

**IMPACTO PSICOSOCIAL DEL AISLAMIENTO
FORZOSO POR COVID19 en centros de acogida de personas
refugiadas**

Autoría

Viki Hidalgo Rivas, Trabajadora Social.

Mouna Hrar Essouali, Psicóloga.

Área de Asilo y Refugio de Cruz Roja Española en Málaga

Agradecimientos

A los equipos social y psicológico del área de Asilo y Refugio de Cruz Roja Española en Málaga

Al voluntario José C. Román Liñán

A todas las personas usuarias del programa de Protección Internacional

Es crucial que las instituciones apoyen la investigación-acción- participativa para visibilizar la realidad de la intervención social, para enriquecer tanto el conocimiento teórico como la práctica profesional, y aportar herramientas que se adapten a la realidad cambiante, para así poder dar una mejor respuesta a las necesidades la población.

Índice

Presentación	4
Resumen	9
Diseño de la investigación	9
Resultados	14
Conclusiones	20
Discusión	23
Anexos	24

Presentación

En el contexto de una pandemia mundial sin precedentes en este siglo, las dinámicas sociales, políticas, económicas y culturales se han visto interrumpidas, de tal manera que lo que conocíamos hasta hace poco como “normalidad” se ha visto alterada por lo que la comunidad científica¹ ha denominado brote de enfermedad por coronavirus, Covid-19².

Varios estados miembros de la Unión Europea, entre ellos España, se situaron al inicio de la pandemia junto a China, Italia y EE. UU como los países con un mayor índice de mortalidad y alto número de contagios, situación que ha estado sujeta a dinámicas muy cambiantes desde su inicio.

A nivel global, se han impuesto medidas restrictivas tales como cierres de fronteras, paralización de la economía, prohibición del libre movimiento, es decir, una cuarentena planetaria que ha puesto en jaque este sistema-mundo³, desconcertando a la comunidad científica, a profesionales sanitarios y obligando a parar a millones de personas a lo largo y ancho del planeta tierra. Frente a las dificultades para dar respuesta por parte de los estados ante esta crisis sanitaria y a su vez de modelo económico y social, los grupos excluidos socialmente han sufrido y sufren doblemente las consecuencias de las carencias del sistema. Se ha aplicado así por “inercia” una suerte de necropolítica o política de muerte, en palabras del camerunés Achille Mbembe, que tienen como objetivo instalar o más bien reforzar ciertas estrategias de control de la población que afectan especialmente a los flujos migratorios y a las personas en situación de vulnerabilidad.

El día 11 de marzo de 2020 marcó un hito histórico cuando la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia mundial. Unos días más tarde, en España el gobierno decretó el 14 de marzo el

¹ ¿Qué dice la OMS?

https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCCQjw-j1BRDkARIsAJcfmTEXGVd9V3GvltGnL2Xp2xZFelGTMXII8hAwa2HNGCrdPSHhezGTclEaApkeEALw_wcB

² COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. El primer caso de coronavirus a nivel mundial se registró en la provincia de Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019. En los meses consecuentes se ha extendido por todo el mundo tomando la dimensión de pandemia, dejando cifras que giran en torno a las 342.695 personas fallecidas y más de cinco millones de contagios confirmados en todo el mundo (24 de mayo de 2020)

<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

³ Según el sociólogo estadounidense Immanuel Wallerstein en *El moderno sistema mundial* (1974), las relaciones económicas mundiales forman un sistema global en el seno del cual las naciones más desarrolladas explotan tanto la mano de obra como los recursos naturales de aquellas naciones en vías de desarrollo. Este sistema mundial, o «sistema-mundo», dificulta el desarrollo de los países pobres y garantiza que los ricos sigan siendo los principales beneficiarios de las cadenas globales de materias primas y de los productos y la riqueza creados por el capitalismo industrial.

estado de alarma en todo el territorio nacional, inicialmente por un periodo de quince días, que se prorrogó hasta en 6 ocasiones en el Pleno del Congreso de las/os Diputadas/os, finalizando el día 9 de mayo de 2021.

Para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por el COVID-19, el gobierno del estado español ha manteniendo confinadas en sus hogares a los 47 millones de personas que habitan el territorio como medida de contención externa ante el avance implacable del coronavirus.

Como han señalado diversos estudios y datos sobre índice de pobreza, las consecuencias de esta crisis sanitaria, está provocando una crisis económica y social de gran magnitud, se habla de pandemia de exclusión social y salud mental, que ha impactado desigualmente, castigando a aquellos grupos que ya en condiciones de “normalidad” tenían dificultades para vivir una vida digna. Personas que conforman grupos minorizados como las mujeres, personas con diversidad funcional, personas sin hogar, personas con trabajos precarizados y temporales, migrantes en situación de refugio o en irregularidad, personas racializadas, entre otras, son los grupos diana sobre los que apuntan los efectos más devastadores de esta crisis sanitaria y social.

La desigualdad enferma y mata, y como señala el historiador Peter Turchin existe una fuerte asociación entre las crisis sociales, la globalización y las pandemias, de forma que estas son más destructivas en momento de mayor desigualdad social. Por otro lado, aplicando un enfoque feminista y de género ha permitido identificar las desigualdades que experimentan hombres y mujeres para realizar una lectura de la realidad más acertada y al mismo tiempo ofrecer una mayor protección y atención a las mujeres y niñas/os.

Las personas refugiadas⁴ son un colectivo en situación de riesgo y vulnerabilidad ya en condiciones estructurales estables, por tanto, esta situación sanitaria sobrevenida ha tenido un alto impacto en el

⁴ De acuerdo con el artículo 1.A.2 de la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados (1951), una persona refugiada lo es en tanto que *“debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él”*.

desarrollo de sus itinerarios de integración en la sociedad española y especialmente en su dimensión psicosocial. Cabe apuntar que existen diferentes categorías en cuanto a la situación administrativa y/o documental de las personas refugiadas, así, encontramos a personas solicitantes de asilo/protección internacional, beneficiarios/as de asilo/protección subsidiaria, apátridas, personas acogidas al régimen de protección temporal y otros estatutos de protección subsidiaria, gestionado por la Oficina de Asilo y Refugio (OAR) que depende a su vez del Ministerio del Interior. Paralelamente encontramos un sistema de acogida integral e integración, adscrito al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, del que se pueden beneficiar las personas que se encuentran en cualquiera de las situaciones administrativas señaladas anteriormente, así las/os beneficiarios/as del programa de Protección Internacional tienen acceso a una serie de recursos que permiten dar cobertura a las necesidades más básicas con el objetivo de alcanzar la integración en la sociedad.

Pues bien, con la pandemia, las personas refugiadas han visto paralizados sus itinerarios de integración, así como se han visto especialmente afectadas en cuatro ámbitos. En primer lugar, en cuanto a las representaciones sociales y la convivencia, en relación a la garantía de derechos, en el acceso al ámbito laboral y las condiciones de trabajo, y finalmente en las condiciones de vida y salud. La pandemia por tanto ha tenido consecuencias estructurales y a su vez ha modificado la cotidianidad afectando los estilos de vida, el ocio y deporte, las dinámicas de trabajo o las formas de relacionarse. Esta situación de incertidumbre ha generado o incrementado el miedo a la otredad, se han alimentado los discursos de odio aumentando las conductas discriminatorias, amparadas en lo que Bauman nombró como *adiaforización*, esto es la justificación de la violencia hacia personas que han sido previamente deshumanizadas o que se nos presentan como indiferentes.

En el cotidiano, las personas acogidas en el sistema de Protección Internacional han sufrido una paralización de la vida en cuanto al aprendizaje del idioma, desarrollo de su autonomía, fortalecimiento de redes de apoyo, formación para la inserción laboral, barreras para la propia inserción laboral,

Por otro lado, la Ley 12/2009 reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria en su artículo 3, establece que “la condición de refugiado/a se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él”.

imposibilidad de renovación documental, dificultad de acceso al sistema sanitario, etc. Esto ha exacerbado la *burocratización del sufrimiento*, con enormes trabas que paradójicamente no han paralizado el tiempo de estancia en el sistema de acogida que se sigue agotando.

