

Conocimientos, comportamientos y variables psicológicas preventivas del COVID-19 en una muestra colombiana

Knowledge, behaviors and preventive psychological variables of COVID-19 in a Colombian sample

Andrés Gómez-Acosta¹, John Alexander Castro Muñoz², Stefano Vinaccia Alpi³, Willian Sierra-Barón⁴, Japcy Margarita Quiceno⁵, Diana Marcela Torres⁶

RESUMEN

Antecedentes: A pesar de las indicaciones sugeridas en el mundo para contener la pandemia de COVID-19, el reporte de problemas psicopatológicos debido a la infección por SARS-CoV-2, así como la morbimortalidad aumentan día tras día. **Objetivo:** Identificar si algunos factores psicosociales, en interacción con el conocimiento sobre síntomas y formas de contagio, pueden predecir conductas preventivas (específicas y universales) del COVID-19. **Materiales y Método:** El presente estudio se desarrolló con una muestra colombiana ($n = 788$, $X = 32,98$ años, $D.E. = 12,01$); La información en

línea se obtuvo a través del uso de los cuestionarios EEP-10, EAG, LOT-R, APGAR y ERQ para las variables psicológicas, así como un cuestionario Ad-Hoc acerca de las percepciones y comportamientos protectores ante el COVID-19, evaluado y aceptado por tres expertos; los reportes se analizaron mediante estadísticas no paramétricas y regresiones lineales. Resultados: El conocimiento sobre los síntomas y el contagio, la reevaluación positiva y el optimismo, en interacción, predicen prácticas específicas de prevención del contagio ($R^2 = 0,05$, $p = 0,001$), y junto con el estrés reportado y su percepción de control predicen conductas saludables universales ($R^2 = 0,11$, $p = 0,001$). **Conclusión:** Es necesario fortalecer las intervenciones basadas en evidencia para mejorar los factores psicosociales subyacentes a los comportamientos saludables descritos y la reducción

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.1.8>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7932-0466>¹
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4881-6071>²
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5169-0871>³
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7642-477X>⁴
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3821-2784>⁵
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8131-3890>⁶

¹MSc. Docente – Investigador. Universidad de Pamplona, Pamplona, Colombia. cesar.gomez@unipamplona.edu.co.

²MSc. Docente – Investigador. Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia. johacastro@unisanitas.edu.co.

³PhD. Docente – Investigador. Universidad del Sinú, Montería, Colombia. Vinalpi47@hotmail.com.

Recibido: 2 de febrero 2022
Aceptado: 16 de febrero 2022

⁴MSc. Docente – Investigador. Universidad SurColombiana, Neiva, Colombia. Willian.sierra@usco.edu.co.

⁵PhD. Docente – Investigadora. Universidad de Medellín, Medellín, Colombia. jmquiceno@udemedellin.edu.co.

⁶MSc. Docente-Investigadora. Fundación Universitaria Monserrate, Bogotá, Colombia. Diana.torres@unimonserrate.edu.co.

Correspondencia: Andrés Gómez-Acosta, Universidad de Pamplona, Km. 1 vía Bucaramanga, Pamplona-Colombia. Tel: 573017126635. E-mail: cesar.gomez@unipamplona.edu.co

Instituciones participantes: Universidad de Pamplona, Fundación Universitaria Sanitas, Universidad del Sinú Universidad SurColombiana, Universidad de Medellín, Fundación Universitaria Monserrate

de la probabilidad de desarrollar trastornos de salud mental.

Palabras clave. COVID-19, prevención, psicología de la salud, variables psicosociales, salud mental

SUMMARY

Background: Despite the indications suggested in the world to contain the COVID-19 pandemic, the report of psychopathological problems due to SARS-CoV-2 infection, as well as morbidity and mortality, increase day after day. **Objective:** To identify if some psychosocial factors, in interaction with knowledge about symptoms and forms of contagion, can predict preventive behaviors (specific and universal) of COVID-19. **Materials and Method:** This study was developed with a Colombian sample ($n = 788$, $X = 32.98$ years, $SD 12.01$). The online information was obtained using the EEP-10, EAG, LOT-R, APGAR and ERQ questionnaires for psychological variables, as well as an Ad-Hoc questionnaire about perceptions and protective behaviors against COVID-19, evaluated and accepted by three experts; the reports were analyzed using non-parametric statistics and linear regressions.

Results: Knowledge about symptoms and contagion, positive reappraisal, and optimism, in interaction, predict specific contagion prevention practices ($R^2 = 0.05$, $p = 0.001$), and together with reported stress and their perception of control predict universal healthy behaviors ($R^2 = 0.11$, $p = 0.001$). **Conclusion:** It is necessary to strengthen evidence-based interventions to improve the psychosocial factors underlying the described healthy behaviors and the reduction of the probability of developing mental health disorders.

