

# **Niveles de ansiedad en madres por confinamiento debido a emergencia sanitaria en Colombia**

*Angye Catalina Patiño Marín<sup>1</sup>, Carolina Herrera Osorio<sup>2</sup>, Daniela Castañeda Narváez<sup>3</sup>*

Asesor: Sergio Andrés Acosta Tobón<sup>4</sup>

**Resumen:** La presente investigación se encamino a determinar el impacto psicoemocional de ansiedad del confinamiento debido a la emergencia sanitaria en madres. Mediante un diseño cuantitativo observacional de tipo descriptivo, en una muestra de 125 madres colombianas, con dos instrumentos de recolección de información: autoinforme Ad Hoc y el Inventario de Ansiedad de Beck. Como aspecto significativo, se encontró el temor o miedo al contagio corresponde a un estado distinto a la ansiedad. Adicionalmente, las señales de alerta positivas a causa de una contingencia sanitaria como el COVID-19 no necesariamente altera significativamente los niveles de ansiedad (subjetivo, neurofisiológico, vasomotor, autónomico), ya que la respuesta del individuo está justificada por un miedo real.

**Palabras claves:** *Ansiedad, Políticas salud, Salud mental, Psicología clínica*

**Anxiety levels in mothers for confinement for health emergency in Colombia.**

**Abstract:** The central purpose of this research was aimed at determining the psychological impact on confinement anxiety levels due to the health emergency in mothers. Using a descriptive quantitative observational design, two instruments were applied to collect information in a sample of 125 Colombian women: Ad Hoc self-report and Beck's Anxiety Inventory. As a significant aspect, it was found that the fear of contagion corresponds to a

---

<sup>1</sup> Psicólogo en formación, Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Programa Psicología, Tecnológico de Antioquia IU, Correo electrónico: [angye.patino@correo.tdea.edu.co](mailto:angye.patino@correo.tdea.edu.co)

<sup>2</sup> Psicólogo en formación, Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Programa Psicología, Tecnológico de Antioquia IU, Correo electrónico: [carolina.herrera14@correo.tdea.edu.co](mailto:carolina.herrera14@correo.tdea.edu.co)

<sup>3</sup> Psicóloga en formación, Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Programa Psicología, Tecnológico de Antioquia. Correo: [daniela.castaneda@correo.tdea.edu.co](mailto:daniela.castaneda@correo.tdea.edu.co)

<sup>4</sup> Doctor en Psicología, Magister en Psicología, Especialista en Psicología Jurídica, Psicólogo. Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Programa Psicología, Tecnológico de Antioquia IU, Correo electrónico: [sergio.acosta@tdea.edu.co](mailto:sergio.acosta@tdea.edu.co)

state other than anxiety. Additionally, positive warning signs due to a health contingency such as COVID- 19 do not necessarily significantly alter anxiety levels (subjective, neurophysiological, vasomotor, autonomic), since the individual's response is justified by real fear.

**Keys words:** *Anxiety, health policies, mental health, clinical psychology.*

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio sobre ansiedad entiende que el ser humano puede experimentar respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas para prever sucesos o circunstancias juzgadas como aversivas (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) debido a lo imprevisible e incontrolable de un evento y que potencialmente podría amenazar intereses (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Es decir, el sistema de alerta del organismo se activa frente a situaciones de riesgo (real o imaginario), advirtiéndolo y movilizándolo para el enfrentamiento al posible peligro o problema (Clark y Beck, 2021). De ahí que, eventos de inseguridad y alarma (desastres naturales, accidentes, situaciones económicas, pandemias, etc.) puede generar un impacto psicológico, especialmente asociados a alteraciones en la ansiedad (Norris, 2005).

Cuando la emoción está orientada hacia el futuro, la sensación de incontrolabilidad e impredecibilidad direcciona el foco hacia el peligro y la respuesta afectiva ante el suceso (Barlow, 2002) son síntomas asociados a la ansiedad que desencadenan en el temor generalizado, incapacidad para relajarse, nerviosismo permanente, entre otros. Por lo tanto, el sistema de respuesta está estrechamente conectado a cuatro factores fundamentales, tales como:

- Factores subjetivos o psicológicos: depende de las cogniciones, es decir, de interpretaciones sobre una experiencia o situación (Rodríguez y Frías, 2005). Así, en la ansiedad, la sobrevaloración amenazante del estímulo y la infravaloración de

los recursos personales crean un cuadro de respuesta amenazante al sujeto (Navas y Vargas, 2012).

- Factores Neurofisiológicos: aparece ante procesos de índole psicossomáticos donde la activación del sistema límbico actúa sobre el sistema nervioso autónomo (Díaz, 2014). Así, las redes neurales que acompañan a la expresión conductual de las emociones (del Toro, 2014) se transforman en síntomas, como: temblores, entumecimiento, mareos, problemas digestivos y desvanecimientos, entre otros (Lemos y Restrepo, 2008).
- Factores autonómicos: se encarga de regular las funciones viscerales involuntarias del organismo y emite respuestas adaptativas ante las variaciones del medio interno y externo (Costa, 2020). Es decir, el sujeto experimenta síntomas como taquicardia, sensación de bloqueo, sensación de ahogo, entre otros.
- Factores vasomotores: hace referencia a síntomas asociados, como: acaloramiento, rubor facial, sudoración, palpitaciones, entre otros..., que se activan y pueden afectar el área psicoemocional de la persona (Barcia, 2011).

En Colombia, mediante el decreto 457 (2020) se ordena el aislamiento preventivo obligatorio, en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19; donde se restringe movilidad, obligándolas a permanecer en casa y adecuar hábitos de vida. Las decisiones gubernamentales apuntan a minimizar el riesgo latente de la salud física. Pero, este acontecimiento traumático se constituye también en un factor de riesgo a la salud mental (Nadal, 2020). Esta problemática mundial, si bien apunta a un aislamiento preventivo obligatorio para mitigar el impacto y ayudar a combatir la propagación del virus, esta medida puede constituirse en fuente de propagación de cuadros clínicos asociados a la ansiedad.

