



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**Factores predictores de Calidad de Vida,
Discapacidad, Apoyo Social y Toxicidad
Financiera durante la pandemia de COVID-19**

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Gloria Alhelí Chávez Juárez

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Juan Jiménez Flores

COMITÉ:

Dra. Luz María Flores Herrera

Dr. Oscar Galindo Vázquez

Dr. César Augusto de León Ricardi

Mtro. Mario Manuel Ayala Gómez



Ciudad de México, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Primeramente, agradezco a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por abrirme las puertas para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo día a día.

Agradezco al Programa de Prevención Psicológica dirigido por el Dr. Juan Jiménez, Director de Tesis, Padre Teórico y Amigo, por brindarme la oportunidad de recurrir a sus conocimientos; su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación. Mi agradecimiento también a todo el equipo de trabajo, entre los que destacada el Lic. Juan Carlos Gómez Roque, Colega y Amigo.

Mi agradecimiento al Servicio de Psicooncología INCAN, por su asesoramiento y colaboración, en especial al Dr. Oscar Galindo por ser INCansable, así como todo el equipo de trabajo, entre los que destaca la Dra. Mónica Ramírez.

Agradezco ampliamente a la Dra. Luz María Flores, al Mtro. Mario Ayala y al Dr. César de León, por su apoyo y compromiso durante el proceso de titulación. Mi mayor admiración a su trabajo.

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi autora, Magdalena Juárez, por su sacrificio y esfuerzo a lo largo de los años, por darme una carrera y por creer en mí; agradezco su comprensión, cariño y amor.

A Eduardo Amaranto, Pareja, Colega y Amigo, quien con sus palabras de aliento promovió una motivación constante para seguir adelante y ser perseverante, por brindarme su amor, su hogar y creer en mí cuando yo misma dejaba de hacerlo.

A mis amigos y familiares quienes sin esperar nada a cambio han estado para mí tantos años, acompañándome en las noches de desvelo, quienes me preguntaban ¿y la tesis? y pacientemente escuchaban mis quejas y frustraciones constantes. Agradezco el apoyo incondicional especialmente de Lucía Juárez, Diana Domínguez, Jacqueline de la Cruz, Guadalupe Padilla, Mario Rico, Indira de la Cruz, Andrea Cabrera, Elodia Juárez, Zenón Juárez y Armando Domínguez.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS EXPUESTAS A LA PANDEMIA COVID-19	3
1.1 Calidad de vida.....	3
1.2 Antecedentes de calidad de vida	4
1.3 Factores predictores de calidad de vida.....	4
1.4 Calidad de vida durante la pandemia de COVID-19.....	6
1.5 Conclusiones del capítulo.....	6
CAPÍTULO II. DISCAPACIDAD EN POBLACIÓN PRESENTE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	7
2.1 Discapacidad post COVID-19.....	7
2.2 Antecedentes de discapacidad	8
2.3 Factores asociados con la discapacidad post COVID-19	9
2.4 Discapacidad durante la pandemia de COVID-19	10
2.5 Conclusiones del capítulo.....	11
CAPÍTULO III. APOYO SOCIAL EN INDIVIDUOS EXPUESTOS A LA PANDEMIA COVID-19	12
3.1 Apoyo social.....	12
3.2 Antecedentes del apoyo social	13
3.3 Factores asociados con el apoyo social percibido	13
3.4 Apoyo social durante la pandemia de COVID-19.....	14
3.5 Conclusiones del capítulo.....	15
CAPÍTULO IV. TOXICIDAD FINANCIERA EN PERSONAS PRESENTES EN LA PANDEMIA COVID-19	16
4.1 Toxicidad financiera.....	16
4.2 Antecedentes de toxicidad financiera.....	17
4.3 Factores asociados con la toxicidad financiera	17
4.4 Toxicidad financiera durante la pandemia de COVID-19.....	18
4.5 Conclusiones del capítulo.....	19
CAPÍTULO V. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD CORONAVIRUS 2019	20
5.1 Epidemiología nacional.....	20
5.2 Epidemiología en México	20
5.3 Vía de transmisión.....	21

5.4 Sintomatología	21
5.5 Factores de riesgo.....	22
5.6 Medidas de prevención.....	23
5.7 Conclusiones del capítulo.....	23
CAPÍTULO VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
CAPÍTULO VII. MÉTODO.....	28
7.1 Objetivo general	28
7.2 Objetivos específicos.....	28
7.3 Pregunta de investigación.....	28
7.4 Hipótesis.....	29
7.5 Definición de variables.....	29
7.6 Instrumentos	34
CAPÍTULO VIII. RESULTADOS	39
8.1 Estadísticos descriptivos	39
8.2 Correlaciones.....	60
8.3 Regresiones	83
CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN	93
CAPÍTULO X. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

APÉNDICE 1. Consentimiento informado	
APÉNDICE 2. Cédula de identificación	
APÉNDICE 3. Cuestionario de Autoevaluación sobre Estilo de Vida: “FANTÁSTICO”	
APÉNDICE 4. Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas (FACIT-GP)	
APÉNDICE 5. Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad “WHODAS 2.0”	
APÉNDICE 6. Cuestionario de Apoyo Social: “MOS-GP”	
APÉNDICE 7. Cuestionario para la Evaluación Funcional de Toxicidad Financiera de la Terapia de Enfermedades Crónicas adaptado a la Pandemia COVID-19: “COST-FACIT (VERSIÓN 2)”	

RESUMEN

La presente tesis tuvo por objetivo desarrollar un modelo explicativo para calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera durante la pandemia COVID-19. A partir de un estudio no experimental, transversal, predictivo. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario para Evaluación de la Discapacidad (WHODAS 2.0: Organización Mundial de la Salud, 2015), Cuestionario para Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas (FACIT-GP: Galindo et al., 2018), Cuestionario de Apoyo Social (MOS-GP: Sherbourne y Stewart, 1991) y Cuestionario para Evaluación Funcional de Toxicidad Financiera de la Terapia de Enfermedades Crónicas, adaptado a la pandemia COVID-19 (COST-FACIT versión 2: Souza et al., 2017). Participó una muestra de 274 personas (185 mujeres y 89 hombres), de 20 a 40 años ($M = 26$ años), seleccionados por muestreo no probabilístico accidental. La muestra fue descrita a partir de las medidas de tendencia central y dispersión, así como, mediante modelos predictivos. Los resultados muestran adecuado nivel en calidad de vida ($M=50.56$; 60.1%), baja discapacidad post COVID-19 ($M=31.07$; 22.1%), alto apoyo social percibido ($M=55.66$; 73.2%) y una notable toxicidad financiera ($M=18.79$; 42.7%). Las variables predictoras significativas para cada modelo fueron: en calidad de vida, apoyo social ($b=.47$), discapacidad ($-.35$), enfermedad crónica ($-.13$) y estado civil ($.12$); en discapacidad post COVID-19, apoyo social ($-.34$), toxicidad financiera ($b=-.29$) y sexo ($b=.11$); en apoyo social percibido, toxicidad financiera ($b=.33$), sexo ($b=-.14$) y enfermedad crónica ($b=-.12$); y, por último, en toxicidad financiera, el seguro médico ($b=-.18$).

Palabras clave: Calidad de Vida, Discapacidad, Apoyo Social, Toxicidad Financiera, Pandemia COVID-19.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, las amenazas de infección en situaciones epidémicas han afectado la salud mental (Pappas et al., 2009). Las epidemias han modificado el estilo de vida, la forma de socializar y el desarrollo económico (Banerjee & Rai, 2020; Lau et al., 2006; Pappas et al., 2009).

El COVID-19 ha ocasionado problemas de salud mental y psicológica (Ahorsu et al., 2022; Wu et al., 2021). La calidad de vida ha tenido un impacto negativo, manifestando reducciones significativas en actividades físicas, actividades de la vida diaria, actividad social, ocio y educación (Park et al., 2021). Al mismo tiempo, se ha relacionado con secuelas físicas y emocionales, limitando la capacidad de realizar actividades de la vida diaria y promoviendo la discapacidad (Núñez et al., 2021; Pizarro et al., 2021). Las medidas de salud han causado la ruptura del apoyo social, impulsando el aislamiento e intensificando los efectos negativos para la salud física y mental (Ahorsu et al., 2022; Banerjee & Rai, 2020). Así mismo, la crisis económica global ha generado resultados psicológicos adversos (Tull et al., 2020).

Lo anterior, permite sugerir que, la pandemia ha causado afectaciones en calidad de vida, discapacidad post COVID-19, apoyo social percibido y toxicidad financiera. Se prevé que los problemas de salud mental se relacionan con la afectación en estas variables. La gravedad y tipos de problemas psicológicos varían de acuerdo con los factores sociodemográficos y clínicos (Park et al., 2021); por ello, la presente investigación se enfoca en desarrollar modelos explicativos que permitan determinar la contribución de variables sociodemográficas y clínicas en calidad de vida, discapacidad post COVID-19, apoyo social percibido y toxicidad financiera durante la pandemia COVID-19.

CAPÍTULO I. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS EXPUESTAS A LA PANDEMIA COVID-19

Previo a la pandemia, América Latina y el Caribe ya presentaba pérdidas significativas; México exhibía un deterioro característico en satisfacción con la vida. La pandemia impulsó un descenso notable en calidad de vida, originando cambios sociales, económicos y personales desfavorables. El capítulo actual presenta el concepto de calidad de vida, sus antecedentes, sus factores predictores y su relevancia durante la pandemia.

1.1 Calidad de vida

La calidad de vida se conforma de tres dimensiones: el estado funcional, aquello que la persona es capaz de hacer; el acceso a los recursos y las oportunidades; y la sensación de bienestar; las dos primeras dimensiones pertenecen a la calidad de vida objetiva, mientras que la última se designa a la calidad de vida subjetiva. En la presente investigación, el constructo ha sido evaluado con base en los criterios subjetivos, en función de la valoración personal o percepciones sobre la vida. Las percepciones están influidas por objetivos, deseos, expectativas, criterios y preocupaciones mediados por las circunstancias, el entorno, la cultura y el sistema de valores (Sánchez & González, 2006).

Las áreas de vida en la presente investigación son: estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal (Cuestionario para Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas [FACIT-GP] Galindo, Espinoza, Meneses et al., 2018).

1.2 Antecedentes de calidad de vida

Previo a la pandemia, América Latina y el Caribe ya enmarcaba la desigualdad. A pesar de que, dos décadas antes de la pandemia, la región había alcanzado ganancias significativas para el bienestar de la población, la pobreza y la desigualdad en ingresos disminuía y la población con educación secundaria superior y educación terciaria aumentaba; en 2014 la fuerza laboral y la satisfacción con la vida se debilitaron; la desigualdad de ingresos, la pobreza y el trabajo informal aumentaron (OECD, 2021a); mientras que, alrededor del 25% ya no contó con acceso a la atención médica esencial (OECD, 2021b).

En cuanto a México, una década previa a la pandemia, alrededor del 66% de la población, calificó su salud como buena, cifra menor al promedio (69%). Mientras que, en una escala de 0 a 10, la satisfacción general ante la vida recibió una calificación promedio de 6.5, cifra coincidente con los demás países (OECD, 2020).

1.3 Factores predictores de calidad de vida

El nivel de calidad de vida se distribuye de manera irregular en la población, algunos, experimentan peores resultados y menores oportunidades a causa de sus características personales y sociales (OECD, 2021a).

El sexo, ha sido un factor predictor de calidad de vida. Diversos estudios indican que, las mujeres han experimentado una baja calidad de vida (Lodhi, et al., 2019; Van der Boor et al., 2020), la cual se ha relacionado con mayores posibilidades de vivir en la pobreza; realizar trabajo no remunerado y cuidados domésticos; sentirse menos seguras; no tener empleo, educación o capacitación (OECD, 2021c); y hacerse cargo del cuidado de los hijos (Fliege et al., 2016).

La edad se ha asociado significativamente. A mayor edad menor calidad de vida (Geraerds et al., 2018; Lodhi et al., 2019); precisamente, ser mayor a 30 años se ha relacionado con una puntuación menor en calidad de vida (Van der Boor et al., 2020).

