



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

[2020]

[Estudio piloto de la evaluación de la calidad de vida en relación con la salud física y psicológica en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2.]

Ángela María Polanco Barreto

Julián David Otálora Pineda

Francia Patiño Oviedo

[Psicología-Fisioetrapia]

[Facultad Ciencias Humanas- Facultad

Ciencias de la Salud]

Corporación Universitaria

Iberoamericana



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

**Estudio piloto de la evaluación de la calidad de vida en relación con la salud física
y psicológica en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2.**

A pilot study of the evaluation of the quality of life in relation to physical and
psychological health in the framework of the quarantine by SARS-COV 2

Ángela María Polanco Barreto
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
Corporación Universitaria Iberoamericana

Francia Patiño Oviedo
Julián David Otálora Pineda
Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Fisioterapia
Corporación Universitaria Iberoamericana

Helena Rodríguez
Instituto Nacional de Salud

Sandra Bejarano
Fundación CEDHI

Diciembre 17 de 2020

(de entrega definitiva del informe final a Dirección de Investigaciones o Facultad)

Agradecimientos

(Arial 12, alineación izquierda)

Los momentos que estamos viviendo en la actualidad, han generado retos que han invitado a distintos profesionales, replantear, romper paradigmas y actuar desde la necesidad en pro de la misma humanidad y su bienestar.

Pero ello no sería fácil si no se contara con Instituciones educativas como la Corporación Universitaria Iberoamericana, Institución que ha demostrado estar a Merced de la sociedad. Por lo tanto, la primera gratitud es hacia esta, que apoyó de inmediato nuestra propuesta, comprendiendo lo beneficioso que pudiera llegar a ser el desarrollo de estas iniciativas.

También a las directivas tanto de Investigación, de las Facultades (Ciencias Humanas y Sociales - Salud) y Vicerrectoría académica quienes mostraron su incondicionalidad en escuchar, sugerir y avalar.

Y por supuesto, a las personas que se tomaron el tiempo para responder a nuestras preguntas.

Gracias, gracias, gracias.

Resumen

Objetivo General: Evaluar la calidad de vida en relación con la salud física y psicológica en adultos en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2. **Metodología:** Estudio piloto con enfoque cuantitativo de corte transversal de alcance exploratorio, en donde se evaluaron por medios virtuales personas adultas en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2, para identificar su calidad de vida en relación con la salud física y psicológica con los instrumentos de evaluación de la calidad de vida de la organización mundial de la salud WHOQOL-BREF y el cuestionario de salud general GHQ 12. **Resultados.** 1035 adultos completaron el cuestionario. Se encontró mayor afectación en las dimensiones física y social. Se identificó una alta correlación entre la satisfacción de salud en general y la dimensión física ($r=0,600$), igualmente, se encontró que la dimensión física tiene una correlación directa con las dimensiones psicológica y social ($r =0,600$; $0,623$). Por otro lado, en cuanto a los componentes psicológicos también se encontró: afectación en la concentración, el sueño, disfrute de actividades, entre otras, con un alto desajuste en autoestima. **Conclusiones.** Se evidenció una afectación en la calidad de vida de los participantes durante el periodo de confinamiento por SARS-CoV-2, identificando un mayor impacto en la dimensión física.

Palabras Clave: COVID -19, Salud Física, Salud Psicológica, Cuarentena, Calidad de vida, SARS-COV 2.

Abstract

Objective: To evaluate the quality of life in relation to physical and psychological health in adults in the framework of the SARS-COV 2 quarantine. **Method:** Pilot study with a cross-sectional quantitative approach of exploratory scope, where adults were evaluated by virtual means in the framework of the SARS-COV 2 quarantine, to identify their quality of life in relation to physical and psychological health with the quality of life assessment instruments of the World Health Organization WHOQOL-BREF and the general health questionnaire GHQ 12. **Results.** 1035 adults completed the questionnaire. Greater involvement was found in the physical and social dimensions. A high correlation was identified between general health satisfaction and the physical dimension ($r = 0.600$), likewise, it was found that the physical dimension has a direct correlation with the psychological and social dimensions ($r = 0.600$; 0.623). On the other hand, in terms of psychological components, concentration, sleep, and enjoyment of activities were also found to be affected, among others, with a high self-esteem mismatch. **Conclusions.** An effect on the quality of life of the participants was evidenced during the confinement period by SARS-CoV-2, identifying a greater impact on the physical dimension.

Keywords: COVID -19, Physical Health, Psychological Health, Quarantine, Quality of life, SARS - COV 2.

Tabla de Contenido

Introducción	9
Capítulo 1 - Fundamentación conceptual y teórica.....	14
Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo	34
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	
2.2 Población o entidades participantes	
2.3 Definición de Variables o Categorías	
2.4 Procedimiento e Instrumentos	
Capítulo 3 -Resultados.....	46
Capítulo 4 – Discusión.....	54
Capítulo 5 – Conclusiones.....	60
5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes	
5.2 Producción asociada al proyecto	
5.3 Líneas de trabajo futuras	

Índice de Tablas

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas de la investigación.,.....	36
Tabla 2. Descripción de las variables clínicas de la investigación.....	36
Tabla 3. Descripción de las variables generales de la investigación.....	39
<i>Tabla 4. Descripción de las variables generales de la investigación.....</i>	<i>41</i>
Tabla 5. Descripción de cada una de las dimensiones de calidad de vida – WHOQOL – BREF –	47
Tabla 6. Descripción de cada una de las dimensiones de calidad de vida WHOQOL BREF, entre los rangos: alto, medio y bajo.....	48
Tabla 7. Matriz de índice de correlación de Pearson entre las dimensiones de calidad de vida y Satisfacción en salud del cuestionario WHOQOL - BREF.....	49
Tabla 8. Resultados de cada una de las preguntas del Cuestionario de Salud	51
Tabla 9. Descripción del promedio porcentual de cada una de las dimensiones y el nivel de desajuste.....	51
Tabla 10. Matriz de índice de correlación de Pearson (r) entre las dimensiones GHQ...52	
Tabla 11. Productos asociados a la investigación.....	61

Índice de Figuras

Figura 1. Países reportados.....	46
Figura 2. Sexo.....	47
Figura 3. Edad.....	47
Figura 4. Nivel de estudio.....	48
Figura 5. Estado civil.....	48

Introducción.

El SARS- COV 2 ha causado una pandemia mundial con un alto número de personas infectadas, poniendo en alerta a los sistemas de vigilancia epidemiológica, con el fin de tomar decisiones oportunas y eficientes, como por ejemplo la contención del virus. Para tal fin, los gobiernos han impuesto restricciones a las actividades sociales, a actividades al aire libre o incluso, la cuarentena colectiva en la población. La cuarentena y el aislamiento pueden ser muy efectivos para proteger o restaurar la salud pública.

La literatura científica (Mattioli, 2020; Brooks, 2020) ha estimado como las pandemias y los aislamientos pueden asociarse a mayores dificultades psicosociales, temores asociados a abastecer las necesidades básicas, posibilidades de conflicto, desesperanza, soledad, los cambios en las rutinas y la incertidumbre que ello genera, la presencia de emociones que ocasionan malestar, irritabilidad, frustración, angustia y tristeza que se tendrá que gestionar en ocasiones individualmente o con las familias , el riesgo y miedo a enfermarse o morir (Mattioli, 2020), siendo una multiplicidad de situaciones que suelen ser una experiencia desagradable para quienes la padecen. La separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento pueden, en ocasiones, crear efectos dramáticos.

Así mismo, a pesar de las indicaciones dadas por La Organización Mundial de la Salud en su plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030 titulado, "Personas más activas para un mundo más saludable", la regulación gubernamental para la prevención de la difusión de la infección por SARS-COV 2 prohíbe la gran mayoría de estas actividades sociales y al aire libre, lo que lleva a la reducción de la actividad física. A pesar de la indicación de entrenar en casa durante la cuarentena, solo unos pocos sujetos cumplen.

Basados en estas manifestaciones, se puede considerar que el impacto social y psicológico que tienen todas las etapas de la infección y las medidas de contención como la cuarentena y el aislamiento, están y continuarán afectando la calidad de vida de la población.

Se define la cuarentena como la separación y restricción del movimiento de personas que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad contagiosa para determinar si se sienten mal, lo que reduce el riesgo de que infecten a otros. Esta definición difiere del aislamiento, que es la separación de las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad contagiosa de las personas que no están enfermas; sin embargo, los dos términos a menudo se usan indistintamente, especialmente en la comunicación con el público (CDC, 2017).

Es importante mencionar que los beneficios potenciales de la cuarentena masiva obligatoria deben sopesar cuidadosamente contra los posibles costos psicológicos. Un estudio de personas en cuarentena debido a un posible contacto con el SARS señaló que el 54% (524 de 1057) de las personas que habían sido puestas en cuarentena evitaban las personas que tosían o estornudaban, el 26% (255) evitaban los lugares cerrados y abarrotados, y el 21% (204) evitó todos los espacios públicos en las semanas posteriores al período de cuarentena (Reinolds, 2008). Un estudio cualitativo informó que varios participantes describieron cambios de comportamiento a largo plazo después del período de cuarentena, como el lavado de manos vigilante y evitar las multitudes y, para algunos, el regreso a la normalidad se retrasó muchos meses (Cava, 2005).

En general, Brooks (2020) sugiere que el impacto psicológico de la cuarentena es amplio, sustancial y puede ser duradero. Sin embargo, privar a las personas de su

libertad para el bien público, en general es a menudo polémico y debe manejarse con cuidado. Si la cuarentena es esencial, los resultados sugieren que los funcionarios deben tomar todas las medidas para garantizar que esta experiencia sea lo más tolerable posible para las personas. Esto se puede lograr: diciéndole a las personas lo que está sucediendo y por qué, explicando cuánto tiempo continuará, proporcionando actividades significativas para que realicen mientras están en cuarentena, proporcionando una comunicación clara, asegurando que suministros básicos (como alimentos, agua y suministros médicos) estén disponibles y reforzando la sensación de altruismo que las personas deberían, con razón, sentir.

Problema de Investigación.

Según la OMS (2020) y el centro de control y prevención de enfermedades (CDC), los coronavirus son una familia de virus que pueden causar enfermedades en animales o en humanos. Algunos de ellos se conocen por causar infecciones respiratorias que van desde el resfriado común hasta enfermedades más severas como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). El coronavirus descubierto recientemente, produce la enfermedad conocida como SARS-COV 2 o COVID-19, una enfermedad infecciosa que era desconocida hasta que comenzó el brote en diciembre de 2019 en Wuhan, China; ahora es una pandemia que afecta a muchos países a nivel global con más de 69'000.000 de casos confirmados.

En Colombia, según cifras del Instituto Nacional de Salud (INS), a la fecha del 11 de diciembre de 2020 se presentan 1 '399.911 casos confirmados, 1 '296.420 personas recuperadas y 38.484 fallecidos por sus complicaciones. Según la OMS, entre los síntomas más comunes se puede presentar la fiebre, tos seca y cansancio. Algunos pacientes pueden tener congestión nasal, dolor de garganta, otros dolores o diarrea; síntomas que inicialmente suelen ser leves y van aumentando progresivamente; algunas

personas son asintomáticas. Alrededor de 1 entre cada 5 personas se enferma gravemente y desarrolla dificultad para respirar. Las personas que presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedades más graves por SARS-COV 2 son los adultos mayores y aquellos que presentan problemas médicos como tensión arterial alta, problemas de corazón y pulmones, personas inmunocomprometidas, personas con diabetes o cáncer.

