

Determinantes psicosociales, adherencia a políticas de salud y búsqueda de apoyo en adultos de la ciudad de Córdoba, Argentina, en contexto de pandemia

Psychosocial determinants, adherence to health policies, and support searching in adults in Córdoba city, Argentina, under pandemic context

Facundo Ruffinatto¹, Verónica Grasso², Eliza Erro³, Magdalena Cáseres⁴

Resumen

Introducción: A lo largo de la historia de la humanidad las pandemias han sido causantes de crisis globales. Dado su impacto multifactorial, generan modificaciones en el funcionamiento del polo sanitario, en la adaptación del sistema de salud, la economía de las naciones, en la toma de decisiones políticas, y estilos de vida. A nivel individual se vislumbran modificaciones en el comportamiento, emociones, pensamientos, y la calidad de vida en sus múltiples vertientes (física, psicológica, social, y ambiental). **Materiales y método:** Con un enfoque cuantitativo de diseño ex post facto transversal, y alcance exploratorio se indagaron los aspectos psicosociales y sociodemográficos relacionados a la adhesión de las políticas sanitarias y la búsqueda de apoyo en población adulta de la ciudad de Córdoba (20 a 60 años). Se encuestó a 704 personas a las cuales se les aplicó el cuestionario de estrés percibido (pss-10), un cuestionario sociodemográfico, y un cuestionario realizado con modalidad ad hoc. **Resultados y conclusiones:** La edad, el sexo, escolaridad, antecedentes de salud, antecedentes psiquiátrico/psicológicos y tener familiares/pareja perteneciente a grupo de riesgo; presentaron asociación respecto a la adherencia a la normativa político sanitaria; miedo a contagiarse; búsqueda de ayuda/apoyo; y estrés percibido. La presente investigación pretende ser un puntapié inicial para promover estudios locales que indaguen la adherencia a las normativas políticas sanitarias necesarias para sobrellevar la propagación de una enfermedad a nivel mundial con las menores reacciones adversas posibles.

Palabras clave: Covid-19 - Pandemia - Políticas Sanitarias - Determinantes psicosociales.

Abstract

Introduction: *Pandemics throughout human history have caused global crises. Given their multifactorial impact, they generate changes in the functioning of the health pole, in the adaptation of the health system, the economy of nations, in political decision-making, and lifestyles. At the individual level, changes in behavior, emotions, thoughts, and quality of life in its many aspects (physical, psychological, social, and environmental) are glimpsed. Materials and method:* *With a quantitative approach of cross-sectional ex post facto design, and exploratory scope, the psychosocial and*

RECIBIDO 14/7/2022 - ACEPTADO 12/9/2022

¹Licenciado en Psicología. Profesor adscripto, Cátedra de Metodología de la Investigación, Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Neuropsicólogo Clínico, Centro de Neurorehabilitación del Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina. ORCID: 0000-0003-1272-4762

²Médica psiquiatra. Área de psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba. Área de investigación, Centro Médico Lúquez. Área de psiquiatría, Fundación CIPCO, Córdoba, Argentina.

³Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Psicóloga clínica, Centro de Neurorehabilitación del Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

⁴Médica neuróloga. Jefa del servicio de Neurología del Sanatorio Allende. Directora del Centro de Neurorehabilitación del Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Autor correspondiente:

Facundo Ruffinatto

facuruffinatto@gmail.com

Lugar de la investigación: Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Neurorehabilitación, Sanatorio Allende, sede Nueva Córdoba, Argentina.

sociodemographic aspects related to adherence to health policies and the search for support were investigated in the adult population of the city of Córdoba (20 to 60 years). 704 people were surveyed, to whom the perceived stress questionnaire (pss-10), a sociodemographic questionnaire, and a questionnaire carried out with an ad hoc modality were applied. Results and Conclusions: Age, sex, schooling, health history, psychiatric/psychological history, and having relatives/partners belonging to a risk group; they presented an association with respect to adherence to health policy regulations; fear of getting infected; help/support seeking; and perceived stress. This research aims to be a starting point to promote local studies that investigate adherence to health policy regulations necessary to cope with the spread of a disease worldwide with the fewest possible adverse reactions.

Keywords: Covid-19 - Pandemic - Health Policies - Psychosocial Determinants.

Introducción

En 2019, en Wuhan, China, se identificaron los primeros casos de una infección causada por un nuevo coronavirus, llamado SARS CoV-2 o Covid-19 (Li et al., 2020). A causa de su propagación, en marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró formalmente la situación de pandemia (Zhu et al., 2020; Guan et al., 2020) iniciando un periodo de emergencia sanitaria mundial.

Desde el inicio de la pandemia, la salud entendida desde una perspectiva multicausal (física, psicológica, social, ambiental) fue vulnerada, producto de la interrupción y modificación de las actividades normales en la vida cotidiana de las personas (Zambrano, 2020).

La pandemia referida al Covid-19 constituyó una emergencia global, con un elevado impacto en la salud pública. El aislamiento y el distanciamiento social, resultaron medidas imprescindibles en el área sanitaria. Sin embargo, desde otras perspectivas, impactaron negativamente en el bienestar global de los individuos, no solo en el corto plazo, sino que incluso, se mantuvieron sus consecuencias negativas en el tiempo. La prevención de las mismas, así como su adecuado manejo, es imprescindible para hacer frente a estas crisis sanitarias (Broche-Pérez, 2021).