El estado general de salud ha sido una variable predictora (Jing et al., 2016). Padecer una o más enfermedades ha mantenido una asociación negativa (Kwon et al., 2017; Lodhi et al., 2019), mientras que, no presentar ninguna enfermedad en los últimos 6 meses se ha relacionado positivamente con la calidad de vida (Van Nguyen et al., 2017).

El nivel socioeconómico, la ocupación y el nivel educativo han sido factores asociados. Específicamente, los bajos ingresos del hogar, el desempleo y no concluir la educación secundaria o terciaria, han sido predictores negativos de la calidad de vida (Kwon et al., 2017; Van der Boor et al., 2020).

El apoyo social se ha destacado por ser un predictor positivo (Van der Boor et al., 2020); especialmente, la calidad de las relaciones con familiares, amigos, vecinos y cuidadores (sean familiares o personal de salud) (Jing et al., 2016); mientras que, las redes sociales débiles y los ataques de los miembros de la familia se han relacionado negativamente (Van der Boor et al., 2020).

El estado civil ha sido un factor predictor positivo para la calidad de vida (Kwon et al., 2017). En particular, las mujeres viudas han presentado una menor puntuación en comparación con las mujeres no viudas (Van Nguyen et al., 2017).

Algunos otros factores asociados han sido la independencia física (vestirse, movilidad y aseo personal), la seguridad física del cuerpo (limpieza, comodidad y nutrición), la necesidad de control sobre la vida, el sentirse útil, contribuir a la sociedad, practicar actividad física (ejercicio aeróbico, equilibrio y flexibilidad) y realizar actividades de ocio (juegos de salón o excursiones) (Jing et al., 2016).

1.4 Calidad de vida durante la pandemia de COVID-19

En un principio, China había presentado un impacto estresante leve; la población manifestaba mayor apoyo y sentimientos a amigos y familiares, más atención a la salud mental, el descanso, la relajación y el ejercicio (Zhang & Feei, 2020); la mayoría, informaba no sentirse desamparado, horrorizado o aprensivo, tampoco mostraba un aumento en el estrés laboral, financiero o en el hogar. Sin embargo, el constante aumento del desempleo, el aislamiento, las muertes e infecciones relacionadas con el COVID-19 comenzaron a generar un cambio severo en la calidad de vida (Ciążyńska et al., 2020).

Particularmente, en América Latina y el Caribe la satisfacción con la vida cayó bruscamente una vez establecida la nueva enfermedad (OECD, 2021d), la causa es que previamente, la región ya se encontraba en un momento de creciente vulnerabilidad, el incremento de los ingresos, la reducción de la pobreza, el empleo y la satisfacción con la vida comenzaban a disminuir.

Durante la pandemia, los factores predictores negativos de calidad de vida han sido la enfermedad crónica, el bajo ingreso familiar (Ping et al., 2020), el empleo mal pagado, el trabajo informal, el desempleo, el bajo nivel educativo, ser mujer, ser joven (OECD, 2021d) y las limitaciones en actividades de la vida diaria que a su vez promueven la dependencia del cuidado (Pizarro, et al., 2021).

1.5 Conclusiones del capítulo

En un inicio el COVID-19 no informó un efecto notable en calidad de vida, sin embargo, el aumento de muertes, contagios, eventos traumáticos y aislamiento, además de la situación previa de Latinoamérica determinó que, la pandemia implicaría grandes cambios sociales, económicos y personales, afectando razonablemente a la calidad de vida.

CAPÍTULO II. DISCAPACIDAD EN POBLACIÓN PRESENTE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

El COVID-19 se ha relacionado con secuelas físicas y emocionales que promueven la discapacidad a largo plazo. En la investigación actual la discapacidad refiere a las secuelas generadas por COVID-19, estas son determinadas a partir de la evaluación subjetiva del funcionamiento que realiza cada participante. El capítulo presenta la definición de la discapacidad, sus antecedentes, sus factores predictores y su relevancia durante la pandemia.

2.1 Discapacidad post COVID-19

La discapacidad se enfoca en los aspectos negativos entre la interacción de una persona y sus factores contextuales; constituye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) identifica el concepto a partir de tres componentes: funciones y estructuras corporales (anatomía y fisiología), actividad (ejecución de una tarea o acción) y participación (implicación en una situación de vida). El nivel de discapacidad se establece a partir de la interacción dinámica entre las condiciones de salud, los factores ambientales y las situaciones personales (OMS, 2001).

En la presente investigación, la discapacidad refiere a las secuelas generadas por COVID-19 (Candan et al., 2020). Determinada mediante la evaluación subjetiva del propio funcionamiento. El análisis reside en seis dimensiones de vida: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación (Cuestionario para Evaluación de la Discapacidad [WHODAS 2.0] Organización Mundial de la Salud, 2015).

2.2 Antecedentes de discapacidad

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2018, 7.7 millones de personas presentaron discapacidad. El concepto refirió a la dificultad de realizar actividades básicas tales como caminar, ver, aprender, escuchar, bañarse, comunicarse y moverse. Las discapacidades más reportadas fueron caminar (53.3%) y ver (39.6%). La muestra estuvo conformada mayormente de mujeres (54.2%) y población económicamente activa (38.5%). La causa más reportada de discapacidad fue la enfermedad (44%) (INEGI, 2019).

La enfermedad crítica se ha relacionado con problemas físicos, cognitivos y de salud mental a largo plazo. En seguimiento a 5 años los síntomas más destacados han sido problemas respiratorios, pérdida de fuerza muscular, neuropatías, baja capacidad al ejercicio, disminución en la ejecución de actividades diarias, pérdida de concentración, afectación de la memoria, dificultad para la organización y finalización de tareas, depresión, ansiedad, TEPT y afectación del sueño (González et al., 2020).

En consonancia con la enfermedad crítica, los coronavirus afectan el tracto respiratorio, el sistema nervioso central, cardiovascular, musculoesquelético y gastrointestinal. El COVID-19 ha deteriorado especialmente el sistema musculoesquelético, generando debilidad muscular, disminución de masa muscular, miopatías y neuropatías; efectos que han promovido la discapacidad a largo plazo (Candan et al., 2020).

En particular, el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) ha sido un factor potencial de discapacidad a largo plazo; en pacientes con COVID-19 la incidencia de SDRA ha sido del 17 a 67% (Candan et al., 2020). La relación entre SDRA y discapacidad se debe a las limitaciones en el ejercicio, reducción de la calidad de vida física y los trastornos

físicos y neuropsicológicos que experimentan los sobrevivientes hasta 5 años posteriores (Herridge et al., 2011).

2.3 Factores asociados con la discapacidad post COVID-19

Cada enfermedad cuenta con características específicas asociadas con morbilidades físicas y neuropsiquiátricas a largo plazo (Hopkins et al., 2012). Los factores de riesgo relacionados con la progresión de COVID-19 han sido el sexo masculino, el embarazo, el consumo de tabaco, ser adulto mayor, padecer una enfermedad (cardiovascular, pulmonar, renal, hepática, neurológica, cerebrovascular, trombocitopenia, cáncer, hipertensión, obesidad, diabetes y arteroesclerosis) y tener más de una comorbilidad (OPS, 2021).

La persistencia de síntomas o el comienzo de secuelas físicas y/o psicológicas se ha vinculado con hipoxemia persistente, trastornos cardiovasculares y hemostáticos, gravedad de síntomas, edad avanzada y la coexistencia de patologías crónicas (González et al., 2020).

El apoyo social y las dificultades económicas han sido factores predictores de discapacidad. Las personas que reciben menor apoyo social de otras tienden a presentar niveles más altos de discapacidad como consecuencia de las enfermedades crónicas (Wilkinson & Marmot, 2003). En tanto, la distribución irregular de la economía se encuentra vinculada con la carga de morbilidad; en cuanto más pobre es un país mayor es la necesidad de salud insatisfecha, la morbilidad y mortalidad prematura (Ding et al., 2016).

2.4 Discapacidad durante la pandemia de COVID-19

El impacto en los diferentes niveles de funcionamiento continúa clarificándose (Pizarro et al., 2021). En personas recuperadas de la enfermedad, los síntomas persistentes han sido fatiga, disnea, dolor torácico, tos, dolor de garganta, producción de esputo (Cares et al., 2019), síntomas de TEPT, angustia psicológica, dificultad para respirar, dolor en las articulaciones, cambios de voz, baja tolerancia al ejercicio, reducción en la capacidad de las actividades diarias y dolor en el pecho (Halpin et al., 2021).

La capacidad de realizar actividades de la vida diaria se ha limitado tanto en las actividades básicas como las instrumentales. Las actividades básicas están relacionadas con el cuidado personal y la movilidad (como vestirse, comer, deambular, ir al baño, higiene) mientras que las actividades instrumentales están asociadas con la capacidad de la persona para interactuar con su entorno. Las limitaciones han aumentado la dependencia del cuidado (Pizarro et al., 2021).

Las principales secuelas relacionadas con el COVID-19 han sido fragilidad, desaturación por esfuerzo, capacidad física limitada, síntomas de ansiedad y depresión (Núñez et al., 2021), fatiga y dificultad para respirar (Pizarro et al., 2021).

La persistencia de síntomas y la aparición de secuelas deriva de múltiples factores. En personas que han superado el cuadro infeccioso, la persistencia se debe a la gravedad de los síntomas, el síndrome de inmovilización por hospitalización prolongada, la hipoxemia persistente, los trastornos cardiovasculares y hemostáticos, la edad habitualmente avanzada y la coexistencia de patologías crónicas (González et al., 2020).

Así mismo, las dificultades en actividades de la vida diaria perduran en pacientes de mayor edad, personas con complicaciones durante la estancia hospitalaria, ventilación

mecánica, delirio, microhemorragias cerebrales, leucoencefalopatía o mayores requerimientos de oxígeno (Pizarro et al., 2021).

2.5 Conclusiones del capítulo

Diversos estudios han referido a la enfermedad como el origen principal de la discapacidad. En esta investigación, la discapacidad refiere a las secuelas originadas por la nueva enfermedad COVID-19. Además, se sabe que existen factores de riesgo que promueven su desarrollo y se planea explicar más adelante. Si bien, el presente capítulo da a conocer los principales síntomas y secuelas derivados del COVID-19, la magnitud de los efectos de la enfermedad permanece en investigación.

CAPÍTULO III. APOYO SOCIAL EN INDIVIDUOS EXPUESTOS A LA PANDEMIA COVID-19

El apoyo social es reconocido como un importante factor protector de la salud mental. No obstante, las medidas preventivas encargadas de desacelerar la propagación del virus SARS-CoV-2 originó la ruptura de las estructuras del apoyo social, promoviendo el aislamiento, la soledad y el aburrimiento. El presente capítulo comprende la definición del constructo, antecedentes, factores predictores y relevancia durante la pandemia.

3.1 Apoyo social

El apoyo social se describe como una estrategia de afrontamiento centrada en la solución de problemas y en la regulación emocional. Permite afrontar elementos estresantes, tales como enfermedades crónicas, estresores cotidianos y sucesos vitales (Valverde et al., 2003). Surge a partir de un proceso de transacción interpersonal, basado en recursos emocionales, instrumentales y/o informativos dirigidos a potenciar, mantener o restablecer el bienestar. Usualmente proviene de alguien con quien se tiene una estrecha relación (Moya, 1999).

El apoyo social se ha clasificado en apoyo informativo (consejo, sugerencias), instrumental (ayuda material), emocional (estima, afecto, confianza) y empático (autoafirmación, autovalidación) (Moya, 1999). Cuenta con tres componentes básicos: redes sociales (existencia, cantidad y tipos de relaciones sociales), apoyo percibido (percepción de que las relaciones sociales han proporcionado recursos) y conductas de apoyo (la recepción de conductas que ayudan a las personas a manejar las tensiones) (French et al., 2018).

En la actual investigación, el constructo ha sido evaluado con base en la valoración subjetiva, en función del apoyo social percibido. Las dimensiones valoradas son el apoyo

emocional/informativo, tangible, afectivo e interacciones sociales positivas. Además, se da a conocer el número de amigos y parientes cercanos (Cuestionario de Apoyo Social MOS-GP: Sherbourne y Stewart, 1991).

