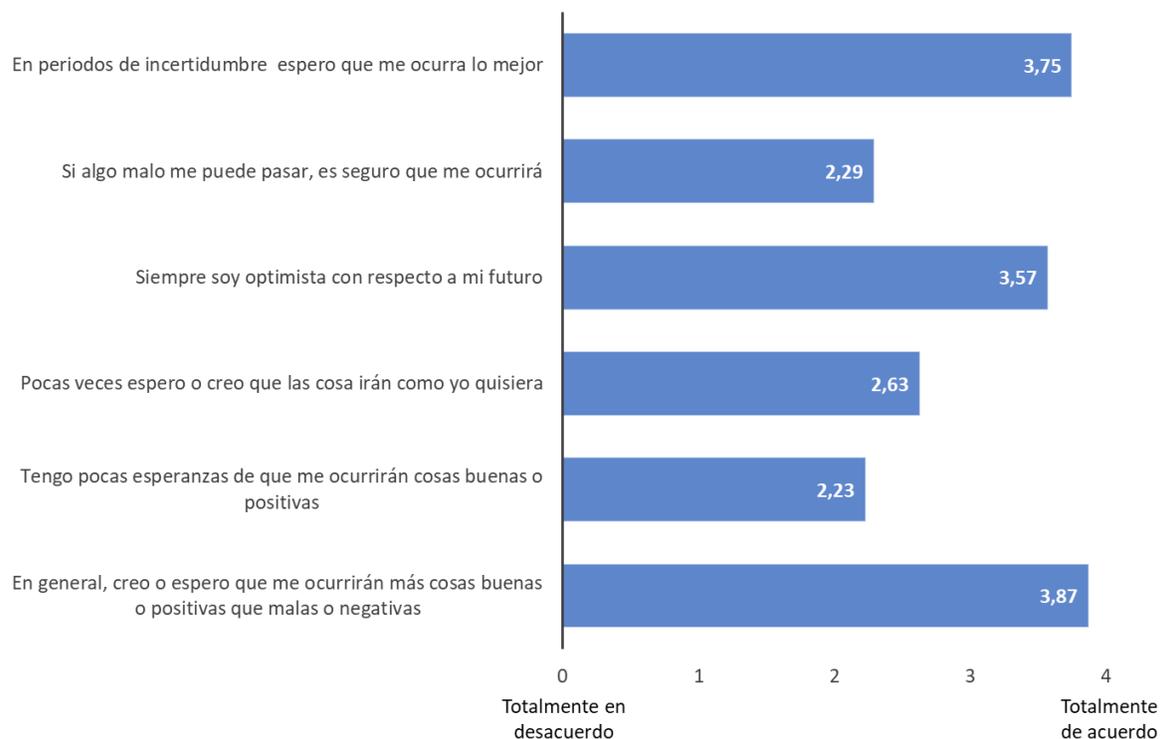




Expectativas de Futuro

En un primer momento del aislamiento y alerta sanitaria, las personas se mantuvieron relativamente optimistas ante el futuro ($M=19,04$; $DT=4,50$; rango 6-30). Tenían una perspectiva muy esperanzadora ante la situación de incertidumbre e inseguridad. Creían que, a pesar de las circunstancias, les iba a ocurrir lo mejor, es decir que iban a experimentar más cosas positivas que negativas y se mostraban optimistas respecto al futuro. Sin embargo, también mostraban cierta conformidad con algunos pensamientos pesimistas como que pocas veces esperaban que las cosas iban a ir como ellos quisieran, si algo malo les podía pasar, es seguro que les iba a ocurrir o tenían pocas esperanzas de que les ocurriría cosas positivas (Fig. 8).

Figura 8: Expectativas de Futuro





RESULTADOS POR GRUPOS

Las expectativas de futuro de las mujeres ($M=18,82$; $DT=4,63$) eran peores que las de los hombres ($M=19,64$; $DT=4,08$) ($t_{(622,366)}=2,928$, $p=0,004$). Las mujeres informaban que eran menos optimista ante el futuro y estaban más de acuerdo con que si algo malo les pudiera pasar, es seguro que les ocurriría (Fig. 9).