En el caso de Argentina se observaron las primeras infecciones debidas al Covid-19 varias semanas después que en Europa. Frente a esta situación se determinaron políticas de salud públicas obligatorias. El aislamiento social tuvo un rol fundamental en las mismas, detallando cinco fases: 1) aislamiento estricto; 2) aislamiento administrativo; 3) segmentación geográfica; 4) reapertura progresiva; 5) nueva normalidad. El aislamiento, y la restricción de circulación, se promovieron a fin de evitar el contacto directo entre población infectada con aquellas sin infección y poder así reducir el riesgo potencial de infectar a otros (Zambrano, 2020).

La finalidad de dichas restricciones fue principalmente para el cuidado de los grupos considerados de mayor riesgo entre ellos mayores de 65 años y personas con comorbilidades orgánicas (Azerrat, 2021). En relación a esto, se destaca un estudio realizado en Argentina, donde se objetivan los factores asociados a la población que es considerada de riesgo, principalmente enfatizando antecedentes de enfermedades orgánicas. Entre ellos se manifiesta la hipertensión arterial, diabetes; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; tuberculosis; enfermedad oncológica previa; y asma (Laurora, 2021).

Las acciones de la salud pública para la prevención y control del Covid-19 incluyeron medidas de prevención y control poblacional entre las que destacan: a) inteligencia epidemiológica, la cual incluye no sólo la estrategia de vigilancia poblacional sino también, ante la imposibilidad real de identificación de todos los casos positivos, la puesta en práctica de estrategias de vigilancia centinela y la vigilancia basada en eventos; b) medidas de mitigación de la propagación de la epidemia, tales como el distanciamiento social, la restricción del movimiento declarando situación de cuarentena y a su vez medidas de higiene como el lavado de manos y el uso de tapabocas, c) fortalecimiento de la capacidad de atención médica en los sistemas de salud e incremento de la capacidad de prevención de la transmisión en los servicios de salud; y) desarrollo de vacunas profilácticas contra Covid-19, así como la generación de agentes terapéuticos. Todas estas acciones se implementaron rápidamente desde la perspectiva multidisciplinaria y multisectorial de la salud pública para contener, prevenir y controlar la epidemia (Lazcano Ponce, 2020).

Pero si hablamos de la búsqueda del cumplimiento de estas medidas implementadas, observamos que están influidas por diversas condiciones psicosociales. Según Cuadra-Martínez (2020), la adherencia a las me-

didadas puede verse influida por las siguientes variables:

- La transmisión de la información sobre las medidas y la capacidad de recepción por parte de la población.
- La evaluación de la adecuación por parte de la población.
- Las características de la relación interpersonal entre quienes dan las medidas y los que las reciben.
- Los factores psicosociales que favorecen o limitan la adherencia a las distintas medidas.

La falta de cumplimiento de las normas establecidas por la autoridad sanitaria durante la pandemia puede estar dada, posiblemente, por el no haber tenido en cuenta cada una de estas variables anteriormente nombradas a la hora de enunciar las medidas de seguridad. A su vez, dentro de dichas variables, un punto que no se tuvo en cuenta fue el impacto psicológico durante el distanciamiento social en la cuarentena, ya que la misma ha tenido un efecto negativo en la salud mental de las personas generando una mayor prevalencia de síntomas mentales, como angustia, ansiedad, tristeza, bajo autoestima, ira, rabia, aislamiento, bajo estado de ánimo, entre otros (Larios-Navarro et al., 2020). Alomo (2020), manifiesta que el impacto psicológico de las medidas de confinamiento es producido por diversos factores, destacando desde la duración del mismo hasta el temor a contagiarse, como así también la frustración, o los cambios en la rutina diaria, entre otros.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó, ya desde el 2006, respecto de la vulnerabilidad psicosocial de las personas y la forma en que incide la misma en la salud mental individual y comunitaria ya que, ésta, favorece u obstaculiza el cuidado de la salud. Esta vulnerabilidad es definida como la condición interna de un sujeto que corresponde a su disposición intrínseca de ser dañado bajo el producto de la interacción de diversos factores. Habitualmente no es una sola de estas condiciones la que determina el grado de vulnerabilidad, sino que es la conjunción de ellas en determinadas circunstancias. Dentro de los factores destacados podemos nombrar la edad y el sexo, los antecedentes de enfermedades físicas y/o psíquicas, las condiciones económicas y sociales y los antecedentes de eventos traumáticos, entre otros (Pan American Health Organization, 2006).

En el presente contexto surge el desafío de lograr una perspectiva de la salud pública comprendiendo a la misma, más allá de la mera prevención de los contagios, como un derecho fundamental que exige acciones

integrales que brinden herramientas para disminuir las consecuencias acarreadas por las propias normativas empleadas para la reducción de contagios (Villagra, 2020). Resulta inevitable entonces entender la complejidad de los factores sociales e individuales en las reacciones de la población frente a las medidas decretadas.

Algunas variables sociodemográficas se identificaron como causales del desencadenamiento de diferentes conductas y la generación de autopercepciones sobre cómo se iba transitando la pandemia. De estas, se identificaron que, a mayor nivel de escolaridad, como así también pertenecer al sexo femenino, eran variables que favorecían a percibir el riesgo y evaluación del manejo de la crisis, vinculándose con conductas prosociales y preventivas. Sin embargo, se destaca que a mayor edad existe asociación con la disminución en la adherencia a las normativas (Valdez, 2020). En concordancia con esto, González (2021) manifiesta que el aumento de la edad, una menor escolarización y/o ser de sexo masculino se vinculaba con un menor respeto en las normas. A su vez, el padecimiento de enfermedades orgánicas propias o el pertenecer al grupo de riesgo aumentaba la adherencia a las medidas de seguridad.

