



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Master

**Percepción de riesgo, miedo, autoeficacia, efectividad
percibida y adhesión a conductas de protección frente
a la COVID-19 en España**

Autora: Andrea Rubio Murcia

Tutora: María del Carmen Neipp López

Convocatoria: Enero 2021

Nota: En el presente trabajo se ha hecho uso de fórmulas de género neutras y del femenino como genérico con el objetivo de visibilizar nuevas formas del lenguaje que dejen atrás los usos arcaicos e inamovibles del mismo, donde las mujeres y disidentes de género nunca hemos sido nombradas. Por otro lado, también se considera importante emplear este lenguaje en los trabajos académicos para que no quede solo relegado a discursos activistas. “La resignificación del lenguaje requiere abrir nuevos contextos, hablando de maneras que aún no han sido legitimadas, y por lo tanto, produciendo nuevas y futuras formas de legitimación.” (Butler, 2004, p. 73)



Resumen

Las conductas de protección frente a la COVID-19 (CPC) recomendadas por las autoridades sanitarias son el lavado/desinfección frecuente de manos, el uso de mascarilla y el mantenimiento del distanciamiento físico, siendo estas las principales estrategias para acabar con la pandemia. El objetivo de este estudio fue explorar el grado de correlación existente entre la percepción de riesgo de la COVID-19, su gravedad percibida, el miedo funcional, la efectividad percibida de las CPC y la autoeficacia percibida para llevar a cabo las CPC, y la frecuencia de realización de las CPC. El estudio, de tipo descriptivo-transversal, exploró dichas variables entre los días 27 y 31 de julio de 2020 a través de diversos cuestionarios validados y desarrollados ad-hoc mediante un formulario de Google Forms. La muestra estuvo formada por 264 sujetos (70,3% mujeres). Los resultados mostraron una falta de correlación significativa entre percepción de riesgo, gravedad percibida y miedo funcional hacia la COVID-19, y la frecuencia de realización de las CPC. Sí que se encontraron correlaciones significativas y relevantes entre la percepción de efectividad de las CPC y la autoeficacia para realizarlas, y su frecuencia de realización. Estos resultados podrían diferir de los encontrados en otros estudios porque las medidas restrictivas que ha impuesto el Estado español dejarían menos espacio para que la conducta se vea influida por variables individuales. Futuras investigaciones e intervenciones deberían focalizarse en explorar esto, y en disminuir barreras para la percepción de efectividad de las medidas y de autoeficacia.

Palabras clave: COVID-19, conductas de protección, percepción de riesgo, miedo, Teoría de la Motivación para la Protección

Abstract

COVID-19 protective behaviours COVID-19 (CPC in Spanish) recommended by the health authorities are frequent hand washing / disinfection, mask use and physical distancing, these being the main strategies to end the pandemic. The objective of this study was to explore the degree of correlation among COVID-19 risk perception, COVID-19 perceived severity, functional fear, perceived effectiveness of CPCs and perceived self-efficacy to carry out CPCs, and the frequency of CPCs implementation. This descriptive-cross-sectional study explored these variables between July 27th and 31th 2020 through various validated and ad-hoc questionnaires using Google Forms. The sample consisted of 264 subjects (70.3% women). The results showed a lack of significant correlation between risk perception, perceived severity and functional fear towards COVID-19, and the frequency of CPCs implementation. Correlations between CPCs effectiveness perception and self-efficacy to perform them, and their frequency of performance were significant and relevant. These results could differ from those found in other studies as restrictive measures imposed by the Spanish State would make behaviours to be less influenced by individual variables. Future research and interventions should focus on exploring this, and on reducing barriers to effectiveness perception and self-efficacy.

Keywords: COVID-19, protective behaviours, risk perception, fear, Protection Motivation Theory

Introducción

El 11 de marzo de 2020 el brote de la COVID-19 fue declarado pandemia a nivel mundial por la OMS. El 14 de marzo el gobierno español decretó el estado de alarma y la restricción de movilidad para toda la población, exceptuando actividades de primera necesidad y el desplazamiento a determinados lugares de trabajo. Se suspendieron las actividades escolares presenciales, culturales y deportivas, y la gran mayoría de establecimientos hubieron de paralizar su actividad, de modo que casi la totalidad de la población hubo de estar confinada en sus casas (La Moncloa, 2020). Muchas ciudadanas pasaron del trabajo físico al teletrabajo, y muchísimas otras vieron suspendida su actividad laboral con un impacto económico crítico.

El día 25 de mayo se había registrado un total de 235.400 casos confirmados de CoV-SARS-2 y 26.837 fallecimientos relacionados con el virus (Gobierno de España, 2020). Tras comenzar a descender la curva de contagios y a disminuir el número de personas fallecidas diarias, el 4 de mayo comenzó la denominada desescalada o progreso hacia “la nueva normalidad”, es decir, la recuperación progresiva de actividades normales previas a la pandemia.

Las conductas de protección frente a la COVID-19 (CPC) adoptadas internacionalmente durante y tras el confinamiento son el lavado y/o desinfección frecuente de manos, el distanciamiento físico y el uso de mascarilla. Sin embargo, la eficacia de estas medidas depende directamente de que la población realice cambios rápidos en sus conductas, lo que a su vez depende de la capacidad de las personas para percibir los riesgos asociados al virus y adaptar su comportamiento acorde a ellos, tal y como se ha encontrado en diversos estudios (Barceló y Sheen, 2020; Dryhust et al., 2020; Harper, Satchell, Fido y Latzman, 2020; Wise, Zbozinek, Michelini, Hagan y Mobbs, 2020). Estos resultados son coherentes