Las expectativas de futuro también variaban en las distintas edades ($F_{(2,1144)}=13,290$, $p=0,0001$). Las personas más jóvenes (18-30 años) ($M=18,10$; $DT=4,44$) percibían que el futuro iba a ser más desalentador que las personas adultas (31-50 años) ($M=19,45$; $DT=4,61$) y que las personas mayores ($M=19,64$; $DT=4,15$). Los más jóvenes se mostraban menos optimistas ante el futuro y consideraban en menor medida que les iban a ocurrir más cosas positivas que negativas. También su visión del futuro era más pesimista porque estaban más de acuerdo que si algo malo les pudiera suceder, es seguro que les ocurriría, que pocas veces esperaban que las cosas fueran como ellos quisieran, y tenían menos esperanzas en que les iban a ocurrir cosas positivas (Fig. 9b).

No existían diferencias significativas entre las personas que viven solas ($M=18,58$; $DT=4,80$) y acompañadas ($M=19,07$; $DT=4,46$) con respecto a sus expectativas de futuro ($t_{(1146)}=-1,177$, $p=0,239$) (Fig. 9c). Estas expectativas también son similares si se acude al centro de trabajo ($M=19,06$; $DT=4,50$) o no se acude ($M=19,01$; $DT=4,51$) ($t_{(1147)}=0,152$, $p=0,879$) (Fig. 9d). Tampoco se han encontrado diferencias en las expectativas de futuro en función de tener una enfermedad de riesgo ($M=18,69$; $DT=4,47$) o no tenerla ($M=19,09$; $DT=4,51$) ($t_{(1147)}=1,161$, $p=0,246$), ni en función de conocer a alguna persona contagiada de coronavirus ($M=18,74$; $DT=4,70$) o no ($M=19,15$; $DT=4,41$) ($t_{(1147)}=1,438$, $p=0,151$). La única diferencia reseñable es que las personas con una enfermedad de riesgo o que conocen a alguien que ha contraído la COVID-19 estaban más de acuerdo con que si algo malo les tenía que suceder, es seguro que les ocurriría (Fig. 9e y 9f).