La carencia de investigaciones sobre la adherencia a las políticas generadas y la influencia de las mismas sobre los comportamientos psicológicos y sociales, otorga relevancia al presente trabajo como un antecedente para estudios locales. La mayoría de los estudios se centran en poblaciones de riesgo, concentrándose en edades que representan periodos vitales infanto-juveniles y de ancianidad. Debido a esto urge analizar cómo se ve influenciada la población de adultos y adultos jóvenes que se han excluido de estos grupos de evaluación.

Materiales y método

Se realizó un estudio cuantitativo, exploratorio de diseño retrospectivo transversal, con alcance descriptivo-correlacional.

La muestra estuvo conformada por 704 personas de la ciudad de Córdoba, Argentina. Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, donde el criterio de inclusión fue estar comprendido entre 20 y 60 años, y residir en la ciudad de Córdoba. El muestreo se realizó durante la fase cinco (nueva normalidad) de la pandemia en el año 2021.

Se entrenó a 70 estudiantes voluntarios, participantes del proyecto de extensión "Educando para la Salud" de la Universidad Nacional de Córdoba, en la toma de cuestionarios. Se les indicaron los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

Se optó por excluir a los adultos mayores a 60 años, ya que fueron considerados el principal grupo de riesgo (Villagra, 2020). Los niños y adolescentes menores a 20 años se encuentran todavía en periodos de la vida críticos, en la conformación de su personalidad y desarrollo orgánico; por lo cual, tampoco fueron incluidos, a fin de disminuir las variables que complejizan aún más la muestra. Una vez obtenida la información se sistematizó por medio del programa informático spss v23.

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, la escala de estrés percibido PSS-10, y se construyó un cuestionario para registrar los cambios en los comportamientos, estilos de vida y percepciones, en relación a la pandemia y las disposiciones político sanitarias en torno a las mismas (ver Anexo). Así, se indagó sobre aspectos sociodemográficos, la adherencia a normativas y disposiciones políticas, percepción de riesgo de contagio, estrategias de afrontamiento y búsqueda de apoyo durante las fases anteriores de la pandemia.

El cuestionario construido "ad hoc", fue sometido a pruebas de validez interna a través de un examen Inter jueces. Los diversos ítems se sometieron a una planilla de registro de escala tipo Likert con variación del 1 al 5 donde se evaluó, gramática de la consigna, comprensión, y pertinencia teórica.

Los puntajes obtenidos oscilaron entre puntuaciones de 4 (bueno) y 5 (muy bueno), los cuales fueron sometidos a un Alpha de Cronbach.

Los resultados se establecen por encima del punto 0.80 lo cual manifiesta alto grado de acuerdo entre los jueces.

Resultados obtenidos por medio del análisis Alpha de Cronbach:

- Redacción y gramática: 0,82
- Comprensión: 0,88
- Pertinencia y adecuación teórica: 0,93
- Puntaje total del cuestionario: 0,96

Análisis de datos

Se aplicaron estadísticas descriptivas. Mediante el programa informático spss v23, se aplicaron tablas de doble entrada por las cuales se obtuvo asociaciones en las variables dicotómicas a través de la prueba de χ^2 a fin de conocer si existe asociación entre las mismas, y el coeficiente de contingencia de Pearson para saber la fuerza de correlación de las mismas. En las variables de nivel ordinal o superior se utilizó el Rho de Spearman y la prueba de χ^2 para explorar la fuerza y dirección de asociación de las variables.

Resultados

Los presentes resultados se manifiestan en primera instancia a través de datos descriptivos con el fin de caracterizar la muestra, y luego a través de análisis inferenciales y de correlación entre variables.

Cambios conductuales y emocionales en pandemia asociados a factores sociodemográficos

Se obtuvieron asociaciones significativas:

1. La búsqueda de apoyo/ayuda: dentro de la presente variable se vislumbra que la muestra en su mayoría no busco o pidió ayuda en el actual contexto de pandemia.
2. El miedo al contagio: la muestra vislumbra que la mayoría tuvo miedo leve al contagio, seguido de la ausencia de miedo.
3. Adhesión a las disposiciones políticas sanitarias: se manifiesta la concentración de la muestra en relación al respeto en mayor medida a las políticas adoptadas para la disminución de la transmisión del virus Sars Covid-19.

La *Tabla 1* muestra los datos de interés obtenidos mediante el cuestionario sociodemográfico, con sus respectivas frecuencias. Los antecedentes psiquiátricos considerados fueron los siguientes: depresión, trastornos asociados a la ansiedad, trastornos asociados al estrés, bipolaridad, TOC, otros. Los antecedentes de salud fueron los siguientes: hipertensión arterial, diabetes, gastritis, cáncer, patologías asociadas al metabolismo del colesterol, otros).

La edad de la muestra estudiada con sus tendencias de medida central, estableciendo una media de 30,31; con una desviación estándar de 8,20; la moda en la muestra es de 25 años; y una mediana de 27 años.

Análisis de correlación

Se analizaron las relaciones y asociaciones entre las variables pertinentes los aspectos psicosociales y sociodemográficos, en torno a las variables conductuales estudiadas.