Las personas pueden contraer SARS-COV 2 de otros que tienen el virus por la fácil propagación de persona a persona a través de pequeñas gotas de la nariz o de la boca, que se expulsan cuando alguien infectado, tose, estornuda o habla. Estas gotas no viajan lejos y llegan rápidamente al suelo o a otros objetos o superficies. Las personas pueden contraer esta enfermedad si respiran estas gotas de una persona infectada, o al tocar estos objetos o superficies y luego tocarse los ojos, la nariz o la boca (OMS, 2020). Es por esto, que las personas contagiadas o que han estado en relación con potenciales pacientes positivos con SARS-COV 2 deben permanecer en cuarentena para evitar la propagación del virus de uno a otro.

Se han realizado estudios que indican que este aislamiento puede generar cambios emocionales que pueden afectar la calidad de vida relacionada con la salud psicológica, y además, si la persona desarrolla enfermedades graves hay un alto riesgo de que la calidad de vida relacionada con la salud física se vea comprometida.

Según lo anterior, se plantea la pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en relación con la salud física y psicológica de los adultos en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2?

Objetivo General:

- Evaluar la calidad de vida en relación con la salud física y psicológica en adultos en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2.

Objetivos específicos:

- Caracterizar socio-demográficamente los adultos en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2.
- Caracterizar las variables de la calidad de vida de los adultos en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2.
- Establecer un perfil preliminar de la calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica de los adultos en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2.
- Establecer los riesgos que afecten la salud física y psicológica de los adultos en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2.

Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica.

La aparición de brotes epidémicos en diferentes momentos de la historia está registrada en la literatura: desde la epidemia de peste bubónica que asoló a Europa desde los años 1346 – 1347, hasta principios del siglo XVIII, con periodos de exacerbaciones que no fueron tan terribles como el brote inicial en el siglo XIV, momento en que se dio origen a la cuarentena de los barcos que se acercaban a los puertos europeos.

Es el caso del brote de cólera en siglo XIX, la gripa española, que se presentó al final de la primera guerra mundial en 1918 y recibió este nombre porque España fue neutral en esta guerra y no ocultó su información, e informaba sobre los estragos en su población, mientras que los países combatientes ocultaban esta información, por mantener la protección de sus fines bélicos, estudios posteriores permiten aproximar que la letalidad de la pandemia fue cercana al 20%, desde esta epidemia no se ha registrado ninguna otra enfermedad infecciosa que se expandiera por el mundo como el brote actual de SARS-COV 2/COVID 19.

Aunque se han generado amenazas frecuentes como la epidemia de SARS, la pandemia de Influenza porcina y la epidemia de Ébola, no se observa la diseminación significativa de una enfermedad infecciosa por el territorio amplio de uno a varios estados, con una gran letalidad asociada, en la que las intervenciones tempranas y efectivas, como el caso de Ébola, o la biología del agente infeccioso permiten contener su expansión a territorios localizados, hasta la llegada de la epidemia del SARS-COV 1 (Lederman, 2003).

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SARS-COV 2.

Los coronavirus son miembros de la subfamilia Orthocoronavirinae dentro de la familia Coronaviridae (orden Nidovirales) (OMS, 2020). Esta subfamilia comprende cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus de acuerdo con su estructura genética. Los Alfacoronavirus y Betacoronavirus infectan solo a mamíferos y normalmente son responsables de infecciones respiratorias en humanos y gastroenteritis en animales. Hasta la aparición del SARS-COV 2, se habían descrito seis coronavirus en seres humanos (HCOV-NL63, HCOV-229E, HCOV-OC43 y HKU1) que son responsables de un número importante de las infecciones leves del tracto respiratorio superior en personas adultas inmunocompetentes, pero que pueden causar cuadros más graves en niños y ancianos con estacionalidad típicamente invernal (Paules, 2020; Killerby, 2018).

Los coronavirus son una familia de virus que causan infección en los seres humanos y en una variedad de animales, incluyendo aves y mamíferos como camellos, gatos y murciélagos. Se trata de una enfermedad zoonótica, lo que significa que pueden transmitirse de los animales a los humanos. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCOV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-COV) (Killerby, 2018).

El SARS-COV y MERS-COV, ambos patógenos emergentes a partir de un reservorio animal, son responsables de infecciones respiratorias graves de corte epidémico con gran repercusión internacional debido a su morbilidad y mortalidad. El coronavirus SARS-COV 2 (MAPA, 2020), supone el séptimo coronavirus aislado y caracterizado capaz de provocar infecciones en humanos.

Estructuralmente los coronavirus son virus esféricos de 100-160 nm de diámetro, envueltos y que contienen ARN Mono catenario (ssRNA) de polaridad positiva de entre 26 y 32 kilobases de longitud. El genoma del virus SARS-COV 2 codifica 4 proteínas estructurales: la proteína S (spike protein), la proteína E (envelope), la proteína M (membrane) y la proteína N (nucleocapsid).

La proteína N está en el interior del virión asociada al RNA viral, y las otras cuatro proteínas están asociadas a la envuelta viral. La proteína S se ensambla en homotrímeros, y forma estructuras que sobresalen de la envuelta del virus. La proteína S contienen el dominio de unión al receptor celular y por lo tanto es la proteína determinante del tropismo del virus y además es la proteína que tiene la actividad de fusión de la membrana viral con el celular y de esta manera permite liberar el genoma viral en el interior de la célula que va a infectar (Lu et al. 2020; Wu et al. 2020).

2. DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL SARS-COV 2.

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves. El inicio de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019.

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae que posteriormente ha sido denominado SARS-COV 2, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero (7). El día 11 de marzo, la OMS declaró la pandemia mundial.

En concreto, el SARS-COV-1 en 2003 ocasionó más de 8.000 casos en 27 países y una letalidad del 10% y desde entonces no se ha vuelto a detectar en humanos. Desde 2012 se han notificado más de 2.500 casos de MERS-COV en 27 países (Paules, 2020) (aunque la mayoría de los casos se han detectado en Arabia Saudí), con una letalidad del 34%).

Finalmente, la OMS ha llevado a cabo una evaluación permanente de este brote y determina que se encuentran preocupados tanto por los alarmantes niveles de propagación y gravedad, como por los alarmantes niveles de inacción. Por estas razones, concluyeron que desde el 11 de marzo de este año el COVID-19 podía considerarse una pandemia.

Según la OMS, una “Pandemia” no es una palabra que deba utilizarse a la ligera o de forma imprudente. Es una palabra que, usada de forma inadecuada, puede provocar un miedo irracional o dar pie a la idea injustificada de que la lucha ha terminado, y causar como resultado sufrimientos y muertes innecesarias. El hecho de describir la situación como una pandemia no cambia la evaluación de la OMS de la amenaza que representa este virus. No cambia lo que la OMS está haciendo, ni tampoco lo que los países deben hacer (OMS, 2020).

3. FASES DE LA PANDEMIA PRODUCIDA POR SARS-COV 2.

Las fases de una pandemia han sido definidas específicamente por la OMS para cada condición en particular. En el caso de la Influenza porcina H1N1 de 2009, se definieron 6 fases, en las cuales las fases 1-3 involucraron un período en el cual las infecciones de dicha zoonosis viral implicaban fundamentalmente compromiso en animales y pocos casos en humanos, una fase 4 de transmisión sostenida en humanos, y las fases 5 y 6, propiamente de pandemia, donde ocurrió infección en humanos ampliamente

diseminada, con transmisión a nivel comunitario en al menos otro país en una región diferente de la OMS, además de los criterios definidos en la Fase 5. La designación de esta fase indicaba que una pandemia mundial estaba en marcha (OMS, 2009).

La OMS ha definido cuatro escenarios de transmisión para SARS-COV 2/COVID-19: 1. Países sin casos (sin casos); 2. Países con 1 o más casos, importados o detectados localmente (casos esporádicos); 3. Países que experimentan agrupaciones de casos en el tiempo, ubicación geográfica y/o exposición común (agrupaciones de casos); 4. Países que experimentan brotes más grandes de transmisión local (transmisión comunitaria) (OMS, 2020; Parodi, 2020).

A fecha actual, Colombia se encuentra en el escenario 3 o 4. En muchos países, se han definido también fases, en las cuales se mencionan 4: 1-preparación, 2-contención, 3-contagio comunitario (con mitigación), y 4-transmisión sostenida.

Fase 1: Preparación: Es la etapa en que ante el conocimiento de la enfermedad y tras la declaratoria en otros países, comienza la preparación para el probable arribo de casos importados del coronavirus (esta etapa habría terminado el viernes 6 de marzo de 2020 para Colombia).

Fase 2: Contención: La fase dos consiste en identificar a aquellas personas que presenten la infección por SARS-COV 2/COVID-19 importada desde el extranjero y lograr una contención adecuada. Se aplican medidas de aislamiento y control para evitar transmisión. Las medidas buscan evitar que el virus se propague a nivel domiciliario, comunitario, a nivel de espacios colectivos. Se promueven medidas básicas de higiene y evitar concentraciones. También se incluyen órdenes de restricción de ingreso de

viajeros, y se restringen salidas a lugares públicos, promoviendo teletrabajo y teleeducación.

Fase 3: Contagio comunitario: Colombia ingresó a esta fase el 31 de marzo, tras evidenciar casos de infección SARS-COV 2/COVID-19 autóctonos, sin nexo epidemiológico.

Fase 4: Transmisión sostenida: Cuando se producen casos de transmisión comunitaria sostenida, que es lo que ya ha ocurrido en países como Italia y España. En este caso, las autoridades sanitarias deben garantizar el manejo oportuno de la emergencia y garantizar los recursos (Parodi, 2020). En algunos países se ha visto que la transmisión del SARS CO 2/COVID-19 de una persona a otra se puede disminuir o detener.

Estas acciones han salvado vidas y han proporcionado el resto del mundo con más tiempo para prepararse para la llegada del COVID-19: ayudando a los sistemas de respuesta de emergencia a estar mejor organizados; aumentando la capacidad de detectar y atender a los pacientes; asegurando que los hospitales tengan el espacio, los suministros y el personal necesario; y a desarrollar intervenciones médicas que salvan vidas. Cada país debe tomar urgentemente todas las medidas necesarias para frenar, difundir más y evitar que sus sistemas de salud se saturen debido a pacientes gravemente enfermos con COVID-19 (Parodi, 2020).

4. MEDIDAS ACTUALES DE RALENTIZACIÓN PARA EVITAR PROPAGACIÓN DE SARS-COV 2.

El objetivo primordial es que todos los países controlen la pandemia mediante la ralentización de la transmisión y la reducción de la mortalidad asociada a la COVID-19.