Keywords: COVID-19, prevention, health psychology, psychosocial variables, mental health

INTRODUCCIÓN

El SARS-CoV-2 forma parte de un grupo de coronavirus que amenaza la salud pública a nivel global desde noviembre de 2019. A la fecha ha provocado gran cantidad de personas contagiadas con COVID-19, con una tasa de mortalidad importante enfocada en personas con diagnósticos previos de hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades cardiorrespiratorias, tabaquismo, obesidad mórbida, disfunción renal y tiroidea (1). Además de ello, ha generado un caos en los sistemas de salud del mundo, particularmente en

los que menos inversión reciben, y ha planteado serios desafíos a nivel social y económico en los Estados afectados que, en conjunto, repercuten en la salud mental de las personas (2).

Al respecto, se ha encontrado una disminución del sentido de coherencia consigo mismo, y mayor tendencia a realizar comportamientos evitativos u obsesivo – compulsivos extremos, incluyendo paranoia y discriminación (3,4). Por su parte, se pueden documentar varios estudios que determinan el incremento de casos en salud mental como ansiedad, depresión, insomnio y estrés (5-8). Esta evidencia sugiere que se requiere un conjunto de acciones para aumentar la flexibilidad psicológica (9) que contribuya a la prevención del contagio y disminución de prevalencias psicopatológicas actuales y futuras (3).

Se han tomado medidas institucionales para mitigar el contagio y mantener los sistemas asistenciales con suficiente capacidad de respuesta, como son el distanciamiento físico (10), la promoción del lavado de manos (11), y el uso de mascarilla (12). No obstante, a medida que avanza la pandemia y se plantean nuevos confinamientos, las personas adquieren conocimientos y ejecutan conductas que pueden favorecer el impacto de las medidas o, en su defecto si no cuentan con el capital psicológico adecuado, incrementan exponencialmente tanto la posibilidad de contagio (13), como una mayor prevalencia en salud mental (14).

Los conocimientos que tienen las personas determinan sus comportamientos saludables, pues incorporan tanto amenazas, barreras y claves para la acción percibida (15), como informaciones acumuladas durante los procesos de aprendizaje (16), algunas de ellas sesgadas por información no verificada (17). Es en esa medida, es importante su análisis para reforzar estrategias dirigidas al aumento de estados psicológicos subyacentes a las conductas efectivas (18).

Se pueden identificar algunos factores psicológicos predisponentes de las conductas preventivas, que a la vez permiten gestionar exitosamente los efectos del distanciamiento físico y afrontar las situaciones derivadas. Dentro de ellos, se pueden encontrar la percepción de estrés, la autoeficacia, el rasgo optimista y el

soporte familiar (3,16).

El estrés percibido incrementa cuando las personas se sienten aisladas, aburridas, desinformadas, y con compromisos en su bienestar (19,20), particularmente ante el periodo de cuarentena (5); su presencia indispona a las personas para la realización de conductas preventivas del contagio, y de prácticas protectoras universales como actividad física y alimentación adecuada (21,22). Una exposición prolongada a la amenaza de contagio, especialmente en quienes suprimen emociones negativas (23), puede generar estrés crónico (24), que incrementa la susceptibilidad de otros síntomas psicopatológicos en población general (20).

Por su lado, una regulación emocional adecuada potencia un mejor afrontamiento del estrés (25). Se espera que las personas que utilizan más la estrategia de reevaluación positiva, en comparación con la supresión, tienen mayor bienestar psicológico, y mitigan con mayor facilidad las consecuencias negativas que pueda representar la pandemia de COVID-19 en cuanto a la incertidumbre de la cuarentena, los nuevos retos laborales y el cuidado familiar (26).

El sesgo optimista consiste en la creencia que una situación amenazante como el COVID-19, no representa un riesgo latente (27); esto se traduce en una menor propensión a realizar las conductas protectoras si la persona no se percibe vulnerable ante posibles síntomas severos (13). Su contraparte, el optimismo disposicional, se define como el conjunto de expectativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de eventos favorables que facilitan el ajuste (28), y constituye un factor promotor de acciones protectoras ante las amenazas de contagio, más aún, si persisten nuevas olas de infección, o de complicaciones ante las nuevas variantes (3).

La autoeficacia percibida se relaciona con la capacidad percibida para afrontar situaciones que implican consecuencias a largo plazo; quienes manifiestan alta autoeficacia desarrollan comportamientos protectores de manera sistemática y se adhieren mejor al tratamiento (29), rasgo que puede ser útil para la adopción de prácticas saludables para reducir el contagio por COVID-19 (30), y para solventar los desafíos cotidianos relacionados con el

distanciamiento social (3).

La funcionalidad familiar comprende la capacidad de adaptación, cooperación, afectividad, toma de decisiones y afrontamiento adecuado de las necesidades de los integrantes de la familia ante eventos estresantes que exigen decisiones oportunas (31). Así, la comprensión de dicha dimensión puede ser importante para incrementar la resiliencia (9), y gestionar adecuadamente situaciones asociadas tanto a las posibles cuarentenas como a eventuales circunstancias estresantes derivadas de la sospecha o confirmación de un familiar infectado con SARS-CoV-2 (3).