Pertenecer a una red social tiene un efecto protector en la salud general (Moya, 1999). Disminuye el riesgo de enfermedades (p. ej., herpes, infarto de miocardio, complicaciones durante el parto o trastornos psiquiátricos); acelera la recuperación; reduce las tasas de mortalidad (Valverde et al., 2003); genera mayor satisfacción laboral y familiar; aumenta la salud cardiovascular; y mejora la calidad y cantidad de sueño (French et al., 2018). Por el contrario, el aislamiento y la exclusión social se asocian con muerte prematura, depresión, complicaciones en el embarazo y discapacidad (Wilkinson & Marmot, 2003).

3.2 Antecedentes del apoyo social

Si bien, los estudios enfocados en investigar el nivel de apoyo social en población latinoamericana son limitados, investigaciones previas a la pandemia, dirigidas a investigar el nivel de apoyo social percibido en población mexicana, determinaron que la región contaba con un apoyo social suficiente (Azcárate et al., 2017; Valdez & Álvarez, 2017; Vega et al., 2018). Principalmente de amigos y familiares (Barrera & Flores, 2020).

3.3 Factores asociados con el apoyo social percibido

El nivel de apoyo social percibido proviene de los factores sociodemográficos y clínicos. El resultado varía de acuerdo con las características personales y sociales en las que se desenvuelve la persona y cómo estas influyen en su valoración subjetiva.

El sexo, la edad y el estado civil han sido factores significativos. Las mujeres han presentado mayor percepción de apoyo en comparación con los hombres (Xu et al., 2020). El aumento de la edad ha disminuido la posibilidad de solicitar apoyo. Y vivir en pareja ha

mostrado más posibilidades de buscar apoyo en contraste con personas solteras o viudas (Greaney et al., 2018). Así mismo, la prevalencia de enfermedades o lesiones se ha asociado con un apoyo social reducido (Xu et al., 2020).

El contexto económico y el trabajo también han sido factores predictores de apoyo social (French et al., 2018). Por un lado, tener una economía estable promueve la percepción de un apoyo social suficiente, mientras que la pobreza contribuye a la exclusión y el aislamiento (Wilkinson & Marmot, 2003). En tanto, el trabajo se ha asociado significativamente con el apoyo social familiar; tener un empleo precario, en el que se asume poco control se relaciona con la amenaza al bienestar financiero y psicológico, así como, el aumento del conflicto en la familia (French et al., 2018).

3.4 Apoyo social durante la pandemia de COVID-19

El distanciamiento físico empleado como medida preventiva (Tull et al., 2020) causó la ruptura del apoyo social. Como resultado se intensificó el aislamiento (Jung & Yong, 2020), suscitando a la soledad y el aburrimiento generalizados (Serafini et al., 2020).

La soledad se ha relacionado con depresión, comportamiento suicida, riesgo de desesperanza (Serafini et al., 2020), ansiedad y TEPT. Durante la pandemia, adultos jóvenes han informado niveles clínicamente elevados de depresión, ansiedad y síntomas de TEPT; además de escasa resiliencia e intolerancia ante la angustia (Liu et al., 2020).

También hay quienes experimentan mayor apoyo de familia, pareja y compañeros (Liu et al., 2020); siendo más proclives a compartir y aumentar el cuidado de los sentimientos de miembros de la familia (Zoghby et al., 2020).

Se ha informado que, a medida que las personas se adaptan a los cambios de la vida diaria aumenta la búsqueda de apoyo social (Tull et al., 2020). Claramente, el apoyo social ha variado entre los jóvenes, mientras que algunos informan síntomas referentes a la soledad,

otros manifiestan mayor apoyo social (Liu et al., 2020; Zoghby et al., 2020). Esto podría estar sujeto a diversos factores predictores.

Contar con apoyo social durante la pandemia ha favorecido la salud mental (Hou et al., 2020), los métodos de búsqueda de ayuda (Cao et al., 2020), el sueño, la autoeficacia (Xiao et al., 2020b), la percepción de riesgo para la salud (Lee & You, 2020), los cambios en el estilo de vida y los mecanismos de readaptación (Serafini et al., 2020). Del mismo modo, han disminuido las emociones desagradables (p. ej., miedo y ansiedad), la percepción y evaluación de amenaza ante eventos estresantes, la respuesta fisiológica y el comportamiento inapropiado causado por el estrés (Xiao et al., 2020a), angustia psicológica y condiciones psiquiátricas (Serafini et al., 2020).

3.5 Conclusiones del capítulo

Contar con apoyo social sólido y eficaz durante la pandemia ha sido una estrategia de afrontamiento efectiva. Algunas estrategias para promover el apoyo social han sido participar en iniciativas solidarias, actividades de ocio o entretenimiento, actividades físicas, apoyarse de hábitos y creencias religiosas, enviar mensajes, llamar y hacer reuniones virtuales (Valero et al., 2020). El contacto que incluye voz y/o video ha demostrado ser superior al correo y los mensajes (Galea et al., 2020).

Los estudios enfocados en investigar el nivel de apoyo social son reducidos, la investigación se ha enfocado en evaluar la relevancia del constructo en relación con otras variables, por ejemplo, la importancia de apoyo social en la salud mental positiva (Barrera & Flores, 2020), la funcionalidad familiar (Viteri et al., 2019), la satisfacción vital (Novoa & Barra, 2015), el afrontamiento (Amaya & Carrillo, 2015), el autocuidado (Schneider et al., 2015), entre otros.

CAPÍTULO IV. TOXICIDAD FINANCIERA EN PERSONAS PRESENTES EN LA PANDEMIA COVID-19

Previo a la pandemia, la economía mundial ya mostraba un deterioro significativo. América Latina y el Caribe declaraba altos índices de pobreza, desigualdad e inconformidad social. En México, la pandemia fomentó el aumento de la crisis económica, dado que un alto porcentaje de la población vive de los ingresos diarios y realiza trabajo informal. El presente capítulo aborda la definición del constructo, antecedentes, factores predictores y relevancia durante la pandemia.

4.1 Toxicidad financiera

La toxicidad financiera refiere a la carga financiera objetiva y la angustia financiera subjetiva proveniente de los gastos por cuenta propia. Su población de estudio se centra en individuos médicamente enfermos, debido a la presencia de toxicidad financiera durante la recuperación total de una enfermedad (Hauschildt et al., 2020). El constructo ha sido poco explorado en población general, especialmente en personas expuesta a la pandemia COVID-19.

En la investigación actual, la toxicidad financiera refiere a la angustia financiera subjetiva. El nivel de toxicidad es determinado a partir de un listado de afirmaciones relacionadas con la situación económica que vive la población general durante la pandemia (COST-FACIT versión 2: Souza et al., 2017).

A fin de recolectar más información, la presente investigación utilizó términos referentes a la toxicidad financiera, tales como tensión económica, dificultades financieras, carga económica y sufrimiento económico (Instituto Nacional del Cáncer, 2019).

4.2 Antecedentes de toxicidad financiera

Previo a la pandemia, el desempeño económico mundial registraba un descenso. De 2011 a 2019, la tasa media de crecimiento mundial era de 2.8%, cifra significativamente inferior al período 1997-2006 (3.4%). Para 2019 el comercio de bienes había caído 0.4% (Naciones Unidas [NU] / Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020).

En América Latina y el Caribe, el aumento de pobreza, la permanencia de desigualdades y el descontento generalizado mantenían un deterioro constante (NU / CEPAL, 2020). La región esperaba una importante fase de desarrollo (López, 2020), para 2020 la CEPAL preveía un crecimiento máximo de 1.3%. No obstante, la crisis sanitaria pronosticó una caída del PIB de al menos 1.8%, sin descartar que la expansión del virus registrara contracciones de entre 3 a 4% o incluso más (NU / CEPAL, 2020).

4.3 Factores asociados con la toxicidad financiera

Existen características sociodemográficas y clínicas que promueven una alta carga financiera, causando mayor vulnerabilidad ante períodos de crisis. Los factores asociados son el ingreso mensual (Joshi et al., 2022); la situación laboral; la angustia psicológica (Souza et al., 2017); los problemas de salud; la edad, en particular ser joven o adulto mayor; el desempleo; el sexo, principalmente, ser mujer (NU / CEPAL, 2020); la enfermedad crítica (Hopkins et al., 2012); y no estar incorporado a un programa de seguro (Hauschildt et al., 2020).

4.4 Toxicidad financiera durante la pandemia de COVID-19

Desde una perspectiva de salud pública, el distanciamiento físico ha sido una estrategia de prevención efectiva (Tull et al., 2020), no obstante, los efectos en la economía han sido devastadores, provocando la crisis económica global (Serafini et al., 2020).

La pandemia ha restringido el comercio internacional, la productividad, la actividad económica, las cadenas de suministro, inversiones y operaciones de servicios públicos; además de aumentar el cierre de negocios, la pérdida de empleos (Instituto Belisario Domínguez, 2020) y la suspensión de actividades y eventos (NU / CEPAL, 2020).

La restricción de intercambio de bienes y servicios afectó a América Latina y el Caribe, especialmente México y Brasil; los sectores manufactureros más grandes de la región. La prevención al riesgo y deterioro de la economía mundial ha generado en la región mayor demanda de activos seguros, menor demanda de activos financieros, depreciación de monedas, caída de precios en productos primarios y el colapso del turismo (López, 2020).

América Latina y el Caribe vive en oposición al confinamiento; del 60 a 80% de la población depende de la economía informal. Los efectos de la pandemia son particularmente visibles en el trabajo (López, 2020) y la alimentación. La expansión del desempleo, la caída en los ingresos y el aumento del precio en los alimentos ha promovido que millones de personas no obtengan suficientes comestibles, o bien, opten por provisiones más baratas y de menor calidad nutricional (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Cultura [FAO] / Comisión Económica para América y el Caribe [CEPAL], 2020).

Las consecuencias económicas negativas han conllevado resultados psicológicos adversos, tales como soledad, apoyo social reducido, depresión, ansiedad, preocupaciones financieras (Tull et al., 2020), estrés financiero (Liu et al., 2020) y el temor a una recesión

económica, la cual se ha asociado con tasas más altas de suicidio en comparación con períodos prósperos (Reger et al., 2020).

4.5 Conclusiones del capítulo

El distanciamiento social ha permitido aplanar la curva de contagios, sin embargo, aumentó la recesión económica (Instituto Belisario Domínguez, 2020). Al tratarse de una crisis humanitaria, sus consecuencias han afectado el bienestar de la población (López, 2020); México, necesita de estudios que evalúen la toxicidad financiera e identifiquen los factores predictores en la población general.

CAPÍTULO V. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD CORONAVIRUS

2019

En México, el COVID-19 ha afectado significativamente a la población, siendo amenazada la calidad de vida, el apoyo social, la seguridad financiera y el funcionamiento personal. Por ello, es necesario conocer acerca de su epidemiología, vías de transmisión, sintomatología, factores de riesgo y medidas de prevención.

5.1 Epidemiología nacional

El COVID-19 causado por el SARS-CoV-2 ha ocasionado una pandemia global (Nadim et al., 2020). Desde su aparición hasta el 23 de agosto del 2020, día en que concluyó la recolección de datos de la presente investigación, se han notificado 23,415,000 casos y 808,656 muertes (Coronavirus Resource Center, 2020). América ha sido la región con el mayor número de casos (12,283,953), seguido por Europa (3,970,890), Asia Sudoriental (3,533,807), Mediterráneo Oriental (1,816,207), África (1,000,379) y Pacífico Occidental (451,311) (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2020).

5.2 Epidemiología en México

Desde el primer caso hasta el 23 de agosto del 2020, México ha notificado 560,164 casos, 80,198 sospechosos y 60,480 muertes. Las entidades con más casos han sido Ciudad de México (92,096), Estado de México (64,595), Guanajuato (28,620), Tabasco (27,055) y Veracruz (26,971); conformando el 42.2% de todos los casos del país. La distribución por sexo en los contagios ha demostrado un predominio del 53% en hombres. La mediana de edad ha sido 44 años. En tanto, las defunciones señalan un predominio del 65% en hombres, con una mediana de edad de 63 años (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2020).