Los objetivos estratégicos mundiales son los siguientes (OMS, 2020):

- Movilizar a todos los sectores y comunidades para garantizar que cada sector del gobierno y de la sociedad asuma la responsabilidad y participe en la respuesta y en la prevención de casos mediante la higiene de manos, el protocolo de higiene respiratoria y el distanciamiento físico a nivel individual.
- Controlar los casos esporádicos y grupos de casos y prevenir la transmisión comunitaria mediante la detección rápida y el aislamiento de todos los casos, la prestación de los cuidados adecuados y la trazabilidad, cuarentena y apoyo de todos los contactos.
- Contener la transmisión comunitaria mediante la prevención del contagio y medidas de control adecuadas al contexto, medidas de distanciamiento físico a nivel de la población y restricciones adecuadas y proporcionadas en los viajes domésticos e internacionales no esenciales.
- Reducir la mortalidad prestando una atención clínica adecuada a los enfermos de COVID- 19, asegurando la continuidad de los servicios sanitarios y sociales esenciales y protegiendo a los trabajadores de primera línea y las poblaciones vulnerables.

Las estrategias adecuadas a nivel nacional y a nivel subnacional deben equilibrar las medidas que hagan frente a la mortalidad directa atribuible a la COVID- 19, el mantenimiento de un estado estable de bajo nivel de transmisión o de ausencia de transmisión es importante porque, a medida que la pandemia se ha ido extendiendo, sus

repercusiones socioeconómicas y para la salud pública han sido significativas y han afectado de manera desproporcionada a las personas vulnerables.

Para vencer a la COVID- 19 se necesita un enfoque que unifique en una causa común a cada persona y comunidad, a cada empresa y a cada organización sin ánimo de lucro, a cada departamento de cada gobierno, a cada organización no gubernamental, a cada organización internacional y a cada órgano de gobierno regional y mundial para encauzar su capacidad colectiva en una acción colectiva.

Todo el mundo tiene un papel importante a la hora de detener la COVID-19:

- Las personas deben protegerse a sí mismas y a los demás y adoptar conductas como lavarse las manos, evitar tocarse la cara, practicar una buena higiene respiratoria, distanciamiento a nivel individual, aislamiento en una instalación comunitaria o en el hogar si están enfermas, identificarse como contacto de un caso confirmado cuando proceda y cooperar con las medidas de distanciamiento físico y las restricciones de movimiento cuando se solicite adoptarlas.

- Las comunidades deben empoderarse para garantizar que los servicios y la ayuda se planifiquen y adapten en función de su opinión y contexto locales. Las funciones críticas, como la educación comunitaria, la protección de los grupos vulnerables, el apoyo a los trabajadores sanitarios, la detección de casos, el rastreo de contactos y el cumplimiento de las medidas de distanciamiento físico solo pueden darse con el apoyo de todas y cada una de las partes de las comunidades afectadas.

- Los gobiernos deben liderar y coordinar la respuesta de todos los partidos para activar y empoderar a todas las personas y comunidades de modo que se impliquen en la respuesta mediante la comunicación, la educación, la participación, la creación de capacidades y el apoyo. Los gobiernos también deben reutilizar y hacer uso de toda la capacidad disponible en el ámbito público, comunitario y privado para ampliar rápidamente el sistema de salud pública para detectar y realizar pruebas a posibles casos, aislar y atender a los casos confirmados (tanto en el hogar como en un centro médico) e identificar a los contactos, rastrearlos, ponerlos en cuarentena y brindarles apoyo.

Al mismo tiempo, los gobiernos deben prestar al sistema sanitario el apoyo necesario para tratar a los pacientes de COVID- 19 de manera efectiva y mantener el resto de servicios sanitarios y sociales básicos para todos. Si necesitan más tiempo para poner en marcha las medidas anteriores, es posible que los gobiernos tengan que implantar medidas generales de distanciamiento físico y restricciones de movimiento proporcionales a los riesgos sanitarios que afronta la comunidad.

La principal medida de prevención de COVID-19 es el distanciamiento físico, entendido como la mantención de la distancia de al menos un metro entre personas, evitando el contacto físico y el concurrir a espacios públicos. Se ha promovido este término por sobre el “distanciamiento social”, utilizado inicialmente, para transmitir claramente que es sólo una medida de alejamiento físico, y promover el aumento de la conexión con la familia, las amistades y la comunidad, como base del bienestar durante esta emergencia.

5. POSIBLES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y FÍSICAS DEL SARS-COV 2.

La aparición de la nueva enfermedad por Coronavirus (COVID-19) ha generado gran preocupación en la población, especialmente por el incremento en número de casos detectados en el país y las medidas de aislamiento que se han determinado. La cuarentena, sin lugar a duda, es una de las medidas que más ha alterado las formas habituales de convivir y para la cual no se está preparado social y emocionalmente.

Es comprensible que, ante situaciones de incertidumbre e información en constante actualización, aparezca el temor y la ansiedad. Estas reacciones son esperables, e incluso, necesarias para mantenernos en alerta y atentos. Sin embargo, cuando se vuelven difíciles de manejar puede tener algunas consecuencias en la calidad de vida.

Ante una situación de epidemia/pandemia, es común que las personas se sientan estresadas y preocupadas. Algunas reacciones esperables en las personas son (Mesa Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en la Gestión del Riesgo de Desastres, 2020):

- Incertidumbre, ansiedad por la evolución del fenómeno y temor por la magnitud de éste.
- Miedo a contagiarse, a la cuarentena, a enfermarse, a perder la vida.
- Evitar acercarse a los centros de salud por temor al contagio, aun cuando requieran de atención.

- Temor a no poder trabajar durante cuarentena o aislamiento, preocupación por no poder generar ingresos y/o de ser despedido del trabajo.
- Miedo a ser excluido socialmente o puesto en cuarentena, por ser asociado con la enfermedad (por ejemplo, discriminación hacia personas que han visitado o son de origen de país con virus circulando).
- Sentir impotencia por no poder proteger a sus seres queridos, y miedo a perderlos por el virus.
- Temor de estar separado de sus seres queridos y cuidadores debido a periodo de cuarentena o aislamiento.
- Sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza debido al periodo de cuarentena o aislamiento.
- Miedo a vivir la experiencia de una epidemia previa u otras situaciones críticas.

Las situaciones críticas siempre son estresantes, pero la pandemia por COVID-19 presenta algunos estresores específicos que pueden afectar a la población. Entre ellos se encuentran (ONG Inclusiva, 2020):

- Riesgo de ser contagiado y contagiar a otros.

- Síntomas comunes de otros problemas de salud (por ejemplo, fiebre) pueden ser confundido con COVID-19 y producir temor por haber sido contagiado sin necesariamente estarlo.

- Madres, padres y cuidadores pueden sentir preocupación creciente, por la dificultad de acudir a redes de apoyo tradicionales para el cuidado de los niños y niñas, muchas veces conformadas por adultos mayores.

- Riesgo de empeoramiento de la salud física y mental en personas con mayor vulnerabilidad y que dependen de cuidadores, en caso de que estos sean puestos en cuarentena o aislamiento, y no cuenten con otros apoyos o cuidadores, como es el caso de personas mayores en situación de dependencia y personas con discapacidad.

- Al ser un escenario desconocido, riesgo de negación que conlleva a no asumir conductas de cuidado y protección de sí mismo y la comunidad.

- Generación de rumores y noticias falsas que circulan en medios y redes sociales que generan mayor incertidumbre y que promueven acciones o prácticas inadecuadas.

Así mismo, Los trabajadores de primera respuesta (equipos de salud, bomberos, carabineros, personal, equipos docentes y equipos de emergencias, entre otros) pueden experimentar estresores adicionales durante la pandemia COVID-19:

- Riesgo de estigmatización hacia quienes trabajan con pacientes con COVID-19.

Consecuencias físicas y psicosociales por las medidas estrictas de bioseguridad:

- Cansancio físico por el uso de equipos de protección personal.
- Frustración e impotencia por la dificultad que genera el aislamiento físico para proporcionar confort y apoyo a quienes han enfermado o están afectados.
- Constante estado de alerta y vigilancia.
- Procedimientos estrictos que seguir para prevenir decisiones precipitadas.
- Entorno laboral más demandante, incluidas largas horas de trabajo y aumento de la cantidad de personas que requieren de apoyo.
- Reducidas posibilidades para recurrir a su red de apoyo social debido a los intensos horarios de trabajo, o ingreso a periodo de cuarentena.
- Limitadas posibilidades y energía para implementar acciones de autocuidado básico.

- Temor de contagiar COVID-19 a sus amigos y familiares al estar más expuestos al virus por la naturaleza de su trabajo.

El constante miedo, preocupación y estresores en la población durante el COVID-19 puede tener consecuencias a largo plazo al interior de las comunidades y familias:

- Deterioro de redes sociales, dinámicas locales y fuentes de ingreso económico.
- Estigma hacia grupos asociados al contagio, por su nivel socioeconómico, lugar de residencia, nacionalidad, etc. También hay riesgo de discriminación o agresiones hacia personas confirmadas o con sospecha de contagio.
- Pérdida de la confianza en la información proporcionada por las autoridades.
- Riesgo de discontinuidad en los cuidados de personas con trastornos de salud mental, por dificultad en el acceso a su dispositivo de salud o temor a concurrir a él por miedo de exponerse a contagio.

Por otro lado, algunas personas pueden tener experiencias positivas al encontrar nuevas formas de afrontamiento y resiliencia. Frente a la crisis, los miembros de la comunidad a menudo muestran un gran altruismo y cooperación, y las personas pueden experimentar una gran satisfacción al ayudar a otros. Algunas acciones de apoyo mutuo que han surgido durante COVID-19 han sido:

- Mantener contacto social con personas que podrían estar aisladas a través de llamada telefónica o redes sociales.
- Compartir mensajes con información clara y veraz dentro de la comunidad, especialmente hacia aquellos que no usan las redes sociales.
- Brindar asistencia y apoyo a personas que han sido separadas de sus familias y cuidadores debido al periodo de cuarentena.
- Generar organización comunitaria para compartir buenas prácticas y medidas de prevención y autocuidado.

Todas estas reacciones y consecuencias son parte de la respuesta esperable y comprensible de las personas y las comunidades frente a la crisis en curso, y de ninguna manera constituyen en sí mismas un problema de salud mental o sintomatología.

Algunos de estos miedos y reacciones surgen de peligros reales, pero muchas reacciones y comportamientos emergen también de la falta de conocimiento, los rumores y la información falsa (IFRC, 2020).

6. CALIDAD DE VIDA DURANTE LA CUARENTENA PRODUCIDA POR SARS-COV 2.

La nueva enfermedad por COVID-19 ha puesto en foco la importancia de prevenir el contagio por medio de medidas de distanciamiento. Esto, porque al igual que con otras enfermedades respiratorias, las personas mayores, los niños y personas con condiciones médicas preexistentes requieren de seguimiento activo, pues pueden llegar a tener complicaciones derivadas del virus.