Si bien se han publicado algunos estudios de caracterización de las percepciones asociadas al COVID-19 en países como EE.UU y Reino Unido (32), y del efecto en la salud mental en la población general (23) y en los trabajadores del área de la salud (7), no se identifican en Latinoamérica suficientes estudios empíricos que indaguen los conocimientos específicos que la gente tiene, y la posible relación de algunas variables psicosociales con las prácticas preventivas del COVID-19. Por ello, el propósito de este estudio es evaluar si los conocimientos y las variables psicosociales descritas (estrés-control, funcionamiento familiar, optimismo, autoeficacia, reevaluación y supresión) predicen prácticas protectoras del contagio por COVID-19.

MÉTODO

Corresponde a un estudio descriptivo correlacional y comparativo de corte transversal. Participaron 788 personas mayores de edad (18 años, $M = 32,98$, $SD = 12,06$), con competencias lecto escritas, que aceptaron responder el cuadernillo en línea con los instrumentos dispuestos, previa aprobación del consentimiento informado. El número de participantes supera al calculado para el muestreo inicial de 664 personas (99 % de nivel de confianza, 5 % de margen de error y 50 % de heterogeneidad) (Cuadro 1).

Cuadro 1
Características de la muestra

Característica	Frecuencia	Proporción
Sexo		
Masculino	220	27,00 %
Femenino	564	71,60 %
No reporta	4	0,50 %
Nivel académico		
Secundaria	130	16,50 %
Técnico-tecnólogo	101	12,80 %
Profesional	298	37,80 %
Posgrado	259	32,90 %
Vínculo con el sector salud		
Sí	409	52,00 %
No	379	48,00 %
Estrato		
Bajo	120	15,20 %
Bajo medio	358	45,40 %
Medio alto	253	32,10 %
Alto	54	6,90 %
No reporta	4	0,40 %
Ocupación		
Solo estudia	137	17,40 %
Solo trabaja	319	40,50 %
Trabaja y estudia	181	23,00 %
Desempleado	111	14,10 %
Jubilado	19	2,40 %
Otro	21	2,70 %

Instrumentos

Escala de estrés percibido (EEP – 10)

Adaptada para Colombia (33), consta de 10 ítems que cuantifican el estrés emocional vivenciado (EEP-Es; $\alpha = 0,82$), y la percepción de control del estrés (EEP-Co; $\alpha = 0,83$).

Escala de autoeficacia percibida (EAG)

Adaptada para Colombia (34), presenta un α de 0,74, y consiste en 10 ítems que evalúan la capacidad de respuesta y resiliencia que creen tener las personas ante situaciones estresantes.

LOT-R

Adaptado para Colombia (35), mide las expectativas positivas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de eventos favorables

que facilitan el afrontamiento y ajuste (28). La escala completa se compone de 10 ítems, pero solo se utilizan seis de ellos (36).

APGAR familiar

Es un instrumento útil para evidenciar la forma en que una persona percibe su funcionamiento familiar en términos de capacidad de adaptación, cooperación, desarrollo de la autorrealización, afectividad y capacidad resolutiva que proporciona la familia actual. La validación colombiana presenta un α de 0,79 (37).

Cuestionario de regulación emocional (ERQ).

Evalúa dos estrategias de la regulación emocional: a) la reevaluación cognitiva (seis ítems), y; b) la supresión expresiva (cuatro preguntas). En total, el instrumento se compone por 10 ítems que estiman la regulación de emociones negativas, y es respondido por medio de una escala tipo Likert. Una aplicación preliminar en Colombia mostró un α de 0,73 para la dimensión de reevaluación, y de 0,75 para supresión (38).

Cuestionario de percepciones y comportamientos protectores ante el COVID-19 (CPCP)

Instrumento Ad Hoc creado para el estudio, y evaluado por tres expertos en simultáneo, obtuvo un índice de concordancia de los ítems W de Kendal de 0,73 (claridad), 0,71 (relevancia) y 0,90 (pertinencia), con un valor de $p < 0,001$. Se tomaron en cuenta los ítems relacionados con el conocimiento de las formas de contagio (contacto con gotas de saliva, fluidos corporales y superficies donde el virus está activo, prácticas sexuales sin barrera, conocimiento sobre la duración del virus activo en el aire y en las superficies), de los síntomas referidos por la literatura (fiebre, dolor de cabeza, tos seca, estornudo, congestión nasal, dificultad para respirar y diarrea) (39), prácticas específicas de prevención del contagio como aislarse en casa, usar tapabocas, lavarse las manos con agua y jabón, usar gel desinfectante, evitar tocarse la cara con las manos sucias y cubrirse con la parte

interna del codo cuando se tose (11,12), así como conductas protectoras universales (alimentación balanceada, consumo de multivitamínicos, beber agua, actividad física, tener un sueño reparador y manejar exitosamente el estrés), los cuales pueden incrementar la eficiencia del sistema inmunológico, y contribuir a una menor severidad del COVID-19 (40). La calificación para cada ítem fue dicotómica (0 = ausencia / 1 = presencia), y se sumaron las puntuaciones en cada dimensión, obteniendo valores escalares.

Procedimiento

Se dispuso un formulario por redes sociales con la información sintetizada del estudio, el consentimiento informado y los instrumentos psicométricos. Una vez aprobada la participación, los respondientes diligenciaron la batería disponible; este proceso se realizó durante el lapso comprendido entre el 2 de abril y el 1 de mayo de 2021.