En este escenario cobra especial relevancia los aspectos sanitarios, así, teniendo en cuenta el concepto de salud desde una mirada integral, es decir, como un estado de bienestar biopsicosocial como lo define la Organización Mundial de la Salud, la cuestión sanitaria se ha situado en el discurso político como una de las cuestiones a abordar de manera urgente por el impacto que este tiene en la población y la íntima relación que guarda con otros aspectos culturales, económicos y sociales. Han sido muchas las voces que han señalado las consecuencias que esta crisis va a tener en la población en cuanto a la salud mental.

Señala la OMS⁵ que la Salud Mental es una de las áreas más desatendidas de la salud pública a pesar de que 1000 millones de personas viven con un trastorno mental y una persona se suicida cada 40 segundos. La pandemia y en particular el confinamiento ha exacerbado la sintomatología en personas ya diagnosticadas y ha detonado en problemas de salud mental en otras que estaban estables. El acceso a los servicios de salud mental ya estaba limitado previamente a la pandemia por una carencia histórica de inversión, y ha empeorado por el incremento de personas que precisan de estos servicios unido a los estrictos protocolos Covid que rompen con la asistencia presencial. En España, por cada 100.000 habitantes, hay cerca de seis psicólogas/os y 11 psiquiatras en el Sistema Nacional de Salud, según datos de 2018. La media de la Unión Europea ronda entre 38 y 18 profesionales de cada especialidad, según los últimos datos de la OMS⁶.

Afrontamos pues una realidad muy compleja que supone un gran reto para el sistema de salud, para las políticas sanitarias, las/os profesionales que prestan sus servicios en él y para las personas usuarias del sistema.

Para comprender la realidad de las personas refugiadas en su dimensión holística y en particular sanitaria, es preciso aplicar un enfoque transcultural que comprenda las diferencias culturales existentes, y la importancia de brindar cuidados culturales integrales y de calidad considerando las

⁵ <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>

creencias y valores de las personas a las que se brinda la atención. Desde un punto de vista psicosocial, se puede decir que la competencia transcultural es la capacidad de entender y relacionarse con una persona o un colectivo teniendo en cuenta las claves propias y ajenas, de manera que en la relación entre ambas partes se respeten y acepten las singularidades y particularidades de cada una de ellas. Es decir que se dé un nexo empático que haga posible una adecuada comunicación cognitiva y emocional para el beneficio de la tolerancia mutua.

La manera en que ha impactado la pandemia en las personas refugiadas, precisa tener en cuenta una serie de elementos particulares que solo se pueden comprender utilizando esta perspectiva. Se trata de personas que ya precisaban previamente a la pandemia de atención psicológica en mayor o menor medida por el impacto del duelo migratorio. Según Achotegui, Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia, tanto más, cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración. La migración es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que conlleva muchas pérdidas, llegando incluso si no se atiende y elabora de manera adecuada a desestructurar al sujeto⁷

Si ponemos el foco en la salud mental, partiendo desde una mirada transcultural, la situación de aislamiento ha reactivado pensamientos sobre las vivencias traumáticas de las personas refugiadas. Es necesario comprender que muchas de estas personas han sufrido privación de libertad en un sentido o en otro. La salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones se ven profundamente afectados en varios niveles a medida que se enfrenta la adversidad. A medida que el virus se ha hecho más fuerte, las medidas de confinamiento, el distanciamiento físico, el gran número de pérdidas humanas, las alteraciones en los servicios de salud en general y de salud mental en particular, las preocupaciones de contagiarse o contagiar a otros, incluidos los seres queridos, representan factores de riesgo para la salud mental. El miedo, la tristeza, la ansiedad y la preocupación pueden ser reacciones consideradas comunes y comprensibles que pueden manifestar las personas y a las que dar respuesta

⁷ Tal como señalamos en un texto anterior (Achotegui,1999), consideramos que, como mínimo, hay, siete duelos en la migración, La familia y los amigos, la lengua, la cultura (costumbres, religión, valores), la tierra (paisaje, colores, olores, luminosidad), el estatus social (pápeles, trabajo, vivienda, posibilidades de ascenso social), el contacto con el grupo étnico: prejuicios, xenofobia, racismo, los riesgos para la integridad física (viajes peligrosos, riesgo de expulsión, indefensión)

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar y explicar la conexión que existe entre el aislamiento forzoso provocado por la pandemia mundial Covid-19 en relación a los factores biopsicosociales de las personas refugiadas que se encuentran acogidas en el programa de Protección Internacional. Esto es, reflexionar sobre la manera en que el confinamiento fruto del estado de alarma ha impactado en la salud de las personas usuarias del dispositivo de acogida temporal, entendiendo la salud de manera integral como un estado de bienestar biopsicosocial y desde un enfoque transcultural. Con dicha finalidad, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, en cuatro dispositivos de acogida temporal de personas solicitantes y/o beneficiarias de asilo y refugio en Cruz Roja Málaga.

El estudio se implementó durante el primer mes de confinamiento tras declararse el estado de alarma. A partir de entrevistas personales estructuradas se aplicó un cuestionario tipo Likert con preguntas cerradas y alguna semiabierta que contemplaba diferentes bloques de contenidos: datos sociodemográficos, impacto del discurso mediático, consecuencias en salud mental y emocional, relación con redes de apoyo en país de origen, dinámicas familiares en país de acogida y estrategias de afrontamiento.

Diseño de la investigación

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, y de carácter observacional.

Los criterios de exclusión han estado mediados por motivos sanitarios como la hospitalización, razones laborales de traslado y por barrera idiomática. Asimismo, algunas personas (12) no quisieron participar por motivos personales (ver graficas sobre datos demográficos en anexo 1).

Las personas sujetas de estudio han sido usuarias/os del programa de Protección Internacional que se encuentra en acogida temporal (fase 1), poseen la mayoría de edad, y ya estaban alojadas en centro previamente o en los días en que se dio inicio al estado de alarma declarado el 14 de marzo de 2020 por el gobierno del estado español.

Una vez aplicados los criterios de exclusión, la **muestra** no probabilística intencional, está compuesta por un total de 91 usuarias/os del Programa de Protección Internacional en Cruz Roja Málaga, lo cual

supone una participación del 86% del total de la población sujeta de estudio que se encontraba en el programa en el momento de la investigación (106).

Participantes

La muestra está compuesta por $N=91$ participantes, con una edad *media* de 36 años, comprendidos en un rango de entre los 18 y 76 años; de los cuales 46 se identifican como hombres y 45 como mujeres. Con respecto al país de origen al que pertenecen, encontramos 19 países, cuya distribución se puede observar en la Tabla 1 (ver anexo)

Con respecto al estado civil 42 personas son casadas, 5 divorciadas, 9 parejas de hecho, 1 separada, 33 solteras y 1 viuda. Los tipos de familia que componen la muestra contemplan 9 familias extensas, 7 monomarentales, 1 mixta, 50 nucleares y 24 personas individuales. En referencia a las/os miembros que viven en cada familia, la media se encuentra en 3,4 y cada familia tiene 1.5 hijos de media.

En relación a su situación administrativa, 42 personas tienen resguardo de presentación de solicitud de Protección Internacional, 1 persona con resolución de denegación, 38 personas con tarjeta roja que autoriza a trabajar y, 10 con tarjeta roja sin autorización para trabajar.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó en cuatro centros de acogida temporal, dentro del Programa de Protección Internacional, ejecutado por Cruz Roja Málaga. Las personas participantes que cumplieran los criterios de inclusión se citaron en los centros para facilitar su cumplimentación por parte del personal técnico en una entrevista semiestructurada, a través de la aplicación *OneDrive Form* que registra los datos de manera sistemática, a través de una Tablet electrónica.

Las personas entrevistadas para esta investigación aceptaron el consentimiento informado que se apoya en los principios éticos y deontológicos de la investigación social, asimismo en los principios de confidencialidad y protección de datos de carácter personal recogidos en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los cuestionarios tienen carácter anónimo, y la duración de su aplicación es de aproximadamente 30 minutos. La participación en el estudio ha sido voluntaria.

Método, instrumento y fuente de datos

A partir de una **metodología mixta**, con la aplicación de cuestionarios (anexo 2), pero también sistematizando la información resultado de la observación participante y los relatos compartidos fruto de la práctica profesional.

