

## 1. Autocuidado y distanciamiento social frente a la pandemia del COVID-19 y su relación con variables sociodemográficas

Wilmer Sepúlveda<sup>1</sup>

Fabio Estupiñán<sup>2</sup>

Luis Salazar<sup>3</sup>

### Resumen

El objetivo del presente estudio llevado a cabo en Colombia fue analizar acciones de autocuidado y de distanciamiento social frente a la pandemia del COVID-19 y su relación con variables sociodemográficas. Asimismo, se exploraron segmentos de personas acorde con dichas acciones. Para ello, se recurrió a tres muestras de sección cruzada tomadas al inicio de la cuarentena en el país, transcurridos 2 meses y transcurridos 4 meses de cuarentena. En total, se aplicaron 745 encuestas on-line. Los resultados sugieren que existe relación significativa entre las prácticas de distanciamiento social y el nivel de formación académica de los encuestados. Por su parte, el desarrollo de acciones de autocuidado está relacionado de manera significativa con el género y la edad de las personas. El análisis clúster sugiere la existencia de cuatro segmentos de personas que difieren significativamente. Existe un segmento que sobresale por una mayor preocupación hacia el desarrollo de acciones frente al COVID-19, estando representado mayormente por mujeres con alto nivel de conocimiento acerca del COVID-19. Contrario a este, existe un segmento de personas representado en mayor medida por hombres y niveles no tan altos de conocimiento, en donde el desarrollo de prácticas de distanciamiento social y de autocuidado son cuestionables.

**Palabras clave:** Distanciamiento social, autocuidado, coronavirus, Covid-19.

DOI: [www.doi.org/10.18050/miradacovid.art1](http://www.doi.org/10.18050/miradacovid.art1)

---

<sup>1</sup> Corporación Universidad de Investigación y Desarrollo – UDI (Colombia). [webwilsep@gmail.com](mailto:webwilsep@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7562-5089>

<sup>2</sup> Corporación Universidad de Investigación y Desarrollo – UDI (Colombia). [fabioestupinangomez@gmail.com](mailto:fabioestupinangomez@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7562-5089>

<sup>3</sup> Institución Educativa El Pórtico, sede A (Colombia). [luisalbertosalazarvera@gmail.com](mailto:luisalbertosalazarvera@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6535-1467>

## Introducción

En diciembre del año 2019, una serie de casos de neumonía en humanos de etiología desconocida ocurridos en un mercado tradicional de Wuhan, fue informado por parte de la Comisión de Salud de la provincia de Hubei, China (Ma et al., 2020). Mas tarde, se identificó como agente causante del brote un nuevo coronavirus que, posteriormente, debido a su similitud con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS, 2002-2003) fue denominado SARS-CoV-2 (Liu et al., 2020). Al igual que otros betacoronavirus, el SARS-Cov-2 es altamente patógeno. Se han señalado a los murciélagos como el reservorio natural más probable (Liu et al., 2020). Aunque se cree que el pangolín y las serpientes fueron los posibles huéspedes intermediarios de transmisión, el modo en el que pudo transmitirse el virus de la fuente animal a los primeros casos humanos en Wuhan es aún desconocido (Bchetnia et al., 2020). La nueva enfermedad asociada al SARS-Cov-2 fue designada más tarde como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) por parte de la Organización Mundial de la Salud (Chaparro-Mérida & Franco-Lacato, 2020; Ezhilan et al., 2021; Ma et al., 2020).

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al brote de COVID-19 como pandemia, y emitió una serie de recomendaciones para que los países activaran y ampliaran sus mecanismos de respuesta a emergencias (Organización Mundial de la Salud, 2020). Aunque la tasa de letalidad del SARS-Cov-2 es inferior a otros  $\beta$ -coronavirus como el SARS y el MERS (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente), es un virus altamente transmisible y el número de casos confirmados de contagio por el SARS-Cov-2 ha superado notablemente a los del SARS y el MERS (Chaparro-Mérida & Franco-Lacato, 2020). Desde que apareció el brote hasta la fecha en que se elaboró el presente manuscrito, había en el mundo alrededor de 25.118.689 casos reportados de personas infectadas con el SARS-CoV-2 y 844.312 fallecidos asociados al COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2020b). La mayor cantidad de contagios y fallecidos se han reportado en América. Aunque existe una gran diversidad de manifestaciones, las personas infectadas por el SARS-Cov-2 comúnmente presentan síntomas como fiebre, tos seca, mialgia, fatiga, anorexia y falta de aire. Los cuadros clínicos severos de COVID-19 pueden conducir a la muerte (Chaparro-Mérida & Franco-Lacato, 2020). La rapidez y la alta tasa de transmisión del SARS-Cov-2 ha puesto a prueba los sistemas de salud de diversos países.

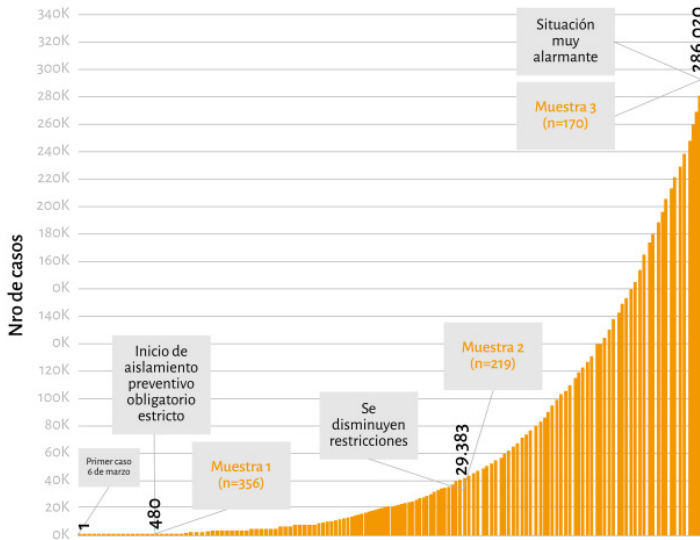
El 6 de marzo de 2020, se confirma el primer caso de contagio en Colombia, en la ciudad de Bogotá, correspondiente a una mujer procedente de Italia. El segundo y tercer caso se confirmaron 3 días después en Buga, Valle del Cauca, y Medellín, Antioquia, ambos procedentes del extranjero. A la fecha de la elaboración del presente manuscrito y ya habiendo transcurrido casi seis meses desde el primer reporte, existían en Colombia 615.168 casos confirmados de personas contagiadas por el SARS-Cov-2 y 19.663 fallecidos por Covid-19 (Instituto Nacional de Salud, 2020). Asimismo, Colombia ocupaba el sexto puesto a nivel global con mayor número de contagiados, solo superado por Estados Unidos, India, Brasil, Rusia y Perú. En lo que respecta a casos confirmados y decesos por cada millón de habitantes, la tasa ascendía a 12.775,65 y 410,51 respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2020b).