Análisis de Datos

Se realizó un análisis descriptivo y posterior a ello un análisis de Kolmogorov–Smirnov, determinando distribuciones no paramétricas en los puntajes obtenidos. Para la comparación de las variables se aplicaron las pruebas de U de Mann Whitney y Kruskal Wallis para muestras independientes, la prueba de correlación de

Spearman, y regresiones lineales múltiples para determinar el coeficiente de predicción de las variables psicosociales y el conocimiento de síntomas - formas de prevención, en interacción, con las variables de desenlace. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio fue proyectado en coherencia con la legislación vigente en Colombia para la investigación psicológica con humanos (Ley 1090 de 2006; Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud), la protección y tratamiento de datos personales (Ley 1581 de 2012), y la declaración de Helsinki. Además, la investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Unisanitas (Acta CEIFUS 693-20), y el aval institucional de la dirección de investigaciones de la Universidad del Sinú (31 de marzo de 2020).

RESULTADOS

La muestra refiere conocimientos de los síntomas y formas de contagio relativamente altos, así como reporte de las prácticas específicas de prevención y de protección universales. De igual manera, los participantes reportan indicadores adecuados en los factores psicosociales medidos (Cuadro 2).

Cuadro 2
Estadísticos descriptivos de las variables del estudio

Variable	Mín.	Máx.	M	DE
Edad	18	70	32,98	12,01
Conocimiento de síntoma	1	8	4,50	1,25
Conocimiento de formas de contagio	1	6	3,87	1,13
Estrategias de protección específicas	1	6	5,13	1,06
Estrategias de protección universales	1	6	3,67	1,44
Control percibido del estrés	3	16	11,13	2,59
Estrés percibido	0	24	10,18	4,04
Autoeficacia	13	40	30,35	4,16
Función familiar	0	20	14,80	4,07
Reevaluación emocional	6	42	29,20	6,41
Supresión emocional	4	28	15,13	5,69
Optimismo	1	24	16,07	3,60

Las pruebas U de Mann Whitney y de Kruskal-Wallis de un factor evaluaron si existieron diferencias significativas en los conocimientos y prácticas preventivas según las características sociodemográficas de la muestra. De acuerdo con ello, se evidencia que las mujeres ejecutan más prácticas preventivas específicas y presentaron niveles mayores de supresión emocional; por su lado, los participantes en el sector salud mostraron niveles mayores de estrés percibido, pero también mayor consistencia en la ejecución de prácticas preventivas universales en comparación con quienes no.

Para determinar si los grupos de ocupación y nivel académico alcanzado diferían entre sí se realizó la prueba de Dunn con el método Holm. En cuanto a los grupos de ocupación, se presentaron diferencias en sus prácticas preventivas específicas. Así, en comparación con las personas que solo trabajan, las personas que solo estudian y los desempleados presentan niveles mayores de prácticas preventivas específicas.

Por su lado, los puntajes en las variables psicosociales fueron significativamente diferentes de acuerdo con el nivel educativo. Se identificó

que los participantes de menor nivel educativo presentaron, en comparación con las demás personas, puntajes menores de control del estrés, autoeficacia, así como menor funcionamiento familiar; también presentaron puntajes mayores de estrés percibido. Por su parte, los participantes con posgrado presentaron, en comparación con el resto de los niveles educativos, mayor autoeficacia y funcionamiento familiar, pero menor control del estrés. No hubo otras diferencias significativas en función del nivel educativo.

Los puntajes en las variables psicosociales fueron significativamente diferentes según la ocupación de los participantes. Quienes solo estudian, en comparación con otras ocupaciones, percibieron más estrés, menor funcionamiento familiar y menor control del estrés. Por otra parte, los participantes que solo estudian presentaron menor autoeficacia en comparación con quienes solo trabajan, y con quienes estudian y trabajan. Finalmente, los participantes que solo estudian evidencian menos optimismo, y mayor supresión emocional comparados que quienes solo trabajan. No hubo otras diferencias significativas en función de la ocupación de los participantes (Cuadro 3).

Cuadro 3

Diferencias de medianas con características sociodemográficas como variables independientes, y los factores del CPCP como variables dependientes

	Contagio Med.	Z (p)	Síntomas Med.	Z (p)	Específicas Med.	Z (p)	Universales Med.	Z (p)	Total
Sexo									
Mujeres	3,89	0,32	4,53	0,69	5,22	7,47	3,70	0,67	564
Hombres	3,82	(0,57)	4,43	(0,41)	4,90	(0,01)**	3,59	(0,41)	220
Sector salud									
Sí	3,83	0,77	4,59	3,57	5,15	0,06 (0,80)	3,78	4,46	409
No	3,92	(0,38)	4,41	(0,06)	5,12		3,55	(0,03)*	379
Nivel académico	Contagio Med.	Chi ² (p)	Síntomas Med.	Chi ² (p)	Específicas Med.	Chi ² (p)	Universales Med.	Chi ² (p)	
Secundaria	3,67	9,5	4,41	1,78	5,17	5,34	3,42	7,47	129
Técnico	3,70	(0,02)	4,51	(0,62)	5,33	(0,15)	3,59	(0,06)	101
Profesional	3,89		4,57		5,12		3,68		298
Posgrado	4,03		4,47		5,05		3,83		259
Ocupación									
Solo estudia	3,74	9,41	4,38	5,23	5,31	14,55	3,55	6,08	137
Solo trabaja	4,01	(0,06)	4,45	(0,26)	5,02	0(0,01)**	3,77	(0,19)	319
Estudia y trabaja	3,78		4,59		5,12		3,67		181
Desempleado	3,79		4,69		5,31		3,46		111
Jubilado	4,16		4,89		5,00		4,11		19