Sánchez y La Fuente (2020) distinguen cuatro conceptos fundamentales: *cuarentena*, *aislamiento*, *distanciamiento social* y *confinamiento*. En ese orden de ideas, el primero hace referencia a la restricción voluntaria de movilidad que han estado expuestas a un potencial contaminación y se establece un tiempo de incubación de enfermedad. El segundo, consiste en el alejamiento físico de personas enfermas de sanas. El tercero, consiste en apartarse y restringir interacción para evitar contacto directo. Y, el cuarto, corresponde a una intervención comunitaria donde se establecen múltiples estrategias, como: alejamiento social, uso permanente de mascarillas, restricción circulación en horarios, cierre de fronteras, entre otras (Santi, 2020). El confinamiento implica una serie de acciones que parten desde separar sanos de enfermos y expuestos (cuarentena) hasta separar un grupo específico, como casos confirmados y sospechosos durante un periodo de tiempo establecido por el riesgo que constituye por la carga viral (aislamiento) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). En consecuencia, las medidas tomadas buscaban disminuir la tasa de contactos, un alejamiento donde se obliga a permanecer sanos y enfermos en sus casas, sumado a diversas prohibiciones. Debido a lo anterior, la presente investigación para referirse al aislamiento preventivo obligatorio, utilizará el concepto de confinamiento.

El confinamiento irrumpe la vida cotidiana, especialmente en madres, ya que además de las tareas del día a día, a partir de la declaratoria de emergencia empiezan a convivir permanente con su familia (pareja, hijos, etc...), asumiendo nuevas tareas que perturban la cotidianidad. Según la Comisión Interamericana de Mujeres (2020), las medidas de confinamiento no es neutra desde una perspectiva de género, a causa de que en el interior de los hogares se ha incrementado la carga de trabajo relacionada con el cuidado y la atención a las otras personas, carga que no se distribuye equitativamente, sino que ha recaído en las mujeres. Los cambios relacionales y de familia implican nuevos desafíos para determinar el

impacto real sobre la salud mental de los confinados, y en este marco es pertinente preguntarse: ¿Cuál es el impacto psicológico del confinamiento debido a emergencia sanitaria por COVID-19 en la ansiedad en madres en Colombia?

Entendemos, que en su momento el confinamiento se consideró la medida más efectiva para prevenir la propagación, evitando un colapso en el sistema de salud (de la Hoz, 2020). Sin embargo, no se puede desconocer que el efecto colateral en la vida cotidiana evidencia la necesidad de estudios clínicos en la salud mental (López, 2020). Las consecuencias del confinamiento involucran transformaciones de tipo social (cierre de sitios públicos) (Ruiz, 2020), económico (cese de ingresos) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021), laboral (teletrabajo, desempleos) (Sanoja, 2020), relacional (indicadores de violencia intrafamiliar) (Concejo de Medellín, 2020) y/o psicológico (estrés, depresión, ansiedad) (Hernández, 2020). De ahí que, el objetivo central fue determinar el impacto psicológico del confinamiento debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 en la ansiedad en madres en Colombia, estimando la afectación en los factores subjetivos o psicológicos; neurofisiológicos; autonómicos y vasomotores mediante un instrumento validado y estandarizado para población colombiana.

Por último, se indica que la presente investigación se fundamentó en la ley 1090 de 2006, respecto a las obligaciones deontológicas y bioéticas la investigación en Psicología, respetando las fuentes de información, la confidencialidad y la integridad de los participantes. Asimismo, se orientó acorde a la resolución 8430 de 1993 en la cual se reglamenta en la investigación el respeto y la privacidad en el manejo de la información dada por los participantes, mitigando todo riesgo y contando con el consentimiento informado.

## **2. METODOLOGÍA**

El paradigma empírico analítico orientó la investigación, ya que permitió establecer relaciones entre variables, probar la teoría de la psicología cognitiva a través de la verificación de objetivos e identificar regularidades en la muestra, conservando criterios de objetividad sobre los datos arrojados (Inche, et al 2003). Así, la presente investigación cuantitativa permitió la recolección de información de manera deductiva, secuencial y probatoria con base a los instrumentos seleccionados y validados para Colombia (Galindo, et al, 2015).

El diseño de investigación fue observacional (Rodríguez, et al 2009) de tipo descriptiva ( Echevarría, 2016), basado en una serie de casos (Martínez, 2006) donde se midió la ansiedad, posterior a la recolección de la información y se realizó el respectivo análisis estadístico (Lafuente, et al, 2008). Asimismo, el diseño no hubo intervención de los investigadores en la muestra, ni manipulación de los datos (Del Canto y Silva, 2013). En resumen, las características del diseño son observacional; retrospectiva (Ato, et al, 2013); transversal (Fernández, et al, 2014); y, descriptivo ( Echevarría, 2016).

### **2.1 Población**

A partir de los resultados obtenidos en el autoinforme ad hoc se puede establecer que la población y muestra corresponden a 125 madres participantes que manifestaron estar en confinamiento. Como aspecto relevante, los datos indican que las participantes están entre 18 a 70 años. La dispersión del dato de edad implicó para el análisis la agrupación de los datos en seis rangos, estos son: de 18 - 29 años; de 30 - 39 años; 40 - 50 años; 51 - 60 años y mayor de 61 años de edad. En los resultados de la variable edad se observa que, como datos significativos, se encontró que el 33,6% de las participantes tienen entre 40 y 50 años de edad, siendo el porcentaje más alto (Ver tabla 1)