En ausencia de una vacuna disponible o de un tratamiento efectivo para el COVID-19, la estrategia empleada por el gobierno nacional ha sido una mezcla entre medidas de supresión en donde se recurre al aislamiento social obligatorio y el desarrollo de prácticas individuales no farmacológicas de bioseguridad (Correa-Cuadros et al., 2020). Estas medidas parecen ir en línea con la Organización Mundial de la Salud que ha recomendado la cuarentena, el aislamiento de las personas con síntomas, el distanciamiento social, el uso de mascarillas y el desarrollo de prácticas como el lavado frecuente de manos (García et al., 2020; Organización Mundial de la Salud). En el momento en el que se elaboró el presente manuscrito, Colombia recientemente se alejaba de un aislamiento preventivo obligatorio para dar inicio a una fase de aislamiento selectivo (Instituto Nacional de Salud, 2020). Una nueva fase basada más sobre el desarrollo de prácticas individuales responsables que sobre la supresión. De hecho, de manera generalizada, las personas perciben en sí mismas que poseen la capacidad de protegerse frente al COVID-19 a través de sus acciones (Argüello et al., 2020). Sin embargo, ¿qué factores están asociados con que las personas adopten más o menos acciones para hacer frente a la pandemia es tema de estudio? Aunque a nivel mundial se han adelantado esfuerzos en este frente (Chan et al., 2020; Saefi et al., 2020; Salman et al., 2020; Zhong et al., 2020), aun no se puede hablar de experiencias pasadas. En este sentido, la presente investigación se centró en analizar acciones de protección de las personas frente al COVID-19 y su relación con variables sociodemográficas, así como la exploración de segmentos de personas en función de sus prácticas de cuidado.

## Metodología

**Recolección de la información.** La información empleada en el presente estudio proviene de la realización de 745 encuestas on-line de sección cruzada aplicadas en tres momentos durante la cuarentena en Colombia sobre una misma población. La primera encuesta (n=356) fue aplicada entre el 24 y el 27 de marzo del año 2020, la misma semana en la cual el gobierno de Colombia declaró el inicio de la cuarentena (aislamiento preventivo obligatorio). En ese momento, en el país existían confirmados 480 casos de personas contagiadas por el SARS-Cov-2. La segunda encuesta (n=219) fue aplicada entre el 27 de mayo y el 01 de junio, momento en el cual el gobierno de Colombia decretaba una cuarentena más flexible que incluía la práctica de deporte en periodos más amplios. Finalmente, la tercera (n=170) encuesta fue aplicada entre el 29 de julio al 31 de julio, momento en el cual los casos en Colombia incrementaban de manera exponencial. En el momento de la aplicación de la tercera encuesta existían en el país 286.020 casos confirmados de personas contagiadas por el SARS-Cov-2 (ver figura 1).

**Figura 1**  
Cronología de la recolección de las muestras



Previo a la aplicación de la encuesta se informó a cada participante acerca del objeto de esta y de las condiciones de anonimato. La encuesta aplicada fue gestionada a través de un enlace generado desde la herramienta *forms* de Google. Por lo tanto, la participación en el estudio fue enteramente voluntaria, confidencial y el cuestionario aplicado en ningún momento recolectó ni indagó por información que pudiese revelar la identidad de las personas. Se optó por el uso de una encuesta virtual debido a la situación especial en la que se encontraba el país en el momento de recolectar la información y en donde la aplicación de encuestas presenciales no era viable.

Asimismo, se recurrió a un muestreo por conveniencia debido a la dificultad que representaba desarrollar un muestreo aleatorio que vinculara diversas ciudades. En este sentido, la encuesta se aplicó en San Gil, una región turística emblemática del país ubicada en el nor-oriente de Colombia, en donde el turismo de aventura y el turismo rural son una norma común. En el momento en que se aplicó la encuesta sobre la primera muestra, en la región no se contaba con ningún caso confirmado de contagio por el SARS-Cov-2. Para la segunda toma de muestra, en el municipio no se contaba con ningún caso confirmado de contagio, aunque en la zona (municipios cercanos) ya se registraban 4 casos. Finalmente, al finalizar la aplicación de la encuesta sobre la tercera muestra, en San Gil ya se registraban 95 casos, y en la zona más de 130 casos. Por lo tanto, la encuesta se aplicó en tres momentos claves de evolución de la cuarentena y de la pandemia en el país y en una zona que pasó de cero casos a poseer 17,3 casos por cada 10.000 habitantes. Este tipo de metodologías que recurren a muestras se sección cruzada en el tiempo para analizar el punto de vista de las personas respecto al COVID-19, han sido reportadas recientemente (Abir et al., 2020). Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1**  
*Características sociodemográficas de la muestra*

Características sociodemográficas	Momento		
	Inicio (Primera muestra)	Pasado 2 meses (Segunda muestra)	Pasado 4 meses (Tercera muestra)
<b>Género</b>			
Hombre	37,7%	30,9%	28,8%
Mujer	62,3%	69,1%	71,2%
<b>Nivel académico</b>			
Bachiller	11,2%	9,2%	6,5%
Técnico/Tecnólogo/Universitario en curso	65,7%	77,0%	74,7%
Universitario (finalizado)	23,0%	13,8%	18,8%
<b>Lugar habitual de residencia</b>			
San Gil	53,4%	50,7%	52,9%
Socorro	11,0%	14,6%	12,9%
Cercanos a San Gil	19,1%	19,2%	14,7%
Otros	16,6%	15,5%	19,4%
Edad de los encuestados (media en años)	28,27	24,97	25,08

En las tres muestras, existe una representación mayor de mujeres y personas con niveles académicos a nivel intermedio: técnico, tecnólogo o formación universitario en curso. En línea con la región en donde se llevó el estudio, la mayoría de los encuestados fueron de San Gil y de municipios muy cercanos a este (alrededor del 80%). Asimismo, la edad promedio global de los encuestados fue de 26,59 años y por muestra varío desde 24,97 años en la segunda muestra hasta los 28,27 años en la primera muestra. A través de todo el estudio, la edad mínima de los encuestados fue de 18 años, correspondiendo en el país a mayores de edad.