Por esta razón, es que las medidas de distanciamiento físico de las personas mayores son tan necesarias, ¿Qué les puede suceder a las personas durante este periodo? Es posible que sienta ansiedad, soledad, frustración, aburrimiento, miedo, desesperanza y/o rabia. Esto es normal y puede durar un tiempo prolongado, incluso después de este periodo. Lo anterior puede ser especialmente intenso para quienes viven solos, para quienes tienen una salud más frágil y en quienes tienen alguna condición que dificulte su capacidad de comprender la situación de Coronavirus.

La literatura científica (Brooks, 2020) ha estimado como las pandemias y los aislamientos pueden asociarse a mayores dificultades psicosociales, temores asociados a abastecer las necesidades básicas, posibilidades de conflicto, desesperanza, soledad, los cambios en las rutinas y la incertidumbre que ello genera, la presencia de emociones que generan malestar, irritabilidad, frustración, angustia y tristeza que se tendrá que gestionar en ocasiones individualmente o con las familias, el riesgo y miedo a enfermarse o morir, son una multiplicidad de situaciones que suelen ser una experiencia desagradable para quienes la padecen. La separación de los seres queridos, la pérdida

de libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento pueden, en ocasiones, crear efectos dramáticos.

Es comprensible que, ante situaciones de incertidumbre e información en constante actualización, aparezcan el temor y la ansiedad. Estas reacciones son esperables e incluso necesarias para mantenernos en alerta y atentos. Sin embargo, cuando se vuelven muy intensas o se prolongan en el tiempo, pueden afectar directamente la salud mental y asimismo la calidad de vida.

La OMS (1996) define la Calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

Por lo tanto, se hace necesario evaluar la calidad de vida en diferentes dimensiones a nivel psicológico, físico, social y ambiental del individuo en esta emergencia sanitaria, puesto que indica la relevancia de obtener información desde la perspectiva del paciente, que es útil para fundamentar las actuaciones oportunas y efectivas, tanto en la medición del impacto de una intervención, detección de cambios en el estado de salud, así como en facilitar la comunicación entre el paciente y el profesional de salud, obtener información sobre la adherencia terapéutica y orientar la toma de decisiones para que los esfuerzos se acompañen en mejorar la calidad de vida de los pacientes en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2.

7. INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DURANTE LA CUARENTENA PRODUCIDA POR SARS-COV 2.

Es fundamental evaluar e identificar la calidad de vida de los adultos en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2 en diferentes dimensiones tanto a nivel psicológico, físico y ambiental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “las percepciones individuales de una persona, de su posición en la vida en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y preocupaciones”. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como la relación con su entorno sin importar diferencias culturales.

Se establece que la calidad de vida se define como las percepciones de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (WHOQOL, 1996).

Esta definición refleja la opinión de que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva que está inmersa en un contexto cultural, social y ambiental puesto que, esta definición de calidad de vida se enfoca según la calidad de vida "percibida" de los encuestados, no se espera que proporcione un medio de medición de las enfermedades o afecciones, sino más bien los efectos de las enfermedades y las intervenciones de salud en calidad de vida. Como tal, la calidad de vida no puede equipararse simplemente con los términos "estado de salud", "vida estilo", "satisfacción con la vida", "estado mental" o "bienestar". El reconocimiento de la naturaleza multidimensional de calidad de vida se refleja en la estructura WHOQOL – BREF.

7.1 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF.

Esta escala proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo, no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas.

Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención. Actualmente, existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español.

La versión usada, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica, relaciones sociales y Ambiente (Freire, 2008).

7.2 CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ 12).

El Cuestionario de Salud General (GHQ 12) ha demostrado ser una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental en población general y en población clínica, siendo uno de los instrumentos de tamizaje validado más utilizado en todo el mundo y uno de los más recomendados para ser empleado en encuestas de salud.

Se seleccionó la versión abreviada del Cuestionario de Salud General (GHQ). Este instrumento que fue desarrollado por Goldberg y Blackwell en la década de 1970, es una

técnica elaborada en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, dando respuesta a la necesidad de los médicos y profesionales de la salud de detectar y evaluar objetivamente los niveles de salud. A raíz de esto, se creó un cuestionario de autorreporte de salud general. Este cuestionario inicial constaba de sesenta ítems, pero se han creado versiones abreviadas con 36, 30, 28, 20 y 12 ítems, respectivamente (Goldberg, 1978).

El cuestionario surgió con el propósito de identificar dos tipos de problemas: la incapacidad para realizar las actividades diarias normales o adaptativas, y la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto, centrándose en alteraciones psicopatológicas muy básicas y conductas desadaptativas menores a nivel personal y social (Godoy, 2002).

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su fin es detectar cambios en la función normal del paciente, sin determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. En términos generales, según su autor, el instrumento explora dos tipos de fenómenos: la percepción de incapacidad para funcionar desde el punto de vista psíquico a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (Goldberg, 1978). Cualquiera de estas versiones de la prueba está planteada como Escala Likert, redactada de forma positiva y negativa, con una puntuación que depende del estilo de la pregunta para determinar un grado estimado de severidad de la ausencia de salud mental.

El cuestionario es una adaptación al español del General Health Questionnaire (GHQ-12) y está formado por doce ítems, siendo seis de ellos sentencias positivas y seis sentencias negativas. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ. El cuestionario presenta adecuada consistencia interna en los diferentes estudios realizados con alfas de Cronbach que varían entre 82 y 86 Los

resultados de validación del GHQ-12 realizado en quince países del mundo son adecuados, con resultados de curva ROC que varían entre 83 y 85 (Goldberg, 1997).

Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo.

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

Estudio piloto con enfoque cuantitativo de corte transversal de alcance exploratorio.

2.2 Población o entidades participantes.

Para esta investigación, la población son personas adultas colombianas que se encuentran en el marco de cuarentena por SARS- Cov 2.

Criterios de inclusión.

- Hombres y mujeres adultos que se encuentren en el marco de cuarentena por SARS-COV 2.

Criterios de Exclusión.

- Niños y niñas diagnosticados con SARS-COV 2.
- Niños y niñas que se encuentren en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2.
- Hombres y mujeres adultos que se encuentran laborando en modalidad presencial en sus sitios de trabajo durante el marco de la cuarentena.

2.3 Definición de Variables o Categorías.

En esta investigación se tendrán en cuenta tanto variables sociodemográficas, como variables clínicas y variables de investigación que se presentan a continuación:

Sociodemográficas:

Variable	Valor	Descripción	U. Medida
Edad	Entre 18 y 100	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento a la fecha de la evaluación.	Años
Sexo	Femenino Masculino	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas: anatómicas, y fisiológicas.	0 1
Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre Otro	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley (Decreto 1260 de 1970, Artículo 1, Ministerio de Justicia – Colombia)	1 2 3 4 5 9
Años de escolaridad	0 – 30	Cantidad de años de educación formal aprobados	Años
Nivel de escolaridad	Preescolar Básica Primaria Básica secundaria Educación media Bachiller Pregrado Posgrado	En Colombia la educación formal se organiza en tres niveles: a) El preescolar, que comprenderá mínimo un grado obligatorio. b) La educación básica, con una duración de nueve grados que se desarrollará en dos ciclos: La educación básica primaria de cinco grados y la educación básica secundaria de cuatro grados. c) La educación media con una duración de dos grados. Por otro lado se encuentra la educación superior que se imparte en dos niveles, pregrado y posgrado.	1 2 3 4 5 6 7
Situación laboral	Empleado Independiente Estudiante	Ocupación actual: trabajo, empleo u oficio.	1 2 4

	Jubilado Pensionado por invalidez Desempleado (por la condición de salud) Desempleado (por otras causas) Otro		5 6 7 9
Estrato socioeconómico	Estrato 1 o Bajo-bajo Estrato 2 o Bajo Estrato 3 o Medio-bajo Estrato 4 o Medio Estrato 5 o Medio-alto Estrato 6 o Alto Otro: rural o no residencial	Nivel de clasificación de un inmueble como resultado del proceso de estratificación socioeconómica. Legalmente existe un máximo de seis estratos socioeconómicos. (Artículo 102 Ley 142 de 1994).	1 2 3 4 5 6 9
Afiliación a seguridad social en salud	No afiliado Subsidiado Contributivo Régimen Especial Otro	El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como el Estado Colombiano brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros. (Ministerio de la Protección Social)	0 1 2 3 9

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas de la investigación. Fuente: Autores de la investigación. 2020.

Variabes clínicas:

Variable	Valor	Descripción	U. de medida
Sintomático	No Si	Los síntomas más comunes de la SARS-Cov 2 son fiebre, tos seca y cansancio. Algunos pacientes pueden presentar dolores, congestión nasal, dolor de garganta o diarrea. Algunas personas se infectan, pero solo presentan síntomas muy leves. Alrededor de 1 de cada 5 personas que contraen la SARS-Cov 2 desarrolla una enfermedad grave y tiene dificultad para respirar.	0 1

Tabla 2. Descripción de las variables clínicas de la investigación. Fuente: Autores de la investigación. 2020.

Variabes de investigación:

Variable	Subvariable	Dimensión	Valor	U. Medida
Calidad de Vida (WHOQOL BREF)	General	¿Cómo puntuaría su calidad de vida? (Q1)	Muy mal Mal Aceptable Bien Muy bien	1 2 3 4 5
		¿Qué tan satisfecho está con su salud? (Q2)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Salud Física	¿Hasta qué punto el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? (Q3)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Ídem
		¿Necesita algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? (Q4)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Ídem
		¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? (Q10)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Ídem
		¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? (Q15)	Nada Un poco Aceptable Bastante Mucho	Ídem
		¿Qué tan satisfecho está con su sueño? (Q16)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	Ídem
		¿Está satisfecho con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria? (Q17)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	Ídem
		¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo? (Q18)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable	Ídem

			Satisfecho Muy satisfecho	
	Salud Psicológica	¿Cuánto disfruta de la vida? (Q5)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Ídem
		¿Hasta qué punto piensa que su vida tiene sentido? (Q6)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Ídem
		¿Tiene capacidad para concentrarse? (Q7)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Ídem
		¿Es capaz de aceptar su apariencia física? (Q11)	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	Ídem
Salud Psicológica		¿Qué tan satisfecho está de sí mismo? (Q19)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	Ídem
		¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? (Q26)	Siempre Casi siempre Algunas veces Raramente Nunca	Ídem
Relaciones Sociales		¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales? (Q20)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	Ídem
		¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual? (Q21)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	Ídem
		¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos? (Q22)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable	Ídem

		Satisfecho Muy satisfecho	
Ambiente	¿Se siente seguro en su vida diaria? (Q8)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Ídem
	¿Es saludable el ambiente físico que le rodea? (Q9)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Ídem
	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? (Q12)	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	Ídem
	¿Tiene disponible la información que necesita en su vida diaria? (Q13)	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	Ídem
	¿Hasta qué punto puede realizar actividades en su tiempo libre? (Q14)	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	Ídem
	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive? (Q23)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	Ídem
	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? (Q24)	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	Ídem
	Sumatoria de las puntuaciones de los 25 ítems, menos veinticinco puntos, por cien, dividido ciento cuatro.	0 - 100	%

Tabla 3. Descripción de las variables generales de la investigación. Fuente: Autores de la investigación. 2020.