con la Teoría de la Motivación para la Protección (Rogers, 1983; citado en Pakpour, 2020), la cual postula que las personas se adhieren a conductas de salud cuando perciben una alta vulnerabilidad o susceptibilidad de contraer una enfermedad y una alta gravedad de las consecuencias de la misma, y las recompensas percibidas de realizar conductas malsanas son bajas. La susceptibilidad percibida podría tener un componente cognitivo - percepción de riesgo - y un componente emocional - miedo y preocupación (Moser, McCaul, Peters, Nelson y Marcus., 2007; citado en Pakpour, 2020). Un aspecto alarmante de esto es que diversos estudios recientes señalan que una gran cantidad de los sujetos encuestados perciben que tienen menor riesgo de infección que sus familiares, amistades y resto de la población, y que sus familiares y amistades tienen también menos riesgo que el resto de la población, lo que se denominaría sesgo optimista, el cual también fue encontrado en investigaciones previas sobre el SARS (Brug, Aro y Richardus, 2009; De la Vega, Ruiz, Boros y Szabo, 2020; Gerhold et al., 2020; Harper et al., 2020; Wise et al., 2020). Las consecuencias de esto son obviamente peligrosas al reducir la probabilidad de poner en práctica las CPC y conducir a un aumento de los contagios. Sin embargo, para que las personas realicen estos comportamientos también es necesario que crean que hay acciones protectoras efectivas disponibles (eficacia de respuesta) y que tengan una alta autoeficacia para realizarlas (Rogers, 1983; citado en Pakpour, 2020). En este sentido, cabe destacar que Jorgensen, Bor y Bang (2020) describieron una relación directa entre autoeficacia y adherencia a CPC incluso cuando la percepción de riesgo no era alta.

Durante los primeros meses de la pandemia han emergido una gran cantidad de estudios midiendo el impacto psicológico de la misma y de las medidas de confinamiento y distanciamiento en países de todo el mundo. Diversos trabajos han detectado niveles significativos de sintomatología ansiosa y depresiva en la población general que podrían perdurar en el tiempo, y han señalado la necesidad de que las instituciones públicas de salud

intervengan (Casagrande, Favieri, Tambelli y Forte, 2020; Rajkumar, 2020; Reynolds et al., 2008; Tull et al., 2020).

No obstante, como advierten Harper et al. (2020), es imprescindible tener en cuenta el contexto en el que se dan emociones comúnmente catalogadas y percibidas como “negativas” - como la ansiedad o el miedo – antes de considerarlas patológicas, ya que en escenarios como el actual, pueden ser funcionales al señalar que existe un peligro real. De esta forma, podrían convertirse en un potente motivador que active las CPC. Efectivamente, estos autores encontraron que el miedo a la COVID-19 predice el aumento de conductas de protección. Como advierten Dryhurst et al. (2020), a pesar de que las percepciones de riesgo minimizadas o exageradas pueden interferir en la adopción de conductas protectoras de la salud, la causalidad podría ser bidireccional, de modo que tomar medidas de seguridad también puede reducir las percepciones de riesgo. Concretamente, encontraron que las creencias de eficacia colectiva más altas redujeron las percepciones de riesgo sobre COVID-19 en diversos países incluido España.

Dryhurst et al. (2020) han llevado a cabo uno de los estudios con mayor tamaño muestral (n=6991) y en mayor cantidad de países distintos, encontrando que las personas que han tenido una experiencia personal y directa con el virus perciben un riesgo significativamente mayor. Tal y como indican, estos resultados apoyan las evidencias sobre el hecho de que el sistema afectivo experiencial es más dominante en la formación de juicios y en la toma de decisiones que los componentes racionales y analíticos (Kahneman, 2013).

Los estudios sobre la relación entre estos constructos son escasos, y las consecuencias que de ellos se derivan, esenciales de cara al nuevo escenario que se avecina en el Estado español. Durante aproximadamente un mes y medio, el confinamiento fue obligatorio, su cumplimiento fue vigilado estrechamente por las fuerzas del orden público, y su

incumplimiento, castigado con sanciones económicas e incluso el arresto. La socialización se vio fuertemente impedida y las posibilidades de contagio disminuyeron. Además, la cantidad de contagios y fallecimientos a causa del virus era dramática y se desconocía durante cuánto tiempo se prolongaría exactamente. Por el contrario, la desescalada y el progreso hacia la “nueva normalidad” se ven acompañados de una reducción significativa en el número de contagios y fallecimientos por el virus, y de la vigilancia policial, y permite que la población retome hábitos de socialización (e.g: ir a un bar o restaurante, comprar en comercios locales o visitar a amigos y familiares en domicilios particulares) en contextos fuertemente asociados a la normalidad pre-pandemia en la que no era necesaria ninguna medida de seguridad. A esto hay que sumarle que durante el verano aumentan las salidas de ocio y la movilidad entre territorios. Todos estos elementos podrían conducir a una menor percepción de riesgo relacionada con el virus y a una menor probabilidad de realizar conductas de protección frente al mismo, por lo que es necesario estudiar qué variables podrían relacionarse con la adherencia a las CPC de cara a realizar intervenciones de salud pública que aumenten la misma..

Objetivo

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo de este trabajo es explorar qué variables se relacionan con la realización de conductas de protección frente a la COVID-19 (CPC) durante la “nueva normalidad”.

Objetivos específicos

1. Medir los niveles de miedo, percepción de riesgo y gravedad relacionados con la COVID-19.
2. Medir la efectividad percibida y la autoeficacia en relación a las CPC.

3. Medir la frecuencia de realización de las CPC: uso de mascarilla, distanciamiento físico y lavado/desinfección frecuente de manos.
4. Explorar la relación entre a) los niveles de miedo, percepción de riesgo y gravedad, y creencias de efectividad y autoeficacia respecto a las CPC y b) la frecuencia de realización de las CPC.

Método

Participantes

Un total de 284 personas respondieron a la encuesta. Sin embargo, puesto que los requisitos de participación eran tener la mayoría de edad y residir en España, la muestra finalmente se compuso de un total de 264 sujetos, siendo el 70,3 % mujeres. La edad de las participantes oscila entre los 19 y los 70 años, siendo la media de 34,19 años. En cuanto a estudios máximos finalizados, el 34,8% poseen estudios universitarios y el 26,1 % son profesionales sanitarias. De estas, el 38,8% son psicólogas y el 26,9%, médicas. Respecto a la ocupación laboral, el 36,4% son empleadas a jornada completa y el 15,9% son estudiantes, mientras que el 16,3% son desempleadas en búsqueda activa de trabajo. Sobre la pertenencia a algún grupo de riesgo de COVID-19, el 62,5% no pertenece a ninguno. Por otro lado, tan solo un 1,9% de la muestra tuvo COVID-19, el 60% de ellas con sintomatología leve y ninguna con sintomatología grave. Además, el 48,1% ha tenido alguna amistad o familiar con COVID-19, de las cuales, el 37% ha tenido síntomas leves.

