



Pensamiento Psicológico

ISSN: 1657-8961

ISSN: 2665-3281

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Martínez Flórez, Juan Felipe; Isaza, Ivonn; Osorio, Juan David
Efectos psicológicos inmediatos y autocuidado en la
cuarentena por SARS-CoV-2 en el suroccidente colombiano 1
Pensamiento Psicológico, vol. 19, núm. 1, 2021, Enero-Junio
Pontificia Universidad Javeriana
Cali, Colombia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80165629010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Efectos psicológicos inmediatos y autocuidado en la cuarentena por SARS-CoV-2 en el suroccidente colombiano¹

Immediate Psychological Effects and Self-care During the SARS-CoV-2 Quarantine in Southwestern Colombia
Efeitos psicológicos imediatos e autocuidado na quarentena por SARS-CoV-2 no sul-ocidente colombiano

Juan Felipe Martínez Flórez²
Universidad Santiago de Cali, Colombia
juan.martinez27@usc.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5719-4115>

DOI: 10.11144/Javerianacali.PPSI19.epas

Recibido: 04 Noviembre 2020

Aceptado: 04 Octubre 2021

Ivonn Isaza³
Universidad del Valle, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2009-1689>

Juan David Osorio⁴
Universidad Icesi, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5719-4115>

Resumen:

Objetivo. Describir el impacto psicológico durante las semanas iniciales de cuarentena por SARS-CoV-2 en el suroccidente colombiano y la adherencia a las recomendaciones de autocuidado y distanciamiento social. **Método.** Se diseñó una encuesta en línea que fue respondida por una muestra válida de 1606 sujetos del suroccidente colombiano. La encuesta incluyó el Cuestionario de Salud General-12 (GHQ-12) adaptado para Colombia, y un set de preguntas basadas en los lineamientos de prevención de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para procesar la información se utilizó análisis de varianza (Anova). **Resultados.** El 33.8% de los participantes mostraron síntomas de ansiedad o depresión en un rango moderado-alto; el 57% de los participantes nunca o casi nunca se adherieron a las recomendaciones de autocuidado. Se registraron diferencias significativas en la afectación psicológica y en la adherencia a las recomendaciones de autocuidado por género, nivel educativo, ingresos y desarrollo o no de actividades telemáticas. **Conclusión.** A solo dos semanas de cuarentena se presentaron efectos en la salud mental. Aunque las personas reportaron alto nivel de información respecto a las medidas de autocuidado, la adherencia a las recomendaciones fue baja. La desigualdad social fue un agravante de la salud mental y una barrera para el seguimiento y eficacia de las medidas de autocuidado y distanciamiento social.

Palabras clave: Cuarentena, pandemia, ansiedad, depresión, autocuidado.

Abstract:

Objective. This work addresses the immediate psychological impact of the quarantine in Colombia and adherence to the self-care and social distancing recommendations during the SARS-CoV-2 outbreak. **Methods.** A web survey answered by a valid sample of 1606 subjects from different regions of southwestern Colombia was used. The survey included the General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) adapted for Colombia and a set of questions designed from the prevention guidelines recommended by the World Health Organization. Analysis of Variance (Anova) was used to process the information. **Results.** 33.8% of the participants showed symptoms of anxiety or depression in a moderate or high range. It was recorded that 57% of the participants never or almost never adhered to the self-care recommendations. In addition, there were significant differences in psychological distress and in adherence to self-care recommendations by gender, educational level and average income and the development or not of telematic activities. **Conclusion.** These results show that just two weeks into quarantine there were effects on people's mental health. Furthermore, although people reported a high level of information regarding care measures, adherence to recommendations

Notas de autor

² Doctorado en Psicología. Docente-investigador, Facultad de Salud Universidad Santiago de Cali. Correo de correspondencia: juan.martinez27@usc.edu.co
Dirección de correspondencia: Calle 5 # 62-00 barrio Pampalinda, Facultad de Salud, oficina del programa de Psicología. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5719-4115>

³ Especialista Ingeniería Ambiental y Sanitaria. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2009-1689>

⁴ Especialista en Machine Learning y Ciencia de Datos, Universidad Icesi, Cali. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5719-4115>

was low. Social inequality was an aggravating factor in mental health during quarantine and a barrier to the monitoring of self-care measures.

Keywords: Quarantine, pandemic, anxiety, depression, self-care.

Resumo:

Escopo. Descrever o impacto psicológico durante as semanas iniciais da quarentena por SARS-CoV-2 no sul-ocidente colombiano e a aderência às recomendações de autocuidado y distanciamento social. Metodologia. Foi desenhada uma sondagem online que foi respondida por uma amostra válida de 1606 sujeitos de sul-ocidente colombiano. A sondagem incluiu o Questionário de Saúde Geral-12 (GHQ-12) adaptado para a Colômbia, e um set de perguntas baseadas nos lineamentos de prevenção da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para processar a informação foi usada análise de variação (Anova). Resultados. O 33.8% dos participantes mostraram sintomas de ansiedade ou depressão num rango moderado-alto; o 57% dos participantes nunca ou quase nunca estiveram aderidos às recomendações de autocuidado. Foram registrados diferenças significativas na afetação psicológica e na aderência às recomendações de autocuidado por gênero, nível educativo, de renda, e desenvolvimento ou não de atividades telemáticas. Conclusão. Apenas duas semanas de começar a quarentena se apresentaram efeitos na saúde mental. Embora as pessoas reportaram alto nível de informação respeito às medidas de autocuidado, a aderência às recomendações foi baixa. A desigualdade social foi um agravante da saúde mental e uma barreira para o seguimento e eficácia das medidas de autocuidado e distanciamento social.