Los análisis se realizaron mediante el coeficiente de contingencia de Pearson, y la prueba de χ^2 cuadrado para las variables cualitativas operacionalizadas mediante una tabla de doble entrada 2×2 . En las variables de nivel ordinal o superior, se utilizó la prueba Rho de Spearman.

La *Tabla 2* manifiesta las variables asociadas a la búsqueda de apoyo. Se manifiestan en todas las categorías una fuerza de correlación débil.

Tabla 1. Variables sociodemográficas cualitativas

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Femenino	240	34,1
	Masculino	464	65,9
Escolaridad	Primario completo	6	0,9
	Secundario incompleto	24	3,4
	Secundario completo	158	22,4
	Universitario/terciario incompleto	297	42,2
Pertenece a población de riesgo	Universitario/terciario completo	219	31,1
	Sí	67	9,5
Padres pertenecientes a población de riesgo	No	637	90,5
	Sí	376	53,4
	No vive/ No tengo	294	41,8
Hermano perteneciente a población de riesgo	No vive/ No tengo	34	4,8
	Sí	104	14,8
	No	567	80,5
Pareja perteneciente a población de riesgo	No vive/ No tengo	33	4,7
	Sí	43	6,1
	No	409	58,1
Carnet de Vacunación contra el Sars-Covid-19	No vive/ No tengo	252	35,8
	Sin dosis	35	5
	1 dosis	48	6,8
Infección previamente por Covid	2 dosis	621	88,2
	Sí	228	32,4
	No	368	52,3
	No sé	46	6,5
Antecedente psiquiátrico	Creo que sí pero no me testeé	62	8,8
	Sí	132	18,8
Antecedentes de salud	No	572	81,2
	Sí	188	26,7
	No	516	73,3

Tabla 2. Correlaciones significativas entre búsqueda de apoyo/ayuda, y variables sociodemográficas, y antecedentes de salud personal

		Buscó apoyo	No buscó ayuda o no sabía dónde buscar	Valor chi 2	Coefficiente de contingencia	Significación bilateral	gl
Sexo	M	65	175	16,000	0,149	0,000	1
	F	197	267				
Grupo familiar/ Pareja de riesgo	Sí	170	92	8,560	0,110	0,003	1
	No	174	342				
Antecedentes de salud	Sí	88	100	10,101	0,119	0,001	1
	No	174	342				
Antecedente psiquiátrico	Sí	73	59	22,746	0,177	0,000	1
	No	189	383				

Tabla 3. Correlaciones significativas entre cumplimiento de la normativa político sanitaria, variables sociodemográficas, y antecedentes de salud personal

		Respeto	No respeto	Valor chi 2	Coefficiente de contingencia	Significación bilateral	gl
Sexo	M	184	56	9,663	0,116	0,002	1
	F	399	65				
Grupo familiar/ Pareja de riesgo	Sí	349	58	5,846	0,091	0,016	1
	No	234	63				

Tabla 4. Correlaciones significativas entre sentimientos de temor/miedo, variables sociodemográficas, y antecedentes de salud personal

		Leve o nulo	Moderado o pánico	Valor chi 2	Coefficiente de contingencia	Significación bilateral	gl
Sexo	M	205	35	8,393	0,109	0,004	1
	F	353	111				
Grupo familiar/ Pareja de riesgo	Sí	307	100	8,616	0,110	0,003	1
	No	251	46				

La *Tabla 3* objetiva las variables asociadas al grado de respeto ante las disposiciones político sanitarias. Se manifiestan en las categorías “miedo a contagiarse”, y “sexo” fuerza de correlación débil. En el resto de las variables presentadas la fuerza de correlación es muy débil, sin embargo, tienen una asociación significativa.

La *Tabla 4* manifiesta las variables asociadas al miedo en relación al contagio. Se manifiestan en ambas categorías una fuerza de correlación débil. Siendo el grupo femenino el que manifestó mayor intensidad al miedo al contagio en comparación del grupo masculino.

La *Tabla 5* vislumbra las asociaciones obtenidas mediante correlaciones bivariadas sin recategorización de variables, usando las mismas de nivel ordinal u superior.

Debido al nivel de análisis se integran los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de estrés percibido pss-10. Se observa que a mayor estrés percibido mayor es la búsqueda de apoyo por parte de la muestra, a su vez que correlaciona inversamente con el aumento de la edad, por lo cual la población más joven manifiesta mayores niveles de estrés. En relación al miedo, si bien la asociación con el estrés percibido es significativa su correlación es muy débil.

Se observa mayor fuerza de correlación en relación al miedo al contagio y respeto de la normativa político sanitaria.

La escolaridad, y la edad; manifiestan una fuerza de correlación muy débil y directa con el respeto y cumplimiento de las normativas sanitarias. La edad en

relación a la búsqueda de apoyo manifiesta una fuerza de correlación muy significativa e inversa, lo cual infiere que a mayor edad la muestra estudiada tuvo una tendencia a buscar menos apoyo. La escolaridad se correlaciona con una fuerza muy débil y directa en relación a la búsqueda de apoyo. En relación a la búsqueda de apoyo el estrés percibido manifiesta una correlación muy débil y directa.

Podemos observar correlaciones muy débiles y directas vinculadas al miedo a contagiarse, en las cuales observamos las siguientes variables no mencionadas anteriormente: edad; búsqueda de apoyo; y escolaridad.