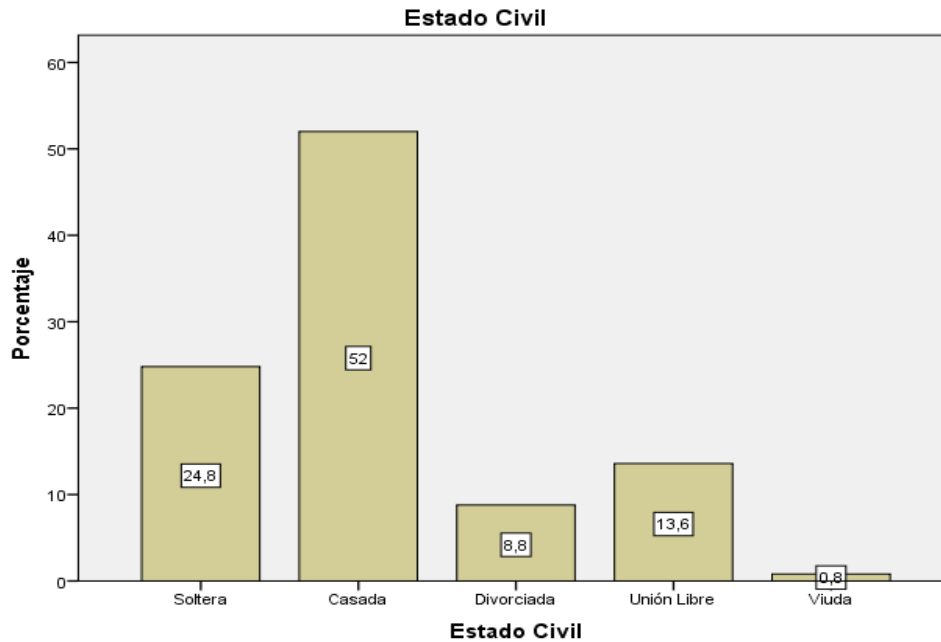
Tabla 1.  
*Caracterización de edad.*

Edad	Frecuencia	%	% acumulado
18 - 29 años	26	20,8	20,8
30 - 39 años	35	28,0	48,8
40 - 50 años	42	33,6	82,4
51 - 60 años	16	12,8	95,2
Mayor a 61	6	4,8	100,0
Total	125	100,0	

Fuente: elaboración propia (extraído del SPSS V21.0)

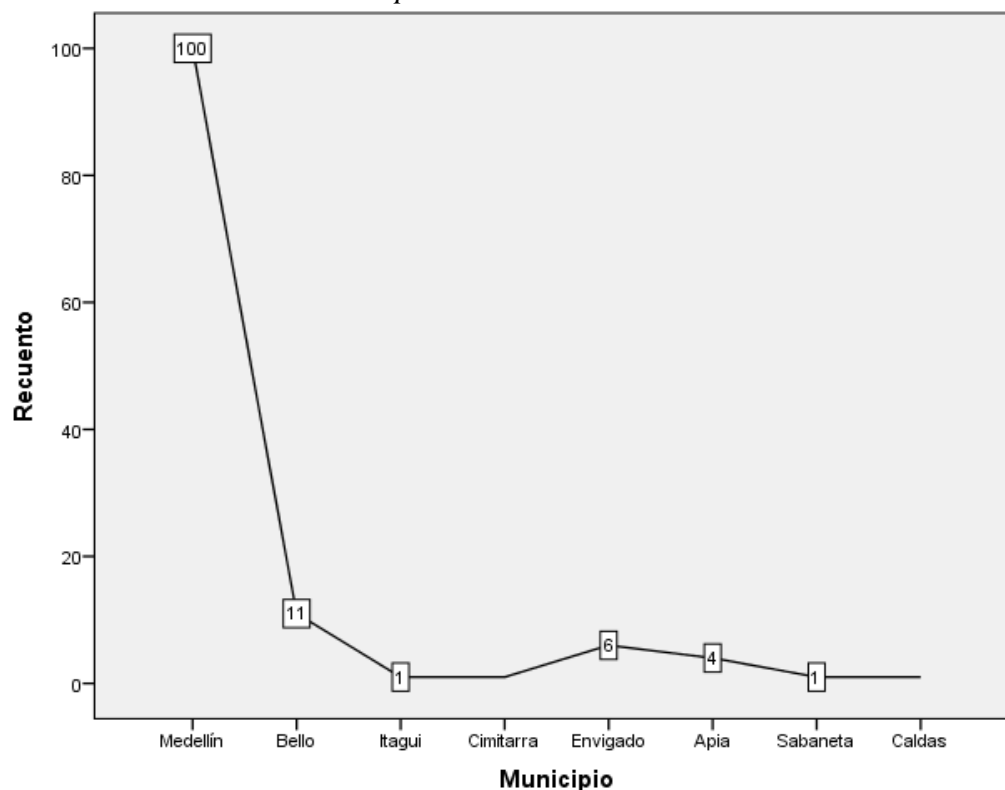
Con relación a la variable Estado Civil, los datos evidencian que el 24,8% de las madres son solteras; el 52,0% de las participantes son casadas; el 13,6% están en una unión libre; el 8,8% están divorciadas, y el 0,8% están en un estado de viudez. (Ver Figura 1). Es decir, que más del 50% de las mujeres madres se encuentran casadas o tienen una relación de pareja.

Figura 1.  
*Diagrama de barras variable estado civil*



Con respecto al municipio donde habitan, el 80,0% residen en el municipio de Medellín, seguido de un 8,8% que viven en el municipio de Bello, 4,8% en Envigado, el 3,2% del municipio de Apia y con un 0,8% cada uno, están los municipios de Sabaneta, Itagüí, Cimitarra y Caldas (Ver Figura 2)

Figura 2.  
 Diagrama de barras variable Municipio



Con respecto al departamento de arraigo, el 96,0% de la población viven en el departamento de Antioquia, el 3,2% son de Santander y el 0,8% habitan el departamento de Risaralda. Por lo que, la mayor parte de la muestra está ubicada en el departamento de Antioquia (Ver tabla 2).

Tabla 2.  
 Distribución por departamento donde habitan.

Departamento	Frecuencia	%	% acumulado
Antioquia	120	96,0	96,0
Risaralda	1	,8	96,8
Santander	4	3,2	100,0
Total	125	100,0	

Fuente: elaboración propia (extraído del SPSS V21.0)

Por último, con respecto a la variable ocupación, se identificaron las variables: ama de casa, empleada formal, empleada informal, desempleada y estudiante. Los resultados revelan que gran parte de la población son mujeres amas de casa con un 38,4%; seguido del



porcentaje de mujeres que poseen un empleo formal con un 34,8%; el 13,6% de las madres tienen un empleo informal; el 9,6% se encuentran desempleadas; y con menor frecuencia, el 4,0% son madres estudiantes (Ver tabla 3).