Cuestionario de salud general GHQ 12:

Variable	Dimensión	Valor	U. Medida
General	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual. Igual que lo habitual. Menos que lo habitual. Mucho menos que lo habitual	0 1 2 3
General	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	No, en absoluto. Igual que lo habitual. — Más que lo habitual. Mucho más que lo habitual.	0 1 2 3
General	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual. Igual que lo habitual. — Menos que lo habitual. — Mucho menos que lo habitual.	0 1 2 3
General	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual. — Igual que lo habitual. Menos capaz que lo habitual. — Mucho menos capaz que lo habitual	0 1 2 3
General	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto. Igual que lo habitual. — Más que lo habitual. Mucho más que lo habitual.	0 1 2 3
General	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto. Igual que lo habitual. — Más que lo habitual. Mucho más que lo habitual	0 1 2 3
General	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	.Más que lo habitual. —	0 1 2

		Igual que lo habitual. Menos que lo habitual. Mucho menos que lo habitual	3
General	¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?	No, en absoluto. No más que lo habitual. Más que lo habitual. Mucho más que lo habitual	0 1 2 3
General	¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	No, en absoluto. No más que lo habitual. Más que lo habitual. Mucho más que lo habitual.	0 1 2 3
General	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto. No más que lo habitual. Más que lo habitual. Mucho más que lo habitual	0 1 2 3
General	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual. Igual que lo habitual. Menos feliz que lo habitual. Mucho menos feliz que lo habitual	0 1 2 3

Tabla 4. Descripción de las variables generales de la investigación. Fuente: Autores de la investigación. 2020.

2.4 Procedimiento e Instrumentos.

Se realizó la aplicación de un instrumento vía virtual a personas adultas a través de redes o correo electrónico en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2, con el fin de identificar su calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica utilizando dos instrumentos que se encuentran en un formulario de Google. La primera parte del formulario es el cuestionario de evaluación de calidad de vida de la organización mundial de la salud WHOQOL-BREF, el cual contiene 26 ítems que evalúan 4 dominios

principales, el primero de ellos la salud física, el segundo la salud psicológica, el tercero relaciones sociales y el cuarto ambiente; la segunda parte es el cuestionario de salud general GHQ 12 el cual consta de 12 ítems que buscan detectar el estado psicológico. Las personas que tuvieron acceso a la información resultado de la aplicación del instrumento fueron los investigadores, quienes estaban calibrados y tenían buen conocimiento del instrumento con el fin de hacer control de los sesgos de focalización, sesgos de cadencia, sesgos por autodefensa, sesgos por tema delicado, sesgos por cambio de escala, sesgos por fatiga y sesgos por saltos en el cuestionario. Solo se aceptó la participación de adultos, para ello se solicitó solo un correo personal. La información posteriormente se recolectó en una base de datos en Excel para ser analizada. El instrumento no contó con recolección de datos personales como nombre y cédula, y se aseguró confidencialidad de los resultados.

2.5 Consideraciones éticas.

Se declara que según el Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano (Ministerio de Salud, 1993), la presente investigación de acuerdo a las categorías presenta un riesgo mínimo, puesto que se hizo recolección de datos a través de un formulario virtual, el cual contiene el consentimiento informado, en donde los participantes aceptaron su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que los que se someterían.

En cumplimiento del Artículo 10 del Decreto 1377 de 2013 (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2013), que reglamenta el régimen general de protección de datos personales, se informó a los participantes que los datos no serán compartidos ni entregados a terceros para fines comerciales o de otra índole y se guarda la debida confidencialidad de la información recolectada. Los datos fueron manejados sólo por los investigadores vinculados a la Corporación Universitaria Iberoamericana bajo una clave encriptada de alta seguridad para su protección.

El presente estudio se encuentra regido por la legislación internacional basada en el Protocolo de Helsinki (World Medical Association, 2020), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) y por la legislación colombiana (Resolución 8430 de 1993; Ley 1090 de 2006). El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Corporación Universitaria Iberoamericana en el marco del proyecto 202010D03.

Capítulo 3 - Resultados.

3.1. Variables sociodemográficas:

En total 1127 personas colombianas contestaron el formulario, de las cuales 92 fueron excluidas por código ético y por no cumplir con los criterios de inclusión, contando con un total de 1035 participantes para el análisis. De éstos, 988 se encontraron en territorio colombiano, el resto se encontraron en otros países como Alemania (n=4), Canadá (n=2), Chile (n=1), España (n=4), Estados Unidos (n=10), Guatemala (n=1), México (n=10) y Perú (n=1), como se reporta en la figura 1; el resto de participantes (n=14) no reportaron lugar de residencia actual.

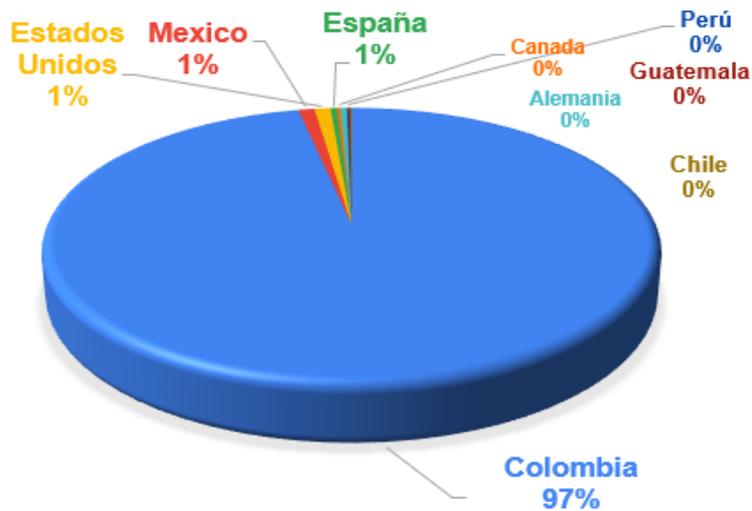


Figura 1. Países reportados. Fuente: Bases de datos de la investigación.

De los participantes, el 67% fueron de sexo femenino, el 33% de sexo masculino (figura 2), el 59% se encontraron entre los 18 y 30 años (n=613), el 17% entre los 31 a 40 años (n=176), y el 0% estuvo representado por personas de más de 70 años (n=4) como se muestra en la figura 3.

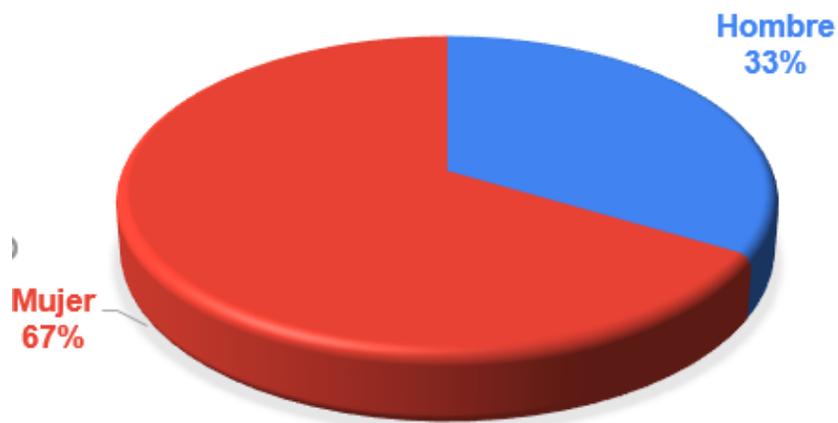


Figura 2. Sexo. Fuente: Bases de datos de la investigación.

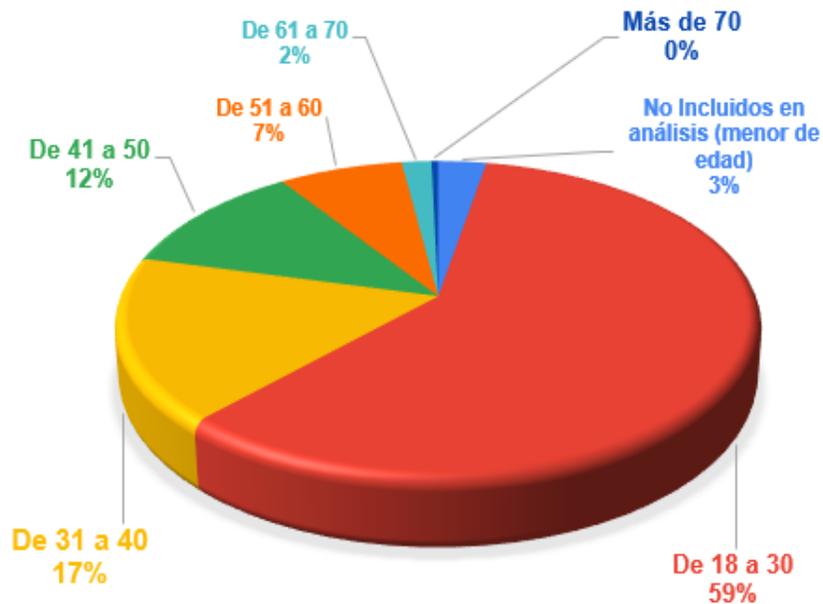


Figura 3. Edad. Fuente: Bases de datos de la investigación.

En cuanto a nivel de escolaridad, el 68% (n=706) de los participantes contaron con un nivel de educación universitaria y el 30% (n=306) contaron con educación media como se muestra en la figura 4. El 60% de los participantes fueron personas solteras (n=620), el 18% refirió tener pareja (n=190) y el 17% (n=172) fueron personas casadas (figura 5).

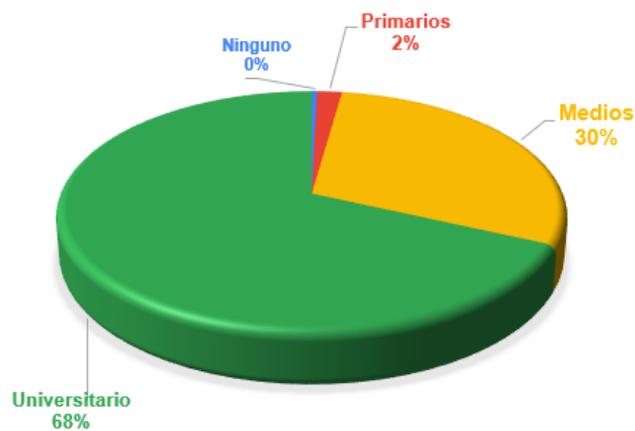


Figura 4. Nivel de estudio. Fuente: Bases de datos de la investigación.

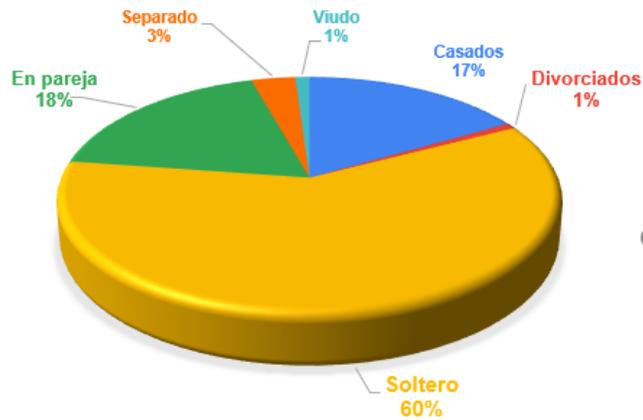


Figura 5. Estado civil. Fuente: Bases de datos de la investigación.