*p < 0,05; **p < 0,01.

CONOCIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y VARIABLES PSICOLÓGICAS PREVENTIVAS

El conocimiento sobre el contagio estuvo positivamente asociado con la autoeficacia, la edad y el control del estrés, y negativamente con la percepción de estrés; mientras, el conocimiento sobre los síntomas solo estuvo asociado con las conductas protectoras. Las prácticas específicas de prevención estuvieron positivamente asociadas con el optimismo y la reevaluación emocional, y negativamente con el estrato socioeconómico. Por último, las prácticas de prevención universales estuvieron positivamente asociadas con la autoeficacia, el optimismo, el control del estrés, el funcionamiento familiar, la reevaluación positiva, la edad, y el estrato socioeconómico; y negativamente con el estrés percibido y la supresión emocional.

La edad de los participantes estuvo positivamente asociada con el conocimiento de formas de contagio, las prácticas de prevención universales, la autoeficacia, el optimismo, y la reevaluación emocional. Finalmente, estuvo negativamente asociada con el estrés percibido, el control del estrés, y la supresión emocional. Por su lado, el estrato socioeconómico de los participantes estuvo negativamente asociado con las prácticas específicas de prevención, pero positivamente asociado con las prácticas universales. Adicionalmente, el estrato socioeconómico estuvo positivamente asociado con la autoeficacia y con el funcionamiento familiar, y negativamente con la supresión emocional (Cuadro 4).

Cuadro 4
Matriz de correlaciones de Spearman de las variables del estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Conocimientos Contagio	—											
2. Conocimiento Síntomas	0,15**	—										
3. Protectores específicos	0,17**	0,16**	—									
4. Protectores universales	0,13**	0,13**	0,24**	—								
5. Estrés	-0,09*	-0,02	-0,01	-0,12**	—							
6. Control	0,15**	0,04	0,04	0,27**	-0,63**	—						
7. Autoeficacia	0,15**	0,001	0,05	0,20**	-0,49**	0,65**	—					
8. Optimismo	0,05	0,06	0,10**	0,24**	-0,41**	0,52**	0,52**	—				
9. Funcionamiento familiar	0,03	-0,03	0,01	0,13**	-0,34**	0,37**	0,36**	0,35**	—			
10. Reevaluación	0,02	0,02	0,10**	0,18**	-0,28**	0,37**	0,39**	0,38**	0,22**	—		
11. Supresión	0,01	0,001	0,001	-0,10**	-0,23**	-0,25**	-0,18**	-0,20**	-0,30**	0,10**	—	
12. Edad	0,11**	0,04	-0,05	0,09*	-0,20**	0,30**	0,19**	0,21**	0,16**	0,07*	-0,10**	—
13. Estrato	0,09	-0,03	-0,08*	0,13**	-0,05	0,16	0,17**	0,04	0,13**	0,04	-0,14**	0,26**

Nota: Contagio: Conocimiento de formas de contagio del COVID-19. Síntomas: Conocimiento de síntomas del COVID-19. P específicas: Prácticas específicas de prevención contra el COVID-19. P. universales: Prácticas universales de prevención contra el COVID-19. Estrés: Estrés percibido. Control: Control del estrés. Reevaluación: reevaluación emocional. Supresión: Supresión emocional. p<0,05; **p<0,01.

Para evaluar los predictores de los comportamientos protectores, se ejecutaron dos modelos de regresión lineal múltiple, que plantearon como variables independientes los conocimientos y los factores psicológicos (optimismo, reevaluación positiva, y control de estrés) así como el estrés

percibido, son predictores de las prácticas específicas de prevención frente al COVID-19 y las prácticas preventivas universales. Los dos modelos predictivos fueron significativos, con un p<0,001 (Cuadro 5).