La encuesta ómnibus aplicada estuvo estructurada en tres partes. Una primera parte indagaba acerca del nivel de conocimiento aducido de las personas hacia el COVID-19. Asimismo, en este mismo primer bloque, a través de una batería de 11 preguntas se valoraban acciones individuales que se pudiesen llevar a cabo frente al COVID-19 y que, desde el punto de vista de los encuestados, podrían ser vistas como prácticas para reducir la probabilidad de contagio por el SARS-Cov-2 (ver tabla 2). Algunas de acciones incluidas en la batería de preguntas provienen de recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y

Protección Social de Colombia y de entidades locales que promueven la salud pública (Alcaldía Municipal de San Gil, 2020; Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2020a). Para ello, se empleó una escala ordinal con cinco niveles de valoración en donde, 1=nunca, 2=raramente, 3=ocasionalmente, 4=frecuentemente y 5=muy frecuentemente. El tercer bloque de preguntas indagaba por características sociodemográficas.

**Procesamiento de la información.** Los datos capturados desde el *form* de Google, fueron extraídos empleando el formato de datos \*.csv. A su vez, estos fueron incluidos en SPSS y Tableau que fueron los software empleados para el procesamiento y análisis de la información. El análisis estadístico de la información fue de tipo univariante, bivariante y multivariante. De acuerdo con la naturaleza de cada variable, el análisis estadístico descriptivo consistió en el cálculo de porcentajes, frecuencias, estadísticos de tendencia central y de dispersión, todo esto tras la detección de outliers. Asimismo, para la identificación de posibles relaciones bivariadas significativas entre diversas variables y el nivel de conocimiento y las características sociodemográficas, se utilizaron la prueba de Chi-cuadrado, la prueba de U-Mann-Whitney, la prueba de Kruskal-Wallis y la correlación de Spearman, todas de tipo no paramétrico. En el bloque de preguntas relativos a acciones frente al COVID-19, un análisis factorial fue llevado a cabo.

**Tabla 2**  
*Acciones individuales frente al COVID-19*

Frente a la pandemia del COVID-19 usted...	Escala de medida
- Cuando estornuda o tose se cubre nariz o boca con el brazo	1=nunca
- Emplea gel anti-bacterial o alcohol glicerinado	2=raramente
- Emplea tapabocas	3=ocasionalmente
- Evita al máximo posible visitar lugares públicos	4=frecuentemente
- Evita estar en espacios en donde hay aglomeración de personas	5=muy frecuentemente
- Evita tocarse la nariz, boca u ojos con las manos	
- Intenta estar al máximo posible en aislamiento social	
- Reduce al máximo el contacto con otras personas	
- Hace rutinas de lavado de manos con agua y jabón	
- Usa fármacos, suplementos o métodos alternativos autoadministrados	
- Usa pañuelos desechables para sonarse	

El análisis factorial es una técnica estadística multivariante que se basa en la estructura de correlaciones existentes entre las variables con el fin de extraer factores comunes. De esta manera, permite resumir y reducir la información. Para evaluar la existencia de correlación significativa entre el conjunto de variables bajo análisis, se empleó la prueba de esfericidad de Barlet y el indicativo KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). El método de extracción de factores empleado

fue el de componentes principales. Con el fin de identificar los factores a retener, se empleó el criterio de valores propios iguales o mayores a 1 y la matriz de carga. Asimismo, con el ánimo de mejorar la identificación de las cargas factoriales se empleó el método de rotación ortogonal Varimax. Una vez identificados los factores a retener, se asignaron nombres y se crearon nuevas variables empleando el método de regresión para el cálculo de las puntuaciones factoriales.

Con los componentes (o factores) obtenidos del análisis factorial, un análisis clúster jerárquico aglomerativo fue llevado a cabo. El análisis clúster es una técnica estadística multivariante que, a partir de una estructura de datos, es posible identificar segmentos de objetos basados en las variables que los definen. Es una técnica de uso común de segmentación. Por lo tanto, el análisis clúster fue empleado con el fin de explorar posibles segmentos de la población basados en sus acciones frente al COVID-19, de tal forma que posean alta homogeneidad interna (lo más similar posible entre los integrantes del mismo grupo) y heterogeneidad externa (lo más disímil entre grupos). Para calcular las distancias entre casos se empleó la distancia Euclídea elevada al cuadrado. El método de agrupación empleado fue el método de Ward. Con el fin de identificar los posibles grupos a conformar, se empleó el dendograma. Identificada la solución, se creó una variable de pertenencia al grupo la cual fue empleada para caracterizarlos.

## Resultados

**Acciones de autocuidado y distanciamiento social frente al COVID-19 y variables sociodemográficas.** Teniendo en cuenta la batería de preguntas relativas a acciones frente al COVID-19, un análisis factorial sugiere la existencia de tres factores. El primer factor denominado “distanciamiento social” y que explica el 27,5% de la varianza total, correlaciona de manera positiva las primeras cuatro variables de la tabla 2. Por su parte, el segundo factor que explica el 24,5% de la varianza total denominado “autocuidado”, correlaciona de manera positiva las seis variables siguientes de la tabla 3. El tercer factor lo compone la variable relativa a autoadministración. La prueba de esfericidad de Barlett ( $P=0,000$ ) y el  $KMO=0,857$ , indican que las variables bajo análisis están significativamente correlacionadas entre sí. Los tres factores retenidos explican en conjunto el 61,6% de la varianza total. Por lo tanto, los resultados obtenidos sugieren que las acciones llevadas a cabo por los encuestados frente al COVID-19 se agrupan en acciones de distanciamiento social, de autocuidado y de autoadministración.