Instrumentos y variables

Los instrumentos y variables empleados fueron los siguientes:

1. *Variables sociodemográficas:* Incluyen edad, género, residencia habitual, estado civil, nivel de estudios, situación laboral actual, pertenencia a grupo de riesgo a la COVID-19,

tener a una familiar/amiga que haya pasado o esté pasando la enfermedad y gravedad de la misma, y haber pasado o no la enfermedad y gravedad de la misma.

2. *Escala de miedo a la COVID-19 (Fear of Covid-19 Scale, FCV-19S; Ahorsu y cols., 2020)*, adaptada al castellano para el presente trabajo (ver Anexo 1). Este instrumento permite medir la variable *miedo funcional a la COVID-19*. El miedo es definido como un estado emocional displacentero que es desencadenado por la percepción de estímulos amenazantes (de Hoog et al., 2008). Se añade el apellido “funcional” para resaltar el componente adaptativo de esta emoción que es considerada muchas veces como “negativa”. La escala está compuesta por 7 ítems, evalúa el miedo a la COVID-19 y consta de una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que permite reflejar el grado de acuerdo o desacuerdo sobre cada ítem (1= Totalmente en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo), de forma que la puntuación total puede oscilar entre 7 y 35. Una mayor puntuación se corresponde con un mayor miedo hacia la COVID-19. Ha sido validada en población iraní y posee unas aceptables propiedades psicométricas ya que su consistencia interna es de .82, la fiabilidad test-retest = .72 y, además, la validez concurrente con el *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* es de $r = .511$ para ansiedad, y la validez concurrente con el *Perceived vulnerability to disease scale* es de $r = .483$.
3. *Cuestionario sobre percepción de riesgo de contraer la COVID-19 y conductas de protección*, desarrollado ad-hoc (ver Anexo 2). Para desarrollar los ítems se ha partido de la literatura ya existente sobre estas variables en los estudios relacionados con la COVID-19 referenciados en este trabajo y en la Teoría de la Motivación para la Protección de Rogers (1983). Se compone a su vez de 5 escalas: *percepción de riesgo*, *gravedad percibida*, *efectividad percibida de las CPC*, *autoeficacia* y *frecuencia de realización de las CPC*.

La escala *percepción de riesgo* mide la probabilidad percibida de contraer el virus, de que lo contraigan familiares y amigos, y de que lo contraiga la población general. Se compone de 3 ítems y posee una escala tipo Likert con 5 categorías de probabilidad (0= nada probable a 4=muy probable). Una mayor puntuación se corresponde con una mayor percepción de riesgo.

La escala *gravedad percibida* mide la probabilidad percibida de presentar distintos niveles de gravedad de la COVID-19 y de las consecuencias de la misma una vez contraído el virus. Está formada por nueve ítems con una escala tipo Likert de 5 categorías de probabilidad (0= nada probable a 4=muy probable). Posee un ítem inverso (probabilidad percibida de recuperarse sin secuelas), y en cuanto a la interpretación de la escala, una mayor puntuación se corresponde con una mayor percepción de gravedad.

La escala *efectividad percibida* mide la efectividad percibida de distintas conductas de protección frente al virus. Tiene siete ítems y una escala Likert de 5 puntos (0= nada efectivo a 4= muy efectivo). Una mayor puntuación se corresponde con una mayor efectividad percibida.

La escala *autoeficacia* la capacidad percibida para realizar las CPC que aparecen en la escala anterior por lo que también se compone de siete ítems. Posee una escala Likert de 5 puntos (0= nada capaz a 4= muy capaz). Una mayor puntuación refleja una mayor autoeficacia.

La *escala de frecuencia de realización de CPC* está formada por siete ítems que representan distintas CPC, habiendo los sujetos de responder marcando uno de los cinco puntos de la escala de frecuencia tipo Likert (0= casi nunca a 4= siempre). El cuarto ítem es invertido. Una mayor puntuación indicaría una mayor frecuencia de realización de CPC.

Procedimiento

Para difundir los distintos cuestionarios del estudio se empleó el método bola de nieve. Con un formato de formulario Google Forms, la autora de este trabajo los distribuyó a través de distintas redes sociales y portales de Internet entre los días 27 y 31 de julio de 2020, es decir, durante la “nueva normalidad”, buscando obtener una muestra amplia y representativa. Previamente, se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández (Anexo 3).

Tipo de diseño

Se realizó un diseño de tipo descriptivo-transversal con medidas prospectivas. Concretamente, se midieron las variables (niveles de miedo, percepción de riesgo, percepción de gravedad, efectividad percibida de CPC, autoeficacia y frecuencia de realización de CPC) durante la nueva normalidad entre el 27 y el 31 de julio de 2020.

Análisis de los datos

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa estadístico SPSS-25. En primer lugar, se realizó el Test Kolmogorov-Smirnov, obteniendo como resultado que la muestra no sigue una distribución normal. Esto obligó a emplear el índice de correlación de Spearman para comprobar si existe correlación entre las variables.

En todas las tablas se ha remarcado con asteriscos las correlaciones que son estadísticamente significativas porque estas son las únicas que realmente tienen un alto valor estadístico que permita extraer conclusiones sobre la existencia o no de correlación entre variables.

Resultados

Percepción de riesgo y frecuencia de realización de las conductas de protección frente a la COVID-19 (CPC)

Como se puede observar en la Tabla 1, todas las variables obtuvieron correlaciones a pesar de que los índices de correlación de Spearman entre las variables indican correlaciones mínimas y bajas, y apenas se observan correlaciones significativas.