Palavras-chave: Quarentena, pandemia, ansiedade, depressão, autocuidado.

Introducción

La coyuntura sanitaria producto del brote del virus SARS-Cov-2 condujo a la implementación de políticas de distanciamiento y cuarentena obligatoria en el mundo. Los países de Latinoamérica apostaron por la cuarentena estricta y promover el autocuidado, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS [WHO], (2020). El objetivo de la cuarentena fue separar a potenciales portadores de virus de las personas saludables y así disminuir el contagio. Aunque fue una medida que apuntaba al bien común, el costo social, laboral, educativo, psicológico y emocional fue alto (Brooks et al., 2020; Chatterjee & Chauhan, 2020).

Durante las cuarentenas por las epidemias de SARS en 2004 y H1N1 en 2009, se evidenciaron efectos psicológicos en la población durante los primeros días/semanas del confinamiento, como miedo a la infección, sentimientos de frustración y tristeza, estrés psicológico y ansiedad (Bai et al., 2004; Braunack-Mayer et al., 2013; Maunder et al., 2006; Taylor et al., 2008; Wang et al., 2011). Entre los factores desencadenantes de efectos psicológicos negativos inmediatos se reportaron pérdidas económicas, incertidumbre por la duración de la cuarentena, ausencia de suministros suficientes de comida y aseo y el estigma social en los sujetos infectados (Cava et al., 2005; Lee et al., 2005; Reynolds et al., 2008).

Durante la cuarentena por la epidemia de SARS, en Toronto, Canadá, (Hawryluck et al., 2004) revelaron que el 29% de los sujetos presentaron síntomas depresivos y el 31% de estrés postraumático. El aumento de dichos síntomas estaba directamente relacionado con el incremento del tiempo de aislamiento. En países altamente afectados por la pandemia SARS-CoV-2, que decretaron cuarentena estricta, como China, Italia y España, estudios que midieron el efecto psicológico inmediato (Casagrande et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020; Qian et al., 2020) reportaron la aparición de síntomas como desórdenes de sueño, ansiedad y depresión, síntomas descritos con mayor prevalencia en la población joven y de género femenino (Orgiles, 2020; Saurabh & Ranjan, 2020).

La adecuada percepción del riesgo, el autocuidado y las creencias en salud son herramientas eficaces para motivar a las personas a tomar acciones preventivas y reducir el impacto de problemas sanitarios (Laranjo, 2016; Norman & Conner, 2017). Estudios durante la pandemia de SARS-Cov-2 (Clark et al., 2020; Jose et al., 2020; Olapegba & Ayandele, 2020) mostraron que la creencia en la eficacia de las recomendaciones de autocuidado tiene efecto directo en la priorización del cuidado individual.

Debido a que este tipo de cuarentena no tiene precedentes en el país, y sus efectos tempranos se desconocen, el objetivo de este estudio fue determinar de manera no probabilística si la cuarentena obligatoria ha tenido efectos psicológicos inmediatos y qué segmentos de la población del suroccidente colombiano fueron más vulnerables a estos. También se describe la percepción del riesgo frente al contagio y la adherencia a las recomendaciones de autocuidado y distanciamiento social sugeridas por la OMS y replicadas por el Gobierno nacional.

Método

Diseño

Estudio de diseño descriptivo de corte transversal.

Participantes

La selección de los participantes fue aleatoria. Participaron, vía internet, 1665 personas mayores de 18 años y se consideraron 1606 respuestas validas, de las cuales, la mayoría eran mujeres (69.5%). En cuanto al rango de edad, la mayoría estaba entre 18 y 30 años (50.7%) y entre 31 y 45 años (35.2%). El 44% de los participantes estaban en un rango salarial entre 2 y 4 SMMLV. Con respecto al nivel de escolaridad, la mayoría tenía grado universitario (41.7%) y presentaba dificultades con el teletrabajo/telestudio (64.9%). La tabla 1 describe las características sociodemográficas de los participantes.

TABLA 1
Datos sociodemográficos de los sujetos participantes

Características sociodemográficas		N=1606 (%)
Género	Mujeres	69.5
	Hombres	30.5
Rango de edad	Entre 18 y 30	50.7
	Entre 31 y 45	35.2
	Mayores de 46	14.1
Rango salarial	Hasta 1 SMMLV	23.1
	Entre 2 y 4	44.0
	SMMLV	
	Más de 4 SMMLV	32.9
Educación	Bachillerato	29.1
	Universitario	41.7
	Posgrado	29.2
Teletrabajo/ Teleestudio	Con dificultades	64.9
	Sin dificultades	23.3
	No	11.8
	teletrabaja/teleestudia	
Miembros del hogar	Vive solo	5.5
	1	18.9
	2	23.8
	3	25.2
	4	14.0
	5	7.0
	≥6	5.6
Número de niños con los que convive	0	66.7
	1	23.0
	2	8.6
	3	1.2
	≥4	0.5

Fuente: Elaboración propia

Instrumentos

Cuestionario de Salud General-12.

