



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2021-2022
Trabajo de Fin de Grado

**IMPACTO DE LA PANDEMIA
POR COVID-19 EN LAS
ESFERAS DE LA CALIDAD
DE VIDA AUTOPERCIBIDA
DE LA POBLACIÓN
ADULTA.**

SARA REDONDO RUIZ

Tutor/a: TEODORA ENCINAS MARTÍN

Cotutor/a: LYDIA GARCÍA FREILE

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida se define como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación personal de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de la vida. La pandemia por COVID-19 ha impactado negativamente en multitud de ámbitos de la vida: estado físico, psicológico, social, cultural, laboral y económico debido a las medidas de prevención frente al contagio.

Objetivo: Describir la calidad de vida de la población adulta tras prolongación de la situación derivada por la pandemia COVID-19.

Metodología: Estudio descriptivo en una muestra de 599 personas, de edad comprendida entre los 18 y 80 años inclusive, mediante un formulario autoadministrado formado por preguntas sociodemográficas, médicas y relacionadas con la pandemia y el cuestionario WHOQOL-BREF.

Resultados: La muestra estudiada refiere un nivel de calidad de vida normal (38.7%) o bastante buena (38.6%) a pesar de que el 82% afirma deterioro de esta a causa de la pandemia y las consecuentes medidas. La esfera de calidad de vida peor valorada es el dominio relaciones sociales e interacción, seguida de salud psicológica mientras que la mejor valorada es la salud física. Se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre el género, edad, estado de salud y haber padecido la enfermedad por COVID-19 con la calidad de vida y los diversos dominios.

Discusión: Los aspectos asociados a la calidad de vida muestran resultados semejantes a los obtenidos en estudios realizados por instituciones nacionales e investigadores internacionales.

Conclusión: La calidad de vida autopercebida es óptima a pesar de haberse visto afectada por la pandemia, siendo la esfera interacción social y relaciones, la más perjudicada.

Palabras clave: Calidad de vida, adulto, WHOQOL-BREF, encuesta, pandemia, COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Quality of Life is defined as an individual's level of well-being arising from the evaluation of objective and subjective factors associated with various life scopes. COVID-19 pandemic has negatively impacted on many sectors of human life: physical and psychological health, social relationships, cultural aspects, work-related issues and financial affairs due to the restrictions set out to minimize the risk of infection.

Objective: To portray the adult population's quality of life in the aftermath of the COVID-19 pandemic.

Methodology: Cross-sectional, descriptive and observational study in a sample of 599 participants, aged 18 to 80, has been performed. A self-administered questionnaire, made up of sociodemographic, medical and COVID-19 related data and the WHOQOL-BREF assessment was carried out.

Results: The study population reported a normal (38.7%) or fairly good (38.6%) level of quality of life, although 82% of these referred impairment because COVID-19 pandemic and the undertaken consequent measures. The lowest rated quality of life domain is social relationships, followed by psychological state. However, physical health was the most pleased area. The analysis found statistically significant association ($p < 0,005$) between quality of life, gender, health status, age and COVID-19 disease.

Discussion: The aspects linked to quality of life are similar to those obtained in official institutions and researchers, both national and international

Conclusion: The self-perceived sample's quality of life is well appraised despite having been affected by the pandemic especially toward social relationships domain.

Keywords: Quality of life, adult, WHOQOL-BREF, questionnaire, COVID-19, pandemic.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	I
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	III
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	8
4. METODOLOGÍA	9
4.1. Diseño.....	9
4.2. Contexto de desarrollo del proyecto	9
4.3. Muestra de estudio	9
4.4. Instrumento de medición	9
4.5. Variables.....	10
4.6. Recursos utilizados	11
4.7. Procedimiento.....	11
4.8. Análisis de los datos	12
4.8.1. Análisis de cuestionario WHOQOL-BREF	12
4.8.2. Análisis estadístico	13
4.9. Consideraciones ético-legales	13
5. RESULTADOS.....	14
5.1. Aspectos sociodemográficos.....	14
5.2. Resultados del cuestionario WHOQOL-BREF	16
6. DISCUSIÓN.....	25
6.1. Limitaciones.....	29
6.2. Fortalezas	29
6.3. Implicación en la práctica clínica	29
7. CONCLUSIÓN	30
8. BIBLIOGRAFÍA.....	31

9. ANEXOS	35
9.2. Anexo 2. Consentimiento informado	42
9.3. Anexo 3. Certificado de autorización de la Facultad de Enfermería de Valladolid.....	45
9.4. Anexo 4. Certificado de aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del área de Valladolid Este.....	46
9.5. Anexo 5. Certificado de autorización de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este	47

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Ítems del cuestionario WHOQOL-BREF. Elaboración propia.....	2
Tabla 2. Cronograma de desarrollo del TFG. Elaboración propia	11
Tabla 3. Características sociodemográficas de la población encuestada. Elaboración propia	14
Tabla 4. Resultados del cuestionario WHOQOL- BREF en conversión del 0- 100. Elaboración propia.	17
Figura 1. Valoración del impacto de la pandemia en las esferas de la calidad de vida. Elaboración propia.....	16
Figura 2. Distribución porcentaje de la pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida? Elaboración propia.....	16
Figura 3. Distribución porcentaje de la pregunta ¿Cómo de satisfecho está con su salud? Elaboración propia.....	16
Figura 4. Frecuencia de los ítems valorados en el dominio salud física. Elaboración propia.....	18
Figura 5. Frecuencia de los ítems valorados en el dominio interacción social y relaciones. Elaboración propia.....	19
Figura 6. Frecuencia de los ítems valorados en el dominio salud psicológica. Elaboración propia.....	20
Figura 7. Frecuencia de los ítems valorados en el dominio entorno. Elaboración propia.....	22
Figura 8. Relación de variable sexo con las variables del cuestionario WHOQOL-BREF: Calidad de vida (A1), dominio salud física (B1) y salud psicológica (B2).....	22
Figura 9. Relación de variable edad con las variables del cuestionario: Calidad de vida (A1), percepción de salud (A2), dominio salud física (B1), salud psicológica (B2) e interacción social y relaciones (B3).....	23

Figura 10. Matriz de diagramas de dispersión de los dominios estudiados en el cuestionario WHOQOL-BREF24

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

WHOQOL-100: The World Health Organization Quality Of Life-100 WHOQOL-100

ONU: Organización de las Naciones Unidas

IMCV: Proyecto Indicador Multidimensional de Calidad de Vida

INE: Instituto Nacional de Estadística

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

WHO-5: The World Health Organisation- Five Well-Being Index

1. INTRODUCCIÓN

La concepción actual de la salud se extiende más allá de la mera ausencia de enfermedad, abarca el bienestar físico, mental y social (1). Existen diversos elementos necesarios para garantizar el bienestar de la población en las diferentes etapas evolutivas, como es el caso de la calidad de vida, que se relaciona directamente con la capacidad de autorrealización y satisfacción personal (2).

Desde su incorporación al área de salud, la calidad de vida es un objetivo en auge de estudio, pues su estimación se considera como un factor altamente apto para evaluar la percepción de los individuos del impacto de la enfermedad, elecciones de tratamiento y prestación de servicios, sobre todo en pacientes crónicos. Sin embargo, no hay un consenso firme en lo que a su definición se refiere (3).

La aparición del concepto de calidad de vida se remonta a los años 50 en Estados Unidos, con la intención de conocer la percepción de la población estadounidense con relación a su vida y seguridad económica. No fue hasta 1947, cuando Karnofsky y Burchen introdujeron el término al ámbito sanitario en estudios sobre la quimioterapia en el tratamiento de neoplasias. Más tarde, se incluyó el término en planes de salud (presidente de EE. UU. Lyndon B. Johnson, 1964) (4). A partir de entonces, aparecen diversas definiciones que difieren en base al contexto del que parte su valoración.

Cabe destacar el ofrecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994: *“La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”* (5). Todo ello, enmarcado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (5).

A pesar de la inexistencia de criterios únicos que definan la calidad de vida en las diversas definiciones, aparecen términos similares como son: bienestar, satisfacción multidimensional y subjetivo/objetivo que ofrecen un marco común para enunciar el concepto de calidad de vida: *“nivel percibido de bienestar*

derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” (6).

De tal modo, la calidad de vida surge de la combinación de factores tanto subjetivos como objetivos. El ámbito objetivo depende del sujeto y de las circunstancias ambientales que con él interactúan, es decir, de condiciones objetivas como el nivel de ingresos o educacional. El componente subjetivo está ligado al grado de satisfacción (autoestima, autoconcepto, percepción del estado de salud), realización de aspiraciones personales y la autopercepción de su condición de vida (2).

A lo largo del tiempo se ha intentado medir la calidad de vida a través de diversos instrumentos, principalmente cuestionarios. Para unificar premisas de evaluación, un grupo de expertos de la OMS consensuaron una serie de características que deberían poseer los instrumentos de medición de la calidad de vida. Según esto, las medidas han de ser: subjetivas, multidisciplinarias, incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo (7,8). En base a ello, crearon un instrumento de medida: The World Health Organization Quality Of Life-100 (WHOQOL-100) (7,8). Posteriormente, con el fin de realizar medidas más holísticas y facilitar su administración, promulgarían el cuestionario WHOQOL-BREF, una versión breve del original (9). Forma un perfil de 4 dimensiones: salud física, psicológica, relación social y ambiente a través de los ítems indicados en la Tabla 1 (9). Este instrumento de medida se centra en el grado de satisfacción que las personas tienen en su vida cotidiana. Ha sido traducido a numerosos idiomas y puede usarse en diferentes culturas y en múltiples ámbitos, inclusive en la práctica sanitaria, investigación y auditorias. Además, su eficacia ha sido probada en estudios tanto con individuos enfermos como con probación sana (8,9).

Tabla 1. Ítems del cuestionario WHOQOL-BREF.
Elaboración propia, basada en 8.

DOMINIO	FACETAS DE CADA DOMINIO
Salud física	Actividades de la vida diaria. Dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas. Energía y fatiga. Movilidad.

	<p>Dolor e incomodidad.</p> <p>Sueño y descanso.</p> <p>Capacidad de trabajo.</p>
Salud psicológica	<p>Imagen corporal y apariencia.</p> <p>Sentimientos negativos.</p> <p>Sentimientos positivos.</p> <p>Autoestima.</p> <p>Espiritualidad/Religión/Creencias personales.</p> <p>Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.</p>
Relaciones sociales	<p>Relaciones personales.</p> <p>Apoyo Social.</p> <p>Actividad Sexual.</p>
Entorno	<p>Recursos financieros.</p> <p>Libertad, seguridad física y seguridad.</p> <p>Salud y asistencia social: accesibilidad y calidad.</p> <p>Ambiente en el hogar.</p> <p>Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades.</p> <p>Participación y oportunidades para actividades recreativas/ de ocio.</p> <p>Entorno físico (contaminación / ruido / trafico / clima).</p> <p>Transporte.</p>

El concepto de calidad de vida, como se ha expuesto previamente, es muy amplio, subjetivo y el nivel de calidad de vida está modulado por la evaluación personal de las condiciones objetivas y el grado de satisfacción de estas. El valor otorgado a las diferentes dimensiones de vida varía de una sociedad a otra y dependiendo de la cultura (10). Igualmente, puede variar a lo largo del tiempo en función de la etapa evolutiva.