Tabla 1. Índices de correlación entre las variables de riesgo percibido y de frecuencia de realización de las CPC

	Riesgo 1	Riesgo 2	Riesgo 3
Frecuencia lavado de manos con jabón	-.094	-.109	.109
Frecuencia desinfección de manos con gel hidroalcohólico	-.004	-.034	.231**
Frecuencia uso correcto de la mascarilla	.038	.012	.269**
Frecuencia besar o abrazar a personas con quienes no se convive	.051	.098	.021
Frecuencia distancia recomendada con conocidas/os	-.050	-.058	.015
Frecuencia distancia recomendada familiares y amistades	-.086	-.124*	.074
Frecuencia evitar planes de ocio	.036	.001	-.010

** La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

* La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

Riesgo 1 = Probabilidad percibida de contagiarse de COVID-19; Riesgo 2 = Probabilidad percibida de que familiares y amistades se contagien de COVID-19; Riesgo 3 = Probabilidad percibida de que el resto de la población se contagie de COVID-19.

Gravedad percibida y frecuencia de las CPC

Como en el caso anterior, todas las variables obtuvieron correlaciones aunque las que han sido halladas como estadísticamente significativas, son mínimas, puesto que ninguna llega al .2. La mayoría no son estadísticamente significativas (Tabla 2).

Tabla 2. Índices de correlación entre las variables gravedad percibida y frecuencia de realización de las CPC

	Frec 1	Frec 2	Frec 3	Frec 4	Frec 5	Frec 6	Frec 7
Ser asintomática/o	.020	.028	-.043	.004	-.077	-.070	-.095
Tener síntomas leves	-.048	-.073	-.100	.009	-.082	-.159**	-.149*
Tener síntomas de gravedad moderada	-.115	-.122*	.008	-.092	-.043	-.100	.032
Tener que ser hospitalizado	-.029	-.018	.128*	-.087	.076	.042	.109
Ingresar en UCI	.034	-.028	.107	-.112	.085	.067	.152*
Morir	.086	.009	.087	-.149*	.152*	.055	.174**
Recuperarse sin secuelas	-.031	-.087	-.102	.121*	-.024	-.147*	-.184**
Recuperarse con secuelas	.122*	.135*	.053	-.052	.065	.070	.062
Volver a contagiarse	.146*	.184**	.005	-.011	.118	.102	.045

** La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

* La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

Frec 1 = Frecuencia de lavado de manos con jabón; Frec 2 = Frecuencia de desinfección de manos con gel hidroalcohólico; Frec 3 = Frecuencia de uso correcto de la mascarilla; Frec 4 = Frecuencia de besar o abrazar a personas con quienes no se convive; Frec 5 = Frecuencia de distancia recomendada con conocidas/os; Frec 6 = Frecuencia de distancia recomendada con familiares y amistades; Frec 7 = Frecuencia de evitar planes de ocio

Miedo funcional y frecuencia de las CPC

En este caso también se hallaron correlaciones en todas las variables. La mayoría de las correlaciones estadísticamente significativas, son mínimas ($r = 0-.2$) y bajas ($r = .2 - .4$). Estas últimas han sido remarcadas en cursiva. Cabe destacar que no existe una asociación significativa entre sentirse ansiosa/o y/o nerviosa/o al ver noticias acerca de la COVID-19, y la frecuencia de realización de ninguna de las CPC. También, que la frecuencia de besar o abrazar a personas con quienes no se convive no muestra casi ninguna asociación significativa con la escala de miedo. Por último, el no poder dormir por miedo al contagio del

virus y que se acelere el corazón al pensar en él muestran correlaciones insignificantes con casi todas las variables de frecuencia de las CPC (Tabla 3).

Tabla 3. Índices de correlación entre las variables miedo funcional y frecuencia de realización de las CPC

	Frec 1	Frec 2	Frec 3	Frec 4	Frec 5	Frec 6	Frec 7
Miedo a la COVID-19	.189**	.302**	.187**	-.098	.138*	.192**	.191**
Incomodidad al pensar en la COVID-19	.134*	.234**	.049	-.033	.137*	.204**	.159**
Sudarle las manos al pensar en la COVID-19	.046	.144*	.059	.013	-.035	.225**	.144*
Miedo a morir de COVID-19	.096	.174**	.173**	-.155*	.126*	.196**	.242**
Sentirse ansiosa/o y/o nerviosa/o al ver noticias acerca de la COVID-19	.050	.087	.048	.033	.011	.097	.057
No poder dormir por miedo al contagio de COVID-19	.009	.114	.090	-.037	.010	.224**	.204**
Que se acelere el corazón al pensar en poder tener COVID-19.	-.040	.066	-.008	-.067	-.038	.129*	.132*

** La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

* La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

Frec 1 = Frecuencia de lavado de manos con jabón; Frec 2 = Frecuencia de desinfección de manos con gel hidroalcohólico; Frec 3 = Frecuencia de uso correcto de la mascarilla; Frec 4 = Frecuencia de besar o abrazar a personas con quienes no se convive; Frec 5 = Frecuencia de distancia recomendada con conocidas/os; Frec 6 = Frecuencia de distancia recomendada con familiares y amistades; Frec 7 = Frecuencia de evitar planes de ocio.

Efectividad percibida sobre las medidas frente a la COVID-19 y frecuencia de las CPC

También en este caso se han obtenido correlaciones en todas las variables. La mayoría de las correlaciones positivas y estadísticamente significativas son mínimas o bajas, a excepción de las marcadas en cursiva, que han mostrado un grado de correlación moderado.

En comparación con las mencionadas en el párrafo anterior, las variables que implican mantenimiento de distancia física o limitación de actividades muestran grados de correlación

más bajos. La efectividad percibida de ir a un bar con familia y amistades sin mascarilla ni besos o abrazos no ha mostrado ninguna correlación significativa con la frecuencia de realización de las CPC. En la línea de los resultados anteriormente comentados, la frecuencia de besar o abrazar a personas con quienes no se convive es la que menos correlaciones significativas muestra (Tabla 4).