A la totalidad de personas incluidas en la muestra se le administró el cuestionario "*Impacto psicosocial por aislamiento forzoso Covid-19*" mediante entrevista personal semiestructurada. El cuestionario diseñado por las investigadoras recoge información tanto cualitativa como cuantitativa y está conformado por cuatro grandes bloques.

Un **primer apartado** versa sobre cómo repercute en el estado de salud el discurso mediático -mainstream- así como la información a la que se accede a través de redes sociales, el modo en que la infoxicación y/o el alarmismo alimentado por las fake news impactan en su subjetividad, o si por el contrario el acceso a información contrastada ha operado como un factor protector. Las variables que se recogen en este bloque a partir de escalas tipo Likert es de 1 (nunca/ninguna) a 5 (siempre/toda/a todas horas) "frecuencia de acceso a la información", "contraste de la información", "confianza depositada en la información", "veracidad de la información". Por otra parte, en este apartado se recogen varios ítems de respuesta múltiple referentes al medio de acceso a la información y la sensación que produce el acceso a esta información.

Un **segundo bloque** está ligado a la salud mental en su sentido más amplio, teniendo en cuenta en qué grado ha interferido en el estado de salud global la situación de confinamiento forzoso en aspectos tales como la afectación emocional, la posible aparición de alguna patología, aspectos ligados a la somatización, la exacerbación o hipervigilancia de sintomatología asociada a enfermedades comunes, o al propio funcionamiento natural del cuerpo, así como las posibles alteraciones en aquellas personas que tienen diagnóstico de salud mental. Se trata de medir el grado de vulnerabilidad, si esta crece con el aislamiento y cómo se comporta. Se pretende conocer si ha habido un incremento en el consumo de fármacos, que tipo de precauciones se están tomando por miedo al contagio, cómo está impactando el gran número de pérdidas humanas y que tipo de emociones están más presente. Para ello se recogen tres variables en forma de pregunta dicotómica (si/no) con respecto a "tener una enfermedad crónica", "haber padecido o no síntomas de COVID-19", "tener algún familiar contagiado". Por otra parte, como

variables relacionadas con la preocupación se han recogido a través de una escala tipo Likert desde 1 (nunca/ninguna) al 5 (muchas veces/mucha preocupación) tres variables: “pensamientos relacionados con tener los síntomas del COVID-19”, “pensamientos en el contagio” y “preocupación por tener COVID-19”. Mediante el promedio de estas tres variables se obtiene el “Índice de preocupación del COVID-19”. Por otra parte, para conocer la salud mental se han propuesto, nuevamente a través de una escala tipo Likert desde 1 (nunca) a 5 (siempre), variables de “miedo”, “desbordamiento”, “dificultad para concentrarse”, “dificultad para conciliar el sueño”, “pensamientos recurrentes catastróficos”, “indefensión”, “tristeza”, “conductas de obsesión-compulsión”, “agobio por confinamiento”, “necesidad de apoyo psicológico” y “auto focalización”. A través de estas variables se ha obtenido además un índice de Riesgo en Salud Mental. Además, se incluye otro ítem dicotómico con respecto al aumento de medicación a causa de la sintomatología. En último lugar, este bloque aporta un ítem de respuesta múltiple referente a las emociones que han generado el incremento de muertes por COVID-19.

Un **tercer eje** recoge aquellos aspectos que conectan con el país de origen, son sentimientos y percepciones particulares de personas que han realizado un proceso migratorio dejando parte de su familia, amistades y posesiones cargadas tanto de sentido material como simbólico. Se analiza el tipo de comunicación con redes de apoyo y con qué frecuencia se están dando, que información les llega desde país de origen y como les influye en su cotidianidad. Para ello, se ha incluido dos ítems de respuesta múltiple referentes al medio de contacto preferido de la información y a la emoción que provoca el contacto con las/os familiares. Asimismo, para explorar la variable de frecuencia de comunicación con las personas del país de origen se incluye un ítem medido en escala tipo Likert desde 1 (nunca) a 5 (cada día). Por último, se incluye otro ítem en el mismo formato referente al grado de preocupación ante el posible contagio de las personas en país de origen.

El **cuarto punto** versará sobre como las familias y personas individuales están afrontando la situación de aislamiento obligado, el grado de alteración en las rutinas de actividad y sueño, la manera en que se han podido modificar las dinámicas sociales en cuanto a redes de apoyo y afecto, y como se están desarrollando las relaciones familiares al interior del confinamiento, tanto las de pareja como aquellas entre progenitoras/es e hijas/os. Este bloque está compuesto por seis ítems medidos a través de escala tipo Likert desde 1 a 5 puntos, siendo exclusiva para las personas que componen las diferentes unidades familiares, cuyas variables recogidas son la equidad en las labores domésticas y de cuidado del hogar, el cambio en los roles familiares tradicionales, la satisfacción con la pareja, el desbordamiento con

las/os hijas/os, la dificultad de conciliación de las responsabilidades familiares con respecto al trabajo, estudio y/u ocio y la percepción de que las redes de apoyo y afecto se hayan visto mermadas. Además, se han incluido dos preguntas referentes a la hora en la que duermen y se despiertan antes y durante la situación COVID-19.

Para finalizar hay una **última sección** que recoge aspectos que tienen que ver con las estrategias de afrontamiento y con la capacidad de sobreponerse a situaciones adversas. Además de identificar cuáles pueden ser esos mecanismos protectores, se analiza aquello que reconforta en una situación de extrema vulnerabilidad, así como se abordan aspectos relativos al aprendizaje vital fruto de experimentar una situación traumática colectiva. Para ello se ha usado el formato de escala tipo Likert desde 1 a 5 en referencia al nivel de acuerdo con las afirmaciones. Las variables que se exploran en este apartado son: autoeficacia, autocuidado, afrontamiento y manejo de la situación, aprendizaje de lecciones importantes y de vida útiles en esta situación, creación y reflexión sobre el plan de vida y expectativas de futuro, la indefensión con respecto al futuro laboral y la indefensión vital de manera general. Además, también contiene un ítem de respuesta múltiple que refleja las actividades que más han reconfortado a los participantes en esta situación.

La escala fue validada y no se realizó la eliminación de ningún ítem, considerándose la validez de la prueba. Asimismo, la confiabilidad de la escala arrojó un alfa de Cronbach de 0.75, por lo que se garantiza también la fiabilidad de la escala.

Análisis de datos

Para la obtención de los resultados mediante el análisis de datos se utilizaron procedimientos de estadística no paramétrica, ya que desconocemos como se distribuye la población. Para comprobar las relaciones entre variables se realizaron pruebas Rho de Spearman, para conocer si existen diferencias significativas entre grupos se usaron las pruebas U de Man-Whitney y Kruskal-Wallis en función del número de grupos a comprobar. Por otra parte, se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para los ítems de respuesta múltiple. En este estudio, se consideran significativos los valores de $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 25.0

La información que arroja el análisis de datos cuantitativos se triangula con la información cualitativa recogida en las entrevistas personales, la observación participante y la intervención continua realizada.

Resultados⁸

Bloque I

Los resultados hallados en el bloque I nos indican que el acceso a la información ha sido en su mayoría en internet y redes sociales (41% y 29% respectivamente), no obstante, encontramos que el porcentaje de casos se encuentra en un 190% lo que indica que las personas acceden mediante varios medios de comunicación como se muestra en la Tabla 2. (ver anexo)

En razón a la frecuencia de acceso a la información el 36% de los participantes manifiestan revisar la información “*algo*”, seguidos del 32% que refiere revisarla “*mucho*”, de la misma manera, el 20% informa que revisa la información “*poco*”, el 1% “*nada*” y el 10% refiere revisarla “*a todas horas*”.

En referencia al contraste de la información únicamente el 17% de los participantes indica no contrastar la información “*nunca*”, el resto informa contrastar la información en mayor o menor medida distribuyéndose de la siguiente manera: 23% “*poco*”, 20% “*algo*”, 23% “*mucho*”, 15% “*a todas horas*”. En este sentido las personas que apenas contrastan la información suponen un 38%.

Con relación a la confianza depositada en la información que recibe, el 51% informa que la valoran como “*algo creíble*”, en las categorías inferiores encontramos al 16% de la muestra (4% “*nada creíble*”, 12% “*poco creíble*”) y en las categorías superiores al 32% (20% “*muy creíble*”, 11% “*totalmente creíble*”).