5.3 Vía de transmisión

El COVID-19 se ha transmitido principalmente al toser, estornudar o hablar. La transmisión ocurre a partir del contacto directo, mediante personas infectadas; contacto indirecto, a partir de superficies u objetos; y vía aérea, a través de microbios dentro de núcleos de gotas que pueden permanecer en el aire durante largos períodos y transmitirse aún con distancias superiores a un metro (OMS, 2020a).

5.4 Sintomatología

Habitualmente, la enfermedad se manifiesta mediante fiebre, tos seca y cansancio (Huang et al., 2020). Sin embargo, existen diversos síntomas que pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus (Centers for disease control and prevention [CDC], 2020a). Algunos síntomas principales son fatiga (Nadim et al., 2020), escalofríos, dolores musculares o corporales (CDC, 2020a), dificultad para respirar (Gralinski & Menachery, 2020), pérdida de sabor u olor (OPS, 2020a), náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal (Nadim et al., 2020; Thomas-Rüddel et al., 2020).

La sintomatología menos frecuente está constituida de congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, erupciones cutáneas y cambios de color en los dedos de manos o pies (OPS, 2020a).

Los síntomas relacionados con casos graves son fiebre, tos, expectoración, fatiga, disnea, mialgia, diarrea, cefalea, náuseas (Meng et al., 2020), infiltración pulmonar bilateral (Nadim et al., 2020), opresión torácica, mareos, dolor muscular, inconsciencia (Zhang et al., 2020) y dificultad para respirar (Qin et al., 2020).

Es recomendable buscar atención médica en caso de presentar dificultad para respirar, dolor o presión persistente en el pecho, nueva confusión, incapacidad para despertarse o permanecer despierto, y/o tener labios o cara azulados (CDC, 2020a).

Aunque muchos presentan sólo síntomas leves, es posible contagiarse de alguien que únicamente tenga tos leve o no se sienta enfermo, ya que las personas sin síntomas también pueden transmitir el virus (OMS, 2020a).

5.5 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2020b). Los casos graves de COVID-19 se distinguen en personas que mantienen un perfil de riesgo (Lasa et al., 2020).

En el caso del COVID-19, los factores de riesgo se han relacionado con el sexo masculino (Meng et al., 2020), vivir o trabajar en instituciones cerradas (Ministerio de Sanidad, 2020), tener más de 60 años, padecer una enfermedad, ser una persona con discapacidad, estar embarazada o en puerperio inmediato (Lasa et al., 2020), encontrarse en tratamiento de fertilidad, ser fumador (principalmente diagnosticado con EPOC) y tener un trasplante de órgano (Gobierno de México, 2020a),

Ante la amenaza epidémica la vulnerabilidad interna (la disposición intrínseca de la persona a ser dañada) y la amenaza externa (la pandemia) han reforzado la probabilidad de que se excedan los daños en términos sociales y de salud mental, es decir, se han considerado responsables del riesgo psicosocial; el cuál, se relaciona con los riesgos ambientales, sanitarios y económicos (OPS / OMS, 2016).

5.6 Medidas de prevención

México ha implementado la Jornada Nacional de Sana Distancia; la cual incluye suspensión de actividades no esenciales, reprogramación de eventos de concentración masiva, protección y cuidado de adultos mayores, y medidas básicas de prevención, tales como lavarse las manos, cubrir nariz y boca al estornudar o toser, no automedicarse y en caso de tener algún padecimiento respiratorio leve quedarse en casa (Gobierno de México, 2020a).

En el caso de pacientes con enfermedades crónicas se ha recomendado mantener el tratamiento médico y control metabólico, alimentarse saludablemente y realizar actividad física de acuerdo con las recomendaciones del personal de salud (IMSS, 2020).

Algunas otras medidas de prevención han sido evitar tocar superficies de alto contacto público; desinfectar superficies tocadas frecuentemente (Volkin, 2020); evitar el contacto físico; permanecer alerta ante síntomas; no colocar mascarillas en menores de 2 años, personas con problemas para respirar y personas que no puedan quitárselas sin ayuda (CDC, 2020b); mantenerse informado de fuentes oficiales; conservar distancia mínima de un metro; evitar lugares concurridos; evitar tocar ojos, nariz y boca; permanecer en casa; aislarse en caso de presentar síntomas; usar mascarilla; y en caso necesario buscar atención médica (OMS, 2020c).

5.7 Conclusiones del capítulo

El COVID-19 ha favorecido un ascenso de casos apresurado. Hasta el 23 de agosto del 2020 la Ciudad de México fue la entidad con el mayor número de casos acumulados; lugar donde se centra gran parte de la muestra. Las pandemias han sido emergencias sanitarias de gran impacto, en las que se ve amenazada la vida de muchas personas, su seguridad, el funcionamiento normal y la salud mental.

CAPÍTULO VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los casos y muertes a causa del COVID-19 han ocasionado una pandemia global. Desde su aparición hasta el 23 de agosto del 2020 (día en que concluyó la recolección de datos de la presente investigación), las autoridades de salud de la república mexicana notificaron 560,164 casos, 80,198 sospechosos y 60,480 muertes, lo que ha originado una serie de problemas a nivel físico, psicológico y social. Particularmente, en las variables calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, cuyo deterioro ha sido mayor debido a la crisis económica global, la disminución del apoyo social y el aumento de secuelas. Vivir en un contexto deficiente previo o posterior a la pandemia ha fomentado la disminución de calidad de vida.

La discapacidad, ha incrementado a causa de las secuelas físicas y emocionales derivadas del COVID-19. Las secuelas se han originado en función de diversos factores de riesgo sociodemográficos y clínicos, así como el aumento de deficiencias en funciones y estructuras corporales y la persistencia de síntomas.

Las medidas preventivas, también han inquietado el bienestar de las personas, limitando especialmente al apoyo social. La restricción del apoyo social ha fomentado sentimientos de aislamiento, niveles elevados de depresión y ansiedad, síntomas de TEPT, escasa resiliencia y poca capacidad para tolerar la angustia.

La crisis económica global, de igual forma, ha sido un factor sobresaliente para la toxicidad financiera. Específicamente, la restricción del comercio internacional, la menor producción e inversión, el colapso del turismo, la devaluación de las monedas, la caída de

precios en productos primarios, la expansión del desempleo y el aumento de la pobreza podrían contribuir significativamente en la variable. Debido a la alta demanda de recursos financieros, la toxicidad financiera ha sido un tema de estudio al abordar las enfermedades; lo que la vuelve relevante ante el COVID-19 y sus morbilidades físicas y neuropsiquiátricas correspondientes.

Las variables calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera, han manifestado una relación notable. Un estudio anterior, determinó la relación de las variables en pacientes con lesión medular, estableciendo la relación entre la cohesión familiar, niveles de independencia (capacidad de realizar actividades diarias sin el apoyo de otras personas) y la percepción de apoyo social eficaz en la percepción de calidad de vida; el estudio también indicó la relevancia de los recursos económicos, como variable predictora significativa al decidir quedarse o retirarse del tratamiento (Gaviria et al., 2006).

La presente tesis se enfoca en desarrollar modelos explicativos que permitan determinar la contribución de variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, sexo, apoyo social y toxicidad financiera) y clínicas (estado de salud, seguro médico, enfermedad crónica degenerativa, consumo de tabaco y discapacidad) en las variables dependientes calidad de vida (figura 1), discapacidad (figura 2), apoyo social (figura 3) y toxicidad financiera (figura 4).

Figura 1. Modelo predictivo propuesto para las variables predictoras de calidad de vida en población general durante la pandemia COVID-19.

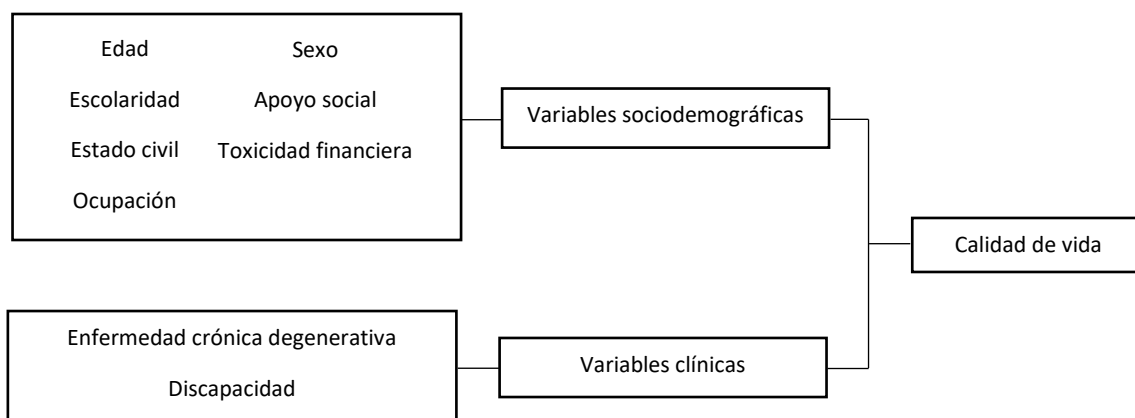


Figura 2. Modelo predictivo propuesto para las variables predictoras de discapacidad en población general durante la pandemia COVID-19.

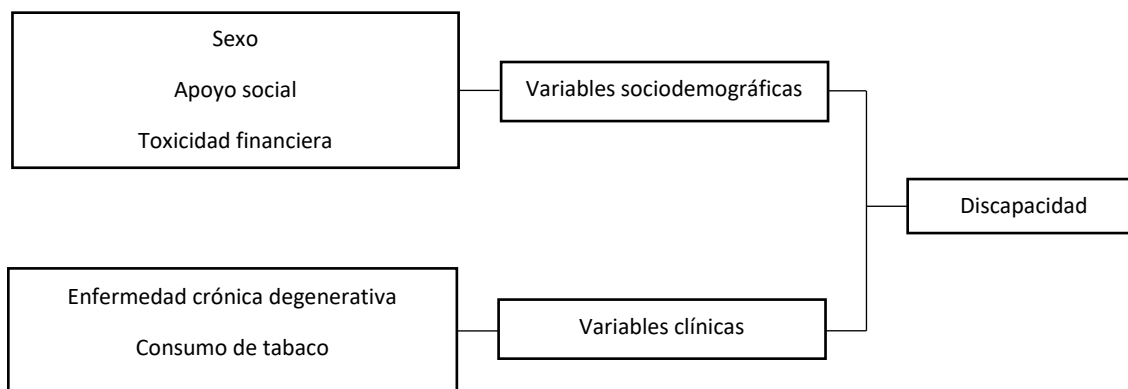


Figura 3. Modelo predictivo propuesto para las variables predictoras de apoyo social en población general durante la pandemia COVID-19.