Tabla 3.  
*Distribución de acuerdo a variable ocupación actual.*

Ocupación	Frecuencia	%	% acumulado
Ama de casa	48	38,4	38,4
Empleada formal	43	34,4	72,8
Empleada Informal	17	13,6	86,4
Desempleada	12	9,6	96,0
Estudiante	5	4,0	100,0
Total	125	100,0	

Fuente: elaboración propia (extraído del SPSS V21.0)

En resumen, a partir de la aplicación del autoinforme ad hoc los datos evidencian que las mujeres participantes en gran medida habitan en Antioquia, con arraigo mayoritario en Medellín. Asimismo, la edad reportada indica que el 82,4% se encuentra entre los 18 a los 50 años, el estado civil que reportan es casada o unión libre (65,6%) y un porcentaje significativo son ama de casa (52 %).

## **2.2 Muestra y Muestreo:**

La muestra está por 125 participantes madres procedentes de ocho municipios de Colombia (Medellín, Bello, Itagüí, Sabaneta, Caldas, Cimitarra, Envigado y Apia), mayores de 18 años, que manifestaron tener como mínimo un hijo en etapa escolar o vida educativa, que experimentan situaciones de confinamiento debido a cuarentenas establecidas por el gobierno nacional y que manifestaron mediante consentimiento informado voluntad de participar.

La estrategia de muestreo fue no probabilístico, intencional, por conveniencia (Fernández, et al, 2014). La elección de la muestra obedeció a las características propias de la población, criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

## **2.3 Instrumentos**

**2.3.1 Autoinforme Ad Hoc:** fue creado por los investigadores para identificar una serie de variables y obtener una breve caracterización de la muestra en dos (2) partes. En el primer lugar, se indagó acerca de los datos de identificación, como: edad, estado civil y lugar de residencia. Y, En segundo lugar, se indagaron tres variables respecto al estado de las participantes con relación a la pandemia: confinamiento (¿se encuentra en confinamiento?, ¿trabaja desde casa?, ¿los hijos estudian desde casa?); Contagio (¿ha presentado covid-19?, ¿alguien del núcleo familiar ha presentado covid-19?, ¿ha tenido pérdidas significativas por covid-19?, ¿está en una situación de riesgo al contagio?); Y, Protocolo de bioseguridad (¿evita salir de casa por miedo al contagio?, ¿implementa protocolos de autocuidado?, ¿teme que algún familiar se contagie?).

**2.3.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** este instrumento desarrollado por Aaron Beck (Beck, et al, 1988) para valorar síntomas de ansiedad. El instrumento tiene un índice de confiabilidad global de 0.92. El instrumento cuenta con una estructura factorial de dos dimensiones: síntomas somáticos (doce reactivos) y síntomas subjetivos (nueve reactivos).

Beck y Steer (1991) con una muestra de 367 participantes diagnosticados con cuadro clínicos de ansiedad realizaron la validación del instrumento mediante un análisis factorial que arrojó cuatro factores (Ver tabla 4): factor subjetivo (4, 5, 8, 9, 10, 14 y 16), factor neurofisiológico (1, 3, 6, 12, 13, 17, 18 y 19), factor autonómico (7, 11 y 15) y factor síntomas vasomotores (2, 20, 21). Con el BAI se han realizado numerosas investigaciones que reconocen las propiedades del mismo para estudios en salud mental (Díaz, et al, 2019).

Tabla 4  
Análisis factorial del BAI

Factores	Reactivos
1. Subjetivo	4. Incapacidad de relajarse 5. Temor a que suceda lo peor 8. Inestable 9. Atemorizado o asustado 10. Nervioso 14. Miedo a perder el control 16. Temor a morir
2. Neurofisiológico	1. Torpe o entumecido 3. Temblor en las piernas 6. Mareado o que se le va la cabeza 12. Temblores en las manos 13. Inquieto, inseguro 17. Con miedo 18. Problemas digestivos 19. Desvanecimientos
3. Autonómicos	7. Latidos del corazón fuertes y acelerados 11. Sensación de bloqueo 15. Sensación de ahogo
4. Vasomotor	2. Acalorado 20. Rubor facial 21. Sudores, fríos o calientes

Cabe resaltar, que el BAI es una herramienta para identificar estados de ansiedad patológica o no (Ricardo, et al 2012) e incluye 21 ítems con un margen de puntuación de 0 a 63, otorgando criterios de interpretación: ansiedad mínima (0-7), ansiedad leve (8-15), ansiedad moderada (16-25), ansiedad grave (26-63). En cada respuesta de la escala se otorga una puntuación de 0 a 3 (0=en absoluto; 1=levemente, no me molesta mucho, 2=moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo y 3=severamente, casi no podía soportarlo).

## 2.4 Variables:

Tabla 6  
*Operacionalización de variables*

Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medición	Instrumento de medición
Edad	14,15,16,17...	Cuantitativa	Razón/ Continua	
Estrato socioeconómico	1,2,3,4,5,6		Ordinal/ Politómica	
Estado civil	Soltera, casada, divorciada...			
Ocupación actual	Ama de casa, empleada formal etc.		Nominal/ Politómica	Autoinforme Ad Hoc
Municipio de residencia	Medellín, Bello, etc.	Cualitativa		
Departamento de residencia	Antioquia, Risaralda, etc.			
Confinamiento				
Contagio protocolo de bioseguridad	Sí, No.		Nominal/ Dicotómica	
Factor subjetivo				
Factor Neurofisiológico	En absoluto, levemente, moderadamente, severamente	Cuantitativa	Ordinal/ Politómica	BAI
Factor Autonómico				
Factor vasomotores				

Nota: elaboración propia

## 2.5 Análisis estadístico:

El análisis estadístico se realizó por medio de pruebas y técnicas con base en la estadística descriptiva; los datos que se presentan a continuación permitieron obtener características generales del grupo poblacional investigado de acuerdo a las variables de análisis. Asimismo, la estructura general del análisis estadístico se diseñó de acuerdo a las características de los instrumentos y los datos obtenidos. En primer lugar, en los datos del Autoinforme Ad Hoc fueron examinados con medidas de tendencia central (frecuencia, porcentaje de la frecuencia y en algunos casos se extrajo la media). Con los puntos de referencia se interpretaron las derivaciones del instrumento para así interpretar los valores en relación con el puntaje central o típico. Con respecto a los datos en los niveles de ansiedad acorde al instrumento BAI, se realizó una exploración de los datos directos mediante medidas

de tendencia central e intervalos de confianza. Luego se realizó correlaciones de Pearson sobre las muestras extraídas.