En lo relativo a las noticias falsas o de dudosa veracidad, el 74% refiere haber recibido estas noticias en mayor o menor medida (37% “*algo*”, 33% “*mucho*”, 4% “*toda*”). Con respecto al porcentaje restante manifiestan haber recibido poca o ninguna noticia falsa (23 % “*poco*”, 2% “*nada*”).

Con respecto al índice de credibilidad de la información, definido a posteriori por la información aportada en las variables relacionadas con el contraste, la confianza y veracidad de la información, este arroja de una media de 3.18 sobre una puntuación máxima de cinco puntos, por lo que los participantes informan que la credibilidad que otorgan a la información es media, , representando que la credibilidad que otorgan a la información tiene una baja variabilidad y oscila en torno a una credibilidad media.

Para comprobar si existen diferencias entre el sexo y el contraste de la información se realizó una prueba *U de Man-Whitney* arrojando que no existe diferencia estadística significativa. Asimismo, se

⁸ Los porcentajes están redondeados para facilitar la lectura, en el anexo se encuentran las tablas con el dato exacto.

realizó la prueba de *Kruskal-Wallis* para conocer si existían diferencias significativas en la edad con respecto al contraste de la información, sin obtener nuevamente diferencias significativas.

Posteriormente, para conocer cómo se relacionaban las variables de este bloque, se procedió a un análisis *Rho de Spearman*, en el que encontramos que, a mayor frecuencia de consulta, más contrastan y a mayor contraste más confianza depositan en la información. Además, se encontró una relación negativa entre la frecuencia con la que acceden a la información y la credibilidad que le otorgan a la misma, de manera que cuánta más información reciben menos creíble les parece.

Bloque II

Con respecto a los resultados de este bloque encontramos que el 26% de la muestra padece una enfermedad crónica ($n = 24$), distribuyéndose prácticamente de igual manera en los diferentes niveles de edad como se muestra en la Tabla 3.1 (ver anexos)

Asimismo, se comprobó si estas personas tenían con mayor frecuencia pensamientos relacionados con tener síntomas del COVID-19, no encontrando diferencias significativas, tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto a la preocupación de tener COVID-19 ni en la preocupación de contagiarse con COVID-19 con respecto a las personas sin enfermedad crónica.

Por otra parte, las emociones y los estados que mayormente manifestaron las/os participantes con respecto al aumento de muertes por el COVID-19, que se muestran en la Tabla 3.2 (ver anexo) fueron temor (37%), seguidamente de ansiedad (26%), tristeza (20%), miedo a la muerte (19%), angustia vital (18%) y pánico (12%).

Además, en este sentido, el grado de preocupación de tener el COVID-19 informado por los sujetos se distribuye en torno a la media $M = 3.22$, por lo que las frecuencias informan que la muestra parece estar distribuida prácticamente de manera homogénea en el grado de preocupación que refieren, al margen de las personas que informaron indiferencia, de forma que la preocupación por tener COVID-19 es media. Tabla 3.3 (ver anexo)

Con respecto a las personas que refieren tener un familiar con COVID-19, estas suponen sólo un 11% de la muestra, se encontró que estas personas obtienen diferencias significativas en la preocupación de pensar en síntomas de COVID-19 de una manera mucho mayor que las personas que no tienen un

familiar con COVID-19. Asimismo, también encontramos diferencias en percepción del miedo, mostrando valores superiores en la dificultad para conciliar el sueño y en la tristeza.

Se ha encontrado que los pensamientos sobre los síntomas de COVID-19 están relacionados de manera positiva con la preocupación de tener el mismo y los pensamientos vinculados con el contagio. Asimismo, estos pensamientos sobre la sintomatología COVID-19 se relacionan positivamente con el Índice de Riesgo de Salud Mental, que fue medido a través de los factores de salud mental. Del mismo modo, la preocupación de tener COVID-19 también se relaciona positivamente con el Índice de Riesgo de Salud Mental

Para conocer cómo se relaciona la preocupación de manera general se transformaron las variables de pensamientos de preocupación acerca de la sintomatología, el contagio y la posibilidad de tener la enfermedad, formando así el índice de preocupación general. Se identifica que este se relaciona de manera positiva con el miedo, con el desbordamiento, los pensamientos recurrentes catastróficos, la indefensión, la tristeza, el agobio y la necesidad de apoyo psicológico.

Con respecto a las diferencias de sexo, encontramos que las mujeres sienten un mayor miedo, que los hombres una mayor dificultad para conciliar el sueño, mayor frecuencia de pensamientos recurrentes catastróficos, mayor indefensión.

En referencia a la edad, encontramos que los jóvenes es el grupo que muestra más pensamientos recurrentes catastróficos, seguido de los adultos, los/las mayores y los adultos mayores. Además, las/os jóvenes, también manifiestan una mayor necesidad de apoyo psicológico.

Por último, en relación a la toma de medicación para calmar la sintomatología psicológica un 7% refiere haber aumentado la misma, y a su vez, estas personas informan de una mayor necesidad de apoyo psicológico.

Bloque III

En lo que respecta a este bloque sobre comunicación con el país de origen, encontramos que la mayoría se realiza mediante la aplicación WhatsApp con un uso del (90%) de los/las participantes, seguidamente de Facebook (27%) y llamadas telefónicas (15%). Además, encontramos que la frecuencia del contacto se establece en una *media* de 4.22, informando así que la frecuencia de contacto

con las redes del país de origen es en todos las/os participantes alta, de manera semanal con tendencia al contacto diario.

En referencia a las emociones que señalan sentir a través de este contacto con las redes en el país de origen, el 77% de las/os sujetos muestra tranquilidad, el 20% angustia y el 7% frustración, de manera que las demás emociones no suponen un porcentaje representativo, con diferencias individuales como se muestra en la Tabla 4.

Para conocer si esta frecuencia en el contacto está diferenciada en ciertas variables se realizaron las pruebas pertinentes con respecto al sexo, edad, tipo de familia y si existían diferencias entre las familias y las personas individuales. Los resultados de estos análisis mostraron que no hay diferencias entre los distintos grupos de edad y la frecuencia de comunicación con los familiares. Tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo ni en relación al tipo de familia.

Por otra parte, se trató de conocer si la preocupación de que un familiar resulte contagiado con la enfermedad estaba relacionada con la frecuencia de la comunicación, no encontrándose ninguna relación estadísticamente significativa.

Bloque IV

Los resultados de este bloque, referentes a las rutinas, informan que el horario en el que se levantaban antes de la situación COVID-19 era las 7:30 horas y en referencia a la hora de acostarse se situaba en 22:30 horas. Durante la situación COVID-19 se ha encontrado que la hora a la que van a dormir es 2:00 horas y un horario de despertar a las 9:30 horas. No obstante, se realizó un análisis *t de student* para conocer si estas diferencias eran significativas, encontrando las mismas en la hora de despertar y en la hora de acostarse. Sin embargo, en las horas de sueño no encontramos diferencias significativas.

Por otra parte, las/os participantes han informado que los roles familiares han cambiado, en mayor o menor medida, de manera que la distribución encontrada ha sido la siguiente: “Poco” (35%), “Algo” (17%), “Mucho” (25%), “Totalmente” (22%).

En referencia a la percepción de facilidad de conciliación laboral, estudio y ocio con respecto a las responsabilidades familiares en su sentido amplio encontramos que un 8% está totalmente en desacuerdo con esta afirmación, seguido de un 22% que se muestra en desacuerdo, un 33% se muestra indiferente, un 18% se muestra de acuerdo y, por último, el 17% informa estar totalmente de acuerdo.

Asimismo, para conocer las relaciones entre las variables de este bloque se realizó análisis *Rho de Spearman*, en el que se encontró que la satisfacción con la pareja se relaciona negativamente con la percepción de equidad en el cuidado de la casa y tareas domésticas.

Sin embargo, para conocer si existen diferencias entre el sexo de los participantes y las variables de este conjunto se realizaron pruebas *U de Man-Whitney*, encontrando diferencias significativas entre hombres y mujeres con el desbordamiento con las/as hijos/as, de manera que las mujeres se muestran más desbordadas que los hombres.