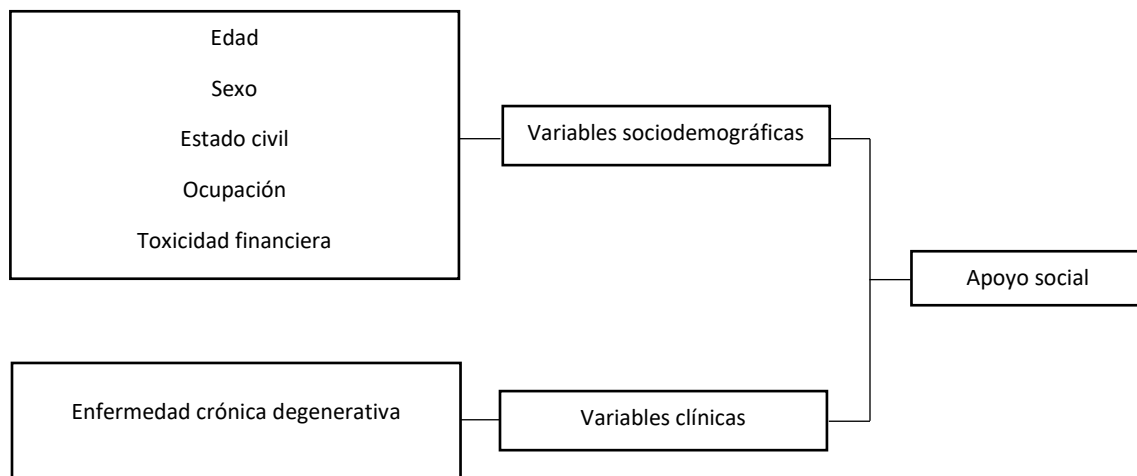
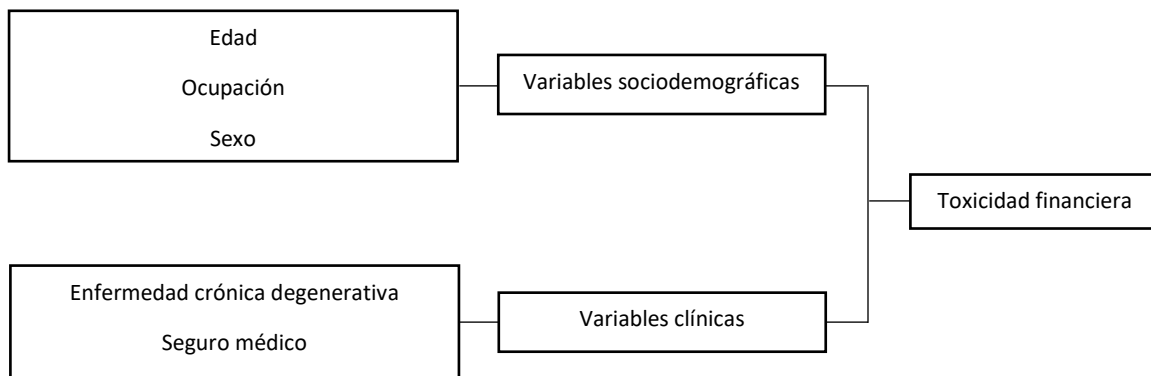


Figura 4. Modelo predictivo propuesto para las variables predictoras de toxicidad financiera en población general durante la pandemia COVID-19.



CAPÍTULO VII. MÉTODO

7.1 Objetivo general

Desarrollar un modelo explicativo de calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera y su relación con variables sociodemográficas y clínicas durante la pandemia COVID-19.

7.2 Objetivos específicos

1. Analizar el comportamiento de las variables en el modelo explicativo de calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera durante la pandemia COVID-19.
2. Analizar la relación entre las variables planteadas en el modelo explicativo de calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera durante la pandemia COVID-19.
3. Analizar si el modelo propuesto predice la calidad, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera.
4. Analizar la contribución de las variables propuestas en el modelo explicativo de calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera durante la pandemia COVID-19.

7.3 Pregunta de investigación

¿En qué medida se presenta una adecuación en términos estadísticos y conceptuales del modelo propuesto en calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera tomando en cuenta las variables sociodemográficas y clínicas?

7.4 Hipótesis

Las variables edad, escolaridad, ocupación, sexo, estado civil y apoyo social poseen una significancia positiva en el modelo explicativo de calidad de vida.

Las variables enfermedad crónico-degenerativa, discapacidad post COVID-19 y toxicidad financiera mantienen una asociación negativa en el modelo de calidad de vida.

Las variables sexo, enfermedad crónico-degenerativa, consumo de tabaco y toxicidad financiera asumen una significancia positiva en el modelo de discapacidad post-COVID-19.

El apoyo social mantiene una asociación negativa en el modelo de discapacidad post-COVID-19.

Las variables sexo, edad, estado civil y ocupación conservan una significancia positiva en el modelo explicativo de apoyo social.

La enfermedad crónico-degenerativa y toxicidad financiera mantienen una correlación negativa en el modelo de apoyo social.

Las variables sexo, edad, ocupación y enfermedad crónico-degenerativa poseen una significancia positiva en el modelo explicativo de toxicidad financiera.

El seguro médico mantiene una asociación negativa en el modelo de toxicidad financiera.

7.5 Definición de variables

Variables Dependientes

Calidad de vida

Definición conceptual: refiere a los criterios subjetivos de la persona, respecto a la valoración personal sobre la vida, de acuerdo con sus objetivos, deseos, expectativas, criterios y

preocupaciones mediados por las circunstancias, el entorno, la cultura y el sistema de valores (Sánchez & González, 2006). Se integra del estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad del funcionamiento personal (Cuestionario para Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas [FACIT-GP] Galindo et al., 2018).

Definición operacional: se identificó con base en la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas dirigido a población general (FACIT-GP), validado por Galindo, Espinoza, Meneses, Calderillo, Lerma y Santos (2018).

Discapacidad post COVID-19

Definición conceptual: refiere a las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (OMS, 2015) debido al COVID-19; la discapacidad se determina mediante la evaluación subjetiva del propio funcionamiento (Candan et al., 2020). El análisis reside en seis dimensiones de vida: comprensión y comunicación, capacidad para moverse a su alrededor, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad (Cuestionario para Evaluación de la Discapacidad [WHODAS 2.0] Organización Mundial de la Salud, 2015).

Definición operacional: se identificó con base en el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) (OMS, 2015).

Apoyo social percibido

Definición conceptual: determina la frecuencia con que la persona percibe disponer de apoyo emocional/informativo, tangible, afectivo e interacciones sociales positivas (Cuestionario de Apoyo Social MOS-GP: Sherbourne y Stewart, 1991).

Definición operacional: se identificó con base en el Cuestionario MOS GP de Apoyo Social (Medical Outcomes Study Social Support Survey) dirigido a población general, validado por Sherbourne y Stewart (1991).

Toxicidad financiera

Definición conceptual: refiere a la angustia financiera subjetiva proveniente de los gastos por cuenta propia; el nivel de toxicidad se determina mediante un listado de afirmaciones referentes a la situación económica durante la pandemia COVID-19 (Hauschildt et al., 2020).

Definición operacional: se identificó con base en el Cuestionario para la Evaluación Funcional de Toxicidad Financiera de la Terapia de Enfermedades Crónicas adaptado a la Pandemia COVID-19 (COST-FACIT Versión 2).

Variables independientes

Variables sociodemográficas

Conjunto de datos de índole social que describen las características generales de una población (Tejada, 2012). Las variables sociodemográficas consideradas en esta investigación son: edad, escolaridad, estado civil, ocupación y sexo. Las variables se clasifican mediante la cédula de identificación (apéndice 2).

Edad. Número de años que ha vivido una persona a partir de su fecha de nacimiento.

Nivel de escolaridad. Número de grados cursados en una institución escolar. La escolaridad se clasificó en: primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado.

Estado civil. Refiere al estado civil legal que mantiene una persona de acuerdo con la legislación matrimonial. En esta investigación, el estado civil se ordenó de la siguiente manera: soltero(a), divorciado(a), casado(a) y unión libre.

Ocupación. Refiere a la relación entre una actividad productiva y una retribución salarial. En el caso que ocupa esta investigación, la ocupación se ubica en tres grupos: estudiante, empleado y desempleado.

Sexo. Describe las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distingue a hombre y mujer.

Variables clínicas

Son parámetros que permiten identificar el estado de salud actual de una población. Para la presente investigación, las variables clínicas son: seguro médico, enfermedad crónica degenerativa y consumo de tabaco. Las variables se clasifican mediante la cédula de identificación (apéndice 2).

Seguro médico. Contrato establecido entre una persona y la institución de seguros. Se encarga de cubrir económicamente los servicios derivado de la atención médica debido a una enfermedad. El seguro médico se clasificó en dos grupos, (1) quienes sí cuenta con un seguro médico, ya sea público o privado; (2) y quienes no cuenta con algún seguro médico público o privado.

Enfermedad crónica degenerativa. Se caracteriza por un estado inflamatorio crónico sistémico de menor intensidad, pero persistente (Ángeles et al., 2022); avanza progresivamente hasta el final de vida. La enfermedad crónica degenerativa se sitúa en dos

grupos, (1) quienes sí tiene alguna enfermedad crónica degenerativa; (2) y quienes no tiene alguna enfermedad crónica degenerativa.

Consumo de tabaco. Refiere a la acción de fumar tabaco. El consumo de cigarros se clasificó en tres grupos: nunca, a veces y siempre.

A partir de estas variables se describen estadísticamente las características de la población objeto de estudio en esta investigación.

Participantes

Población general expuesta a la pandemia por COVID-19 (N=274 personas, 67.5% mujeres y 32.5% hombres). Seleccionada por muestreo aleatorio incidental. La edad se distribuyó entre 20 a 40 años (M = 26).

Criterios de inclusión

Participar voluntariamente por medio de la comprensión y aceptación del consentimiento informado.

Saber leer y escribir.

Criterios de exclusión

Tendencia a repetir la misma respuesta en los instrumentos.

Criterios de eliminación

Estar fuera del rango de edad establecido (20 a 40 años).

Responder más de una opción donde no es indicado.

Dejar de contestar.

7.6 Instrumentos

Cédula de Identificación

Se diseñó una cédula de identificación que incluía datos sociodemográficos y clínicos. Además, se utilizó el Cuestionario de Autoevaluación sobre Estilo de Vida: “FANTÁSTICO”, desarrollado por Wilson, Nielsen y Ciliska para la evaluación de los estilos de vida (1984); con escala tipo Likert, a fin de evaluar la variable *consumo de tabaco*. El coeficiente de correlación de las puntuaciones totales es 0.88, lo que sugiere la fiabilidad general como índice de comportamientos de estilo de vida. El 90% de la población encuestada lo clasificó como “útil, informativo y de baja dificultad”. Validado en México por López, Rodríguez, Munguía, Hernández y Casas (2000); el coeficiente de correlación por rangos de Spearman entre las calificaciones totales del test-retest, de la versión de 3 opciones de respuesta fue de $r = 0.91$ ($p = 0.01$) (apéndice 2 y apéndice 3).

Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas (Functional Assessment of Cancer Therapy – General Population, FACIT-GP). Estandarizada para población mexicana (Galindo et al., 2018)

Es una versión abreviada del FACT-G (Holzner et al., 2009) diseñada para la población general con el objetivo de evaluar la calidad de vida. Elimina los reactivos que hacen referencia a la enfermedad o el tratamiento. Se conforma de cuatro dominios: Bienestar físico, social/familiar, emocional y funcional. Consta de 21 elementos, cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “nada”, 1 “un poco”, 2 “algo”, 3 “mucho” y 4 “muchísimo”. La puntuación total varía de 0 a 84 puntos. A mayor puntuación, mejor calidad de vida (FACIT group, 2021a). En la versión de México, el FACT-GP muestra una estructura similar a la versión original con buena validez y confiabilidad en todas las

subescalas. El análisis de confiabilidad obtuvo un alfa de Cronbach global de 0.81 y el valor KMO fue de 0.71 ($p=.001$) (Galindo et al., 2022) (apéndice 4).

Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad (World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0: OMS, 2015)

Es un instrumento que permite medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. Se compone de 26 preguntas distribuidas en seis dominios: Cognición, Movilidad, Cuidado Personal, Relaciones, Actividades cotidianas y Participación; se califica del siguiente modo: 1 = Ninguna, 2 = Leve, 3 = Moderada, 4 = Severa y 5 = Extrema o no puede hacerlo. El WHODAS 2.0 proporciona un perfil y una medición total del funcionamiento y la discapacidad; es confiable y aplicable interculturalmente. La confiabilidad test-retest tiene un coeficiente de correlación intraclase de 0.69–0.89 a nivel de pregunta; de 0.93–0.96 a nivel de dominio; y de 0.98 a nivel general. Los valores de consistencia interna oscilan entre “aceptable” y “muy bueno”. En cuanto a la validez aparente, 64% de los expertos determinó que el Cuestionario mide la discapacidad de acuerdo con la definición de la CIF. También posee validez de constructo (grado en que las inferencias hechas de un estudio pueden generalizarse en los conceptos subyacentes) (OMS,2015) (apéndice 5).