Discusión

El presente estudio es de carácter exploratorio por lo cual es necesario perfilar futuras investigaciones que permitan describir mejor la influencia de determinantes psicosociales en la adherencia a normativas políticas sanitarias, y la búsqueda de apoyo ante la adversidad. Es necesario aspirar a modelos explicativos que identifiquen factores predictores de dichos comportamientos y las consecuencias de las mismas sobre la población e individuos.

En relación a la adhesión a las normativas políticas sanitarias resulta importante destacar que no hay diferencias significativas entre aquella parte de la muestra que pertenece al grupo de riesgo, con los que no. Este detalle nos permite especular que la población que se encuentra más vulnerable debido a sus antecedentes de salud se expone igual que aquella parte de la muestra que no presenta tal condición, lo cual

Tabla 5. Correlaciones de adherencia a las disposiciones políticas sanitarias, búsqueda de apoyo y determinantes psicosociales de nivel ordinal o superior

		Respeto a las disposiciones políticas sanitarias	Miedo a Contagiarse	Búsqueda de apoyo	'Pss10
Edad	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,141**	0,135**	-0,105**	-0,092*
Escolaridad	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,146**	0,090*	0,109**	0,014
Respeto a las disposiciones políticas sanitarias	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	1,000	0,296**	0,017	-0,031
Miedo a contagiarse	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,296**	1,000	0,165**	0,090*
Búsqueda de apoyo	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,017	0,165**	1,000	0,183**
Pss10	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	-0,031	0,090*	0,183**	1,000

I Pss10: Cuestionario de Estrés Percibido. * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). ** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

no solo supone un mayor riesgo a su propio bienestar, sino también, un mayor uso de recursos de las instituciones para su atención. Respecto a la adhesión a las normativas y su asociación con la escolaridad, el presente estudio presenta una correlación positiva. De acuerdo con esto, Diaz (2021) apela a explicaciones multicausales, destacando, la falta de conocimiento sobre la reglamentación lo cual generaría una inadecuada operacionalización de la misma, y el desconocimiento sobre la gravedad del contexto y enfermedad, produciendo la disminución de percepción de riesgo de la misma y tasa de contagio.

En relación al sexo, se exhibe concordancia con estudios realizados en el inicio de la pandemia por Etxebarrieta (2020) donde se obtuvo que las mujeres contestaron más afirmativamente que los hombres, afirmando que el confinamiento era necesario y que recriminar comportamientos no adecuados de la población era beneficioso para combatir la pandemia.

Se exhibe compatibilidad de resultados asociados a la edad con los obtenidos por Etxebarrieta (2020), donde señala que las personas menores de 25 años otorgan menor importancia a las normas sociales que aquellas mayores, concluyendo que las personas jóvenes presentan comportamientos predictores de riesgo porque perciben las normas sociales de un modo más flexible.

La búsqueda de apoyo en conocidos o profesionales, vislumbra asociación con el nivel de escolaridad, a medida que el nivel es mayor se observa una búsqueda de apoyo más eficaz.

Aquellos participantes de sexo mujer, o que tenían un grupo familiar o pareja de riesgo, antecedentes de salud, o psiquiátricos, y mayor miedo a contagiarse; buscaron más apoyo en conocidos y profesionales

que los que no cumplían con dichas condiciones. En el caso de aquellos que poseen dichos antecedentes desconocemos porque estos grupos presentaron dicha asociación, si bien podemos especular a que dadas sus condiciones tengan mayor predisposición a buscar ayuda, y que hayan apelado en el pasado fuera del contexto pandémico a la misma siendo ya parte de su repertorio conductual.

El presente estudio obtuvo una correlación positiva entre el estrés y la búsqueda de apoyo, coincidiendo con el trabajo de Andrades Tobar (2021). El autor explica esto recurriendo a la teoría de la comparación social de Festinger, en donde especula que las personas mediante la búsqueda de información pueden reducir la incertidumbre y validar las propias reacciones.

El miedo al contagio mostró diferencias en cuanto al sexo, y a la presencia de grupos familiares o parejas de riesgo. El grupo femenino manifestó mayor porcentaje en relación al miedo a contagiarse que el sexo masculino; al igual que aquellos que tenían familiares (madre, padre o hermano) o pareja. Respecto a los miedos relacionados al coronavirus Sandín et al., (2020) distingue cuatro categorías según su relación con: el contagio, enfermedad y muerte, la carencia de bienes para satisfacer necesidades, el aislamiento social, el trabajo y la pérdida de ingresos.

En relación a la percepción del estrés se encuentran correlaciones directas y significativas con el miedo al contagio y la búsqueda de apoyo. No obstante, se vislumbró una asociación significativa pero inversa con la edad, siendo a menor edad mayor nivel de estrés percibido, hecho que coincide con estudios realizados en España por Andrades Tobar (2021) donde se vislumbra mayores medidas de estrés, ansiedad y depre-

sión en las personas de menor edad. A su vez, Sandín et al. (2020) manifiesta que personas entre los 18 y 30 años presentaron niveles superiores de malestar emocional en comparación a otros rangos de edad. Los autores declaran que dada su etapa evolutiva, puede verse amenazado los proyectos vitales de los más jóvenes. Así también las relaciones sociales son vitales, las cuales dadas al confinamiento se vieron afectadas.

VARIABLES como la cantidad de vacunas, o haber estado infectado previamente por Covid-19; no establecieron asociaciones con ninguno de los comportamientos estudiados.