**Tabla 3**

*Análisis factorial: matriz de componentes rotados*

Prácticas para prevenir el contagio	Componente		
	Distanciamiento social	Autocuidado	Autoadministración
Intenta estar al máximo posible en aislamiento social	0,828		
Evita al máximo posible visitar lugares públicos	0,818		
Reduce al máximo el contacto con otras personas	0,785		
Evita estar en espacios en donde hay aglomeración de personas	0,779		
Emplea gel anti-bacterial o alcohol glicerinado		0,816	
Rutinas de lavado de manos con agua y jabón		0,792	
Cuando estornuda o tose se cubre nariz o boca con el brazo		0,602	
Uso de pañuelos desechables para sonarme		0,580	
Evita tocarse la nariz, boca u ojos con las manos		0,539	
Empleo de tapabocas		0,491	
Usa fármacos, suplementos o métodos alternativos autoadministrados			0,958

En cuanto al distanciamiento social y la autoadministración, tanto los hombres como las mujeres tienden a tener prácticas similares, no existiendo diferencias significativas entre géneros (test de U de Mann-Whitney,  $P \geq 0,050$ ). Sin embargo, en lo relativo a prácticas de autocuidado, las mujeres tienden a realizar más estas medidas en mayor frecuencia que los hombres (test de U de Mann-Whitney,  $P = 0,001$ ). Frente a acciones para intentar evitar el contagio por el SARS Cov-2, en China Chan et al. (2020) y Zhong et al. (2020), en Pakistán Salman et al. (2020) y en Indonesia Saefi et al. (2020), identificaron que los hombres en comparación con las mujeres se asocian de manera negativa con prácticas de autocuidado, e.g., lavarse las manos y uso de mascarillas fuera de casa. De acuerdo con Chan et al. (2020), esto podría deberse a que las mujeres se muestran más preocupadas por el COVID-19 que los hombres. Una mayor preocupación va de la mano con un mayor riesgo percibido del COVID-19 y a su vez, un mayor riesgo percibido puede desencadenar en conductas menos riesgosas frente a la pandemia (Abir et al., 2020).



Con relación al nivel de formación académica, se encontraron diferencias significativas en lo relativo al distanciamiento social (test de Kruskal-Wallis,  $P=0,001$ ). Los encuestados con menores niveles de formación académica tienden a desarrollar menores prácticas de distanciamiento social. En Bangladesh, Abir et al. (2020) reportaron que mayores niveles de formación académica está asociado de manera positiva con una debida práctica de la cuarentena. Existe una relación positiva entre el nivel educativo y una mayor preocupación por la salud (Sepúlveda et al., 2013). Por lo tanto, es esperable que personas con mayores niveles de formación académica se muestren más preocupados frente al COVID-19, lo que puede desencadenar en mayores prácticas de distanciamiento social. Por otro lado, Chan et al. (2020) y Zhong et al. (2020) reportaron que personas con bajo nivel educativo tenían conocimientos relativamente deficientes acerca del COVID-19 y, por ende, era menos probable que estos adoptaran medidas preventivas. En el presente estudio también se encontró una relación significativa y positiva entre el nivel de conocimiento acerca del COVID-19 y el nivel educativo de las personas (test de Chi-cuadrado,  $P=0,001$ ). Las personas con mayores niveles de formación académica tienden a estar más suficientemente informados acerca del COVID-19. Mayores niveles de formación académica en las personas facilita la búsqueda y adquisición de información relevante lo que se puede traducir en mayor conocimiento y a su vez, un mayor conocimiento repercute en la puesta en práctica de mayores acciones (más informadas) para evitar el COVID-19 (Abir et al., 2020; Saefi et al., 2020). De hecho, se encontró que las personas que se consideran mayormente informadas acerca del Covid-19 tienden a desarrollar mayores prácticas de autocuidado (prueba de Kruskal-Wallis,  $P=0,000$ ).

Por tratarse de un nivel de conocimiento auto percibido, en la encuesta aplicada a la primera muestra se incluyó una serie de preguntas trampa con el fin de valorar hasta qué punto el nivel de conocimiento auto percibido, “realmente” se corresponde con el nivel de conocimiento del encuestado. El 11,5% de los encuestados (primera muestra) acertaron en un 100% a las preguntas de conocimiento sometidas a valoración. Las personas que consideran estar poco informadas acerca del COVID-19, a nivel de conocimiento promedio, efectivamente parecen estarlo (promedio=41,68%). Por otra parte, los encuestados que consideran estar algo informados (promedio=64,82%) y suficientemente informados (promedio=69,51%) con respecto al COVID 19, se corresponden con un conocimiento mayor sobre el tema. Por lo tanto, el auto conocimiento percibido, al menos en parte, se corresponde con la situación “real” de conocimiento del tema.

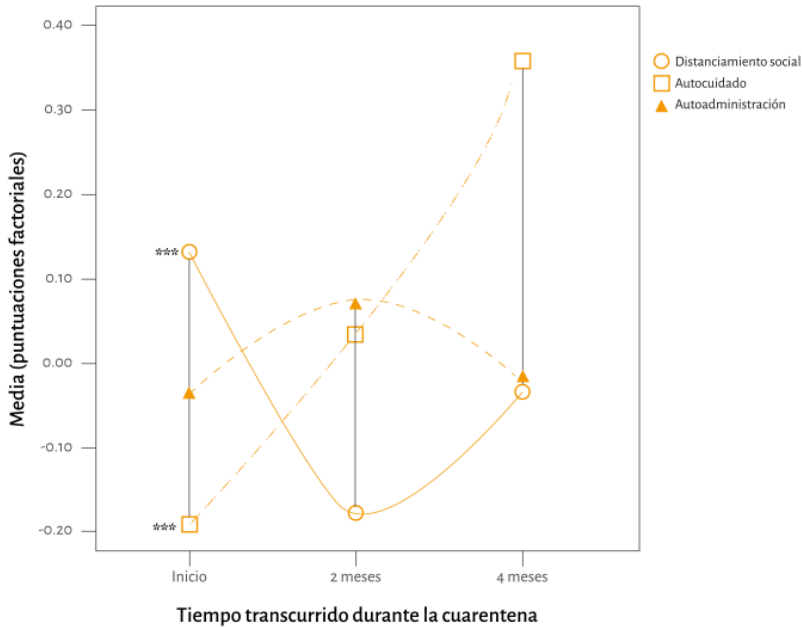
Por otro lado, correlaciones bi-variadas sugieren que existe relación significativa y positiva entre la edad de la persona encuestada y las prácticas de autocuidado ( $r=0,121$ ,  $P=0,001$ ). Por lo tanto, los resultados sugieren que a medida que se incrementa la edad se tiende a adoptar en mayor medida prácticas de cuidado personal frente al COVID-19 y viceversa, a medida que disminuye la edad las prácticas de autocuidado como el empleo de mascarillas, lavado rutinario de manos y el cuidado al estornudar y toser son menos acatadas. La literatura, comúnmente asocia a las personas jóvenes con el desarrollo de prácticas de riesgo. Incluso, el desarrollo de prácticas de riesgo hacia el SARS-Cov-2 se ha asociado a personas más jóvenes (Zhong et al., 2020). También, se encontró que las personas encuestadas que se consideran suficientemente informadas tienden a poseer una edad mayor respecto a aquellas que se consideran algo o poco informadas (prueba de Kruskal-Wallis). Abir et al. (2020) reportaron que, las personas