Figura 9a: Expectativas de Futuro por Sexo

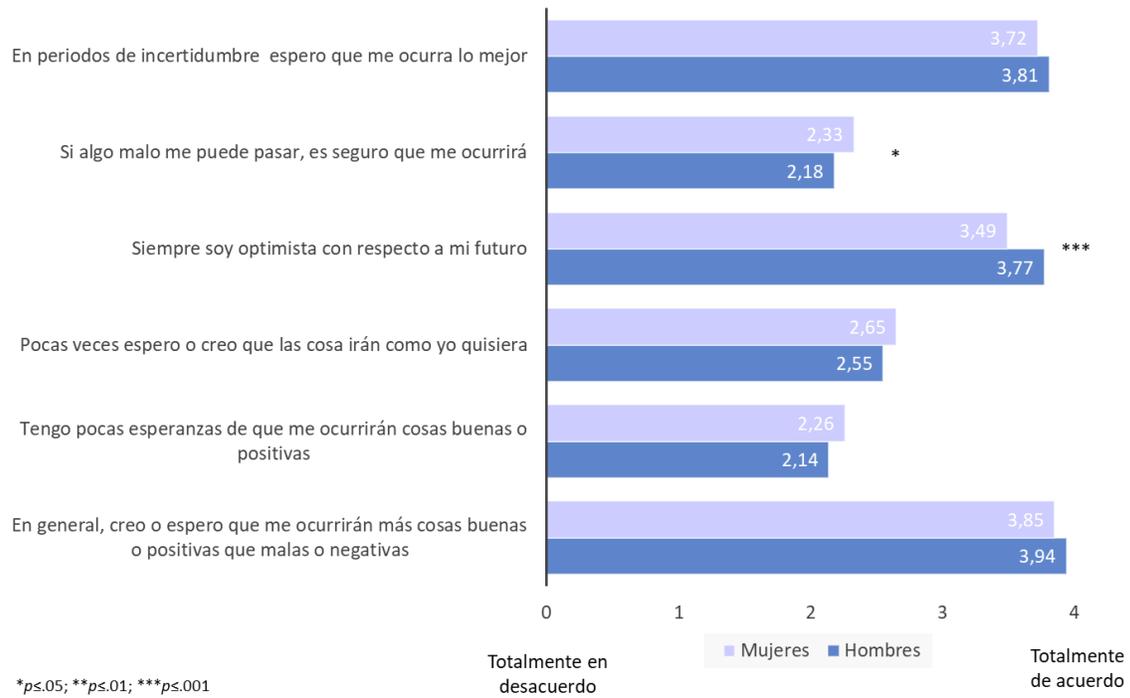


Figura 9b: Expectativas de Futuro por Edad

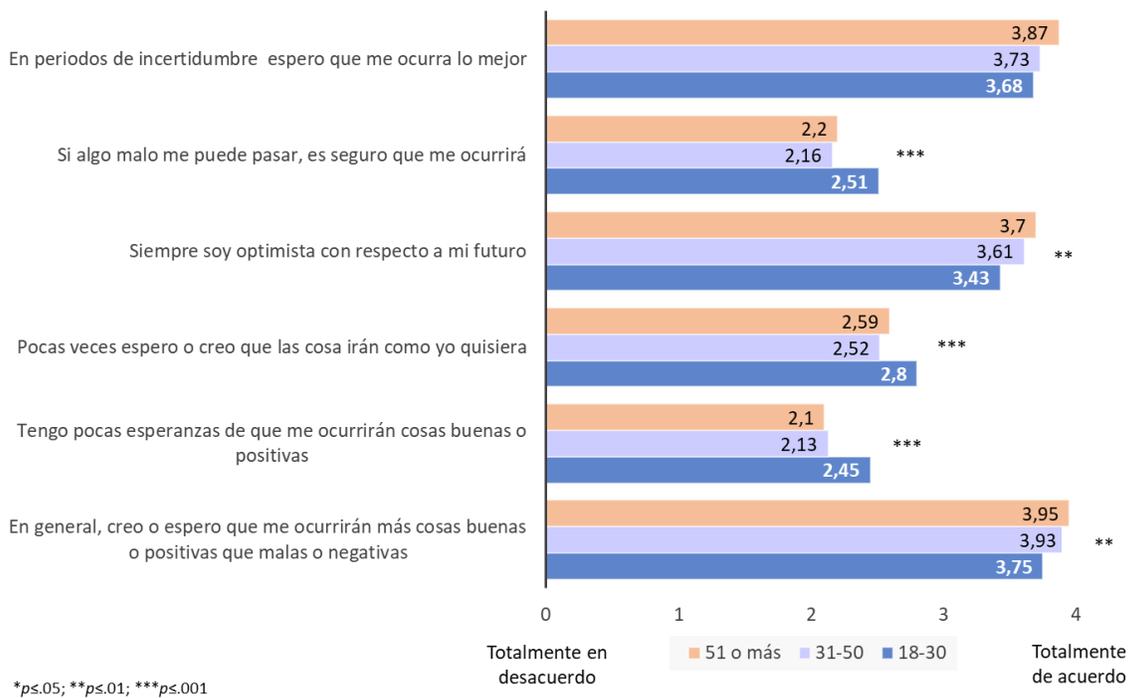