Por consecuente, existen factores asociados a una mayor percepción del nivel de calidad vida, tales como el género: el sexo masculino estima mejor calidad de vida; la edad, pues a mayor longevidad poseen una menor percepción de su nivel de calidad de vida; aceptación social, apoyo familiar y estado de salud óptimo (11,12). Otros factores protectores son: hábitos dietéticos saludables, horas de sueño adecuadas y práctica de actividad física regular, ya que repercute sobre el estado anímico, mayor manejo de

enfermedades crónicas no transmisibles y mejora la apreciación del autoconcepto, lo que induce a una mayor percepción de la calidad de vida (13).

En los aspectos relacionados con la salud, destaca que cualquier enfermedad afecta a la calidad de vida, y en mayor medida los procesos crónicos y los asociados a la salud mental: ansiedad, estrés y depresión. Del mismo modo, repercuten negativamente en la percepción de la calidad de vida la falta de interacción social y las situaciones que deriven a contextos de aislamiento y distanciamiento social, como los propiciados durante la emergencia en salud pública a causa del brote por SARS-COV-2 (14,15).

A finales del año 2019 en la localidad de Wuhan (China), se dio a conocer los primeros casos por la enfermedad del nuevo Coronavirus. Se produjo un rápido aumento de los casos confirmados y fallecimientos. La enfermedad afecta a todas las edades, sexos y niveles socioeconómicos. A nivel nacional, se estiman 5.422.168 casos confirmados de COVID-19 y 88.667 fallecidos (16).

En respuesta a esta crisis sanitaria, España declaró a través del Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo (17) el primer estado de alarma, lo que supuso el confinamiento domiciliario. La población únicamente podía salir a la calle para cubrir las necesidades básicas, permaneciendo cerrados centros educativos, hostelería y servicios no esenciales. En esta situación insólita, las medidas políticas y restricciones fueron las protagonistas, destacando: la limitación de la libertad de circulación, confinamientos por contagio o exposición al virus, uso de mascarilla en diferentes espacios, higiene de manos mediante gel hidroalcohólico, ventilación y distanciamiento físico y social (18). Conforme a la evolución de la transmisión del virus, de los contagios y tras el inicio de la vacunación, las pautas de restricción han ido cambiando hasta lo que se conoce como "*nueva normalidad*".

El marco presentado con anterioridad ha impactado significativamente en los hábitos y rutinas poblacionales, desencadenando patrones asociados a pérdida del estilo de vida saludable, disminución del autocuidado, ejercicio físico y calidad de sueño. Por el contrario, los hábitos sedentarios como el consumo de alcohol y de tabaco se han visto incrementados desde el inicio de la pandemia (14,15).

Asimismo, el modo de relacionarse socialmente también se ha visto afectado, pues estas han cesado en consecuencia a las medidas de distanciamiento, confinamientos y el miedo al contagio. En contraposición, el aislamiento social, los sentimientos de soledad, angustia e incertidumbre por el futuro, salud y trabajo han aumentado en gran medida (14,19).

En esta línea, cabe destacar el gran deterioro de la salud psicológica a raíz de la COVID-19. Entre los mayores efectos se sitúan: malestar emocional, mayores niveles de estrés, ansiedad, aumento de los duelos complicados, irritabilidad, anhedonia y emociones de miedo, culpabilidad, nerviosismo, tristeza y culpabilidad, lo que se asocia a un mayor consumo de fármacos de uso psiquiátrico (19).

Por otro lado, el acceso a la atención sanitaria también se ha visto afectada, pues se han retrasado los controles periódicos de salud, las pruebas diagnósticas, las intervenciones quirúrgicas y las listas de espera se han visto aumentadas. Además, se ha implementado el uso de la modalidad de consulta no presencial. Todo ello, ha agravado los estados de salud previos, con mayor efecto en enfermos crónicos o enfermedades de larga evolución (15).

Esta es la realidad que se ha visto mantenida durante este tiempo y que ha llevado finalmente al agotamiento frente a la adversidad, lo cual ha definido la OMS como “*fatiga pandémica*” (20). Esta se caracteriza por sintomatología variante: cansancio y agotamiento, problemas de sueño, cambios de humor, aburrimiento, desmotivación, sentimientos depresivos, irritabilidad, estrés y burnout, entre otros. Puede llegar a presentarse con actitudes tales como incumplimiento y la no aceptación de las restricciones impuestas, como desinterés por mantenerse al tanto de la situación (20).

Hay que matizar que la pandemia por Coronavirus, concebida como fenómeno biopsicosocial, dificulta el desarrollo de un régimen efectivo de la calidad de vida de las personas, pues esta precisa de un equilibrio positivo en rutina, decisiones alimentarias, descanso y manejo del estrés (15).

2. JUSTIFICACIÓN

La reciente emergencia sanitaria originada a raíz de la pandemia por COVID-19 y las consecuentes medidas de prevención y protección han generado un impacto profundo en la mayoría de los ámbitos de las personas. Esto se ha materializado en la dificultad de realizar actividades que se consideraban cotidianas y en el deterioro en la satisfacción en los diferentes niveles de funcionamiento que conforman el concepto multidimensional de calidad de vida, lo que se traduce en una depreciación de esta última.

Estudios previos, en contextos de pandemias y cuarentenas, aludían el efecto negativo en calidad de vida, bienestar y salud de las poblaciones, tanto de la población afectada por la enfermedad como la del resto. Una revisión sistemática sobre los factores psicológicos asociados a cuarentenas determinó que personas sometidas a estas presentaban insomnio, mayores niveles de estrés, ansiedad, depresión y angustia psicológica, y esta sintomatología tiende a permanecer en el tiempo. Así como posibilidad de desarrollar trastorno por estrés postraumático (21).

El impacto psicológico es mayor en las personas que han cursado la enfermedad, como señala una revisión llevada a cabo en Oslo, pues tienden a presentar cuadros de ansiedad, temor, culpa y depresión por el riesgo y transmisión del contagio. La propia enfermedad, así como el tratamiento pueden ser causa de trastornos de la memoria, insomnio y otras complicaciones psiquiátricas graves (22).

El confinamiento y las consecuentes medidas para frenar la propagación del virus fueron hechos sin precedentes en España, con importantes efectos en la calidad de vida de la población como apuntan los primeros estudios realizados en China, foco de origen de la pandemia. Entre los resultados de los informes comentan que la pérdida de hábitos y el estrés psicosocial, asociado a los períodos de cuarentena, son los dos factores que más afectan a la satisfacción de la calidad de vida (23).

Se vislumbra que las afecciones de la calidad de vida con mayor repercusión están asociadas al confinamiento y a la libertad de salir, de relacionarse con

amigos y familiares o realizar actividades, ya que existe una gran privación de la interacción social (15).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en un informe, apunta el deterioro de las condiciones a nivel sanitario, educativo y de calidad de vida a causa del Coronavirus (24).

A pesar de los estudios presentados, no existe suficiente evidencia del deterioro de la calidad de vida en un contexto más actual de pandemia por COVID-19. Por lo tanto, se considera pertinente estudiar la percepción de esta tras el progreso de la situación pandémica.

En lo que concierne al ámbito personal, la intención de llevar a cabo este Trabajo de Fin de Grado reside en la propia percepción de la variación de la calidad de vida a través de experiencias propias, además de los sentimientos y vivencias comentadas con las personas de mi entorno, tanto personal como profesional. Asimismo, como futuro profesional de la salud, considero imprescindible la visión holística de los individuos, no solo el proceso de enfermedad sino todos los factores que modulan su ser. Por ende, conocer la percepción de la satisfacción de los factores presentes en la concepción global de calidad de vida es una herramienta útil para ofrecer unos cuidados de calidad.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal:

- Describir la calidad de vida de la población adulta tras prolongación de la situación derivada por la pandemia COVID-19.

3.2. Objetivos específicos:

- Conocer la autopercepción de la calidad de vida de los encuestados a través del cuestionario WHOQOL-BREF.
- Identificar la relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas y sanitarias.
- Establecer cuál es la esfera que los adultos consideran más impactada por la pandemia.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Para la elaboración del presente Trabajo de Fin de Grado se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, observacional y de corte transversal.

4.2. Contexto de desarrollo del proyecto

A través del Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo (17) se declaró el estado de alarma y confinamiento domiciliario hasta el 2 de mayo del mismo año. A partir de entonces y conforme a las diversas medidas políticas, la situación ha ido progresando hasta lo que se conoce como “*nueva normalidad*”, donde las pautas de restricción han ido cambiando en concordancia a la evolución de la transmisión del virus, contagios y vacunación.

La elaboración y obtención de datos de este trabajo se desarrolló durante la sexta ola de Coronavirus y posteriores meses, donde las medidas de restricción y confinamiento por contagio han ido disminuyendo progresivamente.

4.3. Muestra de estudio

La muestra estudio han sido aquellas personas que voluntariamente contestaron a la encuesta. Se realizó una selección muestral con criterio de conveniencia.

4.3.1. Criterios de inclusión

- Población que conteste voluntariamente a la encuesta.
- Población con edades comprendidas entre los 18 y 80 años en el momento de administración de la encuesta.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Personas que carezcan de las habilidades de lectura y escritura.
- Personas con deterioro cognitivo y bajo nivel de consciencia.

4.4. Instrumento de medición

El instrumento de recogida de información fue un formulario formado por el cuestionario homologado WHOQOL- BREF de medición de calidad de vida de

la OMS y 10 preguntas de cuestiones sociodemográficas, médicas y en relación con la pandemia por COVID-19 (Anexo 1).

Las características psicométricas del cuestionario WHOQOL-BREF han sido estudiadas y validadas en varios grupos específicos, países como Chile y diversos idiomas (10,25,26). Dicho cuestionario, originalmente evalúa las percepciones de las personas en las dos últimas semanas, pero para el proyecto se pidió que contestasen pensando en el tiempo transcurrido de pandemia, desde su inicio y hasta la fecha de administración. Se conforma de 26 preguntas cerradas, dos preguntas globales: ¿Cómo calificaría su calidad de vida? y ¿Cómo de satisfecho está con su salud? Las restantes 24 preguntas están divididas en cuatro dominios: salud física (preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), salud psicológica (preguntas 5, 6, 7, 11, 19, 26), relaciones sociales (20, 21, 22) y entorno (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) (8,9). Las opciones de respuesta a las preguntas están distribuidas en una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la más alta.

4.5. Variables

Las variables del estudio serán tanto cualitativas dicotómicas y politómicas, como variables cuantitativas discretas.