3.2. Resultados del instrumento:

Frente a los resultados sobre las dimensiones de calidad de vida que evalúa el WHOQOL – BREF y tomando en cuenta lo afirmado por la escala que mientras más alto es el rango así es su calidad de vida, en la tabla 5 se identificó cómo se agrupan los resultados en cada una de las dimensiones. La semaforización en color indica una clasificación entre nivel bajo (color rojo), nivel medio (color amarillo) y nivel alto (color

verde), siendo este último conformado por las personas que tienen mayor calidad de vida.

Rango 0-100	Dimensión Física [n (%)]	Dimensión Psicológica [n (%)]	Dimensión Social [n (%)]	Dimensión Ambiental [n (%)]
0-10	7 (0,7)	4 (0,4)	28 (2,7)	2 (0,2)
11 – 20	21 (2,0)	10 (1,0)	32 (3,1)	10 (1,0)
21 -30	15 (1,4)	14 (1,4)	61 (5,9)	11 (1,1)
31 – 40	209 (20,2)	59 (5,7)	78 (7,5)	74 (7,1)
41 -50	270 (26,1)	154 (14,9)	264 (25,5)	197 (19)
51 -60	165 (15,9)	157 (15,2)	68 (6,6)	130 (13)
61 – 70	273 (26,4)	337 (32,6)	151 (14,6)	298 (29)
71 -80	35 (3,4)	121 (11,7)	106 (10,2)	152 (15)
81 – 90	39 (3,8)	165 (15,9)	126 (12,2)	146 (14)
91 -100	1 (0,1)	14 (1,4)	121 (11,7)	15 (1,4)

Tabla 5. Descripción de cada una de las dimensiones de calidad de vida – WHOQOL – BREF – Con datos convertidos en un rango de 0-100 versus número de personas clasificadas de acuerdo a su respuesta. Fuente: Base de datos del estudio, 2020.

Es de notar que todas las dimensiones, tienen la mayor concentración en el nivel de calidad de vida medio. Física con el 69% (n=708), Psicológica con el 63% (n=648), social con 47% (n=483) y ambiental un 61% (n=625). Igualmente, en casi todas las dimensiones la segunda mayor concentración está en bajo, a excepción de la dimensión psicológica, en la cual, por el contrario, se encontró en el nivel alto con un 29% (n=300). La dimensión que tuvo la mayor concentración en el nivel bajo fue la dimensión física seguida de la dimensión social como se muestra en la tabla 6.

Nivel de Calidad de vida	Dimensión	Dimensión	Dimensión	Dimensión
	Física	Psicológica	Social	Ambiental
	[n (%)]	[n (%)]	[n (%)]	[n (%)]
<i>Alto</i>	75 (7)	300 (29)	353 (34)	313 (30)
<i>Medio</i>	708 (69)	648 (63)	483 (47)	625 (61)
<i>Bajo</i>	252 (24)	87 (8)	199 (19)	97 (9)
\bar{Y}	51,9	62,9	59,3	62,3
<i>SD</i>	15,1	16,7	24,1	16
<i>Me</i>	50	69	56	63

Tabla 6. Descripción de cada una de las dimensiones de calidad de vida WHOQOL BREF, entre los rangos: alto, medio y bajo. Fuente: Base de datos del estudio, 2020.

\bar{Y} : Promedio; *DS*: Desviación estándar; *Me*: Mediana. Se establece el nivel de calidad de vida en relación al número de personas clasificadas y su promedio porcentual. El área roja de la tabla corresponde a un nivel bajo y el área verde corresponde a un nivel alto de Calidad de vida. Se evidencia que en los participantes que presentan mayor nivel de calidad de vida, perciben mejor su calidad de vida en las distintas dimensiones en relación con el número de personas y su promedio porcentual por cada rango. Fuente: Base de Datos del estudio, 2020.

Por otra parte, en la tabla 7 se presenta la matriz de correlación de Pearson (r), en la cual se muestra el grado de correlación entre las cuatro dimensiones evaluadas del cuestionario WHOQOL-BREF.

		<i>Dimensión Física</i>	<i>Dimensión Psicológica</i>	<i>Dimensión Social</i>	<i>Dimensión Ambiental</i>
<i>Calidad de vida general</i>	Correlación de Pearson N	0,233 1035	0,213 1035	0,255 1035	0,255 1035
<i>Satisfacción en salud</i>	correlación de Pearson N	0,600 1035	0,472 1035	0,548 1035	0,548 1035
<i>Dimensión Física</i>	correlación de Pearson N		0,600 1035	0,623 1035	0,548 1035
<i>Dimensión Psicológica</i>	correlación de Pearson N			0,541 1035	0,625 1035
<i>Dimensión Social</i>	correlación de Pearson N				0,536 1035

Tabla 7. Matriz de índice de correlación de Pearson entre las dimensiones de calidad de vida y Satisfacción en salud del cuestionario WHOQOL - BREF. Fuente: Base de Datos del estudio, 2020.

Se evidencia que existe tendencia a una correlación positiva alta y moderada para la satisfacción de salud con cada una de las dimensiones, en especial con la dimensión física ($r=0,600$). Así mismo, la dimensión física presenta una correlación positiva alta ($r=0,600$; $0,623$) con la dimensión psicológica y social, concluyendo que la dimensión física se corresponde directamente con la dimensión psicológica y social.

De igual modo, la dimensión psicológica en relación con la dimensión social presenta una correlación positiva alta ($r=0,625$), indicando que la dimensión psicológica tiene una relación directa con la dimensión social.

Por otro lado, en cuanto a los resultados del cuestionario GHQ 12, se hizo primero un análisis por cada una de las preguntas establecidas en el instrumento. Como se observa en la tabla 8, en general, se evidencia que hubo una afectación en el disfrutar las actividades normales del día en un 45% de la muestra, siendo uno de los de mayor

concentración en las categorías menos de lo habitual y mucho menos de lo habitual. Igualmente, se muestra también alteración en la dificultad en la concentración, y las preocupaciones les han hecho perder el sueño estando el 40% de la muestra entre más que lo habitual y mucho más que lo habitual. El 36% de la muestra refiere sentirse poco feliz o deprimido, por otra parte, un 25% se asoció a que les ha costado superar sus dificultades presentando problemas de concentración entre más que lo habitual y mucho más que lo habitual y un 24% de la muestra manifestó sentirse menos feliz y mucho menos feliz de lo acostumbrado durante el confinamiento.

<i>Preguntas</i>	<i>Resultados de cada pregunta según muestra y promedio [n (%)]</i>			
¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
	[111 (11)]	[511 (49)]	[345 (33)]	[68 (7)]
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	Mucho más que lo habitual	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	No, en absoluto
	[114 (11)]	[299 (29)]	[351 (34)]	[271 (26)]
¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?	[112 (11)]	[257 (25)]	[383 (37)]	[283 (27)]
¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	[61 (6)]	[157 (15)]	[278 (27)]	[539 (52)]
¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	[42 (4)]	[86 (8)]	[157 (15)]	[750 (73)]
¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	Mucho más que lo habitual	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	No, en absoluto
	[57 (5)]	[204 (20)]	[395 (38)]	[379 (37)]
¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
	[236 (23)]	[506 (49)]	[213 (20)]	[80 (8)]
¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	[171 (17)]	[393 (11)]	[354 (34)]	[117 (11)]

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
	[227 (22)]	[620 (60)]	[152 (15)]	[35 (3)]
¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	[181 (17)]	[630 (61)]	[197 (19)]	[27 (3)]
	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos feliz que lo habitual
[220 (21)]		[567 (55)]	[206 (20)]	[42 (4)]

Tabla 8. Resultados de cada una de las preguntas del Cuestionario de Salud general GHQ 12. Fuente: Base de Datos, 2020.

Este instrumento también permite identificar, a partir de la sumatoria de las preguntas 3 dimensiones que son: estrategias de afrontamiento, autoestima y estrés. Para su comprensión, se realizó la sumatoria de los ítems preestablecidos y en su totalidad permitió identificar el nivel desajuste de la siguiente manera: (0% - 25%) bajo desajuste, (26% -50%) desajuste medio, (51% -75%) alto desajuste. En general se identificó que la dimensión donde existe alto y medio desajuste es la autoestima. La dimensión de bajo desajuste está en la de habilidades de afrontamiento (Tabla 9).

Nivel de Desajuste	Dimensiones del cuestionario de salud general GHQ12.		
	Estrategias de afrontamiento [n (%)]	Autoestima [n (%)]	Estrés [n (%)]
<i>Bajo desajuste</i>	734 (70)	520 (50)	704 (68)
<i>Desajuste medio</i>	242 (23)	430 (41)	283 (27)
<i>Alto desajuste</i>	59 (4)	85 (9)	48 (5)

Tabla 9. Descripción del promedio porcentual de cada una de las dimensiones y el nivel de desajuste. Fuente: Base de datos del estudio, 2020.

Finalmente, se hizo correlación de Pearson entre las dimensiones y como se puede observar en la tabla 10, existe una alta correlación entre estrategia de afrontamiento y

autoestima, le sigue asociación entre autoestima y estrés, y finalmente entre estrategia de afrontamiento versus estrés.

<i>Dimensiones del cuestionario de Salud general GHQ12</i>	<i>Coeficiente Pearson (r)</i>	<i>Nivel de Correlación</i>
<i>Estrategia de afrontamiento Vs Autoestima</i>	<i>0,77</i>	<i>Alta</i>
<i>Autoestima Vs Estrés</i>	<i>0,66</i>	<i>Alta</i>
<i>Estrategia de afrontamiento Vs Estrés</i>	<i>0,55</i>	<i>Moderada</i>

Tabla 10. Matriz de índice de correlación de Pearson (r) entre las dimensiones GHQ 12. Fuente: Base de datos del estudio, 2020.

Capítulo 4 - Discusión.

Esta investigación es uno de los estudios pioneros que evalúa el impacto de la cuarentena por el nuevo virus del SARS-COV 2 sobre la calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica en Colombia.

Se presentan resultados que muestran a un gran número de personas que perciben que tienen una calidad de vida alta y media, sin embargo, también se evidencia un gran número de personas que reportan una baja calidad de vida, disminuyendo la media en todas las dimensiones evaluadas, especialmente en la dimensión física, específicamente a través de la aplicación del instrumento WHOQOL – BREF.

Se ha considerado que el mundo atraviesa actualmente por un escenario extremadamente estresante debido a la pandemia y a las medidas implementadas que, si bien proveen una solución temporal, entre otros aspectos, está desencadenando una afectación significativa sobre la salud mental (Valdés, 2020).

Los resultados que se muestran en esta investigación dan señal de las dificultades que se están presentando, teniendo en cuenta que la población que en mayor proporción

participó está entre los 18 a 30 años de edad y son solteros, encontrándose las dos variables alrededor del 60% y que es de suponer que estas personas se encuentran en plena vitalidad.