Figura 9c: Expectativas de Futuro por Vivir Solo/a o Acompañado/a

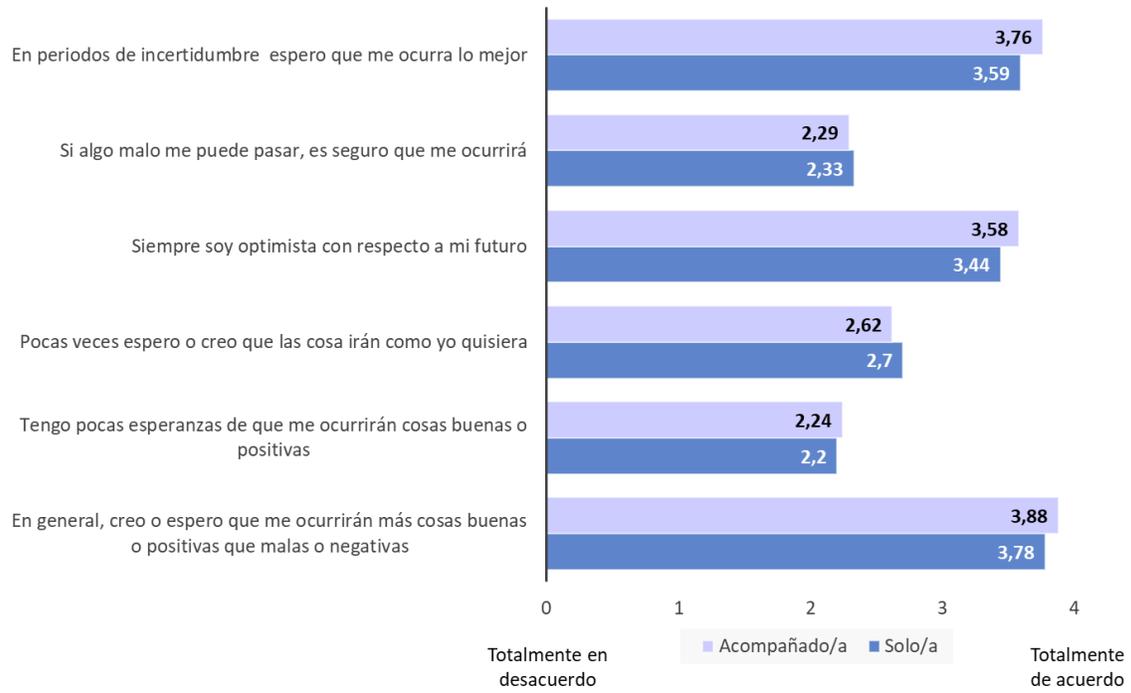


Figura 9d: Expectativas de Futuro por Acudir al Centro de Trabajo