4.5.1. Variables independientes

Sexo (variable dicotómica: hombre, mujer), edad, convivientes (variable politómica: solo, pareja, pareja e hijos, otros), presencia de enfermedad actual (si, no), acceso a los servicios sanitarios y farmacéuticos durante la pandemia (variable politómica: nunca, en raras ocasiones, habitualmente), infección por COVID 19 (si, no), consideración de impacto de la pandemia en la calidad de vida (si, no) y esfera que se considerada la más impactada (salud física, salud psicológica, relaciones sociales, entorno).

4.5.2. Variables de resultados del cuestionario WHOQOL-BREF

Las principales variables por explorar serán las correspondidas con las 2 preguntas iniciales: ¿Cómo calificaría su calidad de vida? (escala Likert de 1 a 5) ¿Cómo de satisfecho está con su salud? (escala Likert de 1 a 5) y las 24 preguntas introducidas en los dominios globales (escala Likert de 1 a 5).

4.6. Recursos utilizados

4.6.1. Recursos humanos

Voluntarios que realizaron la encuesta, alumna de 4º de enfermería de la universidad de Valladolid, tutora y cotutora del trabajo de Fin de Grado.

4.6.2. Recursos materiales

Recursos informáticos como Google Forms® para la realización de la encuesta online, programa Word, formulario impreso en papel para los cuestionarios realizados en la consulta de enfermería, programa Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS de la empresa IBM en su versión más actualizada.

4.7. Procedimiento

4.7.1. Cronograma de ejecución

Tabla 2. Cronograma de desarrollo del Trabajo de Fin de Grado.
Elaboración propia.

ACTIVIDADES	MESES																																						
	Octubre					Noviembre					Diciembre					Enero					Febrero					Marzo					Abril					Mayo			
	SEMANAS																																						
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Búsqueda bibliográfica																																							
Diseño del estudio																																							
Solicitud de permisos																																							
Aplicación de cuestionarios																																							
Análisis de resultados, discusión y conclusiones.																																							

Para realizar el presente Trabajo de Fin de Grado se llevó a cabo, en primer lugar, una búsqueda bibliográfica sobre los antecedentes y contextualización de la calidad de vida, así como de la situación y evolución de la pandemia. Para ello, se utilizaron las bases de datos de ciencias de la salud como Scielo, Pubmed, Google Académico y Cochrane. Los DeCS empleados fueron: calidad

de vida, adulto, COVID-19, pandemia y WHOQOL-BREF, junto a los operadores booleanos AND y OR.

Una vez obtenidos los permisos pertinentes, se efectuó la recogida de los datos durante los 3 primeros meses del año 2022 a través de un formulario elaborado con 10 preguntas sociodemográficas, médicas, relacionadas con la pandemia y el cuestionario WHOQOL-BREF, de manera autoadministrada y anónima. La captación se realizó, por un lado, en las redes sociales (WhatsApp®, Instagram®, Facebook® y Twitter®), donde se emitió el enlace al cuestionario a través de Google Forms® y, por otro lado, se distribuyeron copias en formato papel en la consulta de enfermería y sala de espera del Centro de Salud Pilarica-Circular. Previo a la cumplimentación de la encuesta, se informó mediante un breve resumen del objetivo de estudio y se verificó el consentimiento y participación voluntaria, asegurando en todo momento la confidencialidad, anonimato y derecho a revocación (Anexo 2). Los formularios inacabados y los que no cumplían los criterios de inclusión no fueron utilizados para el estudio. La muestra final fue de 599 participantes de los 608 cumplimentados.

El análisis de los datos recogidos se realizó a través de programas informáticos estadísticos y la interpretación otorgada por el equipo de expertos de calidad de vida de la OMS. Finalmente se expusieron los resultados y percepciones sobre los mismos.

4.8. Análisis de los datos

4.8.1. Análisis de cuestionario WHOQOL-BREF

El cuestionario WHOQOL-BREF ofrece los medios para su propia interpretación. Cada dominio fue puntuado de manera independiente, a consecuencia, se obtuvieron dos valores en referencia a las preguntas iniciales (¿Cómo calificaría su calidad de vida?; ¿Cómo de satisfecho está con su salud?) y otros cuatro acorde a los dominios principales: salud física, mental, social y entorno. En las 26 preguntas se generó una puntuación de 1 a 5. No obstante, no todos los ítems puntuaron por igual: existen 3 preguntas evaluadas negativamente (nº 3,4,26), por lo que debieron ser revertidas. La suma de los puntajes de las diferentes preguntas correspondió al valor en bruto

del dominio. Cuanto mayor es la puntuación en cada dominio, mejor es la percepción de la calidad de vida de la persona que cumplimenta la prueba. El porcentaje en bruto se transformó a una escala de 0 a 100, mediante la tabla de conversión facilitada por el cuestionario.

4.8.2. Análisis estadístico

Los datos obtenidos se agruparon y registraron en una hoja de cálculo Excel. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables que fueron descritas mediante medidas porcentajes y desviaciones típicas las variables numéricas y porcentajes las variables cualitativas de tendencia central. Se obtuvieron intervalos de confianza al 95% (IC95%) para los correspondientes parámetros poblacionales. La variable sociodemográfica edad fue agrupada en intervalos cerrados para facilitar la explicación de resultados. Para determinar las relaciones entre parejas de variables cualitativas, se aplicó el estadístico chi-cuadrado. Para las parejas de variables numéricas se empleó el coeficiente de correlación de Pearson (r) y para analizar la relación entre una variable numérica y una variable cualitativa se aplicó la prueba t de Student o el análisis de la varianza según correspondiese. Se consideró valores estadísticamente significativos aquellos con p -valores inferiores a 0.05. Para el análisis de datos se utilizará el software estadístico SPSS de la empresa IBM.

4.9. Consideraciones ético-legales

El estudio se sometió a valoración por el Comité Ético de la Facultad de Enfermería de Valladolid (Anexo 3) y al Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Valladolid Este (Anexo 4). Además, se solicitó autorización a la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este (Anexo 5) para poder administrar cuestionarios en el Centro de Salud de Pilarica - Circular. Previo a la realización del formulario se facilitó la información del proyecto y se certificó la participación voluntaria en concordancia a la Declaración de Helsinki. Asimismo, el anonimato de los sujetos que intervinieron en la encuesta fue preservado en todo momento y la información fue tratada con la mayor confidencialidad conforme lo estipula la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales (3/2018, de 5 de diciembre, LOPD-GDD).

5. RESULTADOS

5.1. Aspectos sociodemográficos

Del total de la muestra de estudio (N=599), la participación del género femenino fue del 79.2% [N:475; IC95% (75.9,82.3)] frente a un 20.8% [N:124; IC95% (17.6,24.1)] que fueron hombres. Las características de la población estudiada se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población encuestada.
Elaboración propia

Variables		Frecuencia	%	IC 95%	IC 95%
Sexo	Hombre	124	20.7	17.6	24.1
	Mujer	475	79.3	75.9	82.3
Edad	18-25 años	154	25.7	22.4	29.4
	26-45 años	152	25.4	22.1	29.0
	46-64 años	243	40.6	36.7	44.5
	65-80 años	50	8.3	6.4	10.8
Convivencia	Hijos	22	3.7	2.4	5.5
	Pareja e hijos	189	31.6	28	35.4
	Pareja	138	23.0	19.8	26.6
	Padres	109	18.2	15.3	21.5
	Solo	65	10.9	8.6	13.6
	Otros	76	12.7	10.3	15.6
Enfermedad actual	Si	137	22.9	19.7	26.4
	No	462	77.1	73.6	80.3
Haber pasado la enfermedad COVID-19	Si	263	43.9	40.0	47.9
	No	336	56.1	52.1	60
Asistencia sanitaria	En raras ocasiones	126	21.0	18.0	24.5
	Habitualmente	259	43.2	39.3	47.2

	Nunca	20	3.3	2.2	5.1
	Siempre	194	32.4	28.8	36.2
Deterioro de la calidad de vida de la población a causa de la pandemia	Si	495	82.6	79.4	85.5
	No	104	17.4	14.5	20.6
Esfera con mayor impacto	Salud física	38	6.3	4.7	8.6
	Salud psicológica	211	35.2	31.5	39.1
	Relaciones sociales e interacción	311	51.9	47.9	55.9
	Otros	39	6.5	4.8	8.8

La media de edad de los participantes fue de 42.058 años (\pm 18.73), siendo el de mayor representación el intervalo poblacional de 46-64 años (40.6%).

Se preguntó sobre las personas con las que convive el encuestado y se descubrió que la mayor parte conviven con su pareja e hijos (31.6%), el 23% conviven solo con su pareja, el 18.2% con sus padres, el 12.7% con otras personas fuera de su núcleo familiar, un 3.7% solo con sus hijos y el 10.9% convive solo.

El 56.1% [IC95% (52.1,60)] de los encuestados desconoce haber pasado la enfermedad por COVID-19 y actualmente el 77.1% [IC95% (73.6,80.3)] refirieron no padecer ninguna enfermedad.

Durante el tiempo de pandemia, un 43.2% [IC95% (39.3,47.2)] manifestó haber recibido habitualmente la atención sanitaria y farmacéutica requerida, frente a un 3.3% [IC95% (2.2,5.1)] que refieren nunca haber recibido la atención sanitaria adecuada.

Con relación a la pregunta sobre si consideran haber visto deteriorada su calidad de vida a consecuencia de la pandemia y las medidas asociada a ellas, el 82% [N:495; IC95% (79.4,85.5)] afirma haber visto deteriorada su calidad de

vida. Siendo la interacción social y relaciones la más perjudicada [51.9%; IC95% (47.9,55.9)], seguida de salud psicológica [35.2%; IC95% (31.5,39.1)] como se muestra en el gráfico (Figura1).

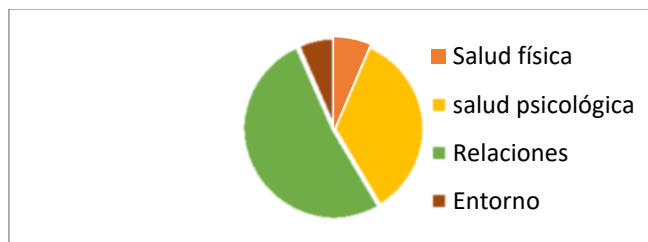


Figura 1. Valoración del impacto de la pandemia en las esferas de la calidad de vida. Elaboración propia.

5.2. Resultados del cuestionario WHOQOL-BREF

En primer lugar, se presentan las dos primeras cuestiones generales del cuestionario WHOQOL-BREF que no forman parte de los dominios.