Por último, para el análisis se recurrió al software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 21.0.

### **3. RESULTADOS**

La emergencia sanitaria por el COVID-19, situación de orden mundial, ha obligado a cada país establecer acciones para mitigar el impacto en la salud pública. Este acontecimiento que ha perdurado en el tiempo, se ha generalizado a cada país y ha irrumpido en la vida cotidiana y en cada sociedad (Fernández, et al, 1999). El impacto negativo sobre la salud mental sobre la población afectada está asociado a cuadros clínicos, como ansiedad y estrés postraumático ( Norris, 2005). Sin embargo, este estudio centra la atención sobre las madres que debido al confinamiento pueden estar expuestas al desencadenamiento de trastornos mentales. Partimos del supuesto que el confinamiento afecta los niveles de ansiedad debido a los cambios que en sí mismo implica esta nueva condición.

#### **3.1. El contexto como factor de vulnerabilidad a estados alterados de ansiedad**

De acuerdo con los resultados, las madres tienen múltiples ocupaciones entre ellas, contar con un trabajo que favorezca el sustento económico del hogar. Debido al confinamiento algunas se vieron obligadas al trabajo desde casa (83,3 %), lo que podría considerarse un aspecto favorable ante la decisión de que el núcleo familiar estuviese confinado, aunque, podría vivenciar un aumento en las responsabilidades, a causa de que deben responder a la demanda del hogar y el trabajo. Sin embargo, el 16,7% de la muestra manifestó que pese a la decisión del estado colombiano continuaron trabajando fuera de casa debido a la condición propia del empleo (Ver tabla 7). Este aspecto es fundamental, el hecho

de tener a los hijos en casa, mientras la madre sale a trabajar implica una alta susceptibilidad a factores estresores respecto a lo que sucede en el hogar. Y, a su vez, el miedo a estar fuera de casa expuesta al contagio. Es decir, la condición de madre trabajadora activa puede desencadenar una doble tensión respecto a lo que sucede en casa y el riesgo latente a la enfermedad; independientemente que trabajen desde casa o deba laborar fuera de ella, las madres pueden experimentar síntomas de ansiedad según las características propias de cada situación.

Tabla 7  
Distribución de trabajo en casa

	Trabajo en casa durante confinamiento			Pérdida de empleo durante confinamiento			
	Frecuencia	%	% acumulado	Frecuencia	%	% acumulado	
No	10	16,7	60,0	No	39	65	65,0
Si	50	83,3	100,0	Si	21	35	100,0
Total	60	100,0		Total	60	100,0	

Nota: elaboración propia

Cabe resaltar que, al momento de la toma de la información, solo el 6,4 % reporto haber presentado COVID- 19 (ver tabla 8). Es decir, el 93,6 % de la muestra no había sido contagiada, lo cual es percibido por las madres un factor tranquilizante, ya que no se han enfrentado a las consecuencias o secuelas que provoca dicha enfermedad. Relacionado a lo anterior, el 77,6% manifestó que ningún integrante de la familia había presentado COVID-19, lo cual indica que estas madres no han vivenciado de cerca las afectaciones del virus en la salud física. Sin embargo, el temor al contagio es cada vez mayor en la medida en que los casos aumentan y el sistema de salud se acerca al límite de su ocupación.

Tabla 8  
Distribución del reporte de contagio Covid-19

	Madre ha tenido COVID 19			Familiar con COVID19			
	Frecuencia	%	% acumulado	Frecuencia	%	% acumulado	
No	117	93,6	93,6	No	97	77,6	77,6
Si	8	6,4	100,0	Si	28	22,4	100,0
Total	125	100,0		Total	125	100,0	

Nota: elaboración propia

La conciencia de la existencia de la enfermedad ha ocasionado cambios en las relaciones sociales, ya que el confinamiento ha generado nuevas estrategias de comunicación y ha modificado las dinámicas relacionales con el fin de mitigar la propagación del contagio. Abstenerse de encuentros físicos para prevenir contagiarse o contagiar a otras personas evidencia el temor a las repercusiones del COVID-19. De acuerdo a la evidencia empírica, el temor a que se contagie un familiar (88,8%) (Ver tabla 9) genera que las madres adopten medidas de autocuidado, se acojan a las recomendaciones del personal de la salud y establezcan límites frente a los encuentros presenciales de las personas a su cargo. En este orden de ideas, el miedo al contagio se vincula con los crecientes índices de letalidad ocasionados por el COVID-19; el miedo al contagio se convierte en un mecanismo de alerta a fin de cuidar de sí misma y su familia. Cabe resaltar que el 8,8% de la muestra indicó que han tenido pérdidas significativas a causa de dicha enfermedad, lo cual ocasiona que haya mayor conocimiento respecto al impacto que esta genera en las personas y el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra la sociedad en general a causa del lento proceso de inmunización.

Tabla 9  
Distribución de manifestación de miedo contagio Covid-19

Temor al contagio de algún familiar				Pérdidas significativas por Covid-19			
	Frecuencia	%	% acumulado		Frecuencia	%	% acumulado
No	14	11,2	11,2	No	114	91,2	91,2
Si	111	88,8	100,0	Si	11	8,8	100,0
Total	125	100,0		Total	125	100,0	

Nota: elaboración propia

Si bien las autoridades colombianas han establecido medidas de restricción a la movilidad, el punto clave radica en que el temor generalizado al contagio se ha sintonizado con el miedo a salir de casa. Es decir, la creencia emergente de que salir representa exponerse a los riesgos latentes (72,8%) (Ver tabla 10) permite evidenciar la legitimación de las decisiones administrativas y/o políticas públicas. Ya que, de algún modo se entiende que las

madres se sienten seguras cuando ellas y su familia se encuentran confinadas y no tienen interacciones físicas con externos al núcleo familiar.