Bloque V

Los resultados de este bloque muestran que el afrontamiento y el manejo de la situación percibida por las/os participantes han sido en mayor medida media/alta, sobre los cinco puntos posibles de esta escala, lo que supone que han mostrado unos recursos de afrontamiento y una percepción de control suficientes.

Por otra parte, un 84% de las/os participantes muestra una tendencia positiva con respecto al aprendizaje y la posible lección de vida útil que han podido abstraer de esta situación. En contraparte, encontramos que un 8% es indiferente en este aspecto y un 6% lo valora negativamente.

En referencia a las actividades que les han reconfortado en esta situación se deduce bastante heterogeneidad, siendo la actividad más referida la de contenido “*audiovisual*” que ha sido informada por el 38% de los participantes. (ver Tabla 5)

Los resultados informan que la pérdida de red social se relaciona positivamente con la indefensión laboral, que el autocuidado se relaciona positivamente con el afrontamiento de la situación.

Por otra parte, el aprendizaje de lecciones importantes y útiles se relaciona positivamente con la autoeficacia, así como con la creación de un plan vital. No obstante, el aprendizaje de las lecciones de vida útiles e importantes también se relaciona, esta vez de manera negativa, con la indefensión vital y laboral.

Para explorar como se relacionan estas variables con respecto a la edad, han encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia de manera que los adultos mayores son los que perciben una mayor autoeficacia, seguidos de los/as adultos/as, los/as jóvenes y las/os mayores;

también se encuentran diferencias significativas en la creación de un plan vital de manera que los jóvenes son los que más han reflexionado y han transformado sus expectativas de futuro.

Interbloques

En relación a la satisfacción de pareja con la salud mental, existe una relación estadística significativa en sentido negativo de manera que el índice de riesgo sobre la salud mental se relaciona negativamente con la satisfacción en la pareja, lo que significa que los/as participantes cuya satisfacción percibida con su pareja es mayor, es decir, tendrán menos riesgo de padecer sintomatología psicológica.

Además, se realizó otro análisis sobre el autocuidado y el riesgo de salud mental, arrojando una relación negativa lo que significa que, a mayor autocuidado, menor riesgo de salud mental.

Asimismo, el índice de riesgo de salud mental se relaciona positivamente con el aprendizaje y con el afrontamiento y, negativamente, con la indefensión vital.

Por otra parte, también encontramos que el índice de riesgo en la salud mental se relaciona de manera positiva con la preocupación de que un familiar resulte contagiado de COVID-19.

Conclusiones

Esta investigación ha puesto de manifiesto los cambios experimentados por las personas usuarias del programa durante el estado de alarma por la pandemia COVID-19, con relación a diversos ítems referidos a actitudes, conductas y síntomas que fueron considerados claves para conocer el impacto psicosocial generado por la pandemia y el aislamiento forzoso.

De un lado se ha confirmado que existe un alto grado de infoxicación⁹, así como sobreexposición a las TIC's. El grado de sobreinformación que circula vía internet y redes sociales, calan en el discurso expandiendo información que raramente se contrasta y que provoca la asunción de premisas y prácticas que pueden ser perjudiciales para la salud, ya que contravienen las indicaciones de organismos de salud pública. Cabe señalar que el flujo de información globalizada, tanto vía redes como por organismos

⁹ *Infoxicación* es una palabra adecuada en español para referirse a una sobrecarga de información difícil de procesar. El neologismo fue acuñado por el especialista en información Alfons Cornella para aludir a la sobresaturación de información, como acrónimo de *intoxicación por información*.

oficiales respecto al COVID, ha sido masiva y contradictoria, con difusión de información científica pero también de otro tipo basadas en suposiciones o incluso con connotaciones mágico-religiosas. Esto ha provocado situaciones de ambivalencia y especialmente de confusión debido a la dificultad de identificar las noticias falsas, bulos y rumores que corren como la pólvora y que resulta difícil desmontar, exponiendo a las personas a un mayor riesgo e impacto psicosocial negativo. En ese sentido, para muchas de las personas la institución (CRUZ ROJA) ha sido un factor protector, ya que ante la situación de incertidumbre han recibido información oficial y contrastada, traducida a los diferentes idiomas.

Haciendo un análisis retrospectivo, se puede afirmar que este tipo de mensajes, de la sobreexposición a los bulos y noticias falsas que se alejan del empirismo y la ciencia médica, han reforzado el sesgo de confirmación de muchas personas que tienen posturas negacionistas, que han encontrado en ciertos medios una fuente aparentemente fidedigna de información.

Por otro lado, el malestar psicológico ha aumentado sin duda a raíz del confinamiento. Si se atiende a la dimensión de ansiedad/miedo, destacan particularmente tres ítems en los que el incremento de la proporción de personas que han empeorado: aumento del temor (por el contagio o por el futuro), la ansiedad reactiva a la situación, así como el miedo a la muerte. Ello supone considerar dichos ítems como muy sensibles y específicos a la situación de estrés ocasionada por el confinamiento y la pandemia.

Respecto a las variables del espectro depresivo, destaca la tristeza, que relacionan las personas con la gran cantidad de muerte, sentimientos pesimistas o de desesperanza y la incertidumbre. Cabe destacar que la tristeza también suele estar relacionada con la soledad, sin embargo, no aparece en los relatos. Este dato se puede explicar por el tipo de relaciones comunitarias estrechas que se han establecidas dentro de los centros entre las personas usuarias, así como por el apoyo recibido por los equipos interdisciplinarios intervinientes. Podría afirmarse que, ante situaciones extremas, las personas establecen lazos de cooperación, operando entre ellas como redes de apoyo y afecto. Si bien, el resultado a largo plazo de este fugaz fortalecimiento comunitario, se prevé que tenga poco éxito por la predecible vuelta a dinámicas individualistas que se retroalimentan por este sistema de vida.

Asimismo, el contacto con país de origen se ha incrementado en frecuencia, provocando sentimientos ambivalentes que van desde la tranquilidad por tener información de primera mano sobre la situación de las redes familiares, hasta la frustración e impotencia por no poder estar presentes en situaciones

complejas como fallecimientos de familiares, truncando así el proceso natural de duelo migratorio en el que estaban inmersos/as.

Huelga decir que el acceso a las TIC's facilita y democratiza las relaciones transnacionales, y permite de forma sencilla y económica mantener un contacto continuado, así como el acceso a información sobre la situación en país de origen. Esto ha facilitado que las personas usuarias pudieran gestionar la impotencia que señalaban al no poder apoyar a sus familiares y amistades físicamente. En función de la nacionalidad de la persona usuaria y la gestión sanitaria que este país ha hecho en torno al COVID19, el grado de preocupación ha variado, siendo mayor en aquellas/os que han tenido alta incidencia y poca capacidad de respuesta sociosanitaria. Cabe señalar que las personas usuarias han manifestado malestar por la imposibilidad de apoyar económicamente a sus familias en país de origen a través de las remesas que se han visto paralizadas debido al propio bloqueo del sistema económico y laboral.

Sobre el cambio de rutinas y distribución de las tareas familiares, entra en juego la deseabilidad social que premia valores como la responsabilidad o la igualdad, sin embargo, el discurso dista de la práctica. Bien, fruto de la intervención directa con las personas, se detecta una distorsión entre los datos aportados por las personas usuarias y la realidad de la intervención, sobre todo en lo relacionado con el horario de despertarse siendo el real mucho más tardío que el manifestado. Estos cambios en el sueño, están relacionado con la ausencia o disminución de responsabilidades fruto de la situación de aislamiento, así como el contacto con país de origen sujetas al cambio horario. Algunas de las consecuencias de esta alteración, se manifestaron en la ausencia de rutinas, provocando desajuste psicosocial con afectación emocional como irritabilidad, así como paralización del itinerario social, disminuyendo en las expectativas de integración en país de acogida.

No obstante, para muchas familias esta situación ha provocado un punto de inflexión sobre los modelos de familia tradicional. El hecho de compartir el espacio de forma permanente y sin expectativa de cambio ha supuesto para algunas familias nuevos acuerdos en la distribución de las tareas domésticas y de cuidados. Se identifican sin embargo un reparto no equitativo de las tareas y responsabilidades, así como de la afectación psicosocial, jugando un papel importante la tradicional división sexual del trabajo y los modelos de feminidad y masculinidad hegemónica.