con mayores edades tenían un conocimiento más elevado acerca del Covid-19. Este menor conocimiento por parte de las personas con menores edades también puede influir en el poco desarrollo de prácticas de autocuidado frente al COVID-19.

A través del decreto 457 de la presidencia de la república (Decreto 457 del 22 de marzo de 2020, 2020), el 25 de marzo se inicia la cuarentena en Colombia bajo la figura de aislamiento preventivo obligatorio. Se ha caracterizado por una cuarentena muy estricta que se ha venido flexibilizando transcurrido el tiempo. Por ejemplo, en la zona en donde se llevó a cabo el estudio, mientras que a los inicios de la cuarentena las personas solo podían salir entre una y dos veces a la semana a hacer sus provisiones de alimentos (Decreto municipal No. 100-33-086-2020, 2020; Decreto municipal No. 100-33-105-2020, 2020), al finalizar los dos primeros meses (segunda muestra), esta medida fue flexibilizada (Decreto municipal No. 100-33-110-2020, 2020). Luego, debido al incremento de los casos, al finalizar el mes de julio y que coincide con la tercera muestra, nuevamente se volvieron a decretar medidas más restrictivas de aislamiento preventivo (Decreto municipal No. 100-12-195-2020, 2020). Este comportamiento parece coincidir con el de las prácticas de distanciamiento social de la población encuestada.

A través del tiempo, las prácticas relativas al distanciamiento social han variado (prueba de Kruskal-Wallis,  $P=0,008$ ) (ver figura 2). Al inicio de la cuarentena (primera muestra), las personas tendían a desarrollar con más relativa frecuencia prácticas de distanciamiento social. Transcurridos dos meses (segunda muestra), las prácticas de distanciamiento social disminuyeron. Al cuarto mes de cuarentena (tercera muestra), las prácticas de distanciamiento social volvieron a incrementarse, pero a niveles no tan altas como se practicaban al inicio de la cuarentena. Por lo tanto, los resultados sugieren que las prácticas de distanciamiento social como el aislamiento preventivo parecen ir de la mano con el nivel impositivo. Esta predisposición podría deberse, al menos en parte, a la supresión y al tiempo de confinamiento en Colombia que se ha caracterizado por ser extensa. En un segmento de la población, el confinamiento tiende a generar estrés y la necesidad de relacionarse por temor a sentir soledad podría ser un catalizador (Emerson, 2020; Pedrozo-Pupo et al., 2020). De otro lado, cabe destacar que la situación económica que ejerce presión sobre personas dependientes o que han perdido su trabajo durante la pandemia y no han podido acceder a las ayudas del estado o le son insuficientes, también puede ser otro modulador del comportamiento (Gonzalez-Díaz et al., 2020). En el presente estudio se encontró que, las personas con receso temporal y trabajadores independientes son los que tienden en menor medida a realizar prácticas de distanciamiento social (prueba de Kruskal-Wallis,  $P=0,000$ ). Por lo tanto, en economías con un sector informal importante, en donde existen personas que viven “el día a día”, es probable que estas medidas impositivas de distanciamiento social no modifiquen del todo el comportamiento (Gonzales-Castillo et al., 2020).

**Figura 2**  
Comportamiento de los factores a través del tiempo

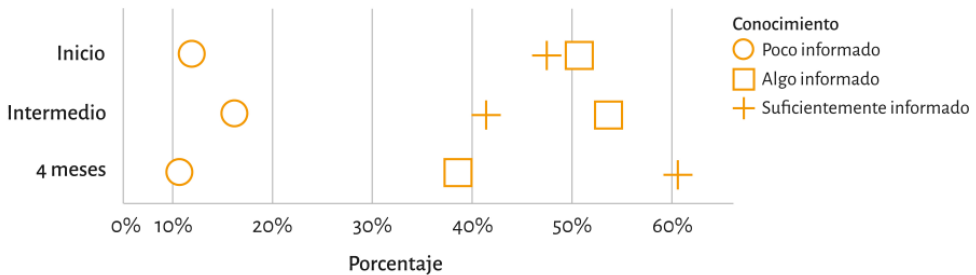


Con relación a las medidas de autocuidado, acciones más de tipo individual han mostrado una tendencia creciente a través de la cuarentena (prueba de Kruskal-Wallis,  $P=0,000$ ). Este aumento podría ser un reflejo del compromiso que ha tomado la población acerca del autocuidado acompañado de la gran cantidad de comunicación efectuada por las entidades del estado con relación a algunas prácticas de autocuidado. El gobierno de Colombia optó por un modelo mixto que combina medidas de mitigación con políticas de supresión (Correa-Cuadros et al., 2020). Por lo tanto, frente al panorama actual de medidas de confinamiento flexibles o que parecen no ser del todo acatadas, al menos por parte de un grupo determinado de personas, las medidas de autocuidado parecen jugar un papel más relevante. A medida que las personas abandonan sus hogares y empiezan a trabajar fuera del hogar, se aumenta la probabilidad de propagación del virus (Emerson, 2020). En el caso del autocuidado, Gonzales-Castillo et al. (2020) recomiendan que es una práctica que, junto con otras medidas, puede ser útil para reducir la velocidad de transmisión frente a medidas de supresión como el confinamiento que suelen ser económicamente insostenibles en el tiempo, al menos para economías en vías de desarrollo (Correa-Cuadros et al., 2020).