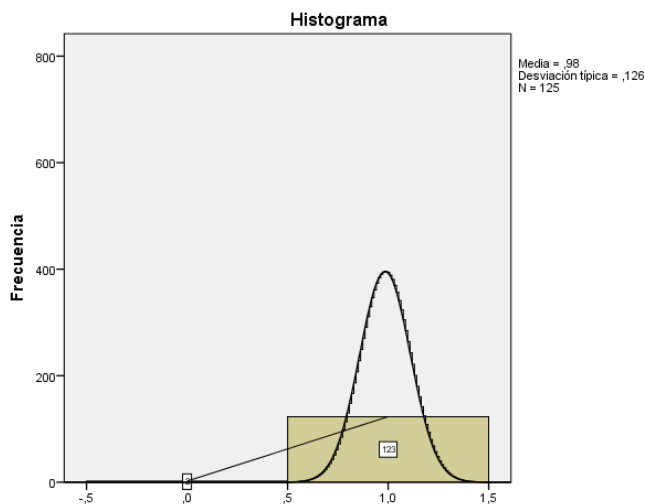
Tabla 10  
Distribución temor a salir de casa

	Teme salir de casa Frecuencia	%	% acumulado
No	34	27,2	27,2
Si	91	72,8	100,0
Total	125	100,0	

Nota: elaboración propia

Con lo anterior, las señales de alerta activan mecanismos psicológicos de defensa que operan mediante un sistema de creencias y emociones que justifican las conductas. El temor generalizado produce actos compulsivos protectores, como implementar los protocolos de bioseguridad y de autocuidado sugeridos por las autoridades de salud como: uso de tapabocas, lavado permanente de manos, aplicación de gel antibacterial, distanciamiento físico mínimo de dos metros, evitar aglomeraciones o lugares concurridos (Media=0,98) (Ver figura 3). Es decir, el temor al contagio conlleva a implementar dichos protocolos; en la medida en que estos se llevan a cabo se minimiza el riesgo al contagio y en consecuencia el temor.

Figura 3.  
*Implementa protocolos de autocuidado*





La realidad social expone a las personas a la activación emocional de estados de miedo y/o ansiedad debido a la situación de riesgo inminente. Es decir, existe un riesgo real, ya que el COVID-19 es un virus de rápida propagación y fácil contagio que puede afectar significativamente la salud hasta causar la muerte, adicionalmente, hay predisposiciones de salud que generan a ciertas personas mayor vulnerabilidad. Sin embargo, el miedo o temor es una emoción que ha sido fundamental para la supervivencia durante diversas épocas de la humanidad debido a que esta emoción provoca sensación de pérdida de control, falta de aliento, sensación de entumecimiento o desconexión; la cual conlleva a generar estrategias para proteger la vida (Otero, 2006).

### **3.2. Ansiedad o miedo durante el confinamiento**

Durante el periodo de confinamiento, en términos de salud mental, la ansiedad ha sido foco de diferentes discusiones, ya que se considera que las personas han aumentado los niveles de ansiedad. Desde Beck y Clark (2013), la ansiedad es un mecanismo de activación conductual, fisiológica y cognitiva que anticipar sucesos o que se interpretan como aversivos y que potencialmente podrían amenazar a la persona. Por lo tanto, medir la ansiedad implica observar 4 componentes: factor subjetivo, factor neurofisiológico, factor autonómico y el factor vasomotor.

De acuerdo a los datos, se evidencia que las participantes no presentan elevados signos que indiquen alteración a nivel subjetivo de la ansiedad (0,5712) (ver tabla 11). Es decir, respecto a la respuesta psicológica ante el confinamiento los datos indican que si bien pueden disponerse mecanismos de alerta ante el temor al contagio, estos no son representados en la incapacidad para relajarse, sensación de inestabilidad y miedo a perder el control. Es importante aclarar que la muestra fue extraída aproximadamente seis meses después de iniciada la contingencia sanitaria, por lo tanto, en un primer momento, se puede indicar que

la percepción de peligro justifica las acciones de cuidado de las madres para protegerse y proteger a los miembros de la familia. Es decir, las estrategias implementadas se consideraban necesarias y pertinentes para disminuir la posibilidad de contagio y evitar las afectaciones producidas por el COVID- 19 a la salud.

Adicionalmente, respecto al factor neurofisiológico se halla como resultado que las participantes no manifiestan signos, como: temblor en las piernas, temblores en las manos, problemas digestivos que indiquen una alteración en esta área (0,3520). Lo que evidencia, que las madres participantes no poseen alteraciones neurofisiológicas asociadas con la ansiedad; esto indica que la sensación de miedo al contagio puede ser funcional; ya que, permitía la movilización de sus pensamientos y acciones en función del autocuidado y protección de su familia. Este miedo a causa del COVID-19 no intervenía directamente en la realización de actividades o roles en las diversas áreas de sus vidas, ni provocaba cambios fisiológicos que indicaran síntomas de ansiedad.

En lo concerniente al factor autonómico, los resultados dan cuenta de que las participantes no presentan signos relevantes que evidencien una alteración (0,2824). Lo cual podría señalar que la valoración del riesgo al contagio y la vivencia del confinamiento no alteró significativamente el funcionamiento del sistema nervioso; además, los resultados exponen que los cambios provocados por el COVID-19 en el entorno social, las modificaciones en el ámbito laboral, los nuevos protocolos de autocuidado y las diversas restricciones no han afectado de forma significativa el funcionamiento del sistema nervioso autonómico y vasomotor; estos cambios se perciben como medidas de protección, las cuales, de no ser implementadas generarían una sensación de desprotección ante el COVID- 19, en consecuencia, se podrían presentar alteraciones en dichos factores (ver tabla 11).

Igualmente, de acuerdo a los signos que miden el factor vasomotor (rubor facial, sudores fríos o calientes), los resultados obtenidos demuestran que cada uno de los síntomas asociados a este factor no afectaron significativamente el área psicoemocional de las madres (0,2824). Este resultado, puede estar relacionado con el momento en el que se aplicó el instrumento BAI, debido a que ya habían transcurrido aproximadamente seis meses de estar en confinamiento y posiblemente vivenciaban un estado de adaptación.