Atendiendo al género por tanto se evidencia de manera general que las mujeres presentan más síntomas ansioso depresivos respecto a los hombres. Ellas puntúan más alto en miedo y tristeza, así como mayor dificultad para conciliar el sueño. Es importante la mediación de variables sociales, culturales y de género en la manifestación y expresión de la sintomatología de salud mental, es decir, influyen en estos

las barreras que muestra el género masculino para expresar sus emociones abiertamente y en contraposición, el rol que han jugado históricamente las mujeres les coloca en un mayor riesgo de afectación.

Las personas solicitantes o beneficiarias de asilo ya habían generado, previamente a la situación de pandemia, estrategias de afrontamiento para adaptarse a una nueva cultura teniendo en cuenta que han experimentado rupturas y nuevos proyectos, por tanto y a pesar de las dificultades expuestas, reorganizar una nueva vida sujeta a un escenario cambiante e impredecible supone un agregado a ese proyecto migratorio. Cabe destacar para darle sentido a esta información que el perfil de personas de la muestra procede de escenarios y contextos donde han estado expuestas/os a situaciones de extrema vulnerabilidad e indefensión. En sus relatos cuentan historias de naturaleza compleja ajustadas a contextos sociales o políticos de sus países de procedencia. Muchos de ellos, ya han vivido situaciones de confinamientos de naturaleza mucho más violenta, por tanto, el grado de afectación puede ser menor porque han aprendido a gestionar la privación de libertad.

Discusión

Respecto a la discusión, teniendo en cuenta los resultados obtenidos se plantea que hubiera sido interesante conocer la situación psicosocial previa y posterior al escenario de aislamiento forzoso, para realizar un análisis comparativo de las variables analizadas en el estudio y en qué grado han incrementado o disminuido.

Asimismo, se plantea como interés investigativo un estudio comparativo sobre el impacto psicosocial entre la población general y la población sujeta de estudio.

Cabe señalar que el apoyo institucional a partir de una atención integral ha posibilitado un seguimiento sociosanitario exhaustivo, se han promovido dinámicas de higiene y salud a partir de actividades y establecimiento de rutinas y propósitos. Esto ha supuesto una red de apoyo y contención para las personas usuarias, frente a un escenario de incertidumbres, generando un clima de “nueva normalidad” donde el itinerario de integración a pesar de verse interrumpido se ha ido adaptando a los nuevos condicionantes, generando nuevas formas de comunicación. Sin embargo, existen enormes desafíos que se han tornado más evidentes con los efectos de la pandemia, es preciso un análisis profundo del propio sistema que permita generar los cambios estructurales necesarios para alcanzar un modelo

social más justo, el impulso de políticas públicas que impacten positivamente en la protección de los derechos de ciudadanía y por último una reflexión en torno al sistema sanitario.

En relación con ese ámbito, el/la profesional en sanidad es el/la responsable de la prestación de cuidados en un ámbito complejo y de adaptarse a la realidad transcultural que se vive actualmente. Por ello, se invita a la reflexión sobre la importancia de la salud transcultural para fundamentar la práctica profesional basada en un cuerpo de conocimiento científico y humanizado que permita mejorar la calidad de los cuidados de sanidad culturalmente competentes con base en las necesidades de la persona, de la familia y de la comunidad con el sistema de salud. Es necesario establecer propuestas de mejoras, redes de apoyo interdisciplinar nacionales e internacionales para lograr una salud integral, humanizada y culturalmente congruente tomando en cuenta las necesidades reales de la población.

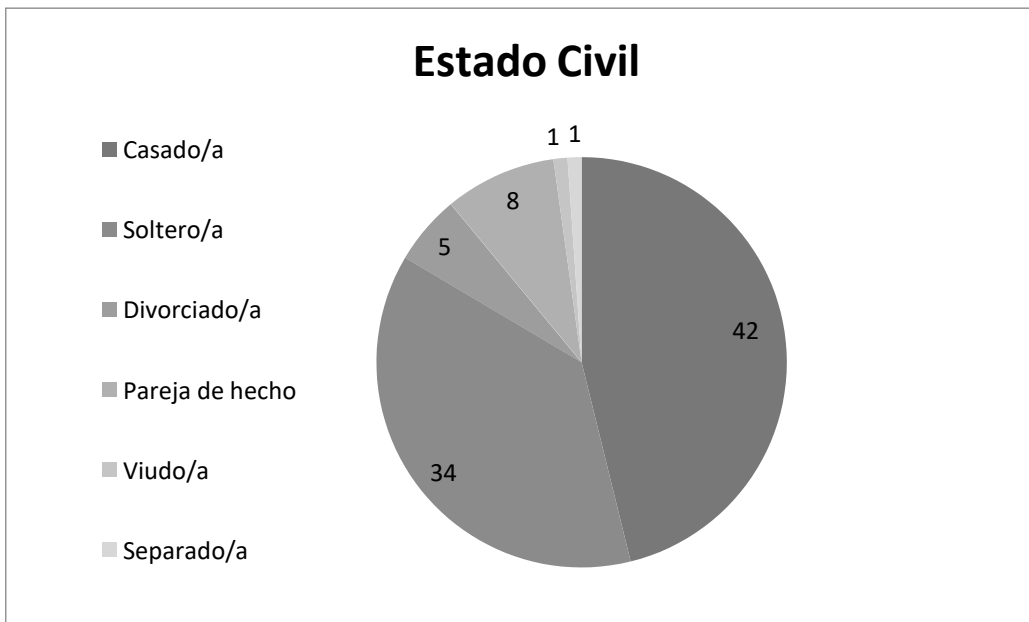
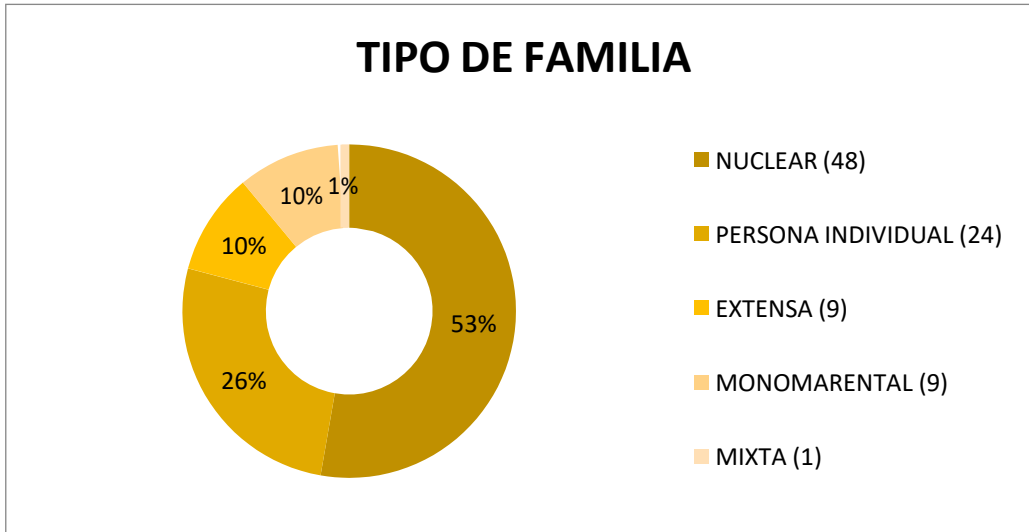
Para terminar, comentar que este estudio arrojó información sobre qué elementos relacionados con los procesos adaptativos de las personas sería interesante incidir, para brindar una intervención más adecuada teniendo en cuenta dos tipos de escenarios. El primero nos sitúa en el momento del confinamiento y el segundo de carácter prospectivo teniendo en cuenta los efectos psicosociales a largo plazo derivados de esta situación y su posible prevención.