Los encuestados fueron cuestionados sobre cómo calificarían su calidad de vida (Figura 2). El 38.7% considera tener una calidad de vida normal [IC95% (34.9,42.7)] y el 38.6% bastante buena [IC95% (34.8,42.5)]. Por otro lado, un 1,3% [(IC95% (0.7,2.6)] y 12% [IC95%:(9.7,14.9)] consideran su calidad de vida muy mala y regular respectivamente. Al mismo tiempo, el 9.3% [IC95% (7.3,11.9)] considera tener una calidad de vida muy buena. Ante la pregunta, ¿Cómo de satisfecho está con su salud? (Figura 3) los resultados muestran que el 37.9% refieren un estado de salud normal [IC95% (34.1,41.9)] y el 36,4% bastante satisfechos con su salud [IC95% (32.6,40.3)]. Del mismo modo, el 3.8%, 10.5% y 11.4% aluden estar muy insatisfechos, poco satisfechos y muy satisfechos con su salud respectivamente.

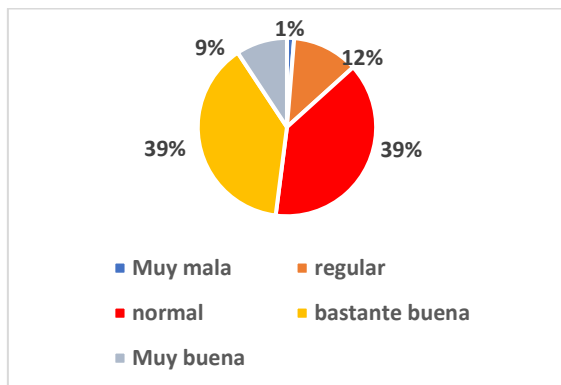


Figura 2. Distribución del porcentaje de la pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida? Elaboración propia

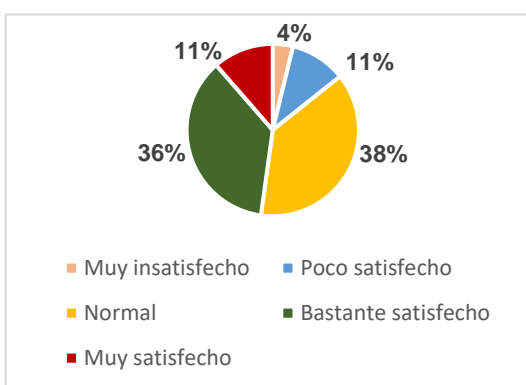


Figura 3. Distribución porcentajes de la pregunta ¿Cómo de satisfecho está con su salud? Elaboración propia

Para el análisis de los dominios se considera que a mayor puntuación mayor calidad de vida. Según los datos obtenidos, representados en escala de 0 a 100 (Tabla 4), la muestra tiene una percepción por encima de la media de la calidad de vida [M:60.6; SS 21.7; IC95% (58.9,62.4)] y de su estado de salud [M: 60.2; SS:23.9; IC 95% (58.3,62.1)]. Además, se observa que la salud física ha sido la mejor valorada [M: 67,6; SS:17,1; IC95% (66.2,69.0)], a la par que el dominio entorno [(M: 62.7; SS: 14.4; IC95% (61.5,63.8)]. Mientras que el dominio relaciones sociales es el peor considerado [M: 60.0; SS:19.1; IC 95% (58.5,61.5)] seguido de salud psicológica [M: 60.7; SS:16.3; IC 95% (59.4,62.0)] (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados del cuestionario WHOQOL- BREF en conversión del 0-100.
Elaboración propia

Dominio/100	N	Media	Desviación estándar	IC 95%	IC 95%
Calificación calidad vida	599	60.6	21.7	58.9	62.4
Satisfacción con su salud	599	60.2	23.9	58.3	62.1
Salud física	599	67.6	17.1	66.2	69.0
Salud psicológica	599	60.7	16.3	59.4	62.0
Relación social	599	60.0	19.1	58.5	61.5
Entorno	599	62.7	14.4	61.5	63.8

El dominio salud física ha sido el mejor valorado por los encuestados, en él se exploran diferentes aspectos (Figura 4).

Se preguntó hasta qué punto el dolor físico les impedía realizar sus necesidades, a la cual el 32.9% refirió nada; 28.0% poco; 20.0% lo normal; 17.5% bastante y el 1.5% contestó que el dolor le impedía extremadamente realizar lo que necesitaba.

A la cuestión, ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?, el 71.3% de los encuestados necesitaba entre nada y poco tratamiento en su vida diaria. El 25.6% opinó que necesitaban entre lo normal y bastante tratamiento médico diario. Por el contrario, 2.2% necesitaba el uso extremado de tratamiento en su vida diaria.

Para el argumento: ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?, la distribución de frecuencias es: totalmente (12.7%), bastante (42.4%), normal (33.2%), poca (10.5%), nada (1.02%).

Ante la pregunta: ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?, el 53.9% es totalmente capaz de desplazarse, frente a 0.3% que refiere total imposibilidad.

Se les cuestionó sobre ¿Cuán satisfecho está con su sueño?, las respuestas se sitúan en nada (4,7%), poco satisfecho (26%), lo normal (32.6%), bastante (28.2%) y muy satisfecho (8,5%).

En relación con el interrogante: ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?, el 1.7% se sentía nada satisfecho; 10.4% poco satisfecho; 30.6% normal; 40.1% bastante satisfechos y 17.7% totalmente satisfechos.

Respecto a la cuestión: ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?, el 34.7% y 41.1% percibieron un nivel normal y bastante, respectivamente. El 1.7% y 10.2% objetivaron sentirse nada y poco satisfechos. Por el contrario, el 12.4% se sentía totalmente satisfecho con su capacidad de trabajo.

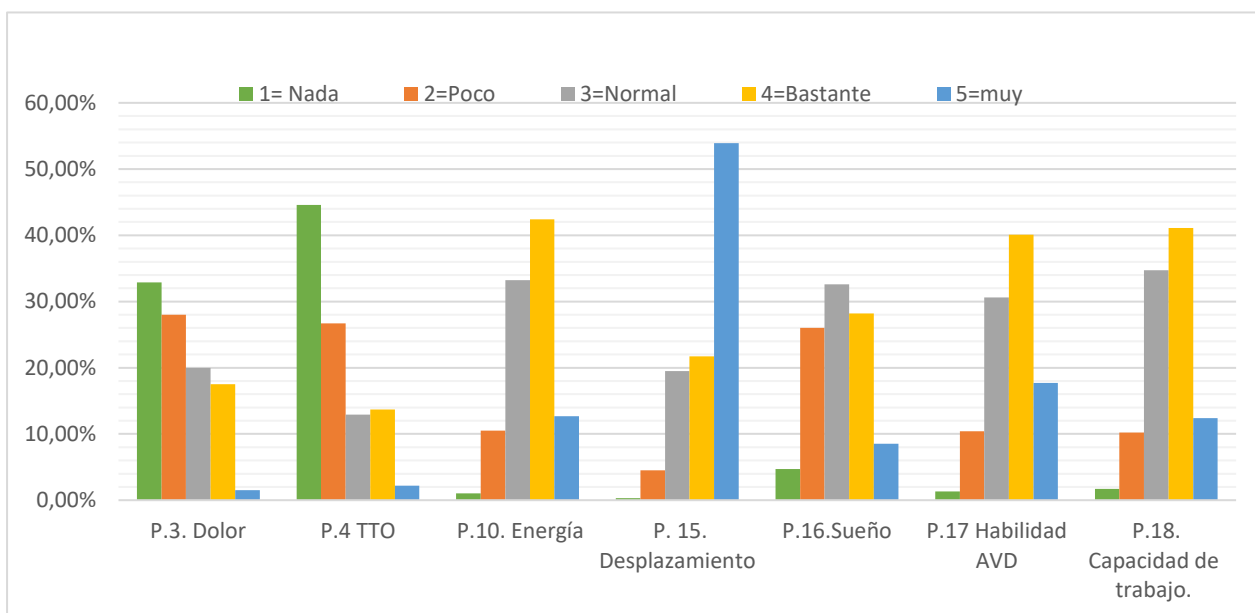


Figura 4. Frecuencia de los ítems valorados en el dominio salud física.
Elaboración propia

El dominio relaciones sociales ha sido el peor evaluado, sus ítems y resultados (Figura 5) quedan expuestos a continuación.

Ante la pregunta: ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?, las respuestas oscilaron en nada (11.05%), poco (15.2%), lo normal (37.9%), bastante (25.9%) y totalmente (10.0%).

Se preguntó respecto a la satisfacción en su vida sexual a la cual, el 1.7% y 8.5% emitieron estar nada y poco satisfechos respectivamente. Por el contrario, el 34.4%, 39.2% y 16.2% refirieron sentirse lo normal, bastante y muy satisfechos con su vida sexual.

El interrogante: ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?, fue respondido con mayor frecuencia en la opción bastante satisfecho (48.40%), normal (24.5%) y muy satisfecho (21.7%). En menor frecuencia contestaron sentirse poco satisfechos (4.5%) y nada satisfechos (0.8%).

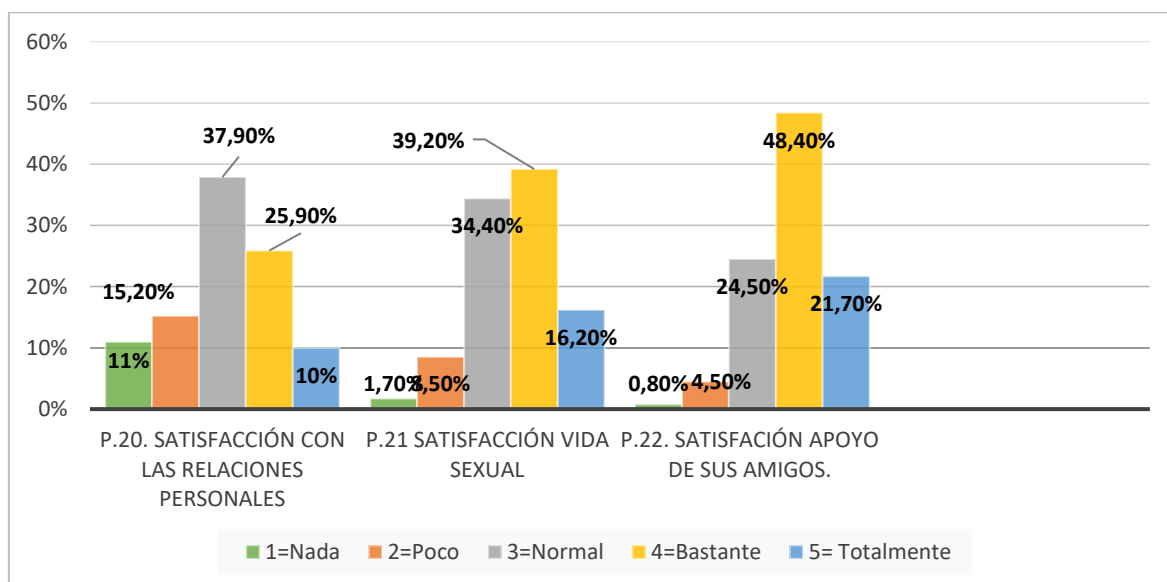


Figura 5. Frecuencia de los ítems valorados en el dominio relaciones sociales.
Elaboración propia

En cuanto al dominio salud psicológica, los resultados (Figura 6) quedan expuestos a continuación.