Tabla 4. Índices de correlación entre las variables efectividad percibida y frecuencia de realización de las CPC

	Frec 1	Frec 2	Frec 3	Frec 4	Frec 5	Frec 6	Frec 7
Efectividad lavar manos frecuentemente con jabón	.395**	.347**	.274**	-.084	.205**	.099	.079
Efectividad desinfectar manos frecuentemente con gel hidroalcohólico	.200**	.373**	.308**	-.111	.129*	.075	.039
Efectividad mascarilla espacios cerrados	.302**	.300**	.399**	-.007	.227**	.152*	.153*
Efectividad mascarilla espacios abiertos	.262**	.359**	.515**	-.059	.220**	.177**	.142*
Efectividad ponerse mascarilla con familia y amistades	.256**	.215**	.416**	-.166**	.221**	.223**	.144*
Efectividad ponerse mascarilla cerca de desconocidas/os	.301**	.291**	.433**	-.039	.240**	.203*	.168**
Efectividad 1,5-2m distancia con desconocidas/os o poco conocidas/os	.241**	.281**	.316**	-.031	.249**	.188**	.159**
Efectividad 1,5-2m distancia con familia o amistades	.081	.152*	.260**	-.151*	.138*	.273**	.141*
Efectividad ir a un bar con familia y amistades sin mascarilla ni besos o abrazos	.067	.022	.037	-.009	.080	.049	.043
Efectividad evitar en lo posible planes de ocio	.181**	.133*	.265**	-.076	.086	.106	.221**

** La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

* La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

Frec 1 = Frecuencia de lavado de manos con jabón; Frec 2 = Frecuencia de desinfección de manos con gel hidroalcohólico; Frec 3 = Frecuencia de uso correcto de la mascarilla; Frec 4 = Frecuencia de besar o abrazar a personas con quienes no se convive; Frec 5 = Frecuencia de distancia recomendada con conocidas/os; Frec 6 = Frecuencia de distancia recomendada con familiares y amistades; Frec 7 = Frecuencia de evitar planes de ocio.

Autoeficacia y frecuencia de las CPC

Con diferencia, este es el par de variables que ha arrojado más correlaciones estadísticamente significativas y más correlaciones moderadas, y las únicas variables entre las que existen buenas correlaciones (valores de r entre .6 y .8). Todas han sido remarcadas en cursiva (Tabla 5)

Como en los casos anteriores, las variables que muestran menos correlaciones significativas son las de autoeficacia para ir a un bar sin mascarilla ni abrazar ni besar a familia ni amistades, y frecuencia de besar o abrazar a personas con quienes no se convive.

Tabla 5. Índices de correlación entre las variables autoeficacia y frecuencia de realización de las CPC

	Frec 1	Frec 2	Frec 3	Frec 4	Frec 5	Frec 6	Frec 7
Autoeficacia lavar manos frecuentemente con jabón	<i>.563**</i>	<i>.456**</i>	<i>.351**</i>	-.066	<i>.321**</i>	<i>.202**</i>	.108
Autoeficacia desinfectar manos frecuentemente con gel hidroalcohólico	<i>.568**</i>	<i>.667**</i>	<i>.421**</i>	-.147*	<i>.266**</i>	<i>.238**</i>	<i>.187**</i>
Autoeficacia ponerse mascarilla correctamente	<i>.286**</i>	<i>.343**</i>	<i>.633**</i>	-.217**	<i>.280**</i>	<i>.168**</i>	<i>.202**</i>
Autoeficacia mantener 1.5-2m distancia con desconocidas/os y poco conocidas/os	<i>.388**</i>	<i>.328**</i>	<i>.400**</i>	-.058	<i>.508**</i>	<i>.314**</i>	<i>.192**</i>
Autoeficacia mantener 1.5-2m distancia con familia y amistades	<i>.223**</i>	<i>.307**</i>	<i>.274**</i>	-.253**	<i>.405**</i>	<i>.621**</i>	<i>.399**</i>

Autoeficacia ir a un bar sin mascarilla ni abrazar ni besar a familia ni amistades	.034	.013	.144*	-.093	.188**	.092	.027
Autoeficacia evitar en lo posible planes de ocio	.106	.119	.285**	-.358**	.323**	.423**	.725**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

Frec 1 = Frecuencia de lavado de manos con jabón; Frec 2 = Frecuencia de desinfección de manos con gel hidroalcohólico; Frec 3 = Frecuencia de uso correcto de la mascarilla; Frec 4 = Frecuencia de besar o abrazar a personas con quienes no se convive; Frec 5 = Frecuencia de distancia recomendada con conocidas/os; Frec 6 = Frecuencia de distancia recomendada con familiares y amistades; Frec 7 = Frecuencia de evitar planes de ocio.

Discusión

El objetivo de este estudio fue explorar si los niveles de miedo, percepción de riesgo y gravedad sobre la COVID-19, y la efectividad y autoeficacia percibidas sobre las conductas de protección frente a esta enfermedad (CPC; uso de mascarilla, distanciamiento físico y lavado/desinfección frecuente de manos) se correlacionan con la frecuencia de realización de las mismas en población española.

Los resultados obtenidos han sido diversos. En primer lugar, no se han encontrado correlaciones significativas entre las variables percepción de riesgo y gravedad percibida, y la frecuencia de realización de las CPC. Esto difiere de la mayoría de los estudios sobre las variables (Dryhust et al., 2020; Harper, Satchell, Fido y Lutzman, 2020; Wise, Zbozinek, Micheli, Hagan y Mobbs, 2020), pero va en la línea del estudio de Barceló y Sheen (2020), el cual fue el único que se encontró en población española. En él, se señalaba que no quedaba claro el patrón de correlación entre percepción de riesgo y uso de mascarilla en población española; el presente estudio corrobora dichos resultados y los extendería al lavado/desinfección frecuente de manos y al mantenimiento del distanciamiento físico. La falta de claridad en el patrón de correlaciones, y el hecho de que no se hayan hallado

significativas, podría relacionarse con el sesgo optimista, el cual podría estar interfiriendo o afectando a los patrones correlacionales.

En segundo lugar, tampoco se ha encontrado un patrón de correlaciones fuertes ni significativas entre miedo funcional y frecuencia de realización de las CPC. Estos resultados divergen de los reflejados en los estudios de Brouard et al. (2020) y Harper et al. (2020), según los cuales la frecuencia de conductas de protección y de salud pública aumentaba con los niveles de miedo funcional. La escala empleada, es decir, la FCV-19S no distingue entre niveles funcionales de miedo o no, por lo que la presencia de un miedo disfuncional en los sujetos de la muestra podría haber interferido en el patrón de correlación entre variables.