De la misma manera se hace evidente la relación directa de la percepción de satisfacción de salud en general con las dimensiones evaluadas, en mayor proporción con la dimensión física ($r = 0,600$), la cual a su vez presenta correspondencia con las dimensiones psicológica y social ($r = 0,600; 0,623$); puesto que las restricciones de salud pública durante la cuarentena tuvieron un mayor impacto principalmente sobre las dimensiones física y social; esto posiblemente por el distanciamiento social y el confinamiento, razones por las cuales las personas se vieron obligadas a no asistir a lugares públicos, eventos sociales o realizar actividades al aire libre, e incluso, dejaron de asistir a sus lugares de trabajo permaneciendo en casa por largos periodos de tiempo.

Por otro lado, se evidenció menor impacto sobre la dimensión psicológica. Estos resultados fueron consistentes con lo encontrado en el estudio realizado por Zhang & Ma (2020), acerca del impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental y la calidad de vida entre los residentes locales de la provincia Liaoning (China). En sus análisis detectaron cambios negativos sobre la salud física por un ritmo de vida menos activo. Así mismo, identificaron cambios positivos en el estilo de vida relacionados con el incremento del apoyo social y familiar, el tiempo para cuidar los unos de los otros y la realización de meditación y/o relajación.

En otro estudio realizado por Wang y colaboradores (2020), se evaluó la influencia de las restricciones por la pandemia sobre los comportamientos saludables y la calidad de vida en adultos de China y se reportó un impacto positivo sobre los comportamientos saludables, debido a que las personas tuvieron tendencia a preparar e ingerir alimentos mucho más saludables. Sin embargo, reportaron un impacto negativo a nivel físico por la inactividad a la que estaban sometidos como consecuencia de las restricciones implantadas para la contención del virus, lo cual obligó a las personas a disminuir los niveles y/o la intensidad de actividad física, concordando así con los resultados encontrados en nuestro estudio.

Esto mismo se evidencia en el trabajo realizado por Ping y colaboradores (2020), en donde se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud fue mucho menor en personas mayores de 50 años en China por factores como las restricciones en movilidad (13,2%), el dolor/disconfort (52,6%) y la ansiedad/depresión (23,7%) afectando directamente los aspectos físicos, sociales y emocionales de los individuos.

En general, se muestra la necesidad de seguir identificando la afectación de la calidad de vida de la población por la pandemia, en aras de construir alternativas de contención a las consecuencias que se están generando y así mismo recordar que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social. Áreas, que en definitiva no pueden verse aisladas y que invitan a la creación de políticas para garantizar los efectos post pandemia.

En una publicación sobre las perspectivas del impacto de la pandemia por COVID-19, sugieren que la pandemia conducirá a un cambio permanente en el mundo y sus políticas especialmente en el campo de la salud (Açikgöz & Günay, 2020). Por lo tanto, hacen una invitación a los diferentes gobiernos a que lo más pronto posible, desarrollen nuevas estrategias para prever otro tipo de problemáticas, en el caso particular asociados a la salud mental, más si se toma en cuenta que en estudios como este, los datos tomados fueron en su mayoría en una de las etapas más productivas.

Por otra parte, se sugiere que la salud mental es un problema de salud pública mundial, así ha sido considerado en el plan de acción integral de salud mental 2013 - 2020 de la OMS, adoptado por la 66 Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2020). Como alternativa de solución se presenta la actividad física, la cual contribuye en la salud física y mejora la salud mental.

Lo anterior, lleva a una nueva reflexión en la cual se plantea la importancia de implementar estrategias que promuevan la realización de actividad física a pesar de las inclemencias por el COVID-19, encausado al fortalecimiento del bienestar (Poirel, 2017).

Asimismo, se identificó que existe un fuerte vínculo entre la salud física y la salud mental (Ohrnberger et al, 2017), con una muestra de 106.893 personas de 50 años o

mayores en donde, se determinó que la actividad física es el mayor contribuyente a la salud mental además de una retroalimentación indirecta, pues mientras mejor sea la salud mental, mejor será la salud física.

Igualmente, en otros estudios (Horick et al, 2017; Velten et al, 2018; Chang et al, 2017), en los cuales se particulariza en distintas poblaciones, se llega a la misma conclusión y, es que, en definitiva, los efectos del estilo de vida como el incremento de la actividad física están relacionados con la salud mental.

Por otro lado, específicamente en la dimensión psicológica a través del instrumento GHQ 12, denotan resultados que vienen siendo coherentes con otros estudios que se han evidenciado a lo largo de la enfermedad pandémica, como el llevado a cabo por Brooks, et al (2020) en donde compararon 5 estudios involucrados con las respuestas psicológicas emitidas por los individuos a lo largo del confinamiento preventivo. Se identificó que las respuestas o indicios más frecuentes son: estrés, agotamiento, desapegos de los otros, ansiedad, irritabilidad, insomnio, falta de concentración, indecisión y deficiente manejo gremial. Teniendo presente los resultados de la indagación mencionada previamente se hace evidente el valor de aprender las repercusiones y efecto psicológico que produce la cuarentena preventiva en la población de Colombia.

Dado lo anterior, en este estudio se detectó que el 40% de la población respondió que el grado de concentración es menos o mucho menos de lo común, además de dificultades para dormir gracias a las preocupaciones experimentadas a lo largo del confinamiento preventivo, lo que se relaciona con lo postulado por Ramírez, Fontecha y Escobar (2020), en cuanto a los efectos del aislamiento en el sueño a lo largo de la enfermedad pandémica, donde la mayor parte de los individuos presentaban insomnio severo. Conforme el DSM-V (2014), el insomnio es una insatisfacción con la porción o calidad del sueño que se sigue con complejidad para conciliar o conservar el mismo,

generando un malestar clínicamente relevante y una perturbación en la funcionalidad gremial, social o de otras superficies del sujeto.

En cuanto al estado de ánimo, el 36% de la población reportó sentirse poco feliz o deprimido, el 24% sentirse menos feliz, el 55% igual que lo habitual y un 21% más feliz que lo habitual. Según Novoa y Pirela (2020) conservar la felicidad pese a las múltiples situaciones que se muestran en la vida diaria, ayuda a las personas a la resolución de los inconvenientes, así como un correcto afrontamiento de la adversidad y/o problemas, por lo que es fundamental reconocer los sentimientos positivos, fortalezas y debilidades del sujeto y cómo mejorarlas. Además, Harrar (2020) asegura que la felicidad ayuda a producir y conservar la resiliencia emocional de cada individuo de manera intuitiva, superando una problemática con un poco menos de desaliento, más cordura y visión en la actualidad de enfermedad pandémica.

De igual manera, la investigación muestra una comparación visible entre los niveles de autoestima logrados a lo largo del confinamiento, dado que la mitad poblacional estudiada presentó un desajuste en su autoestima. Rodríguez (Citado en Bermúdez, 2018) instituye una interacción directa entre baja autoestima y confort emocional, producen emociones negativas.

Del mismo modo, Branden (sf) alude que el individuo con baja autoestima se concentra en los puntos negativos, lo cual crea resistencia al instante de confrontar eventos o situaciones desfavorables. Lo anterior se compara con lo expuesto por Dolan y García (2020) quienes indican que la autoestima frecuente estar asociada a los niveles de estrés presentados por la persona pues los individuos que expresan mayor malestar emocional a lo largo de la crisis del COVID-19, son las que poseen la autoestima subjetivamente baja comparativamente con aquellas que de alguna u otra forma muestran un control alto-moderado del estrés en tiempos de cuarentena

Con lo anterior, se da paso al análisis y estudio de la percepción de estar desempeñando un papel eficaz en la vida, donde solo el 28% ha sentido que está desempeñando un

papel eficaz en la vida, menos y mucho menos de lo común, el 72% reportó sentirse igual que lo usual o más que lo común y el 45% de la muestra disfruta menos o mucho menos de lo usual las ocupaciones cotidianas. Angelucci, Cañoto y Hernández (2017) mencionan que sentirse bien y desempeñar un papel eficaz en la vida, provoca que los individuos sean capaces de tomar elecciones y gozar de las ocupaciones de todos los días.

Esto, paralelamente, se relaciona con la complejidad en tomar elecciones, debido a que si los individuos no denotan una sensación de confort, no van a poder gozar de su historia, teniendo presente que un 18% se ha sentido menos o mucho menos capaz que lo usual referente a tomar elecciones, un 25% más capaz que lo común y un 60% igual que lo común. Por consiguiente, según Gallegosa et al (2020), los individuos requieren una sensación de confort en su historia para desenvolverse óptimamente, de lo opuesto al percibir un ambiente inseguro aumenta la incertidumbre, así como la complejidad en tomar elecciones.

Los resultados de este estudio muestran que la cuarentena tuvo un mayor impacto principalmente sobre las dimensiones física y social en adultos colombianos, esto posiblemente por el distanciamiento social y el confinamiento, razones por las cuales las personas tuvieron que dejar de asistir a lugares públicos, eventos sociales o dejaron de realizar actividades al aire libre, o incluso, dejaron de asistir a sus lugares de trabajo permaneciendo en casa por largos periodos de tiempo; estos resultados fueron consistentes con lo encontrado por Zhang & Ma (2020), quienes estudiaron el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental y la calidad de vida entre los residentes locales de la provincia Liaoning, China, por otro lado, detectaron cambios positivos en el estilo de vida relacionados con la salud mental de éstas personas por el incremento en el apoyo social y familiar y porque hubo mayor tiempo para cuidar los unos de los otros.

Este estudio tiene algunas limitaciones, como, por ejemplo, no se indaga sobre el nivel socioeconómico o los ingresos de los participantes, siendo estos determinantes importantes sobre la salud y la calidad de vida de la población. Por tanto, futuros estudios

deben tener en cuenta estos dos factores con el fin de realizar una comparación de línea de base para determinar con certeza qué tanto se ve afectada la calidad de vida ante este tipo de situaciones.

Capítulo 5 - Conclusiones

Se identificó que la dimensión física del cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL – BREF) tiene una correlación alta con las dimensiones psicológica, social y ambiental, además del grado de satisfacción en salud. Si bien la condición de cuarentena ha garantizado que el número de contagios disminuya, así mismo ha impactado significativamente sobre la calidad de vida, razón por la cual esta investigación da una línea base para considerar necesario generar estrategias que minimicen un poco los efectos negativos del confinamiento como el incentivar programas o acciones que fomenten la actividad física de manera segura y la adopción de políticas de salud pública para hacer frente a este tipo de problemáticas.

Por otro lado, con el GHQ 12 evidenció que el aislamiento por Coronavirus -19 se manifestó como una situación inesperada generando un cambio importante en la rutina de los individuos, impactando en la salud psicológica y afectando la calidad de vida en las zonas social, gremial, académico y emocional.

Consecuentemente, se prueba un incremento en las emociones negativas como tristeza, desesperanza, pérdida de confianza en sí mismo, incertidumbre, preocupaciones, complejidad para tomar elecciones y encarar situaciones, así como la pérdida del sueño y percepción de no poder superar los esfuerzos.