Referente a la cuestión: ¿Cuánto disfruta de la vida?, el 80.1% respondió disfrutar de ella entre lo normal y bastante. El 1.8% no disfruta nada, el 11.2% disfruta poco y el 6.8% disfruta extremadamente.

Se les cuestionó, también, sobre hasta qué punto sentían que su vida tenía sentido. El 1.8% contestó nada de sentido; el 6.5% poco sentido; el 27.9% lo normal; 45.7% bastante y un 18.0% sentía su vida con total sentido.

Las respuestas a la pregunta: ¿Cuál es su capacidad de concentración?, fueron: 1.8% contestó que nada; el 16.5% poca capacidad; el 47.6% lo normal; el 31.6% bastante y el 2.55% total capacidad.

Para la pregunta: ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?, el 3.7% contestó que no era nada capaz; el 13.0% poco capaz; un 28.4% aceptaba lo normal su apariencia; el 35.7% aceptaba bastante y un 19.2% la aceptaba totalmente.

Cuestionando: ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?, el 0.8% no se encontraba nada satisfecho consigo mismo; el 4.5% se sentía poco satisfecho, frente al 24.50% y 48.40% que se sentían lo normal y bastante, respectivamente. Finalmente, un 21.7% se sentía totalmente satisfecho consigo mismo.

Respecto a la frecuencia de presencia de sentimientos negativos, la mayor agrupación de datos se sitúa en: raramente (39.6%), medianamente (34.4%) y frecuentemente (20.8%). En menor frecuencia nunca (3%) y siempre (2.8%).

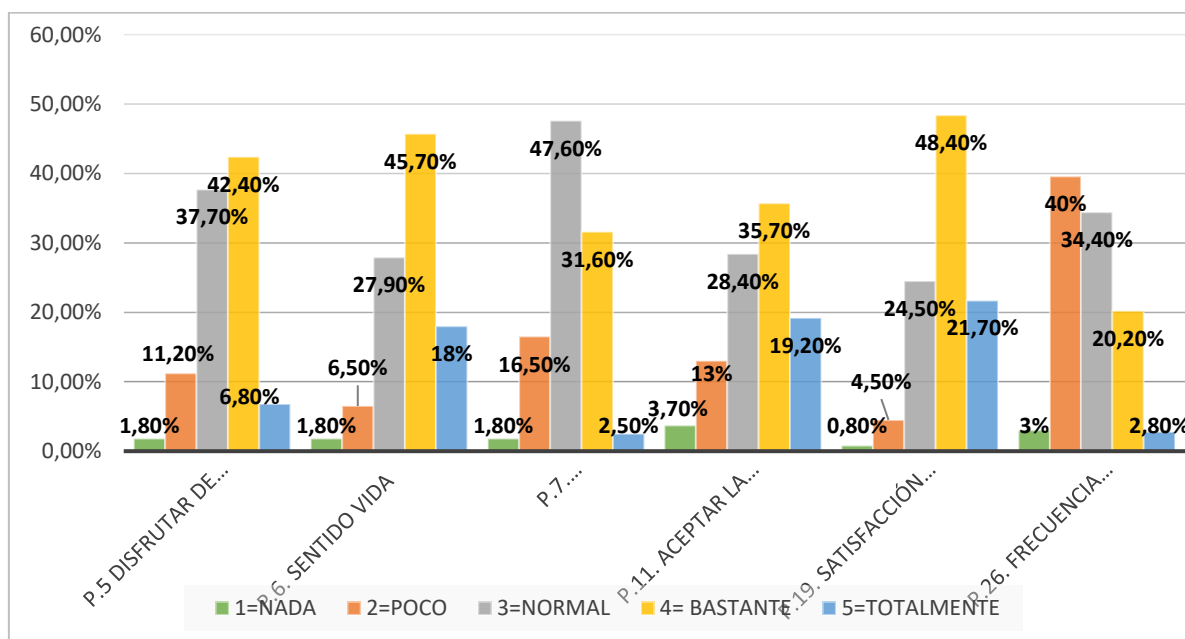


Figura 6. Frecuencia de los ítems valorados en el dominio salud psicológica. Elaboración propia

Por último, la distribución de frecuencias de las cuestiones incluidas en el dominio entorno (Figura 7).

Respecto a la pregunta: ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?, las opciones de respuesta fueron: nada (1.2%), poco (13.7%), lo normal (42.6%), bastante (37.7%) y totalmente (4.8%).

Al cuestionar sobre cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor, las respuestas fueron: nada saludable (1.5%), poco saludable (7.5%), lo normal (42.20%), bastante (45.9%) y extremadamente (2.8%).

En cuanto al interrogante: ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?, los porcentajes de respuesta fueron: 2.0%, 10.4%, 39.9%, 26.9% y 20.9% para nada, poco, lo normal, bastante y extremadamente correspondientemente.

En lo referente a ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?, los resultados obtenidos fueron: 0.5% tenía nada de información disponible; el 5.3% poca información; el 29.9% lo normal; 46.7% bastante información y, por último, el 17.5% tenía toda la información necesaria.

Se les examinó sobre las oportunidades que tenían para realizar actividades de ocio. El 3.2% de los encuestado valoró no tener ninguna oportunidad; el 17.9% pocas oportunidades; el 35.7% lo normal; el 33.4% bastantes oportunidades y el 9.8% refirió tener totalmente oportunidades.

Ante la pregunta: ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?, la mayor frecuencia de datos se sitúa en bastante nivel de satisfacción (48.4%), seguido de nivel normal (24.5%) y extremadamente (21.7%). Un menor porcentaje se sitúa en poco (4.5%) y nada satisfecho (0.8%).

Sobre ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?, el 36.10% y 35.6% contestó estar bastante y lo normal respectivamente en cuanto a los niveles de satisfacción; un 10.7% refirió estar extremadamente satisfecho. Sin embargo, el 14.9% y 2.8% sienten poco y nada de satisfacción respecto a la accesibilidad de los servicios sanitarios.

En lo que concierne a la pregunta: ¿Cuán satisfecho está con su transporte?, las frecuencias de respuesta son: 3% (nada); 8.8% (poco); 35.6% (lo normal); 37.7% (bastante) y 14.9% (totalmente).

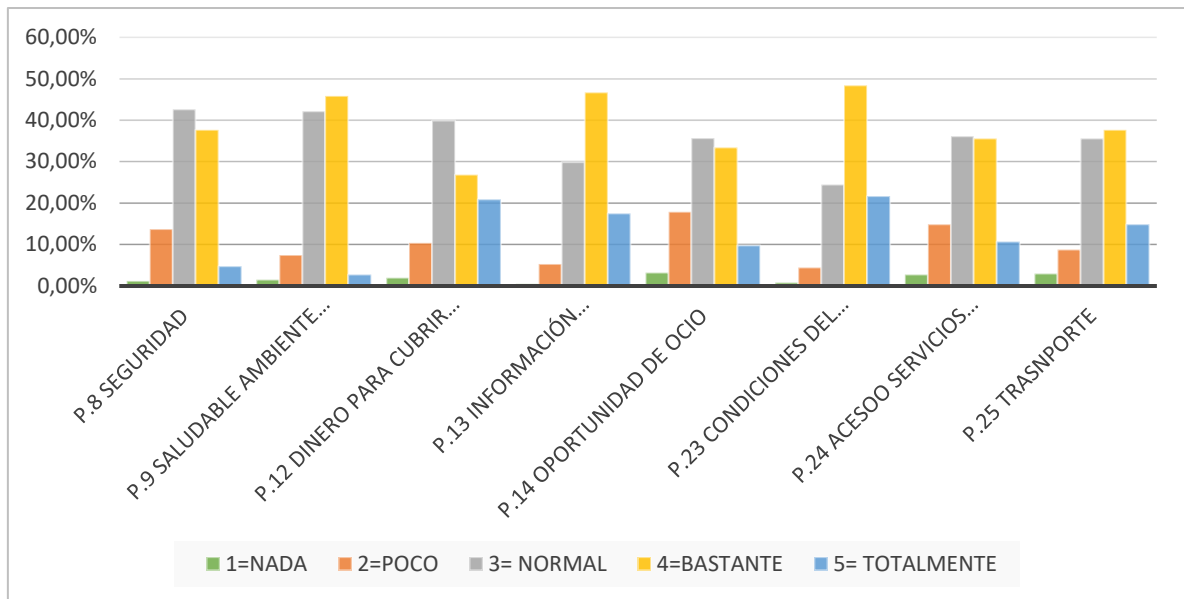


Figura 7. Frecuencia de los ítems valorados en el dominio entorno.
Elaboración propia

Al relacionar la variable sociodemográfica sexo y la percepción de satisfacción de calidad de vida (Figura 8 A1), se observa mayor probabilidad de obtener puntuaciones inferiores en el género femenino ($p=0.05$). Del mismo modo, se halló relación entre el sexo y el dominio salud física ($p=0.03$) (Figura 8 B1), lo que permite incidir en la mayor posibilidad de la población masculina de adquirir mejores puntuaciones. Se aprecia relación entre sexo y el dominio salud psicológica ($p<0.001$) (Figura 8 B2), donde las mujeres se asocian a mayor probabilidad de presentar valores disminuidos en dicho dominio. Sin embargo, no se observó significación estadística con relación al sexo y la percepción del estado de salud ($p=0.068$), dominio interacción social ($p=0.594$) y dominio entorno ($p=0.059$).

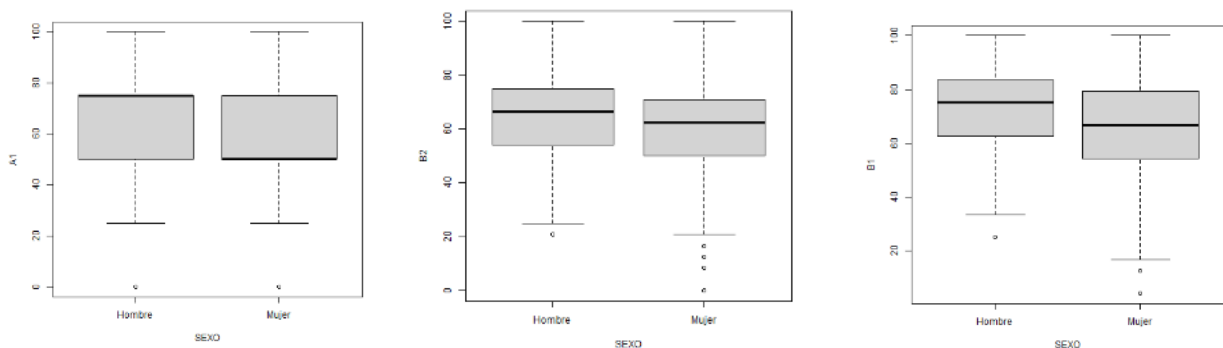


Figura 8. Relación de variable sexo con las variables del cuestionario WHOQOL-BREF: Calidad de vida (A1), dominio salud física (B1) y salud psicológica (B2).