En este estudio a su vez, se manifiesta que el grupo masculino presenta menor adherencia a las normativas, menor temor al contagio, y menor búsqueda de apoyo. Estos aspectos son llamativos debido a que Laurora (2021) manifiesta que pertenecer al grupo masculino es un factor de riesgo vinculado a la intensidad de la enfermedad.

El estrés percibido y el miedo al contagio en relación a la búsqueda de apoyo coincide con lo propuesto por Mejía (2020) donde destaca que emociones como las anteriormente nombrada y la ansiedad, movilizan a todos los individuos a improvisar en sus repertorios de afrontamiento en relación al contexto actual. Ser mujer se manifiesta como un factor de riesgo al estrés, esto coincide con estudios en población española realizado por Sandín et al., (2020) en el que establece un perfil emocional asociado a Covid-19, sugiere un predominio de síntomas de estrés que es superior en mujeres. A su vez, Andrades Tobar et al., (2021) también obtuvo resultados similares, concordando en una asociación entre el sexo femenino y sintomatología compatible con estrés.

Las variables psicosociales y sociodemográficas estudiadas manifiestan influencia en el respeto y la adherencia a la normativa política, coincidiendo con lo propuesto por Cuadra-Martínez (2020), en donde explica que las mismas funcionan como moderadores en el cumplimiento de las normas.

En relación a las variables estudiadas y su relación con la escolaridad, el sexo y la edad, podemos interpretar lo postulado por Dammert Elejalde (2020), donde manifiesta que existen factores culturales que pueden promover una disminución de la adherencia a las normativas propuestas por los gobiernos. A su vez, se debe tener en cuenta la falta de comprensión o entendimiento en la correcta aplicación de y/o adherencia de normas e instrumentos para la mitigación del contagio comunitario. De la combinación de ambos hechos se podría explicar según el autor las fallas en las estrategias nacionales.

Debido a que tratamos fenómenos complejos y multicausales es importante indagar en futuros estudios en la temática para lograr políticas sanitarias eficaces y en toda la población contemplando que el cumplimiento de una misma medida está influido por múltiples variables sociodemográficas. Resulta importante indagar la existencia de influencia de otras variables como son las cognitivas, emocionales, conductuales, e influencia de medios y modos de comunicación. A su vez, es recomendable apelar a estudios cualitativos para comprender los mecanismos mediadores sin reducirnos a análisis estadísticos.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Alomo, M., Gagliardi, G., Pelocche, S., Somers, E., Alzina, P., & Prokopez, C. R. (2020). Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.28561>
- Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C., & Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 26(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- Azerrat, J. Martín, Ratto, María Celeste, & Fantozzi, Anabella. (2021). ¿Gobernar es cuidar?: Los estilos de gestión de la Pandemia en América del Sur: los casos de Argentina, Brasil y Uruguay. *Trabajo y sociedad*, 21(36), 146-173. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712021000100146&lng=es&tlng=es.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., y Reyes Luzardo, D.A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488. Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2488>
- Calcagno, A. E., Calcagno, A., & Calcagno, E. (2020). Impacto y medidas correctivas implantadas en Argentina en torno a la pandemia del coronavirus. *Economía UNAM*, (51), 126-135. <https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2020.51.551>
- Cuadra-Martínez, D., Castro-Carrasco, P. J., Sandoval-Díaz, J., Pérez-Zapata, D., & Mora Dabancens, D. (2020). COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1139-1154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801139>
- Dammert-Elejalde, R. (2020). Covid-19: Influencias socio culturales y adherencia a las estrategias gubernamentales de aislamiento social en el Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 548-549. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i4.3044>
- Díaz Torres, M., & Paredes Tuanama, A. M. (2021). Nivel educacional y las normas emitidas por la pandemia del covid-19 en el Asentamiento Humano Lidmer Mari II, del distrito de Callería en el año 2020. Recuperado de <http://www.repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/501>
- Ettxebarrieta, G. R., Álvarez, M. Á. R., Izaguirre, E. P., & Santamaria, M. D. (2020). El papel de los medios de comunicación en situaciones de crisis sanitaria. La percepción de la población en torno al control y las normas sociales durante la pandemia del COVID-19. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 437-456. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1484>
- González, C. M., Calleja, N., Meléndez, J. C., López, M. E. G., & Bravo, C. S. (2021). Adherencia a las medidas preventivas del COVID-19 en la población mexicana durante la segunda fase de la pandemia. [Adherence to COVID-19 preventive measures in Mexican population during the second

phase of the pandemic]. *Forhum International Journal of Social Sciences and Humanities*, 3(5), 129-142.

<https://doi.org/10.35766/j.forhum2021.03.05.8>

Larios-Navarro, A., Bohórquez-Rivero, J., Naranjo-Bohórquez, J., & Sáenz-López, J. (2020). Psychological impact of social isolation on the comorbid patient: on the subject of the COVID-19 pandemic. Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. *Revista Colombiana de psiquiatría (English ed.)*, 49(4), 227-228. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.07.002>

Laurora, Melisa, Gómez, Lara Victoria, Flamenco Marucco, Agustina, Santoro, Federico Martín, Ottonello, Fiorella, & Rearte, Ramiro. (2021). Factores de riesgo asociados a la mortalidad en personas con covid-19: estudio de supervivencia en Argentina, 2020. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13(Supl. 1), 29. Recuperado en 06 de septiembre de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200029&lng=es&tlng=

Lazcano-Ponce, E., & Alpuche-Aranda, C. (2020). Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Salud pública de México*, 62(3, may-jun), 331-340. <https://doi.org/10.21149/11408>