El impacto psicológico de la cuarenta se estimó con el Cuestionario de Salud General-12 (GHQ-12, Goldberg y Williams, 1988; (Werneke et al., 2000) validado para Colombia (Ruiz et al., 2017). Este es un cuestionario de tamizaje clínico con medición tipo Likert de 0 a 3 y una puntuación máxima de 36, que identifica síntomas de depresión y ansiedad, sin ser un diagnóstico formal.

El tipo de calificación usado fue el de puntuación global, en el que se establece la afectación psicológica en tres niveles. Un nivel de afectación bajo tiene una puntuación entre 0 y 12, un nivel moderado-bajo de 13 a 18, un nivel moderado/alto de 19 a 24 y un nivel alto de 25 a 36. Este tipo de calificación ha demostrado ser más consistente y menos susceptible de variabilidad que su calificación por factores (Padron et al., 2012; Urzua et al., 2015; Villa G., 2013).

Cuestionario autocuidado y teletrabajo.

El eje de prácticas de autocuidado y teletrabajo se midió con un set de preguntas propio diseñado para este objetivo. Este set constaba de 15 preguntas y el Alfa de Cronbach para el cuestionario fue $\alpha = .78$. Las preguntas sobre autocuidado se elaboraron desde los lineamientos propuestos por la WHO (2020), organizadas en tres categorías: (a) medidas de cuidado personal (lavarse las manos, usar mascarilla, etc.), (b) medidas de distanciamiento social (acatar el aislamiento social, evitar aglomeraciones, etc.) y (c) manejo de la información (conocimiento de síntomas, conocimiento de rutas de atención, etc.). La escala para ambos ejes fue tipo Likert con calificación ordinal, que abarcaba respuestas como *todo el tiempo*, *muchas veces lo hago*, *a veces lo hago* y *nunca lo hago*.

Procedimiento

Todos los sujetos leyeron y aceptaron el consentimiento informado, elaborado siguiendo los lineamientos de la declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013); además, se contó con la aprobación del Comité de Ética del Departamento de Investigaciones de la institución universitaria filial a los autores. El cuestionario se aplicó de manera virtual en la plataforma Google Forms y tuvo una duración aproximada de 15 minutos. La aplicación se llevó a cabo en el marco del aislamiento obligatorio decretado por el Gobierno de Colombia, entre el 2 y el 16 de abril de 2020².

Análisis estadístico.

Se utilizó Análisis de Varianza (Anova) de una vía, estableciendo nivel de significancia inferior a 0.006 ($p < 0.006$), calculado usando corrección de Bonferroni en función de las múltiples comparaciones en cada muestra. Para asegurar el valor p de las comparaciones, se usó una prueba de cuantil-cuantil (Q-Q plot), la cual comprobó la distribución normal de la muestra. Para la prueba de homocedasticidad, se buscó que las desviaciones estándar de los grupos fueran similares y se comparó la relación de la mayor desviación estándar con la menor, obteniendo una rata menor de 1.5, por lo que se asumió que se pasó la prueba. Los datos fueron procesados con el *software* SciPy versión 1.4.1 (Virtanen et al., 2020).

Resultados

Afectación psicológica

Los resultados en el GHQ-12, en términos de comparación por grupos a partir del nivel de afectación y en relación con las variables sociodemográficas, se presentan en la tabla 2. Se registró que el 36.3% de los sujetos reportaron un estado de afectación bajo, 29.1% un nivel moderado/bajo, 21% un nivel moderado/alto y 12.8% un nivel alto. La comparación por género reveló rangos de afectación psicológica moderado/alto y alto (22.9%) para el grupo femenino, mientras que el masculino fue de 7.8%, sin ser diferencias estadísticamente significativas.

Por edad, los jóvenes presentaron porcentajes de afectación significativamente altos (20.2%), en comparación con los adultos (9.8%) ($F = 66.52$; $p = 0.00$). En la variable de nivel educativo se observaron diferencias significativas ($F = 36.06$; $p = 0.00$), registrándose que cuanto más alto sea el nivel educativo, la afectación psicológica será menor. En el nivel de ingreso se mantuvieron las diferencias significativas ($F = 26.17$; $p = 0.00$); es decir, las personas con un nivel de ingreso bajo o medio mostraron afectación moderada/alta, en comparación con las personas de ingreso alto. Las personas que reportaron realizar teletrabajo/teleestudio presentaron mayores porcentajes de afectación moderada/alta o alta (23.8%), en comparación con las personas que no reportaron dificultades con teletrabajo/teleestudio (2.6%) o no realizan teletrabajo/teleestudio (3.3%), siendo significativas las diferencias entre las condiciones ($F = 96.90$; $p = 0.00$). No se registraron diferencias significativas en la afectación psicológica en variables como miedo al contagio o percepción de riesgo de contagio.