Al igual que ha sucedido con las acciones tomadas por los encuestados frente al COVID-19, el nivel de conocimiento auto percibido se ha incrementado significativamente desde el inicio de la cuarentena hasta pasado 4 meses (test de Chi-cuadrado,  $P=0,000$ ). Al inicio de la cuarentena, el

47,8% de los encuestados se consideraban suficientemente informados mientras que, transcurridos 4 meses, este porcentaje incrementó a 60,6% (ver figura 3). En este sentido, los resultados sugieren que, a través del tiempo, en una parte de los encuestados el nivel de conocimiento auto percibido con relación al COVID-19 se ha incrementado. Esto podría ser un reflejo del interés de los ciudadanos con respecto a la situación, conjugado con la cantidad de información que sobre la temática continuamente se expone a través de diversos medios de comunicación.

Figura 3. Nivel de conocimiento auto percibido



**Segmentación de las personas en función de sus acciones frente al COVID-19.** Como parte del desarrollo del análisis clúster, se encontraron cuatro segmentos de personas que difieren significativamente en cuanto a sus acciones frente al COVID-19 (prueba de Kruskal-Wallis,  $P=0,000$ ), el género (prueba de Chi-cuadrado,  $P=0,020$ ) y su nivel de conocimiento (prueba de Chi-cuadrado,  $P=0,000$ ) (ver tabla 4). Se encontró un clúster de gran tamaño, dos de tamaños equiparables y uno de tamaño reducido.

**Tabla 4**  
Perfiles de los segmentos encontrados

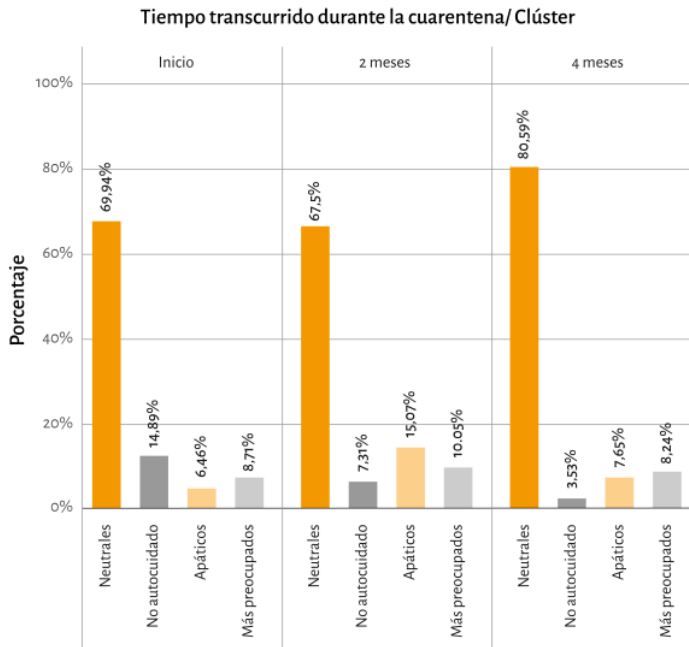
Características	Segmentos				P
	Neutrales	No autocuidado	Apáticos	Preocupados	
<b>Factores</b>					
Distanciamiento social <sup>a</sup>	0,15	0,60	-2,31	0,48	0,000
Autocuidado <sup>a</sup>	0,22	-1,73	-0,24	0,39	0,000
Autoadministración <sup>a</sup>	-0,28	0,21	-0,08	2,07	0,000
<b>Género<sup>b</sup></b>					
Hombre	0,96%	45,95%	43,48%	31,82%	0,020
Mujer	69,04%	54,05%	56,52%	68,18%	
<b>Nivel de conocimiento<sup>b</sup></b>					
Poco informado	1,31%	6,67%	8,70%	1,49%	0,000
Algo informado	47,19%	58,67%	52,17%	43,28%	
Suficientemente informado	51,50%	34,67%	39,13%	55,22%	
<b>Formación académica<sup>b</sup></b>					
Bachiller	8,82%	8,00%	16,18%	10,45%	Ns.
Ns. Técnico/Tecnólogo/Universitario en curso	70,73%	76,00%	67,65%	71,64%	
Universitario (finalizado)	20,45%	16,00%	16,18%	17,91%	
<b>Edad<sup>a</sup></b>	<b>2651,99</b>	<b>2528,38</b>	<b>2725,37</b>	<b>2750,75</b>	<b>Ns.</b>

*Nota.* <sup>a</sup>P corresponde a la prueba de Kruskal-Wallis. <sup>b</sup>P Corresponde a la prueba de Chi cuadrado. Ns, P>=0,050.

El primer clúster, el de mayor tamaño y que en la muestra global agrupa al 71,67% de los encuestados, está representado por personas que tienden a realizar prácticas destacables de distanciamiento social y de autocuidado, pero no tanto de autoadministración. Este primer clúster denominado “neutrales”, está conformado en un 69,04% por mujeres y el 51,50% se consideran suficientemente informados acerca del COVID-19. El segundo clúster, denominado “no autocuidado”, se caracterizan por realizar con cierta frecuencia prácticas de distanciamiento social y de autoadministración, pero las prácticas de autocuidado son bastante cuestionables desde el punto de vista de la frecuencia con que las realizan. En la muestra global, representan el 10,07% de los encuestados con distribución casi proporcional entre hombres y mujeres y el 58,67% se consideran algo informados acerca del COVID-19. Un tercer clúster, denominado “apáticos” y que representan el 9,26% de los encuestados, lo conforman los encuestados con menores prácticas promedio de distanciamiento social, de autocuidado y de autoadministración. Tienen leve predominancia los hombres (56,52%) y el 52,17% se consideran algo informados acerca

del COVID-19. Un cuarto clúster, el de los “más preocupados” y que en conjunto representan el 9% de la muestra global, está conformado por personas con uno de los mayores promedios de prácticas de distanciamiento social y los mayores promedios de prácticas de autocuidado y de autoadministración. En su mayoría está representado por mujeres (68,18%) y por personas que se consideran suficientemente informados acerca del COVID-19 (55,22%).