Cuestionario de Apoyo Social (MOS-GP). Estandarizada para población mexicana (Herrera et al., 2021)

Es una encuesta breve, multidimensional, desarrollada por Sherbourne y Stewart (1991). La encuesta fue diseñada para indagar en términos de pensamiento reciente sobre las dimensiones de apoyo social. Consta de 19 reactivos establecidos en 4 dominios: Apoyo

social emocional/informacional, Apoyo instrumental, Interacción social positiva y Apoyo afectivo; cada uno se califica en una escala de 5 puntos en donde 1 significa “nunca”, 2 “pocas veces”, 3 “a veces”, 4 “la mayoría de las veces” y 5 “siempre”. En la versión mexicana, los reactivos obtuvieron elevada consistencia interna en cada subescala que explicó 87.48% de la varianza. El análisis de confiabilidad obtuvo un alfa de Cronbach de 0.97. El valor KMO FUE DE 0.94 ($p=.001$), lo que confirma que la muestra fue adecuada para el análisis. El cuestionario indica ser válido y confiable para la población mexicana, en particular para pacientes con enfermedades cardiovasculares (Herrera et al., 2021) (apéndice 6).

Cuestionario para la Evaluación Funcional de Toxicidad Financiera de la Terapia de Enfermedades Crónicas (COST-FACIT, Versión 2: Souza et al., 2017)

La encuesta “*Comprehensive Score for financial Toxicity*” (COST) se desarrolló con el objetivo de evaluar las dificultades financieras que experimentan los pacientes con cáncer (Souza et al., 2014); validada como medida de la toxicidad financiera (Souza et al., 2017). El cuestionario se conforma de 11 elementos: un elemento financiero, dos elementos de recursos y ocho elementos de afecto (Chan et al., 2021); además, contiene un ítem adicional, el cual se ha incluido desde su primera edición para ofrecer una síntesis global de la toxicidad financiera; el elemento adicional no se incluye en el cálculo del estudio de validación original ni en el manual de puntuación. Cada ítem se califica de 0 a 4 puntos (0 = nada, 1 = un poco, 2 = algo, 3 = mucho y 4 = muchísimo) (FACIT group, 2021b); la puntuación oscila entre 0 y 44 puntos, cuanto mayor es la puntuación, mejor es el bienestar financiero (Joshi et al., 2022). El COST fue validado en poblaciones con enfermedades crónicas, mostrando muy buena consistencia interna ($\text{alfa de Cronbach} = 0.89$) y buena validez convergente; el análisis indicó

que la medida es multidimensional en personas con enfermedades crónicas (Pavela et al., 2021); además, demostró que los resultados son consistentes con el estudio realizado por Souza y cols. (2017), en el cual la medida COST demostró alta consistencia interna (*alfa de Cronbach* = 0.92) y confiabilidad test-retest, revelando un CCI de 0.80 (intervalo de confianza del 95%, 0.57 a 0.92) (apéndice 7).

Tipo de estudio y diseño

Se utilizó un estudio no experimental, transversal, predictivo (Sampieri et al., 2014).

Procedimiento

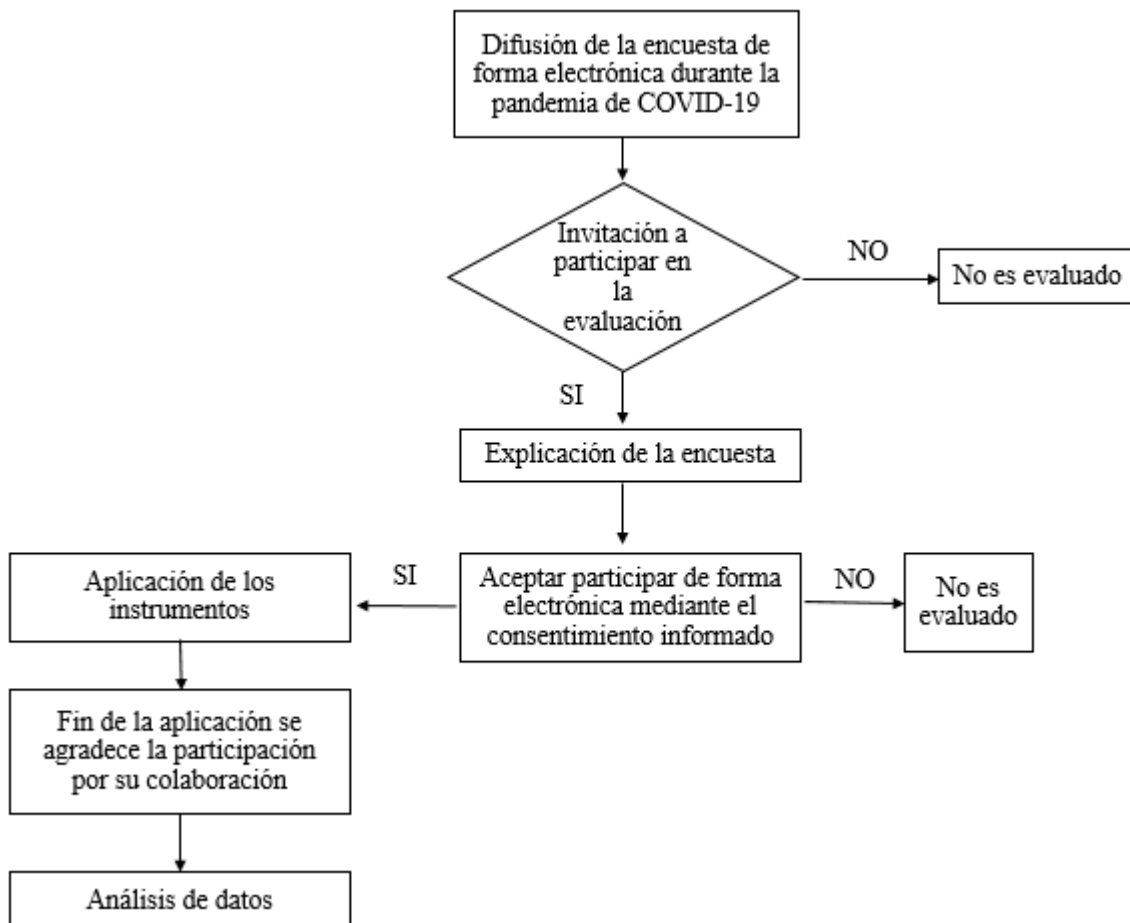
Se diseñó una encuesta en línea, mediante la plataforma Google Forms, conformada por la cédula de identificación, el Cuestionario de Autoevaluación sobre Estilo de Vida: “FANTÁSTICO”, la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas, el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad, el Cuestionario de Apoyo Social y el Cuestionario para la Evaluación Funcional de Toxicidad Financiera de la Terapia de Enfermedades Crónicas. El formulario se difundió mediante las plataformas digitales Facebook y WhatsApp.

Algunos instrumentos presentaron modificaciones; la cédula de identificación se conformó de datos sociodemográficos y clínicos, además de un inciso perteneciente al Cuestionario de Autoevaluación sobre Estilo de Vida: “FANTÁSTICO”. En el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad (WHODAS 2.0) se eliminó el ítem D6.4 correspondiente al dominio de Participación en Sociedad, dado que cuestiona el tiempo, y las opciones de respuesta no parecen aplicables a la pregunta. Por último, en el Cuestionario para la Evaluación Funcional de Toxicidad Financiera de la Terapia de Enfermedades Crónicas

(COST-FACIT, Versión 2) se modificó la redacción a fin de centrarse en la enfermedad por COVID-19.

Las consideraciones éticas, fueron señaladas por medio del consentimiento informado, en el cual se aclaró que la participación era voluntaria, la información anónima y confidencial. Los datos de la presente investigación pertenecen a quienes aceptaron participar de forma electrónica mediante el consentimiento informado (figura 5).

Figura 5. Diagrama de flujo



CAPÍTULO VIII. RESULTADOS

8.1 Estadísticos descriptivos

Población general mexicana expuesta a la pandemia de COVID-19 (N = 274) seleccionada por muestreo aleatorio incidental. La edad se distribuyó entre 20 a 40 años (M = 26, DE = 5.9). La media de edad se halló sesgada, dado que el 53% de los datos se encontró por debajo de la media, entre los 20 y 24 años. El 67% de la muestra se encontró conformado por mujeres. El 71% perteneció al nivel académico de licenciatura. Referente al estado civil, 74% estuvo conformado por personas solteras. En lo que se refiere a la ocupación, la mayoría fueron empleados (44%) y estudiantes (43%) (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de una muestra de 274 participantes.

Variable	N	%			
			Licenciatura	196	71.5
			Posgrado	28	10.2
			Edad		Ocupación
Min:20			Estudiante	119	43.4
Max: 40			Empleado	122	44.5
μ = 26.79			Desempleado	33	12.0
			Sexo		Estado civil
Mujer	185	67.5	Soltero(a)	204	74.5
Hombre	89	32.5	Divorciado(a)	8	2.9
			Escolaridad		
Secundaria	4	1.5	Casado(a)	34	12.4
Bachillerato	46	16.8	Unión libre	28	10.2

De acuerdo con las características clínicas, el 93% reportó la ausencia de síntomas de COVID-19. El 67% contó con seguro médico. El 94% señaló la ausencia de alguna enfermedad crónica degenerativa. Referente al consumo de tabaco, gran parte de la muestra reportó ‘nunca’ fumar (73.4%) (tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de una muestra de 274 participantes

Variable	N	%	Enfermedad crónico-degenerativa	
N	274	100	Sí	16 5.8
Estado de salud			No	258 94.2
Saludable (sin síntomas)	255	93.1	Consumo de tabaco	
He tenido COVID-19	19	6.9	Nunca	201 73.4
Seguro médico público o privado			A veces	61 22.3
Sí	186	67.9	Siempre	12 4.4
No	88	32.1		

Descripción de los niveles de CV en una muestra de población general.

Calidad de vida total. De acuerdo con el Cuestionario para la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas (FACIT-GP), en el cual la puntuación total varía de 0 a 84 puntos; la mayoría de los datos se distribuyó entre los 27 y 51 puntos ($M = 50.56$). Lo cual fue correspondiente con el promedio ($Mdn = 51$). Se observa que, la moda, se encuentra sesgada, dado que no representa a la población, además de existir más de una moda ($Mo = 47, 48$) (figura 6).

CV: Estado físico general de salud. La puntuación total de la subescala se distribuye entre 0 a 24 puntos. La mayoría de los datos se hallaron entre los 9 y 22 puntos ($M = 20.34$).

La media se encuentra sesgada, dado que sólo representó el 38% de la muestra ($Mdn = 22$). En tanto, la moda presentó una distancia mayor de 3 puntos con respecto al promedio de datos ($Mo = 23$) (figura 7).

CV: Ambiente familiar y social. El rango de puntuación es de 0 a 20 puntos ($M = 11.42$). La mayoría de los datos se distribuyó entre los 0 y 12 puntos ($Mdn = 12$), lo cual, correspondió con el promedio. La moda, mostró una distancia mayor con respecto a la media ($Mo = 13$) (figura 8).

CV: Estado emocional. El rango de puntuación se ordena de 0 a 16 puntos ($M = 4.70$). El promedio de la muestra fue correspondiente a la mediana, la cual se distribuyó entre los 0 y 4 puntos ($Mdn = 4$). La moda se encuentra sesgada dado que hay más de una ($Mo = 1, 5$) (figura 9).