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., ... Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel Coronavirus-Infected pneumonia. *The New England Journal of Medicine*, 382, 1199-1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>

Mejía, C. R., Rodríguez-Alarcon, J. F., Garay-Rios, L., Enriquez-Anco, M. D. G., Moreno, A., Huaytan-Rojas, K., ... & Curioso, W. H. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 39(2). Recuperado de <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/biblio-1126585>

Pan American Health Organization. (2006). Mental Health and Substance Use Unit. Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

Valdez, L. C., Gutiérrez, M. L. E., & Baena, V. G. (2020). Variables predictoras de las respuestas psicológicas ante Covid-19: un estudio en México. *Ciencia y Sociedad*, 45(3), 7-23. <https://doi.org/10.22206/cys.2020.v45i3.pp7-23>

Villagra, G. S. & Rodríguez, A. C. (2020). Estrategias de afrontamiento en tiempo de coronavirus., En Bergesio, L. & Persi, L., Pensando la pandemia en/desde Jujuy: reflexiones situadas. Tiraxi, Jujuy. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111813>

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial medicine*, 4(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>

Zambrano, M. J. N., Naranjo, I. A. M., & Amores, R. E. R. (2020). Efectos de la pandemia en la familia y en la sociedad ecuatoriana. *Res Non Verba Revista Científica*, 10(2), 115-135. <https://doi.org/10.21855/resnonverba.v10i2.417>

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., & Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *The New England Journal of Medicine*, 382, 727-733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

ANEXO

Cuestionario sociodemográfico

Nombre:

Edad:

Género:

- Masculino.
- Femenino.
- No binario.

Escolaridad:

- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Terciario/universitario incompleto.
- Terciario/universitario completo.

Situación laboral:

- Desempleado, no se encuentra en búsqueda laboral.
- Desempleado en búsqueda laboral.
- Empleado en relación de dependencia (en negro).
- Empleado en relación de dependencia (en blanco).
- Trabajador independiente (Monotributista/Responsable Inscripto).

Pertenece a población de riesgo en relación al Covid-19:

- Sí.
- No.

Carnet de vacunación de Covid-19:

- Completo.
- Incompleto l sola dosis.
- Incompleto sin dosis.

Padre/madre perteneciente a población de riesgo:

- Sí.
- No.
- Mis padres no están vivos.

Hermano/a perteneciente a población de riesgo:

- Sí.
- No.
- No tengo hermanos.

Amigo/a significativo perteneciente a población de riesgo:

- Sí.
- No.
- No tengo amigos.

Pareja perteneciente a población de riesgo:

- Sí.
- No.
- No tengo pareja.

Usted tuvo Covid-19:

- Sí.
- No.
- Creo que sí pero no me diagnosticaron.
- No sé.

Antecedentes psiquiátricos/psicológicos:

- Depresión.
- Ansiedad (fobias, ataques de pánicos, agorafobia, etc.).
- TOC.
- Trastornos asociados al estrés.
- Bipolaridad.
- Otros.
- No tengo.

Antecedentes de salud:

- Hipertensión.
- Diabetes.
- Gastritis.
- Hipotiroidismo.
- Hipertiroidismo.
- Cáncer.
- Patologías asociadas al colesterol.
- Otros.
- No tengo.

Usted fuma o fumó durante el 2020:

- Sí.
- No.

Consumo o consumió drogas durante el 2020:

- Sí.
- No.

Consumo o consumió alcohol durante el 2020:

- Sí.
- No.

PSS-10

1. ¿En el mes pasado, usted ha estado más preocupado que a menudo debido a algo inesperado que le sucedió?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
2. ¿En el mes pasado, con qué frecuencia usted ha sentido que NO podía controlar las cosas importantes en su vida?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
3. ¿En el mes pasado, usted se ha sentido nervioso y “estresado”?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
4. ¿En el mes pasado, usted se ha sentido confiado sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
5. ¿En el mes pasado, con qué frecuencia usted ha sentido que las cosas iban a su manera?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
6. ¿En el mes pasado, usted ha encontrado a menudo que no podía hacer frente a todas las cosas que tuvo que hacer antes?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
7. ¿En el mes pasado, con qué frecuencia usted ha podido controlar irritaciones en su vida?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
8. ¿En el mes pasado, cuán frecuente usted se ha sentido que estaba a cargo de todo?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
9. ¿En el mes pasado, se enojó debido a cosas que estaban fuera de control?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
10. ¿En el mes pasado, con qué frecuencia usted ha sentido que las dificultades eran tan grandes que no podría superarlas?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo

Escala de evaluación entre jueces expertos

Cuestionario de cambios asociados a la pandemia (AD HOC)

Se construyó y utilizó un cuestionario Ad Hoc con el fin de indagar el impacto de la pandemia COVID-19 sobre la rutina y los estilos de vida de la población.

Cuestionario de cambios asociados a la pandemia (AD HOC)

Puntúe en relación a los ítems el grado conformidad teniendo en cuenta la consigna y posibilidades de respuesta en torno a las categorías Redacción, Adecuación, y Pertinencia.