ANEXOS

Anexo 1: gráficas y tablas

Anexo 2: cuestionario

Anexo 1: gráficas y tablas



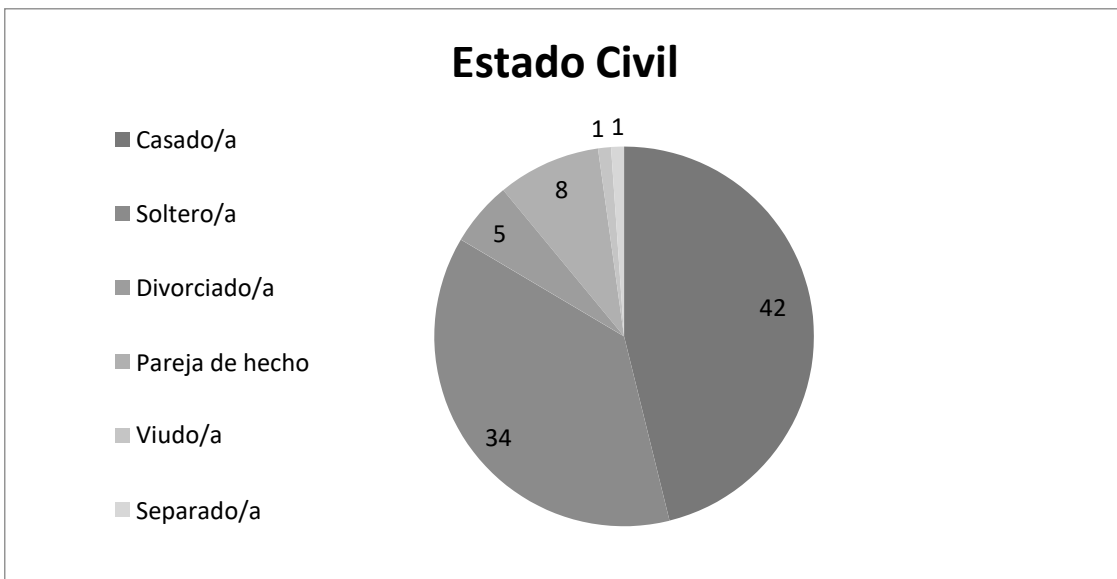
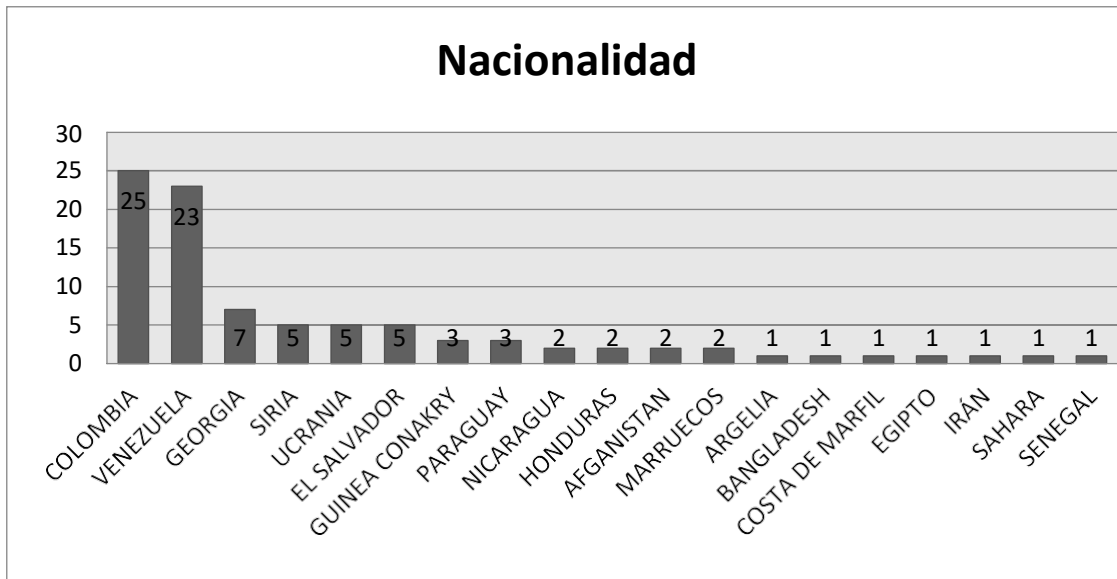


Tabla 1

<i>Distribución por país de origen</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Siria	5	5,5
Afganistán	2	2,2
Argelia	1	1,1
Bangladesh	1	1,1
Colombia	25	27,5
Costa de Marfil	1	1,1
Egipto	1	1,1
El Salvador	5	5,5
Georgia	7	7,7
Guinea	3	3,3
Honduras	3	3,3
Irán	1	1,1
Marruecos	2	2,2
Nicaragua	1	1,1
Paraguay	3	3,3
Sahara	1	1,1
Senegal	1	1,1
Ucrania	5	5,5
Venezuela	23	25,3
Total	91	100,0

Tabla 2.

<i>Medios de acceso a la información</i>	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Internet	72	41,6%	79,1%
Redes Sociales	51	29,5%	56,0%
Televisión	13	7,5%	14,3%
Radio	2	1,2%	2,2%
Familiares	14	8,1%	15,4%
Amigos/as	6	3,5%	6,6%
Cruz Roja	15	8,7%	16,5%
Total	173	100,0%	190,1%

Tabla 3.1.

<i>Enfermedad crónica por rango de edad</i>	Edad (Agrupada)				Total
	Jóvenes	Adultos	Adultos mayores	Mayores	
	S	6	5	5	
N	23	36	6	0	65
Total	29	41	11	8	89

Tabla 3.2.

<i>Emociones que causan el aumento de muertes por COVID-19</i>				
		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
	Temor	31	26,1%	37,3%
	Angustia vital	15	12,6%	18,1%
	Pánico	10	8,4%	12,0%
	Ansiedad	22	18,5%	26,5%
	Miedo a la muerte	16	13,4%	19,3%
	Tristeza	17	14,3%	20,5%
	Pena	4	3,4%	4,8%
	Decepción	2	1,7%	2,4%
	Malestar	1	0,8%	1,2%
	Confusión	1	0,8%	1,2%
Total		119	100,0%	143,4%

Tabla 3.3.

<i>Preocupación de tener el COVID-19</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	20	22,0	22,0	22,0
	Poca	17	18,7	18,7	40,7
	Ni mucha ni poca	8	8,8	8,8	49,5
	Alguna	15	16,5	16,5	65,9
	Mucha	31	34,1	34,1	100,0
Total		91	100,0	100,0	

Tabla 4

Emociones que causa el contacto con la familia				
		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
	Tranquilidad	67	63,8%	77,0%
	Angustia	18	17,1%	20,7%
	Desosiego	2	1,9%	2,3%
	Frustración	6	5,7%	6,9%
	Preocupación	2	1,9%	2,3%
	Estrés	1	1,0%	1,1%
	Alegría	5	4,8%	5,7%
	Tristeza	1	1,0%	1,1%
	Temor	2	1,9%	2,3%
	Nostalgia	1	1,0%	1,1%
Total		105	100,0%	120,7%

Tabla 5

<i>Actividades reconfortantes</i>				
		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
	Deporte	22	13,9%	26,5%
	Lectura	21	13,3%	25,3%
	Audiovisual	32	20,3%	38,6%
	Cursos	18	11,4%	21,7%
	Apoyo de los trabajadores	26	16,5%	31,3%
	Religión	17	10,8%	20,5%
	Apoyo de los familiares	22	13,9%	26,5%
Total		158	100,0%	190,4%

ANEXO 2 (cuestionario):**Indicaciones para la aplicación del cuestionario:**

Se implementará usando como herramienta la videoconferencia o presencial y a través de la aplicación *onedrive form* para registrar los datos de manera sistemática. Se facilitará su cumplimentación por parte de personal técnico y voluntariado especializado en apoyo a las personas usuarias.

La duración del cuestionario es de aproximadamente 15 minutos.

Esta investigación se apoya en los principios éticos y deontológicos de la investigación social, asimismo en los principios de confidencialidad y protección de datos de carácter personal recogidos en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Cuestionario**Datos sociodemográficos:**

- Sexo: Hombre/Mujer/Otro
- Género: masculino/Femenino/Otro
- Edad:
- País de origen:
- Estado civil: Casado/a, Separado/a, Divorciado/a, Soltero/a, Viudo/a, Otro: _____
- Tipo de familia: Nuclear, Monomarental/monoparental, Extensa, Mixta, Otra:
- N° de miembros incluyéndote:
- N° total de hijas/os:
- N° de hijas/os en la unidad de convivencia: Edades: _
- Estudios completados: Primarios, Secundarios, Formación profesional, Universitarios, Otros: _
- Situación administrativa: manifestación, papel blanco, tarjeta roja (con o sin autorización a trabajar, Otra:
- Situación laboral: contrato, empleo informal, desempleo, jubilado, estudiante, Otra:

Bloque I: En este apartado veremos cómo repercute el discurso mediático así como la información sobre COVID-19 a través de redes sociales, la difusión de noticias falsas y/o el acceso a información contrastada.