En cuanto a la relación de los grupos de edad con la pregunta percepción de la calidad de vida ($p < 0.001$) (Figura 9 A1) y estado salud ($p < 0.001$) (Figura 9.A2) se intuye, en ambas, la mayor probabilidad de obtener puntuaciones menores en edades superiores. Al examinar los datos que relacionan la edad y el dominio salud física (Figura 9 B1) se aprecia la mayor probabilidad de afectación del dominio físico a medida que crece la edad de los encuestados ($p < 0.001$). Con relación a la edad y dominio salud psicológica ($p < 0.001$) (Figura 9 B2) se establece la probabilidad de obtener puntuaciones menores en el rango de edad 18 y 25 años respecto a los otros rangos. En lo referente a la relación edad con el dominio relaciones sociales social ($p < 0.001$) (Figura 9 B3) destaca la posibilidad de encontrar puntuaciones inferiores en edades avanzadas.

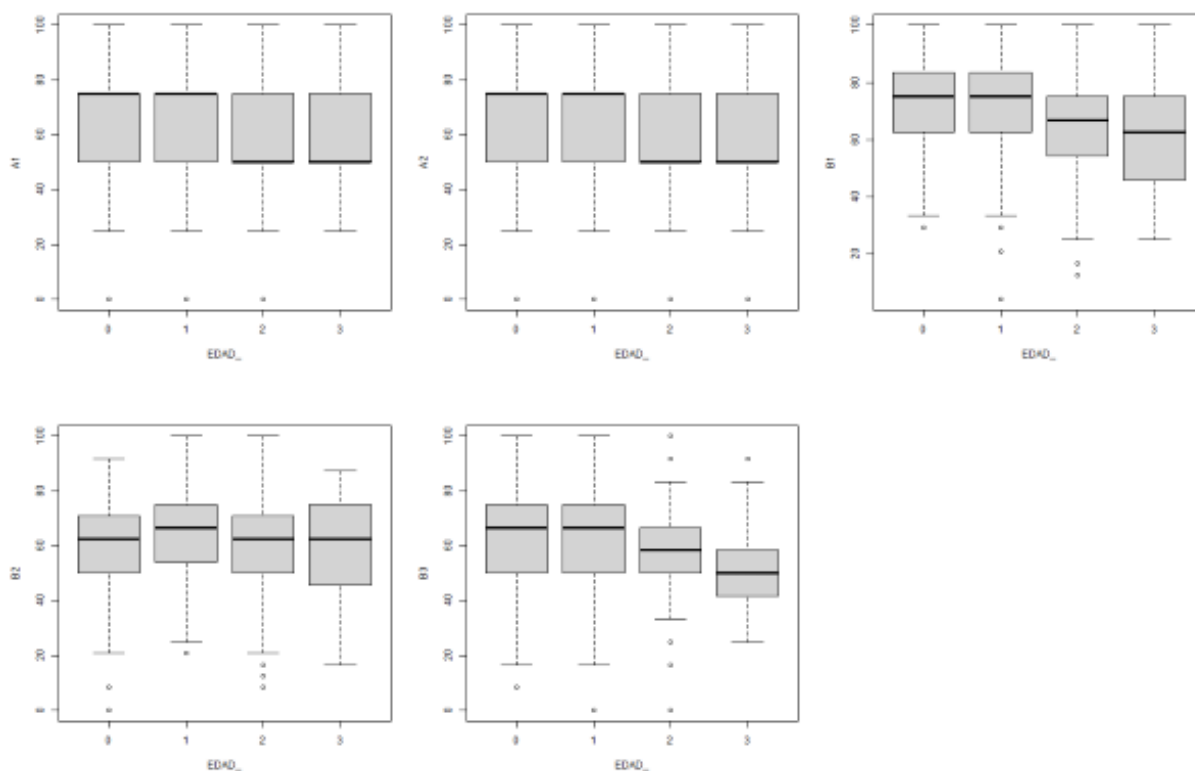


Figura 9. Relación de variable edad con las variables del cuestionario WHOQOL-BREF: Calidad de vida (A1), percepción de salud (A2), dominio salud física (B1), salud psicológica (B2) e interacción social y relaciones (B3).

De igual modo, se encontró relación de obtener puntuaciones inferiores en la percepción de la calidad de vida ($p = 0.013$) y los dominios salud física ($p = 0.013$), psicológica ($p = 0.042$) e interacciones sociales ($p = 0.033$) con haber pasado la enfermedad por Coronavirus. Igualmente, padecer alguna

enfermedad en el momento de administración de la encuesta está relacionada con un detrimento en la percepción de la calidad de vida ($p < 0.001$), estado de salud ($p < 0.001$) y cada uno de los dominios ($p < 0.001$). Sin embargo, no se obtuvieron relaciones estadísticas significativas al relacionar la convivencia con los resultados del cuestionario.

Por último, al correlacionar los diferentes dominios entre sí, se obtuvo significación estadística ($p < 0.001$), existiendo mayor relación entre salud física y salud psicológica ($r = 0.65$; $p < 0.001$) (Figura 10).

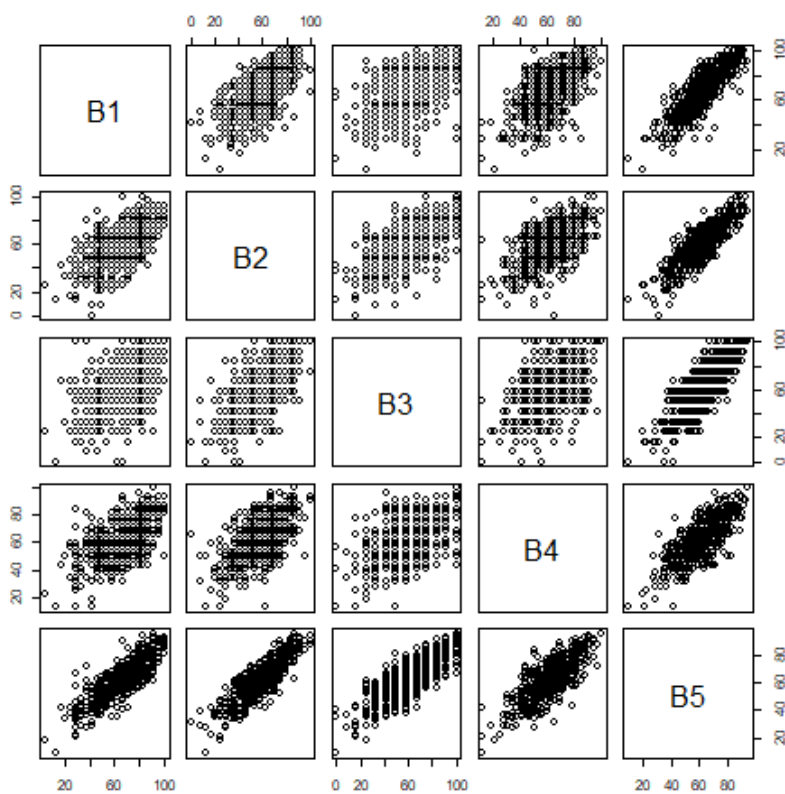


Figura 10. Matriz de diagramas de dispersión de los dominios estudiados en el cuestionario WHOQOL-BREF.

6. DISCUSIÓN

Los resultados principales de este estudio describen una percepción de calidad de vida entre normal y alta en contexto de pandemia por COVID-19.

El Proyecto Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV) (27), elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), expone datos con tendencia positiva de calidad de vida. En contraposición, este mismo proyecto destaca el descenso de la calidad de vida en España tras varios años en ascenso ininterrumpido. En la misma tesitura, Eurostat (28), en un proyecto para conocer la calidad de vida de los países europeos, afirma que España se sitúa con un nivel de calidad de vida notable (7.3 en una escala de 10). Las reseñas coinciden con los resultados iniciales de este proyecto.

Asimismo, el estudio Cosmo Spain (29), emprendido por el Instituto de Salud Carlos III, realiza una comparativa acerca de los comportamientos y actitudes de la población para analizar las consecuencias de la pandemia en diferentes países. En la última ronda de trabajo (febrero 2022), donde han participado 1067 personas residentes en España, destacan diferentes hallazgos como: la disminución de la preocupación general respecto al coronavirus y valores intermedios de bienestar (54,1 puntos en referencia a un rango de 0 a 100) en el cuestionario The World Health Organisation- Five Well-Being Index (WHO-5).

En líneas similares, se sitúa el Estudio CIS (Centro de investigaciones Sociológicas) (30) que analiza los efectos y consecuencias del Coronavirus a través de un cuestionario. Destaca que un 30.3% de los encuestados percibe mucho cambio en su forma de vivir. Siendo el miedo al COVID-19 y los cambios asociados a las medidas de prevención y protección los elementos más influenciados en la percepción negativa en la calidad de vida (31). Por lo que a medida que la situación se ha ido estabilizando y las medidas han sido atenuadas, la población acrecienta su satisfacción, tal y como se ha visto reflejado en este trabajo.

Considerando el sexo, estudios sin contexto de pandemia referían la relación entre ser mujer y peor percepción de la calidad de vida, sobre todo en las áreas salud psicológica y física (32). En contexto de pandemia, un estudio direccionado a identificar factores asociados a una baja calidad de vida en

adultos chilenos durante la cuarentena por COVID-19, refleja el género femenino como factor de riesgo para el mantenimiento de la calidad de vida (33). Guzmán-Muñoz et al (33) indican que los cambios asociados a la emergencia sanitaria vivida desembocaron en permutaciones en la dinámica familiar. En muchas ocasiones, el rol de la mujer se ha asociado al total cargo del cuidado de los hijos y tareas domésticas, dificultando así la conciliación laboral y tiempo para el autocuidado, produciéndose un aumento de la carga de estrés que impacta sobre su calidad de vida (33). A mayores, en el sector laboral sanitario y social las mujeres son el género predominante, por lo que han estado en mayor posibilidad de contagio y situaciones de estrés (34), con las consecuentes afecciones en la salud física y mental como se demuestra en el estudio liderado por Jianbo Lai (34). Su investigación, llevada a cabo en trabajadores de salud en China, determinó la presencia de mayores síntomas depresivos en mujeres que trabajaban en primera línea de acción. Los hallazgos mencionados son consistentes con el estudio en cuestión, pues en él las mujeres muestran resultados inferiores en percepción de calidad de vida, siendo los dominios salud física y salud psicológica las más diferenciadas respecto al género masculino.