TABLA 2
Resultados Anova para grado de afectación psicológica (N=1606)

GHQ-12		Bajo (hasta 12) N=66 7	Moderad o bajo (13-18) N=461	Moderad o alto (19-24) N=315	Alto (25- 36) N=16 3	F	p
Género	Mujeres	27.7	19.8	14.4	7.5	6.79	0.01
	Hombres	13.8	8.9	5.2	2.6		
Rango de edad	Entre 18 y 30	15.1	15.4	12.8	7.4	66.52	0.00
	Entre 31 y 45	17.6	10.3	5.2	2.2		
	Mayores de 46	8.8	3.1	1.7	0.6		
Rango salarial	Menos de 1 SMMLV	6.6	7.2	5.5	3.8	26.17	0.00
	Entre 1 y 4 SMMLV	18.7	12.0	9.2	4.1		
	Más de 4 SMMLV	16.3	9.5	4.9	2.2		
Educación	Bachillerato	9.2	8.6	6.7	4.7	36.06	0.00
	Universitario	16.6	12.4	8.8	3.9		
	Posgrado	15.8	7.7	4.2	1.5		
Teletrabajo / Teleestudi o	Con Dificultades	20.0	21.2	15.4	8.4	96.90	0.00
	Sin dificultades	16.5	4.2	2.0	0.6		
	No tele trabaja/teleestudi o	5.0	3.4	2.2	1.1		
Medios económico s para sostenerse	Sí	34.1	20.9	14.0	5.8	45.37	0.00
	No	7.4	7.8	5.6	4.4		
Miedo al contagio	Bajo	18.2	10.6	7.5	4.4	1.22	0.29
	Moderado	15.8	12.1	8.2	3.7		
	Alto	7.5	6.0	4.0	2.1		
Riesgo para la salud	Bajo	5.0	3.6	3.1	1.7	1.87	0.15
	Moderado	15.6	9.9	6.6	3.4		
	Alto	21.0	15.2	10.0	5.0		

Fuente: Elaboración propia

Prácticas de autocuidado

Las tres categorías propuestas se compararon por edad, género, escolaridad y nivel de ingreso. En la categoría cuidado personal se observó que las personas tienden a no acatar las recomendaciones como uso de la mascarilla o el lavado manos. El 57% de los participantes registraron que *nunca* o *casi nunca* siguen dichas recomendaciones, el 39.17% *a veces* y solo el 3.55% las sigue *todo el tiempo*. Se observaron diferencias significativas por ingreso, siendo las personas de ingreso bajo quienes menos siguen las recomendaciones ($F = 6.59; p = 0.00$). No se registraron diferencias significativas en esta categoría en las variables edad, género y escolaridad.

TABLA 3
Resultados Anova para recomendaciones de autocuidado (N=1606)

Categoría		Recomendaciones de cuidado personal (%)			F	p
		Bajo (0-3) N=920	Medio (4-6) N=629	Alto (7-9) N=57		
Género	Mujeres	39.2	27.9	2.4	1.25	0.26
	Hombres	18.1	11.3	1.1		
Rango de edad	Entre 18 y 30	25.7	22.4	20.6	26.14	0.00
	Entre 31 y 45	22.0	12.4	0.7		
	Mayores de 46	9.5	4.4	0.2		
	Menos de 1 SMMLV	12.5	9.8	0.7		
Rango salarial	Entre 1 y 4 SMMLV	24.8	17.4	1.8	6.69	0.01
	Más de 4 SMMLV	19.9	12.0	1.0		
	Bachillerato	15.4	12.4	1.4		
Educación	Universitario	23.2	17.0	1.4	14.02	0.00
	Posgrado	18.7	9.8	0.7		
Distanciamiento social		Bajo (0-2) N=1255	Medio (3-4) N=330	Alto (5-6) N=21	F	p
Género	Mujeres	53.3	15.4	0.7		
	Hombres	24.8	5.1	0.6	11.85	0.00
Rango de edad	Entre 18 y 30	37.0	13.1	0.6		
	Entre 31 y 45	29.3	5.5	0.4		
	Mayores de 46	11.9	2.0	0.2		
	Menos de 1 SMMLV	17.1	5.7	0.3	7.88	0.00
Rango salarial	Entre 1 y 4 SMMLV	34.0	9.4	0.6		
	Más de 4 SMMLV	27.0	5.5	0.4		
Educación	Bachillerato	20.6	8.0	0.5	16.04	0.00
	Universitario	32.5	8.6	0.6		
	Posgrado	25.0	3.9	0.2		
Manejo de la información		Bajo (0-2) N=552	Medio (3-4) N=766	Alto (5-6) N=288	F	p

Fuente: Elaboración propia

En la categoría distanciamiento social, el no seguimiento de las recomendaciones fue mucho más alto. El 78.14% de los participantes registraron que *nunca* o *casi nunca* siguen las recomendaciones de distanciamiento, mientras el 20.55% a veces las sigue y el 1.31% las sigue *todo el tiempo*. Se registraron diferencias significativas en el nivel de ingreso económico medio y bajo, ya que son quienes más desacatan las medidas de aislamiento ($F = 7.88; p = 0.00$). No se observaron diferencias significativas en las variables de edad y nivel educativo.