Finalmente, el BAI revela que en la muestra se presenta un nivel de ansiedad mínima (media=1,4896). Este hallazgo indica un estado de alerta adaptativo, que permite enfocar la atención y recursos hacia situaciones que se consideran amenazantes. Es decir, el nivel de ansiedad asociada a la emergencia sanitaria experimentada no evidencia actitudes que manifiesten sensación de indefensión, ni un estado paralizante. Lo cual se ve reflejado en los cuatro factores del instrumento: subjetivo, neurofisiológico, vasomotor, autonómico (ver tabla 11).

Tabla 11  
Distribución de los resultados BAI

	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
F. Subjetivo	10,141	124	,000	,5712	,460	,683
F. Neurofisiológico	9,278	124	,000	,3520	,277	,427
F. Vasomotor	6,321	124	,000	,2824	,194	,371
F. Autonómico	6,824	124	,000	,2824	,200	,364
Índice Global	9,607	124	,000	1,4896	1,183	1,796

Nota: Elaboración propia

El COVID- 19 es considerado una emergencia sanitaria mundial, de fácil propagación y gran impacto en la salud pública (física y mental); teniendo en cuenta la letalidad y secuelas que puede generar sobre la salud de las personas a nivel mundial, se puede catalogar como catástrofe; pues es un acontecimiento que ha perdurado en el tiempo y en el espacio y ha irrumpido con las funciones esenciales de la sociedad (Fernández, et al, 1999). La evidencia

científica plantea que este tipo de acontecimientos tienen un importante impacto psicológico en las poblaciones afectadas, generando niveles de ansiedad, especialmente en las primeras semanas después del evento (Norris, 2005).

La recolección de los datos a través del autoinforme Ad Hoc y el BAI se realizó en el mes de agosto 2020, donde el 60% de las madres participantes afirmaron estar en confinamiento. Considerando lo anterior, estos resultados se pueden relacionar con la segunda fase acerca de la vivencia de catástrofes propuesta por Pennebaker y Harber (1993) quienes plantean que antes del sexto mes, las personas experimentan una activación psicofisiológica con pensamientos intrusivos, ira o ansiedad. Posterior a este periodo, las alteraciones iniciales tienden a estabilizarse, ya que se regula la actividad fisiológica y cognitiva. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se puede considerar que las madres se encontraban en esta segunda fase durante la aplicación del instrumento, lo cual da respuesta al nivel mínimo de ansiedad que presentaron, ya que se encontraban en un estado más estable, donde había disminuido la actividad fisiológica y cognitiva.

#### **4. CONCLUSIONES**

Se considera que las madres presentaron significativamente temor al contagio y temían por la salud de sus respectivas familias, lo cual las motivó a implementar protocolos de autocuidado y evitar salir de casa. Este temor o miedo al contagio, se produjo debido al riesgo real a causa del COVID-19; generando en las madres un estado de alerta a fin de protegerse y proteger a su familia. Por lo tanto, en el momento de la extracción de los datos, no se evidenciaron altos niveles de ansiedad en los diferentes factores.

Así, se evidenció en las participantes una ansiedad normal, ya que, era adaptativa y les permitía responder al estímulo o situación de forma adecuada. Además, esta ansiedad se

presentó ante un estímulo real (COVID-19) que era potencialmente generador de riesgo para ellas; finalmente, la reacción fue proporcional en tiempo, duración e intensidad.

## 5. RECOMENDACIONES

Desde la psicología es necesario continuar desarrollando estudios encaminados a la comprensión de la salud mental que experimentan las personas debido a la situación de contingencia sanitaria que ha derivado en decisiones políticas como el confinamiento. Por lo tanto, es pertinente observar el fenómeno clínico desde distintos puntos de vista, incluyendo la comorbilidad con otros cuadros clínicos.

Esta investigación servirá de insumo a nuevos desarrollos del tema. De ahí que, la necesidad de otros estudios que indaguen acerca de las estrategias de afrontamiento que implementan las personas durante una situación de emergencia mundial, como la crisis sanitaria por COVID-19.

## REFERENCIAS

- Ato, M., López, J., y Benavente, A.(2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 11. doi:<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barcia, J.(2011). Síntomas vasomotores en la mujer climatérica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(4), 577-592. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n4/gin14411.pdf>
- Barlow, D(2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press. doi:<https://doi.org/10.1002/smi.941>
- Beck, A., y Steer, R.(1991). Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(3), 213–223.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088761859190002B#aep-article-footnote-id1>

Beck, A., Emery, G., y Greenberg, R.(1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books. <https://psycnet.apa.org/record/2006-01301-000>

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R.(1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. doi:10.1037//0022-006x.56.6.893

Concejo de Medellín(2020). *Boletín* 114:  
[https://www.concejodemedellin.gov.co/es/node/6121?language\\_content\\_entity=es](https://www.concejodemedellin.gov.co/es/node/6121?language_content_entity=es)

Costa, T.(2020). *Sistema nervioso autónomo*.  
<https://www.studocu.com/latam/document/universidad-de-el-salvador/fisiologia/ensayos/sistemanerviosoautonomo/8496531/view>

Clark, D., y Beck, A.(2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. new york: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.  
[https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847348cec977.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf)

DANE(2021). Comunicado de prensa. *En febrero de 2021, la tasa de desempleo a nivel nacional fue 15,9%*. Bogotá: 1-6

De la Hoz, F.(2020). *Medidas contra el covid-19 están funcionando*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Medidas-contr-el-covid-19-estan-funcionando-Fernando-de-la-Hoz.aspx>

Del Toro, A., González, M., Arce, D., Reinoso, S. y Reina, L.(2014). Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a exámenes. *Medisan*, 18(10), 1419-1429. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n10/san121810.pdf>