La literatura incide en la vulnerabilidad de los adultos mayores durante la pandemia por COVID-19, asociada frecuentemente a las medidas de cuarentena y aislamiento social. Puesto que durante las mismas se reducen las redes de apoyo y se produce una disminución de la actividad social (35), que ya se ve afectada por el propio proceso de envejecimiento. Por el contrario, un estudio sobre variables que propiciaban la adaptación a situaciones de confinamiento halló que las personas mayores presentaron mayor capacidad de adaptación a pesar de la preocupación que sentían (36). La falta de una red de apoyo propicia la soledad que, en consecuencia, aumenta el riesgo de sedentarismo, deterioro cognitivo, enfermedad cardiovascular y alimentación inadecuada (37). Además, la edad es considerada un factor de riesgo ante el contagio de COVID-19, manifestación de síntomas y mortalidad, tal y como señala un estudio llevado a cabo en varios países con el fin de determinar factores asociados a la manifestación y tasa de letalidad por la enfermedad del nuevo coronavirus (38). Todo este cómputo de evidencias respaldaría el

resultado obtenido en este estudio: la depreciación del estado de calidad de vida en general, estado de salud y los dominios salud física, relaciones y entorno relacionado con la edad.

El presente trabajo describe la percepción de satisfacción de salud entre valores “*lo normal*” y “*bastante satisfecho*”. Coincidiendo con ello, el estudio CIS (30) señala que un amplio porcentaje de sus encuestados, refieren haber introducido cambios importantes para mejorar su forma de cuidar la salud: tomar más precauciones, cumplir las medidas de protección y en llevar una vida más saludable (alimentación y deporte). En contraposición a los datos obtenidos en esta investigación, un estudio llevado a cabo en Italia en población mayor de 65 años (39), entre sus resultados describió el descenso de la actividad física, empeoramiento de los hábitos de sueño y alimentación durante la pandemia por COVID-19. En esta misma línea, García-Toscón (40) objetiva la modificación de hábitos de actividad física hasta valores insalubres lo que conlleva implicaciones sobre la salud y la calidad de vida.

El dominio salud física ha sido el mejor valorado, existiendo relación significativa con la edad. Coincidiendo con estos hallazgos, un estudio (41) que comparaba la calidad de vida de los adultos jóvenes en contexto con y sin pandemia evidenció que dimensiones relacionadas con la salud física (función física, rol físico y dolor corporal) no exteriorizaron variaciones comparados con los registros de un contexto sin pandemia. Por el contrario, los aspectos psicosociales son los dominios más afectados.

El estudio CIS (30) comenta que la mayor afección es debida a la limitación de las relaciones sociales y familiares y la presencia de sentimientos de inquietud por las medidas que limitan los contactos y relaciones cara a cara. Además, muestra como un elevado porcentaje ha reflexionado y emprendido acciones para mejorar sus relaciones familiares y de amistad. En sintonía, se sitúan los resultados de esta investigación, pues el ámbito relaciones sociales e interacción ha sido el peor reportado por parte de los encuestados. Esto se explica debido al gran cambio que los procesos de socialización e interacción sufrieron desde el inicio de la pandemia, pues entre las principales medidas de prevención y protección se situaba el distanciamiento social.

La sociedad ha estado sufriendo un desgaste psicológico y mental desde el inicio de la pandemia a consecuencia de los sucesos vitales estresantes, lo que se materializa en la presencia de sentimientos negativos, de soledad, angustia, irritabilidad y dificultad en la concentración entre otros (22,23). El estudio Psi-Covid-19 (42) de la universidad Complutense de Madrid aporta la presencia de depresión, estrés, ansiedad, angustia, tristeza y soledad. Además, añade la mayor frecuencia de ellos en el sexo femenino y en edades comprendidas entre los 18 y 39 años. Tales afirmaciones amparan los descubrimientos de este trabajo, en el que se muestra cómo la salud psicológica recibe una menor estimación que otros dominios. A la par, se representa cómo el sexo femenino y edades menores son más probables a presentar peores calificaciones en el dominio.

Haber padecido la enfermedad por el nuevo coronavirus se ha visto relacionado con la percepción global calidad de vida y los dominios salud física, psicológica y relaciones sociales en la población estudiada. Esto se puede entender debido a la presencia de síntomas persistentes como fatiga, disnea, mialgias, debilidad, presencia de ansiedad, depresión y pérdida de memoria como indica una revisión sobre aspectos relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes que tienen o han pasado el COVID-19 (43). Paralelamente, Ayuso García (44) en una investigación reciente revela la afección en la percepción de calidad de vida tras haber cursado la enfermedad. No obstante, remite la existencia de perfiles más susceptibles a presentar una peor calidad de vida.

Mencionar, como se vislumbra en los resultados, que situaciones en las que existe presencia de enfermedad es un factor relevante en la percepción de la satisfacción de calidad de vida y de todos los dominios restantes. Concordando con investigaciones (45) que revelan que la influencia de presentar antecedentes de alguna enfermedad en general, enfermedad musculoesquelética, del sistema digestivo o trastorno mental disminuyen la percepción de calidad de vida.

6.1. Limitaciones

La situación derivada de la pandemia está en continuo cambio y evolución, lo que disminuye la veracidad de los datos extraídos de la muestra. Se puede suponer que las respuestas están determinadas por las circunstancias concretas y percepciones del momento de cumplimentación del cuestionario. Otra de las limitaciones consistió en la selección por conveniencia y muestreo no probabilístico causal de los participantes, por lo cual la generalización de los datos no es posible. Además, se obtuvieron los datos mediante autoreporte, lo que puede llegar a disminuir la validez externa de los resultados a pesar de que la significación estadística muestre el valor de las diferencias observadas.

6.2. Fortalezas

Este estudio constituye un aporte al contexto actual, puesto que nos ofrece un acercamiento y nociones sobre el estado de la calidad de vida de la población adulta tras dos años de pandemia, lo que permite el uso de los resultados obtenidos por parte de enfermería. Asimismo, hay que destacar los amplios conocimientos que he obtenido sobre el concepto multidisciplinar que representa la calidad de vida y la importancia que está posee sobre el bienestar poblacional.

6.3. Implicación en la práctica clínica

La valoración de las necesidades percibidas en el bienestar ayuda a entender la salud desde un ámbito más biopsicosocial en el contexto actual de pandemia. Igualmente, se reconoce la necesidad de incorporar las medidas de evaluación de la calidad de vida, pues son de gran utilidad para describir perfiles generales de salud y estado global. El empleo de esta valoración por parte del personal de enfermería en los centros de Atención Primaria adquiere suma relevancia al disponer de un conocimiento mayor del entorno psicosocial de la población, lo que garantiza una mayor viabilidad.

La derivación de la evaluación reside en el desarrollo e implementación de programas de actuación multidisciplinaria, como proyectos de educación grupal para la salud que puedan paliar y subsanar los déficits en las esferas de calidad de vida generados por la compleja situación de la pandemia, con mayor énfasis en los colectivos más vulnerable.

7. CONCLUSIÓN

Tras analizar los resultados y acorde a los objetivos planteados previamente, se puede concluir:

- La calidad de vida autopercebida de los adultos estudiados, en el contexto actual de pandemia por COVID-19, se sitúa en valores por encima de la media. Además, la muestra refleja niveles elevados de satisfacción de calidad de vida a pesar de manifestar deterioro de esta a raíz de la pandemia y las situaciones propiciadas.
- El cuestionario WHOQOL-BREF es un instrumento útil y fácil de administrar cuyas inferencias e interpretaciones, que se pueden realizar a partir de las puntuaciones obtenidas, son aptas para determinar la calidad de vida en situaciones de pandemia por COVID-19.
- Para la muestra estudiada, existe relación significativa entre la percepción de la calidad de vida y las algunas variables analizadas. Las mujeres, edades avanzadas, presencia de enfermedad y haber padecido la enfermedad por Coronavirus se relacionan con niveles de calidad de vida menores.
- La calidad de vida es un constructo multidisciplinar conformado por diversas variables. Dentro de estas, el estudio percibe mayor afectación, a causa de la pandemia por COVID-19, del dominio relaciones sociales e interacción debido a la limitación y modificaciones de las formas de interacción social.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución [Internet]. [citado 22 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
2. Vinaccia S, Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Psychol [Internet]. 10 de enero de 2012 [citado 31 de marzo de 2022];6(1):123-36. Disponible en: <https://190.131.242.67/index.php/Psychologia/article/view/1175>
3. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Revista Colombiana de Cardiología [Internet]. agosto de 2007 [citado 31 de marzo de 2022];14(4):207-22. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-56332007000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
4. Manterola D C, Urrutia S, Otzen H T. Health-related Quality of Life: Measurement Tools to Assessing Upper Gastrointestinal Surgery Outcomes. International Journal of Morphology [Internet]. diciembre de 2013 [citado 31 de marzo de 2022];31(4):1517-23. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95022013000400059&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. noviembre de 2007 [citado 31 de marzo de 2022];12(1):11-24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
6. Urzúa M A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica [Internet]. abril de 2012 [citado 31 de marzo de 2022];30(1):61-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. noviembre de 1995;41(10):1403-9.
8. Csic.es. [Citado 22 de abril de 2022]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>
9. World Health Organization. World Health Organization. The World Health Organization quality of life (WHOQOL) – BREF, 2012 Revision. [Internet]. 2012. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77773>
10. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev méd Chile [Internet]. mayo de 2011 [citado 22 de abril de 2022];139(5):579-86. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
11. Lima-Serrano M, Martínez-Montilla JM, Guerra-Martín MD, Vargas-Martínez AM, Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, et al. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. Gaceta Sanitaria [Internet]. febrero de 2018 [citado 31 de marzo de 2022];32(1):68-71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112018000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
12. Aguilar JM, Álvarez J, Lorenzo JJ. FACTORES QUE DETERMINAN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES. . ISSN. :9.
13. Irazusta S, Arribas S, Cecchini JA, Montes LGD, Arruza JA, Romero S. Repercusiones De La Duracion De La Actividad Físico-Deportiva Sobre El Bienestar Psicologico. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport [Internet]. 2008 [citado 21 de mayo de 2022];8(30):171-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54223019004>
14. Ballena CL, Cabrejos L, Davila Y, Gonzales CG, Mejía GE, Ramos V, et al. Impact of COVID-19 confinement on quality of life and mental health. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. enero de 2021 [citado 31 de marzo de 2022];14(1):87-9. Disponible en:

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2227-47312021000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F, Ramírez-Ortiz J, et al. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Colombian Journal of Anesthesiology [Internet]. diciembre de 2020 [citado 31 de marzo de 2022];48(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-33472020000400301&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 16. Press E. Los fallecidos en la pandemia pueden ser 3 veces superior a datos oficiales mundiales [Internet]. Europa Press; 2022 [citado 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-fallecidos-pandemia-puede-ser-veces-superior-datos-oficiales-mundiales-20220311074449.html>
 17. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 465/2020 mar 18, 2020 p. 25944-5. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/17/465>
 18. Historia visual del coronavirus: del confinamiento a la desescalada [Internet]. DATADISTA. 2020 [citado 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.datadista.com/coronavirus/guia-visual-desescalada-covid19/>
 19. Hernández Rodríguez J, Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Medicentro Electrónica [Internet]. septiembre de 2020 [citado 31 de marzo de 2022];24(3):578-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Disponible en: WHOEURO-2020-1573-41324-56242-eng.pdf
 21. MOLERO, María del Mar et al. Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. European Journal of Health Research, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 109-120, mayo 2020. ISSN 2445-0308. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/ejhr/index.php/journal/article/view/206>
 22. Científica (SIIC) SI de I. COVID-19 Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD [Internet]. [citado 22 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/167522>
 23. Balluerka Lasas, N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., Dr. Santed Germán, M. A. (2020). Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento: informe de investigación. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. Disponible en: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
 24. El coronavirus provoca que el desarrollo humano pueda retroceder por primera vez desde el año 1990 [Internet]. Noticias ONU. 2020 [citado 22 de abril de 2022]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474712>
 25. Llallahui Gómez R. Propiedades psicométricas del cuestionario calidad de vida (WHOQOL – BREF) en adultos mayores que se encuentran en situación de confinamiento, Lima-2020. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2020 [citado 25 de abril de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/48656>
 26. Validez de una aproximación unidimensional a la medición de calidad de vida mediante el WHOQOL-BREF [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/344270596_Validez_de_una_aproximacion_unidimensional_a_la_medicion_de_calidad_de_vida_mediante_el_WHOQOL-BREF
 27. Martínez DAP. experimental_ind_multi_calidad_vida. Instituto Nacional de Estadística. :4. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/experimental_ind_multi_calidad_vida.pdf
 28. EUROSTAT - Quality of life [Internet]. [citado 29 de abril de 2022]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/qol/index_en.html#

29. Monitorización del comportamiento y las actitudes de la población relacionadas con la COVID-19 en España (COSMO-SPAIN): Estudio OMS. Ronda 10: Febrero 2022. Disponible en: COSMO-SPAIN (isciii.es)
30. -CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas-Ficha del estudio [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14599
31. Ramírez MTG, Hernández RL, Berumen LQ. Tolerancia al estrés y satisfacción con la vida como predictores del impacto por el confinamiento debido al COVID-19 [Internet]. Vol. 27, Ansiedad y Estrés. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. - Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (copmadrid); 2021 [citado 30 de abril de 2022]. p. 1-6. Disponible en: <https://www.ansiedadystres.es/es/art/2021/anyes2021a1>
32. Gallardo-Peralta L, Jorquera IC, Morán MP, Quiroz BU. Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. Polis Revista Latinoamericana [Internet]. 28 de julio de 2018 [citado 30 de abril de 2022];(49). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/15008>
33. Guzmán-Muñoz E, Concha-Cisternas Y, Oñate-Barahona A, Lira-Cea C, Cigarroa-Cuevas I, Méndez-Rebolledo G, et al. Factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos durante la cuarentena por COVID-19. Revista médica de Chile [Internet]. diciembre de 2020 [citado 30 de abril de 2022];148(12):1759-66. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872020001201759&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2 de marzo de 2020;3(3):e203976.
35. Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E, Reyes Luzardo DA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. Rev cub salud pública [Internet]. 5 de febrero de 2021 [citado 2 de mayo de 2022];46:e2488. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es/>
36. Morales-Vives F, Dueñas JM, Vigil-Colet A, Camarero-Figuerola M. Psychological Variables Related to Adaptation to the COVID-19 Lockdown in Spain. Front Psychol. 2020;11:565634.
37. Pinazo-Hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. septiembre de 2020 [citado 2 de mayo de 2022];55(5):249-52. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X20300664>
38. Shakor JK, Isa RA, Babakir-Mina M, Ali SI, Hama-Soor TA, Abdulla JE. Health related factors contributing to COVID-19 fatality rates in various communities across the world. J Infect Dev Ctries. 30 de septiembre de 2021;15(9):1263-72.
39. Gallè F, Sabella EA, Roma P, Ferracuti S, Da Molin G, Diella G, et al. Knowledge and Lifestyle Behaviors Related to COVID-19 Pandemic in People over 65 Years Old from Southern Italy. Int J Environ Res Public Health. 16 de octubre de 2021;18(20):10872.
40. García-Tascón M, Mendaña-Cuervo C, Sahelices-Pinto C, Magaz-González AM. Repercusión en la calidad de vida, salud y práctica de actividad física del confinamiento por Covid-19 en España (Effects on quality of life, health and practice of physical activity of Covid-19 confinement in Spain). Retos [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 22 de abril de 2022]; 42:684-95. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/88098>
41. Guzmán-Muñoz E, Concha-Cisternas Y, Lira-Cea C, Vasquez J, Retamal MC. Impacto de un contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 19 de abril de 2021 [citado 2 de mayo de 2022];50(2):0210898. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/898>
42. Guías del estudio PSI-Covid-19 archivos [Internet]. Cátedra contra el estigma. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.contraelestigma.com/resource-category/psi-covid-19/>
43. Amdal CD, Pe M, Falk RS, Piccinin C, Bottomley A, Arraras JI, et al. Health-related quality of life issues, including symptoms, in patients with active COVID-19 or post COVID-19; a systematic literature review. Qual Life Res [Internet]. 2021 [citado 10 de

- mayo de 2022];30(12):3367-81. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8214069/>
44. Ayuso García B, Pérez López A, Besteiro Balado Y, Romay Lema E, García País MJ, Marchán-López Á, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes recuperados de COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research* [Internet]. enero de 2022 [citado 2 de mayo de 2022];S260364792200001X. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S260364792200001X>
45. Láinez MJA, Domínguez M, Rejas J, Arriaza E, García-García M, Palacios G. Impacto de distintas enfermedades en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en una población laboral. *Anales de Medicina Interna* [Internet]. enero de 2007 [citado 2 de mayo de 2022];24(1):3-11. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992007000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: Cuestionario WHOQOL-BREF

Estimado/a encuestado:

Soy una alumna de 4º de Enfermería de la Universidad de Valladolid (Castilla y León, España), que estoy realizando una investigación para elaborar mi proyecto de fin de grado sobre el impacto de la pandemia y las consecuentes medidas en la calidad de vida de la población adulta. Por tal motivo, solicito tu colaboración en este estudio mediante la cumplimentación del siguiente cuestionario. El cuestionario me permitirá estimar su percepción sobre su calidad vida en referencia a salud física, psicología social, relación con el entorno y otras áreas de su vida durante este tiempo de pandemia por COVID-19. El cuestionario consta de varias secciones: La primera me permite recoger características sociodemográficas, mientras que la segunda parte constituye un cuestionario específico, llamado WHOQOL-BREF, de 26 preguntas sobre su salud física, estado psicológico, relaciones interpersonales y entorno. Es un cuestionario anónimo y su participación es voluntaria. Los datos que usted suministre serán confidenciales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) y en ningún caso esta información me permitirá conocer su identidad, ni serán comunicados a nadie de manera personal, sólo serán utilizados para los fines de la investigación.

Para cualquier duda puede consultar con la investigadora principal Sara Redondo Ruiz, en el correo sara_rr_2000@hotmail.com.

Gracias de antemano.

1. ¿Acepta participar en el mencionado estudio?

Sí

No

2. Previo a la cumplimentación de la prueba, por favor, responda las siguientes cuestiones generales sobre usted. Marque la opción que considera más adecuada.

3. Sexo Hombre Mujer

4. Edad _____

5. ¿Con quién vive?

Solo Pareja Hijos

Pareja e hijos otros

6. ¿Ha pasado la enfermedad del Covid-19? Si No

7. Actualmente, ¿Está Enfermo/a? Si No

8. Durante la época vivida, ¿Ha recibido la atención sanitaria y farmacéutica oportuna?

Nunca Habitualmente

En raras ocasiones Siempre

9. ¿Considera que su calidad de vida se ha visto deteriorada a consecuencia de la pandemia por COVID-19 y las consecuentes medidas?

Sí No

10. ¿Qué aspecto de los a continuación mostrados considera ha sufrido un mayor impacto?

Salud física Interacción social y relaciones

Salud psicológica

Otros

Por favor, conteste todas las preguntas. En caso de no saber qué respuesta dar, escoja la que considera más apropiada. En ocasiones, puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. A la hora de rellenar el cuestionario tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pido que piense en su vida durante el periodo de pandemia: confinamiento, desescalada y adaptación a la nueva normalidad. Por ejemplo, pensado en los dos últimos años, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Debe rodear con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de las otras personas en los últimos dos años aproximadamente. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número que mejor represente su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1.	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2.	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en los últimos dos años

		Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3.	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas durante estos dos años previos.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10.	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5

14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en los dos últimos años.

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16.	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos	1	2	3	4	5
23.	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25.	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos durante estos dos últimos años?

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26.	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

9.2. Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN A PACIENTES

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Sara Redondo Ruiz

EMAIL:

I. FINALIDAD DE LA LINEA DE TRABAJO PROPUESTA

La calidad de vida es un concepto muy amplio que está estrechamente relacionado con la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno. Posee un carácter subjetivo, pues la satisfacción de está varía en función de los propios criterios de la persona. La situación derivada de la emergencia sanitaria a causa de la pandemia por COVID-19 derivó en una serie de medidas de protección para disminuir la posibilidad de contagio como son los confinamientos, cuarentena y medidas higiénicas. Estas restricciones evocaron en un drástico cambio en los hábitos de la población lo que repercute de manera significativa en la calidad de vida. Actualmente, las medidas han cesado en su mayoría, pero las consecuencias siguen presentes en la población.

El objetivo del estudio es estimar la percepción de la población adulta de su calidad de vida mediante la obtención de datos en referencia a diferentes esferas que la conforman y demostrar que está ha sido afectado a raíz de la pandemia. Por tal motivo, se le invita a colaborar en nuestra investigación mediante la realización de un cuestionario.

II. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU PARTICIPACIÓN

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

- A) Su participación es totalmente voluntaria. Dentro del proceso de asistencia por su enfermedad, se realizará una encuesta clínica. Esta encuesta no interferirá en sus problemas de salud y tratamientos.
- B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.
- C) No recibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.
- D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.
- E) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático,

registrada en la Agencia Española de Protección de Datos, según la legislación vigente.

- F) Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, SARA REDONDO RUIZ. Así mismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no queda satisfecho.
- G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIm (Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos) Área de Salud Valladolid Éste.
- H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá
- I) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. tiene derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.
- J) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO (CI)

ESTUDIO.....

Yo, _____

(Nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

1. He recibido y leído la hoja de información que me ha sido entregada
2. He hablado sobre el estudio con la responsable investigadora pudiendo hacer las preguntas pertinentes sobre el estudio y considero haber recibido la suficiente información.
3. Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria y puedo retirarme del mismo cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en mis cuidados enfermeros y asistenciales.
4. Entiendo que en cualquier momento puedo solicitar información adicional sobre este estudio al investigador principal del estudio. Por tanto, otorgo libremente mi conformidad para participar en este estudio y autorizo a que se utilicen mis datos en las condiciones que se explican en la hoja de información arriba mencionada.

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

Firma paciente

FECHA __/__/2022

Yo, SARA REDONDO he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

Firma del investigador

FECHA __/__/2022

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:.....