**Figura 3**  
*Clúster a través de la cuarentena*



El clúster de los neutrales, a través de toda la cuarentena se han mostrado como el segmento más grande, incrementando su tamaño luego de transcurrido 4 meses (ver figura 4). Por su parte, el segmento del no autocuidado, a través de la cuarentena han venido disminuyendo mientras que el de los apáticos se incrementó a los dos meses y volvió a disminuir transcurridos los 4 meses.

El segmento restante, el de los preocupados, ha permanecido relativamente estable a través el tiempo. Por lo tanto, los resultados indican que a través de la cuarentena los ciudadanos que habían venido desarrollando en menor medida prácticas de autocuidado, pero sí de distanciamiento social, se han movido hacia otro segmento de personas. En este sentido, los resultados sugieren que si bien es cierto que las acciones frente al COVID-19 han sido efectuados con mediana frecuencia por un segmento grande (neutrales) de la muestra y

con bastante frecuencia por un segmento reducido de la muestra (preocupados), existen otros segmentos, de tamaño nada despreciable, en donde puede ser preocupante su accionar frente al COVID-19 (segmentos de no autocuidado y apáticos). Tal y como lo señalan los resultados, se trata de personas que no se consideran suficientemente informadas acerca del COVID-19. En este sentido, los resultados resaltan la importancia que representa el nivel de conocimiento y el género frente al desarrollo de acciones relevantes de cuidado ante la pandemia del COVID-19. Nuestros resultados respaldan la literatura, al menos en parte, acerca de que un mayor conocimiento puede influir de manera positiva en el desarrollo de prácticas adecuadas frente a la pandemia (Abir et al., 2020; Saefi et al., 2020). Asimismo, los resultados obtenidos confirman aún más que las mujeres en comparación con los hombres se muestran más predispuestas a desarrollar acciones de autocuidado, al menos en un segmento de estas, las más informadas (Chan et al., 2020; Zhong et al., 2020; Salman et al., 2020; Saefi et al., 2020). En este sentido, en contraposición a las prácticas supresoras empleadas para desacelerar la velocidad de contagio, las entidades gubernamentales podrían apoyarse en este segmento de la población para así tener un mayor eco sobre la adopción de prácticas de autocuidado. Incluso, incrementar el nivel de conocimiento de la población acerca del SARS-Cov-2 y del COVID-19, sería otra acción a la que se podría optar con el fin de incrementar el desarrollo de prácticas para reducir la probabilidad de ser contagiado por el SARS-Cov-2. Aunque cuando las medidas de educación no funcionan los gobiernos tienden a establecer sanciones penales (Ochoa-Rosales et al., 2020); también es cierto que no se sabe hasta qué punto los gobiernos se decantan por una educación supresora tendiente a una adopción de prácticas más que una educación que fomente buenos hábitos basados en el conocimiento.

## Conclusiones

En el presente estudio llevado a cabo en Colombia, se analizaron acciones empleadas por las personas frente a la pandemia del COVID-19, su relación con características sociodemográficas y se exploraron segmentos de personas basadas en dichas acciones. El estudio recurrió al empleo de tres muestras de sección cruzada provenientes de una misma población obtenidas durante la cuarentena en el país.

Los resultados permiten concluir que, las acciones positivas llevadas a cabo por los encuestados tienden a estar más relacionadas con las mujeres y con un mayor conocimiento acerca del COVID-19 por parte de las personas. Por el contrario, los hombres y personas con menores niveles de conocimiento acerca del COVID-19, tienden a desarrollar menos acciones para reducir la probabilidad de ser contagiados. Estos resultados son interesantes desde el punto de vista de la comunicación por parte del gobierno y de las entidades que promueven la salud pública, ya puede fortalecer la toma de decisiones en cuanto al desarrollo de una comunicación mucho más dirigida acerca del SARS-Cov-2 y del COVID-19. En definitiva, esto podría traducirse en un “mayor eco”. Por otro lado, se obtuvieron cuatro segmentos de la población, uno de estos más preocupados por llevar a cabo con mayor frecuencia acciones frente a la pandemia y que son consistentes con el género mujer y mayor conocimiento acerca del COVID-19. Si bien es cierto que la mayor parte de la muestra aduce llevar a cabo prácticas nada despreciables, un segmento

de encuestados podría ser preocupante ya que sus acciones para reducir la probabilidad de contagio son poco frecuentes.

Por otro lado, se puede concluir que las prácticas de autocuidado han venido incrementándose en cuanto a su frecuencia mientras que las relativas al distanciamiento social parecen ir de la mano con las medidas impositivas del gobierno. En el caso del autocuidado, esto muestra la adopción cada vez mayor de este tipo de acciones por parte de las personas. Sin embargo, acciones de distanciamiento social es un tema que podría preocupar frente a medidas flexibles gubernamentales, al menos en el caso de Colombia. No se sabe hasta qué punto es debido a una cultura de relacionamiento social estrecho o a que la práctica de la cuarentena en Colombia ha sido excesiva y agotadora, o producto de las dos. Indiscutiblemente es un tema que valdría la pena analizar en futuras investigaciones de carácter retrospectivo.

Una de las limitaciones del estudio, es que, al provenir de un muestreo por conveniencia, los resultados difícilmente pueden ser extrapolados a la población en general. Sin embargo, parte de los resultados obtenidos son consistentes con los reportados en otros países como China. Es rescatable del estudio el uso de muestras estáticas a través del tiempo en tres momentos claves de la cuarentena en Colombia.

## Agradecimientos

El presente estudio proviene del proyecto de investigación “Percepción de los habitantes de la provincia Guanentina y Comunera hacia el SARS-Cov-2: Un análisis empleando estadística bivariante y multivariante aplicada” financiado por la Universidad de Investigación y Desarrollo -UDI. Los autores quieren agradecer a todas las personas que colaboran en ayudar a difundir el formulario empleado para la recolección de la información.