CV: Capacidad de funcionamiento personal. El rango de puntuación es de 0 a 24 puntos ($M = 14.11$). El promedio de la muestra fue correspondiente a la mediana, la cual se distribuyó entre los 2 y 14 puntos ($Mdn = 14$). La moda, tuvo una distancia mayor sobre la media ($Mo = 17$) (figura 10).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de CV en una muestra de población general

Variable	N	%	Mín: 0
N	274	100	Máx: 20
CV global (0-84)			
Mín: 13			Media: 11.42
Máx: 71			Estado emocional (0-16)
Media: 50.56			Mín: 0
Estado físico general de salud (0-24)			Máx: 16
Mín: 0			Media: 4.70
Máx: 24			Capacidad de funcionamiento personal (0-24)
Media: 20.34			Mín: 2
Ambiente familiar y social (0-20)			Máx: 24
			Media: 14.11

Figura 6. Histograma de calidad de vida total

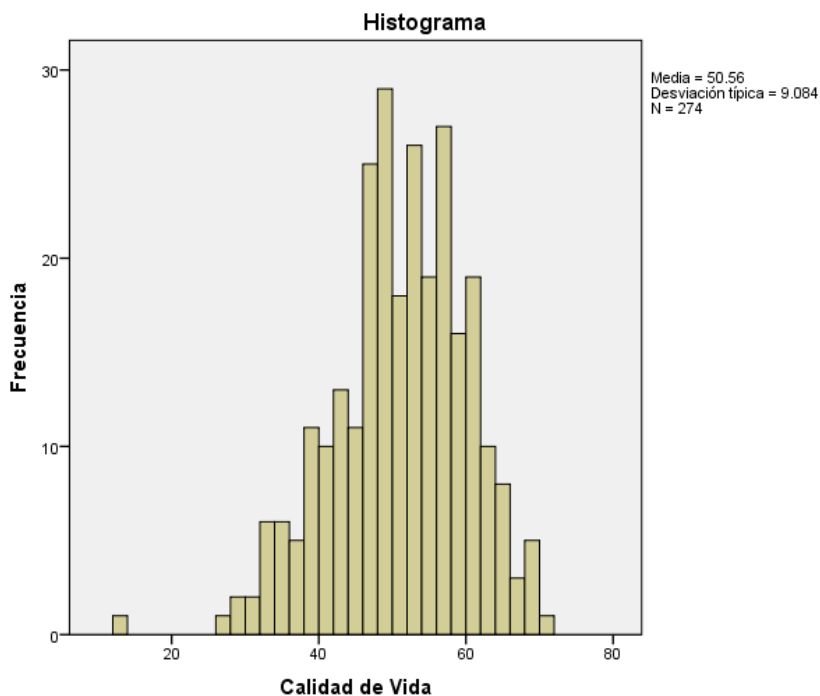


Figura 7. Histograma de estado físico general de salud

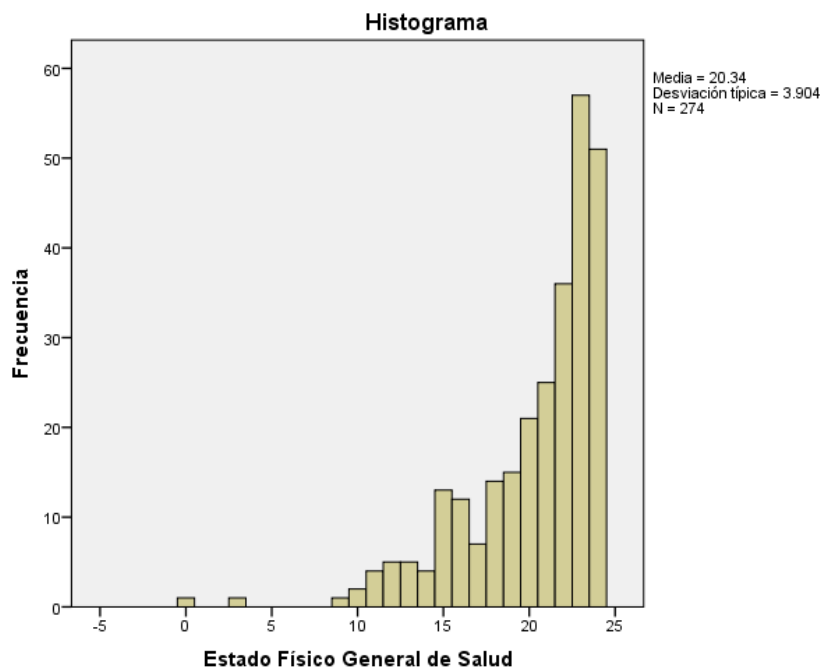


Figura 8. Histograma de ambiente familiar y social

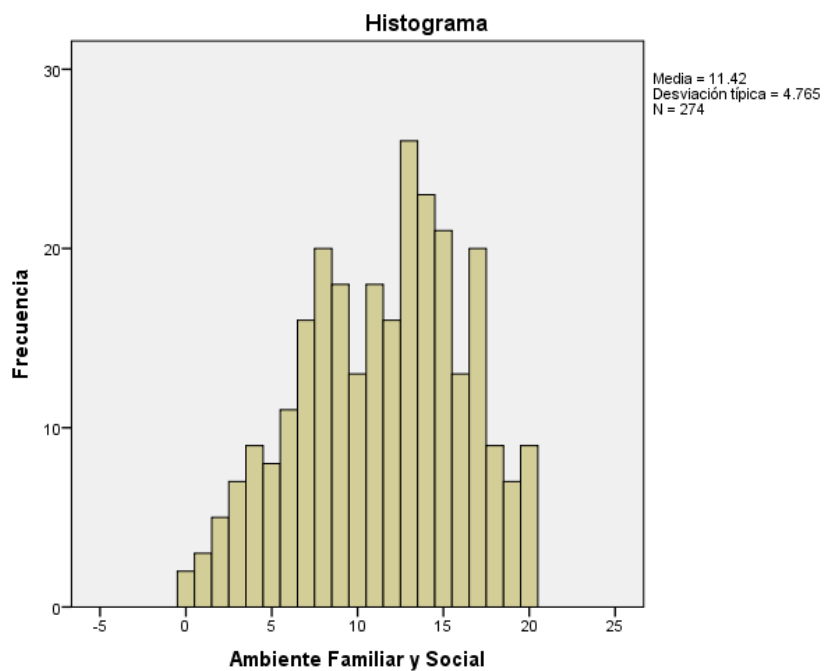


Figura 9. Histograma de estado emocional

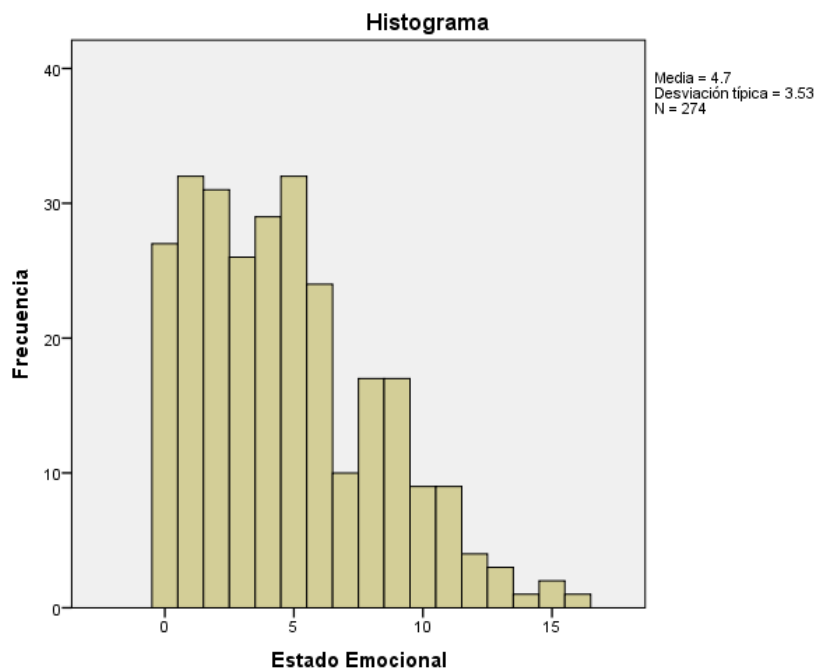
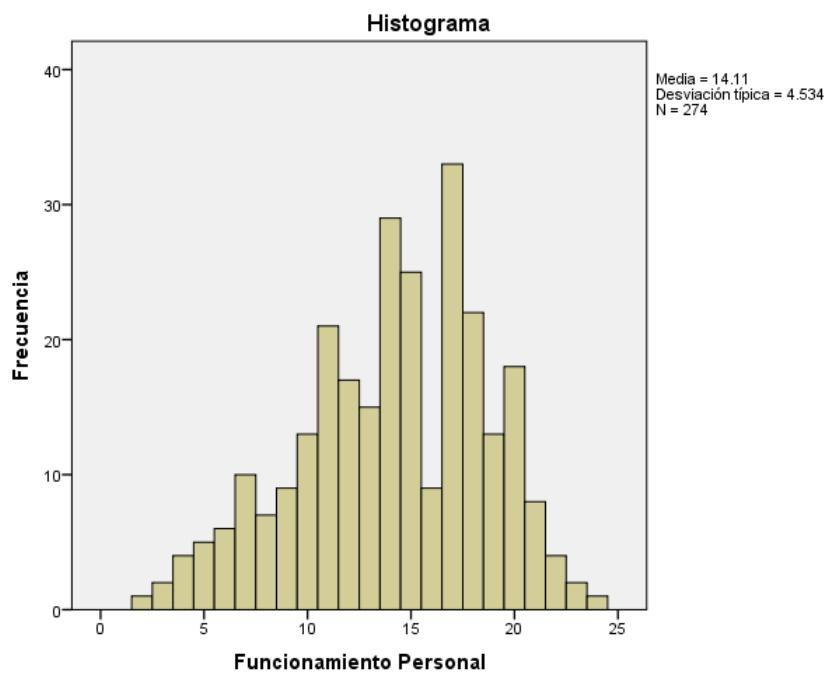


Figura 10. Histograma de capacidad de funcionamiento personal



Descripción de los niveles de discapacidad en una muestra de población general.

Discapacidad total. De acuerdo con el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad (WHODAS 2.0), en el cual la puntuación total varía de 0 a 140 puntos. El 51% de la muestra se encontró por debajo de la media, entre los 0 y 27 puntos ($M = 31.07$), lo que indica una media sesgada. En tanto, la moda fue semejante a la media ($Mo = 30$) (figura 11).

Discapacidad: Comprensión y comunicación. La puntuación de la subescala se distribuyó entre 0 a 22 puntos ($M = 6.60$). El promedio correspondió a la mediana, entre los 0 y 6 puntos. En tanto, la moda fue proporcional a la puntuación mínima (figura 12).

Discapacidad: Capacidad para moverse en su alrededor. El rango de puntuación radicó de 0 a 20 puntos ($M = 2.93$). La mayoría, se distribuyó entre los 0 y 2 puntos, lo cual, correspondió con el promedio. La moda, perteneció a la puntuación mínima (figura 13).

Discapacidad: Cuidado personal. El rango se distribuyó entre 0 a 12 puntos ($M = 1.49$), la media se encontró sesgada, dado que el 55% de los datos fue equivalente a la puntuación 0. La mediana fue correspondiente con la moda ($Mo = 0$) (figura 14).

Discapacidad: Relacionarse con otras personas. El rango de puntuación correspondió de 0 a 20 puntos ($M = 5.41$). El promedio de la muestra fue equitativo a la mediana, la cual se distribuyó entre los 0 y 5 puntos. La moda perteneció a la puntuación mínima de la subescala (figura 15).

Discapacidad: Actividades de la vida diaria. La puntuación se distribuyó de 0 a 30 puntos ($M = 7.89$), el promedio fue correspondiente con la mediana, la mayoría de los datos se hallaron entre los 0 y 7 puntos. La moda, fue proporcional a la puntuación mínima (figura 16).

Discapacidad: Participación en sociedad. El rango de puntuación fue de 0 a 23 puntos (M = 6.76), la muestra se halló sesgada, dado que el 50% de los datos se encontró por debajo de la media, entre los 0 y 5 puntos (*Mdn* = 5.50). La moda fue equivalente a la puntuación mínima (figura 17).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de discapacidad en una muestra de población general

Variable	N	%	Mín: 0
N	274	100	Máx: 12
Discapacidad global (0-140)			Media: 1.49
Mín: 0			Relacionarse con otras personas (0-20)
Máx: 114			Mín: 0
Media: 31.07			Máx: 20
Comprensión y comunicación (0-24)			Media: 5.41
Mín: 0			Actividades de la vida diaria (0-32)
Máx: 22			Mín: 0
Media: 6.60			Máx: 30
Capacidad para moverse (0-20)			Media: 7.89
Mín: 0			Participación en sociedad (0-28)
Máx: 20			Mín: 0
Media: 2.93			Máx: 23
Cuidado personal (0-16)			Media: 6.76

Discapacidad H1: En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades? En una escala de 0 a 30 puntos (M = 8.36). La muestra se encuentra sesgada, dado que el 53% de los datos se ubican por debajo de la media, entre los 0 y 5 puntos. Mientras que, la moda fue equivalente a la puntuación mínima de la escala (figura 18).

Discapacidad H2: En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud? De acuerdo con una escala de 0 a 30 puntos (M = 3.09). La muestra se encuentra sesgada, dado que el 64% de los datos corresponde a la puntuación 0, lo cual es equivalente con la moda (figura 19).