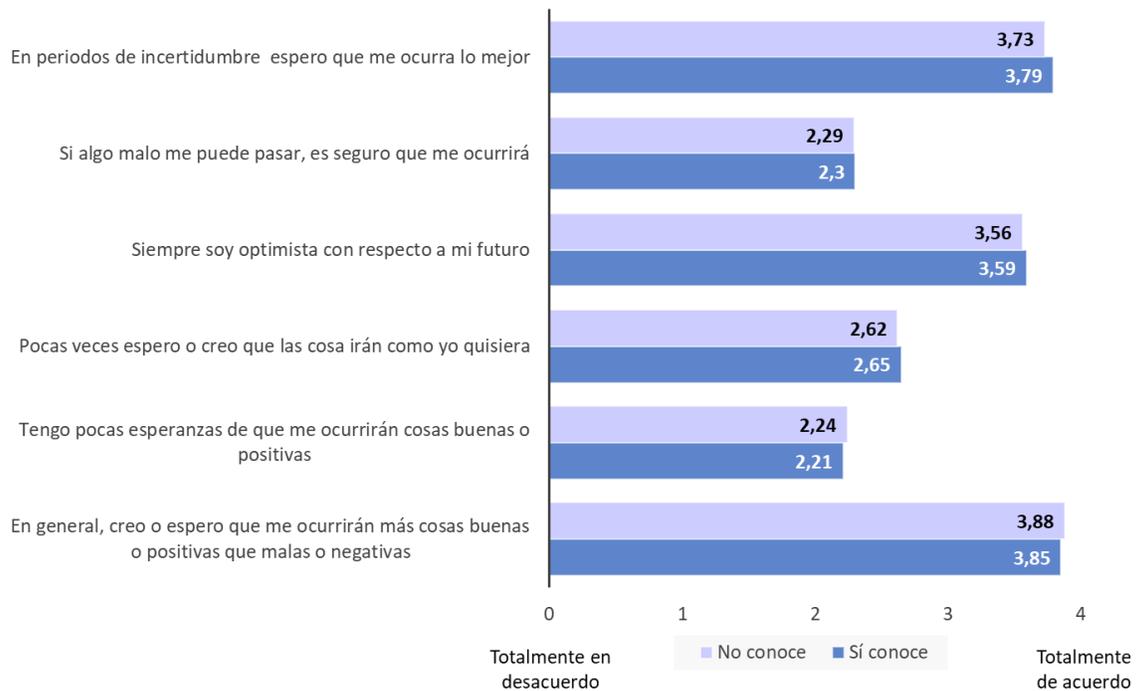




Figura 9e: Expectativas de Futuro por Enfermedad de Riesgo

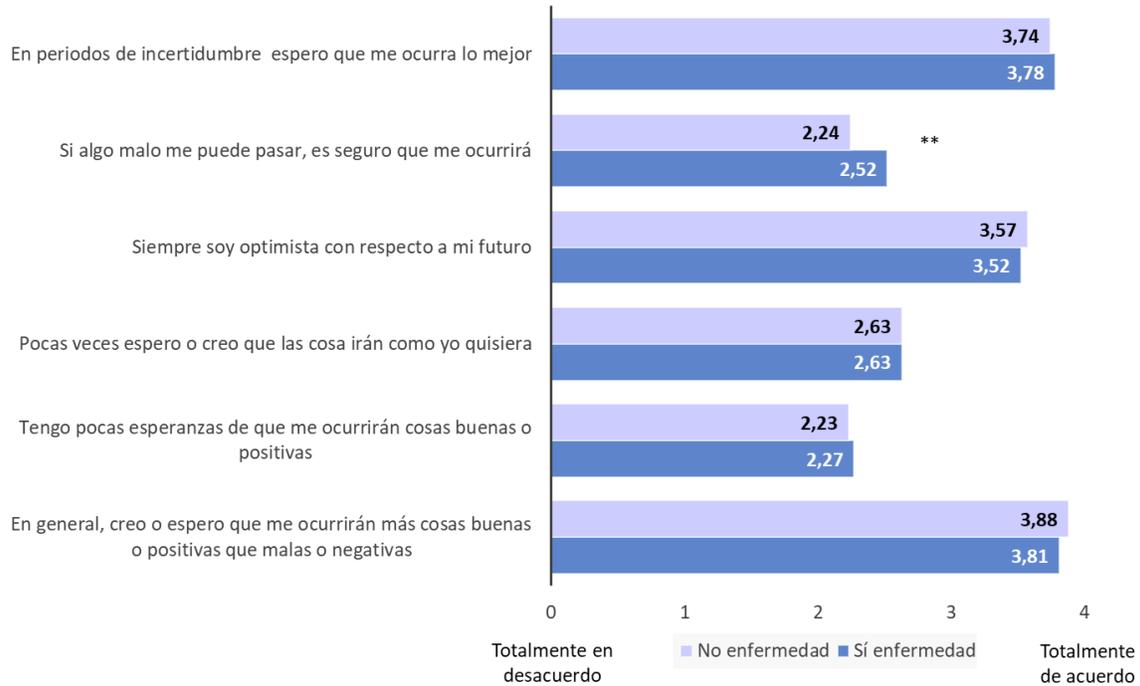
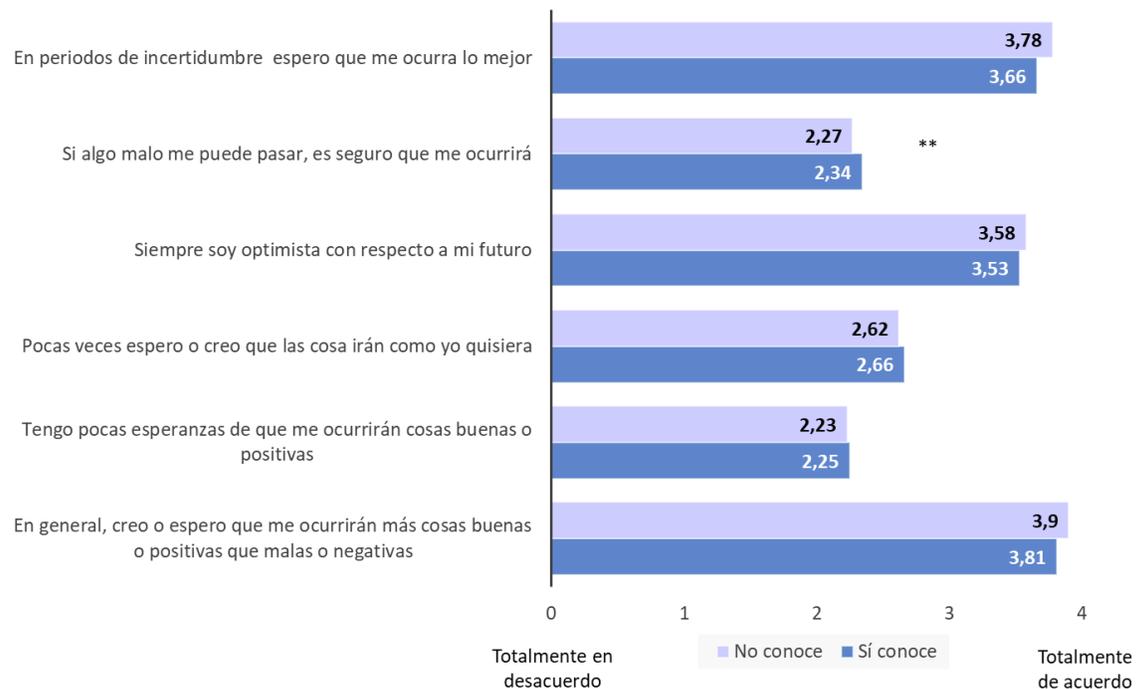