## Referencias

Abir, T., Kalimullah, N. A., Osuagwu, U. L., Yazdani, D. M. N.-A., Mamun, A. A., Husain, T., Basak, P., Permarupan, P. Y., & Agho, K. E. (2020). *Factors Associated with the Perception of Risk and Knowledge of Contracting the SARS-Cov-2 among Adults in Bangladesh: Analysis of Online Surveys. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5252. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145252>

Decreto municipal No. 100-33-086-2020, Pub. L. No. 100-33- 086-2020 (2020).

Decreto municipal No. 100-33-110-2020, 100-33-110-2020 (2020).

Alcaldía Municipal de San Gil. (2020, septiembre 2). *Canal oficial de la Alcaldía de San Gil*. San Gil. <https://sangil.gov.co/>

Decreto municipal No. 100-12-195-2020, 100-12-195-2020.



- Argüello, M., Belaus, A., Bengolea, M., Caicedo, E., Correa, P., Godoy, J., Mola, D., Ortiz, M. V., Reyna, & Reyna, C. (2020). *Experiencias y estrategias frente al COVID-19 en Argentina*. Equipo de Investigación en Psicología y Economía Comportamental.
- Bchetnia, M., Girard, C., Duchaine, C., & Laprise, C. (2020). *The outbreak of the novel severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): A review of the current global status*. *Journal of Infection and Public Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.011>
- Chan, E. Y. Y., Huang, Z., Lo, E. S. K., Hung, K. K. C., Wong, E. L. Y., & Wong, S. Y. S. (2020). *Sociodemographic Predictors of Health Risk Perception, Attitude and Behavior Practices Associated with Health-Emergency Disaster Risk Management for Biological Hazards: The Case of COVID-19 Pandemic in Hong Kong, SAR China*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113869>
- Chaparro-Mérida, N.-A., & Franco-Lacato, A.-O. (2020). *Aspectos clínicos e inmunológicos de la infección por SARS-CoV-2*. *Salud UIS*, 52(3), Article 3. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/10904>
- Correa-Cuadros, J. P., Muñoz-Rodríguez, M. A., Correa-Cuadros, J. P., & Muñoz-Rodríguez, M. A. (2020). *SARS-CoV.2/COVID-19 in Colombia: Tendencias, predicciones, and tensions about health system*. *Revista de Salud Pública*, 22(2). <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86614>
- Decreto municipal No. 100-33-105-2020, 100-33-105-2020 (2020).
- Emerson, K. G. (2020). *Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e81. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.81>
- Ezhilan, M., Suresh, I., & Nesakumar, N. (2021). *SARS-CoV, MERS-CoV and SARS-CoV-2: A Diagnostic Challenge*. *Measurement*, 168, 108335. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2020.108335>
- Garcia, L. P., Traebert, J., Boing, A. C., Santos, G. F. Z., Pedebôs, L. A., d'Orsi, E., Prado, P. I., Veras, M. A. de S. M., Boava, G., & Boing, A. F. (2020). *O potencial de propagação da Covid-19 e a tomada de decisão governamental: Uma análise retrospectiva em Florianópolis, Brasil*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.993>
- Gonzalez-Diaz, J. M., Cano, J. F., Pereira-Sanchez, V., Gonzalez-Diaz, J. M., Cano, J. F., & Pereira-Sanchez, V. (2020). *Psychosocial impact of COVID-19-related quarantine: Reflections after the first case of suicide in Colombia*. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00117420>
- Instituto Nacional de Salud. (2020, agosto 19). *Coronavirus Colombia*. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

- Liu, J., Xie, W., Wang, Y., Xiong, Y., Chen, S., Han, J., & Wu, Q. (2020). *A comparative overview of COVID-19, MERS and SARS: Review article. International Journal of Surgery, 81*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.07.032>
- Ma, C., Su, S., Wang, J., Wei, L., Du, L., & Jiang, S. (2020). *From SARS-CoV to SARS-CoV-2: Safety and broad-spectrum are important for coronavirus vaccine development. Microbes and Infection, 22*(6), 245-253. <https://doi.org/10.1016/j.micinf.2020.05.004>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, septiembre 2). *Infografías Covid-19*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/infografias-covid-19.aspx>
- Ochoa-Rosales, C., González-Jaramillo, N., Vera-Calzaretta, A., Franco, O. H., Ochoa-Rosales, C., González-Jaramillo, N., Vera-Calzaretta, A., & Franco, O. H. (2020). *Impact of mitigation measures on the COVID-19 pandemic in Chile: Preliminary data for the period April 14 to May 14. Revista de Salud Pública, 22*(2). <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86380>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a, agosto). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b, agosto). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la Salud. (2020c, agosto 31). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>
- Pedrozo-Pupo, J. C., Pedrozo-Cortés, M. J., Campo-Arias, A., Pedrozo-Pupo, J. C., Pedrozo Cortés, M. J., & Campo-Arias, A. (2020). *Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: An online survey. Cadernos de Saúde Pública, 36*(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090520>
- Decreto 457 del 22 de marzo de 2020, Decreto 457 (2020).
- Saefi, M., Fauzi, A., Kristiana, E., Adi, W. C., Muchson, M., Setiawan, M. E., Islami, N. N., Ningrum, D. E. A. F., Ikhsan, M. A., & Ramadhani, M. (2020). *Survey data of COVID 19-related knowledge, attitude, and practices among indonesian undergraduate students. Data in Brief, 31*, 105855. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.105855>
- Salman, M., Mustafa, Z. U., Asif, N., Zaidi, H. A., Hussain, K., Shehzadi, N., Khan, T. M., & Saleem, Z. (2020). *Knowledge, attitude and preventive practices related to COVID-19: A cross-sectional study in two Pakistani university populations. Drugs & Therapy Perspectives, 1-7*. <https://doi.org/10.1007/s40267-020-00737-7>

- Sepúlveda, W., Maza, M., & Mantecón, A. (2013). *Information demanded by consumers: New issues in voluntary beef labelling*. *Acta Alimentaria*, 42(2), 135-142. <https://doi.org/10.1556/aalim.42.2013.2.2>
- Zhong, B.-L., Luo, W., Li, H.-M., Zhang, Q.-Q., Liu, X.-G., Li, W.-T., & Li, Y. (2020). *Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey*. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1745-1752. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45221>