Cuadro 5

Análisis predictivos de regresión lineal de las prácticas preventivas del COVID-19

Variables dependientes e independientes por regresión	Coeficientes estandarizados		95 % intervalo de confianza para β		R ²	Valor p
	β	Valor p	Límite inferior	Límite superior		
Protectores Específicos del COVID-19					0,05	0,001
Conocimiento contagio	0,15	0,001	0,08	0,21		
Conocimiento síntomas	0,13	0,001	0,05	0,17		
Reevaluación positiva	0,09	0,04	0,001	0,09		
Optimismo	0,09	0,04	0,001	0,03		
Protectores Generales					0,11	0,001
Conocimiento contagio	0,09	0,001	0,03	0,20		
Conocimiento síntomas	0,10	0,01	0,04	0,19		
Reevaluación positiva	0,08	0,04	0,001	0,04		
Optimismo	0,13	0,001	0,03	0,14		
Percepción de control del estrés	0,22	0,001	0,06	0,17		
Estrés percibido	-0,11	0,02	-0,01	-0,07		

DISCUSIÓN

Las prácticas de prevención, y no así el conocimiento sobre el virus, difirieron en función del sexo, vinculación al sector salud, ocupación y estrato socioeconómico de los participantes. Este resultado sugiere que los comportamientos adoptados frente al virus varían en función de las características individuales, situación distinta respecto del conocimiento sobre síntomas y formas de contagio.

Los participantes de mayor edad muestran mayor conocimiento sobre el contagio del virus, o estuvieron más expuestos a información sobre el mismo, lo cual puede explicar la correlación respectiva; una situación similar se observa entre la edad y los factores psicológicos medidos, lo cual coincide con los hallazgos de Liu y col. (24), quienes refieren que la población más joven manifiesta más alteraciones en su salud mental derivadas de la amenaza por COVID-19 y del confinamiento declarado; de igual manera, los participantes con el menor nivel educativo, y aquellos que solo estudian, presentaron mayor estrés y menor control de dicha variable, en comparación con las otras ocupaciones, lo cual es un asunto que coincide con las diferencias comentadas en función a la edad. En esa

medida, se sugiere la conveniencia de realizar acciones para el fortalecimiento de los factores psicológicos protectores con prioridad para el sector más joven y de menor nivel educativo, con el fin de reducir tanto posibles afectaciones en salud mental (3,14) como el riesgo de contagio durante el confinamiento (16).

Se encontró además que las mujeres tienden a presentar mayor supresión emocional en comparación con los hombres, lo cual predispone una mayor vulnerabilidad a presentar ansiedad y depresión; esto puede estar asociado al encargo social como responsables tanto del cuidado de posibles enfermos, como del control de las medidas protectoras (7); esto también justifica un abordaje preventivo diferencial, en cuanto al fortalecimiento de la regulación emocional por género.

El conocimiento sobre las formas de contagio estuvo positivamente asociado con la autoeficacia, y negativamente con el estrés percibido; de acuerdo con ello, los participantes con mayores niveles de autoeficacia presentaron mayor conocimiento sobre el contagio, consideran responder adecuadamente a la emergencia producida por el COVID-19 y adquieren información para satisfacer la necesidad de agencia ante una situación de crisis (29). Así,

una intervención dirigida a prevenir el contagio debería establecer sus objetivos alrededor de promover la autoeficacia y el control efectivo de estrés durante el período de aislamiento asociado a la pandemia del COVID-19, y contribuir al fortalecimiento de las prácticas preventivas (30).

En contraste, el conocimiento de los síntomas del COVID-19 no difirió significativamente en función a las características sociodemográficas de los participantes, ni tampoco en función de las variables psicosociales incluidas en el estudio. Es posible que la disponibilidad de información mediática acerca de los síntomas del COVID-19 en el momento de recolectar los datos haya logrado nivelar el conocimiento de los participantes sobre el virus, incluso comparando a quienes trabajaban en el sector salud con quienes no lo hacían.

Las prácticas específicas de prevención estuvieron positivamente asociadas con el control de estrés, el optimismo, la autoeficacia, la reevaluación emocional y el funcionamiento familiar. No obstante, solo el optimismo y la reevaluación positiva fueron predictores significativos del conocimiento sobre prácticas específicas. Llama la atención que las personas con mayor autoeficacia no manifiesten un mayor conocimiento sobre prácticas específicas de prevención, tal como el caso del conocimiento sobre las formas de contagio. Este resultado sugiere que las personas con alta autoeficacia satisfacen su necesidad de agencia buscando información sobre el contagio del virus SARS-CoV-2, aunque esta no necesariamente sea funcional en la prevención y manejo del COVID-19 (17). Intervenciones dirigidas a promover hábitos saludables en el contexto del COVID-19 deben fortalecer variables psicológicas positivas, como mecanismo para lograr un efecto medible en la consistencia de las prácticas preventivas.

Por otro lado, los participantes vinculados al sector salud evidenciaron niveles significativamente mayores de estrés, mas no refirieron niveles mayores de percepción del control de dicha variable, en comparación con los individuos pertenecientes a otras áreas, lo cual coincide con otros hallazgos de Huang y col. (6). En consecuencia, no solo conviene el fortalecimiento del manejo del estrés

específicamente con esta población (7,8), sino además el abordaje de atención primaria en salud mental con población general (41), con el fin de prevenir tanto afectaciones futuras (1), como la renuencia en la adopción de prácticas preventivas (11).