En la categoría manejo de información, se observó que el 34.37% de los participantes tenían un nivel de conocimiento bajo del virus y de cómo acceder a los servicios de salud en caso de sospecha de contagio; el 48.32% un nivel de conocimiento medio y el 17.93% un nivel alto. Se registraron diferencias significativas en esta categoría, siendo las personas jóvenes (18-30 años) y de edad media (30-45 años) las que se encontraban en un nivel educativo universitario o posgrado; mientras que las que tienen un nivel de ingreso medio-alto registraron niveles de conocimiento medio-alto del virus y las rutas de atención y manejo ($F = 5.50, p = 0.00; F = 6.32, p = 0.00; F = 7.36, p = 0.00$).

Discusión

En este trabajo se presentaron los datos recolectados sobre los efectos psicológicos y el seguimiento de prácticas de autocuidado de las personas en el suroccidente colombiano durante las semanas iniciales de la cuarentena, con el objetivo de determinar el nivel de adherencia a dichas prácticas en diferentes segmentos de la población.

Los resultados revelaron que el 33.8% de los habitantes de esta región mostraban síntomas de ansiedad y depresión. Cifra cercana a la reportada en Italia (32.1%; (Casagrande et al., 2020), China (35%; (Qiu et al., 2020), Argentina (33%, (Torrente et al., 2020) y España (32.4%, (Odriozola-González, 2020). Al comparar estos resultados con los obtenidos por el estudio PSY-covid-Colombia (Sanabria-Mazo et al., 2021), se pudo apreciar que el porcentaje de personas con síntomas de ansiedad es ligeramente inferior a 29%. Probablemente, esta reducción se deba a que el estudio PSY-covid inició después de la flexibilización de la cuarentena, es decir, cuando se permitieron 46 excepciones y varios gremios volvieron a la actividad productiva.

Estudios internacionales muestran que las mujeres son el segmento poblacional con más síntomas de ansiedad y depresión (González-Sanguino et al., 2020; C. Mazza et al., 2020; Rubin & Wessely, 2020). Esto se explica por factores como el rol social de “cuidadora de hogar” asignado a la mujer, que puede haber incrementado su carga afectiva y de trabajo, a partir del cierre de las instituciones educativas, el teletrabajo y el aumento del tiempo de convivencia. Estos factores también incrementaron la violencia doméstica (M. Mazza et al., 2020; Sacco et al., 2020) y el abuso que generalmente recaen sobre las mujeres impactando su salud mental.

En el presente trabajo se registraron diferencias por género, sin significancia estadística. La ausencia de significancia es probable que se haya presentado debido a la temprana medición, ya que usualmente las problemáticas mencionadas se hacen patentes a partir del desgaste, producto de la duración de la cuarentena. Dicha tendencia ha sido observada en otros trabajos (Grover et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Torrente et al., 2020).

Se observó que los jóvenes presentaron más síntomas psicológicos, en comparación con los adultos, resultado consistente con la literatura (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Sanabria-Mazo et al., 2021; Torrente et al., 2020). La afectación psicológica más alta en los jóvenes se explica porque ellos están más expuestos y acceden a más información a través de medios y redes sociales, lo que puede ser disparador de una respuesta estresante (Cheng et al., 2020; Huang & Zhao, 2020). Además, la pérdida del contexto académico tradicional como espacio de socialización y la urgencia de adaptación al nuevo contexto virtual también fueron agravantes, dado que la mayoría de los jóvenes participantes eran estudiantes; así como la incertidumbre económica y laboral respecto al futuro, puesto que este sector de la población enfrenta las cifras de desempleo y precariedad laboral más alta.

La afectación psicológica registró diferencias en el nivel de ingreso, siendo las personas con nivel de ingreso bajo y medio, y las personas con nivel educativo bajo quienes mostraron mayor abatimiento. Esto puede estar relacionado con la pérdida de empleos y la incertidumbre frente a la posibilidad de adquirir ingresos para las personas de menor ingreso, pues usualmente este sector de la población se dedica al empleo informal y depende del ingreso diario, lo cual puede producir un aumento del estrés percibido. Este factor es un agravante de la salud mental durante la cuarentena o crisis sociales, por lo que desde diversos sectores se ha recomendado prestar mayor atención a este grupo poblacional mediante la renta básica universal (Brooks et al., 2020).

La afectación psicológica en las personas que realizan actividades de teletrabajo/telestudio presentó diferencias significativas entre aquellos que reportan dificultades y quienes no. Si bien el teletrabajo es una estrategia que apunta a incrementar la independencia y el bienestar del trabajador, su implementación repentina en la pandemia incidió de forma negativa en el balance trabajo/hogar (Erik et al., 2020; Feiz Arefi et al., 2020). Entre los factores desencadenantes de este desbalance se cuentan: (a) la adaptación obligatoria,

(b) la poca familiaridad con el entorno virtual, (c) la falta de cohesión y de límites definidos en las jornadas laborales y actividades domésticas, y (d) no contar con un espacio de trabajo adecuado (Shimazu et al., 2020).