En tercer lugar, se ha encontrado que la efectividad percibida del lavado de manos con jabón se asocia significativamente a su frecuencia de realización, al igual que sucede con el uso correcto de mascarilla, lo cual confirma lo postulado en la Teoría de la Motivación para la Protección. No es así con las variables que implican mantenimiento del distanciamiento o limitación de actividades. Lo postulado en la teoría en relación con la efectividad percibida podría no cumplirse para este caso debido a que, según esta misma, las recompensas proporcionadas por realizar conductas malsanas deben ser bajas. En este caso, las conductas malsanas serían hacer planes con personas queridas, acercarse físicamente a ellas, besarlas y abrazarlas, las cuales representan un potentísimo reforzador social y emocional. Por otro lado, podría explicarse por el ya mencionado sesgo optimista, según el cual las personas perciben que tanto ellas como sus amistades y familiares tienen menos riesgo de infección que el resto de la población. Esto podría llevar a asociar estos contactos físicos con un menor riesgo de infección y, por tanto, a relajar la puesta en práctica de las CPC a pesar de que se perciban como efectivas.

En cuarto lugar, los resultados indican que existe una asociación significativa y moderada-fuerte entre la autoeficacia para lavar y desinfectarse las manos, usar la mascarilla y mantener la distancia de seguridad en diversos contextos, y la frecuencia de realización de tales acciones. Esto es coherente con los estudios de Graffigna et al. (2020), Jorgensen et al. (2020) y Gerhold et al. (2020).

Cabe destacar de forma general a todos los resultados, que las subvariables que implican abrazar o besar a personas queridas son las que menos asociaciones significativas muestran. Esto podría suceder en relación a varios sucesos: 1) el hecho de que las recompensas percibidas por realizar estas acciones – etiquetadas como malsanas en el contexto de la pandemia, según la Teoría de la Motivación para la Protección – son muy altas, ya que permiten la conexión emocional a través del contacto físico; 2) el sesgo optimista según el cual se percibe un menor riesgo en el contacto con extraños que en el contacto con familiares y amistades; 3) la obligatoriedad de la mayoría de las medidas podría tener relación con la realización de las CPC, afectando de manera distinta a los acercamientos físicos con personas significativas: el uso de mascarilla es obligatorio bajo amenaza de sanción de las autoridades, la desinfección frecuente de manos es también obligatoria en la mayoría de espacios y establecimientos públicos, y el mantenimiento de la distancia de seguridad con desconocidos y poco conocidos también es obligatoria o señalada en la mayoría de establecimientos y espacios públicos (colas para pagar en supermercados, bares y restaurantes, etc.), mientras que los encuentros con personas cercanas están menos regulados tanto en bares y restaurantes como en espacios privados, lo cual podría sentar ciertas bases para un mayor acercamiento físico como son los abrazos y los besos.

Este trabajo no está exento de limitaciones. Algunas de ellas podrían ser las siguientes:

1) La selección de la muestra no es totalmente aleatoria puesto que se realizó mediante el método de bola de nieve;

2) Así como se ha sugerido anteriormente y tal y como señala Jorgensen et al. (2020): las asociaciones entre frecuencia de realización de las CPC y variables psicológicas podrían depender de lo estrictas que sean las políticas implementadas. De esta forma, en países con medidas estrictas de vigilancia y sanciones por no realizar las CPC, la variación en las conductas se debería menos a los efectos de las elecciones individuales y más a la obligatoriedad. En el caso de la presente investigación, podría explicar las bajas correlaciones entre CPC y niveles de miedo, percepción de riesgo y gravedad percibida, ya que la vigilancia policial, las fuertes y cambiantes normativas y las sanciones económicas han estado presentes desde el comienzo de la crisis sanitaria.

3) No se ha controlado el efecto del sesgo optimista sobre el patrón de significación y correlación entre las variables percepción de riesgo y frecuencia de realización de las CPC, el cual, como se ha comentado, podría haber afectado a la fiabilidad de los resultados.

En cuanto a la sugerencia de líneas futuras de investigación e intervención, caben varios apuntes:

1) Volviendo a la Teoría de la Motivación para la Protección de Rogers (1983), los estudios se han centrado en medir las variables susceptibilidad o vulnerabilidad percibida (percepción de riesgo y miedo) y gravedad percibida, efectividad de las conductas de protección y autoeficacia para realizarlas, pero han dejado de lado la otra condición para que una persona se proteja: que las recompensas percibidas de realizar conductas malsanas sean bajas. En el caso de la pandemia actual, las consecuencias de realizar conductas malsanas pueden ser conseguir una mayor cercanía y contacto físico y emocional con los seres queridos. Según la Teoría del Apego y sus constantes revisiones, el sistema de apego es un

sistema conductual para reducir el estrés y mantener una sensación y sentimiento de seguridad a través del contacto y la cercanía física y emocional con personas emocionalmente significativas como familia y amistades (Dana, 2019; Fosha, Siegel y Solomon, 2016; Hernández-Pacheco, 2017; Holmes y Farnfield, 2014; Van der Kolk, 2015). En el contexto de la pandemia actual, las relaciones emocionales de seguridad pueden, paradójicamente, suponer una amenaza de contagio y enfermedad. En la cultura española es habitual la cercanía física y los niveles de estrés derivados de la crisis sanitaria, social y económica son actualmente altos. Dado todo esto, las recompensas de no mantener las CPC – es decir, conseguir cercanía sin barreras con personas significativas olvidándose momentáneamente de la amenaza que pueden suponer– podrían, en determinados momentos, ser superiores que la percepción de riesgo, gravedad, efectividad de las CPC, autoeficacia, etc, puesto que permitirían regular los niveles de estrés. Además, estas consecuencias podrían pesar aún más teniendo en cuenta que las recomendaciones para mantener las CPC llevan vigentes desde marzo del 2020 y se prevé que la situación no cambie demasiado en un tiempo considerable. En este sentido, se desconoce cuál es el efecto acumulado de permanecer tantos meses restringiendo el contacto y la cercanía físicos, tan asociados a la correulación emocional. Este efecto podría interferir en la realización de las CPC por lo que sería interesante estudiarlo en futuras investigaciones.