Dichos componentes tienen la posibilidad de ser considerados como precipitantes o predisponentes en varios trastornos mentales como ansiedad y depresión, los cuales necesitan una idónea atención; por lo que se necesita salvar y considerar el valor de la salud psicológica de los colombianos, dado que esta última ayuda a hacer frente las

situaciones adversas de una forma resiliente, en pro de una buena habituación frente a los cambios que se logren exponer.

5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes a líneas de investigación de grupo.

Dentro del proceso se plantearon 4 objetivos específicos, los cuales en general se cumplieron de la siguiente manera:

- Se caracterizó socio-demográficamente los adultos en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2.
- Se caracterizó las variables de la calidad de vida de los adultos en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2.
- Se estableció un perfil preliminar de la calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica de los adultos en el marco de la cuarentena por SARS- COV 2.
- Se establecieron los riesgos que afectan la salud física y psicológica de los adultos en el marco de la cuarentena por SARS-COV 2.

5.2 Producción asociada al proyecto.

Tipo de producto	Evento /Revista	Título	Estado
Ponencia y memorias	Congreso Mundial de Fisioterapia	Impact of quarantine by sars-cov2 over the quality of life related to the physical health and environment in Colombian adults.	En espera de respuesta
Artículo sometido	American Journal of Public Health	Assessment of the quality of life in relation to physical	Sometido

		and psychological health in the context of the SARS-CoV-2 quarantine in Colombian adults.	
Artículo sometido	Revista interamericana de Psicología	Impacto del confinamiento por Sars – Cov 2 en calidad de vida psicológica en los colombianos	Sometido

Tabla 11. Producto asociado a la investigación. fuente: Bases de datos de la investigación.

5.3 Líneas de trabajo futuras.

Este estudio muestra que la pandemia tuvo gran impacto en la población colombiana, viéndose afectada principalmente la calidad de vida de las personas en sus distintas dimensiones, que, en un efecto bola de nieve, puede agrandar la problemática. Por lo anterior, se deben diseñar e implementar políticas y planes de promoción y prevención de manera adecuada que permitan garantizar el bienestar tanto físico, como psicológico, social y ambiental de las personas.

Así mismo, este estudio también se aplicará en cuidadores de personas en situación de discapacidad con el fin de identificar y caracterizar la calidad de vida de esta población vulnerable.

Finalmente, este estudio permite orientar sobre las rutas de actuación y la toma de decisiones de los diferentes profesionales que propenden por optimizar la calidad de vida de los grupos poblacionales en el marco de la cuarentena por SARS- Cov 2.

Referencias

Açikgöz, Ö., & Günay, A. (2020). The early impact of the Covid-19 pandemic on the global and Turkish economy. *Turkish journal of medical sciences*, 50(SI-1), 520–526. <https://doi.org/10.3906/sag-2004-6>

Angelucci, L., Cañoto, Y. y Hernández, M. (2017). Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 531- 546. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Jp6gRgV2CAoJ:https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/download/4454/3939%253B+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>

Brooks S., Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. Volume 395. Issue 10227. Pages 912-920. ISSN 0140-6736. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., & Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 22(5), 398–406. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>

Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Quarantine and isolation. Available at: <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>

Centers for disease control and prevention. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Available at: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fspecific-groups%2Fhigh-risk-complications.html

Chang, P. S., Knobf, M. T., Oh, B., & Funk, M. (2018). Physical and psychological effects of Qigong exercise in community-dwelling older adults: An exploratory study. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 39(1), 88–94.

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.07.004>

Congreso de la república. (2006). Ley 1090 de 2006. Congreso de la República de Colombia. Disponible en:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Dolan, S., García, S. (13 de Mayo 2020). Covid-19, Estrés, Auto-Estima, Valores y bienestar psicológico: ¿Cómo evaluar los riesgos de estar deprimido, ansioso o, incluso de suicidarse? *The European Business Review*. https://globalfutureofwork.com/wp-content/uploads/2020/05/POST_27_05_es_Covid-19-estres.pdf

Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. (2008). Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. *Scientia*; 3: En red: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2008/3.pdf>

Gallegosa, G., Zalaquett, C., Luna, S., Mazo, R., Ortiz, B., Penagos, J., Portillo, N., Torres, I., Urzúak, A., Morgan, M., Polanco, F., Florezn, A. y Lopes, R. (2020). Cómo afrontar la pandemia del coronavirus (covid-19) en las américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 54, 1, 1-28. <http://biblioteca.puntoedu.edu.ar/bitstream/handle/2133/18298/coping-coronavirus-covid-19-americas-mental-health.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., López-Torrecillas, F. & Sánchez-Barrera, M. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del “Cuestionario de Salud General de Goldberg -28”. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (14), 49-71. Disponible en: <https://revistas.innovacionmh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/755>

Goldberg, D. (1978). *Manual of General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191–197.

<https://doi.org/10.1017/s0033291796004242>

Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud. 1996. ¿Qué es calidad de vida? *Revista Internacional Desarrollo Sanitario*. 1996;17(4).

Harrar, S. (16 de junio 2020). Lecciones para encontrar felicidad en los tiempos difíciles. AARP. <https://www.aarp.org/espanol/salud/vida-saludable/info-2020/encontrar-la-felicidad-en-tiempos-dificiles.html>

Horick, N. K., Manful, A., Lowery, J., Domchek, S., Moorman, P., Griffin, C., Visvanathan, K., Isaacs, C., Kinney, A. Y., & Finkelstein, D. M. (2017). Physical and psychological health in rare cancer survivors. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 11(1), 158–165. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0573-0>

Instituto Nacional de Salud. 2020. Coronavirus (COVID-19) en Colombia. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2020). Mental Health and Psychosocial Support for Staff, Volunteers and Communities in an Outbreak of Novel Coronavirus. IFRC: Hong Kong. Available at: <https://reliefweb.int/report/world/mental-health-and-psychosocial-support-staff-volunteers-and-communities-outbreak-novel>

Killerby, M. E., Biggs, H. M., Haynes, A., Dahl, R. M., Mustaquim, D., Gerber, S. I., & Watson, J. T. (2018). Human coronavirus circulation in the United States 2014-2017. *Journal of clinical virology : the official publication of the Pan American Society for Clinical Virology*, 101, 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2018.01.019>

Ledermann w. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. Rev Chil Infect Edición aniversario; 13-17. Disponible en:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20snotashist/art03.pdf>

Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., Wang, W., Song, H., Huang, B., Zhu, N., Bi, Y., Ma, X., Zhan, F., Wang, L., Hu, T., Zhou, H., Hu, Z., Zhou, W., Zhao, L., Chen, J., ... Tan, W. (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet (London, England), 395(10224), 565–574. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)

Mesa Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en la Gestión del Riesgo de Desastres. (2020). Consideraciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante COVID-19: Recomendaciones para la acción Versión 1.01. Chile. Disponible en: <https://pactoglobal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Salud-Mental-y-Apoyo-Psicosocial-durante-COVID-19-Recomendaciones-para-la-accion-INTERSECTOR.pdf>

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. (2020). Comunicación de un caso positivo a SARS COV-2 en un gato en España. Disponible en: https://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Our_scientific_expertise/docs/pdf/COV19/Nota_Gato%20SARS-CoC-2_spain.pdf

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (2013). Decreto número 1377 de 2013. República de Colombia. Disponible en: <https://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/JUNIO/27/DECRETO%201377%20DEL%2027%20DE%20JUNIO%20DE%202013.pdf>

Ministerio de salud (1993). Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.

Novoa, J y Pirela, A. (2020). Acompañamiento desde una ética de la vida. Para educar en tiempos de pandemia. Utopía y praxis latinoamericana: Revista Internacional de

Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social science & medicine* (1982), 195, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>

ONG Inclusiva. (2020). Recommendations for health protection of people with disabilities during outbreaks: Lessons learned from the 2019 Novel Coronavirus. Available at: <https://www.ordinepsicologi.piemonte.it/emergenza-covid/recommendations-for-health-protection-of-people-with-disabilities-during-outbreaks-lessons-learned-f>

Organización mundial de la Salud. (2020). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Organización mundial de la Salud. (2020). Actualización de la Estrategia Frente a la COVID-19. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d10

Parodi, S. M., & Liu, V. X. (2020). From Containment to Mitigation of COVID-19 in the US. *JAMA*, 10.1001/jama.2020.3882. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3882>.

Paules, C. I., Marston, H. D., & Fauci, A. S. (2020). Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold. *JAMA*, 10.1001/jama.2020.0757. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0757>

Ping, W., Zheng, J., Niu, X., Guo, C., Zhang, J., Yang, H., & Shi, Y. (2020). Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. *PloS one*, 15(6), e0234850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234850>

Poirel, E. (2017). Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. Santé mentale au Québec. 42. 147. 10.7202/1040248ar. Available at: https://www.researchgate.net/publication/317995220_Bienfaits_psychologiques_de_l'activite_physique_pour_la_sante_mentale_optimale/citation/download

Ramírez, J., Fontecha, J., y Escobar, F. (2020). Efectos del aislamiento social en el sueño durante la pandemia Covid-19. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C, Colombia
https://www.researchgate.net/publication/342298891_EFECTOS_DEL_AISLAMIENTO_SOCIAL_EN_EL_SUENO_DURANTE_LA_PANDEMIA_COVID-19

Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and infection*, 136(7), 997–1007.
<https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>

The WHOQOL Group. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Program on Mental Health. Geneva. Switzerland. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>

UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. UNESCO.ORG. 19 October 2005. Available at: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Valdés-Flrido, M. J., López-Díaz, Á., Palermo-Zeballos, F. J., Martínez-Molina, I., Martín-Gil, V. E., Crespo-Facorro, B., & Ruiz-Veguilla, M. (2020). Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 13(2), 90–94.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.009>

Velten, J., Bieda, A., Scholten, S. et al. (2018). Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health* 18, 632.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5526-2>

Wang, X., Lei, S. M., Le, S., Yang, Y., Zhang, B., Yao, W., Gao, Z., & Cheng, S. (2020). Bidirectional Influence of the COVID-19 Pandemic Lockdowns on Health Behaviors and Quality of Life among Chinese Adults. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5575.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17155575>

World Health Organization. (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>

World Health Organization. (2020). Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/critical-preparedness-readiness-and-responseactions-for-COVID-19>

World Health Organization. (2009). Pandemic Influenza Preparedness and Response: A WHO Guidance Document. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. pp. 1-44. ISBN 978 92 4 150602 1. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization. 2020. Coronaviruses (COVID-19). Available at: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>

World Health Organization. Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF). http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf.

World Medical Association. (2020). Wma Declaration Of Helsinki – Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects. The World Medical Association, Inc. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, C., Liu, Y., Yang, Y., Zhang, P., Zhong, W., Wang, Y., Wang, Q., Xu, Y., Li, M., Li, X., Zheng, M., Chen, L., & Li, H. (2020). Analysis of therapeutic targets for SARS-CoV-2 and discovery of potential drugs by computational methods. *Acta pharmaceutica Sinica. B*, 10(5), 766–788. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1016/j.apsb.2020.02.008>

Wuhan seafood market pneumonia virus isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. 23 de enero de 2020 [citado 7 de febrero de 2020]; Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nucleotide/MN9089847.3>

Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