En el estudio se registró baja adherencia a las medidas de autocuidado y distanciamiento social, situación reportada también en otras partes del mundo, donde las personas tienden a asumir las recomendaciones de autocuidado y distanciamiento de manera casual o despreocupada (Qazi et al., 2020; Sarwar et al., 2020). Asimismo, se interpretó la percepción del riesgo (Bavel et al., 2020; Webster et al., 2020) como el factor que puede propiciar un cambio en las creencias de los sujetos que conduzca al seguimiento de medidas. De hecho, durante la recolección de datos de este trabajo, el número de casos diagnosticados en el país no llegaba a los quinientos, de manera que no existía la percepción de un riesgo cercano.

Se evidenciaron diferencias en la adherencia a las recomendaciones de autocuidado en mayor proporción por nivel de ingreso, siendo las personas de ingreso medio y bajo quienes menos adherían al distanciamiento. Esto podría explicarse por los oficios y fuentes de ingreso de este segmento de la población. Los llamados “trabajadores esenciales” usualmente son empleos de ingreso medio o bajo; las personas de este segmento poblacional se emplean en sectores de ingreso “diario”, de tal forma que su ingreso depende de poder salir a realizar su actividad económica. De ahí que sea este un grupo que muestra afectación psicológica con significancia estadística. Todo lo anterior aunado a la ineficiente gestión gubernamental en materia social que disminuyó la eficacia de las medidas de autocuidado y distanciamiento.

En los meses posteriores a la cuarentena, se reportó un incremento de la afectación mental, como el aumento de la ideación y riesgo suicida en jóvenes (Caballero-Domínguez et al., 2020), paralelo al avance de la pandemia, y mayor preocupación por el autocuidado. El estudio de Profamilia (Sánchez et al., 2020), en el que participaron 3045 personas de Colombia, entre abril y septiembre de 2020, indicó que cerca del 75% de los sujetos tenían algún síntoma de afectación en su salud mental. Todo ello, pese a que los confinamientos estrictos se habían flexibilizado y había cierta rehabilitación de la economía. El mismo estudio indicó un mayor compromiso percibido con el autocuidado, mostrando que el 95% de las personas están de acuerdo con obligar a la población a usar mascarillas en público, mientras el 82% considera que las medidas de distanciamiento deben mantenerse.

Conclusión

La cuarentena tuvo efectos inmediatos en la salud mental de las personas, entre los que prevalecieron los síntomas de ansiedad y depresión hasta en un tercio de los participantes. Del estudio se concluyó que la afectación psicológica es mayor en las mujeres que en los hombres y es significativamente mayor en las personas con pocos ingresos y bajo nivel educativo. Esto sugiere que la desigualdad social fue un agravante de la salud mental durante la cuarentena.

Aunque los participantes contaban con altos niveles de información respecto al riesgo y las medidas de autocuidado y distanciamiento social, el seguimiento de dichas medidas se ubicó en un nivel medio-bajo. Por otro lado, la desigualdad social se mostró como una barrera para el cumplimiento y eficacia de las medidas de autocuidado y distanciamiento social.

Es necesario que se implementen procesos gubernamentales de índole social congruentes con la evidencia científica, que contribuyan al fortalecimiento de la prevención y el autocuidado. La academia y las ciencias del comportamiento son una vía para la creación e implementación efectiva de dichos procesos.

Referencias

- Bai, Y., Lin, C.-C., Lin, C.-Y., Chen, J.-Y., Chue, C.-M., & Chou, P. (2004). Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved with the SARS Outbreak. *Psychiatric Services*, 55(9), 1055-1057. DOI: 10.1176/appi.ps.55.9.1055
- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M., Crum, A., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J. ... Willer, R. (2020). Using Social and Behavioural Science to Support COVID-19 Pandemic Response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460-471. DOI: 10.1038/s41562-020-0884-z
- Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J. E., Street, J. M., & Marshall, H. (2013). Understanding the School Community's Response to School Closures During the H1N1 2009 Influenza Pandemic. *BMC Public Health*, 13(344), 1-5. DOI: 10.1186/1471-2458-13-344
- Brynjolfsson, E., Horton, J. J., Ozimek, A., Rock, D., Sharma, G., & TuYe, H-Y- (2020). COVID-19 and Remote Work: An Early Look at US Data. *National Bureau of Economic Research NBER Working Papers*, 27344, 1-25. <https://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/27344.html>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Caballero-Domínguez, C. C., Jiménez-Villamizar, M. P., & Campo-Arias, A. (2020). Suicide Risk During the Lockdown Due to Coronavirus Disease (COVID-19) in Colombia. *Death Stud*, 6(1), 76-82. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1784312>
- 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/10.1016/j.sleep.2020.05.011>
- Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., & Wignall, R. (2005). The Experience of Quarantine for Individuals Affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*, 22(5), 398-406. DOI: 10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x
- Clark, C., Davila, A., Regis, M., & Kraus, S. (2020). Predictors of COVID-19 Voluntary Compliance Behaviors: An International Investigation. *Global Transitions*, 2, 76-82. DOI: 10.1016/j.glt.2020.06.003
- Chatterjee, K., & Chauhan, V. S. (2020). Epidemics, Quarantine and Mental Health. *Medical Journal Armed Forces India*, 76(2), 125-127. DOI: 10.1016/j.mjafi.2020.03.017
- Cheng, V. C. C., Wong, S.-C., Chen, J. H. K., Yip, C. C. Y., Chuang, V. W. M., Tsang, O. T. Y., Sridhar, S., Chan, J. F. W., Ho, P. L., & Yuen, K.-Y. (2020). Escalating Infection Control Response to the Rapidly Evolving Epidemiology of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) due to SARS-CoV-2 in Hong Kong. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 41(5), 493-498. DOI: 10.1017/ice.2020.58
- Feiz-Arefi, M., Babaei-Pouya, A., & Poursadeqiyan, M. (2020). The Health Effects of Quarantine During the COVID-19 Pandemic. *Work*, 67(3), 523-527. DOI: 10.3233/wor-203306
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences During the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic in Spain (COVID-19). *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Grover, S., Sahoo, S., Mehra, A., Avasthi, A., Tripathi, A., Subramanyan, A., Pattojoshi, A., Rao, G. P., Saha, G., Mishra, K. K., Chakraborty, K., Rao, N. P., Vaishnav, M., Prakash-Singh, O., Dalal, P. K., Chadda, R. K., Gupta, R., Gautam, S., Sarkar, S., Sathyanarayana Rao TS,.... Janardran Reddy, Y. C. (2020). Psychological Impact of COVID-19 Lockdown: An Online Survey from India. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(4), 354-362. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_427_20

- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. DOI: 10.3201/eid1007.030703
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized Anxiety Disorder, Depressive Symptoms and Sleep Quality During COVID-19 Outbreak in China: A Web-Based Cross-Sectional Survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112954
- Laranjo, L. (2016). Social Media and Health Behavior Change. In S. Syed-Abdul, E. Gabarron, & A. Y. S. Lau (Eds.), *Participatory Health Through Social Media* (pp. 83-111). Academic Press.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C. M. B., Goldbloom, D. S., Gupta, M., Hunter, J. J., McGillis Hall, L., Nagle, L. M., Pain, C., Peczenik, S. S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S. B., Steinberg, R. J., Stewart, T. E., VanDeVelde Coke, S., Veldhorst, G. G., & Wasylenki, D. A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 12(12), 1924-1932. DOI: 10.3201/eid1212.060584
- Mazza, M., Marano, G., Lai, C., Janiri, L., & Sani, G. (2020). Danger in Danger: Interpersonal Violence During COVID-19 Quarantine. *Psychiatry Research*, 289, 113046. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- Norman, P., & Conner, M. (2017). Health Behavior: Current Issues and Challenges. *Psychology and Health*, 32(8), 895-906. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1336240>
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irujo, M. J., & Luis-García, R. de (2020). Psychological Effects of the COVID-19 Outbreak and Lockdown Among Students and Workers of a Spanish University. *Psychiatry Research*, 290, 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Olapegba, P. O., Iorfa, S. K., Kolawole, S. O., Oguntayo, R., Gandi, J. C., Ottu, I. F. A., & Ayandele, O. (2020). Survey Data of COVID-19-Related Knowledge, Risk Perceptions and Precautionary Behavior Among Nigerians. *Data Brief*, 30, 105685. DOI: 10.1016/j.dib.2020.105685
- Orgilés, M., Morales, A., Delveccio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 579038. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.579038
- Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M. D., & Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Frontiers in Psychology*, 11(1491), 1-9. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01491
- Padrón, A., Galán, I., Durbán, M., Gandarillas, A., & Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Confirmatory Factor Analysis of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in Spanish Adolescents. *Quality of Life Research*, 21, 1291-1298. DOI: 10.1007/s11136-011-0038-x
- Qazi, A., Qazi, J., Naseer, K., Zeeshan, M., Hardaker, G., Maitama, J. Z., & Haruna, K. (2020). Analyzing Situational Awareness Through Public Opinion to Predict Adoption of Social Distancing Amid Pandemic COVID-19. *Journal of Medical Virology*, 92(7), 849-855. DOI: 10.1002/jmv.25840
- Qian, M., Wu, Q., Wu, P., Hou, Z., Liang, Y., Cowling, B. J., & Yu, H. (2020). Psychological Responses, Behavioral Changes and Public Perceptions During the Early Phase of the COVID-19 Outbreak in China: a population based cross-sectional survey. *medRxiv*. DOI: 10.1101/2020.02.18.20024448
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress Among Chinese People in the COVID-19 Epidemic: Implications and Policy Recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), 1-3. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100213