Figura 9f: Expectativas de Futuro por Conocer Personas Contagiadas





Anexo

Método

En el **informe I** se presentaron los resultados del primer análisis de datos transversales sobre confianza en las instituciones, dificultades para cumplir con las principales medidas preventivas, percepción de gravedad y de riesgo del COVID-19. En el **informe II** se analizan las cuestiones relacionadas con el impacto de la situación producidas por el virus en el bienestar y salud mental. En un informe posterior se mostrarán los principales hallazgos sobre el tipo de estrategias de afrontamiento que ayudan a los participantes del estudio a mitigar los posibles efectos adversos del aislamiento.

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”.

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 (jlgocha@ubu.es).



Referencias Bibliográficas

Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*, 70(7), 741-756. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba

Diener, E., Ng, W., Harter, J., & Arora, R. (2010). Wealth and happiness across the world: material prosperity predicts life evaluation, whereas psychosocial prosperity predicts positive feeling. *Journal of personality and social psychology*, 99(1), 52. doi: 10.1037/a0018066

Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of economic psychology*, 29(1), 94-122. doi: 10.1016/j.joep.2007.09.001

Goldberg, D. (1972) *The Detection of Psychiatric illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph No. 21. London: Oxford University Press

Goldberg, D. (1978). *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.

Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 66-79. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-66>

Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>

Instituto Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Salud mental y salud pública en España: Vigilancia Epidemiológica. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>.



Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Serie Informes monográficos n.º 1. Salud Mental. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Sánchez-López M.P. y Dresch V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4):839-43.