El conocimiento sobre los síntomas y el contagio, la reevaluación positiva como estrategia de regulación emocional ante las circunstancias derivadas por la pandemia y el confinamiento, y el optimismo como rasgo de personalidad predisponente de comportamientos positivos, predijeron las prácticas específicas de prevención del contagio, y junto con el estrés reportado y su percepción de control, en interacción, predicen las prácticas universales, hallazgo coherente con estudios previos (3,20,26). Sin embargo, llama la atención que el estrés no aparezca, en interacción, como predictor de los comportamientos preventivos específicos, aspecto que podría explicarse por la poca cantidad de casos identificados en Colombia durante el momento de la aplicación, lo cual, a su vez, puede relacionarse con una percepción de riesgo reducida en comparación con otros países que ya han afrontado el pico de la pandemia (42).

En cuanto al funcionamiento familiar, podría señalarse que la muestra presentaría tendencia a una “leve disfunción” al mostrar una media menor a 17, de acuerdo con Forero y col. (2006), por lo que no sobran acciones que conduzcan al fortalecimiento de dicha dinámica, dada su correlación positiva con los factores psicosociales medidos que podría aportar a un incremento en la resiliencia y un mayor despliegue de las prácticas saludables (9).

Estos resultados sugieren que las intervenciones en salud sean diferenciales en cuanto a los criterios sociodemográficos, basadas en evidencia, y que se implementen en alianza con múltiples sectores sociales (43) para promover un abordaje integral con un impacto positivo frente a la crisis por COVID-19, que contribuya a un mejor ajuste psicológico ante la adversidad y el aislamiento (9), y a conductas funcionales en el marco de esta nueva realidad (14), así como el desarrollo de prácticas específicas (11) y universales como mecanismo eficaz para reducción de comorbilidades crónicas y fortalecimiento del sistema inmunológico (40).

Por otro lado, se reconoce que las intervenciones de corte promocional y preventivo del contagio y del impacto en salud mental deben ajustarse a las experiencias particulares frente a la prevención de la enfermedad, la posibilidad de amplificación de información válida y confiable, la confianza percibida por las personas frente a las ciencias de la salud y las políticas locales de contención y la percepción de amenaza (30), aspectos que varían conforme a la nacionalidad (42).

Como limitaciones del estudio se admite que por la metodología de recolección (el formulario en línea), hay variables personales no identificadas que pueden permear los resultados (44), así como sesgos propios del autorreporte, en el cual la información registrada ocasionalmente presenta correlaciones bajas con respecto a otro tipo de mediciones controladas (45), pero que por el propio confinamiento son difíciles de obtener. Asimismo, la precisión y calidad de la información puede variar conforme a la edad de los encuestados (46). No obstante, este estudio permite mostrar algunas regularidades que pueden ser útiles para orientar, y posteriormente evaluar, algunas acciones de abordaje en salud mental y de reforzamiento de los conocimientos y comportamientos indagados, en función a las recomendaciones dadas.

Agradecimiento

Se agradece explícitamente a las instituciones universitarias que auspiciaron el desarrollo de esta investigación, así como a Astrid Triana, directora ejecutiva de ASCOFAPSI, por facilitar la recolección de la información.

Financiación

Dicho estudio fue financiado por las universidades participantes y cuenta con evaluación de Comité de Ética – Proyecto CEIFUS 693-20

Conflicto de intereses: Ninguno

REFERENCIAS

1. Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(6):656-657.
2. Villatoro AP, Wagner KM, Salgado de Snyder VN, Garcia D, Walsdorf AA, Valdez CR. Economic and social consequences of COVID-19 and mental health burden among Latinx young adults during the 2020 pandemic. *J Latinx Psychol.* 2022;10(1):25-38.
3. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychi.* 2020;7(6):547-560.
4. Presti G, McHugh L, Gloster A, Karekla M, Hayes SC. The dynamics of fear at the time of COVID-19: A contextual behavioral science perspective. *Clin Neuropsychi.* 2020;17(2):65-71.
5. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol.* 2020;39(5):355-357.
6. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* 2020;38(3):192-195.
7. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976.
8. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88:901-907.
9. Chen S, Bonanno GA. Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychol Trauma.* 2020;12(Suppl 1):S51-54.
10. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The incubation period of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: Estimation and application. *Ann Intern Med.* 2020;172(9):577-582.
11. Lazcano-Ponce E, Alpuche-Aranda C. Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Salud Pública Mex.* 2020;62(3):331-340.
12. Feng S, Shen C, Xia N, Song W, Fan M, Cowling BJ. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *Lancet Respir Med.* 2020;8(5):434-436.
13. Wise T, Zbozinek TD, Micheleni G, Hagan CC, Mobbs

- D. Changes in risk perception and protective behavior during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *PsyArXiv*. 2020.
14. Di Giuseppe M, Gemignani A, Conversano C. Psychological resources against the traumatic experience of covid-19. *Clin Neuropsychiatry*. 2020;17(2):85-7.
 15. Harvey J. Health belief and health outcomes. En: Martin L, DiMatteo M, editores. *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change and Treatment Adherence*. New York: Oxford University Press; 2014.p.177-192.
 16. Weston D, Hauck K, Amlôt R. Infection prevention behavior and infectious disease modeling: A review of the literature and recommendations for the future. *BMC Public Health*. 2018;18(1).
 17. Hadlington L, Harkin LJ, Kuss D, Newman K, Ryding FC. Perceptions of fake news, misinformation, and disinformation amid the COVID-19 pandemic: A qualitative exploration. *Psychology of Popular Media*. 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/ppm0000387>
 18. Lin Y, Hu Z, Alias H, Wong LP. Knowledge, attitudes, impact, and anxiety regarding COVID-19 infection among the public in China. *Front Public Health*. 2020;8:236.
 19. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-920.
 20. Yuan S, Liao Z, Huang H, Jiang B, Zhang X, Wang Y, et al. Comparison of the indicators of psychological stress in the population of Hubei Province and non-endemic provinces in China during two weeks during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in February 2020. *Med Sci Monit*. 2020;26:e923767.
 21. Amatriain-Fernández S, Murillo-Rodríguez ES, Gronwald T, Machado S, Budde H. Benefits of physical activity and physical exercise in the time of pandemic. *Psychol Trauma*. 2020;12(Suppl 1):S264-266.
 22. Burtcher J, Burtcher M, Millet GP. (Indoor) isolation, stress, and physical inactivity: Vicious circles accelerated by COVID-19? *Scand J Med Sci Sports*. 2020;30(8):1544-1545.
 23. Jiang H, Jiang N, Lv, Z, Yang, J. Psychological impacts of the COVID-19 epidemic on Chinese people: Exposure, post-traumatic stress symptom, and emotion regulation. *Asian Pac J Trop Med*. 2020;13(6):252.
 24. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S, Hahm HC. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psych Res*. 2020;290:113172.
 25. Hu T, Zhang D, Wang J, Mistry R, Ran G, Wang X. Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychol Rep*. 2014;114(2):341-362.
 26. Restubog SLD, Ocampo ACG, Wang L. Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the COVID-19 pandemic. *J Vocat Behav*. 2020;119(103440):103440.
 27. Pons-Salvador G, Millares-Díaz M, Guillén-Salazar F. El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales Psicol*. 2010;26(2):310-317.
 28. Scheier MF, Carver CS. Dispositional optimism, and physical health: A long look back, a quick look forward. *Am Psychol*. 2018;73(9):1082-1094.
 29. Morrison V, Bennett P. *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación; 2008.
 30. Mukhtar S. Mental health and emotional impact of COVID-19: Applying Health Belief Model for medical staff to general public of Pakistan. *Brain Behav Immun*. 2020;87:28-29.
 31. Ministerio de Salud y Protección Social. Test de Valoración Integral. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-instrumentos-valoracion-ruta-promocion.pdf>
 32. Geldsetzer P. Using rapid online surveys to assess perceptions during infectious disease outbreaks: A cross-sectional survey on COVID-19 among the general public in the United States and United Kingdom. *MedRxiv*. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.13.20035568>
 33. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Rev Fac Med*. 2014;62(3):1-24.
 34. Escobar Y, Zambrano D. Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia general (Baessler & Schwarzer) en una muestra de adolescentes de San Juan de Pasto (Documento Inédito). Pasto: Universidad de Nariño. 2015.
 35. Valdelamar-Jiménez J, Sánchez-Pedraza R. Traducción y adaptación transcultural de la escala Life Orientation Test- Revised para medir optimismo disposicional en cuidadores de pacientes con cáncer en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2017;35(2):2016-2024.
 36. Vera-Villaroel P, Córdova-Rubio N, Celis-Atenas K. Evaluación del optimismo: Un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychol*. 2009;8(1):61-68.
 37. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala

- APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Col Psiquiat.* 2006;35(1):23-29.
38. Gómez-Acosta A. Validación del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) en Población Colombiana (Informe Final de Investigación). Bogotá: Fundación Universitaria Sanitas. 2019.
39. Jiang F, Deng L, Zhang L, Cai Y, Cheung CW, Xia Z. Review of the clinical characteristics of Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Gen Intern Med.* 2020;35(5):1545-1449.
40. Lazzari D, Bottaccioli AG, Bottaccioli F. Letter to the editor: Kim SW, SuKP using psychoneuroimmunity against COVID-19, brain, behavior, and immunity. *Brain Behav Immun.* 2020;87:170-171.
41. Colegio Colombiano de Psicólogos [COLPSIC]. Salud mental y atención primaria en salud: una necesidad apremiante para el caso colombiano. Bogotá, D.C.: Colpsic. 2016. Disponible en https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Articulo_MSf_y_ColPsic_14-10-2015_DC_7_final.pdf
42. Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, van der Bles AM, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *J Risk Res.* 2020;23(7-8):994-1006.
43. Saavedra Trujillo CH. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio.* 2020;24(3):1-153.
44. Díaz de Rada V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers.* 2012;97(1):193-223.
45. Dang J, King KM, Inzlicht M. Why self-report and behavioral measures are weakly correlated? *Trends Cogn Sci.* 2020;24(4):267-269.
46. Knäuper B, Carrière K, Chamandy M, Xu Z, Schwarz N, Rosen NO. How aging affects self-reports. *Eur J Ageing.* 2016;13(2):185-193.