2) De cara a diseñar intervenciones de salud pública para aumentar la adherencia a las CPC, las intervenciones podrían focalizarse directamente en la detección de barreras y facilitadores para aumentar la autoeficacia, sin pasar por variables como la percepción de riesgo que, además, presenta frecuentemente el sesgo optimista ya comentado (Brug et al., 2009; De la Vega et al., 2020; Gerhold et al., 2020; Harper et al., 2020; Wise et al., 2020).

Por último, cabe recordar y recalcar la necesidad de llevar las investigaciones más allá del plano teórico, creando una continuidad entre la realización de estudios descriptivos y la

utilización de los resultados obtenidos para elaborar planes de intervención que sean medidos a su vez en estudios de corte experimental o cuasi-experimental. El Estado español continúa teniendo datos de incidencia muy elevados en comparación con otros territorios y la pandemia está lejos de finalizar, por lo que, tanto comunidad científica como responsables de salud pública deben continuar haciendo un esfuerzo por comprender y modificar el preocupante escenario actual.

Referencias

- Barasheed, O., Alfelali, M., Mushta, S., Bokhary, H., Alshehri, J., Attar, A. A, Booy, R. y Rashid, H. (2016) Uptake and effectiveness of facemask against respiratory infections at mass gatherings: a systematic review. *International Journal of Infectious Diseases*, 47, 105–111.
- Barceló, J. y Sheen, G. (2020). Voluntary adoption of social welfare-enhancing behavior: Mask-wearing in Spain during the COVID-19 outbreak.
<https://doi.org/10.31235/osf.io/6m85q>
- Betsch, C. (2020). How behavioural science data helps mitigate the COVID-19 crisis. *Nature Human Behaviour*, 4, 438.
- Butler, J. (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis
- Brug, J., Aro, A. R. y Richardus, J. H. (2009). Risk perceptions and behaviour: Towards Pandemic Control of Emerging Infectious Diseases. *International Society of Behavioral Medicine*, 16(3), 3-6.
- Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine*, 75, 12-20.

<https://doi.org/10.2139/ssrn.3576805>

Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en terapia: Cómo unirse al ritmo de la regulación*.

Barcelona: Eleftheria.

Dohle, S., Wingen, T. y Schreiber, M. (2020). *Acceptance and adoption of protective measures during the COVID-19 pandemic: The role of trust in politics and trust in science*. Artículo entregado para la publicación

Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freemant, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., Spiegelhalter, D. y van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*.

Gerhold, L. (2020). COVID-19 : Risk perception and Coping strategies . Results from a survey in Germany. *AG Interdisziplinäre Sicherheitforschung*, 1–11.

Gobierno de España (2020). *Actualización nº 116. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*. 25.02.2020. Recuperado el 25 de mayo de 2020 de https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_116_COVID-19.pdf

Goldberg, M., Gustafson, A., Maibach, E., Linden S., Ballew, M. T., Bergquist, P., ... Leiserowitz, A. (2020). *Social norms motivate COVID-19 preventive behaviors*. Artículo entregado para la publicación.

Graffigna, G., Barello, S., Savarese, M., Palamengui, L., Castellini, G., Bonanomi, A. y Lozza, E. (2020). *Measuring Italian citizens' engagement in the first wave of the COVID-19 pandemic containment measures: A cross-sectional study*. Artículo entregado para la publicación. <https://doi.org/10.1101/2020.04.22.20075234>

Harper, C.A., Satchell, L.P., Fido, D. y Latzman, R. (2020) Functional Fear Predicts Public

Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*.

Hernández-Pacheco, M. (2017). *Apego y psicopatología: La ansiedad y su origen*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Holmes, P. y Farnfield, S. (2014b). *The routledge handbook of attachment: Theory*. Nueva York: Routledge.

Jorgensen, F., Bor, A. y Bang, M. (2020). *Compliance without fear: Predictors of protective behavior during the first wave of the COVID-19 pandemic*. Artículo entregado para la publicación.

Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Madrid: Debolsillo.

La Moncloa (2020). *El gobierno decreta el estado de alarma para hacer frente a la expansión del coronavirus COVID-19*. Recuperado el 25 de mayo de 2020 de https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2020/14032020_alarma.aspx

Lees, J., Cetron, J. S., Vollberg, M., Reggev, N. y Cikara, M. (2020). Intentions to comply with COVID-19 preventive behaviors are associated with personal beliefs, independent of perceived social norms. Artículo entregado para la publicación

Lunn, P., Belton, C., Lavin, C., McGowan, F., Timmons, S. y Robertson, D. (2020). *Using behavioural science to help fight the coronavirus*. Artículo entregado para la publicación.

Nguyen, N. P. T., Hoang, T. D., Tran, V. T., Vu, C. T., Siewe, J. N., Colebunders, ... Vo, V. T. (2020). *Preventive behavior of Vietnamese people in response to the COVID-19 pandemic*. Artículo entregado para la publicación.

<https://doi.org/10.1101/2020.05.14.20102418>

- Moser, R. P., Mccaull, K., Peters, E., Nelson, W. y Marcus, S. E. (2007). Associations of perceived risk and worry with cancer health- protective actions: data from the Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Psychology*, 12(1), 53-65.
- Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*.
- Plohl, N. y Musil, B. (2020). Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science. *Psychology, Health and Medicine*.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1772988>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Raude, J., Lecrique, J. M., Lasbeur, L., Leon, C., Guignard, R., du Roscoät, E. y Arwidson, P. (2020). *Determinants of preventive behaviors in response to the COVID-19 pandemic in France: Comparing the sociocultural, psychosocial and social cognitive explanations*.
Artículo entregado para la publicación.
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, 136(7), 997–1007.
<https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Rogers, R. (1983). Cognitive and psychological processes in fear-based attitude change: A revised theory of protection motivation. En E. Cacioppo y R. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153-176). Nueva York: Guilford.

Seres, G., Balleyer, A., Cerutti, N., Dnilov, A., Friedrichsen, J., Liu, Y. y Süer, M. (2020).