- Del Canto, E., y Silva Silva, A.(2013). Metodología cuantitativa: abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 3(141), 25-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15329875002>
- Díaz, C., y González, A.(2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2563/4471>
- Díaz, M. (2014). *¿Qué es la Neurofisiología?*. <https://asencorco.es/que-es-la-neurofisiologia/>
- Echevarría, H.(2016). *Diseños de investigación cuantitativa en psicología y educación*. Río Cuarto. <http://www.unirioeditora.com.ar/wp-content/uploads/2018/10/978-987-688-166-1.pdf>
- Fernández, C., Hernández, R., y Baptista, M.(2014). *Metodología de la Investigación*. México: Interamericana Editores, s.a. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Fernández, I., Beristain, C., y Páez, D. (1999). *La anticipación de la Sociedad. Psicología Social de los movimientos sociales*. Valencia: Promolibro. 281-342. [https://www.researchgate.net/publication/286439518\\_Fernandez\\_I\\_Martin\\_Beristain\\_C\\_Paez\\_D\\_1999\\_Emociones\\_y\\_conductas\\_colectivas\\_en\\_catastrofes\\_ansiedad\\_y\\_rumor\\_y\\_conductas\\_de\\_panico\\_In\\_J\\_Apalategui\\_Ed\\_La\\_anticipacion\\_de\\_la\\_Sociedad\\_Psicologia\\_Social\\_de](https://www.researchgate.net/publication/286439518_Fernandez_I_Martin_Beristain_C_Paez_D_1999_Emociones_y_conductas_colectivas_en_catastrofes_ansiedad_y_rumor_y_conductas_de_panico_In_J_Apalategui_Ed_La_anticipacion_de_la_Sociedad_Psicologia_Social_de)
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M., y Alvarado, S.(2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58. doi:10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n1.48903
- Hernández, J.(2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 2-10.

- Inche, J., Andía, Y., Huamanchumo, H., López, M., Vizcarra, J., y Flores, G.(2003). Paradigma cuantitativo:Un Enfoque Empírico y Analítico. *Industrial Data*, 6(1), 23-37. <https://www.redalyc.org/pdf/816/81606104.pdf>
- Inter-American Commission of Women(2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres: Emergencia global de los cuidados / Comisión Interamericana de Mujeres*. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cim/docs/CuidadosCOVID19-ES.pdf>
- Lafuente, C., y Marín, A.(2008). Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: Fases, fuentes y selección de técnicas. *Escuela de Administración de Negocios*, (64), 5-18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20612981002>
- Lemos, M. y Restrepo, D.(2008). Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 137-147. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80111670009.pdf>
- López, C.(2020). *Salud Mental: ¿La próxima pandemia?*. Gaceta Médica: <https://gacetamedica.com/investigacion/salud-mental-la-proxima-pandemia/>
- Martínez, P.(2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, (20), 165-193.
- Ministerio de Salud y Protección Social.(2020). *Boletín de Prensa No 630 de 2020*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Del-aislamiento-generalizado-al-aislamiento-selectivo-y-sostenible.aspx>
- Nadal, M.(2020). Más estrés y ansiedad tras el confinamiento: lo que hemos aprendido de cuarentenas pasadas. *El País* [https://elpais.com/retina/2020/04/03/talento/1585929680\\_702574.html](https://elpais.com/retina/2020/04/03/talento/1585929680_702574.html)



- Navas, W., y Vargas, M.(2012). Trastornos de ansiedad:revisión dirigida para atención primaria. *Revista medica de costa rica y centroamerica*. *LXIX*, 69(604), 497-507.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>
- Norris, F.(2005). *Psychosocial Consequences of Natural Disasters in Developing Countries: What Does Past Research Tell Us about the potential effects of the 2004 tsunami?* Washington, DC, Department of Veterans Affairs: National Center for PTSD.  
[https://medipe2.psu.ac.th/~disaster/disasterlast/FranNorris\\_Tsunami.pdf](https://medipe2.psu.ac.th/~disaster/disasterlast/FranNorris_Tsunami.pdf)
- Otero, M.(2006). Emociones, Sentimientos y Razonamientos en Didáctica de las Ciencias. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias*, 1(1), 24-55.  
<https://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/reiec/article/view/7350>
- Pennebaker, J., y Harber, K. (1993). A Social Stage Model of Collective Coping: The Loma Prieta Earthquake and The Persian Gulf War. *Journal of Social Issues*, 49(4), 125-145. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1993.tb01184.x>
- Ricardo, C., Álvarez, M., Valencia, G. y Tirado, F.(2012). Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 41(3), 606-619. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a11.pdf>
- Rodriguez, M. y Frías, L.(2005). Algunos factores Psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/802>
- Rodríguez, D., y Valldeoriola, J.(2009). *Metodología de la Investigación*. catalunya: Universitat Oberta de Catalunya.
- Sánchez, A., y La Fuente, V.(2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría*, 93(1), 73-74.  
doi:10.1016/j.anpedi.2020.05.001

Ruiz, F.(2020). *Boletín de Prensa No 074 de 2020*. Ministerio de Salud y Protección Social:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Por-COVID-19-se-limitan-eventos-masivos-a-50-personas.aspx#:~:text=Bogot%C3%A1%20D.C.%2C%2016%20de%20marzo%20de%202020.&text=%22Buscamos%20evitar%20que%20haya%20mucho,las%20discotecas%20y%20centros%20nocturnos.>

Sanoja, M.(2020). *Efectos del confinamiento: los posibles conflictos entre trabajadores teletrabajando*. [http://www.rrhhdigital.com/editorial/141609/Efectos-del-](http://www.rrhhdigital.com/editorial/141609/Efectos-del-confinamiento-los-posibles-conflictos-entre-trabajadores-teletrabajando)

[confinamiento-los-posibles-conflictos-entre-trabajadores-teletrabajando](http://www.rrhhdigital.com/editorial/141609/Efectos-del-confinamiento-los-posibles-conflictos-entre-trabajadores-teletrabajando)

Santi, M.(2020). *Chequeado*. Obtenido de <https://chequeado.com/el-explicador/que-es-el-aislamiento-social-preventivo-y-obligatorio-que-anuncio-alberto-fernandez/>

Sierra, Ortega y Zubeidat.(2003). Estrés postraumático, ansiedad, afrontamiento y resiliencia en escolares tras el terremoto de 2017 en México. *Psicología y Salud*. 31(1): 15-24.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2672>