1. A través de qué medios has accedido a información relacionada con COVID19:

- a. Internet
- b. Redes sociales (Whatsapp, Facebook,..)
- c. Televisión
- d. Radio
- e. Familiares
- f. Amigos/as g. Otro: _____

2. ¿Con qué frecuencia has consultado estos medios para informarte sobre el COVID-19?

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 A todas horas
---------	--------	--------	---------	-----------------

2. ¿En qué medida contrastas la información que recibes con información de organismos oficiales?

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

3. ¿Qué grado de confianza depositas en la información que te llega?

1 Ninguna	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Toda
-----------	--------	--------	---------	--------

4. ¿En qué grado consideras que has recibido información basada en noticias falsas o de dudosa veracidad?

1 Ninguna	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Toda
-----------	--------	--------	---------	--------

5. ¿Qué sensación(es) te produce el acceso a esta información?

- a. Tranquilidad
- b. Desasosiego
- c. Miedo
- d. Frustración
- e. Rabia
- f. Otra: _____

Observaciones: _____

Bloque II En este apartado abordaremos algunos aspectos sobre tu estado de salud en un sentido amplio, salud física, psicológica y social.

1. ¿Tienes alguna enfermedad crónica?

Si. No. ¿Cuál(es)?:

2. ¿Tienes o has tenido síntomas de estar infectado/a por el COVID-19?

Sí. No. ¿Cuál(es)?:

3. ¿En qué frecuencia has pensado que podrías tener los síntomas del COVID- 19?

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 A veces	5 Muchas veces
---------	--------	--------	-----------	----------------

4. ¿En qué frecuencia has pensado que te has contagiado por el COVID-19

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 A veces	5 Muchas veces
---------	--------	--------	-----------	----------------

5. ¿En qué medida te ha generado preocupación pensar que tuvieses COVID19?

1 Ninguna preocupación	2 Poca preocupación	3 Ni mucha ni poca	4 Alguna preocupación	5 Mucha preocupación
------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	----------------------

6. ¿En qué medida te ha generado preocupación pensar que algún familiar en España tuviese COVID19?

1 Ninguna preocupación	2 Poca preocupación	3 Ni mucha ni poca	4 Alguna preocupación	5 Mucha preocupación
------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	----------------------

7. Alguien de mi familia y/o personas cercanas ha dado positivo en COVID-19

Si. No. Quién(es)?

8. Tras la declaración de la pandemia internacional y durante el confinamiento, has sentido:

a. Miedo:

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

b. Desbordamiento:

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

c. Dificultad para concentrarme:

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

d. Dificultad para conciliar el sueño:

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

e. Pensamientos recurrentes catastróficos:

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

f. Indefensión:

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

g. Tristeza

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

h. Desarrolle alguna conducta repetitiva ej- estar continuamente tomando la temperatura o pendiente de mis constantes vitales-

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

i. Agobio por estar encerrada/o

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

j. Sentí que necesitaba apoyo psicológico para gestionar estas sensaciones

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

9. ¿Qué emoción te ha generado en mayor medida el incremento de las muertes por COVID-19?

- a. Temor
- b. Angustia vital
- c. Pánico
- d. Ansiedad
- e. Miedo a la muerte
- f. Otra: _____

10. Durante el tiempo de aislamiento, he estado pendiente de cada cambio en mi cuerpo:

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

11. Desde el inicio del confinamiento he incrementado la toma de medicación para calmar la sintomatología (malestar general, dolor de cabeza, ansiedad, ...)

- a. Si
- b. No
- c. ¿Cuál? ¿En qué cantidad?

Observaciones: _____

Bloque III: recoge aquellos aspectos que conectan con el país de origen, son sentimientos y percepciones, tipo de comunicación, frecuencia,...

1. ¿A través de qué medios te comunicas con tus familiares y/o amistades en país de origen?

- a. Llamada telefónica
- b. Whatsapp
- c. Facebook
- d. Skype
- e. Otro: _____

2. ¿Con qué frecuencia te comunicas con tus familiares y amistades en país de origen?

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Cada semana	5 Cada día
No tengo familiares ni amistades en país de origen.				

3. El estado actual de paralización ha provocado una disminución en el apoyo económico o que no pueda seguir colaborando con mi familia en país de origen (remesas)

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	-------------------------

4. ¿Qué grado de preocupación tienes sobre el posible contagio COVID-19 de otras/os miembros de tu familia y/o amistades en país de origen?

1 Ninguna preocupación	2 Poca preocupación	3 Ni mucha ni poca	4 Alguna preocupación	5 Mucha preocupación
------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	----------------------

5. ¿Qué emoción(es) te provoca mayoritariamente el contacto con familiares?

- a. Tranquilidad
- b. Angustia
- c. Desasosiego
- d. Frustración
- e. Otra: _____

Observaciones:

Bloque IV: Este apartado trata sobre el afrontamiento de la situación de aislamiento obligado, los posibles cambios en las rutinas, la manera en que se han podido modificar las dinámicas sociales y como se están desarrollando las relaciones familiares al interior del confinamiento.

1. ¿En qué medida se da un reparto equitativo de las labores domésticas y de cuidado en casa?

1 Nunca	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Siempre
---------	--------	--------	---------	-----------

2. Tras la declaración de estado de alarma e inicio de confinamiento, ¿se ha producido un cambio en los roles familiares tradicionales?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Totalmente
--------	--------	--------	---------	--------------

3. La satisfacción con tu relación de pareja actual es:

1 Nada satisfactoria	2 Poco satisfactoria	3 Algo satisfactoria	4 Bastante satisfactoria	5 Totalmente satisfactoria
----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------	----------------------------

4. ¿En qué grado te has encontrado desbordado/a por tener a tus hijos/as en casa durante este periodo de confinamiento?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Mucho	5 Totalmente
No tengo hijas/os en casa.				

5. Está siendo sencillo conciliar la necesidad de trabajar/estudiar/ocio con mis responsabilidades familiares.

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni acuerdo/ni desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------	--------------	-------------------------

6. Antes de la situación de aislamiento forzoso, ¿a qué hora te solías despertar? __: __ y ¿a qué hora te solías acostar? __: __

7. Durante este periodo de confinamiento

__:__ ¿a qué hora te sueles despertar?

__:__ ¿a qué hora te sueles acostar?

8. Mis redes de apoyo y afecto se han visto mermadas

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni acuerdo/ni desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------	--------------	-------------------------

Observaciones:

Bloque V: este apartado recoge aspectos que tienen que ver con las estrategias de afrontamiento, con la capacidad de sobreponerse a situaciones adversas.

1. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	-------------------------

2. Está siendo sencillo encontrar un espacio para relajarme, para autocuidarme.

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	-------------------------

3. He encontrado la forma de afrontar y manejar la situación

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	-------------------------

4. La pandemia internacional COVID-19 me ha permitido aprender lecciones importantes y de vida útiles

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	-------------------------

5. En esta situación de pandemia internacional y de confinamiento forzoso ¿Qué te ha reconfortado?

- a. Deporte
 - b. Lectura
 - c. Audiovisual
 - d. Cursos
 - e. Apoyo de trabajadoras/es de centro
 - f. Religión
 - g. Apoyo familiar/amistades
- Otras: _

6. Durante el confinamiento he tenido la posibilidad de reflexionar sobre mi vida y se ha transformado mi expectativa de futuro:

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	-------------------------

7. La situación de confinamiento ha truncado mi expectativa de inserción laboral

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	-------------------------

8. La situación de incertidumbre ha truncado mi expectativa de futuro

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	-------------------------

Observaciones: (aspectos positivos del confinamiento, expectativas de futuro, balance personal y colectivo,...):



Ayuntamiento de Málaga

Área de Participación Ciudadana, Migración, Acción Exterior,
Cooperación al Desarrollo, Transparencia y Buen Gobierno