Face masks increase compliance with physical distancing recommendations during the COVID-19 pandemic. Artículo entregado para la publicación.

Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Rose, J. P., & Gratz, K. L.

(2020). Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the

Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry Research*, 289, 113098.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113098>

Van Bavel, J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... Willer, R.

(2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response.

Nature Human Behaviour, 4, 460-471.

Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Barcelona: Eleftheria.

Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., Hagan, C. C., & Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and protective behavior during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *PsyArXiv [Working Paper]*, 4, 1–13.

<https://doi.org/10.31234/OSF.IO/DZ428>

Anexos

Anexo 1. Escala de miedo a la COVID-19 (FCV-19S)

Señala tu grado de acuerdo con las siguientes frases sobre la COVID-19:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo miedo de la COVID-19					
2. Me siento incómoda/o cuando pienso en la COVID-19.					
3. Me sudan las manos cuando pienso sobre la COVID-19.					
4. Tengo miedo a morir de COVID-19.					
5. Cuando veo noticias y publicaciones acerca de la COVID-19 en medios de comunicación, me siento ansiosa/o y/o nerviosa/o.					
6. No puedo dormir porque me preocupa contagiarme de COVID-19.					
7. Mi corazón se acelera cuando pienso en que puedo tener COVID-19.					

Anexo 2. Cuestionario sobre percepción de riesgo de contraer la COVID-19 y conductas de protección.

¿Cuáles crees que son las PROBABILIDADES de que...

	Nada probable	Poco probable	Algo probable	Probable	Muy probable
... tú te contagies de COVID-19?					
... familiares o amistades cercanos se contagien de COVID-19?					
... el resto de la población se contagie de COVID-19?					

¿Cuál crees que es la PROBABILIDAD de CONTAGIARTE DE COVID-19 y...

	Nada probable	Poco probable	Algo probable	Probable	Muy probable
1. Ser asintomática/o?					
2. Tener síntomas leves?					
3. Tener síntomas de gravedad moderada?					
4. Tener que ser hospitalizada/o?					
5. Ingresar en UCI?					
6. Morir?					
7. Recuperarte SIN secuelas?					
8. Recuperarte CON secuelas?					
9. Volver a contagiarte después de haberte recuperado?					

A continuación, señala qué EFECTIVIDAD crees que tienen los siguientes comportamientos para PROTEGERTE DE LA COVID-19.

	Nada efectivo	Poco efectivo	Algo efectivo	Efectivo	Muy efectivo
1. Lavarte frecuentemente las manos con jabón.					

2. Lavarte frecuentemente las manos con gel hidroalcohólico.					
3. Ponerte mascarilla correctamente para estar en espacios cerrados.					
4. Ponerte mascarilla correctamente para estar en espacios abiertos.					
5. Ponerte mascarilla correctamente para estar con familiares y amistades.					
6. Ponerte mascarilla correctamente para estar con o cerca de personas desconocidas.					
7. Mantener 1,5 – 2 metros de distancia con personas desconocidas o poco conocidas.					
8. Mantener 1,5 – 2 metros de distancia con familiares y amigos cercanos.					
9. Quedar para ir a un bar con familiares o amigos sin mascarilla, y sin abrazaros ni besaros.					
10. Evitar en la medida de lo posible los planes de ocio con personas que vivan fuera del domicilio.					

Indica cómo de CAPAZ te ves para realizar las siguientes acciones:

	Nada capaz	Poco capaz	Algo capaz	Capaz	Muy capaz
1. Lavarte frecuentemente las manos con jabón.					
2. Desinfectarte frecuentemente las manos con gel hidroalcohólico.					
3. Ponerte mascarilla correctamente para salir de casa					

4. Mantener 1,5 – 2 metros de distancia con personas desconocidas o poco conocidas.					
5. Mantener 1,5 – 2 metros de distancia con familiares y amistades cercanas.					
6. Quedar para ir a un bar con familiares o amistades sin mascarilla, y sin abrazaros ni besaros.					
7. Evitar en la medida de lo posible los planes de ocio con personas que vivan fuera del domicilio.					

Señala con qué FRECUENCIA realizas las siguientes acciones:

	Casi nunca	A veces	Normalmente	Casi siempre	Siempre
1. Lavarte las manos con jabón.					
2. Desinfectarte las manos con gel hidroalcohólico.					
3. Ponerte la mascarilla correctamente.					
4. Besar o abrazar personas que no viven en tu domicilio.					
5. Mantener 1,5 – 2 metros de distancia con personas desconocidas o poco conocidas.					
6. Mantener 1,5 – 2 metros de distancia con familiares o amistades que no viven en tu domicilio.					
7. Evitar en la medida de lo posible los planes de ocio con personas que viven fuera de tu domicilio.					

Anexo 3. Aprobación del proyecto por el comité de ética de la OIR de la UMH

Dra. Dña. M^a Carmen Neipp López
Dpto. Psicología de la Salud

Tutor/a	M ^a Carmen Neipp López	
Alumno/a	Andrea Rubio Murcia	
Tipo de actividad	Otros	TFM
Título del proyecto	Percepción de riesgo, miedo, autoeficacia y adhesión a conductas de protección frente al COVID-19 en España	
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad	E15	
Evaluación riesgos laborales	Conforme (Autodeclaración)	
Evaluación ética uso muestras biológicas humanas	No solicitado	
Evaluación ética humanos	Favorable	
Evaluación ética animales	No solicitado	
Registro	Adm. 200724185542	
Referencia	TFM.DPS.MNL.04.20	
Caducidad	5 años	

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

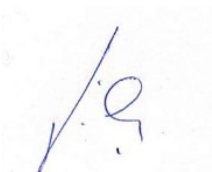
La evaluación de la participación de voluntarios humanos en un proyecto de investigación, desde el punto de vista ético y de riesgos laborales, es favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del OEP es **favorable**.

Atentamente,



Alberto Pastor Campos
Secretario del Órgano Evaluador de Proyectos
Vicerrectorado de Investigación



Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del Órgano Evaluador de Proyectos
Vicerrectorado de Investigación

Órgano Evaluador de Proyectos
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE