

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia

Juan P. Sanabria-Mazo, Bernardo Useche-Aldana,
Pedro P. Ochoa, Diego F. Rojas-Gualdrón y Antoni Sanz



Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia

Estudio PSY-COVID



UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona



Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia

Estudio PSY-COVID



Autores

**Juan P. Sanabria-Mazo, Bernardo Useche-Aldana,
Pedro P. Ochoa, Diego F. Rojas-Gualdrón
y Antoni Sanz**

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

**COL
PSIC**

Editor del libro

Juan P. Sanabria-Mazo

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Autores del libro

Juan P. Sanabria-Mazo

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Bernardo Useche-Aldana

Colegio Colombiano de Psicólogos, Bogotá, Colombia.

Pedro P. Ochoa

Colegio Colombiano de Psicólogos, Bogotá, Colombia.

Diego F. Rojas-Gualdrón

Universidad CES, Medellín, Colombia.

Antoni Sanz

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Información autores

Juan P. Sanabria-Mazo

Psicólogo de la Pontificia Universidad Javeriana (Colombia). Magíster en Investigación en Psicología Clínica y de la Salud y doctorando en Psicología de la Salud y del Deporte de la Universidad Autónoma de Barcelona (España). Investigador del grupo Intervenciones Psicológicas en Dolor Crónico y Fibromialgia (AGORA) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (España) e integrante del Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES) de la Universidad Autónoma de Barcelona (España). Profesor asociado en la Universidad Autónoma de Barcelona (España) y en la Universidad Oberta de Catalunya (España). Profesor asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona (España) y de la Universidad Oberta de Catalunya (España). Más información en: [ORCID](#), [CVLAC](#), [ResearchGate](#)

Bernardo Useche-Aldana

Psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia (Colombia). Maestría en Sexualidad Humana y doctor en Sexualidad del Instituto para Estudios Avanzados en Sexualidad Humana (Estados Unidos). Doctor en Salud Pública de la Universidad de Texas (Estados Unidos). Investigador senior. Presidente Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos (Colombia). Más información en: [ORCID](#), [CVLAC](#), [ResearchGate](#)

Pedro P. Ochoa

Psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia (Colombia). Magíster en Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud de la Universidad de Almería (España). Terapeuta particular en terapias contextuales. Director del Equipo de Respuesta Psicológica frente al brote de la COVID-19 del Colegio Colombiano de Psicólogos (Colombia). Director de Campos, Programas y Proyectos del Colegio Colombiano de Psicólogos (Colombia). Más información en: [ORCID](#), [CVLAC](#), [ResearchGate](#)

Diego F. Rojas-Gualdrón

Psicólogo, especialista en Dirección de Empresas y magíster en e-Learning de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia). Magíster en Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana (Colombia). Magíster (c) en Neuropsicología Clínica y doctor en Epidemiología y Bioestadística de la Universidad CES (Colombia). Investigador asociado de los departamentos de Medicina Interna y Psiquiatría. Profesor asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad CES. Más información en: [ORCID](#), [CVLAC](#), [ResearchGate](#)

Antoni Sanz

Psicólogo, magíster y doctor en Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona (España). Profesor agregado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Investigador senior del Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES) de la Universidad Autónoma de Barcelona (España). Más información en: [ORCID](#), [ResearchGate](#)

Contribución autores

Conceptualización

Juan P. Sanabria-Mazo
Bernardo Useche-Aldana
Pedro P. Ochoa
Diego F. Rojas-Gualdrón

Metodología

Juan P. Sanabria-Mazo
Antoni Sanz

Análisis de datos

Juan P. Sanabria-Mazo
Diego F. Rojas-Gualdrón

Redacción

Juan P. Sanabria-Mazo
Bernardo Useche-Aldana

Pedro P. Ochoa
Diego F. Rojas-Gualdrón

Revisión y validación

Juan P. Sanabria-Mazo
Bernardo Useche-Aldana
Pedro P. Ochoa
Diego F. Rojas-Gualdrón
Antoni Sanz

Edición

Juan P. Sanabria-Mazo

Correspondencia estudio

Juan P. Sanabria-Mazo

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

[Correo](#), [ResearchGate](#)

Director de encuesta nacional

Coordinador Colombia

Juan P. Sanabria-Mazo
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Equipo de coordinación nacional

Coordinador Colombia

Juan P. Sanabria-Mazo
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Coordinadora Cundinamarca

Gabriela Ferrero
Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Coordinadora Cauca

Andrea I. Guevara
Universidad de Barcelona (UAB), Barcelona, España.

Coordinador Valle del Cauca

Juan S. Rojas
Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Coordinadora Nariño

Valentina Riaño
Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Coordinadora Tolima

María P. Hernández
Universidad de Ibagué, Ibagué, Colombia.

Coordinadora Boyacá

Daniela León
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.

Coordinadora Atlántico

Kimberly Acuña
Universidad Metropolitana de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia.

Coordinadora Antioquia

Sara Hernández
Université Sorbonne de París, París, Francia.

Coordinador Guaviare

Andrés Montoya
Universidad Camilo José Cela, Madrid, España.

Coordinadora Caquetá

Gina P. Jara
Universidad de la Amazonia, Florencia, Colombia.

Gestora

Andrea A. Roldán
Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Apoyo difusión nacional

Colegio Colombiano de Psicólogos

Bernardo Useche-Aldana
Presidente, COLPSIC, Bogotá, Colombia (período 2017-2020).

Juan José Cañas Serrano
Vicepresidente, COLPSIC, Bogotá, Colombia (período 2017-2020).

Carmelina Paba Barbosa
Miembro del Consejo Directivo Nacional, COLPSIC, Bogotá, Colombia
(período 2017-2020).

Esperanza Gaona Pérez

Miembro del Consejo Directivo Nacional, COLPSIC, Bogotá, Colombia
(período 2017-2020).

Nancy Marina Vargas Espinosa

Miembro del Consejo Directivo Nacional, COLPSIC, Bogotá, Colombia
(período 2017-2020).

Rodrigo Mazo Zea

Miembro del Consejo Directivo Nacional, COLPSIC, Bogotá, Colombia
(período 2017-2020).

Santiago Trujillo Lemus

Miembro del Consejo Directivo Nacional, COLPSIC, Bogotá, Colombia
(período 2017-2020).

Wilson López López

Miembro del Consejo Directivo Nacional, COLPSIC, Bogotá, Colombia
(período 2017-2020).

Pedro P. Ochoa

Director del equipo de respuesta psicológica frente al brote de la COVID-19,
COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Milena Martínez Ruda

Directora de campos programas y proyectos, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Paulo Daniel Acero

Director ejecutivo de tribunales de ética, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Leonidas Castro Camacho

Delegado de COLPISC frente al Ministerio de Salud y Consejo Nacional de
Salud Mental, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

María Clara Cuevas Jaramillo

Delegada del COLPSIC frente al Ministerio de Educación, COLPSIC, Bogotá,
Colombia.

Hiader Jaime López Parra

Presidente Capítulo Antioquia, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Henry Sánchez Olarte

Presidente Capítulo Boyacá, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Ever José López
Presidente Capítulo Bogotá, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Mónica Isabel Tabares
Presidenta Capítulo Cumanday, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

María del Pilar Triana
Presidenta Capítulo Eje Cafetero, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Carlos Federico Barreto
Presidente Capítulo Huila y Amazonía, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Francisco Larrañaga Pineda
Presidente Capítulo Meta y Orinoquia, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Amílcar Calderón Chaguala
Presidente Capítulo Tolima, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Julieth Vanessa Salazar
Presidenta Capítulo Valle, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Betty Luz Ruiz
Presidenta Capítulo Zona Norte, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Lina Luna
Presidenta Capítulo Santander, COLPSIC, Bogotá, Colombia.

Asociación Colombiana de Facultades de Psicología

Astrid Triana Cifuentes
Directora Ejecutiva ASCOFAPSI, Bogotá, Colombia.

Hearthland Alliance

Diana M. Palma
Oficial de Programas, Cali, Colombia.

Pontificia Universidad Javeriana

María T. Varela Arévalo
Investigadora Grupo Salud y Calidad de Vida, PUJ, Cali, Colombia,

Paula A. Hoyos Hernández
Investigadora Grupo Salud y Calidad de Vida, PUJ, Cali, Colombia,

Laura J. Valderrama Orbegozo
Investigadora Grupo Salud y Calidad de Vida, PUJ, Cali, Colombia,

Universidad del Valle

Nelson Molina Valencia

Director del Instituto de Psicología, Área Académica de Psicología Social,
Univalle, Cali, Colombia.

Universidad Icesi

José Eduardo Sánchez

Director programa de Psicología, Icesi, Cali, Colombia.

Tecnológica Autónoma de Pacífico

Nathaly Martínez

Profesora, UTAP, Cali, Colombia.

Universidad Cooperativa de Colombia

Jhonn Jairo Muñoz Hurtado

Coordinador Centro de Atención Integral a la Comunidad, UCC, Popayán,
Colombia.

Lina Maria Uribe Ordoñez

Jefa de programa, UCC, Popayán, Colombia.

Universidad Santo Tomás

Alexandra Cifuentes Mendivelso

Psicóloga, Promoción y Bienestar Institucional, UST, Tunja, Colombia.

Universidad CES

Érika Alejandra Giraldo

Coordinadora Doctorado en Epidemiología y Bioestadística, CES, Medellín,
Colombia.

Universidad Nacional, Abierta y a Distancia

Adriana Valencia Zapata

Profesora, Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades, UNAD,
Boyacá, Colombia.

Universidad Mariana

Nancy Andrea Belalcázar

Vicerrectora Académica, UM, Pasto, Colombia.

Ana Carolina Benavides Martínez

Directora, Oficina de Relaciones Nacionales e Internacionales, UM, Pasto,
Colombia.

Institución Educativa Eduardo Carranza

Julio César Hidalgo
Rector, IEEC, Puerto Carreño, Colombia.

Secretaría de Salud Departamental

Jakeline Cumaco Martínez
Gestora Dimensión CSSM, Caquetá, Colombia.

Secretaría de Educación Departamental

Jairo Efrén Pardo
Secretario de Educación, SED, Puerto Carreño, Colombia.

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá

Lidia Yaneth Pérez
Subgerente Científica, Boyacá, Colombia.

Clínica para la Ansiedad

Jorge Valencia Ríos
Director Clínica para la Ansiedad, Medellín, Colombia.

Andrea A. Roldán

Gestión y Mercadeo Clínica para la Ansiedad, Medellín, Colombia.

Centro de Estudios de Infectología Pediátrica

Laura J. Valderrama Orbegozo
Psicóloga, CEIP, Cali, Colombia.

Ágatha

Marcela Lozano Andrade
C.E.O & Founder, Cali, Colombia.

Fundación Mente Creativa

Lina Alejandra Ardila
Directora, FMC, Caquetá, Colombia.

Director de encuesta internacional

Coordinador general

Antoni Sanz
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Equipo de coordinación internacional

Coordinador general

Antoni Sanz

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Coordinador Iberoamérica

Juan P. Sanabria-Mazo

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Coordinador Europa

Jorge L. Méndez-Ulrich

Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Coordinador internacional

Albert Feliu-Soler

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Coordinadora internacional

Clara Selva-Olid

Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España.

Coordinadora internacional

Corel Mateo-Canedo

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Coordinadora internacional

Anna Muro

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Coordinadora internacional

Meritxell Carmona

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Coordinadora internacional

Neus Crespo

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Comité científico internacional

Antoni Sanz

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Juan P. Sanabria-Mazo
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Jorge L. Méndez-Ulrich
Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Clara Selva-Olid
Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España.

Anna Muro
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Corel Mateo-Canedo
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Jordi Fernández Castro
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

María Álvarez Moleiro
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Joaquim T. Limonero García
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Andrés Chamarro Luser
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Sílvia Edo Izquierdo
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Ramón Cladellas Pros
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Joan Deus Yela
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Margot Pujal Llombart
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Miquel Torregrossa
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

José Blas Navarro
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Albert Espelt
Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Carlota Riera
Universitat Central de Catalunya, Barcelona, España.

Elvira Reche
Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España.

Marcelo DeMarzo
Universidade Federal de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.

André Louro
Universidade do Minho, Braga (Portugal).

Daniel López
Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Palmas (España).

Manuel Armayones
Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España.

Rafael Zapata Lamana
Universidad de Concepción, Concepción (Chile).

Luis J. Martínez Blanquet
Universidad San Luis Potosí, Potosí, (México).

Igor Zigarroa
Universidad de Santo Tomás, Santiago de Chile (Chile).

Daniel Álvarez
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca (Ecuador).

Juan Vicente Luciano Devis
Parc de Salut Sant Joan de Déu, Sant Boi (España).

Publicación libro

Corrección de estilo

[Publicaes](#)

Diseño y diagramación

[Editorial CES](#)

PSY-COVID

Ingresa a este código QR para mantenerte al tanto de todas las publicaciones derivadas del estudio [PSY-COVID](#) en Colombia.

Derechos de autor



La reproducción total o parcial del contenido de este libro, por cualquier medio y formato de presentación, requiere de la autorización previa y por escrito de los titulares del estudio. En caso de querer citar este libro, por favor, utilice el siguiente recurso.

¿Cómo citar el libro?

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





Contenido

27 Prólogo

Capítulo 1

33 Presentación

- 33 1. Propósito del libro
 - 33 2. Problematización
 - 35 3. Aportación científica del libro
 - 35 4. Contenido del libro
-

Capítulo 2

41 Contextualización

- 41 1. Más allá de una pandemia
 - 43 2. Cronología internacional
 - 44 3. Cronología nacional
-

Capítulo 3

51 Marco de referencia

- 51 1. Contextualización del virus
 - 53 2. Modelos epidemiológicos
 - 55 3. Impacto social y económico
 - 56 4. Determinantes sociales de la salud
 - 61 5. Políticas públicas de salud mental en Colombia
 - 63 6. Impacto de la pandemia en la salud mental
-

Capítulo 4

75 Antecedentes

- 75 1. Definición de salud mental
 - 75 2. Definición de trastornos mentales
 - 76 3. Problemas de salud mental
 - 76 3.1. Estudios internacionales
 - 79 3.2. Estudios nacionales
 - 80 3.3. Informes de salud mental previos
-

Capítulo 5

91 Objetivos

- 91 1. Objetivos generales
- 91 2. Objetivos específicos

	Capítulo 6
95	Método
95	1. Descripción del estudio PSY-COVID
95	1.1. Finalidad de la iniciativa
96	1.2. Países
97	1.3. Fecha de lanzamiento
98	2. Diseño e implementación del estudio
98	3. Administración y difusión del estudio
99	4. Muestra
99	4.1. Tipo de muestreo
99	4.2. Clasificación territorial
101	4.3. Distribución territorial
102	4.4. Participantes
102	5. Medidas de evaluación
102	5.1. Validación
103	5.2. Instrumentos
109	6. Consideraciones éticas
109	7. Análisis de datos

	Capítulo 7
113	Resultados
113	1. Características de la muestra
115	2. Dificultades en adaptación
115	2.1. Afectación
115	2.2. Factores asociados
120	3. Conductas de prevención
120	3.1. Afectación
120	3.2. Factores asociados
125	4. Confianza en colectivos
125	4.1. Afectación
125	4.2. Factores asociados
130	5. Percepción de amenazas
130	5.2. Afectación
130	5.3. Factores asociados
135	6. Impacto social, económico y laboral
135	6.1. Afectación
135	6.2. Factores asociados
140	7. Estilo de vida
140	7.1. Afectación
141	7.2. Factores asociados
145	8. Salud mental
145	8.1. Afectación
145	8.2. Factores asociados

Capítulo 8

153	Conclusiones
154	1. Género
155	2. Nivel de estudios
157	3. Nivel de ingresos
157	4. Región
158	5. Grupo de edad
159	6. Grupo étnico
160	7. Ocupación
160	9. Impacto global

Capítulo 9

165	Recomendaciones
165	1. Reflexiones sobre el impacto de la pandemia
167	1.1. Grupos poblacionales más afectados
167	2. Recomendaciones de intervención
172	3. Consideraciones finales
172	3.1. Limitaciones
172	3.2. Fortalezas



Lista de tablas

Capítulo 6

- 96 **Tabla 1.** Países participantes en el estudio PSY-COVID
- 99 **Tabla 2.** Clasificación de los departamentos por regiones
- 104 **Tabla 3.** Instrumento, variables y opciones de respuesta del componente de información sociodemográfica
- 106 **Tabla 4.** Instrumentos, variables e ítems del componente de salud pública
- 108 **Tabla 5.** Instrumentos, variables e ítems empleados en el componente de salud mental
-

Capítulo 7

- 113 **Tabla 1.** Instrumentos, variables e ítems empleados en el componente de salud mental
- 115 **Tabla 2.** Dificultades con el proceso de adaptación
- 115 **Tabla 3.** Factores asociados a dificultades en el proceso de adaptación
- 120 **Tabla 4.** Conductas de prevención
- 121 **Tabla 5.** Factores asociados a las conductas de prevención
- 125 **Tabla 6.** Confianza en diferentes colectivos
- 125 **Tabla 7.** Factores asociados a la confianza en diferentes colectivos
- 130 **Tabla 8.** Percepción de amenazas futuras
- 131 **Tabla 9.** Factores asociados a la percepción de amenazas
- 135 **Tabla 10.** Impacto social, económico y laboral
- 136 **Tabla 11.** Factores asociados al impacto social, económico, laboral
- 141 **Tabla 12.** Afectación en el estilo de vida
- 141 **Tabla 13.** Factores asociados a la afectación del estilo de vida
- 145 **Tabla 14.** Riesgo de afectación en salud mental
- 146 **Tabla 15.** Factores asociados al riesgo de afectación a la salud mental
-

Capítulo 8

- 161 **Tabla 1.** Priorización de grupos más afectados por la pandemia

Lista de figuras

Capítulo 3

58 **Figura 1.** Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

Capítulo 6

97 **Figura 1.** Criterio general de selección del período de difusión del formulario PSY-COVID

101 **Figura 2.** Distribución territorial de respuestas según región

102 **Figura 3.** Proceso de desarrollo del formulario PSY-COVID





Prólogo

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades”. En los últimos años la salud mental ha sido estigmatizada y asociada con trastornos psiquiátricos que aquejan solamente a algunas personas, y su atención no ha sido priorizada en las políticas públicas, en la asignación de recursos para investigar sus determinantes y en la implementación de acciones para promoverla. Como lo han demostrado estudios previos en Colombia, existe una gran brecha entre las necesidades en salud mental y las soluciones efectivas para enfrentarlas. Esto se debe, principalmente, al déficit de investigaciones que permitan identificar tanto el estado de salud mental – concebida más allá de los trastornos – como también los múltiples factores involucrados. En este orden de ideas, estudios rigurosos que exploren el estado de salud mental en diferentes grupos poblacionales y en sus determinantes contextuales, sociales e individuales son fundamentales para orientar las acciones de promoción de bienestar y para abordar con soluciones eficaces los problemas de salud mental en distintos niveles. El presente libro proyecta la forma en la que la investigación puede, como es usual en ciencia, responder preguntas relacionadas con la salud mental, y, más aún, ayuda a plantear pautas claras de acción en salud pública.

La pandemia de COVID-19 se constituye como una oportunidad excepcional no solamente para que las personas valoren la

importancia de la salud mental, sino que también para investigar la forma en la que los factores contextuales pueden afectar el bienestar en todo el mundo. En este sentido, los resultados de esta investigación favorecen la implementación de políticas públicas basadas en la evidencia y promueven acciones concretas para afrontar futuras enfermedades o pandemias.

La actual pandemia se ha constituido como el experimento mundial más grande de la historia en salud mental. Las personas de diferentes regiones geográficas, con distintos contextos culturales, socioeconómicos, laborales y educativos y con diversos sistemas de creencias y religiones, han experimentado circunstancias similares que han alterado directamente su salud mental. En primer lugar, todas las personas han vivido condiciones de incertidumbre y de impredecibilidad. La necesidad de control del cerebro para lograr un estado de equilibrio requiere de información. Cuando falta información y hay condiciones de incertidumbre sobre un posible resultado, se tiende a generar ansiedad. La incertidumbre ante la posibilidad de contagio – que constituye una amenaza real a la supervivencia –, así como ante el futuro económico, laboral y personal tiene efectos sobre el estado emocional y el comportamiento. La ansiedad y la preocupación son reacciones típicas a las condiciones de incertidumbre que se están experimentando en este momento. La impredecibilidad se ha vuelto la norma. La curva de contagio cambia continuamente, aparecen nuevas variantes del virus y las condiciones de vida y las regulaciones para prevenirlo se modifican constantemente. Antes de la pandemia era posible planear con meses o años de anticipación; sin embargo, en la actualidad, las condiciones y el contexto cambian de una forma tan rápida que ni las personas ni los gobiernos saben lo que ocurrirá en pocas semanas.

En segundo lugar, las personas están sometidas a diferentes restricciones de movilidad asumidas por los gobiernos de todo el mundo para prevenir la propagación del virus. Las personas están expe-

rimentando condiciones similares en Berlín, Barcelona, Bogotá o Nueva York. Estas restricciones abarcan áreas de funcionamiento que tienen efectos sobre la salud mental. Las cuarentenas y las restricciones de movilidad tienen repercusiones en diversas áreas. La exposición permanente a los mismos estímulos como, por ejemplo, el mismo espacio físico, las condiciones de trabajo, el estudio a través de medios virtuales y el contacto permanente con el grupo de convivencia favorecen una mayor fatiga, saturación, aburrimiento, sobrecarga, irritabilidad y bajos niveles de tolerancia, sensaciones que naturalmente alteran el estado de ánimo y las reacciones emocionales. Como consecuencia, las rutinas y los hábitos saludables (sueño, ejercicio físico y alimentación) de las personas –actividades fundamentales para la salud mental– también se ven directamente afectados. Además, el trabajo o el estudio en casa conlleva un aumento de responsabilidades que contribuyen a generar mayores niveles de estrés. Las condiciones de encierro o de cuarentena implican una disminución significativa de las actividades lúdicas y sociales. La investigación en psicología ha mostrado la importancia de estas actividades como fuente de satisfacción y ha señalado que su restricción genera un impacto negativo en el estado de ánimo. Dadas las condiciones actuales, resulta indispensable evaluar estos efectos en condiciones de pandemia. De igual forma, las recomendaciones de distanciamiento físico y las restricciones de contacto con otras personas tienen también implicaciones en el estado de ánimo y en el aumento en sensaciones de soledad.

Finalmente, los estudios epidemiológicos han demostrado que en ausencia de tratamientos eficaces y mientras los procesos de vacunación muestran su efecto a nivel global, medidas como el uso de mascarillas, la limpieza de las manos y el distanciamiento físico son los medios más eficaces para prevenir la propagación del virus. Estas tres medidas se relacionan tanto con las elecciones que asumen las personas en un momento dado como con la información y la valoración de las consecuencias a largo plazo, más que con la satisfacción inmediata. La psicología adquiere un papel

predominante, pues la experiencia ha demostrado que la educación sobre las consecuencias ha ayudado a que las personas actúen en función del bien común y de las consecuencias a largo plazo. La presente investigación permite desarrollar estrategias de prevención de riesgos que pueden trascender las condiciones actuales de pandemia y tener un efecto sobre el bienestar general.

En este contexto, sería una gran pérdida para la ciencia que ante esta situación epidemiológica no se identificaran los efectos de todos estos cambios, reconociendo, especialmente, la forma diferencial en que afectan a distintos grupos sociales. Este libro da respuesta a esa necesidad no solamente porque constituye un esfuerzo sistemático, riguroso y metodológicamente sólido de medir con instrumentos validados los efectos en diferentes procesos psicológicos, sino porque que proporciona una información de valor sobre la manera en la que las condiciones contextuales pueden interactuar diferencialmente en distintas poblaciones, regiones y culturas.

Este libro aporta contribuciones fundamentales. En primer lugar, busca generar conocimiento basado en la evidencia sobre los efectos generados por la pandemia en la salud mental. En segundo lugar, permite identificar la forma diferencial en la que estos efectos afectan a distintos grupos poblacionales. En tercer lugar, ayuda a convertir la actual situación de pandemia en una oportunidad única para proporcionar recomendaciones para una política pública en salud mental. Puesto que la Política Nacional de Salud Mental se debe fundamentar en la evidencia, este trabajo aporta una guía de acciones concretas de implementación que trascienden la pandemia. Los hallazgos resaltan la importancia de que las acciones de política pública se centren en los determinantes sociocontextuales de la salud mental y en la necesidad de orientar un enfoque diferencial que apunte a características propias de los diferentes grupos poblacionales. Se podría suponer que las actuales condiciones de pandemia pueden contribuir no solamente al conocimiento científico, sino que también a acelerar el proceso de implementación

de la política de salud mental después de la pandemia. Este libro contribuye a fortalecer las políticas de salud mental y a disminuir la brecha entre las necesidades existentes y las intervenciones disponibles.

Leonidas Castro Camacho, PhD, ABPP
Colegio Colombiano de Psicólogos
Universidad de los Andes





Presentación

1. Propósito del libro

Este libro de investigación tiene como objetivo principal evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población colombiana, a partir del modelo de *determinantes sociales de la salud*. La información que se reporta en el desarrollo de los próximos ocho capítulos tiene como propósito principal brindar la evidencia necesaria para facilitar la toma de decisiones gubernamentales. Los análisis realizados en este informe nacional se obtuvieron a partir de la base de datos del estudio PSY-COVID, iniciativa científica internacional, liderada por un grupo de investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), que buscó evaluar el impacto psicosocial generado por la pandemia de COVID-19 en 30 países [1, 2]. En Colombia, concretamente, esta iniciativa contó con el apoyo del Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC), asociación co-promotora del estudio, de 25 entidades aliadas, de 11 coordinadores departamentales y de más de 1.500 agentes de difusión.

2. Problematicación

Existe un consenso sobre el impacto negativo que han producido las medidas de restricción de movilidad adoptadas por las autoridades y la exposición directa o indirecta al virus en la salud mental de

las personas [3-5]. Del mismo modo, se ha destacado la relevancia de las medidas basadas en el comportamiento humano, como el uso de mascarilla, la limpieza de las manos y el mantenimiento de la distancia de seguridad, para la prevención y el control del contagio del virus SARS-CoV-2, siendo estas particularmente importantes en los nuevos brotes reportados en el mundo, en ausencia de tratamientos eficaces y seguros que abarquen al conjunto de la población. El análisis de adhesión a las medidas para el control de la enfermedad, así como la evaluación del impacto en la salud mental, se han señalado como objetivos prioritarios para las políticas de salud pública de cada país [6].

Hay, también, un considerable *corpus* de literatura sobre el impacto conductual, afectivo, cognitivo y social de la pandemia de COVID-19 [7-10]. Si bien se identifican algunas coincidencias en los resultados, como un incremento de sintomatología de ansiedad y depresión reactivos a la severidad del confinamiento o del aislamiento, así como algunos factores predictivos (grupos de edad, género, nivel educativo o ingresos) tanto de la afectación en salud mental como de la adopción de conductas de prevención, existe una enorme variedad de estudios que dificulta su comparación y su síntesis. Resulta, así pues, difícil dilucidar si estas diferencias se deben a debilidades metodológicas, si son producto de la heterogeneidad de los estudios o si corresponden a diferencias de fondo relacionadas con la severidad o la duración de las medidas de restricción de movilidad adoptadas por las respectivas autoridades. Del mismo modo, hay dudas de que el impacto de las medidas de restricción de movilidad sea de la misma magnitud en diferentes territorios. Todo esto obstaculiza las posibilidades de prescripción especializada para orientar las políticas públicas, en particular las de protección y promoción de la salud, así como la transferencia directa de conocimiento a la población para fortalecer y mejorar la respuesta colectiva a la pandemia, en particular de las personas que presentan factores y condiciones de vulnerabilidad [11-15].

3. Aportación científica del libro

La aportación de este libro de investigación se fundamenta en la necesidad de realizar un análisis de esta pandemia que contribuya al conocimiento científico y a su aplicación a la resolución de los problemas derivados de esta emergencia sanitaria. La pandemia ha tenido un alcance mundial intenso y extenso en el tiempo sobre la población, afectando, según datos oficiales (al 1 de julio de 2021), a más de 180 millones de personas, con un balance de cerca de 4 millones de muertes [16]. Alrededor de dos terceras partes de la población mundial ha sufrido en algún momento del último año restricciones de movilidad que han implicado en muchos casos confinamientos duros y prolongados, lo que supone, seguramente, el evento vital de estrés compartido por el mayor número de personas de la historia. Ante esta situación, surge la relevancia de obtener datos rigurosos que aporten resultados científicos transferibles a argumentos y criterios para la toma de decisiones gubernamentales. Esta investigación propone una serie de líneas de acción que podrían ayudar a superar las consecuencias de la pandemia y a definir nuevos modelos preventivos que pueden ser de impacto social y económico en Colombia.

4. Contenido del libro

El libro “Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia” está compuesto por un total de nueve capítulos. En el *Capítulo 1* se destaca la aportación científica y social de este libro de investigación. En el *Capítulo 2* se comparte la cronológica de la evolución de la pandemia a nivel nacional e internacional. En el *Capítulo 3* se contextualiza el marco de referencia del estudio, se realiza una lectura global de las principales políticas de salud pública desarrolladas en Colombia para mitigar el efecto de la pandemia y se reconoce el modelo de *determinantes sociales de la salud* como un elemento clave de análisis. En el *Capítulo 4* se reporta una síntesis de las evidencias reportadas en estudios

previos nacionales e internacionales sobre el impacto de la pandemia en la salud mental. En el *Capítulo 5* y en el *Capítulo 6* se indican los objetivos de investigación y el método. En el *Capítulo 7* y en el *Capítulo 8* se muestran los resultados y las conclusiones generales. Por último, en el *Capítulo 9* se proponen algunas recomendaciones generales que tienen como finalidad contribuir a amortiguar las consecuencias psicosociales de la pandemia de COVID-19 y a definir modelos preventivos que puedan ser de utilidad para las políticas de salud pública en Colombia.

Referencias

1. Sanabria-Mazo, J. P., Riaño-Lara, V., Rojas, J. S., Ferrero, G., Acuña, K., Guevara, A. y Sanz, A. (2020a). *Efectos en la salud mental de la población colombiana durante la pandemia de COVID-19*. https://www.researchgate.net/publication/342992611_Efectos_en_la_salud_mental_de_la_poblacion_colombiana_durante_la_pandemia_del_COVID-19
2. Sanabria-Mazo, J. P., Riaño-Lara, V., Rojas, J. S., Ferrero, G., Acuña, K., Guevara, A. y Sanz, A. (2020b). *Comportamiento social de la población colombiana durante la pandemia de COVID-19*. https://www.researchgate.net/publication/343982426_Comportamiento_social_de_la_poblacion_colombiana_durante_la_pandemia_del_COVID-19
3. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

4. Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeedy, A. y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
5. Luo, M., Guo, L., Yu, M. y Wang, H. (2020). The Psychological and mental impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
6. Saladino, V., Algeri, D. y Auriemma, V. (2020). The psychological and social impact of COVID-19: New perspectives of well-being. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577684>
7. Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L. y Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531-537. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
8. Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
9. Pedrosa, A. L., Bitencourt, L., Fróes, A. C. F., Cazumbá, M. L. B., Campos, R. G. B., de Brito, S. B. C. S. y e Silva, A. C. S. (2020). Emotional, behavioral, and psychological impact of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566212>

10. Planchuelo-Gómez, Á., Odriozola-González, P., Irurtia, M. J. y de Luis-García, R. (2020). Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 277, 842–849. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.018>
11. Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
12. Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Ghasemi, H., Mohammadi, M., Shohaimi, S., Daneshkhan, A., Khaledi-Paveh, B. y Hosseini-Far, M. (2020). The prevalence of sleep disturbances among physicians and nurses facing the COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00620-0>
13. da Silva, F. C. T. y Neto, M. L. R. (2020a). Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110057. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057>
14. da Silva, F. C. T. y Neto, M. L. R. (2020b). Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110062. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062>

15. Gómez-Durán, E. L., Martín-Fumadó, C. y Forero, C. G. (2020). Psychological impact of quarantine on healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 0, 1–9. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106587>
16. Universidad Johns Hopkins. (2021). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>



Contextualización

1. Más allá de una pandemia

El 26 de septiembre de 2020, Richard Horton, redactor de la revista médica *The Lancet*, invitó a la comunidad científica a abordar el problema de la COVID-19 como una *sindemia*, término empleado para resaltar la convergencia entre la COVID-19 y una serie de enfermedades no transmisibles [1]. Horton señaló que la búsqueda de una solución exclusivamente biomédica para la COVID-19 fracasará, pues en un contexto de disparidad social y económica se exacerbaban los efectos de enfermedades no transmisibles (ENT) y de la infección por el coronavirus (SARS-CoV-2). Previamente, en junio de 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recalcó que las personas con afecciones de salud subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, tienen más riesgo de enfermedad grave y más probabilidades de morir por COVID-19 [2].

El problema de la pandemia de COVID-19 trasciende las complicaciones que experimentan las personas con patologías previas. En una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 155 países, se identificó que los países más pobres fueron más propensos a reportar interrupciones en los servicios de salud, y que alrededor del 94% requirieron una reasignación al personal del Ministerio de Salud del trabajo en ENT para enfrentar a la infección por coronavirus [3]. En este estudio se encontró, por

ejemplo, que el tratamiento para la hipertensión se ha interrumpido, parcial o completamente, en el 53% de los países encuestados, para la diabetes en el 49%, para el cáncer en el 42% y para las respuestas de emergencia cardiovascular en el 31%.

Esta pandemia puede aumentar indirectamente la mortalidad de otros diagnósticos [4]. Las dificultades de acceso a la salud, la reducción de los recursos para la atención médica de rutina y de emergencia (redirigida a los pacientes con COVID-19), el miedo y la evitación a acudir a centros de salud y los efectos de las medidas de contención y mitigación en la seguridad alimentaria de los hogares afectan a la salud de la población en general. Algunos autores han señalado que las personas con enfermedades crónicas que requieren medicamentos de por vida podrían tener dificultades para acceder a los servicios médicos durante la pandemia, siendo esta situación más grave en áreas remotas, en las que es necesario realizar largos desplazamientos para recibir atención médica y medicamentos [5]. Las restricciones al transporte público y la implementación del encierro dificultan la prestación de servicios médicos generales y especializados a este grupo poblacional.

Por su parte, las personas con edad avanzada y enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y enfermedades cerebrovasculares), debido a su mayor riesgo de padecer COVID-19, se les insta a quedarse en casa, prescindiendo, en algunas regiones, de un adecuado seguimiento médico de rutina. De esta forma, confinados, corren un mayor riesgo de deterioro en su salud si son físicamente inactivos o si tienen una movilidad reducida. Por ejemplo, estos autores destacan que la duración del período de confinamiento es directamente proporcional a la glucemia no controlada y a las complicaciones relacionadas con la diabetes [5].

2. Cronología internacional

El 31 de diciembre de 2019 la oficina de la OMS en China fue informada de casos detectados de neumonía de etiología desconocida. El 3 de enero de 2020 las autoridades nacionales notificaron a la OMS de un total de 44 pacientes con neumonía de etiología desconocida, de los cuales 11 estaban gravemente enfermos y 33 en condición estable. Según los informes en los medios de comunicación, el mercado en Wuhan se cerró el 1 de enero de 2020 para el saneamiento y la desinfección ambiental [6].

La mayoría de estas personas afectadas fueron vinculadas, epidemiológicamente, a un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos, no procesados en Wuhan [7]. El 7 de enero las autoridades anunciaron que habían identificado un nuevo tipo de coronavirus, denominado “Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)”. Cuatro días después, el 11 de enero, se reporta la primera muerte atribuible a este virus [8]. El primer caso de COVID-19 en Norteamérica se reportó el 19 de enero en el estado de Washington, Estados Unidos, de un hombre de 35 años que recientemente había viajado a Wuhan, China [7]. El 24 de enero se reporta el primer caso en Europa, en Bordeaux, Francia, de una mujer que regresaba de China [9].

El 30 de enero se habían confirmado 7.734 casos en China y 90 en países como, por ejemplo, Taiwán, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, Japón, Singapur, República de Corea, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Australia, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania [10]. El 26 de febrero el Ministerio de Salud de Brasil registró el primer caso en Suramérica, de un hombre de 61 años de São Paulo, quien recientemente había regresado de Lombardía, Italia [11]. El 6 de marzo el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) de Colombia confirmó el primer caso en el territorio nacional, de una joven de 19 años procedente de Milán, Italia [12]. El 11 de marzo, con 118.000 casos

reportados en 114 países y 4.291 personas fallecidas, la OMS declaró que el brote de la enfermedad del Coronavirus 19 causada por el SARS-CoV2 es considerada como una pandemia [13].

3. Cronología nacional

El número de casos y de fallecidos que se presentan a continuación se derivan de los reportes de situación de COVID-19 en Colombia de la OPS [14]. Esta información en Colombia se puede encontrar, directamente, en la normativa para la atención de la emergencia de la COVID-19 [15].

En la Resolución 385 del 12 de marzo, el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) declaró estado de emergencia sanitaria. Cuatro días después, el 16 de marzo, se suspendieron las clases presenciales en los colegios públicos del país. El 17 de marzo, con 75 casos reportados en Colombia, se declaró estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional, a través del Decreto 417. El 21 de marzo el MinSalud de Colombia confirmó el primer fallecimiento por COVID-19 en Colombia, siendo un hombre de 58 años, con antecedentes de hipertensión y de diabetes no tratadas, que trabajaba como taxista en Cartagena. El reporte indicó que el 4 de marzo, dos días antes del primer caso oficialmente reportado en Colombia, que esta persona había transportado en su vehículo a turistas italianos, y que dos días después presentó los primeros síntomas de tos con expectoración, fiebre y dificultad respiratoria [16].

El 22 de marzo, mediante el Decreto 457, se ordenó el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes del país, estableciéndose desde el 25 de marzo hasta el 13 de abril las restricciones de circulación de personas y vehículos. Finalizando marzo, se reportaron 1.065 casos, con un incremento de 159 casos en el último día y de 17 defunciones. El 7 de abril a las 4 p.m. se reportaron 1.780 casos, con un incremento de 201 casos en el último

día y de 50 defunciones, y el 8 de abril, a través del Decreto 531, se extendió el aislamiento. El 24 de abril, a partir del Decreto 593, se amplió nuevamente el aislamiento, fijándose excepciones como la intervención y la ejecución de obras de construcción de transporte, civiles y de salud, la hotelería para atender huéspedes y la manufactura.

El 5 de mayo, con el Decreto 636, se prorrogó el aislamiento. El 7 de mayo a las 6 p.m. en Colombia se reportaron 9.456 casos, con 497 casos nuevos, 407 defunciones y 10 defunciones reportadas al finalizar el día. El 19 de mayo, mediante el Decreto 676, se incluyó la COVID-19 como enfermedad laboral directa para los trabajadores de salud. El 20 de mayo a las 6 p.m., fecha de inicio de la primera difusión de la encuesta en línea del estudio PSY-COVID en Colombia, se reportaron 17.687 casos (752 casos nuevos) y 630 defunciones (17 defunciones en el último día). El 22 de mayo, a través del Decreto 689, se prorrogó la vigencia del Decreto 636. El 28 de mayo, mediante el Decreto 749, se amplió el aislamiento preventivo obligatorio, con 43 excepciones, hasta el 1 de julio. Cinco días después de la finalización de la primera fase de la encuesta, el 25 de junio, el Decreto 878 aumentó la vigencia del Decreto 749 hasta el 15 de julio de 2020. Para esa fecha se reportaron 80.599 casos (3.486 casos nuevos) y 2.491 defunciones, de las cuales 163 fueron el último día. El día anterior, el 24 de junio, se habían reportado 87 defunciones.

El 1 de julio se superó la barrera de los 100 mil casos, siendo el reporte de ese día de 102.009. En ese momento Colombia se situaba como el décimo país a nivel global con mayor número de nuevos casos, de acuerdo con el número total. El 10 de julio el Decreto 990 amplió el aislamiento preventivo obligatorio hasta el 1 de agosto de 2020, y el 28 de julio el Decreto 1076 hasta el 1 de septiembre. Al 9 de agosto, Colombia registró 387.481 casos (10.611 casos nuevos en las últimas 24 horas) y 12.842 defunciones (302 en las últimas 24 horas). El 8 de septiembre, ya finalizado el aislamiento, Colombia

reportó 679.513 casos (7.665 casos nuevos en las últimas 24 horas) y 21.817 defunciones (202 las últimas 24 horas). A 7 de octubre se registraron 877.683 casos (7.875 casos nuevos en las últimas 24 horas), con 27.180 defunciones (163 en las últimas 24 horas).

En 2021, de acuerdo con los datos de la Universidad Johns Hopkins, Colombia se sitúa entre los países con mayor número de muertes totales y con más casos [17]. En un estudio realizado en cinco países latinoamericanos, entre los que se encontraba incluido Colombia, se identificó que la reacción a la pandemia fue más rápida que en los países europeos y Estados Unidos, implementándose restricciones de movilidad y aumentándose la capacidad del sistema de salud en respuesta a la llegada de COVID-19 al continente [4]. Aunque las medidas adoptadas fueron estrictas y se introdujeron en fases tempranas, las respuestas de salud pública de los cinco países estuvieron condicionadas por factores prepandémicos, como el alto grado de informalidad económica, la incapacidad de ampliar las pruebas y la falta de una estrategia de contacto y rastreo en una etapa temprana, traducándose en altas tasas de incidencia y de muertes por población.

El exceso de mortalidad y los efectos indirectos en la salud demuestran que el costo humano de la pandemia es mucho más alto que el contabilizado en los datos oficiales, debiéndose, entre otros factores, al impacto oculto en la atención de la salud por la desviación de recursos hacia la respuesta COVID-19 [4]. Entender el desarrollo de la enfermedad por coronavirus, por tanto, puede contribuir a entender las medidas que se requieren y el efecto de las medidas que se han asumido desde el gobierno colombiano.

Retomando la invitación de Horton se deben subrayar los orígenes sociales del problema. Ante esta pandemia se requiere una visión más amplia que abarque la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y el medio ambiente, pues la crisis económica actual no se resolverá con medicamentos o vacunas [1]. Todo esto sin

mencionar los problemas de salud mental que se reportan en los siguientes capítulos.

Referencias

1. Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
2. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *NCDs and COVID-19*. <https://www.paho.org/en/ncds-and-covid-19>
3. Dyer, O. (2020). COVID-19: Pandemic is having “severe” impact on non-communicable disease care, WHO survey finds. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 369, m2210. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2210>
4. Benítez, M. A., Velasco, C., Sequeira, A. R., Henríquez, J., Menezes, F. M. y Paolucci, F. (2020). Responses to COVID-19 in five Latin-American countries. *Health Policy and Technology*. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.014>
5. Lim, M. A., Huang, I., Yonas, E., Vania, R. y Pranata, R. (2020). A wave of non-communicable diseases following the COVID-19 pandemic. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 14(5), 979-980. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.050>
6. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Emergencies preparedness, response*. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>

7. Bogoch, A. Watts, A. Thomas-Bachli, C. Huber, M.U.G., Kraemer, K. y Khan, K. (2020). Pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: Potential for international spread via commercial air travel. *Journal of Travel Medicine*, 2(1). <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa008>
8. Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G. y Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 35(10223). [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30185-9)
9. 20 Minutes. (2020). *Coronavirus: Que sait-on du cas détecté à Bordeaux?* <https://www.20minutes.fr/bordeaux/2703783-20200126-coronavirus-sait-cas-detecte-bordeaux>
10. Rothan H. y Byrareddy S. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 17(1), 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
11. Fuolha de S. Paulo. (2020). *Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus.* <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus.shtml>
12. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2020). *Boletín de Prensa No 050 de 2020.* <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
13. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Virtual press conference on COVID-19 – 11 March 2020.* https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2

14. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Reportes de Situación COVID-19 Colombia*. <https://www.paho.org/es/reportes-situacion-covid-19-colombia>
15. Ministerio de Jurisdicción. (2020). *Normativa para la atención de la emergencia de la COVID-19*. <http://www.suin-juriscol.gov.co/legislacion/covid.html>
16. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2020). *Colombia confirma primera muerte por coronavirus*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-prime-ra-muerte-por-coronavirus.aspx>
17. Universidad Johns Hopkins. (2021). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>



Marco de referencia

1. Contextualización del virus

En el siglo XXI se han presentado tres enfermedades transmisibles entre humanos, provocadas por coronavirus, que han causado neumonías y otros problemas respiratorios severos: (1) el SARS-CoV (síndrome respiratorio agudo severo) en 2003, (2) el MERS-CoV (síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente Medio) en 2012; y (3) el SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo severo), cuyos primeros casos se reportaron a finales del año 2019 en Wuhan, China. A 1 de julio de 2021, el brote del SARS-CoV-2 (COVID-19) ha generado cerca de 4 millones de muertes en el mundo y 110 mil muertes en Colombia. En los tres casos, originalmente, estos coronavirus han tenido como huésped natural a los murciélagos, animales que logran infectar a otras especies, las cuales, a su vez, las transmiten a los humanos. Aunque el pangolín, un pequeño oso hormiguero de piel escamosa originario de Asia, se ha señalado como la especie intermediaria del virus, la comisión especializada nombrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para investigar la transmisión por zoonosis del SARS-CoV-2 no ha presentado todavía un informe conclusivo.

La pandemia de COVID-19 está caracterizada por la rápida transmisión del SARS-CoV-2, virus altamente contagioso y sobre el que la gran mayoría de humanos no tienen inmunidad [1]. Este nuevo coronavirus, clasificado en la familia de los betacoronavirus,

se secuenció en los primeros meses de la pandemia, permitiendo identificar que su material genético fue significativamente diferente al del SARS-CoV que causó la pandemia de 2003. La secuenciación repetida en diferentes países indica que este coronavirus ha continuado evolucionando mediante mutaciones y que, por tanto, ya existen diferentes genotipos. Los científicos pronostican que la COVID-19 continuará circulando por años, tal como ha ocurrido con las distintas variantes del virus de la influenza.

La COVID-19 fue declarada por la OMS como “emergencia de salud pública de interés internacional” el 30 de enero y como pandemia el 11 de marzo de 2020. Estas pandemias son consideradas enfermedades infecciosas emergentes [2] y corresponden a fenómenos sociales complejos con antecedentes históricos, económicos y socioculturales asociados, entre otros factores, a:

1. La destrucción por la minería extractiva sin control y la deforestación de los bosques para sembrar miles de hectáreas de cultivos, como los de palma africana, hábitat en la que viven las especies que hospedan virus potencialmente infecciosos para los seres humanos [2].
2. Las migraciones voluntarias y forzadas por las guerras y la pobreza [2].
3. La movilidad internacional del turismo masivo y del mundo globalizado de los negocios y del comercio, componentes esenciales de los modelos económicos predominantes en las últimas décadas [2].
4. Las barriadas de las grandes urbes con viviendas pequeñas y espacios reducidos para grupos familiares numerosos, con calles estrechas abarrotadas de peatones y automóviles que congestionan los medios de transporte público [2].
5. El abandono de la salud pública, como componente integral de los sistemas de salud, en beneficio de sistemas centrados en la administración de la enfermedad por compañías aseguradoras y en los tratamientos biomédicos con productos farma-

- cológicos patentados por las transnacionales farmacéuticas [2].
6. Las poblaciones vulnerables en las que las prevalencias de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, cáncer, síndrome cardio metabólico, etc.) es desproporcionadamente más alta en los grupos de personas más necesitadas económicamente y en los más discriminados por género, raza, etnia, identidad u orientación sexual. En Colombia, además, se contabilizan aproximadamente ocho millones de víctimas del conflicto armado en condición de “desplazados” o “refugiados” que viven diferentes situaciones de inequidad socio-económica [2].

2. Modelos epidemiológicos

La pandemia es, en sí misma, un fenómeno social que configura una estructura y unas dinámicas propias. El diseño y la construcción de modelos epidemiológicos que contemplen las variables psicosociales de los diferentes eslabones de la cadena de infección son especialmente relevantes y prioritarios para la salud pública [3]. Los modelos reportados hasta ahora ofrecen un poder predictivo limitado sobre la dinámica de la COVID-19 [4], pues predecir la trayectoria de una pandemia es difícil dada la naturaleza indeterminada de la transmisión del virus. La impredecibilidad de la transmisión, el desconocimiento y la incertidumbre actual dificultan mitigar la propagación del virus. Preguntas claves como ¿cuántas personas están realmente infectadas?, ¿cómo se transmite exactamente el virus?, ¿cuánto tiempo permanece el virus en diferentes ambientes? y ¿cuál es el efecto de las condiciones meteorológicas o el clima sobre el virus?, aún no cuentan con una evidencia lo suficientemente clara para ser respondidas.

A pesar de sus limitaciones, los modelos facilitan entender la evolución de la pandemia en territorios específicos, realizar seguimiento y formular pronósticos útiles en la planeación de intervenciones que sean prioritarias para el control de la pandemia [5]. En ausencia

de vacunas y tratamientos eficaces, históricamente desde la salud pública se ha provisto de dos estrategias: una dirigida a la supresión de la pandemia y otra orientada a su mitigación [6]. La estrategia de supresión implica que las autoridades de salud de un país, de manera centralizada, impongan medidas estrictas de confinamiento o cuarentena y otras más de prevención y atención no farmacológica a la población en territorios previamente determinados. Esta estrategia requiere proveer y concentrar tanto la infraestructura sanitaria como los recursos financieros, humanos y tecnológicos de salud que garanticen la confirmación de los diagnósticos, el registro y seguimiento de los casos, así como la atención especializada de los casos de enfermedad grave. En la actualidad, el único país que ha logrado con éxito la supresión de la pandemia es China [7, 8]. En cambio, en la estrategia de mitigación se evita establecer medidas no farmacológicas o se implementan de manera laxa, con el propósito de lograr lo que se conoce como inmunidad del rebaño o inmunidad de la población. Esta estrategia busca lograr de manera indirecta el control del contagio, permitiendo que un porcentaje suficiente de la población se infecte y, de esta manera, alcance inmunidad, con lo cual se reduce la probabilidad de infección de quienes no son inmunes todavía dado que tendrán menos contacto con personas infectadas.

En ambas estrategias es necesario “aplanar la curva”; es decir, tomar medidas para prologar en el tiempo el número de infecciones y, así, ganar tiempo para la preparación y el alistamiento del sistema de salud para la atención de pacientes en riesgo de muerte. Aunque enfermedades contagiosas como el sarampión han sido prácticamente erradicadas mediante la inmunidad del rebaño, en pandemias causadas por un nuevo patógeno emergente como el SARS-CoV-2, las estrategias de inmunidad del rebaño no son prácticas y no deberían adoptarse. Al respecto, un estudio en el Reino Unido señaló que es altamente riesgoso dejar que el virus se propague y se sature la capacidad hospitalaria con el consecuente efecto sobre las tasas de letalidad [6]. Solo un país en el mundo, Suecia,

optó inicialmente por la adopción de una estrategia orientada a la obtención de inmunidad de rebaño, si bien su fracaso ha implicado el abandono de esta estrategia a finales de 2020 [9].

3. Impacto social y económico

La inmunidad de la población también es posible lograrla con la vacunación, específicamente con vacunas de alta eficacia. La investigación, el desarrollo y la producción de vacunas para la COVID-19 inició una vez conocida la secuenciación del genoma del CoV-2. Según el listado de la OMS [10], en septiembre de 2020 existían 42 vacunas en una de las tres fases que comprenden los estudios clínicos y 151 candidatas en estudios preclínicos. Las vacunas que se encuentran en ensayos clínicos se pueden dividir en cuatro grandes categorías, de acuerdo con el abordaje científico y a la metodología, siendo las más avanzadas en su estado de desarrollo las tradicionales que emplean patógenos inactivados para producir la inmunidad y las que se basan en las nuevas tecnologías de manipulación del ácido ribonucleico mensajero (ARNm) mediante ingeniería genética para producir antígenos específicos del coronavirus [11].

Además del abordaje en el desarrollo científico, actualmente se debate si las vacunas deben producirse sin patentes para acercar al máximo posible su precio al costo de producción y garantizar que se puedan distribuir masivamente, en especial a los grupos más vulnerables y desfavorecidos; o si debe predominar el interés comercial de las trasnacionales farmacéuticas que las producen. A 1 de julio de 2021, se han autorizado y recomendado principalmente tres vacunas: Janssen de Johnson & Johnson, Pfizer y Moderna, requiriendo estas dos últimas una cadena de frío de bajas temperaturas que complejiza su distribución.

De acuerdo con el Banco Mundial [12], el impacto de la pandemia está conduciendo a la mayoría de los países a una recesión

económica de enormes proporciones, mayor incluso que la producida durante la gran depresión del siglo XX. El ingreso *per cápita* sufrirá este año una contracción histórica, la mayor desde 1870, lo que incrementará el número de personas en situación de pobreza. Las proyecciones indican que las economías de los países avanzados se contraerán en un 7% y las de los países en desarrollo en un 25%. Países cuyas economías venían en crisis antes de la pandemia, ahora enfrentan un agravamiento de la situación. El mercado financiero se ha visto severamente afectado, aunque los bancos centrales y el Fondo Monetario Internacional hayan logrado mantener cierto orden en los flujos financieros y los indicadores de desempleo, ya inaceptables en los meses anteriores a la pandemia, han crecido desproporcionadamente en muchos países. En países con economía informales el desempleo podría llegar al 70%. Cientos de millones de trabajadores han perdido sus empleos y, con ello, sus ingresos [13]. La consecuencia más inmediata es la profundización de las inequidades económicas entre los distintos estatus socioeconómicos de la población al interior de cada país [14]. La pandemia ha supuesto una gran crisis económica y financiera mundial que seguramente conducirá, dependiendo especialmente del manejo, a un reordenamiento geopolítico mundial [15].

4. Determinantes sociales de la salud

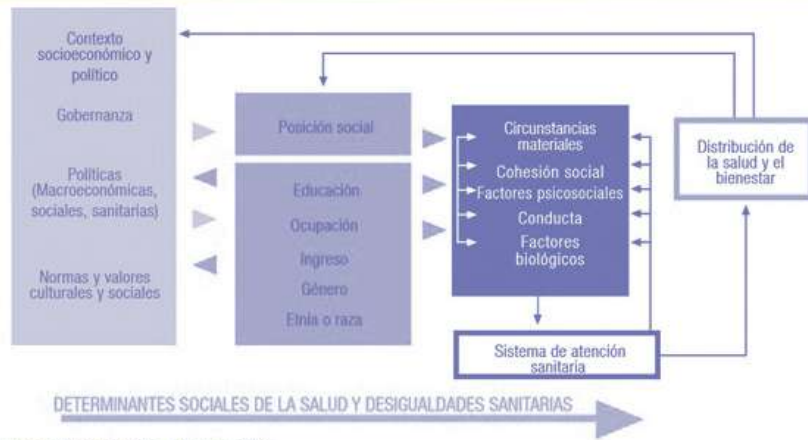
La OMS estableció en 2005 la “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud”, con el propósito de documentar las inequidades en salud en el mundo y de promover la superación de las injusticias sociales que las causan. Según esta misma organización: “los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (párr. 1). Cuatro años después, la Comisión publicó su informe final titulado: “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria

actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Las principales recomendaciones de la Comisión fueron [16]:

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

La Comisión se caracterizó por investigar los eventos de salud reconociendo el rol de la clase social como uno de los gradientes prioritarios: a mayor categoría en el escalafón laboral y a mayores ingresos, menor prevalencia de morbilidad y mortalidad [17-19]. Esta Comisión elaboró un modelo de los *determinantes sociales de la salud*, en el que se diferenciaban: (1) los determinantes estructurales, relacionados con el contexto macro socioeconómico y político; y (2) los determinantes intermedios, asociados con las condiciones de vida y los factores biológicos y psicosociales, incluido el sistema de salud y el impacto que estos dos tipos de determinantes tienen sobre el bienestar de las personas y las equidades de la salud. En la [figura 1](#) se presenta el marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes desarrollado por la OMS.

Figura 4.1 Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Corregido de Solar & Irwin, 2007.

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud [16].

Los determinantes sociales de la salud que se han estudiado de manera sistemática son las etapas en el ciclo de vida, el desempleo y las condiciones laborales, la nutrición, el transporte, la vivienda, los vecindarios, los factores socioeconómicos, las desigualdades raciales o étnicas, las diferencias de género y la conducta sexual [21]. Para Marmot [20] hay tres dimensiones que son relevantes para la comprensión de los determinantes sociales de la salud:

1. La existencia de gradientes sociales en los indicadores de salud. En todo el mundo, la prevalencia de una enfermedad es mayor en los estatus socioeconómicos más pobres [20].
2. El entendimiento de lo que en salud pública se denomina “la causa de las causas”; es decir, que la causa individual de una enfermedad o un problema de salud no es la misma causa de la enfermedad a nivel poblacional, lo que permite diferenciar entre los patógenos y los determinantes sociales [20].
3. El reconocimiento de la salud de las personas y la influencia tanto de las condiciones materiales de vida como de los factores biopsicosociales individuales y colectivos. En otras pa-

labras, investigar y conocer la forma específica en la que los determinantes sociales enferman el cuerpo (el *embodiment of inequality*, como diría Paul Farmer desde la antropología médica; o las *pathways of embodiment*, en términos de la epidemiología ecosocial de Nancy Krieger) [20].

La propuesta de Marmot es que estas tres dimensiones se constituyan en componentes de las políticas públicas para que a través de esta vía se transformen de manera efectiva las inequidades en la salud de la población. Resulta importante notar que el problema de los determinantes sociales de la salud ha sido abordado también desde enfoques distintos al de Marmot y al de la Comisión de la OMS. Entre los más relevantes en salud pública contemporánea están:

1. El trabajo del médico infectólogo y antropólogo Paul Farmer sobre la “violencia estructural”, desarrollado a partir de su trabajo en Haití con pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermedades oportunistas como la tuberculosis [22-24].
2. La teoría epidemiológica ecosocial de Nancy Krieger en la que se retoma la perspectiva de determinantes “distales” y “proximales” y que orienta sus investigaciones sobre las inequidades en salud en vecindarios georreferenciados en grandes ciudades norteamericanas [25, 26].
3. La contribución de Jaime Breilh desde la epidemiología crítica sobre la “determinación de la salud” [27], concepto que critica la noción positivista de “factores” determinantes por considerarla reduccionista y que, por tanto, no aborda la complejidad del problema de las inequidades en salud.

La historia reciente de las pandemias que producen problemas respiratorios corrobora la teoría de los determinantes sociales. La denominada “gripe española” de 1918, que produjo más de 50 millones de muertos, se extendió inicialmente entre los solda-

dos europeos que pelearon en las infectas trincheras de la Primera Guerra Mundial. Los sobrevivientes la llevaron de regreso a sus países de origen, desde donde el virus alcanzó los distintos continentes. Por mucho tiempo se sostuvo que la pandemia de influenza de hace un siglo fue “neutral” y afectó a todas las clases sociales sin distinción [27, 29]. Sin embargo, investigaciones con datos de la época, tales como el estatus socioeconómico de las viviendas y su tamaño, encontraron que afectó diferencialmente a la población según sus condiciones socioeconómicas e identificaron, también, que las tasas de mortalidad fueron significativamente más altas en los habitantes de barriadas pobres y en quienes residían en viviendas más pequeñas [30].

La pandemia de COVID-19 no es la excepción, pues la evidencia recolectada indica que el impacto no es el mismo para todos los grupos poblacionales. El virus se propaga más en las comunidades más vulnerables, que, a su vez, son víctimas de inequidades sociales y económicas preexistentes. Incluso en países desarrollados y con sistemas de salud más sólidos se han identificado gradientes sociales en los cuales los más afectados fueron los grupos más vulnerables [30, 31]. A medida que la pandemia evoluciona y que se acumula conocimiento sobre la dinámica de la transmisión del virus, es más evidente que las tasas de infección y de mortalidad son más altas entre las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Esta realidad generó que se actualizara el concepto de *sindemia*, formulado originalmente por Singer [32] para referir a la sinergia entre la COVID-19 y otras enfermedades en pacientes, lo que conlleva consecuencias para el organismo y para la salud que trascienden de la suma del curso de acción de las dos enfermedades. Estas enfermedades no transmisibles como el cáncer, la diabetes o la hipertensión tienen una mayor prevalencia en los estatus socioeconómicos más bajos. Esto, por tanto, obliga a analizar el problema médico de la interacción sinérgica de la COVID-19 con enfermedades preexistentes en el contexto de la determinación socioeconómica y de las inequidades en salud [33, 34].

5. Políticas públicas de salud mental en Colombia

Por política pública se entiende el análisis situacional que realizan los gobiernos con el fin de definir los criterios y el tipo de acciones a emprender para corregir o solucionar un problema o desarrollar un sector. Generalmente, las políticas se formalizan en leyes, pero la política supera lo meramente normativo. En el siglo XXI, las políticas públicas de salud mental en Colombia se han elaborado con asesoría de la OMS, de otras instituciones internacionales y del marco definido por la Ley 100 de 1993, que creó un sistema de salud de aseguramiento que, en su momento, se definió conceptualmente como de “pluralismo estructurado” [35, 36]. A partir del Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2003 se desarrollaron los “Lineamientos de política de salud mental para Colombia”, publicados por el Ministerio de Protección Social (MPS, denominación que había adoptado para entonces el Ministerio de Salud) en el año 2005. El estudio encontró que la prevalencia de vida en el país para los trastornos de ansiedad fue de cerca del 19%, para los trastornos del estado de ánimo del 15% y para el abuso de sustancias del 11%.

Otro de los hallazgos importante del estudio fue la insuficiencia de atención especializada: solo el 10% de las personas diagnosticadas con un trastorno recibieron atención psiquiátrica [36]. El Ministerio de Salud describió así la situación:

En Colombia se ha reconocido que la organización de los servicios de salud mental presenta deficiencias que afectan su efectividad y la posibilidad de cumplir con los principios del Sistema General de Seguridad Social. En el actual sistema, las entidades aseguradoras son las responsables de garantizar la red de servicios para sus afiliados. Por lo tanto, más que una red de servicios, lo que existe son redes de distintas instituciones, con debilidades de articulación para responder mejor a sus afiliados (p. 18) [36].

Los lineamientos introdujeron grandes cambios, entre los principales:

1. La redefinición de la manera en que está concebida la salud mental y reconsiderar la estructura organizativa adecuada [36], lo cual incluye el cierre de los grandes hospitales psiquiátricos.
2. Redefinir los procedimientos y los medicamentos que deben incluirse en el Plan obligatorio de Salud (POS) y en el Plan de Atención Básica.
3. Incluir la salud mental en la Atención Primaria en Salud (APS) para prestar lo que se denominó atención psicosocial, pero al mismo tiempo mantener un tercer nivel de atención altamente especializado para la consulta psiquiátrica.
4. Incluir la esquizofrenia en las enfermedades de alto costo.
5. Realizar análisis de costos de la atención que pudieran servir para establecer un manual tarifario para los profesionales de la salud en salud mental.

Por iniciativa de la legisladora Alba Luz Pinilla se presentó en el Congreso de la República un Proyecto de Ley de Salud Mental que fue aprobado en el año 2013. El artículo 1° señala:

El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema de salud (p. 1).

Esta ley establece la conformación de un Consejo Nacional de Salud Mental (CNSM) y de los Consejos Departamentales de Salud Mental (CDSM) desde los cuales se pueden trazar planes territoriales y en los que participan no solo los referentes de salud mental del gobierno nacional y de los gobiernos regionales o locales, sino que también organizaciones de profesionales de la salud,

representantes de pacientes y organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud mental [37]. Mientras el CNSM ha estado muy activo durante la pandemia, así funcione con carácter meramente consultivo, los CDSM de muchos de los 32 departamentos no se han conformado o se reúnen esporádicamente.

Sin embargo, tal y como se afirma en un análisis crítico de la situación actual:

Cinco años después de la Ley 1616, los cambios no han sido sustanciales. La falta de coherencia entre la norma y la realidad ratifican el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis (p. 132) [38].

En esta misma línea, el Ministerio de Salud formuló el Plan Decenal de Salud Mental 2012-2021 [39], el cual mediante la evidencia disponible definió como los dos principales problemas de salud mental en el país: el suicidio y el abuso de sustancias psicoactivas. El plan integra a las aseguradoras en salud que operan en el sistema como intermediarias de la prestación de servicios de salud pública. Esta tendencia a desarrollar una política de salud mental en correspondencia con el interés de las compañías aseguradoras pretende formalizarla el gobierno nacional a través de un proyecto de ley que actualmente se tramita en el Congreso de la República. Un sector importante de los profesionales de la salud pública y de los psiquiatras y psicólogos en Colombia critican esta posición del gobierno por considerar que el interés financiero de las aseguradoras no es compatible con el derecho a la prevención, la atención y la promoción de la salud mental.

Recientemente, se han publicado dos documentos importantes de política pública en salud mental: (1) la “Política Nacional de Salud Mental” [40] y el “Documento CONPES 3992: Estrategia

para la promoción de la salud mental en Colombia” [41]. La “Política Nacional de Salud Mental” parte de una diferenciación entre problemas y trastornos mentales que ya se había establecido en la Ley de Salud Mental, diferenciación que es útil para avanzar en la despatologización de los problemas o los desequilibrios psicológicos temporales propios de situaciones difíciles, dolorosas o conflictivas de la vida, pero que pueden considerarse “típicos”. En el campo de los trastornos se ubican, básicamente, los cuadros clínicos severos que, además de intervención psicoterapéutica, requieren de un manejo farmacológico. La política adopta el modelo de *determinantes sociales de la salud*, definido por varios enfoques (derechos humanos, género, curso de vida y diferencial poblacional-territorial) y por cuatro ejes (promoción, prevención, atención y rehabilitación). Igualmente, el Ministerio de Salud elaboró una guía técnica para su implementación [42].

El “Documento CONPES 3993” sobre la estrategia para la promoción de la salud mental se fundamenta en la política nacional formulada en el 2018 y parte del siguiente reconocimiento de la situación para formular un plan de acción: “si bien el país logró avances significativos en materia de normatividad y políticas públicas en salud mental, aún existen rezagos en términos de implementación de los lineamientos establecidos en la política de salud mental” (p. 10) [42]. El gobierno nacional no ha presentado una estrategia integral orientada específicamente al manejo de la salud mental durante la pandemia. Por ese motivo, el 30 de mayo de 2020 el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) analizó la gravedad de la situación en un pronunciamiento dirigido al presidente de la República [43].

6. Impacto de la pandemia en la salud mental

La evidencia sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental es contundente. Taquet et al. [44] publicaron el 9

de noviembre en *The Lancet* los resultados del seguimiento entre enero y agosto de 2020 a una cohorte de 69 millones de personas en Estados Unidos, de las cuales 62.354 fueron diagnosticadas con COVID-19. El 18% de las personas con COVID 19 reportaron un trastorno psiquiátrico (ansiedad, depresión, demencia, entre otros). Identificaron, también, que un diagnóstico psiquiátrico en el año anterior estaba asociado con una mayor incidencia de diagnóstico de COVID-19. Este estudio no estuvo controlado por estatus socioeconómico, advirtiéndose, dentro de sus limitaciones, que esta variable puede tener un posible efecto no medido. En la práctica, y no únicamente desde la perspectiva de la salud, sino que también desde la económica, resulta prioritario preservar y promover el bienestar psicológico en tiempos de pandemia, al igual que mandatorio prevenir y atender el impacto en la salud mental.

Este capítulo tuvo como objetivo presentar el marco de referencia, el modelo de determinantes sociales de la salud y las principales políticas públicas de salud mental en Colombia como elementos claves de análisis en el presente libro. En Colombia existe evidencia de que la salud mental era precaria antes de la pandemia [45, 46]. Los próximos capítulos de este libro de investigación, por tanto, pretenden aportar evidencia del impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19.

Referencias

1. **Yaqinuddin, A.** (2020). Cross-immunity between respiratory coronaviruses may limit COVID-19 fatalities. *Medical Hypotheses*, 144, 110049. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110049>
2. **Farmer, P.** (1996). Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 2(4), 259. <https://dx.doi.org/10.3201/eid0204.960402>

3. Arora, S., Jain, R. y Singh, H. P. (2020). Epidemiological models of SARS-CoV-2 (COVID-19) to control the transmission based on current evidence: A systematic review. *Preprints*, 2020070262. <https://dx.doi.org/10.20944/preprints202007.0262.v1>
4. Castro, M., Ares, S., Cuesta, J. A. y Manrubia, S. (2020). The turning point and end of an expanding epidemic cannot be precisely forecast. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(42), 26190-26196. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007868117>
5. Liu, F., Wang, J., Liu, J., Li, Y., Liu, D., Tong, J., Zhuoqun, L., Dan, Y., Yifan, F., Xiaohui, B., Xueting, Z., Steven, M. y Zhang, X. (2020). Predicting and analyzing the COVID-19 epidemic in China: Based on SEIRD, LSTM and GWR models. *PLoS ONE*, 15(8), e0238280. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238280>
6. Brett, T. S. y Rohani, P. (2020). Transmission dynamics reveal the impracticality of COVID-19 herd immunity strategies. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(41), 25897-25903. <https://doi.org/10.1073/pnas.2008087117>
7. Burki, T. (2020). China's successful control of COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(11), 1240-1241. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30800-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30800-8)
8. Cao, S., Gan, Y., Wang, C., Bachmann, M., Wei, S., Gong, J., Xu, H., Shen, X., Tian, Q., Lv, C., Song, F., Yin, X. y Lu, Z. (2020). Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China. *Nature Communications*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w>

9. World Politics Review. (2020). Will there be a reckoning over Sweden's disastrous 'herd immunity' strategy? <https://www.worldpoliticsreview.com/articles/29296/in-sweden-herd-immunity-has-failed-tragically-will-there-be-a-reckoning>
10. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines*. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
11. Xia, S., Zhang, Y., Wang, Y., Wang, H., Yang, Y., Gao, G. F., Tan, W., Wu, G., Xu, M., Lou, Z., Huang, W., Xu, W., Huang, B., Wang, H., Wang, W., Zhang, W., Li, N., Xie, Z., Ding, L., You, W., Zhao, Y., ... Yang, X. (2020). Safety and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine, BBIBP-CorV: A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 trial. *The Lancet Infectious Diseases*. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30831-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30831-8)
12. Banco del Mundo. (2020). *The global economic outlook during the COVID-19 pandemic: A changed world*. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/06/08/the-global-economic-outlook-during-the-covid-19-pandemic-a-changed-world>. print
13. Foro de Política Mundial [FPM]. (2020). *Spotlight on sustainable development 2020. Shifting policies for systemic change. Lessons from the global COVID-19 crisis*. https://www.2030spotlight.org/sites/default/files/Spotlight_Innenteil_2020_web_gesamt_.pdf
14. Krieger, N., Waterman, P. D. y Chen, J. T. (2020). COVID-19 and overall mortality inequities in the surge in death rates by ZIP Code characteristics: Massachusetts, January 1 to May 19, 2020. *American Journal of Public Health*, 110(12), 1850-1852.

15. Heisbourg, F. (2020). From Wuhan to the world: How the pandemic will reshape geopolitics. *Survival*, 62(3), 7-24. <https://doi.org/10.1080/00396338.2020.1763608>
16. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
17. Marmot, M. G., Shipley, M. J. y Rose, G. (1984). Inequalities in death - specific explanations of a general pattern? *The Lancet*, 323(8384), 1003-1006. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(84\)92337-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(84)92337-7)
18. Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. y Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)
19. Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F. y Syme, S. L. (1995). Sickness absence as a measure of health status and functioning: From the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 49(2), 124-130. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.49.2.124>
20. Marmot, M. (2002). The influence of income on health: Views of an epidemiologist. *Health Affairs*, 21(2), 31-46. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.31>
21. Wilkinson, R. y Marmot, M. (2009). Social determinant of health. *Journal of Public Health Policy*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001>

22. Farmer, P. (1992). *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. University of California Press.
23. Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities: The modern plagues*. University of California Press.
24. Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S. y Keshavjee, S. (2006). Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med*, 3(10), e449. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>
25. Krieger, N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: What's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221–230. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.111278>
26. Krieger, N. (2012). Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936-944. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>
27. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
28. Sydenstricker, E. (1931). The incidence of influenza among persons of different economic status during the epidemic of 1918. *Public Health Reports (1896-1970)*, 154-170. <https://doi.org/10.2307/4579923>
29. Mamelund, S. E. (2006). A socially neutral disease? Individual social class, household wealth and mortality from Spanish influenza in two socially contrasting parishes in Kristiania 1918–19. *Social Science & Medicine*, 62(4), 923-940. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.051>

30. Calderón-Larrañaga, A., Vetrano, D. L., Rizzuto, D., Bellander, T., Fratiglioni, L. y Dekhtyar, S. (2020). High excess mortality in areas with young and socially vulnerable populations during the COVID-19 outbreak in Stockholm Region, Sweden. *BMJ Global Health*, 5(10), e003595. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003595>
31. Friedman, J., Calderón-Villarreal, A., Bojorquez, I., Hernandez, C. V., Schriger, D. L. y Hirashima, E. T. (2020). Excess out-of-hospital mortality and declining oxygen saturation: The sentinel role of emergency medical services data in the COVID-19 crisis in Tijuana, Mexico. *Annals of Emergency Medicine*, 76(4), 413-426. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.07.035>
32. Singer, M. (2009). Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health. John Wiley & Sons.
33. Willen, S. S., Knipper, M., Abadía-Barrero, C. E. y Davidovitch, N. (2017). Syndemic vulnerability and the right to health. *The Lancet*, 389(10072), 964-977. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30261-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30261-1)
34. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J. y Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiol Community Health*, 74(11), 964-968. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
35. Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina (No. 353)*. Documento de Trabajo 353. <https://www.econstor.eu/handle/10419/87917>

36. Ministerio de la Protección Social [MPS]. (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Colombia: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. [https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos %20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf)
37. Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013*. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
38. Rojas-Bernal, L. A., Castaño-Pérez, G. A., Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), 129-140. <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
39. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
40. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2018). *Resolución 4886: “Política Nacional de Salud Mental”*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf
41. Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). *Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3992*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>

42. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2019). *Guía técnica para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, 2018 y la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guia-implementacion-politicas-salud-mental.pdf>
43. Useche, B., Ruiz, B. L., Barreto, C. F., López, E. J., Larrañaga, J., Calderón, J. A., Sánchez, H. y Ochoa, P. P. (2020). La crisis de la salud mental y el papel de los psicólogos en la pandemia de COVID-19. *Pronunciamento del Colegio Colombiano de Psicólogos*. <https://website.psiquiatria.org.co/wp-content/uploads/2020/06/pronunciamento-covid-19.pdf>
44. Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R. y Harrison, P. J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: Retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
45. Ministerio de Salud. (2015a). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo I*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
46. Ministerio de Salud. (2015b). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo II*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031092015-documento_final_ensm_tomoII.pdf



Antecedentes

1. Definición de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (párr. 1) [1]. En Colombia, en el artículo 3 de la Ley 1616 de 2013 se describe como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad” (p. 1) [2].

En los últimos años, las definiciones de salud mental han destacado, cada vez más, elementos como el bienestar, las capacidades y el despliegue de recursos de las personas y se han alejado, paulatinamente, de concepciones limitadas a la ausencia de enfermedad.

2. Definición de trastornos mentales

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) define los trastornos mentales

como “síndromes o patrones comportamentales o psicológicos de significación clínica, que aparecen asociados a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad” (p. 3) [3]. Sistemas clasificatorios internacionales como el DSM, de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la OMS, pese a las respectivas críticas que han recibido, son dos de los principales referentes actuales para determinar presencia de trastornos mentales en las personas.

3. Problemas de salud mental

Los problemas de salud mental son menos persistentes y severos, pero más comunes que los trastornos mentales. Síntomas como la ansiedad, la tristeza, el estrés, el insomnio y los cambios de apetito, entre otros muchos más, pueden generar un deterioro significativo en diferentes ámbitos de la vida de las personas (individual, social y laboral) y, por ende, se consideran problemas de salud mental prioritarios para prevenir el desarrollo de trastornos mentales [1]. El estudio PSY-COVID no tuvo como objetivo analizar los trastornos mentales, sino evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en algunos problemas de salud mental.

En este capítulo, por tanto, se realiza un breve informe de algunas investigaciones, nacionales e internacionales, que han reportado evidencias sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en problemas en la salud mental de las personas.

3.1. Estudios internacionales

Durante los últimos meses se han desarrollado un número creciente de estudios internacionales para evaluar el impacto de la pandemia en la salud mental en la población. Estas evaluaciones se han

realizado mediante diferentes instrumentos y se han abordado desde diversas variables. A pesar de la falta de métricas comunes y de la heterogeneidad de los resultados, las tendencias reportadas hasta ahora son consistentes en señalar los efectos negativos generados por el aislamiento en la salud mental.

En la revisión narrativa de Serafini et al. [4], en la que se incluyeron ocho estudios, se identificaron miedos inespecíficos y descontrolados a infectarse, ansiedad generalizada, alteraciones en el estado del ánimo, estrés, frustración, aburrimiento, irritabilidad y soledad en la población general. En la revisión narrativa de Brooks et al. [5], en la que se evaluaron 24 estudios, se encontraron afectaciones psicológicas provocadas por las restricciones en la movilidad, las limitaciones de las interacciones sociales y las interferencias en el desarrollo de actividades laborales. Basándose en experiencias preliminares, algunos estudios señalaron antes o en fases iniciales de la pandemia efectos del aislamiento [6] como incrementos en la prevalencia de ansiedad [7, 8], de depresión [5, 8-12] y de estrés postraumático [13], aumento de síntomas como la ira [14], el miedo, la tristeza, la culpa y el insomnio [5] y riesgos de exclusión social [7, 10] y de estigmatización [5, 10, 11].

En un metaanálisis realizado por Ren et al. [15], en el que se incluyeron 12 estudios, se reportó una prevalencia de ansiedad del 25% y de depresión del 28% en la población general. En Bangladesh, Mamun et al. [16] encontraron síntomas de depresión en el 33% y de ideación suicida en el 5% de las 10.067 personas que conformaron la muestra. En Estados Unidos, Daly et al. [17] hallaron un incremento en síntomas de depresión de cerca del 9% en 2017-2018 (muestra: 5.075) al 11% en marzo de 2020 (muestra: 6.819) y al 14% en abril de 2020 (muestra: 5.428). En Brasil, Goularte et al. [18] indicaron síntomas de ansiedad del 83%, depresión del 68%, de ira del 64%, de somatización del 63% y de problemas de sueño del 55% en las 1.996 personas encuestadas. En un estudio longitudinal realizado en España, Planchuelo-Gómez et al. [19]

reportaron un aumento en síntomas de ansiedad de un 32% a un 37%, de depresión de un 44% a un 46% y de estrés de un 37% a un 50% en los 4.724 casos. En este punto, cabe señalar que los estudios convergen al resaltar: (1) una alta incidencia de problemas de salud mental y (2) un aumento de los mismos en relación a la situación prepandemia, si bien existe una alta heterogeneidad en los valores informados, probablemente debido al análisis de poblaciones diferentes, al empleo de instrumentos de evaluación distintos, a la aplicación de criterios divergentes o bien a una combinación de estas causas.

Otros estudios han centrado su atención en evaluar el impacto de la pandemia en grupos poblacionales específicos. En Francia, Es-sadek y Rabeyron [20] indicaron síntomas de depresión del 43%, de ansiedad del 39% y de angustia del 43% en una muestra de 8.004 estudiantes. En China, Tang et al. [21] encontraron en 4.342 estudiantes de primaria y secundaria síntomas de ansiedad del 25%, de depresión del 20% y de estrés del 15%. En un metaanálisis realizado por da Silva y Neto [22], en el que se incluyeron ocho estudios, se identificó un mayor nivel de ansiedad (13% vs. 8.5%) y de depresión (12% vs. 9.5%) en profesionales de la salud en comparación a profesionales de otras áreas. En un estudio realizado por Alzueta et al. [23], en el que se exploró el impacto de la pandemia en 59 países (incluyendo una muestra general de 6.882 y una de Colombia de 738), se halló que el 25% mostraron síntomas de depresión moderada a grave y el 19% de ansiedad. Xiong et al. [24] en un metaanálisis que incluía 19 estudios reportaron una prevalencia de angustia psicológica que osciló del 34% al 38%, de depresión entre el 15% y el 48%, de estrés postraumático del 7% al 54% y de ansiedad del 6% al 51%. Alonso et al. [25] hallaron en una muestra de 9.138 profesionales de salud una incidencia de 46% de trastorno mental incapacitante durante la primera oleada de la pandemia de COVID-19, siendo las prevalencias específicas del 28% para el trastorno por depresión mayor, del 24% para el trastorno de pánico, del 23% para el trastorno de ansiedad genera-

lizada, del 22% para el estrés postraumático y del 6% para el abuso de sustancias.

En esta misma línea, Li y Wang [26] reportaron que las personas con síntomas de COVID-19 aumentaron más sus probabilidades de desarrollar trastornos psiquiátricos y obtuvieron mayores puntuaciones de soledad. Alzuela et al. [23], por su parte, hallaron que las características demográficas, la exposición a COVID-19, la rigurosidad de la cuarentena impuesta por el gobierno y los cambios en el estilo de vida generaron, también, un impacto en la salud mental. De forma consistente en varios estudios, se han destacado a las mujeres y a las personas jóvenes como población en mayor riesgo de sufrir trastornos mentales [26] y de padecer depresión [17, 18, 20, 24]. Los ingresos bajos, los niveles educativos bajos, los períodos largos de distanciamiento físico y los antecedentes de enfermedad psiquiátrica previa se han presentado como factores asociados a una mayor gravedad de los síntomas [18, 24].

3.2. Estudios nacionales

En el Estudio Solidaridad de Profamilia, en el que participaron 3.594 personas pertenecientes a 10 ciudades de Colombia, se notificaron síntomas altos de nerviosismo, cansancio, impaciencia y rabia en personas de la población general entre los 18 y los 29 años [27]. En la Encuesta Pulso Social realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre julio y septiembre de 2020, en la que participaron 20.452 personas se reconoció que la preocupación fue la sensación más experimentada, siendo en general del 39%, en mujeres del 40% y en hombres del 36% [28]. En el Estudio Solidaridad de Profamilia, esta misma respuesta se indicó en el 61% de las personas entre los 18 y 29 años, en el 62% entre los 30 y 39 años, en el 60% entre los 40 y 49 años y en el 48% en los mayores de 50 años [27]. El estudio del DANE halló que el 21% experimentaron tristeza, el 19% dificultades para dormir, el 18% cansancio, el 16% dolores de cabeza o

estomacales, el 12% soledad y el 11% irritabilidad, reportándose, en todos los casos, puntuaciones más altas en mujeres que en hombres. Tan solo entre un 0,9% y un 1,6% de la muestra buscó ayuda de un profesional de la salud mental, mientras que entre un 1,9% y un 6,9% consumieron bebidas alcohólicas o cigarrillos para sentirse mejor [28].

3.3. Informes de salud mental previos

La Ley 1616 de 2013 reglamentó la creación del Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM) [29], en el que se encuentra información estadística y epidemiológica, así como boletines y otros datos relacionados con la salud mental en el país. En la ONSM se registran los porcentajes de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, por problemas relacionados con circunstancias psicosociales y por epilepsia, así como el número de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) habilitadas con el servicio de psiquiatría y psicología y la tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, entre otros reportes más actualizados hasta el 2018.

La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), realizada en 2015 (versiones anteriores en 1993, 1997 y 2003), y el Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia, en 2014, son dos de los informes más recientes sobre salud mental en Colombia [30]. Concretamente, la ENSM fue un estudio observacional transversal con una muestra probabilística de 15.351 personas pertenecientes a 13.200 hogares en todo el país. Esta encuesta evaluó diferentes variables de caracterización socio-demográfica, de salud mental (sufrimiento emocional, problemas mentales y trastornos mentales), de servicios de salud y de estados de salud, y empleó, principalmente, instrumentos como el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), el *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), el *Psychopathy Checklist* (PCL), el APGAR, el *Composite*

nternational Diagnostic Interview (CIDI) y el *Child Abuse Potential Inventory* (CAPI), entre otros [31].

Los resultados de este estudio indicaron que, en general, las personas valoraban su salud mental positivamente, relacionándola con una adecuada salud física, dormir, descansar, sensación de bienestar, superación de obstáculos y ausencia de estrés y sufrimiento. Las relaciones personales y las interacciones con la familia se señalaron, también, como importantes fuentes de satisfacción para la mayoría de las personas encuestadas. Las puntuaciones del SRQ indicaron prevalencias de moderadas (44%) a severas (7%) en ansiedad y de moderadas (96%) a severas (4%) en depresión en población adulta [30]. Los trastornos mentales identificados en la ENSM fueron más frecuentes en mujeres adultas que en hombres, excepto en los trastornos afectivos bipolares, y en adultos entre 18 y 44 años que en otros grupos de edad. La prevalencia de cualquier trastorno mental fue superior, en una relación cercana a 2 a 1, en la zona urbana que en la zona rural y en los hogares vulnerables y en estado de pobreza que en los hogares promedio.

Después de la ENSM no se han reportado grandes investigaciones sobre salud mental en Colombia. La mayoría de los estudios recientes se han centrado o bien en poblaciones específicas [32, 33] o bien en los efectos de factores como la desigualdad [34], la violencia [35-38] y el desplazamiento [39], entre otros, sobre la salud mental. En este contexto, PSY-COVID es el estudio más grande que se ha realizado en Colombia después de la ENSM. Los resultados que se presentan en los siguientes capítulos de este libro tienen como finalidad evaluar la salud mental de las personas durante la pandemia de COVID-19 en Colombia.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
3. American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed.)*. Masson.
4. Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L. y Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531-537. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
5. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
6. Gammon, J., Hunt, J. y Musselwhite, C. (2019). The stigmatization of source isolation: a literature review. *Journal of Research in Nursing*, 24(8), 677-93. <https://doi.org/10.1177/1744987119845031>
7. Morgan, D. J., Diekema, D. J., Sepkowitz, K. y Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *American Journal of Infection Control*, 37(2), 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.04.257>

8. Sharma, A., Pillai, D. R., Lu, M., Doolan, C., Leal, J., Kim, J. y Hollis, A. (2020). Impact of isolation precautions on quality of life: a meta-analysis. *The Journal Hospital Infection*, 105(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.02.004>
9. Abad, C., Fearday, A. y Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *The Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97–102. 34. <https://doi:10.1016/j.jhin.2010.04.027>
10. Barratt, R., Shaban, R. y Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180–193. <https://doi:10.5172/conu.2011.180>
11. Gammon, J. y Hunt, J. (2018). Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings. *British Journal of Nursing*, 27(2), 88–91. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.2.88>
12. Purssell, E., Gould, D. y Chudleigh, J. (2020). Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: Systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*, 10(2), e030371. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030371>
13. Hossain, M. D., Sultana, A. y Purohit, N. (2016). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and Health*, 38, <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
14. Jeong, H., Woo-Yim, H., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J. y Chae, J. H. (2016) Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>

15. Ren, X., Huang, W., Pan, H., Huang, T., Wang, X. y Ma, Y. (2020). Mental health during the COVID-19 outbreak in China: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1033-1045. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09796-5>
16. Mamun, M. A., Sakib, N., Gozal, D., Bhuiyan, A. I., Hossain, S., Bodrud-Doza, M., Mamun F. A., Hosen, I., Safiq M. B., Abdullah A. H., Sarker, A., Rayhan, I., Sikder, T., Muhit, M., Lin C. Y., Griffiths, M. D. y Pakpour, A. H. (2021). The COVID-19 pandemic and serious psychological consequences in Bangladesh: A population-based nationwide study. *Journal of Affective Disorders*, 279, 462-472. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.036>
17. Daly, M., Sutin, A. R. y Robinson, E. (2021). Depression reported by US adults in 2017–2018 and March and April 2020. *Journal of Affective Disorders*, 278, 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.065>
18. Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A. y Rosa, A. R. (2021). COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>
19. Planchuelo-Gómez, Á., Odriozola-González, P., Irurtia, M. J. y de Luis-García, R. (2020). Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 277, 842–849. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.018>
20. Essadek, A. y Rabeyron, T. (2020). Mental health of French students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 392-393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.042>

21. Tang, S., Xiang, M., Cheung, T. y Xiang, Y. (2021). Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*, 279, 353-360. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.016>

22. da Silva, F. C. T. y Neto, M. L. R. (2021). Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104 <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062>

23. Alzueta, E., Perrin, P., Baker, F. C., Caffarra, S., Ramos-Usuga, D., Yuksel, D. y Arango-Lasprilla, J. C. (2020). How the COVID-19 pandemic has changed our lives: A study of psychological correlates across 59 countries. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23082>

24. Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L. y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

25. Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrera, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., Aragonès, E., Campos, M., Cura-González, I. D., Emparanza, J. I., Espuga, M., Forjaz, M. J., González-Pinto, A., Haro, J. M., López-Fresneña, N., Martínez de Salazar, A. D., Molina, J. D., Ortí-Lucas, R. M., Parellada, M., Pelayo-Terán, J. M., Pérez-Zapata, A., ... MINDCOVID Working group (2020). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001>

26. Li, L. Z. y Wang, S. (2020). Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Research*, 29, 1. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113267>
27. Rivillas-García, J. C., Murad-Rivera, R., Marcela-Sánchez, S., Rivera-Montero, D., Calderón-Jaramillo, M., Castaño, L. M. y Royo, M. (2020). *Respuesta social a las medidas del gobierno para controlar el nuevo coronavirus durante la etapa temprana en Colombia, 8-20 de abril de 2020*. Asociación Profamilia. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24752.10249>
28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2020). *Encuesta Pulso Social: Salud mental en Colombia: una aproximación desde las estadísticas oficiales en el contexto de pandemia*. <https://www.dane.gov.co/files/webinar/presentacion-webinar-salud-mental-en-colombia-21-10-2020.pdf>
29. Congreso de la República de Colombia. *Ley 1616 del 21 de enero de 2013*. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
30. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2016). *Encuesta de Salud Mental 2015*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
31. Acosta-Reyes, J., Navarro-Lechuga, E., Benítez, J. C., Bravo, E., Goenaga, E., Galindo, J. I. y Walteros-Acero, D. M. (2019). Health-related quality of life of an adult population sample in Barranquilla, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 70-76. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.77725>

32. Hernández-Carrillo, M., Botero-Carvajal, A., Jiménez-Urrego, Á. M., Gutiérrez-Posso, A. G. y Bastidas, C. A. M. (2019). Prevalence of mental disorders in children treated in a public psychiatric hospital. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 29-33. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69129>
33. Quijada, Y., Villagrán, L., Vaccari-Jiménez, P., Reyes, C. y Gallardo, L. D. (2019). Social inequality and mental health in Chile, Ecuador, and Colombia. *Latin American Perspectives*, 46(6), 92-108. <https://doi.org/10.1177/0094582X18803682>
34. Hessel, P., Martínez-Botero, M. A. y Cuartas, J. (2019). Acute exposure to violent neighborhood crime and depressive symptoms among older individuals in Colombia. *Health and Place*, 59. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102162>
35. Cuartas-Ricaurte, J., Karim, L. L., Martínez Botero, M. A. y Hessel, P. (2019). The invisible wounds of five decades of armed conflict: Inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *International Journal of Public Health*, 64(5), 703-711. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01248-7>
36. Santaella-Tenorio, J., Bonilla-Escobar, F. J., Nieto-Gil, L., Fandinõ-Losada, A., Gutiérrez-Martínez, M. I., Bass, J. y Bolton, P. (2018). Mental health and psychosocial problems and need of violence survivors in the Colombian pacific coast: A qualitative study in Buenaventura and Quibdó. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(6), 567-574. <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000523>
37. Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C. y Buitrago, C. (2018). Mental disorders and drug use among victims of armed conflict in three cities in Colombia. *Biomédica*, 38, 1-44. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890>

38. Acosta, D. S., Castaño-Pérez, G. A., Sierra-Hincapié, G. M., Moratto Vásquez, N. S., Zapata, C. S., Buitrago-Salazar, J. C. y de Galvis, Y. T. (2019). Mental health of adolescents and young people victims of forced displacement in Colombia. *Revista CES Psicología*, 12(2), 1-19. <https://doi.org/10.21615/CESP.12.3.1>



Objetivos

Considerando los argumentos descritos en los capítulos precedentes, los objetivos de análisis del presente estudio son los siguientes:

1. Objetivos generales

- Evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población colombiana, a partir del modelo de *determinantes sociales de la salud*.
- Proponer una priorización de los grupos sociales más afectados por la pandemia de COVID-19 en Colombia, a partir del modelo de *determinantes sociales de la salud*.

2. Objetivos específicos

- Analizar la afectación en el proceso de adaptación de la población colombiana e identificar los *determinantes sociales de la salud* relacionados.
- Analizar la afectación en las conductas de prevención de la población colombiana e identificar los *determinantes sociales de la salud* relacionados.
- Analizar la afectación en el grado de confianza institucional de la población colombiana e identificar los *determinantes sociales de la salud* relacionados.

- Analizar la afectación en la percepción de amenazas de la población colombiana e identificar los *determinantes sociales de la salud* relacionados.
- Analizar la afectación en el ámbito social, económico y laboral de la población colombiana e identificar los *determinantes sociales de la salud* relacionados.
- Analizar la afectación en el estilo de vida de la población colombiana e identificar los *determinantes sociales de la salud* relacionados.
- Analizar la afectación en la salud mental de la población colombiana e identificar los *determinantes sociales de la salud* relacionados.



Método

1. Descripción del estudio PSY-COVID

1.1. Finalidad de la iniciativa

PSY-COVID es una iniciativa científica, liderada por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), que tuvo como objetivos principales: (1) crear una base de datos mundial con información sobre los efectos en la salud mental de las personas durante la primera fase de restricciones de movilidad de la pandemia de COVID-19¹, (2) generar una métrica estándar de evaluación entre países y (3) desarrollar un estudio internacional que permitiera obtener datos de una gran muestra de la población general.

La finalidad de esta iniciativa internacional es poner al servicio de la comunidad de investigación, del colectivo de profesionales de la salud y de las autoridades de salud pública evidencia actualizada que contribuya a mitigar los efectos psicosociales generados en las personas y a analizar conductas de prevención de la transmisión del virus SARS-CoV-2. Este estudio pretende ser lo más extenso posible en tres dimensiones: (1) número de personas participantes, (2) número de países representados y (3) número de variables recopiladas.

¹ Las publicaciones derivadas del estudio están disponibles en [PSY-COVID](#) y [PSY-COVID-COLOMBIA](#).

1.2. Países

El estudio PSY-COVID se ha desarrollado en 30 países (13 de América, 11 de Europa, 3 de Asia y 3 de África)², y ha contado con la participación de 160 investigadores internacionales. En el momento de redactarse el presente libro, la base de datos general registra 88.516 respuestas³, distribuidas el 67,9% en América, el 30,1% en Europa, el 1,2% en Asia y el 0,8% en África. En la [tabla 1](#) se detallan los países que participaron en este estudio.

Tabla 1. Países participantes en el estudio PSY-COVID

Continente	Países
América	Argentina
	Bolivia
	Brasil
	Chile
	Colombia
	Costa Rica
	Ecuador
	El Salvador
	México
	Panamá
	Perú
	Puerto rico
	Uruguay
Europa	Alemania
	Bélgica
	España
	Estonia
	Francia
	Grecia
	Holanda
	Italia
	Portugal

² El formulario se tradujo a un total de 18 lenguas.

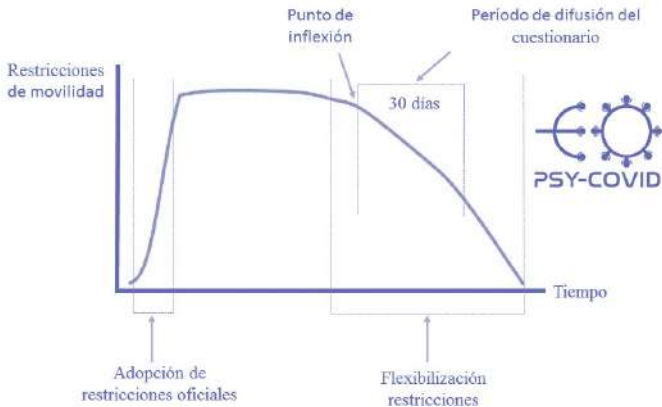
³ El contador de datos oficial del estudio PSY-COVID puede consultarse, en tiempo real, en [PSY-COVID: Data Counter](#).

Continente	Países
Asia	India
	Irán
	Israel
África	Camerún
	Nigeria
	Zimbabue

1.3. Fecha de lanzamiento

El tiempo de difusión y de administración del formulario en línea fue de cuatro semanas. La fecha de lanzamiento del estudio de campo tuvo como criterio común la flexibilización, parcial o absoluta, de las medidas de restricción de movilidad adoptadas por las autoridades territoriales de cada país. Con este criterio se buscó establecer un marco temporal universal que permitiera analizar, mediante una métrica de evaluación común, los efectos acumulativos de la experiencia en las personas según el país en el que residieron durante la pandemia de COVID-19. En este estudio, por tanto, se asumió a cada país participante como una unidad de análisis independiente. En la *figura 1* se presentan los criterios universales que se establecieron para definir el momento de difusión del estudio en cada país.

Figura 1. Criterio general de selección del período de difusión del formulario PSY-COVID



2. Diseño e implementación del estudio

Este estudio observacional de corte transversal, basado en la difusión y en la administración de formularios anónimos en línea, se implementó en Colombia en dos fases, ambas con una duración de cuatro semanas. La *fase 1* inició durante la etapa de flexibilización parcial de las medidas de restricciones de movilidad (20 de mayo a 20 de junio de 2020) y la *fase 2* durante la de reactivación económica y social (4 de agosto a 4 de septiembre de 2020). En total, se registraron 24.689 respuestas, 18.061 de la *fase 1* y 6.628 de la *fase 2*. Los datos que se reportan en este libro de investigación corresponden, exclusivamente, a las 18.061 respuestas registradas en la *fase 1*, período en el que inició la flexibilización parcial de las restricciones de movilidad más estrictas.

3. Administración y difusión del estudio

La administración de los formularios en línea se realizó por medio de la plataforma Google Forms® y la difusión mediante el método de bola de nieve. En Colombia, concretamente, se contó con la colaboración del Colegio Colombiano de Psicología (COLP-SIC), como asociación co-promotora del estudio, de 25 entidades aliadas, de 11 coordinadores departamentales y de más de 1.500 agentes de difusión⁴. La difusión masiva del formulario se realizó, principalmente, por redes sociales (Facebook, Instagram, WhatsApp, Twitter, etc.), medios de comunicación (periódicos, televisión, radio, etc.) y contactos institucionales (universidades, fundaciones, entidades de salud, etc.).

⁴ Los agentes de socialización son personas que se unieron a la iniciativa a través del grupo que se utilizó en Facebook para las comunicaciones del estudio en Colombia ([PSY-COVID-19-COLOMBIA](#)). Las entidades aliadas recibieron una base de datos de su muestra específica como parte del acuerdo de colaboración. Las entidades aliadas que autorizaron incluir su nombre como colaboradoras del estudio se mencionan en el apartado de apoyo de difusión nacional.

4. Muestra

4.1. Tipo de muestreo

La naturaleza de este estudio imposibilitó una estrategia de muestreo probabilístico con criterios de aleatorización, de estratificación y de etapas. No obstante, durante la difusión masiva del formulario en línea se aprovechó el muestreo por conveniencia para compensar la homogeneidad de las variables sociodemográficas claves del modelo de *determinantes sociales de la salud* (género, nivel de ingresos, ocupación, nivel de estudios, grupo étnico, área de residencia, región y grupos de edad)⁵.

4.2. Clasificación territorial

La unidad de análisis principal del estudio PSY-COVID fue el país y la de subanálisis la región de residencia durante la pandemia de COVID-19. Los registros de la población diana de este estudio (≥ 18 años) se basaron en el censo poblacional de 2018 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [1]. En la *tabla 2* se presenta el sistema de clasificación territorial que se empleó para las regiones de este estudio.

Tabla 2. Clasificación de los departamentos por regiones

Departamento	Población*	Respuestas	Región	Población	Respuestas
Amazonas	42.712	6	Amazonas	605.645	285
Caquetá	256.252	201			
Guainía	26.801	2			
Guaviare	52.136	22			
Putumayo	206.705	47			
Vaupés	21.039	7			

⁵ El formato de difusión en Google Forms® facilitó la identificación, en tiempo real, de las variables menos representadas en la base de datos. Las estrategias de difusión priorizaron la búsqueda de alianzas que contribuyeran a la compensación de los grupos según las variables sociodemográficas de interés.

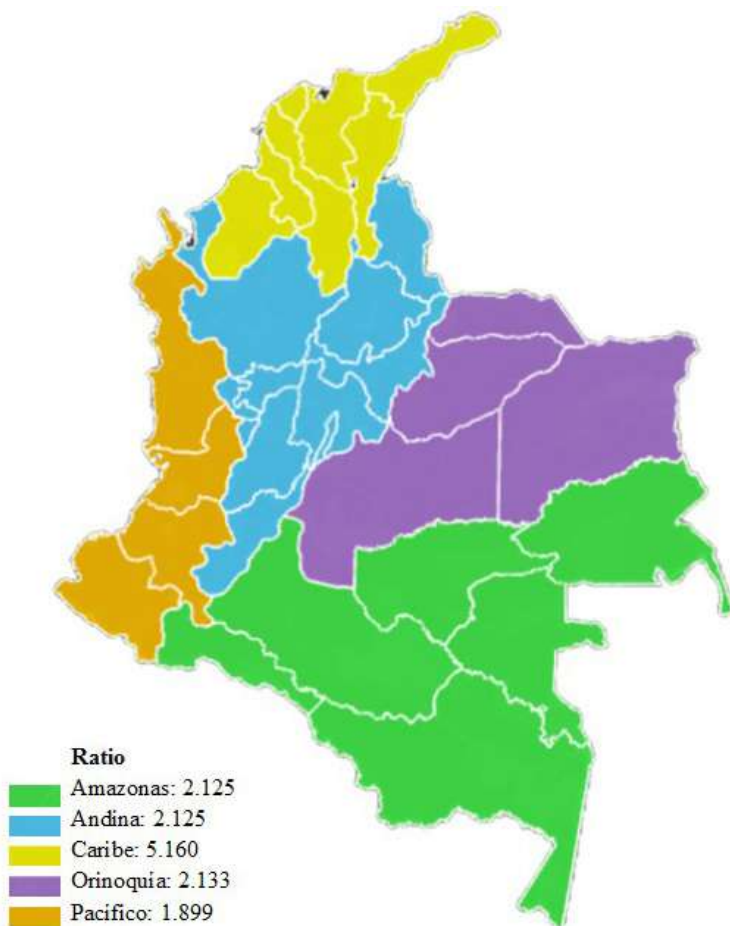
Departamento	Población*	Respuestas	Región	Población	Respuestas
Antioquia	4.796.560	2.256	Andina	19.857.734	9.347
Bogotá	5.847.870	3.494			
Boyacá	882.324	719			
Caldas	752.353	227			
Cundinamarca	2.177.885	966			
Huila	754.839	232			
Norte Santander	1.020.206	123			
Quindío	419.434	198			
Risaralda	677.807	280			
Santander	1.570.512	527			
Tolima	957.944	325			
Atlántico	1.785.509	541	Caribe	7.198.469	1.395
Bolívar	1.395.624	289			
Cesar	772.959	132			
Córdoba	1.134.341	139			
La Guajira	538.550	55			
Magdalena	900.828	153			
San Andrés	37.924	16			
Sucre	632.734	70			
Arauca	171.843	135	Orinoquía	1.187.947	557
Casanare	278.803	67			
Meta	689.990	206			
Vichada	47.311	149			
Cauca	935.860	560	Pacífico	5.331.318	6.420
Chocó	301.023	53			
Nariño	1.036.765	752			
Valle del Cauca	3.057.670	5055			

* Los registros poblacionales que se presentan en esta tabla corresponden al número de personas censadas mayores de 15 años.

4.3. Distribución territorial

De acuerdo con los registros poblaciones de 2018 del DANE, la ratio de respuestas del estudio fue de 1 por cada 1.892 habitantes mayores de 15 años. En la región Amazonas y Andina fue de 1 por cada 2.125 por habitante, en Caribe de 1 por cada 5.160, en Orinoquia 1 por cada 2.133 y en Pacífico 1 por cada 1.899. En la [figura 2](#) se presenta la distribución territorial de las respuestas del estudio PSY-COVID en Colombia.

Figura 2. Distribución territorial de respuestas según región



4.4. Participantes

La muestra estuvo conformada por un total de 18.061 participantes que respondieron de forma anónima y voluntaria. Los criterios de inclusión de este estudio fueron: (1) ser mayor de edad (≥ 18 años), (2) residir en Colombia durante la pandemia de COVID-19 y (3) firmar el consentimiento informado. En esta investigación no se establecieron criterios de exclusión. Las características sociodemográficas de las personas que participaron en el estudio se detallan en el siguiente capítulo.

5. Medidas de evaluación

5.1. Validación

Las variables, los ítems y los instrumentos de evaluación que se emplearon en el estudio PSY-COVID fueron validados, previamente, por un panel de 30 expertos internacionales en psicología de la salud y en salud pública, con el fin de crear una métrica común de análisis entre los diferentes países participantes. En la [figura 3](#) se detalla el proceso de desarrollo que se siguió en esta investigación.

Figura 3. Proceso de desarrollo del formulario PSY-COVID



El formulario en línea del estudio PSY-COVID recopiló información sobre: (1) el impacto psicológico ante la pandemia de COVID-19, (2) el cambio conductual experimentado (particularmente en lo referente a la adhesión a conductas de prevención ante el virus SARS-CoV-2) y (3) variables predictoras de ambos conjuntos de efectos. Las variables del estudio corresponden a las categorías: (1) sociodemográficas, (2) contextuales/ambientales, (3) afectivas, (4) cognitivas y (5) conductuales.

5.2. Instrumentos

La batería de instrumentos constituyentes del formulario PSY-COVID que se emplearon para medir las variables de los componentes de información sociodemográfica, salud pública y salud mental se detallan a continuación⁶.

5.2.1. Información sociodemográfica

El *Cuestionario de Información Sociodemográfica (CIS)* se empleó para describir el género, el nivel de ingresos, la ocupación, el nivel de estudios, el grupo étnico, el área de residencia, la región y los grupos de edad de la muestra. El contenido de este cuestionario fue elaborado y validado por el panel de expertos del estudio.

En la [tabla 3](#) se detallan el instrumento, las variables y las opciones de respuesta del componente de información sociodemográfica.

⁶La selección de los instrumentos y de las variables se ajustó a los objetivos concretos de análisis de este libro. Las variables de la propuesta original del estudio PSY-COVID que no se incluyeron se presentarán en futuras publicaciones. Las puntuaciones de los instrumentos se recodificaron de forma dicotómica para adecuarse a la propuesta de análisis de datos de este estudio.

Tabla 3. Instrumento, variables y opciones de respuesta del componente de información sociodemográfica

Instrumento	Variables	Opciones de respuesta
<i>Cuestionario de Información Sociodemográfica (CIS)*</i>	Género	Femenino
		Masculino
		No binario
	Nivel de ingresos	Bajo
		Medio
		Alto
	Ocupación	Desempleado
		Estudiante
		Pensionado
		Trabajador formal (con contrato)
		Trabajador informal (autónomo y sin contrato)
		Trabajador no remunerado (sin ingresos)
	Nivel de estudios	Sin estudios
		Primarios/básicos
		Secundarios
		Universitarios
	Grupo étnico	Afrodescendiente
		Indígena
		Gitano o Pueblo ROM
		Otra
	Área de residencia	Rural
		Urbana
	Región	Amazonas
		Andina
		Caribe
		Orinoquia
		Pacífico
Grupo de edad	Adulthood joven (18-29 años)	
	Adulthood intermedia (30-59 años)	
	Adulthood mayor (≥ 60 años)	

* El contenido de este cuestionario fue elaborado y validado por el panel de expertos del estudio.

5.2.2. Salud pública

El *Cuestionario de Respuesta Social durante la Pandemia (CRSP)* se empleó para obtener información general sobre las dificultades en la adaptación, las conductas de prevención, la confianza en autoridades y la percepción de amenaza futura. Para los análisis de este estudio, concretamente, se recodificaron de forma dicotómica las puntuaciones de cada conducta durante la pandemia: “afectación” o “no afectación”. El contenido de este cuestionario fue elaborado y validado por el panel de expertos del estudio.

El *Cuestionario de Cambios Conductuales durante la Pandemia (CCCP)* se empleó para medir el impacto social, económico y laboral, así como en el estilo de vida en las personas durante la pandemia de la COVID-19. Este instrumento contiene 9 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, en el que -2 corresponde a “mucho peor” y +2 a “mucho mejor”. Puntuaciones más bajas en cada ítem son un indicador de desmejora de la conducta específica. Para los análisis de este estudio, concretamente, se recodificaron de forma dicotómica las puntuaciones de cada conducta: “afectación” (mucho peor [-2] y algo peor [-1]) y “no afectación” (igual [0], algo mejor [+1] y mucho mejor [+2]) durante la pandemia. El contenido de este cuestionario fue elaborado y validado por el panel de expertos del estudio.

En la [tabla 4](#) se detallan los instrumentos, las variables y los ítems del componente de salud pública.

Tabla 4. Instrumentos, variables e ítems del componente de salud pública

Instrumentos	Variables	Ítems
<i>Cuestionario de Respuesta Social durante la Pandemia (CCSP)*</i>	Dificultades en adaptación	Adaptación a los cambios
		Extensión de las restricciones
		Búsqueda de información
		Frecuencia de salidas de la vivienda habitual
	Conductas de prevención	Uso de mascarilla
		Lavado manos
		Quedarse en casa
		Acceso a mascarilla
		Distancia física
	Confianza en autoridades	Acceso a información autoridades y expertos
		Población general
		Gobierno nacional
		Gobierno regional
		Personal de salud
	Percepción de amenaza	Científicos
		Enfermar otros
		Enfermar uno mismo
		Ingresos
Empleo		
Salud		
<i>Cuestionario de Cambios Conductuales durante la Pandemia (CCCP)*</i>	Cambios conductuales	Relaciones sociales
		Relaciones con pareja/familia
		Relaciones con vecinos
		Relaciones con conocidos/ amigos
		Ingresos económicos
		Actividad laboral
		Pasatiempos
		Alimentación
		Actividad física
Hábitos de sueño		

* El contenido de este cuestionario fue elaborado y validado por el panel de expertos del estudio.

5.2.3. Salud mental

El *Cuestionario sobre la Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire [PHQ-2])* se empleó para medir síntomas de depresión en las personas durante la pandemia de COVID-19 [2, 3]. La versión abreviada contiene 2 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, en el que 0 corresponde a “ningún día” y 3 a “casi cada día”. La puntuación total del PHQ-2 oscila entre 0 y 6, siendo el punto de corte para detectar presencia de síntomas de depresión valores iguales o superiores a 3. Este instrumento presentó una adecuada consistencia interna ($\alpha = ,79$) en la muestra de este estudio.

La *Escala de Trastornos de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Disorder [GAD-2])* se empleó para medir síntomas de ansiedad en las personas durante la pandemia de COVID-19 [2, 3]. La versión abreviada contiene 2 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, en el que 0 corresponde a “ningún día” y 3 a “casi cada día”. La puntuación total del GAD-2 oscila entre 0 y 6, siendo el punto de corte para detectar presencia de síntomas de ansiedad valores iguales o superiores a 3. Este instrumento presentó una adecuada consistencia interna ($\alpha = ,83$) en la muestra de este estudio.

El *Cuestionario Síntomas Somáticos (CSS)* se empleó para medir síntomas de somatización en las personas durante la pandemia de COVID-19. En este estudio, concretamente, se utilizaron los 5 ítems propuestos en la revisión sistemática de Zijlema et al. (2013) [4]. Este instrumento se evalúa en un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, en el que 0 corresponde a “ningún día” y 3 a “casi cada día”. La puntuación total del CSS oscila entre 0 y 15, siendo el punto de corte para detectar presencia de síntomas somáticos valores iguales o superiores a 5. Este instrumento presentó una adecuada consistencia interna ($\alpha = ,77$) en la muestra de este estudio.

La *Escala de Soledad de UCLA (UCLA Loneliness Scale [UCLA])* se empleó para medir la sensación de soledad-rasgo en las personas durante la pandemia de COVID-19 [5]. En este estudio, concretamente, se utilizó el ítem de mayor saturación factorial del instrumento. La respuesta de este ítem era de tipo Likert de 4 puntos, en el que 0 corresponde a “ningún día” y 3 a “casi cada día”. El punto de corte para detectar sensación de soledad fue valores iguales o superiores a 2. La soledad-rasgo fue evaluada como factor de vulnerabilidad para el impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19.

La *Escala de Resiliencia de Connor Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale [CD-RISC-2])* se empleó para medir la resiliencia-rasgo [6]. Este instrumento contiene 2 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, en el que 0 corresponde a “nada” y 3 a “mucho”. La puntuación total oscila entre 0 y 6, siendo el punto de corte para detectar baja resiliencia valores iguales o inferiores a 2. Este instrumento presentó una adecuada consistencia interna ($\alpha = ,72$) en la muestra de este estudio. La resiliencia-rasgo fue evaluada como factor de protección para el impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19.

En la [tabla 5](#) se detallan los instrumentos, las variables y los ítems del componente de salud mental.

Tabla 5. Instrumentos, variables e ítems empleados en el componente de salud mental

Instrumentos	Variables	Ítems
<i>Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-2)</i>	Depresión	Pérdida de interés o placer en hacer cosas
		Decaimiento, depresión o desesperanza
<i>Escala de Trastornos de Ansiedad Generalizada (GAD-2)</i>	Ansiedad	Nerviosismo o tensión
		Incapacidad para despreocuparse

Instrumentos	Variables	Ítems
<i>Cuestionario de Síntomas Somáticos (CSS)*</i>	Somatización	Dolor de cabeza
		Náusea o dolor de estómago
		Sensación de falta de aire
		Mareo
		Dolor de espalda
<i>Escala de Soledad de UCLA (UCLA)</i>	Soledad	Soledad
<i>Escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC-2)</i>	Resiliencia	Recuperación después de dificultades
		Adaptación a los cambios

* El contenido de este cuestionario fue elaborado y validado por el panel de expertos del estudio.

6. Consideraciones éticas

PSY-COVID contó con la aprobación (núm. CEEAH-5197) del Comité Ético de Experimentación Animal y Humana de la UAB y con el aval del Comité de Accidental de Ética de COLPSIC. El estudio, además, se ajustó al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea, a los principios éticos de la declaración de Helsinki y a las consideraciones éticas definidas en el Manual Deontológico y Bioético de Psicología y la Ley 1090 del 2006 que regula el ejercicio de la Psicología en Colombia.

7. Análisis de datos

El análisis descriptivo de caracterización de la muestra y la estimación de prevalencias de afectación se realizó mediante frecuencias y porcentajes. El análisis de asociación de los determinantes sociales de la salud y de cada variable de afectación se realizó

mediante modelos multivariados logbinomiales, presentándose estimaciones de prevalencia (Prev.) y de razones de prevalencia (RP) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). En los casos en que no se logró convergencia con este modelo, se empleó la regresión logística, reportándose el Odds Ratios (OR). El nivel de significación se estableció en ,05. El análisis multivariante propuesto en este libro de investigación posibilita ejercer control estadístico sobre los determinantes sociales de la salud menos representados en la muestra.

Con el propósito de apoyar la generación de conclusiones, se construyó un resumen de priorización de los grupos sociales de mayor afectación en cada variable. Como indicador del tamaño del efecto, en este análisis se consideraron tres niveles de mayor afectación relativa, a partir de las siguientes puntuaciones Z : grado 1 = *: $0,5 < Z \leq 1,5$; grado 2 = **: $1,5 < Z \leq 2,5$; y grado 3 = ***: $Z > 2,5$. Los datos de este estudio se analizaron mediante el programa estadístico STATA® v16.1 (College Station, TX, USA) y SPSS® v26.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, US).

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2018). *Censo nacional de población y vivienda*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
2. Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. y Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>

3. Sanabria-Mazo, J. P., Gómez-Acosta, A., Castro-Muñoz, J. A., Rojas, Y. F., Soler, A. F., Luciano, J. V. y Sanz, A. (2021). Psychometric properties of the online version of the Patient Health Questionnaire-4 in a large Colombian sample: Results from the PSY-COVID study. *OSFpreprints*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/r5tdh>
4. Zijlema, W. L., Stolk, R. P., Löwe, B., Rief, W., White, P. D. y Rosmalen, J. G. (2013). How to assess common somatic symptoms in large-scale studies: a systematic review of questionnaires. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(6), 459-468. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.03.093>
5. Russell, D., Peplau, L. A. y Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
6. Connor, K. M. y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>



Resultados

1. Características de la muestra

Como se observa en la [tabla 1](#), el 74,7% de las personas que participaron en este estudio fueron de género femenino, el 61,9% tenían ingresos medios, el 45,5% eran trabajadoras formales, el 19,5% eran estudiantes, el 89,6% tenían educación universitaria, el 91,4% no se identificaba en algún grupo étnico, el 91,8% residían en zona urbana, el 51,9% vivían en la región Andina y el 52,2% eran adultas intermedias.

Tabla 1. Instrumentos, variables e ítems empleados en el componente de salud mental

	n (%)
Género	
Femenino	13.491 (74,7)
Masculino	4.495 (24,9)
No binario	75 (0,4)
Nivel de ingresos	
Bajo	5.173 (28,6)
Medio	11.186 (61,9)
Alto	1.702 (9,5)

	<i>n</i> (%)
Ocupación	
Estudiante	3.511 (19,5)
Trabajador informal	2.149 (11,9)
Trabajador formal	8.208 (45,5)
Trabajador no remunerado	515 (2,9)
Desempleado	3.024 (16,8)
Pensionado	627 (3,5)
Nivel de estudios	
Sin estudios	18 (0,1)
Primarios	322 (1,8)
Secundarios	1.536 (8,5)
Universitarios	16.185 (89,6)
Grupo étnico	
Gitano o Pueblo ROM	26 (0,1)
Afrodescendiente	953 (5,3)
Indígena	578 (3,2)
Ninguno	16.443 (91,4)
Área de residencia	
Urbana	16.527 (91,8)
Rural	1.473 (8,2)
Región	
Amazonas	285 (1,6)
Andina	9.347 (51,9)
Caribe	1.395 (7,8)
Orinoquia	557 (3,1)
Pacífico	6.420 (35,7)
Grupo de edad	
Adulto joven (18 a 29 años)	7.739 (42,9)
Adulto intermedio (30 a 59 años)	9.421 (52,1)
Adulto mayor (≥ 60 años)	901 (5,0)

2. Dificultades en adaptación

2.1. Afectación

Como se observa en la [tabla 2](#), el 37,0% de las personas que participaron en el estudio reportaron dificultades para adaptarse a los cambios, el 36,0% dificultades para aguantar extensiones en las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas, el 30,0% dedicar más de una hora al día a buscar información sobre coronavirus y el 14,3% tener la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana durante la pandemia de COVID-19.

Tabla 2. Dificultades con el proceso de adaptación

	Peor n (%)
Adaptación a los cambios	6.674 (37,0)
Extensión de las restricciones	6.505 (36,0)
Búsqueda de información	5.422 (30,0)
Salidas de la vivienda	2.581 (14,3)

2.2. Factores asociados

Los resultados específicos del modelo multivariado de los factores asociados a cada dimensión de afectación se muestran en la [tabla 3](#).

Tabla 3. Factores asociados a dificultades en el proceso de adaptación

	Adaptación a cambios			Extensión restricciones				Salidas de casa				Búsqueda información				
	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	Ora	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	RPa	IC95 %				
Género																
Femenino	36,4	1,00		36,1	1,02	0,95	1,10	12,6	1,00			28,9	1,00			
Masculino	38,2	1,15	1,07	1,24	35,5	1,00			19,3	1,70	1,55	1,86	33,3	1,10	1,05	1,16
No binario	64,0	2,38	1,45	3,92	62,7	2,29	1,40	3,73	21,3	1,59	0,90	2,80	33,3	1,08	0,78	1,50
Nivel de ingresos																
Bajo	48,5	2,12	1,86	2,41	44,4	1,55	1,37	1,75	12,9	1,00			28,3	1,01	0,96	1,07
Medio	33,6	1,41	1,25	1,60	33,0	1,07	0,95	1,19	15,1	1,22	1,10	1,36	30,3	1,00		
Alto	23,9	1,00			30,4	1,00			13,0	1,02	0,86	1,21	33,4	1,05	0,97	1,12

	Adaptación a cambios			Extensión restricciones			Salidas de casa			Búsqueda información						
	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	Ora	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	RPa	IC95 %				
Ocupación																
Estudiante	43,5	1,30	1,05	1,59	39,4	1,23	1,01	1,50	9,6	1,00			26,2	1,06	0,97	1,16
Trabajador informal	36,0	1,14	0,93	1,41	39,4	1,36	1,11	1,66	14,6	1,48	1,25	1,75	29	1,00		
Trabajador formal	34,3	1,14	0,94	1,39	32,8	1,10	0,91	1,32	17,0	1,80	1,58	2,05	31,2	1,10	1,02	1,19
Trabajador no remunerado	40,4	1,39	1,07	1,81	41,8	1,48	1,15	1,91	14,2	1,44	1,09	1,90	31,7	1,08	0,94	1,25
Desempleado	38,3	1,14	0,93	1,41	37,9	1,21	1,00	1,48	13,3	1,35	1,15	1,58	30,6	1,09	1,00	1,18
Pensionado	27,4	1,00			33,3	1,00			9,3	1,06	0,77	1,44	35,3	1,02	0,89	1,16
Nivel de estudios																
Sin estudios	72,2	3,08	1,07	8,85	77,8	4,53	1,47	13,9	16,7	1,65	0,47	5,81	27,8	1,00		
Primarios	59,0	2,63	2,08	3,34	54,0	1,89	1,50	2,38	20,5	1,75	1,31	2,34	33,9	1,12	0,52	2,41
Secundarios	50,0	1,67	1,49	1,86	46,9	1,44	1,29	1,61	20,4	1,79	1,56	2,06	35,4	1,26	0,59	2,69
Universitarios	35,2	1,00			34,6	1,00			13,6	1,00			29,4	1,07	0,51	2,28
Grupo étnico																
Gitano o Pueblo ROM	34,6	1,00			38,5	1,00			19,2	1,45	0,53	3,96	30,8	1,11	0,65	1,90
Afrodscendiente	41,8	1,33	0,56	3,15	38,8	1,17	0,50	2,72	20,0	1,65	1,39	1,96	36,3	1,22	1,11	1,33
Indígena	46,5	1,61	0,68	3,84	36,5	1,06	0,45	2,49	15,4	1,07	0,85	1,36	33,4	1,11	0,99	1,25
Ninguno	36,3	1,25	0,54	2,93	35,8	1,17	0,51	2,69	14,0	1,00			29,5	1,00		
Área de residencia																
Urbana	36,7	1,00	0,89	1,13	36,0	1,07	0,96	1,20	14,4	1,04	0,89	1,22	30	1,00	0,92	1,08
Rural	39,0	1,00			36,3	1,00			13,9	1,00			30,4	1,00		
Región																
Amazonas	47,7	1,47	1,15	1,87	38,6	1,33	1,02	1,74	22,8	2,11	1,52	2,93	37,2	1,33	1,14	1,55
Andina	33,8	1,00			33,6	1,16	1,02	1,31	15,3	1,39	1,17	1,66	30	1,04	0,99	1,10
Caribe	36,8	1,07	0,95	1,21	30,8	1,00			12,1	1,00			32,3	1,12	1,03	1,22
Orinoquia	46,1	1,55	1,29	1,85	31,8	1,01	0,82	1,26	21,0	1,82	1,40	2,38	34,7	1,17	1,04	1,32
Pacífico	40,3	1,16	1,08	1,24	40,9	1,50	1,32	1,70	12,3	0,99	0,83	1,19	28,7	1,00		
Grupo de edad																
Adulto joven (18 a 29 años)	47,4	2,36	1,98	2,80	40,8	1,37	1,28	1,47	12,8	1,92	1,48	2,49	22,8	1,00		
Adulto intermedio (30 a 59 años)	29,5	1,18	1,00	1,40	31,7	1,00			16,0	2,13	1,66	2,75	34,6	1,50	1,43	1,58
Adulto mayor (> 60 años)	25,5	1,00			40,6	1,57	1,35	1,83	8,4	1,00			44,4	1,92	1,75	2,11

Nota. Prev.: prevalencia; RPa: razón de prevalencia ajustada; ORa: Odds ratio ajustado; IC95 %: intervalo de confianza de 95 %. En letra negrita se resaltan las razones significativamente mayores a 1.

2.2.1. Género

Las personas de género no binario reportaron mayor afectación en la adaptación a los cambios (Prev. = 64,0%; ORa = 2,38; IC95% = 1,45 – 3,92) y en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (Prev. = 62,7%; ORa = 2,29; IC95% = 1,40 – 3,73). Las personas de género masculino mostraron mayor afectación en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (Prev. = 19,3%; ORa = 1,70; IC95% = 1,55 – 1,86) y de informarse más de una hora diaria sobre el coronavirus (Prev. = 33,3%; RPa = 1,10; IC95% = 1,05 – 1,16). La afectación en las dificultades de adaptación al cambio fue significativamente mayor en las personas de género masculino que en las de femenino (Prev. = 38,2%; ORa = 1,15; IC95% = 1,07 – 1,24).

2.2.2. Nivel de ingresos

Las personas con bajos ingresos presentaron mayor afectación en la adaptación a los cambios (Prev. = 48,5%; ORa = 2,12; IC95% = 1,86 – 2,41) y en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (Prev. = 44,4%; ORa = 1,55; IC95% = 1,37 – 1,75). Las personas con ingresos medios mostraron mayor afectación en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (Prev. = 15,1%; ORa = 1,22; IC95% = 1,10 – 1,36). La afectación en la adaptación al cambio fue significativamente mayor en las personas con ingresos medios (Prev. = 33,6%; ORa = 1,41; IC95% = 1,25 – 1,60) que con ingresos altos.

2.2.3. Ocupación

Las personas trabajadoras no remunerados presentaron mayor afectación en la adaptación al cambio (Prev. = 40,4%; ORa = 1,39; IC95% = 1,07 – 1,81) y en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas po-

cas semanas (Prev. = 41,8%; ORa = 1,48; IC95% = 1,15 – 1,91). Las trabajadoras formales mostraron mayor afectación en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (Prev. = 17,0%; ORa = 1,80; IC95% = 1,58 – 2,05) y de informarse más de una hora diaria sobre el coronavirus (Prev. = 31,2%; RPa = 1,10; IC95% = 1,02 – 1,19). Las trabajadoras informales reportaron, también, alta afectación en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad (Prev. = 39,4%; ORa = 1,36; IC95% = 1,11 – 1,66) y en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (Prev. = 14,6%; ORa = 1,48; IC95% = 1,25 – 1,75).

2.2.4. Nivel de estudios

Se identificó afectación entre la adaptación al cambio y el nivel de estudios. Las personas sin estudios mostraron una afectación significativamente mayor en la adaptación a los cambios (Prev. = 72,2%; ORa = 3,08; IC95% = 1,07 – 8,85) y en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (Prev. = 77,8%; ORa = 4,53; IC95% = 1,47 – 13,9). Las personas con estudios universitarios obtuvieron la menor afectación en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (13,6%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas. No se observaron diferencias significativas según nivel de estudios en la necesidad de informarse más de una hora diaria sobre el coronavirus.

2.2.5. Grupo étnico

Se halló afectación en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (Prev. = 20,0%; ORa = 1,65; IC95% = 1,39 – 1,96) y de informarse más de una hora diaria sobre el coronavirus (Prev. = 19,2%; RPa = 1,22; IC95% = 1,11 – 1,33) en las personas afrodescendientes en comparación con las personas que no se identifican con grupos étnicos.

2.2.6. Área de residencia

No se identificaron afectaciones estadísticamente significativas según el área de residencia.

2.2.7. Región

La afectación en la adaptación a los cambios fue significativamente más alta en las personas residentes en las regiones de Amazonas (Prev. = 47,7%; ORa = 1,47; IC95% = 1,15 – 1,87) y de Orinoquia (Prev. = 46,1%; ORa = 1,55; IC95% = 1,29 – 1,85). Las personas residentes en la región Amazonas presentaron una afectación mayor en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (Prev. = 22,8%; ORa = 2,11; IC95% = 1,52 – 2,93) y de informarse más de una hora diaria sobre el coronavirus (Prev. = 38,6%; RPa = 1,33; IC95% = 1,14 – 1,55). Las personas residentes en la región Orinoquia obtuvieron el segundo lugar de mayor afectación en estas dos dimensiones (Prev. = 21%; ORa = 1,82; IC95% = 1,40 – 2,38 y Prev. = 34,7%; RPa = 1,17; IC95% = 1,04 – 1,32, respectivamente). Las personas residentes de la región Pacífico mostraron una afectación más alta en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (Prev. = 40,9%; ORa = 1,50, IC95% = 1,32 – 1,70).

2.2.8. Grupo de edad

Las personas adultas jóvenes presentaron una afectación significativamente mayor en la adaptación a los cambios (Prev. = 47,6%; ORa = 2,36; IC95% = 1,98 – 2,80), en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (Prev. = 40,8%; ORa = 1,37; IC95% = 1,28 – 1,47) y en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (Prev. = 12,8%; ORa = 1,92; IC95% = 1,48 – 2,49). Las personas adultas intermedias mostraron una afectación significativa mayor

en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (Prev. = 16,0%; ORa = 2,13; IC95% = 1,66 – 2,75) y de informarse más de una hora diaria sobre el coronavirus (Prev. = 34,6%; RPa = 1,50; IC95% = 1,43 – 1,58). Las personas adultas mayores reportaron una afectación más alta en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (Prev. = 40,6%; ORa = 1,57; IC95% = 1,35 – 1,83) y de informarse más de una hora diaria sobre el coronavirus (Prev. = 44,4%; RPa = 1,92; IC95% 1,75 – 2,11).

3. Conductas de prevención

3.1. Afectación

Como se observa en la [tabla 4](#), el 20,7% de las personas que participaron en el estudio expresaron dificultades en el uso de mascarillas, el 18,4% en lavarse las manos, el 16,5% en quedarse en casa, el 13,6% en el acceso a mascarillas, el 9,5% en mantener la distancia física y el 5,4% en el acceso a información de autoridades y personas expertas durante la pandemia de COVID-19.

Tabla 4. Conductas de prevención

	Dificultades
	<i>n</i> (%)
Mascarilla	3.730 (20,7)
Lavado manos	3.325 (18,4)
Quedarse en casa	2.979 (16,5)
Acceso mascarilla	2.461 (13,6)
Distancia física	1.718 (9,5)
Acceso información autoridades y expertos	973 (5,4)

3.2. Factores asociados

Los resultados específicos del modelo multivariado de los factores asociados a cada dimensión de afectación se muestran en la [tabla 5](#).

Tabla 5. Factores asociados a las conductas de prevención

	Mascarilla			Lavado de manos			Distancia física			Quedarse en casa			Acceso mascarilla			Acceso información								
	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	RPa	IC95 %	Prev.	RPa	IC95 %	Prev.	RPa	IC95 %	Prev.	RPa	IC95 %						
Género																								
Femenino	21,1	1,18	1,08	1,29	17,1	1,00				9,1	1,00				12,7	1,00			4,9	1,00				
Masculino	19,2	1,00			21,9	1,40	1,28	1,53	10,5	1,14	1,01	1,28	20,2	1,39	1,27	1,52	16,1	1,29	1,17	1,42	6,6	1,35	1,16	1,56
No binario	29,3	1,30	0,75	2,25	42,7	2,53	1,54	4,15	26,7	1,90	1,05	3,44	36,0	1,99	1,18	3,34	29,3	1,69	0,97	2,95	17,3	1,39	0,67	2,86
Nivel de ingresos																								
Bajo	21,2	1,00			20,5	1,01	0,92	1,10	10,5	1,00			16,8	1,00			15,7	1,24	1,04	1,47	6,8	1,17	0,89	1,54
Medio	20,2	1,01	0,93	1,10	17,7	1,00			9,1	1,01	0,89	1,14	16,4	1,08	0,98	1,19	12,8	1,02	0,88	1,20	4,9	1,06	0,82	1,36
Alto	21,7	1,12	0,97	1,29	17,2	1,03	0,90	1,19	9,2	1,05	0,86	1,29	15,8	1,03	0,88	1,21	12,7	1,00			4,4	1,00		
Ocupación																								
Estudiante	26,2	1,56	1,36	1,79	22,2	1,27	1,11	1,44	10,5	1,34	1,12	1,59	16,9	1,30	1,01	1,68	13,3	1,11	0,94	1,31	5,2	1,16	0,92	1,46
Trabajador informal	18,4	1,00			17,2	1,03	0,89	1,20	9,4	1,11	0,91	1,35	18,0	1,32	1,02	1,72	13,6	1,00			6,1	1,07	0,84	1,37
Trabajador formal	19,1	1,10	0,97	1,25	17,7	1,11	0,99	1,25	9,3	1,21	1,04	1,42	15,8	1,19	0,94	1,52	13,5	1,10	0,95	1,27	5,0	1,06	0,87	1,29
Trabajador no remunerado	21,2	1,18	0,93	1,50	20,2	1,27	1,00	1,61	9,9	1,14	0,82	1,58	17,1	1,23	0,89	1,71	15,0	1,10	0,83	1,45	7,0	1,23	0,83	1,81
Desempleado	18,3	1,01	0,87	1,17	17,0	1,00			8,5	1,00			16,8	1,26	0,98	1,63	13,8	1,02	0,87	1,21	5,7	1,00		
Pensionado	29,4	1,50	1,20	1,87	15,6	1,02	0,79	1,31	11,5	1,20	0,89	1,64	16,0	1,00			14,5	1,06	0,81	1,39	5,9	1,05	0,70	1,58
Nivel de estudios																								
Sin estudios	50,0	3,57	1,39	9,18	66,7	8,56	3,13	23,4	44,4	7,34	2,81	19,1	55,6	6,07	2,35	15,7	38,9	3,56	1,35	9,36	33,3	9,09	3,29	25,1
Primarios	43,2	3,11	2,46	3,94	42,6	3,96	3,12	5,02	39,8	7,13	5,58	9,11	47,8	4,75	3,76	6,01	45,0	5,04	3,98	6,38	39,8	13,2	10,2	17,1
Secundarios	21,0	1,02	0,89	1,16	20,1	1,19	1,04	1,37	11,4	1,35	1,14	1,61	18,4	1,19	1,03	1,37	16,9	1,29	1,11	1,50	8,6	1,95	1,59	2,39
Universitarios	20,1				17,7	1,00			8,7	1,00			15,6	1,00			12,7	1,00			4,4	1,00		
Grupo étnico																								
Gitano o Pueblo ROM	26,9	1,58	0,64	3,91	15,4	1,00			15,4	1,44	0,48	4,33	11,5	1,00			19,2	1,37	0,50	3,75	7,7	1,12	0,24	5,11
Afrodendiente	19,6	1,00			18,3	1,36	0,45	4,10	11,0	1,03	0,82	1,28	19,2	2,05	0,60	7,07	16,3	1,04	0,87	1,26	8,4	1,33	1,03	1,72
Indígena	23,9	1,28	0,99	1,66	21,1	1,57	0,52	4,78	11,6	1,03	0,79	1,36	23,4	2,55	0,74	8,81	17,5	1,11	0,89	1,40	9,7	1,51	1,12	2,05
Ninguno	20,6	1,21	1,02	1,44	18,3	1,52	0,51	4,53	9,3	1,00			16,1	1,80	0,53	6,12	13,3	1,00			5,0	1,00		
Área de residencia																								
Urbana	20,0	1,00			18,0				9,0	1,00			16,2	1,00			13,4	1,00			5,2	1,00		
Rural	28,7	1,50	1,33	1,69	23,2	1,30	1,14	1,48	14,9	1,59	1,35	1,86	20,4	1,23	1,07	1,41	16,2	1,14	0,98	1,33	7,1	1,16	0,93	1,46
Región																								
Amazonas	23,2	1,34	1,01	1,78	23,2	1,27	0,95	1,69	16,1	1,88	1,35	2,62	26,7	1,81	1,38	2,38	18,6	1,56	1,14	2,12	8,8	1,66	1,07	2,59
Andina	18,0	1,00			17,1	1,00			8,6	1,00			15,5	1,00			12,0				4,5	1,00		
Caribe	22,9	1,41	1,23	1,62	19,1	1,15	0,99	1,33	9,5	1,13	0,93	1,38	16,1	1,03	0,88	1,20	17,6	1,59	1,36	1,86	7,2	1,61	1,28	2,04
Orinoquia	25,0	1,49	1,22	1,83	20,8	1,20	0,96	1,49	14,9	1,70	1,32	2,18	22,4	1,44	1,16	1,77	20,5	1,70	1,36	2,12	9,7	1,81	1,32	2,47
Pacífico	23,4	1,33	1,23	1,45	19,8	1,07	0,99	1,17	10,0	1,07	0,95	1,20	17,0	1,02	0,93	1,12	14,4	1,16	1,05	1,28	5,7	1,03	0,88	1,20
Grupo de edad																								
Adulto joven (18 a 29 años)	22,1	1,18	1,09	1,28	23,0	1,79	1,45	2,20	10,3	1,28	1,14	1,43	16,4	1,06	0,97	1,16	12,4	1,00			5,1	1,02	0,73	1,42
Adulto intermedio (30 a 59 años)	18,5	1,00			15,0	1,04	0,85	1,27	8,5	1,00			16,2	1,00			14,5	1,21	1,10	1,33	5,6	1,03	0,75	1,43
Adulto mayor (≥ 60 años)	31,0	1,82	1,54	2,14	15,3	1,00			13,1	1,47	1,17	1,86	20,9	1,32	1,10	1,59	15,3	1,27	1,02	1,57	6,1	1,00		

Nota. Prev.: prevalencia; RPa: razón de prevalencia ajustada; ORa: Odds ratio ajustado; IC95 %: intervalo de confianza de 95 %. En letra negra se resaltan las razones significativamente mayores a 1.

3.2.1. Género

Las personas de género no binario presentaron una afectación significativamente mayor en lavarse las manos (Prev. = 42,7%; ORa = 2,53; IC95% = 1,54 – 4,15), en mantener la distancia física (Prev. = 26,7%; RPa = 1,90; IC95% = 1,05 – 3,44) y en quedarse en casa (Prev. = 36,0%; RPa = 1,99; IC95% = 1,18 – 3,34). Las personas de género masculino reportaron una afectación más alta que las de género femenino en todos los aspectos, excepto en el uso de mascarilla, en la que las personas de género femenino obtuvieron la mayor afectación (Prev. = 21,1%; RPa = 1,18; IC95% = 1,08 – 1,29).

3.2.2. Nivel de ingresos

Solo se observó una afectación significativamente mayor en personas con bajos ingresos en el acceso a mascarilla (Prev. = 15,7%; RPa = 1,24; IC95% = 1,04 – 1,47) y con ingresos medios en quedarse en casa (Prev. = 16,4%; RPa = 1,08; IC95% = 0,98 – 1,19).

3.2.3. Ocupación

Los estudiantes mostraron una afectación significativamente mayor en el uso de mascarilla (Prev. = 26,2%; ORa = 1,56; IC95% = 1,36 – 1,79), en mantener la distancia física (Prev. = 10,5%; RPa = 1,34; IC95% = 1,12 – 1,59) y en quedarse en casa (Prev. = 16,9%; RPa = 1,30; IC95% = 1,01 – 1,68). Los trabajadores informales obtuvieron una afectación significativamente mayor en quedarse en casa (Prev. = 18,0%; RPa = 1,32; IC95% = 1,02 – 1,72) y los trabajadores formales en mantener distancia física (Prev. = 9,3%; RPa = 1,21; IC95% = 1,04 – 1,42). Las personas pensionadas mostraron la mayor afectación en el uso de la mascarilla (Prev. = 29,4%; RPa = 1,50; IC95% = 1,20 – 1,87).

3.2.4. Nivel de estudios

En todas las conductas de prevención se identificó una afectación alta según el nivel de estudios. Las personas sin estudios y con estudios primarios mostraron una afectación mayor en el uso de mascarilla (Prev. = 50,0%; RPa = 3,57; IC95 % 1,39 – 9,18 y Prev. = 43,2%; RPa = 3,11; IC95 % = 2,46 – 3,94, respectivamente), en el lavado de manos (Prev. = 66,7%; ORa = 8,56; IC95 % 3,13 – 23,4 y Prev. = 42,6%; ORa = 3,96; IC95 % = 3,12 – 5,02, respectivamente), en mantener la distancia física (Prev. = 44,4%; RPa = 7,34; IC95 % = 2,81 – 19,1 y Prev. = 39,8%; RPa = 7,13; IC95 % = 5,58 – 9,11, respectivamente), en quedarse en casa (Prev. = 55,6%; RPa = 6,07; IC95 % = 2,35 – 15,7 y Prev. = 47,8%; RPa = 4,75; IC95 % = 3,76 – 6,01, respectivamente), en el acceso a mascarilla (Prev. = 38,9%; ORa = 3,56; IC95 % = 1,35 – 9,36 y Prev. = 45,0%; RPa = 5,04; IC95 % = 3,98 – 6,38, respectivamente) y en el acceso a información de autoridades y personas expertas (Prev. = 33,3%; RPa = 9,09; IC95 % = 3,29 – 25,1 y Prev. = 39,8%; RPa = 13,2; IC95 % = 10,2 – 17,1, respectivamente).

3.2.5. Grupo étnico

Se identificó una afectación significativamente mayor en el acceso a la información de autoridades y personas expertas en los grupos étnicos afrodescendientes (Prev. = 8,4%; RPa = 1,33; IC95 % = 1,03 – 1,72) e indígenas (Prev. = 9,7%; RPa = 1,51; IC95 % = 1,12 – 2,05).

3.2.6. Área de residencia

La afectación fue significativamente mayor en el uso de mascarilla (Prev. = 28,7%; ORa = 1,50; IC95 % = 1,33 – 1,69), en lavarse las manos (Prev. = 23,2%; ORa = 1,30; IC95 % = 1,14 – 1,48), en mantener la distancia física (Prev. = 14,9%; RPa = 1,59; IC95 %

= 1,35 – 1,86) y en quedarse en casa (Prev. = 20,4%; RPa = 1,23; IC95% = 1,07 – 1,41) en las personas residentes en área rural.

3.2.7. Región

Las regiones de Amazonas, Caribe, Orinoquia y Pacífico presentaron una afectación significativamente mayor en el uso (Prev. = 22,9% al 25,0%; RPa > 1,33) y en el acceso a mascarillas (Prev. = 12,0% al 20,5%; RPa > 1,16). Excepto en las regiones Pacífico y Andina, se identificó una afectación significativa en el acceso a información de autoridades y personas expertas (Prev. = 7,2% al 9,7%; RPa > 1,61). Las regiones de Amazonas y de Orinoquia presentaron una afectación significativamente mayor en quedarse en casa (Prev. = 26,7%; RPa = 1,81; IC95% = 1,38 – 2,38 y Prev. = 22,4%; RPa = 1,44; IC95% = 1,16 – 1,77, respectivamente) y en mantener la distancia física (Prev. = 16,1%; RPa = 1,88; IC95% = 1,35 – 2,62 y Prev. = 14,9%; RPa = 1,70; IC95% = 1,32 – 2,18, respectivamente).

3.2.8. Grupo de edad

Las personas adultas jóvenes y adultas mayores mostraron una afectación más alta en el uso de mascarilla (Prev. = 22,1%; ORa = 1,18; IC95% = 1,09 – 1,28 y Prev. = 31,0%; ORa = 1,82; IC95% = 1,54 – 2,14, respectivamente) y en mantener la distancia física (Prev. = 10,3%; RPa = 1,28; IC95% = 1,14 – 1,43 y Prev. = 13,1%; RPa = 1,47; IC95% = 1,17 – 1,86, respectivamente) que las adultas intermedias. La afectación fue significativamente mayor en el lavado de manos únicamente en las personas adultas jóvenes (Prev. = 23,0%; ORa = 1,79; IC95% = 1,45 – 2,20). La afectación de acceso a mascarillas fue significativamente más alta en personas adultas intermedias (Prev. = 14,5%; RPa = 1,21; IC95% = 1,10 – 1,33) y en adultos mayores (Prev. = 15,3%; RPa = 1,27; IC95% = 1,02 – 1,57).

4. Confianza en colectivos

4.1. Afectación

Como se observa en la [tabla 6](#), el 77,0% de las personas que participaron en el estudio indicaron desconfianza con la población general, el 64,2% con el gobierno nacional, el 48,5% con el gobierno regional, el 25,0% con la comunidad científica y el 22,2% con el personal de la salud durante la pandemia de COVID-19.

Tabla 6. Confianza en diferentes colectivos

	Poco o nada
	n (%)
Población general	13.912 (77,0)
Gobierno nacional	1.1586 (64,2)
Gobierno regional	8.756 (48,5)
Personal de salud	4.007 (22,2)
Científicos	4.508 (25,0)

4.2. Factores asociados

Los resultados específicos del modelo multivariado de los factores asociados a cada dimensión de afectación se muestran en la [tabla 7](#).

Tabla 7. Factores asociados a la confianza en diferentes colectivos

	Gobierno nacional			Gobierno regional			Población general				Personal de salud			Científicos						
	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %					
Género																				
Femenino	62,7	1,00		47,4	1,00		77,6	1,05	0,97	1,14	21,8	1,04	0,60	1,79	24,6	1,00				
Masculino	68,1	1,45	1,34	1,56	51,4	1,22	1,13	1,31	75,4	1,00			23,2	1,15	0,67	1,98	25,7	1,07	0,99	1,16
No binario	80,0	2,43	1,33	4,44	64,0	1,74	1,05	2,86	78,7	1,36	0,76	2,44	29,3	1,00			48,0	1,82	1,11	2,98

	Gobierno nacional				Gobierno regional				Población general				Personal de salud				Científicos			
	Prev.	ORa	IC95 %		Prev.	ORa	IC95 %		Prev.	ORa	IC95 %		Prev.	ORa	IC95 %		Prev.	ORa	IC95 %	
Nivel de ingresos																				
Bajo	75,2	2,83	2,50	3,20	59,3	2,08	1,84	2,35	80,1	1,40	1,23	1,60	30,5	2,51	2,14	2,95	32,6	2,03	1,75	2,35
Medio	62,1	1,90	1,71	2,12	45,4	1,39	1,24	1,55	76,6	1,25	1,12	1,41	19,7	1,57	1,35	1,83	22,8	1,41	1,23	1,62
Alto	44,1	1,00			35,7	1,00			70,6	1,00			12,9	1,00			16,3	1,00		
Ocupación																				
Estudiante	71,5	1,50	1,23	1,82	54,7	1,31	1,08	1,59	81,0	1,23	1,00	1,50	22,6	1,15	0,90	1,48	23,3	1,02	0,81	1,29
Trabajador informal	61,2	1,27	1,05	1,55	47,6	1,18	0,97	1,44	74,0	1,05	0,86	1,29	24,6	1,30	1,01	1,67	29,1	1,35	1,07	1,71
Trabajador formal	62,1	1,35	1,13	1,62	45,6	1,17	0,97	1,40	77,1	1,21	1,00	1,46	20,7	1,16	0,92	1,48	23,8	1,17	0,93	1,46
Trabajador no remunerado	64,3	1,49	1,16	1,93	50,9	1,39	1,08	1,79	76,1	1,21	0,92	1,58	24,7	1,30	0,95	1,77	27,4	1,24	0,92	1,66
Desempleado	67,4	1,53	1,26	1,85	51,6	1,33	1,10	1,61	77,2	1,17	0,96	1,43	24,7	1,22	0,95	1,57	28,0	1,22	0,96	1,54
Pensionado	44,2	1,00			36,8	1,00			64,4	1,00			15,6	1,00			18,8	1,00		
Nivel de estudios																				
Sin estudios	72,2	1,00			66,7	1,45	0,53	3,94	77,8	1,30	0,42	4,05	55,6	3,07	1,17	8,02	72,2	5,74	2,00	16,4
Primarios	70,8	1,57	0,52	4,73	66,2	1,95	1,52	2,50	72,4	1,23	0,93	1,62	47,8	2,93	2,31	3,71	57,5	3,70	2,92	4,69
Secundarios	69,5	1,25	0,43	3,67	59,6	1,38	1,24	1,55	71,6	1,00			33,7	1,60	1,42	1,80	40,5	1,92	1,72	2,16
Universitarios	63,5	1,12	0,38	3,27	47,1	1,00			77,6	1,43	1,26	1,62	20,6	1,00			22,8	1,00		
Grupo étnico																				
Gitano o Pueblo ROM	57,7	1,00			38,5	1,00			57,7	1,00			7,7	1,00			26,9	1,07	0,43	2,65
Afrodescendiente	69,5	1,54	0,64	3,69	58,3	1,83	0,79	4,26	77,4	2,01	0,87	4,66	31,7	4,62	1,06	20,1	36,3	1,39	1,21	1,61
Indígena	74,1	1,97	0,82	4,77	59,7	2,04	0,87	4,77	74,2	1,74	0,75	4,07	32,2	4,72	1,08	20,6	31,7	1,12	0,93	1,35
Ninguno	63,5	1,37	0,58	3,24	47,4	1,63	0,71	3,75	77,2	2,17	0,95	4,97	21,2	3,68	0,85	15,9	24,0	1,00		
Área de residencia																				
Urbana	64,2	1,12	1,00	1,26	48,4	1,09	0,97	1,22	77,3	1,21	1,07	1,37	21,7	1,00			24,3	1,00		
Rural	62,7	1,00			48,5	1,00			73,7	1,00			27,0	1,23	1,08	1,39	31,5	1,33	1,18	1,50
Región																				
Amazonas	69,8	1,17	0,88	1,56	57,9	1,77	1,39	2,26	77,9	1,09	0,82	1,45	31,2	1,93	1,48	2,51	33,7	1,73	1,33	2,23
Andina	60,5	1,02	0,90	1,15	39,8	1,00			74,8	1,00			17,0	1,00			20,9	1,00		
Caribe	62,8	1,00			60,7	2,26	2,01	2,54	78,4	1,16	1,01	1,34	32,9	2,28	2,01	2,59	30,5	1,58	1,39	1,79
Orinoquia	65,9	1,16	0,94	1,44	50,6	1,42	1,19	1,70	75,8	1,08	0,88	1,32	32,7	2,03	1,67	2,45	31,6	1,48	1,22	1,79
Pacífico	69,6	1,35	1,19	1,54	57,9	1,92	1,80	2,06	80,2	1,35	1,25	1,47	26,1	1,58	1,45	1,71	28,7	1,38	1,28	1,50
Grupo de edad																				
Adulto joven (18 a 29 años)	76,3	4,24	3,62	4,98	55,8	1,86	1,58	2,18	83,1	3,19	2,72	3,74	23,3	1,77	1,42	2,22	25,8	1,71	1,40	2,10
Adulto intermedio (30 a 59 años)	56,7	1,93	1,66	2,25	43,7	1,28	1,09	1,49	74,0	1,98	1,70	2,30	22,2	1,84	1,48	2,29	25,2	1,73	1,42	2,12
Adulto mayor (≥ 60 años)	37,7	1,00			35,3	1,00			56,2	1,00			12,9	1,00			15,7	1,00		

Nota. Prev.: prevalencia; RPa: razón de prevalencia ajustada; ORa: Odds ratio ajustado; IC95 %: intervalo de confianza de 95 %. En letra negra se resaltan las razones significativamente mayores a 1.

4.2.1. Género

Las personas de género no binario presentaron valoraciones más altas de desconfianza con el gobierno nacional (Prev. = 80,0%; ORa = 2,43; IC95% = 1,33 – 4,44), con el gobierno regional (Prev. = 64,0%; ORa = 1,74; IC95% = 1,05 – 2,86) y con la comunidad científica (Prev. = 48%; ORa = 1,82; IC95% = 1,11 – 2,98). Las personas de género masculino indicaron mayores valoraciones de desconfianza que las de género femenino con el gobierno nacional (Prev. = 68,1%; ORa = 1,45; IC95% = 1,34 – 1,56) y con el gobierno regional (Prev. = 51,4%; ORa = 1,22; IC95% = 1,13 – 1,31). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la confianza en relación a la población general y al personal la salud.

4.2.2. Nivel de ingresos

Las personas con bajos ingresos presentaron las valoraciones significativamente más altas de desconfianza con todos los roles evaluados, siendo la mayor la desconfianza con el gobierno nacional (Prev. = 75,2%; ORa = 2,83; IC95% = 2,50 – 3,20) y con el personal de salud (Prev. = ;30,5% ORa = 2,51; IC95% = 2,14 – 2,95). Las personas con ingresos medios mostraron una desconfianza significativamente mayor a aquellas con ingresos altos, siendo la diferencia relativa mayor con el gobierno nacional (Prev. = 62,1%; ORa = 1,90; IC95% = 1,71 – 2,12) y con el personal de la salud (Prev. 19,7%; ORa = 1,57; IC95% = 1,35 – 1,83).

4.2.3. Ocupación

En general, las personas pensionadas mostraron mayor desconfianza. La mayor desconfianza con el gobierno nacional se observó en los estudiantes (Prev. = 71,5%; ORa = 1,50; IC95% = 1,23 – 1,82), los desempleados (Prev. = 67,4%; ORa = 1,53; IC95% = 1,26 – 1,85) y los trabajadores no remunerados (Prev. = 64,3%; ORa = 1,49; IC95% = 1,16 – 1,93). Respecto al gobierno regio-

nal, la mayor desconfianza se registró en los estudiantes (Prev. = 54,7%; ORa = 1,31; IC95% = 1,08 – 1,59), los trabajadores no remunerados (Prev. = 50,9%; ORa = 1,39; IC95% = 1,08 – 1,79) y los desempleados (Prev. = 51,6%; ORa = 1,33; IC95% = 1,10 – 1,61). Los estudiantes indicaron la mayor desconfianza con la población general (Prev. = 81,0%; ORa = 1,40; IC95% = 1,23 – 1,60) y los trabajadores informales con el personal de la salud (Prev. = 24,6%; ORa = 1,30; IC95% 1,01 – 1,67) y con la comunidad científica (Prev. = 29,1%; ORa = 1,35; IC95% 1,07 – 1,71).

4.2.4. Nivel de estudios

Las personas con estudios primarios presentaron mayor desconfianza con el gobierno regional (Prev. 66,2%; ORa = 1,95; IC95% = 1,52 – 2,50), el personal de salud (Prev. = 47,8%; ORa = 2,93; IC95% = 2,31 – 3,71) y con la comunidad científica (Prev. = 57,5%; ORa = 3,70; IC95% = 2,92 – 4,69). En las personas sin estudios se identificaron valoraciones de desconfianza significativamente mayores con el personal de salud (Prev. = 55,6%; ORa = 3,07; IC95% = 1,17 – 8,02) y con la comunidad científica (Prev. = 72,2%; ORa = 5,74; IC95% = 2,00 – 16,4). Las personas con estudios universitarios presentaron mayor desconfianza con la población general (Prev. = 77,6%; ORa = 1,43; IC95% = 1,26 – 1,62).

4.2.5. Grupo étnico

Las personas afrodescendientes (Prev. = 31,7%; ORa = 4,62; IC95% = 1,06 – 20,1) e indígenas (Prev. = 32,2%; ORa = 4,72; IC95% = 1,08 – 20,6) presentaron mayores valoraciones de desconfianza con el personal de salud. De igual forma, las personas afrodescendientes obtuvieron mayor desconfianza con la comunidad científica (Prev. = 36,3%; ORa = 1,39; IC95% = 1,21 – 1,61).

4.2.6. Área de residencia

Las personas residentes en zona rural presentaron una mayor desconfianza con el personal de la salud (Prev. = 27,0%; ORa = 1,23; IC95% = 1,08 – 1,39) y con los científicos (Prev. = 31,5%; ORa = 1,33; IC95% = 1,18 – 1,50). Por su parte, las personas residentes en zona urbana registraron la mayor desconfianza con la población general (Prev. = 77,3%; ORa = 1,21; IC95% 1,07 – 1,37).

4.2.7. Región

Las personas residentes en el Pacífico registraron la mayor desconfianza con el gobierno nacional (Prev. = 69,6%; ORa = 1,35; IC95% = 1,19 – 1,54) y con la población general (Prev. = 80,2%; ORa = 1,35; IC95% = 1,25 – 1,47). Las personas residentes en el Caribe (Prev. = 60,7%; ORa = 2,26; IC95% = 2,01 – 2,54), en el Pacífico (Prev. = 57,9%; ORa = 1,92; CI95% = 1,80 – 2,06) y en el Amazonas (Prev. = 57,9%; ORa = 1,77; IC95% = 1,39 – 2,26) mostraron las mayores valoraciones de desconfianza con el gobierno regional y con el personal de la salud, en este último caso con cifras de 32,9% (ORa = 2,28; IC95% = 2,01 – 2,59), 26,1% (ORa = 1,58; IC95% = 1,45 – 1,71) y 31,2% (ORa = 1,93; IC95% = 1,48 – 2,51), respectivamente. En la desconfianza con la comunidad científica se presentaron valoraciones similares, siendo la más alta en Amazonas (Prev. = 33,7%; ORa = 1,73; IC95% = 1,33 – 2,23).

4.2.8. Grupos de edad

En general, las personas adultas mayores presentaron las mayores valoraciones de desconfianza. En cambio, las personas adultas jóvenes mostraron las mayores de desconfianza con el gobierno nacional (Prev. = 76,3%; ORa = 4,24; IC95% = 3,62 – 4,98), el gobierno regional (Prev. = 55,8%; ORa = 1,86; IC95% = 1,58 – 2,18) y la población general (Prev. = 83,1%; ORa = 3,19; IC95% =

2,72 – 3,74). Las valoraciones de desconfianza con el personal de la salud (Prev. = 22,2%; RPa = 1,84; IC95% = 1,48 – 2,29) y con la comunidad científica (Prev. = 25,2%; ORa = 1,73; IC95% = 1,42 – 2,12) fueron ligeramente mayores en las personas adultas intermedias. En todos los casos, las valoraciones de desconfianza de las personas intermedias y adultas fueron significativamente más altas que en las personas adultas mayores.

5. Percepción de amenazas

5.2. Afectación

Como se observa en la [tabla 8](#), el 43,9% de las personas que participaron en este estudio percibieron como amenazas en el futuro que su entorno cercano enferme, el 39,0% la posibilidad de enfermar, el 38,1% las afectaciones en los ingresos, el 33,7% las implicaciones en el empleo, el 21,3% el impacto en la salud y el 17,5% las alteraciones en las relaciones sociales durante la pandemia de COVID-19.

Tabla 8. Percepción de amenazas futuras

	Expectativa de empeoramiento en el futuro
	n (%)
Enfermar otros	7.928 (43,9)
Enfermar	7.042 (39,0)
Ingresos	6.885 (38,1)
Empleo	6.093 (33,7)
Salud	3.846 (21,3)
Relaciones sociales	3.153 (17,5)

5.3. Factores asociados

Los resultados específicos del modelo multivariado de los factores asociados a cada dimensión de afectación se muestran en la [tabla 9](#).

[Tabla 9.](#) Factores asociados a la percepción de amenazas.

Tabla 9. Factores asociados a la percepción de amenazas

	Empleo			Ingresos				Salud			Relaciones sociales			Enfermar			Enfermar otros							
	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %	Prev.	ORa	IC95 %						
Género																								
Femenino	35,1	1,15	1,07	1,25	39,1	1,06	0,99	1,15	21,6	1,04	0,97	1,11	16,9	1,16	1,08	1,24	38,2	1,00	43,7	1,00				
Masculino	29,7	1,00			35,2	1,00			20,3	1,00			19,0	1,00			41,4	1,08	1,04	1,13	44,7	1,03	0,99	1,07
No binario	33,3	1,12	0,66	1,87	38,7	1,12	0,67	1,85	28,0	1,43	1,00	2,04	24,0	1,47	0,99	2,17	37,3	1,11	0,83	1,49	42,7	1,11	0,86	1,44
Nivel de ingresos																								
Bajo	54,2	4,47	3,88	5,14	61,2	6,02	5,25	6,91	27,8	1,68	1,48	1,90	23,1	1,45	1,27	1,66	36,6	1,00			44,3	1,03	0,99	1,07
Medio	26,7	1,54	1,34	1,76	30,3	1,73	1,52	1,96	19,3	1,22	1,08	1,38	15,5	1,08	0,95	1,23	39,2	1,03	0,98	1,07	43,4	1,00		
Alto	17,8	1,00			19,6	1,00			15,1	1,00			13,5	1,00			45,0	1,16	1,08	1,24	46,0	1,06	1,01	1,12
Ocupación																								
Estudiante	37,1	1,38	1,10	1,74	39,4	1,34	1,08	1,66	23,6	1,23	1,11	1,37	21,6	1,31	1,16	1,48	38,0	1,02	0,95	1,09	44,2	1,00		
Trabajador informal	35,3	1,53	1,21	1,93	40,2	1,55	1,24	1,94	18,6	1,00			14,8	1,00			37,1	1,00			42,8	1,01	0,95	1,07
Trabajador formal	29,1	1,18	0,95	1,48	34,1	1,27	1,03	1,56	20,6	1,15	1,04	1,26	16,4	1,14	1,01	1,27	41,1	1,08	1,01	1,15	44,9	1,04	0,99	1,08
Trabajador no remunerado	36,3	1,55	1,16	2,06	40,8	1,53	1,16	2,01	20,8	1,11	0,92	1,34	17,9	1,21	0,98	1,49	36,9	1,00	0,89	1,14	42,5	1,01	0,90	1,12
Desempleado	44,0	1,82	1,45	2,29	48,6	1,82	1,46	2,25	23,0	1,16	1,04	1,29	18,1	1,15	1,01	1,30	36,9	1,01	0,94	1,09	42,8	1,00	0,95	1,06
Pensionado	19,1	1,00			23,4	1,00			18,7	1,20	0,99	1,45	14,4	1,22	0,97	1,52	34,5	1,02	0,90	1,15	39,2	1,03	0,93	1,15
Nivel de estudios																								
Sin estudios	33,3	1,00			44,4	1,15	0,43	3,04	22,2	1,00			5,6	1,00			11,1	1,00			22,2	1,00		
Primarios	26,4	1,33	0,48	3,73	28,3	1,00			17,4	1,03	0,41	2,56	15,8	3,95	0,57	27,3	22,7	1,96	0,52	7,32	25,8	1,20	0,50	2,93
Secundarios	37,3	2,31	0,85	6,30	42,0	2,08	1,57	2,75	26,8	1,58	0,65	3,83	21,9	5,14	0,75	35,1	32,9	2,84	0,77	10,5	38,9	1,79	0,75	4,27
Universitarios	33,5	2,57	0,95	6,98	37,9	2,44	1,87	3,18	20,9	1,32	0,55	3,19	17,1	4,26	0,63	29,1	39,9	3,31	0,90	12,2	44,8	2,03	0,85	4,85
Grupo étnico																								
Gitano o Pueblo ROM	30,8	1,12	0,46	2,75	34,6	1,17	0,49	2,79	26,9	1,25	0,66	2,36	15,4	1,00			46,2	1,20	0,76	1,90	53,9	1,27	0,87	1,86
Afrodscendiente	33,2	1,00			36,6	1,00			23,7	1,00			20,8	1,31	0,54	3,21	35,1	1,00			41,1	1,00		
Indígena	41,7	1,49	1,19	1,87	44,1	1,40	1,12	1,76	28,7	1,19	1,00	1,41	21,3	1,34	0,54	3,29	36,5	1,03	0,89	1,18	42,7	1,03	0,91	1,16
Ninguno	33,5	1,13	0,97	1,31	38,1	1,20	1,03	1,38	20,9	0,93	0,82	1,04	17,2	1,14	0,47	2,77	39,3	1,04	0,95	1,14	44,1	1,02	0,95	1,11
Área de residencia																								
Urbana	34,0	1,19	1,05	1,34	38,4	1,19	1,05	1,34	21,4	1,08	0,98	1,20	17,4	1,01	0,90	1,13	39,3	1,05	0,98	1,13	44,2	1,05	0,99	1,12
Rural	31,5	1,00			35,5	1,00			20,3	1,00			18,1	1,00			36,2	1,00			41,4	1,00		
Región																								
Amazonas	35,8	1,00			37,5	1,00			28,4	1,29	1,07	1,56	19,0	1,08	0,83	1,41	40,7	1,37	1,17	1,61	44,6	1,19	1,03	1,37
Andina	33,9	1,13	0,87	1,46	38,7	1,28	0,99	1,66	20,8	1,03	0,97	1,10	16,8	1,09	0,96	1,23	41,2	1,36	1,25	1,48	45,2	1,21	1,12	1,29
Caribe	34,1	1,01	0,76	1,34	38,0	1,11	0,84	1,47	21,9	1,04	0,93	1,16	16,4	1,00			30,1	1,00			37,6	1,00		
Orinoquia	35,2	1,09	0,80	1,50	38,1	1,11	0,81	1,52	27,7	1,29	1,12	1,49	21,2	1,27	1,04	1,55	37,3	1,26	1,10	1,44	44,5	1,21	1,08	1,36
Pacífico	33,4	1,07	0,82	1,39	37,5	1,21	0,93	1,57	21,1	1,00			18,2	1,07	0,94	1,22	37,8	1,27	1,17	1,39	43,3	1,17	1,08	1,26
Grupo de edad																								
Adulto joven (18 a 29 años)	42,0	3,09	2,49	3,82	43,9	1,90	1,58	2,29	23,6	1,38	1,16	1,64	21,7	1,85	1,50	2,27	38,0	1,27	1,14	1,42	45,9	1,35	1,22	1,49
Adulto intermedio (30 a 59 años)	29,0	2,18	1,76	2,69	35,1	1,71	1,42	2,05	20,0	1,28	1,08	1,52	14,6	1,35	1,10	1,66	40,6	1,32	1,19	1,47	43,2	1,27	1,15	1,40
Adulto mayor (≥ 60 años)	13,4	1,00			20,1	1,00			14,8	1,00			10,9	1,00			30,9	1,00			34,1	1,00		

Nota. Prev.: prevalencia; RPa: razón de prevalencia ajustada; ORa: Odds ratio ajustado; IC95 %: intervalo de confianza de 95 %. En letra negra se resaltan las razones significativamente mayores a 1.

5.3.1. Género

Las personas de género femenino reportaron la mayor percepción de amenazas en el empleo (Prev. = 35,1%; ORa = 1,15; IC95% = 1,07 – 1,25) y en las relaciones sociales (Prev. = 16,9%; RPa = 1,16; IC95% = 1,08 – 1,24). En cambio, las personas de género masculino obtuvieron la mayor percepción de riesgo de enfermar (Prev. = 41,4%; RPa = 1,08; IC95% = 1,04 – 1,13). Las personas de género no binario mostraron la mayor percepción de amenaza en la salud (Prev. = 28,0%; RPa = 1,43; IC95% = 1,00 – 2,04) y en a las relaciones sociales (Prev. = 24,0), aunque esta última no fue significativamente mayor.

5.3.2. Nivel de ingresos

Las personas con ingresos bajos reportaron la mayor percepción de amenaza en el empleo (Prev. = 54,2%; ORa = 4,47; IC95% = 3,88 – 5,14), en los ingresos (Prev. = 61,2%; ORa = 6,02; IC95% = 5,25 – 6,91), en la salud (Prev. = 27,8%; RPa = 1,68; IC95% = 1,48 – 1,90) y en las relaciones sociales (Prev. = 23,1%; RPa = 1,45; IC95% = 1,27 – 1,66), aunque esta última sin diferencias estadísticamente significativas. Las personas con ingresos altos reportaron la mayor percepción de riesgo de enfermar (Prev. = 45,0%; RPa = 1,16; IC95% = 1,08 – 1,24) y de que enfermen las personas de su entorno (Prev. = 46,0%; RPa = 1,06; IC95% = 1,01 – 1,12). Las personas con ingresos medios presentaron una afectación significativamente mayor a las reportadas por las personas con ingresos altos en la percepción de amenazas en el empleo (Prev. = 26,7%; ORa = 1,54; IC95% = 1,34 – 1,76), en los ingresos (Prev. = 30,3%; ORa = 1,73; IC95% = 1,52 – 1,96) y en la salud (Prev. = 19,3%; RPa = 1,22; IC95% = 1,08 – 1,38), aunque en menor medida que las personas con bajos ingresos.

5.3.3. Ocupación

Las personas desempleadas presentaron la mayor percepción de amenazas en el empleo (Prev. = 44,0%; ORa = 1,82; IC95% = 1,46 – 2,29) y en los ingresos (Prev. = 48,6%; ORa = 1,82; IC95% = 1,46 – 2,25). Los trabajadores informales y los trabajadores no remunerados también registraron una afectación de mayor magnitud en el empleo (Prev. = 35,3%; ORa = 1,53; IC95% = 1,21 – 1,93 y Prev. = 36,3%; ORa = 1,55; IC95% = 1,16 – 2,06, respectivamente) y en los ingresos (Prev. = 40,2%; ORa = 1,55; IC95% = 1,24 – 1,94 y Prev. = 40,8%; ORa = 1,53; IC95% = 1,16 – 2,01, respectivamente). Los estudiantes reportaron la mayor afectación en las relaciones sociales (Prev. = 21,6%; RPa = 1,31; IC95% = 1,16 – 1,48) y en la salud (Prev. = 23,6%; RPa = 1,23; IC95% = 1,11 – 1,37), y los trabajadores formales en el riesgo de enfermar (Prev. = 41,1%; RPa = 1,08; IC95% = 1,01 – 1,15).

5.3.4. Nivel de estudio

Únicamente se identificaron diferencias significativas en la percepción de amenaza en los ingresos, siendo mayor en las personas con estudios universitarios (Prev. = 37,9%; ORa = 2,44; IC95% 1,87 – 3,18) y con estudios secundarios (Prev. = 42,0%; ORa = 2,08; IC95% = 1,87 – 3,18).

5.3.5. Grupo étnico

Las personas indígenas reportaron la mayor afectación en la percepción de amenaza en el empleo (Prev. = 41,7%; ORa = 1,49, IC95% = 1,19 – 1,87), en los ingresos (Prev. = 44,1%; ORa = 1,40; IC95% = 1,12 – 1,76) y en la salud (Prev. = 28,7%; RPa = 1,19; IC95% 1,00 – 1,41).

5.3.6. Área de residencia

Las personas residentes en área urbana obtuvieron una mayor afectación en la percepción de amenaza en el empleo (Prev. = 34,0%; ORa = 1,19; IC95% = 1,05 – 1,34) y en los ingresos (Prev. = 38,4%; ORa = 1,19; IC95% 1,05 – 1,34).

5.3.7. Región

Las personas residentes en la región de Orinoquia presentaron la mayor percepción de amenaza en la salud (Prev. = 27,7%; RPa = 1,29; IC95% = 1,12 – 1,49) y en las relaciones sociales (Prev. = 21,2%; RPa = 1,27; IC95% = 1,04 – 1,55). La mayor percepción de amenaza en enfermar se identificó en los residentes en las regiones de Amazonas (Prev. = 40,7%; RPa = 1,37; IC95% = 1,17 – 1,61), de Andina (Prev. = 41,2%; RPa = 1,36; IC95% = 1,25 – 1,48), de Orinoquia (Prev. = 37,3%; RPa = 1,26; IC95% = 1,10 – 1,44) y de Pacífico (Prev. = 37,8%; RPa = 1,27; IC95% = 1,17 – 1,39), excepto en Caribe, en la que no se encontraron una afectación estadísticamente significativa (Prev. = 30,1%).

5.3.8. Grupo de edad

En general, las personas adultas mayores mostraron la menor percepción de amenaza. Las personas adultas jóvenes reportaron la mayor percepción de amenaza en el empleo (Prev. = 42,0%; ORa = 3,09; IC95% = 2,49 – 3,82), en los ingresos (Prev. = 43,9%; ORa = 1,90; IC95% = 1,58 – 2,29), en la salud (Prev. = 23,6%; RPa = 1,38; IC95% = 1,16 – 1,64) y en el riesgo de que las personas del entorno enfermen (Prev. = 45,9%; RPa = 1,35; IC95% = 1,22 – 1,49), y las personas adultas intermedias en el riesgo de enfermar (Prev. = 40,6%; RPa = 1,32; IC95% = 1,19 – 1,47) y en las relaciones sociales (Prev. = 14,6%; RPa = 1,35; IC95% = 1,10 – 1,66). En las dimensiones restantes la afectación de las personas

adultas intermedias fue significativamente mayor a las de las adultas mayores.

6. Impacto social, económico y laboral

6.1. Afectación

Como se observa en la [tabla 10](#), el 63,3% de las personas que participaron en este estudio reportaron cambios negativos en la actividad laboral, el 55,2% en los ingresos económicos, el 28,3% en las relaciones con sus conocidos o amigos, el 24,3% cambios en las relaciones con sus parejas o familias y el 12,7% en las relaciones con los vecinos durante la pandemia de COVID-19.

Tabla 10. Impacto social, económico y laboral

	Expectativa de empeoramiento en el futuro
	<i>n</i> (%)
Actividad laboral	11.426 (63,3)
Ingresos económicos	9.968 (55,2)
Relaciones con conocidos o amigos	5.115 (28,3)
Relaciones con pareja o familia	4.394 (24,3)
Relaciones con vecinos	2.299 (12,7)

6.2. Factores asociados

Los resultados específicos del modelo multivariado de los factores asociados a cada dimensión de afectación se muestran en la [tabla 11](#).

Tabla 11. Factores asociados al impacto social, económico, laboral

	Pareja o familia				Vecinos				Conocidos				Ingresos económicos			Actividad laboral						
	Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	ORa	IC95 %		Prev.	ORa	IC95 %			
Género																						
Femenino	24,1	1,00			11,9	1,00			26,6	1,00			55,5	1,00			64,2	1,10	1,03	1,19		
Masculino	24,9	1,07	1,01	1,14	15,0	1,24	1,14	1,35	33,2	1,25	1,19	1,31	54,2	1,05	0,97	1,13	60,5	1,00				
No binario	37,3	1,50	1,11	2,02	24,0	1,68	1,13	2,51	40,0	1,51	1,13	2,01	64,0	1,13	0,67	1,90	66,7	1,17	0,70	1,94		
Nivel de ingresos																						
Bajo	29,0	1,20	1,13	1,27	13,0	1,12	0,96	1,31	29,4	1,06	1,00	1,12	80,8	6,22	5,48	7,05	78,8	3,20	2,83	3,62		
Medio	22,6	1,00			12,8	1,10	0,96	1,27	27,8	1,00			46,0	1,38	1,24	1,54	57,6	1,18	1,07	1,31		
Alto	21,8	1,02	0,93	1,13	11,7	1,00			28,6	1,02	0,94	1,11	37,5	1,00			53,2	1,00				
Ocupación																						
Estudiante	26,9	1,21	1,01	1,44	12,3			1,05	0,92	1,21	29,5	1,09	0,94	1,28	57,6	1,38	1,14	1,68	62,1	1,40	1,16	1,69
Trabajador informal	22,9	1,13	0,94	1,37	13,1	1,09	0,94	1,27	27,0	1,01	0,86	1,19	65,6	2,10	1,72	2,56	67,9	1,83	1,51	2,22		
Trabajador formal	23,9	1,17	0,99	1,40	12,8	1,10	0,98	1,23	28,6	1,08	0,93	1,25	47,6	1,07	0,89	1,29	59,8	1,38	1,15	1,64		
Trabajador no remunerado	20,2	1,00			12,4	1,04	0,81	1,33	26,6	1,00			64,3	1,89	1,46	2,45	70,5	2,04	1,58	2,64		
Desempleado	24,8	1,16	0,97	1,39	11,9	1,00			27,3	1,03	0,88	1,20	66,7	1,80	1,48	2,18	72,6	2,04	1,68	2,46		
Pensionado	21,5	1,29	1,03	1,63	17,7	1,36	1,11	1,68	28,9	1,11	0,92	1,35	42,6	1,00			47,4	1,00				
Nivel de estudios																						
Sin estudios	33,3	1,28	0,68	2,41	38,9	3,01	1,79	5,06	27,8	1,00			77,8	1,00			77,8	1,08	0,34	3,42		
Primarios	27,6	1,29	1,06	1,57	23,9	1,76	1,44	2,17	29,8	1,15	0,54	2,44	65,5	1,40	0,44	4,41	64,6	1,00				
Secundarios	22,7	1,00			13,4	1,05	0,91	1,20	28,3	1,08	0,52	2,27	66,9	1,63	0,53	5,02	64,9	1,07	0,82	1,40		
Universitarios	24,4	1,08	0,98	1,19	12,4	1,00			28,3	1,09	0,52	2,27	53,9	1,36	0,44	4,17	63,1	1,31	1,02	1,68		
Grupo étnico																						
Gitano o Pueblo ROM	23,1	1,00			15,4	1,21	0,50	2,91	19,2	1,00			69,2	1,87	0,77	4,58	57,7	1,00				
Afrodescendiente	24,6	1,00	0,50	2,00	16,2	1,27	1,09	1,47	28,5	1,47	0,67	3,21	56,7	1,00			64,2	1,17	0,51	2,66		
Indígena	25,8	1,04	0,52	2,07	15,7	1,15	0,95	1,40	31,1	1,57	0,71	3,44	62,5	1,27	1,01	1,59	69,0	1,46	0,64	3,37		
Ninguno	24,3	1,01	0,51	1,99	12,4	1,00			28,2	1,44	0,66	3,13	54,8	1,08	0,93	1,25	63,0	1,23	0,55	2,79		
Área de residencia																						
Urbana	24,3	1,00			12,6	1,00			28,3	1,03	0,94	1,12	55,0				63,3	1,10	0,98	1,23		
Rural	25,0	1,01	0,92	1,11	14,3	1,10	0,97	1,26	28,0	1,00			57,1	1,01	0,90	1,14	62,0	1,00				
Región																						
Amazonas	30,9	1,23	1,03	1,47	20,0	1,59	1,25	2,01	36,5	1,43	1,20	1,71	60,7	1,13	0,85	1,50	63,5	1,00				
Andina	24,1	1,03	0,97	1,09	12,2	1,01	0,92	1,10	28,4	1,15	1,04	1,27	54,8	1,05	0,93	1,19	62,5	1,05	0,81	1,35		
Caribe	24,4	1,02	0,92	1,13	13,8	1,13	0,98	1,31	24,8	1,00			55,9	1,00			65,7	1,12	0,85	1,47		
Orinoquia	26,9	1,13	0,98	1,30	16,3	1,28	1,05	1,56	34,1	1,36	1,18	1,58	58,2	1,05	0,85	1,30	67,7	1,23	0,90	1,67		
Pacífico	24,1	1,00			12,6	1,00			28,1	1,11	1,01	1,23	55,1	1,00	0,88	1,14	63,6	1,12	0,87	1,45		
Grupo de edad																						
Adulto joven (18 a 29 años)	29,2	1,97	1,65	2,34	12,3	1,00			28,8	1,07	0,95	1,20	60,3	1,22	1,04	1,43	64,4	1,31	1,12	1,53		
Adulto intermedio (30 a 59 años)	21,3	1,49	1,25	1,76	12,7	1,02	0,93	1,10	28,0	1,04	0,92	1,17	52,1	1,13	0,97	1,32	63,8	1,53	1,32	1,78		
Adulto mayor (≥ 60 años)	14,8	1,00			17,3	1,25	1,05	1,48	27,8	1,00			43,8	1,00			47,8	1,00				

Nota. Prev.: prevalencia; RPa: razón de prevalencia ajustada; ORa: Odds ratio ajustado; IC95 %: intervalo de confianza de 95 %. En letra negra se resaltan las razones significativamente mayores a 1.

6.2.1. Género

Las personas de género no binario presentaron una afectación significativamente mayor en las relaciones con sus parejas o familias (Prev. = 37,3%; RPa = 1,50; IC95% = 1,11 – 2,02), con sus vecinos (Prev. = 24,0%; RPa = 1,68; IC95% = 1,13 – 2,01) y con sus conocidos (Prev. = 40,0%; RPa = 1,51; IC95% = 1,13 – 2,01) durante la pandemia de COVID-19. Reportaron, también, una mayor afectación en los ingresos económicos (64,0%) y en la actividad laboral (66,7%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Las personas de género masculino fueron las segundas más afectadas en las relaciones con sus parejas o familias (Prev. = 24,9%; RPa = 1,07; IC95% = 1,01 – 2,02), con sus vecinos (Prev. = 15,0%; RPa = 1,24; IC95% = 1,14 – 1,35) y con sus conocidos (Prev. = 33,2%; RPa = 1,25; IC95% = 1,19 – 1,31), siendo la afectación significativamente mayor a la de las de género femenino. Las personas de género masculino estuvieron menos afectadas en sus ingresos económicos (54,2%) y en su actividad laboral (60,5%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En cambio, las de género femenino mostraron una afectación menor en todas las dimensiones, con excepción en los ingresos económicos, sin diferencias estadísticamente significativas, y en la actividad laboral, con diferencias estadísticamente significativas respecto al género masculino (Prev. = 64,2%; ORa = 1,10; IC95% 1,03 – 1,19).

6.2.2. Nivel de ingresos

Se identificaron pocas diferencias estadísticamente significativas en la afectación según el nivel de ingresos. Las personas con ingresos bajos reportaron una mayor afectación en los ingresos económicos (Prev. = 80,8%; ORa = 6,22; IC95% = 5,48 – 7,05) y en sus actividades laborales (Prev. = 78,8%; ORa = 3,20; IC95% = 2,83 – 3,62), así como en las relaciones con sus parejas o familias (Prev. = 29,0%; RPa = 1,20; IC95% = 1,13 – 1,27) y con sus conocidos (Prev. = 29,4%; RPa = 1,06; IC95% = 1,00 – 1,12). Las personas

con ingresos medios indicaron una mayor afectación que las de ingresos altos en sus actividades laborales (Prev. = 57,6%; ORa = 1,18; IC95% = 1,07 – 1,31), aunque en menor medida que las de ingresos bajos.

6.2.3. Ocupación

El grupo de estudiantes (26,9%; RPa = 1,21; IC95% = 1,01 – 1,44) y pensionados (21,5%; RPa = 1,29; IC95% = 1,03 – 1,63) reportaron mayor afectación en las relaciones con sus parejas o familias. Las personas pensionadas fueron el único grupo con una afectación significativamente mayor en las relaciones con sus vecinos (Prev. = 17,7%; RPa = 1,36; IC95% = 1,11 – 1,68) y menor en sus ingresos económicos (42,6%) y en su actividad laboral (47,4%), aunque estas dos últimas sin diferencias estadísticamente significativas. En los ingresos económicos las personas significativamente más afectadas fueron las trabajadoras informales (Prev. = 65,6%; ORa = 2,10; IC95% = 1,72 – 2,56), trabajadoras no remuneradas (Prev. = 64,3%; ORa = 1,89; IC95% = 1,46 – 2,45), desempleadas (66,7%; ORa = 1,80; IC95% = 1,48 – 2,18) y estudiantes (Prev. = 57,6%; ORa = 1,38; IC95% = 1,14 – 1,68). En cambio, en la actividad física las personas más afectadas fueron las desempleadas (Prev. = 72,6%; ORa = 2,04; IC95% = 1,68 – 2,46), trabajadoras no remuneradas (Prev. = 70,5%; ORa = 2,04; IC95% = 1,58 – 2,64), trabajadoras informales (Prev. = 67,9%; ORa = 1,83; IC95% = 1,51 – 2,22), estudiantes (Prev. = 62,1%; ORa = 1,40; IC95% = 1,16 – 1,69) y trabajadoras formales (Prev. = 59,8%; ORa = 1,38; IC95% = 1,14 – 1,68).

6.2.4. Nivel de estudios

Se identificaron pocas diferencias significativas en la afectación según el nivel de estudios. Las personas sin estudios reportaron mayor afectación en las relaciones con sus vecinos (Prev. = 38,9%; RPa = 3,01; IC95% = 1,79 – 5,06), con diferencias estadística-

mente significativas, y con sus parejas o familias (33,3%), sin diferencias significativas. En las personas con estudios primarios la afectación fue significativamente mayor en las relaciones con sus parejas o familias (Prev. = 27,6; RPa = 1,29; IC95% = 1,06 – 1,57) y con sus vecinos (Prev. = 23,9%; RPa = 1,76; IC95% = 1,44 – 2,17). Aunque la afectación en las actividades laborales fue menor en los universitarios, en el modelo multivariado este grupo se indicó como el más afectado (Prev. = 63,1%; ORa = 1,31; IC95% 1,02 – 1,68).

6.2.5. Grupo étnico

Solo se identificaron dos resultados estadísticamente significativos en la afectación según el grupo étnico: mayor afectación en los ingresos económicos en personas indígenas (Prev. = 62,5%; ORa = 1,27; IC95% = 1,01 – 1,59) y mayor afectación en las relaciones con sus vecinos en personas afrodescendientes (Prev. = 16,2%; RPa = 1,27; IC95% = 1,09 – 1,47).

6.2.6. Área de residencia

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la afectación según el área de residencia.

6.2.7. Región

Las personas residentes en la región de Amazonas reportaron mayor afectación en las relaciones con sus vecinos (Prev. = 20,0; RPa = 1,59; IC95% = 1,25 – 2,01), con sus parejas o familias (Prev. = 30,9%; RPa = 1,23; IC95% = 1,03 – 1,47) y con sus conocidos (Prev. = 36,5%; RPa = 1,43; IC95% = 1,20 – 1,71). Las personas residentes en la región de Orinoquia estuvieron en segundo lugar de afectación en las relaciones con sus vecinos (Prev. = 16,3%; RPa = 1,28; IC95% = 1,05 – 1,56) y con sus conocidos (Prev. = 34,1%; RPa = 1,36; IC95% = 1,18 – 1,58). En las personas

residentes en las regiones Andina (Prev. = 28,4%; RPa = 1,15; IC95% = 1,04 – 1,27) y Pacífico (Prev. = 28,1%; RPa = 1,11; IC95% = 1,01 – 1,23) la afectación también fue significativamente mayor que en las residentes en el Caribe (24,8%), pero no tan alta como en Amazonas y Orinoquia. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la afectación en los ingresos económicos o en la actividad laboral según la región.

6.2.8. Grupos de edad

Las personas adultas jóvenes (Prev. = 29,2%; RPa = 1,97; IC95% = 1,65 – 2,34) y adultas intermedias (Prev. = 21,3%; RPa = 1,49; IC95% = 1,25 – 1,76) reportaron mayor afectación en las relaciones con sus parejas o familias. En las personas adultas mayores la afectación fue mayor en las relaciones con sus vecinos (Prev. = 17,3%; RPa = 1,25; IC95% = 1,05 – 1,48). Las personas adultas jóvenes presentaron mayor afectación en sus ingresos económicos (Prev. = 60,3%; ORa = 1,22; IC95% = 1,04 – 1,43) y en su actividad laboral (Prev. = 64,4%; ORa = 1,31; IC95% = 1,12 – 1,53). Las personas adultas intermedias fueron las más afectados en su actividad laboral (Prev. = 63,8%; ORa = 1,53; IC95% = 1,32 – 1,78).

7. Estilo de vida

7.1. Afectación

Como se observa en la [tabla 12](#), el 50,1% de las personas que participaron en este estudio mostraron prevalencias de afectación en su actividad física, el 49,7% en sus hábitos de sueño, el 26,6% en su alimentación y el 17,5% en sus pasatiempos durante la pandemia de COVID-19.

Tabla 12. Afectación en el estilo de vida

	Peor
	n (%)
Actividad física	9.040 (50,1)
Hábitos del sueño	8.975 (49,7)
Alimentación	4.806 (26,6)
Pasatiempos	3.153 (17,5)

7.2. Factores asociados

Los resultados específicos del modelo multivariado de los factores asociados a cada dimensión de afectación se muestran en la tabla 13.

Tabla 13. Factores asociados a la afectación del estilo de vida

	Actividad física				Hábitos de sueño				Alimentación				Pasatiempos			
	Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %	
Género																
Femenino	47,8	1,00			50,9	1,08	1,04	1,12	27,9	1,19	1,12	1,27	18,0	1,19	1,10	1,28
Masculino	56,7	1,17	1,14	1,21	46,2	1,00			22,7	1,00			15,7	1,00		
No binario	54,7	1,19	0,97	1,47	48,0	1,10	0,88	1,39	36,0	1,42	1,03	1,94	22,7	1,45	0,93	2,27
Nivel de ingresos																
Bajo	50,5	1,11	1,05	1,18	54,8	1,21	1,13	1,28	31,3	1,18	1,07	1,30	15,2	1,00		
Medio	50,0	1,05	1,00	1,11	48,6	1,11	1,04	1,17	25,0	1,01	0,92	1,11	18,1	1,13	1,04	1,22
Alto	49,0	1,00			41,5	1,00			22,9	1,00			20,0	1,24	1,10	1,39
Ocupación																
Estudiante	51,9	1,14	1,04	1,25	57,0	1,16	1,10	1,21	28,4	1,12	0,94	1,33	19,7	1,54	1,35	1,75
Trabajador informal	48,8	1,04	0,95	1,15	45,5	1,02	0,96	1,09	25,2	1,06	0,88	1,27	13,6	1,00		
Trabajador formal	50,8	1,09	0,99	1,19	49,6	1,09	1,04	1,14	26,7	1,13	0,95	1,34	18,9	1,38	1,23	1,55
Trabajador no remunerado	51,3	1,09	0,97	1,23	51,5	1,14	1,04	1,24	28,5	1,20	0,97	1,49	17,1	1,26	1,02	1,57
Desempleado	47,3	1,02	0,93	1,12	46,6	1,00			26,8	1,05	0,88	1,26	14,4	1,09	0,95	1,25
Pensionado	47,2	1,00			37,6	1,00	0,90	1,12	18,2	1,00			14,4	1,12	0,89	1,41
Nivel de estudios																
Sin estudios	50,0	1,06	0,65	1,73	44,4	1,11	0,66	1,85	33,3	1,12	0,59	2,13	27,8	1,75	0,80	3,81
Primarios	45,3	1,00			37,6	1,11	0,95	1,29	32,0	1,27	1,08	1,49	19,3	1,24	0,99	1,56
Secundarios	48,2	1,05	0,92	1,19	45,0	1,25	1,09	1,44	28,3	1,07	0,98	1,16	12,7	0,78	0,68	0,89
Universitarios	50,3	1,10	0,98	1,24	50,4				26,3				17,9	1,00		

	Actividad física				Hábitos de sueño				Alimentación				Pasatiempos			
	Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %	
Grupo étnico																
Gitano o Pueblo ROM	30,8	1,00			46,2	1,11	0,75	1,62	23,1	1,00	0,51	1,97	15,4	1,13	0,46	2,82
Afrodescendiente	50,3	1,59	0,90	2,82	53,3	1,11	1,01	1,23	31,4	1,16	1,05	1,28	16,9	1,10	0,87	1,40
Indígena	51,9	1,66	0,94	2,94	47,6	1,00			28,4	1,04	0,91	1,19	15,4	1,00		
Ninguno	50,0	1,58	0,89	2,78	49,5	1,04	0,95	1,13	26,2	1,00			17,6	1,11	0,91	1,35
Área de residencia																
Urbana	50,9	1,24	1,16	1,32	50,4	1,21	1,14	1,29	26,6	1,03	0,94	1,12	17,6	1,06	0,94	1,20
Rural	40,7	1,00			41,5	1,00			26,1	1,00			16,2	1,00		
Región																
Amazonas	52,6	1,05	0,93	1,18	50,9	1,03	0,91	1,17	34,4	1,28	1,09	1,51	22,5	1,41	1,06	1,87
Andina	50,2	1,02	0,97	1,08	48,2	1,04	0,98	1,10	25,8	1,01	0,96	1,07	17,3	1,03	0,85	1,25
Caribe	49,5	1,00			48,2	1,00			29,2	1,09	0,99	1,19	17,4	1,03	0,83	1,29
Orinoquia	52,4	1,06	0,97	1,17	50,5	1,10	1,00	1,21	33,4	1,27	1,12	1,43	16,5	1,00		
Pacífico	49,7	1,01	0,95	1,07	52,2	1,11	1,04	1,17	26,4	1,00			17,5	1,06	0,87	1,29
Grupo de edad																
Adulto joven (18 a 29 años)	47,1	1,00			57,9	1,73	1,56	1,93	30,5	2,30	1,91	2,78	15,8	1,18	0,97	1,43
Adulto intermedio (30 a 59 años)	52,5	1,13	1,09	1,16	44,8	1,41	1,26	1,56	24,8	1,94	1,61	2,34	19,2	1,48	1,22	1,78
Adulto mayor (≥ 60 años)	50,7	1,13	1,05	1,21	30,1	1,00			12,1	1,00			12,8	1,00		

Nota. Prev.: prevalencia; RPa: razón de prevalencia ajustada; ORa: Odds ratio ajustado; IC95 %: intervalo de confianza de 95 %. En letra negra se resaltan las razones significativamente mayores a 1.

7.2.1. Género

Las personas de género femenino presentaron una afectación significativamente mayor en los hábitos de sueño (Prev. = 50,9%; RPa = 1,08; IC95 % = 1,04 – 1,12), en la alimentación (Prev. = 27,9%; RPa = 1,19; IC95 % = 1,12 – 1,27) y en los pasatiempos (Prev. = 18,0%; RPa = 1,19; IC95 % = 1,10 – 1,28) que las de género masculino. Las personas de género no binario mostraron una afectación significativamente mayor en la alimentación (Prev. = 36,0%; RPa = 1,42; IC95 % = 1,03 – 1,94). En las personas de género masculino la única afectación significativamente mayor fue la actividad física (Prev. = 56,7%; RPa = 1,17; IC95 % = 1,14 – 1,21).

7.2.2. Nivel de ingresos

En las personas con ingresos bajos y medios se observó una afectación significativamente mayor en los hábitos de sueño (Prev. = 54,8%; RPa = 1,21; IC95% = 1,13 – 1,28 y Prev. = 48,6%; RPa = 1,11; IC95% = 1,04 – 1,17, respectivamente) y en la actividad física (Prev. = 50,5%; RPa = 1,11; IC95% = 1,05 – 1,18 y Prev. = 50,0%; RPa = 1,05; IC95% = 1,00 – 1,11, respectivamente). En las personas con ingresos bajos se identificó, también, una afectación significativamente mayor en la alimentación (Prev. = 31,3%; RPa = 1,18; IC95% = 1,07 – 1,30) y en las personas con ingresos altos en los pasatiempos (Prev. = 20,0%; RPa = 1,24; IC95% = 1,10 – 1,39).

7.2.3. Ocupación

Los estudiantes mostraron una afectación significativamente mayor en la actividad física (Prev. = 51,9%; RPa = 1,14; IC95% = 1,04 – 1,25), en los hábitos de sueño (Prev. = 57,0%; RPa = 1,16; IC95% = 1,10 – 1,21) y en los pasatiempos (19,7%; RPa = 1,54; IC95% = 1,35 – 1,75). En los trabajadores formales y no remunerados se observó una afectación significativamente mayor en los hábitos de sueño (Prev. = 49,6%; RPa = 1,09; IC95% = 1,04 – 1,14 y Prev. = 51,5%; RPa = 1,14; IC95% = 1,04 – 1,24, respectivamente) y en los pasatiempos (Prev. = 18,9%; RPa = 1,38; IC95% = 1,23 – 1,55 y Prev. = 17,1%; RPa = 1,26; IC95% = 1,02 – 1,57, respectivamente).

7.2.4. Nivel de estudios

Únicamente se observó una afectación significativamente mayor en personas con educación primaria en la alimentación (Prev. = 32%; RPa = 1,27; IC95% = 1,08 – 1,49) y con educación secundaria en los hábitos de sueño (Prev. = 45%; RPa = 1,25; IC95% = 1,09 – 1,44).

7.2.5. Grupo étnico

En las personas afrodescendientes se identificó una afectación significativamente mayor en los hábitos de sueño (Prev. = 53,3%; RPa = 1,11; IC95% = 1,01 – 1,23) y en la alimentación (Prev. = 31,4%; RPa = 1,16; IC95% = 1,05 – 1,28).

7.2.6. Área de residencia

Se observó una afectación significativamente mayor en las personas residentes en zonas urbanas en la actividad física (Prev. = 50,9%; RPa = 1,24; IC95% = 1,16 – 1,32) y en los hábitos de sueño (Prev. = 50,4%; RPa = 1,21; IC95% = 1,14 – 1,29).

7.2.7. Región

Se identificó una afectación significativamente mayor en la alimentación en las personas residentes en la región de Amazonas (Prev. = 34,4%; RPa = 1,28; IC95% = 1,09 – 1,51) y de Orinoquia (Prev. = 33,4%; RPa = 1,27; IC95% = 1,12 – 1,43). Las personas residentes en la región de Amazonas presentaron una afectación significativamente mayor en los pasatiempos (Prev. = 22,5%; RPa = 1,41; IC95% = 1,06 – 1,87) y las residentes en la región de Pacífico en los hábitos de sueño (Prev. = 52,2%; RPa = 1,11; IC95% = 1,04 – 1,17).

7.2.8. Grupo de edad

Se encontró una afectación significativamente mayor en las personas adultas jóvenes e intermedias en los hábitos de sueño (Prev. = 57,9%; RPa = 1,73; IC95% 1,56 – 1,93 y 44,8; RPa = 1,41; IC95% = 1,26 – 1,56, respectivamente) y en la alimentación (Prev. = 30,5%; RPa = 2,30; IC95% = 1,91 – 2,78 y Prev. = 24,8%; RPa = 1,94; IC95% = 1,61 – 2,34, respectivamente). Las personas adultas intermedias y mayores mostraron una afectación significativa-

mente más alta en la actividad física (Prev. = 52,5%; RPa = 1,13; IC95% = 1,09 – 1,16 y Prev. = 50,7%; RPa = 1,13; IC95% = 1,05 – 1,21, respectivamente). Las personas adultas intermedias fueron las significativamente más afectadas en los pasatiempos (Prev. = 19,2%; RPa = 1,48; IC95% = 1,22 – 1,78).

8. Salud mental

8.1. Afectación

Como se observa en la [tabla 14](#), el 35,0% de las personas que participaron en el estudio presentaron riesgo de depresión, el 31,2% de somatización, el 29,2% de ansiedad, el 21,3% de soledad y el 3,6% de baja resiliencia durante la pandemia de COVID-19.

Tabla 14. Riesgo de afectación en salud mental

	Riesgo
	<i>n</i> (%)
Depresión	6.320 (35,0)
Ansiedad	5.281 (29,2)
Somatización	5.628 (31,2)
Soledad	3.852 (21,3)
Baja resiliencia	654 (3,6)

8.2. Factores asociados

Los resultados específicos del modelo multivariado de los factores asociados a cada dimensión de afectación se muestran en la [tabla 15](#).

Tabla 15. Factores asociados al riesgo de afectación a la salud mental

	Depresión				Ansiedad				Somatización				Soledad				Resiliencia			
	Prev.	ORa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %		Prev.	ORa	IC95 %		Prev.	RPa	IC95 %	
Género																				
Femenino	36,0	1,17	1,08	1,26	30,7	1,21	1,15	1,28	35,0	1,71	1,60	1,82	21,6	1,02	0,94	1,12	3,7	1,01	0,85	1,20
Masculino	31,6	1,00			24,7	1,00			19,5	1,00			20,1	1,00			3,4	1,00		
No binario	56,0	2,50	1,54	4,06	40,0	1,42	1,06	1,90	41,3	2,12	1,61	2,78	48,0	3,22	1,98	5,24	9,3	1,18	0,57	2,42
Nivel de ingresos																				
Bajo	46,1	1,76	1,54	2,00	36,2	1,23	1,12	1,35	35,5	1,26	1,15	1,39	29,2	1,88	1,61	2,20	6,0	2,78	1,82	4,24
Medio	31,4	1,15	1,02	1,30	26,9	1,03	0,94	1,12	30,4	1,19	1,09	1,30	18,9	1,26	1,09	1,46	2,9	1,79	1,18	2,71
Alto	25,2	1,00			23,6	1,00			22,7	1,00			13,8	1,00			1,4	1,00		
Ocupación																				
Estudiante	46,0	1,48	1,31	1,67	35,6	1,21	1,03	1,42	37,8	1,30	1,10	1,54	27,7	1,36	1,06	1,75	4,7	1,63	1,23	2,18
Trabajador informal	30,7	1,00			26,6	1,02	0,87	1,21	27,5	1,08	0,91	1,29	19,5	1,04	0,80	1,35	3,0	1,00		
Trabajador formal	32,4	1,12	1,00	1,24	27,9	1,09	0,93	1,27	30,5	1,16	0,98	1,36	19,7	1,10	0,86	1,40	2,9	1,20	0,92	1,58
Trabajador no remunerado	36,7	1,33	1,08	1,64	30,3	1,16	0,95	1,41	28,2	1,11	0,90	1,36	21,6	1,19	0,87	1,64	5,4	1,75	1,15	2,65
Desempleado	34,1	1,03	0,91	1,17	28,7	1,02	0,87	1,21	30,8	1,11	0,94	1,32	20,9	1,01	0,78	1,31	4,5	1,35	1,02	1,79
Pensionado	23,8	1,05	0,84	1,31	21,5	1,00			18,7	1,00			14,5	1,00			2,7	1,18	0,69	2,02
Nivel de estudios																				
Sin estudios	38,9	1,00			44,4	1,36	0,82	2,25	50,0	1,85	1,19	2,89	16,7	1,00			44,4	10,4	7,06	15,2
Primarios	37,3	1,59	0,59	4,33	33,2	1,22	1,04	1,44	25,8	1,18	0,96	1,44	24,5	2,62	0,72	9,48	18,6	6,03	4,65	7,83
Secundarios	41,9	1,61	0,60	4,28	34,1	1,16	1,07	1,25	24,9	1,00			26,8	2,66	0,75	9,42	7,3	2,14	1,74	2,64
Universitarios	34,3	1,23	0,46	3,27	28,7	1,00			31,8	1,23	1,12	1,34	20,8	1,98	0,56	7,00	2,9	1,00		
Grupo étnico																				
Gitano o Pueblo ROM	50,0	2,05	0,90	4,67	34,6	1,22	0,73	2,04	23,1	1,06	0,54	2,08	23,1	1,11	0,43	2,83	7,7	1,55	0,39	6,06
Afrodescendiente	38,1	1,03	0,89	1,18	30,9	1,01	0,92	1,12	27,6	1,00			23,8	1,09	0,93	1,28	5,8	1,21	0,92	1,59
Indígena	37,5	1,03	0,86	1,23	31,5	1,07	0,95	1,20	27,9	1,05	0,89	1,23	24,1	1,11	0,90	1,35	5,0	1,15	0,84	1,58
Ninguno	34,7	1,00			29,0	1,00			31,5	1,16	1,05	1,29	21,0	1,00			3,4	1,00		
Área de residencia																				
Urbana	35,2	1,23	1,09	1,39	29,4	1,12	1,03	1,22	31,6	1,23	1,13	1,34	21,5	1,31	1,14	1,51	3,5	1,00		
Rural	32,5	1,00			27,0	1,00			25,5	1,00			18,5	1,00			4,6	1,08	0,85	1,36
Región																				
Amazonas	35,8	1,00			29,1	1,03	0,84	1,25	34,4	1,08	0,92	1,26	23,9	1,05	0,77	1,43	7,0	1,81	1,18	2,79
Andina	32,2	1,03	0,80	1,34	28,2	1,08	0,98	1,18	31,4	1,02	0,97	1,07	20,5	1,04	0,90	1,20	3,1	1,00		
Caribe	34,0	1,05	0,79	1,39	27,1	1,00			31,8	1,01	0,93	1,10	21,0	1,00			4,0	1,24	0,94	1,65
Orinoquia	38,2	1,33	0,97	1,81	30,9	1,16	1,00	1,35	32,0	1,07	0,95	1,21	24,1	1,23	0,97	1,56	6,8	1,84	1,37	2,48
Pacífico	39,0	1,25	0,96	1,61	31,0	1,13	1,03	1,24	30,6	1,00			22,2	1,02	0,88	1,18	3,9	1,02	0,86	1,22
Grupo de edad																				
Adulto joven (18 a 29 años)	48,0	3,56	2,93	4,31	37,3	1,84	1,58	2,14	40,1	3,07	2,52	3,74	29,4	2,69	2,14	3,37	4,6	1,82	1,14	2,90
Adulto intermedio (30 a 59 años)	26,0	1,55	1,28	1,88	23,7	1,25	1,08	1,46	25,8	2,13	1,75	2,59	15,6	1,34	1,07	1,67	3,0	1,26	0,79	2,00
Adulto mayor (≥ 60 años)	17,4	1,00			17,9	1,00			10,5	1,00			11,4	1,00			2,2	1,00		

Nota. Prev.: prevalencia; RPa: razón de prevalencia ajustada; ORa: Odds ratio ajustado; IC95 %: intervalo de confianza de 95 %. En letra negrita se resaltan las razones significativamente mayores a 1.

8.2.1. Género

Las personas de género no binario registraron la mayor prevalencia significativa de riesgo de depresión (Prev. = 56,0%; ORa = 2,50; IC95% = 1,54 – 4,06), de ansiedad (Prev. = 40,0%; RPa = 1,42; IC95% = 1,06 – 1,90), de somatización (Prev. = 41,3%; RPa = 2,12; IC95% = 1,61 – 2,78) y de soledad (Prev. = 48,0%; ORa = 3,22; IC95% = 1,98 – 5,24). En las personas de género femenino se observó una prevalencia significativamente mayor que en las de género masculino en riesgo de depresión (Prev. = 36,0%; ORa = 1,17; IC95% = 1,08 – 1,26), de ansiedad (Prev. = 30,7%; RPa = 1,21; IC95% = 1,15 – 1,28) y de somatización (Prev. = 35,0%; RPa = 1,71; IC95% = 1,60 – 1,82). En las personas de género masculino se identificó la menor prevalencia de riesgo de afectación en la salud mental. No se observaron diferencias significativas en baja resiliencia según el género.

8.2.2. Nivel de ingreso

En los cinco indicadores de salud mental se identificaron prevalencias de afectación según el nivel de ingresos. Las personas con ingresos bajos presentaron una prevalencia significativamente alta de riesgo de baja resiliencia (Prev. = 6,0%; RPa = 2,78; IC95% = 1,82 – 4,24), de soledad (Prev. = 29,2%; ORa = 1,88; IC95% = 1,61 – 2,20) y de depresión (Prev. = 46,1%; ORa = 1,76; IC95% = 1,54 – 2,00). En cambio, las personas con ingresos medios mostraron de depresión (Prev. = 31,4%; ORa = 1,15; IC95% = 1,02 – 1,30), de somatización (Prev. = 35,5%; RPa = 1,26; IC95% = 1,15 – 1,39), de soledad (Prev. = 18,9%; ORa = 1,26; IC95% = 1,09 – 1,46) y de baja resiliencia (Prev. = 2,9%; RPa = 1,79; IC95% = 1,18 – 2,71).

8.2.3. Ocupación

Los estudiantes reportaron la mayor prevalencia de riesgo de depresión (Prev. = 46,0%; ORa = 1,48; IC95% = 1,31 – 1,67), de ansiedad (Prev. = 35,6%; RPa = 1,21; IC95% = 1,03 – 1,42), de somatización (Prev. 37,8%; RPa = 1,30; IC95% = 1,10 – 1,54), de soledad (Prev. = 27,7%; ORa = 1,36; IC95% = 1,06 – 1,75) y de baja resiliencia (Prev. = 4,7%; RPa = 1,63; IC95% = 1,23 – 2,18). Los trabajadores no remunerados mostraron, también, alta prevalencia de riesgo de depresión (Prev. = 36,7%; ORa = 1,33; IC95% = 1,08 – 1,64) y de baja resiliencia (Prev. 5,4%; RPa = 1,75; IC95% = 1,15 – 2,65). Los trabajadores formales reportaron una prevalencia significativa en depresión (Prev. = 32,4%; ORa = 1,12; IC95% = 1,00 – 1,24) y los desempleados en baja resiliencia (Prev. = 4,5%; RPa = 1,35; IC95% = 1,02 – 1,79).

8.2.4. Nivel de estudios

Las personas sin estudios mostraron las mayores prevalencias de riesgo de somatización (Prev. = 50,0%; RPa = 1,85; IC95% = 1,19 – 2,89), de baja resiliencia (Prev. = 44,4%; RPa = 10,4; IC95% = 7,06 – 15,2) y de ansiedad (Prev. = 44,4%), aunque en este último caso la diferencia no fue estadísticamente significativa. En cambio, las personas con estudios primarios presentaron una prevalencia significativa en ansiedad (Prev. = 33,2%; RPa = 1,22; IC95% = 1,04 – 1,44) y en baja resiliencia (Prev. = 18,6%; RPa = 6,03; IC95% = 4,65 – 7,83). Las personas con estudios secundarios mostraron una prevalencia significativa en ansiedad (Prev. = 34,1%; RPa = 1,16; IC95% = 1,07 – 1,25) y en baja resiliencia (Prev. = 7,3%; RPa = 2,14; IC95% = 1,74 – 2,64), y las personas con estudios universitarios en somatización (Prev. = 31,8%; RPa = 1,23; IC95% = 1,12 – 1,34).

8.2.5. Grupo étnico

No se encontraron diferencias de prevalencias de afectación significativas según el grupo étnico. No obstante, la prevalencia más alta de baja resiliencia se encontró en el grupo étnico de gitanos y Pueblo ROM (Prev. = 7,7%). El mayor riesgo de somatización se halló en las personas que no se identificaron con ningún grupo étnico (Prev. = 31,5%; RPa = 1,16, IC95% = 1,05 – 1,29).

8.2.6. Área de residencia

Las personas residentes en área urbana presentaron una prevalencia significativamente mayor en el riesgo de depresión (Prev. = 35,2%; ORa = 1,23; IC95% = 1,09 – 1,39), de ansiedad (Prev. = 29,4%; RPa = 1,12; IC95% = 1,03 – 1,22), de somatización (Prev. = 31,6%; RPa = 1,23; IC95% = 1,13 – 1,34) y de soledad (Prev. = 21,5%; ORa = 1,31; IC95% = 1,14 – 1,51). La diferencia en prevalencia de baja resiliencia no fue estadísticamente significativa.

8.2.7. Región

Se identificó una prevalencia significativamente mayor de baja resiliencia en las personas residentes en las regiones de Amazonas (Prev. = 7,0%; RPa = 1,81; IC95% = 1,18 – 2,79) y de Orinoquia (Prev. = 6,8%; RPa = 1,84; IC95% = 1,37 – 2,48). La prevalencia de riesgo de ansiedad fue más alta en residentes de las regiones de Orinoquia (Prev. = 30,9%; RPa = 1,16; IC95% = 1,00 – 1,35) y de Pacífico (Prev. = 31,0%; RPa = 1,13; IC95% = 1,03 – 1,24). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los otros indicadores de salud mental.

8.2.8. Grupo de edad

Se encontraron prevalencias estadísticamente significativas según los grupos edad. Las personas adultas jóvenes presentaron una

prevalencia más alta de riesgo de depresión (Prev. = 48,0%; ORa = 3,56; IC95% = 2,93 – 4,31), de somatización (Prev. = 40,1%; RPa = 3,07; IC95% = 2,52 – 3,74), de soledad (Prev. = 29,4%; ORa = 2,69; IC95% = 2,14 – 3,37) y de baja resiliencia (Prev. = 4,6%; RPa = 1,82; IC95% = 1,14 – 2,90). Las personas adultas intermedias mostraron una prevalencia significativa en depresión (Prev. = 26,0%; ORa = 1,55; IC95% = 1,28 – 1,88), ansiedad (Prev. = 23,7%; RPa = 1,25; IC95% = 1,08 – 1,46), somatización (Prev. = 25,8%; RPa = 2,13; IC95% = 1,75 – 2,59) y soledad (Prev. = 15,6%; ORa = 1,34; IC95% = 1,07 – 1,67).



Conclusiones

En este capítulo se presentan algunas conclusiones generales que podrían considerarse para la planeación de estrategias de prevención e intervención en la población colombiana. Como indicador del tamaño del efecto, en este análisis se consideraron tres niveles de mayor afectación relativa a partir de las siguientes puntuaciones Z : grado 1 = *: $0,5 < Z \leq 1,5$; grado 2 = **: $1,5 < Z \leq 2,5$; y grado 3 = ***: $Z > 2,5$.

1. Las *personas de género no binario* presentaron prevalencias altas en 26 de los 35 indicadores: 6 en grado uno (*), 16 en grado dos (**) y cuatro en grado tres (***).
2. Las *personas sin estudios* reportaron prevalencias altas en 22 indicadores de 35 y las *personas con estudios primarios* en 21 de 35. Particularmente, las *personas sin estudios* concentraron 15 de los 27 en grado tres (***), situándose, por ende, en el nivel de afectación más pronunciado entre todos los grupos analizados. Las *personas con estudios secundarios* presentaron prevalencias altas en 16 de 35, siendo todos ellos en grado uno (*).
3. Las *personas con ingresos bajos* obtuvieron prevalencias altas en 18 de 35 indicadores, siendo 12 de estos en grado uno (*).
4. Las *personas residentes en la región de Amazonas* mostraron prevalencias altas en 18 de 35 indicadores, siendo 15 de estos en grado uno (*); y en la *región de Orinoquia* en 11 de 35 indicadores, siendo 10 en grado uno (*).

5. Las *personas adultas jóvenes* presentaron prevalencias altas en 14 de 35 indicadores, siendo 12 de estos en grado uno (*).
6. Los *estudiantes* obtuvieron prevalencias altas en 11 de los 35 indicadores, siendo 10 de estos en grado uno (*).
7. Las *personas pertenecientes a minorías étnicas* presentaron altas prevalencias entre 7 y 11 de 35 indicadores, solo tres en grado dos (**). Las *personas que no se identificaron con algún grupo étnico* no presentaron alta prevalencia en ningún indicador.

En las siguientes líneas, se presenta una síntesis global de los grupos poblacionales más afectados por la pandemia, según el orden de priorización planteado.

9.1. Género

Las personas de género no binario mostraron prevalencias altas en síntomas de depresión (56,0%), somatización (41,3%) y ansiedad (40,0%), acompañado de una prevalencia destacable de soledad (48,0%). Se identificaron, también, altas afectaciones en la adaptación a los cambios (64,0%), en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (62,7%) y en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (21,3%), así como en conductas de prevención como el uso de mascarillas (29,3%), el lavado de las manos (42,7%), el mantenimiento de la distancia física (26,7%), el quedarse en casa (36,0%), el acceso a la mascarilla (29,3%) y el acceso a información de autoridades y personas expertas (17,3%).

Del mismo modo, se observaron afectaciones de desconfianza en autoridades como el gobierno nacional (80,0%), el gobierno regional (64,0%), la población general (78,7%) y la comunidad científica (48,0%), así como en la percepción de amenaza futura en la salud (28,0%) y las relaciones sociales (24,0%). Además, se presentaron afectaciones en las relaciones con la pareja o familia (37,3%), con los vecinos (24,0%), con los conocidos (40,0%) y en

los ingresos económicos (64,0%) y en la actividad física (54,7%), la alimentación (36,0%) y los pasatiempos (22,7%). En total, este grupo reportó 26 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 6 correspondían al grado de priorización 1 (*), 16 al grado 2 (***) y 4 al grado 3 (**).

9.2. Nivel de estudios

Las personas con estudios secundarios obtuvieron prevalencias altas en síntomas de depresión (41,9%) y ansiedad (34,1%), acompañado de una prevalencia destacable de soledad (26,8%). Este grupo mostró, también, afectaciones en la adaptación a los cambios (50,0%), en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (46,9%), en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (20,4%) y en la búsqueda de información (35,4%), así como en la desconfianza en autoridades como el gobierno nacional (69,5%), el gobierno regional (59,6%), el personal de salud (33,7%) y la comunidad científica (40,5%). Del mismo modo, en la percepción de amenaza futura en el empleo (37,3%), los ingresos (42,0%), la salud (26,8%) y las relaciones sociales (21,9%) e impacto en los ingresos económicos (66,9%). En total, este grupo reportó 16 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 16 correspondían al grado de priorización 1 (*).

Las personas con estudios primarios obtuvieron prevalencias altas en síntomas de ansiedad (33,2%), acompañado de una prevalencia destacable de baja resiliencia (18,6%). Se identificaron afectaciones en la adaptación a los cambios (59,0%), en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (54,0%), en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (20,5%) y en la búsqueda de información (33,9%), así como en conductas de prevención como el uso de mascarillas (21,0%), el lavado de las manos (42,6%), el mantenimiento de la distancia física (39,8%), el quedarse en casa

(47,8%), el acceso a la mascarilla (45,0%) y el acceso a información de autoridades y personas expertas (39,8%). En esta misma línea, se observaron afectaciones de desconfianza en autoridades como el gobierno nacional (70,8%), el gobierno regional (66,2%) y la comunidad científica (57,5%); en el impacto en las relaciones con la pareja o familia (27,6%), con los vecinos (23,9%), con los conocidos (29,8%) y en los ingresos económicos (65,5%); y en la alimentación (32,0%) y pasatiempos (19,3%). En total, este grupo reportó 21 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 9 correspondían al grado de priorización 1 (*), 7 al grado 2 (***) y 5 al grado 3 (**).

Las personas sin estudios reportaron prevalencias altas en síntomas de ansiedad (44,4%) y somatización (50,0%), acompañado de una prevalencia destacable de baja resiliencia (44,4%). Se reconocieron afectaciones en la adaptación a los cambios (72,2%) y en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (77,8%), así como en conductas de prevención como el uso de mascarillas (50,0%), el lavado de las manos (66,7%), el mantenimiento de la distancia física (44,4%), el quedarse en casa (55,6%), el acceso a la mascarilla (38,9%) y el acceso a información de autoridades y personas expertas (33,3%). También, se observaron afectaciones de desconfianza en autoridades como el gobierno nacional (72,2%), el gobierno regional (66,7%) y la comunidad científica (72,2%); en la percepción de amenaza futura en los ingresos (44,4%); en las relaciones con la pareja o familia (33,3%), con los vecinos (38,9%), con los conocidos (27,8%) y en los ingresos económicos (77,8%); y en la alimentación (33,3%) y pasatiempos (27,8%). En total, este grupo reportó 22 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 3 correspondían al grado de priorización 1 (*), 4 al grado 2 (***) y 15 al grado 3 (**).

9.3. Nivel de ingresos

Las personas con ingresos bajos obtuvieron prevalencias altas en síntomas de depresión (46,1%), somatización (37,8%) y ansiedad (35,6%), acompañado de una prevalencia destacable de soledad (29,2%). Este mismo grupo presentó, también, afectaciones en la adaptación a los cambios (48,5%), en la desconfianza en autoridades como el gobierno nacional (75,2%), el gobierno regional (59,3%), la población general (80,1%) y el personal de salud (30,5%); en la percepción de amenaza futura en el empleo (54,2%), los ingresos (61,2%), la salud (27,8%) y las relaciones sociales (23,1%); en las relaciones de pareja o familia (29,0%), los ingresos económicos (80,8%) y la actividad laboral (78,8%); y en los hábitos de sueño (54,8%) y la alimentación (31,2%). En general, este grupo reportó 18 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 12 correspondían al grado de priorización 1 (*), 4 al grado 2 (**), y 2 al grado 3 (***)

9.4. Región

Las personas residentes en las regiones de Orinoquia y Amazonas mostraron altas prevalencias de afectación. Las residentes en Orinoquia obtuvieron mayores afectaciones en la adaptación al cambio (46,1%), en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (31,8%) y en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (21,0%); en la desconfianza en autoridades como el personal de salud (32,7%); en la percepción de amenaza futura en la salud (27,7%) y en las relaciones sociales (21,2%); en las relaciones con conocidos (34,1%) y la actividad laboral (67,7%); y en la actividad física (52,4%), los hábitos de sueño (50,5%) y la alimentación (33,4%). En total, este grupo mostró 11 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 10 correspondían al grado de priorización 1 (*) y 1 al grado 2 (**).

Las residentes en Amazonas mostraron prevalencias altas en somatización (34,4%); en la adaptación a los cambios (47,7%), en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (38,6%) y en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (22,8%); en quedarse en casa (26,7%); y en la desconfianza en autoridades como el gobierno nacional (69,8%), el gobierno regional (57,9%) y el personal de salud (31,2%). Del mismo modo, en la percepción de amenaza futura en la salud (28,4%) y en la posibilidad de enfermar (40,7%); en las relaciones con pareja o familia (30,9%), vecinos (20,0%) y conocidos (36,5%); y en la actividad física (52,6%), los hábitos de sueño (50,9%), la alimentación (34,4%) y los pasatiempos (22,5%). En total, este grupo mostró 18 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 13 correspondían al grado de priorización 1 (*) y 5 al grado 2 (**).

9.5. Grupo de edad

Las personas adultas jóvenes, con edades comprendidas entre los 18 a 29 años, mostraron prevalencias altas en síntomas de depresión (48,0%), somatización (40,1%) y ansiedad (37,3%), acompañado de una prevalencia destacable de soledad (29,4%). Este grupo poblacional presentó, también, altas prevalencias de afectación en la adaptación a los cambios (47,4%); en la desconfianza en el gobierno nacional (76,3%) y el público en general (83,1%); en la percepción de amenaza futura en los ingresos (43,9%), las relaciones sociales (21,7%) y la posibilidad de que otros enfermen (38%); en las relaciones con la pareja o familia (29,2%); y en los hábitos de sueño (57,9%) y la alimentación (30,5%). En total, este grupo mostró 14 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 12 correspondían al grado de priorización 1 (*) y 2 al grado 2 (**).

9.6. Grupo étnico

Las personas pertenecientes a minorías étnicas mostraron altas prevalencias de afectación. En las personas gitanas o del Pueblo ROM se identificaron afectaciones en síntomas de depresión (50,0%) y ansiedad (34,6%%). En estas mismas personas se reconocieron afectaciones en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (19,2%); en la percepción de amenaza futura en la salud (26,9%), en la posibilidad de enfermar (46,2%) y en la posibilidad de que otros enfermen (53,9%); y en los ingresos económicos (34,6%). En total, este grupo reportó 7 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 5 correspondían al grado de priorización 1 (*) y 2 al grado 2 (**).

En las personas afrodescendientes se reconocieron afectaciones en la necesidad de salir de la vivienda más de una vez a la semana (20,0%) y buscar información sobre coronavirus (36,3%); en la desconfianza en autoridades como el gobierno nacional (69,5%), el gobierno regional (58,3%), el personal de salud (31,7%) y la comunidad científica (36,3%); en la percepción de amenaza futura en las relaciones sociales (20,8%); y en los hábitos de sueño (53,3%) y la alimentación (31,4%). En total, este grupo reportó 9 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales todos correspondían al grado de priorización 1 (*).

En las personas indígenas se observaron afectaciones en el proceso de adaptación (46,5%); en la desconfianza en autoridades como el gobierno nacional (74,1%), el gobierno regional (59,7%) y el personal de salud (32,2%); en la percepción de amenaza futura en el empleo (41,7%), los ingresos (44,1%), la salud (28,7%) y las relaciones sociales (21,3%); en las relaciones con conocidos (31,1%) y los ingresos económicos (62,5%); y en la actividad física (51,9%). En total, este grupo reportó 11 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 10 correspondían al grado de priorización 1 (*) y 1 al grado 2 (**).

9.7. Ocupación

Las personas con ocupación de estudiantes mostraron prevalencias significativamente altas en síntomas de depresión (46,0%), somatización (37,8%) y ansiedad (35,6%), acompañado de una prevalencia destacable de soledad (27,7%). Este grupo presentó, del mismo modo, altas afectaciones en la desconfianza en el gobierno nacional (71,5%) y público en general (81,0%); en la percepción de amenaza futura en el empleo (37,1%) y las relaciones sociales (21,6%); y en la actividad física (51,9%), los hábitos de sueño (57,0%) y la alimentación (28,4%). En total, este grupo mostró 11 de 35 indicadores de alta prevalencia, de los cuales 10 correspondían al grado de priorización 1 (*) y 1 al grado 2 (**).

10. Impacto global

Globalmente, el género, el nivel de ingresos y el nivel de estudios son, de entre los factores analizados, los que mayor capacidad explicativa presentan en relación a los impactos psicosociales de la pandemia evaluados. Las personas con bajo nivel de ingresos, sin estudios o estudios primarios y/o de género no binario son las que presentan una mayor afectación en el conjunto de indicadores. El área de residencia es la variable con menor capacidad explicativa, quedando el resto de factores (ocupación, grupo étnico, región y grupo de edad) en una posición intermedia en su capacidad explicativa.

En la [tabla 1](#) se presenta un resumen de priorización de los grupos más afectados por la pandemia de COVID-19.

Tabla 1. Priorización de grupos más afectados por la pandemia

	Dificultades en adaptación				Conductas de prevención						Confianza en autoridades				Percepción de amenaza						
	Adaptación a cambio	Extensión restricciones	Salidas de casa	Búsqueda información	Mascarilla	Lavado de manos	Distancia física	Quedarse en casa	Acceso mascarilla	Acceso información	Gobierno nacional	Gobierno regional	Población general	Personal de salud	Científicos	Empleo	Ingresos	Salud	Relaciones	Enfermar	Enfermar otros
Género																					
Femenino																					
Masculino			*																	*	
No binario	**	**	**		*	**	**	**	**	*	**	*	*	**			**	**			
Nivel de ingresos																					
Bajo	*										*	*	*	*		***	***	**	**		
Medio																					
Alto																				*	*
Ocupación																					
Estudiante											*	*			*				*		
Trabajador informal																					
Trabajador formal																				*	*
Trabajador no remunerado																					
Desempleado															*	*					
Pensionado				*	*																
Nivel de estudios																					
Sin estudios	***	***			***	***	***	***	***	***	*	**		***	***	*					
Primarios	**	*	*	*	***	**	***	***	***	***	*	**		**	**						
Secundarios	*	*	*	*							*	*		*	*	*	*	*	*		
Universitarios																				*	
Grupo étnico																					
Gitano o pueblo ROM			*															*	*	*	**
Afrodescendiente			*	*							*	*		*	*				*		
Indígena	*										*	*		*	*	*	**	*			
Ninguno																					
Área de residencia																					
Urbana																					
Rural					*																
Región																					
Amazonas	*		**	*			*			*	*	*	*				**		*		*
Andina																				*	*
Caribe											*	*	*								
Orinoquia	*		**	*									*				*	*			
Pacífico										*	*	*									
Grupo de edad																					
Adulto joven (18 a 29 años)	*									*	*	*				*		*		*	*
Adulto intermedio (30 a 59 años)				*															*		
Adulto mayor (> 60 años)				***	*																

	Impacto social, laboral y económico				Estilo de vida				Salud mental				Total *	Total **	Total ***	Total		
	Pareja o familia	Vecinos	Conocidos	Ingresos económicos	Actividad laboral	Actividad física	Hábitos de sueño	Alimentación	Pasatiempos	Depresión	Ansiedad	Somatización					Soledad	Resiliencia
Género																		
Femenino						*					*				2	0	0	2
Masculino			*		**										3	1	0	4
No binario	***	**	***	*	*		**	**	***	**	**	***			6	16	4	26
Nivel de ingresos																		
Bajo	*			**	**	*	*		*	*	*	*			12	4	2	18
Medio															0	0	0	0
Alto								*							3	0	0	3
Ocupación																		
Estudiante						*	**	*	*	*	*	*			10	1	0	11
Trabajador informal				*	*										2	0	0	2
Trabajador formal															2	0	0	2
Trabajador no remunerado				*	*	*									3	0	0	3
Desempleado				*	*										4	0	0	4
Pensionado															2	0	0	2
Nivel de estudios																		
Sin estudios	**	***		**	**		*	***		***	***		***		3	4	15	22
Primarios	*	**		*			*	*		*			**		9	7	5	21
Secundarios				*					*	*		*			16	0	0	16
Universitarios															1	0	0	1
Grupo étnico																		
Gitano o pueblo ROM				*					**	*					5	2	0	7
Afrodescendiente						*	*								9	0	0	9
Indígena			*	*	*										10	1	0	11
Ninguno															0	0	0	0
Área de residencia																		
Urbana															0	0	0	0
Rural															1	0	0	1
Región																		
Amazonas	*	*	**			*	*	**	**			*			13	5	0	18
Andina															2	0	0	2
Caribe															3	0	0	3
Orinoquia			*	*	*	*	*								10	1	0	11
Pacífico						*									4	0	0	4
Grupo de edad																		
Adulto joven (18 a 29 años)	*					**	*		**	*	*	*			12	2	0	14
Adulto intermedio (30 a 59 años)					*			*							4	0	0	4
Adulto mayor (≥ 60 años)															1	0	1	2

En este análisis se consideraron tres niveles de mayor afectación relativa a partir de las siguientes puntuaciones Z: *: $0,5 < Z \leq 1,5$; **: $1,5 < Z \leq 2,5$; y ***: $Z > 2,5$.



Recomendaciones

1. Reflexiones sobre el impacto de la pandemia

Cuando, en línea con la declaración de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1], se concibe la salud mental no solamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de total bienestar físico, social y mental, el colectivo de profesionales de la salud se enfrenta a una enorme responsabilidad: ¿qué es necesario para que las personas sean conscientes de sus propias capacidades, afronten las tensiones de su vida, trabajen de forma productiva y contribuyan a su comunidad? Con certeza, la respuesta a esta pregunta requiere, por un lado, reconocer las potencialidades de las personas y, por el otro, propender contextos sociales, económicos y políticos que contribuyan a la prevención de la enfermedad y a la promoción de hábitos saludables. En este sentido, la evaluación del impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia suscitan varias reflexiones y recomendaciones que se desarrollan en este último capítulo.

Los hallazgos del estudio PSY-COVID aportan evidencia de las afectaciones generadas por la pandemia en las 18.061 personas encuestadas durante la primera fase de flexibilización de las restricciones de movilidad en Colombia (20/05/2020 a 20/06/2020).

En cuanto a los indicadores de salud pública, se identificaron altas afectaciones en la adaptación a los cambios (37,0%), en la capacidad de resistir posibles extensiones de las restricciones de movilidad más allá de unas pocas semanas (36,0%) y en la búsqueda de información (30,0%), así como en conductas de prevención como el uso de mascarilla (20,7%) y el lavado de manos (18,4%). Del mismo modo, se encontraron afectaciones en la confianza en colectivos como la población general (77,0%), el gobierno nacional (64,2%) y el gobierno regional (48,5%); en la percepción de amenaza de enfermar (43,9%), de que enfermen otros (39,0%), de los ingresos (38,1%) y del empleo (33,7%); en el impacto en la actividad laboral (63,3%), los ingresos económicos (55,2%) y las relaciones con conocidos (28,3%); y en la actividad física (50,1%), los hábitos de sueño (49,7%) y la alimentación (26,6%).

Respecto a los indicadores de salud mental, se encontraron síntomas destacables de depresión (35,0%), somatización (31,2%) y ansiedad (29,2%). En cambio, en relación a los factores de vulnerabilidad, se identificó un porcentaje significativo de personas con experiencia subjetiva de soledad (21,3%), así como de baja resiliencia (3,6%). En Colombia, hay evidencia de que la salud mental era precaria antes de la pandemia [2]. Sin embargo, en comparación al informe reportado por la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) se encontró entre 2,5 y 2,8 veces más personas con síntomas de ansiedad y entre 1,5 y 1,9 veces más personas con síntomas de depresión. Los resultados obtenidos son similares a los hallazgos reportados en el Estudio Solidaridad de Profamilia al inicio de la pandemia [3, 4] y a los indicados en la Encuesta Pulso Social del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [5] al final de las restricciones de movilidad más severas. Las afectaciones son, también, porcentualmente más altas que en otras investigaciones internacionales que se han realizado en población general, en fases iniciales o durante la pandemia [6-10].

1.1. Grupos poblacionales más afectados

En este libro de investigación se analizaron las afectaciones en la salud mental durante la pandemia de COVID-19 en la población colombiana según el modelo de *determinantes sociales de la salud* propuesto por la OMS [10]. En general, los grupos poblacionales más afectados por la pandemia fueron las personas de género no binario, sin estudios o con estudios bajos, con ingresos bajos, residentes en las regiones de Amazonas y Orinoquia, adultas jóvenes, pertenecientes a minorías étnicas y con ocupación de estudiantes. En congruencia con la OMS y con otras investigaciones previas, estos resultados destacan la distribución desigual de recursos como un factor estructural de alta afectación en la salud mental de la población [12].

2. Recomendaciones de intervención

La primera recomendación al gobierno nacional de Colombia (instancia a quien corresponde elaborar y desarrollar una estrategia integral de salud mental y salud pública para el control de la pandemia causada por el SARS – CoV-2) es diseñar, implementar y evaluar planes y programas de prevención y promoción de las conductas individuales y colectivas que posibilitan la adherencia a las medidas no farmacológicas, fundamento de la contención, la mitigación y la supresión de la pandemia. En particular, y mientras no se avance en un plan de vacunación global que contribuya a la inmunidad a la COVID-19, se requieren intervenciones que garanticen la seguridad de los grupos poblacionales más afectados. Resulta necesario, también, facilitar el acceso a las mascarillas, así como educar a las personas sobre la importancia de lavarse las manos, conservar la distancia física, quedarse en casa y salir para lo estrictamente necesario [13]. En caso de que se tengan que implementar nuevamente las cuarentenas, es imperativo promover un sistema

que contribuya a que la población pueda cumplir de manera estricta con esta medida.

Estas intervenciones que en la actualidad forman parte del abecé de la contención, la mitigación y la supresión de la pandemia debería dirigirse a poblaciones específicas. De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, las campañas orientadas a cambiar actitudes y los comportamientos inadecuados en la adopción de las medidas no farmacológicas de prevención deben ir dirigidas prioritariamente a las personas de género no binario, sin estudios o con niveles bajos, con ingresos bajos, residentes en las regiones de Amazonas y Orinoquia, adultas jóvenes, pertenecientes a minorías étnicas y con ocupación de estudiantes.

La segunda recomendación general es reconocer la relevancia del enfoque de *determinantes sociales de la salud*, validado con los resultados de esta investigación. La evidencia recopilada señala afectaciones socioeconómicas negativas que muestran la urgencia de establecer y mantener las medidas de “renta básica” que han sido implementadas en otros países y recomendadas en Colombia, con el propósito de garantizar un mínimo de seguridad económica. Estas medidas deberían proteger especialmente a las personas adultas jóvenes, grupo poblacional que difícilmente se percibe en riesgo, pero que está seriamente afectado. Del mismo modo, estas medidas deben incluir a las personas en desempleo y a las que tienen empleos informales, presionadas a salir a la calle y a adoptar conductas de mayores riesgos individuales y colectivos para sobrevivir.

La tercera recomendación es intervenir no únicamente las conductas individuales o colectivas, sino que también los determinantes sociales que las propician. En este sentido, es necesario que en el diseño de los programas de promoción, prevención y atención se empleen metodologías que reconozcan este enfoque [14]. Herramientas metodológicas como *Intervention Mapping* pueden ser de gran utilidad, en tanto implican definir objetivos comportamentales

de intervención específicos (objetivos de desempeño) y objetivos orientados a la transformación de las condiciones socioambientales asociadas a las conductas problema (objetivos de cambio), cuya aplicación requieren de la participación comunitaria y de la incidencia sobre políticas públicas u otros determinantes sociopolíticos y culturales [15].

La cuarta recomendación, dirigida tanto al gobierno nacional como a los gobiernos regionales y locales, es priorizar la salud mental en Colombia. De manera similar a lo encontrado en otros países, estos resultados señalaron que cerca de una tercera parte de las personas encuestadas han presentado problemas psicofisiológicos, como síntomas de depresión, ansiedad y somatización. En ese punto, es relevante resaltar especialmente las diferencias de género, pues en estos tres indicadores de salud mental se encontraron diferencias significativas que aportan evidencia del impacto psicológico diferencial de la pandemia en las personas de género no binario y femenino. Resultados previos del estudio PSY-COVID reconocieron a las mujeres jóvenes adultas (de 18 a 29 años) con menores ingresos como el perfil poblacional más afectado por la pandemia [16, 17].

Ante la gravedad de esta situación, se recomienda un plan de acción especial y concreto para la pandemia que supere tanto las actividades importantes, pero aisladas que se vienen desarrollando, como la mera formulación de políticas públicas que difícilmente se materializan. En este orden de ideas, podría tomarse como punto de referencia la “Propuesta de implementación de política de salud mental en la crisis de la COVID-19” presentada por el Dr. Leonidas Castro, del Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes y el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC), al Consejo Nacional de Salud Mental en abril de 2020¹. La propuesta define un modelo escalonado con los distintos niveles de com-

¹ La propuesta de implementación completa puede consultarse en el siguiente enlace: <http://bit.ly/propuestacolpsic>

plejidad en la promoción, prevención y atención psicológica y los tipos de intervención apropiados a cada nivel. Igualmente, indica los grupos poblacionales a las que se dirigen las intervenciones y sus enfoques y técnicas psicoterapéuticas. El modelo propuesto también resalta la importancia de que todas las acciones se coordinen en los Consejos Territoriales de Salud Mental creados por la Ley 1616 de 2013.

La seguridad económica y alimentaria son requisitos indispensables para preservar la salud mental en tiempos de pandemia. Además, el estudio encontró que cerca de la mitad de la población ha sufrido alteraciones en la actividad física y en los hábitos de sueño. Dada la integralidad existente entre la salud física y la salud mental, es imprescindible orientar, educar y facilitar masivamente a la población en el cumplimiento de los mínimos diarios de actividad física y de horas de sueño reparador. Los resultados de esta investigación permiten plantear las siguientes recomendaciones generales, todas relacionadas con el imperativo de avanzar en la superación de las inequidades y las desigualdades sociales existentes en Colombia:

- Urgen programas para la población que no se identifica con las clasificaciones heteronormativas o binarias de hombre-mujer o masculino-femenino. Debido al estigma y a la discriminación, la mayoría de estas personas están económica y psicológicamente más afectadas en comparación a otros grupos. Este estudio aporta evidencia de que estas personas constituyen uno de los grupos más afectados por síntomas de depresión, ansiedad y somatización durante la pandemia.
- Para mitigar las inequidades en salud persistentes a través de los años entre las regiones urbanas, populosas y rurales, alejadas de los centros administrativos y con población dispersa, se requieren planes y programas especiales de salud pública y atención primaria en salud y en salud mental. Particularmente, los indicadores de afectación identificados en las regiones de Amazonas

y de Orinoquia demuestran que en estas áreas los servicios de consulta y de psicoterapia en línea son imprescindibles. Resulta necesario reconocer el enfoque cultural de las comunidades a las que se presta la atención, así como capacitar adecuadamente a profesionales y usuarios para adaptar estos servicios a las nuevas tecnologías. El impacto en la salud mental tiene sus propias características en estos territorios y difiere de las zonas urbanas de las grandes ciudades en las que las situaciones y los estímulos que generan estrés son generalmente diversos, intensos y frecuentes.

- Las personas afrodescendientes e indígenas, así como las gitanas o Pueblo ROM, mostraron afectaciones negativas en varios indicadores de salud mental y salud pública. Una vez más, se recomienda enfatizar en los determinantes socioeconómicos y en las formas particulares en las que estas condiciones materiales afectan su salud mental y su estilo de vida.
- El impacto de la pandemia es desigual según la etapa del desarrollo o del ciclo de vida en la que se encuentren las personas. Se recomienda, por ende, continuar desarrollando intervenciones de prevención atención y promoción de la salud mental dirigidas diferencialmente a personas adultas jóvenes, intermedias y mayores.
- Los resultados de esta investigación revelaron una alta desconfianza en el gobierno nacional y los gobiernos regionales, especialmente en las personas con menores ingresos, con menor escolaridad, con ocupación de estudiantes y residentes en áreas rurales. Siendo el Estado la autoridad responsable en el manejo de la pandemia, es crítico para la efectividad de los programas que se implementen que la imagen del gobierno merezca la confianza de la población colombiana. Este aspecto es prioritario, pues la falta de confianza de la población en el sistema de salud ha sido una constante en los últimos años.

3. Consideraciones finales

El estudio PSY-COVID tiene algunas limitaciones y fortalezas que deben considerarse en la interpretación de los resultados y en la implementación de las recomendaciones.

3.1. Limitaciones

1. El muestreo no probabilístico de este estudio dificulta la representatividad y la generalización de las estimaciones de prevalencias de afectación.
2. La recolección de información en línea impactó negativamente en la representación de grupos poblacionales con dificultades de conexión internet, con desconocimiento en el uso de nuevas tecnologías y con baja alfabetización.
3. Los indicadores de salud mental y salud pública evaluados provinieron de formularios autoadministrados, lo cual pudo introducir sesgos de interpretación según características sociodemográficas.

3.2. Fortalezas

1. PSY-COVID se sitúa actualmente como una de las investigaciones más recientes en evaluar el impacto en la salud mental en las personas durante la pandemia de COVID-19 en Colombia.
2. El tamaño y la heterogeneidad sociodemográfica de la muestra posibilita potentes ratios de respuesta por habitantes en los diferentes *determinantes sociales de la salud* explorados en los análisis de este libro.

3. Las variables de este estudio fueron seleccionadas a partir de un análisis riguroso de la literatura y de modelos de salud mental y salud pública.
4. Los instrumentos empleados, validados por un amplio panel de expertos internacionales, obtuvieron adecuados índices fiabilidad en la muestra del estudio.
5. El análisis multivariante propuesto en este libro posibilita ejercer control estadístico sobre los *determinantes sociales de la salud* menos representados en la muestra.
6. Los hallazgos de este estudio visibilizan las inequidades sociales ya existentes en salud y contribuye a la construcción de recomendaciones actualizadas basadas en la evidencia.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2016). *Encuesta de Salud Mental 2015*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
3. Rivillas-García, J. C., Murad-Rivera, R., Marcela-Sánchez, S., Rivera-Montero, D., Calderón-Jaramillo, M., Castaño, L. M. y Royo, M. (2020). *Respuesta social a las medidas del gobierno para controlar el nuevo coronavirus durante la etapa temprana en Colombia, 8-20 de abril de 2020*. Asociación Profamilia. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24752.10249>

4. Sánchez, S. M., Rivera-Montero, D., Murad-Rivera, R., Calderón-Jaramillo, M., Roldán, D., Castaño, L. M. y Rivillas, J. C. (2020). *Cambios de comportamientos, higiene y expectativas luego de la cuarentena para controlar COVID-19 en Colombia: encuesta poblacional entre 1 – 13 de septiembre de 2020*. Asociación Profamilia. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35275.00806>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2020). *Encuesta Pulso Social: Salud mental en Colombia: una aproximación desde las estadísticas oficiales en el contexto de pandemia*. <https://www.dane.gov.co/files/webinar/presentacion-webinar-salud-mental-en-colombia-21-10-2020.pdf>
6. Ren, X., Huang, W., Pan, H., Huang, T., Wang, X. y Ma, Y. (2020). Mental health during the COVID-19 outbreak in china: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1033-1045. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09796-5>
7. Mamun, M. A., Sakib, N., Gozal, D., Bhuiyan, A. I., Hossain, S., Bodrud-Doza, M., Mamun F. A., Hosen, I., Safiq M. B., Abdullah A. H., Sarker, A., Rayhan, I., Sikder, T., Muhit, M., Lin C. Y., Griffiths, M. D. y Pakpour, A. H. (2021). The COVID-19 pandemic and serious psychological consequences in Bangladesh: A population-based nationwide study. *Journal of Affective Disorders*, 279, 462-472. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.036>
8. Daly, M., Sutin, A. R. y Robinson, E. (2021). Depression reported by US adults in 2017–2018 and March and April 2020. *Journal of Affective Disorders*, 278, 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.065>

9. Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldiero, M. A. y Rosa, A. R. (2021). COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>
10. Planchuelo-Gómez, Á., Odriozola-González, P., Irurtia, M. J. y de Luis-García, R. (2020). Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 277, 842–849. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.018>
11. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
12. Cifuentes, M. P., Rodríguez-Villamizar, L. A., Rojas-Botero, M. L., Álvarez-Moreno, C. y Fernández-Niño, J. A. (2020). Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: A cohort nation-wide study. *medRxiv preprint*. <https://doi.org/10.1101/2020.12.14.20248203>
13. Patiño-Lugo, D. F., Vélez, M., Velásquez-Salazar, P., Vera-Giraldo, C. Y., Vélez, V., Marín, I. C., Ramírez, P. A., Pemberthy, S., Castrillón, E., Pineda, D. A. y Hernández, G. (2020). Non-pharmaceutical interventions for containment, mitigation and suppression of COVID-19 infection. *Colombia Médica*, 51(2), e4266. <https://dx.doi.org/10.25100/cm.v51i2.4266>

14. Noone, C., Warner, N., Byrne, M., Durand, H., Lavoie, K. L., McGuire, B. E., Mc Sharry, J., Meade, O., Morrissey, E., Mollay, G., O'Connor, L. y Toomey, E. (2020). Investigating and evaluating evidence of the behavioural determinants of adherence to social distancing measures - A protocol for a scoping review of COVID-19 research. *HRB Open Research*, 3, 46. <https://dx.doi.org/10.12688/hrbopenres.13099.2>
15. Fernández, M. E., Ten Hoor, G. A., van Lieshout, S., Rodríguez, S. A., Beidas, R. S., Parcel, G., Ruiter, R. A., Markham, C. M. y Kok, G. (2019). Implementation mapping: Using intervention mapping to develop implementation strategies. *Frontiers in Public Health*, 7, 158. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00158>
16. Sanabria-Mazo, J. P., Riaño-Lara, V., Rojas, J. S., Ferrero, G., Acuña, K., Guevara, A. y Sanz, A. (2020). *Efectos en la salud mental de la población colombiana durante la pandemia de COVID-19*. https://www.researchgate.net/publication/342992611_Efectos_en_la_salud_mental_de_la_poblacion_colombiana_durante_la_pandemia_del_COVID-19
17. Sanabria-Mazo, J. P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P. P., Rojas-Gualdrón, D. F., Canedo, C. M., Carmona-Cervelló, M. y Sanz, A. (2021). Social inequities in the impact of COVID-19 lockdown measures on the mental health of a large sample of the Colombian population (PSY-COVID study). *OSFpreprints*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/bt9p2>