- Regi, J., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., Manju, L., & Benny, P. V. (2021). Public Perception and Preparedness for the Pandemic COVID 19: A Health Belief Model Approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 9, 41-46. DOI: 10.1016/j.cegh.2020.06.009
- 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 & Infection*, 136(7), 997-1007. DOI: 10.1017/s0950268807009156
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The Psychological Effects of Quarantining a City. *BMJ*, 368, m313. DOI: 10.1136/bmj.m313
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., & Suárez-Falcón, J. C. (2017). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256, 53-58. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.06.020
- Sacco, M. A., Caputo, F., Ricci, P., Sicilia, F., De Aloe, L., Bonetta, C. F., Cordasco, F., Scalise, C., Cacciatore, G., Zibetti, A., Gratteri, S. y Aquila, I. (2020). The Impact of the Covid-19 Pandemic on Domestic Violence: The Dark Side of Home Isolation During Quarantine. *Medico-Legal Journal*, 88(2), 71-73. DOI: 10.1177/0025817220930553
- Sanabria-Mazo, J. P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P. P., Rojas-Gualdrón, D. F. y Sanz, A. (2021). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia*. Editorial CES. ISBN electrónico: 978-958-53688-8-0
- Sánchez, S. M., Rivera-Montero, D., Murad-Rivera, R., Calderón-Jaramillo, M., Roldán, D., Castaño, L. M., & Rivillas-García, J. C. (2020). Changes COVID-19 Post-Quarantine Behaviors, Hygiene and Expectations in Colombia: Population Survey from 1st to 13th September, 2020. *medRxiv*. DOI: 10.1101/2020.11.26.20239442
- Sarwar, F., Panatik, S. A., & Sarwar, F. (2020). Editorial: Psychology of Preventive Behavior for COVID-19 outbreak. *Journal of Research in Psychology*, 2(1), 1-3. DOI: 10.31580/jrp.v2i1.1370
- Saurabh, K., & Ranjan, S. (2020). Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *Indian Journal of Pediatrics*, 87(7), 532-536. DOI: 10.1007/s12098-020-03347-3
- Shimazu, A., Nakata, A., Nagata, T., Arakawa, Y., Kuroda, S., Inamizu, N., & Yamamoto, I. (2020). Psychosocial Impact of COVID-19 for General Workers. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12132. DOI: 10.1002/1348-9585.12132
- Sing, L., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P., & Kleinman, A. (2005). The Experience of SARS-Related Stigma at Amoy Gardens. *Social Science & Medicine*, 61(9), 2038-2046. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.04.010
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors Influencing Psychological Distress During a Disease Epidemic: Data from Australia's First Outbreak of Equine Influenza. *BMC Public Health*, 8 347, 1-13. DOI: 10.1186/1471-2458-8-347
- Torrente, F., Yoris, A., Low, D. M., Lopez, P., Bekinschtein, P., Manes, F., & Cerkovich, M. (2021). Sooner Than You Think: A Very Early Affective Reaction to the COVID-19 Pandemic and Quarantine in Argentina. *Journal of Affective Disorders*, 282(1), 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.124>
- Urzua, A., Caqueo-Urizar, A., Bargsted, M., & Irrazaval, M. (2015). Does the GHQ-12 Scoring System Affect its Factor Structure? An Exploratory Study of Ibero American Students. *Cad Saúde Pública*, 31(6), 1305-1312. DOI: 10.1590/0102-311X00122913
- Villa G., I. C., Zuluaga Arboleda, C. y Restrepo-Roldán, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242013000300007
- Virtanen, P., Gommers, R., Oliphant, T. E., Haberland, M., Reddy, T., Cournapeau, D., Burovski, E., Peterson, P., Weckesser, W., Bright, J., Walt, S. J. van der, Brett, M., Wilson, J., Millman, K. J., Mayorov, N., Nelson, A. R. J., Jones, E., Kern, R., Larson, E., ... SciPy 1.0 Contributors. (2020). SciPy 1.0: Fundamental Algorithms for Scientific Computing in Python. *Nature Methods*, 17, 261-272. <https://doi.org/10.1038/s41592-019-0686-2>
- Wang, Y., Xu, B., Zhao, G., Cao, R., He, X., & Fu, S. (2011). Is Quarantine Related to Immediate Negative Psychological Consequences During the 2009 H1N1 Epidemic? *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 75-77. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.11.001>

- Webster, R. K., Brooks, S. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., & Rubin, G. J. (2020). How to Improve Adherence with Quarantine: Rapid Review of the Evidence. *Public Health*, 182, 163-169. DOI: 10.1016/j.puhe.2020.03.007
- Werneke, U., Goldberg, D. P., Yalcin, I., & Ustün, B. T. (2000). The Stability of the Factor Structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 30(4), 823-829. DOI: 10.1017/S0033291799002287
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Transmission of SARS-CoV-2: Implications for Infection Prevention Precautions*. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Notas

- 1 Este es el reporte final de los resultados cuantitativos recolectados durante la cuarentena inicial por SARS-CoV-2 en el suroccidente colombiano entre el 2 y el 16 de abril de 2020, por el grupo de investigación Fonoaudiología y Psicología Universidad Santiago de Cali.
- 2 Durante este periodo, las personas debieron permanecer en sus hogares, no podían recibir visitas y solo una persona por familia estaba autorizada a hacer compras de víveres y diligencias contempladas como excepciones al aislamiento.

Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Para citar este artículo / To cite this article / Para citar este artigo: Martínez Flórez, J. F., Isaza, I. y Osorio, J. D. (2021). Efectos psicológicos inmediatos y autocuidado en la cuarentena por SARS-CoV-2 en el suroccidente colombiano. *Pensamiento Psicológico*, 19, 1-27. DOI: 10.11144/Javerianacali.PPSI19.epas