La población estudiada serán adultos de aproximadamente 20 a 45 años. Donde se busca indagar sobre los posibles cambios asociados a causa de la actual pandemia debido al virus SARS-Covid-19

Puntuaciones - 1= Insatisfactorio - 2= poco satisfactorio - 3= satisfactorio - 4= Bueno - 5= Muy bueno

ITEMS	Redacción y gramática	Comprensión	Pertinencia a la variable de estudio (cambios asociados a pandemia)	Observaciones (Opcional)
Item 1				
Item 2				
Item 3				
Item 4				
Item 5				
Item 6				
Item 7				
Item 8				
Item 9				

Cuestionario de cambios asociados a la pandemia (AD HOC)

ITEMS	Redacción y gramática	Comprensión	Pertinencia a la variable de estudio (cambios asociados a pandemia)	Observaciones (Opcional)
Item 10				
Item 11				
Item 12				
Item 13				

Cuestionario de cambios asociados a la pandemia (AD HOC)

Contestar los siguientes ítems teniendo en cuenta como era su vida, rutina y relaciones previamente al contexto actual de pandemia y responda pensando cómo dicho contexto incide o afecta a ellos.

1. PAREJA/VÍNCULOS AFECTIVOS (*cambios en su vínculo de pareja durante el contexto de pandemia*)

- Me separé.
- Hubo un aumento de tensión y discusiones.
- No hubo cambios.
- Mejóro un poco el vínculo (más diálogo, etc).
- Mejóro mucho el vínculo (aumento de proyectos, crecimiento)/Me puse en pareja.
- No tenía pareja previamente, y actualmente no tengo tampoco.
- Me separe y me junte con una nueva pareja.

2. RESPETÓ Y/O RESPETA LAS NORMAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL (*uso de barbijo, limpieza de manos y superficies con alcohol, distanciamiento, etc.*) - Lo que sucedió la mayoría del tiempo

- No respeté (sin barbijo, fiestas clandestinas, reuniones sociales no aprobadas, etc.).
- Respeté muy poco (por exigencia de otros, ej: para ingresar en locales).
- Respeté inadecuadamente (barbijo mal puesto, sin distancia social, etc).
- Respeté en su mayoría.
- Respeté perfectamente.

3. TUVO O TIENE MIEDO DE CONTAGIARSE

- Nada de miedo.
- Miedo leve (pienso al menos una vez al día).
- Miedo moderado (pienso algunas veces, por lo menos 3).
- Miedo severo (no puedo dejar de pensar en ello).
- Pánico (no puedo hacer nada más que pensar en eso, me paraliza y me genera mucho malestar).

4. TUVO/TIENE UN SER QUERIDO CON COVID-19 (familiar o amigo)

- Sí.
- No.
- No sé.

5. TUVO ALGUNA PÉRDIDA O DUELO A CAUSA DEL COVID

- Sí.
- No.
- No sé.

6. AFRONTAMIENTO (*cómo atravesó las diversas experiencias durante el periodo de pandemia*)

- No pidió, ni sintió necesidad de pedir ayuda. Pudo solo.
- Identificó necesidad de ayuda pero no supo cómo pedirla ni a quién.
- Solicitó ayuda a familiares y amigos.
- Solicitó ayuda profesional (médicos, psicólogos, psiquiatras, apoyo religioso, coaching, etc.).

7. CAMBIOS LABORALES

- Hubo cambios en la modalidad de trabajo (presencial, online, mixta).
- No cambió.
- Perdí mi trabajo.
- Conseguí trabajo.

8. CAMBIOS LABORALES (*mejoró o no*)

- a. Desocupación - perdí mi trabajo.
- b. Reduje/Me redujeron el horario laboral.
- c. La carga horaria ni el trabajo cambiaron.
- d. Mejoró mi trabajo (Estoy más a gusto con mi dedicación horaria, o ingresos económicos).
- e. Hubo grandes mejoras (aumento salarial, ascenso, etc).

9. ACTIVIDAD FÍSICA

- a. Dejé de hacer actividad física.
- b. Reduje la actividad.
- c. Mantuve la actividad.
- d. Aumenté un poco.
- e. Aumenté mucho (hago más del doble).
- f. No hice ni hacía actividad física.

10. RECREACIÓN/ACTIVIDADES SOCIALES

- a. Suspendí todas las actividades.
- b. Realicé pocas actividades.
- c. No cambió.
- d. Aumenté (retomé al menos 1 salida a la semana).
- e. Aumenté bastante (más de 2 salidas a la semana).
- f. No realizaba actividades previas a la pandemia, y no realizo actualmente.

11. HÁBITOS ALIMENTICIOS

- a. Descuidé mucho mi alimentación (en calidad y cantidad, chatarra).
- b. Empeoró un poco (alterno entre comida sana y chatarra)
- c. Se mantuvo como antes.
- d. Mejoró (cantidad, variedad y calidad nutricional - cocina casera).
- e. Busqué asesoramiento profesional (nutricionista, cursos de cocina).

12. HÁBITOS DE CONSUMO (*tabaco, alcohol, drogas prescritas, drogas ilegales, compras, etc.*).

- a. Aumentó al doble o más.
- b. Aumentó menos del doble.
- c. Se mantuvo (si no consumía, no consumí; si consumía, consumí lo mismo).
- d. Disminuyó.
- e. Dejé de consumir.

13. SUEÑO/DESCANSO (*cantidad de horas y calidad*)

- a. Empeoró mi calidad de sueño y disminuyó la cantidad de horas.
- b. Empeoró en calidad o en cantidad de horas.
- c. Se mantuvo como era antes, no cambió en nada.
- d. Mejoró en calidad o en cantidad de horas.
- e. Mejoró en ambas.