Discapacidad H3: En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud? En una escala de 0 a 30 puntos (M = 2.67). La muestra se encuentra sesgada, dado que el 69% de los datos corresponde a la puntuación 0, lo cual es equivalente con la moda (figura 20).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de discapacidad en los últimos 30 días, en una muestra de población general

Variable	N	%	Mín: 0
N	280	100	Máx: 30
Discapacidad H1 (0-30)			Media: 2.98
Mín: 0	Discapacidad H3 (0-30)		
Máx: 30	Mín: 0		
Media: 8.52	Máx: 30		
Discapacidad H2 (0-30)			Media: 2.75

Figura 11. Histograma de discapacidad total

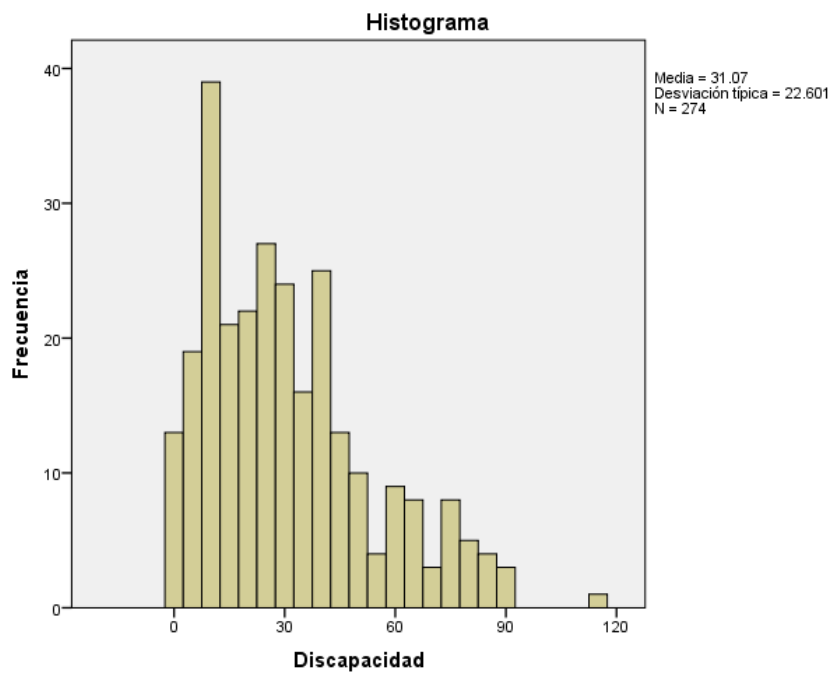


Figura 12. Histograma de discapacidad en comprensión y comunicación

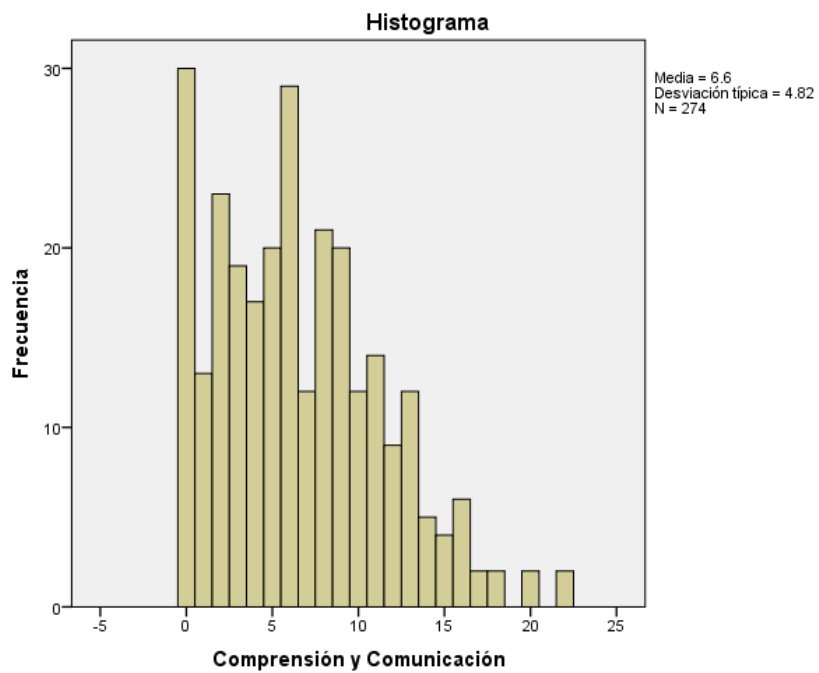


Figura 13. Histograma de discapacidad para moverse en su alrededor

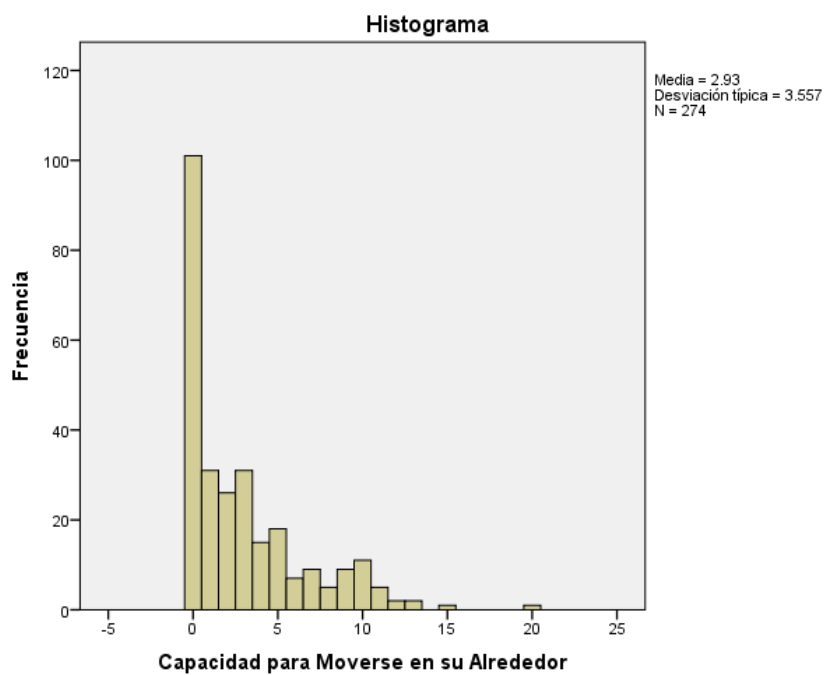


Figura 14. Histograma de discapacidad en cuidado personal

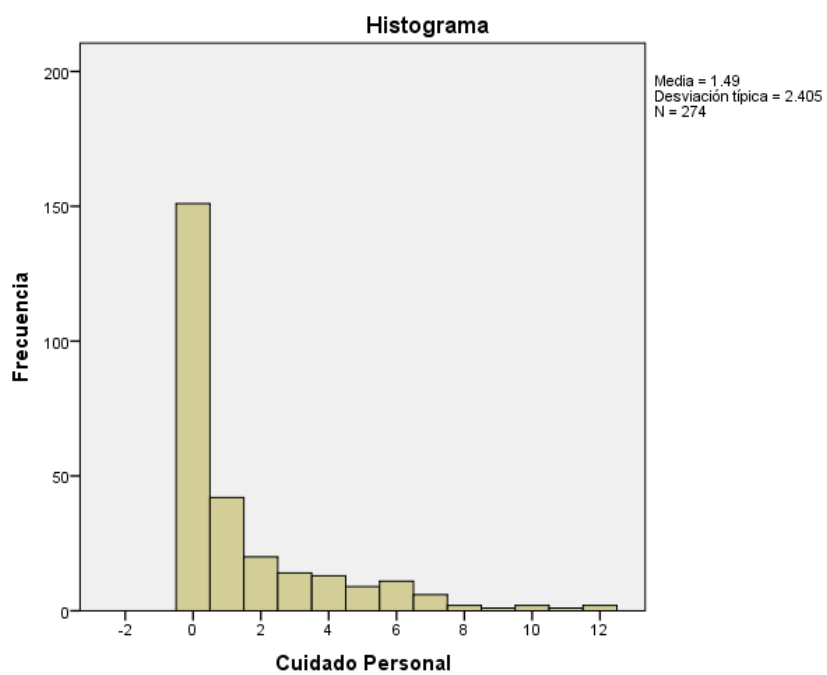


Figura 15. Histograma de discapacidad para relacionarse con otras personas

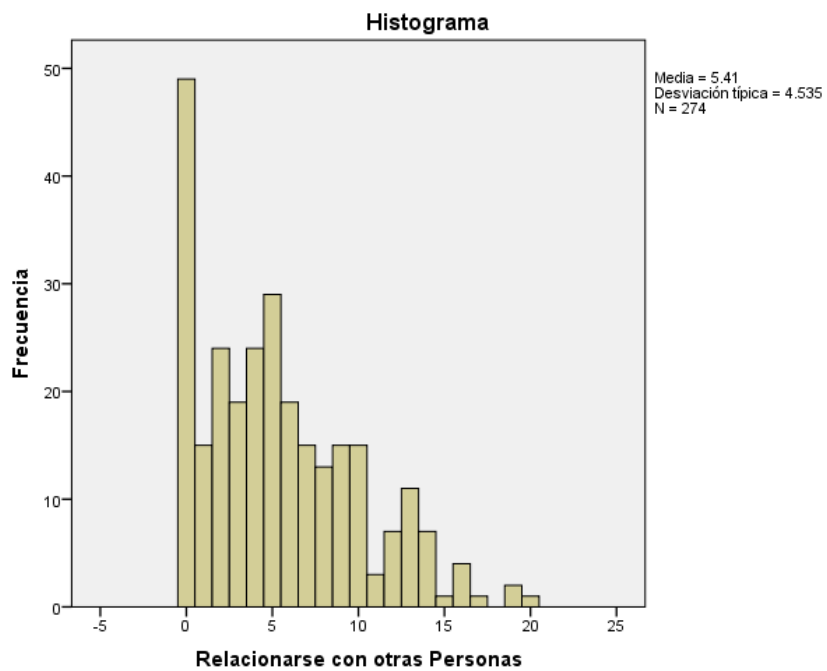


Figura 16. Histograma de discapacidad en actividades de la vida diaria

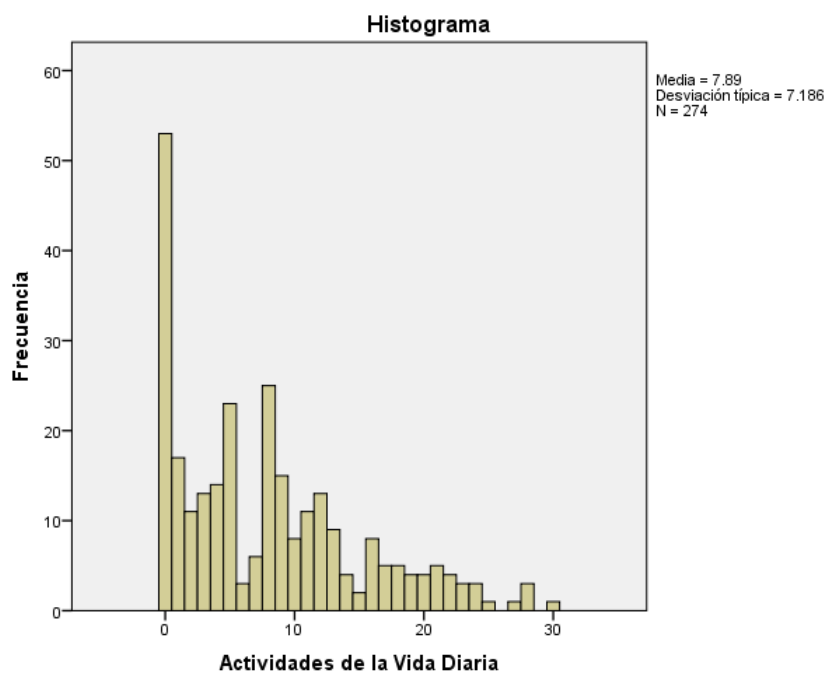


Figura 17. Histograma de discapacidad en participación en sociedad

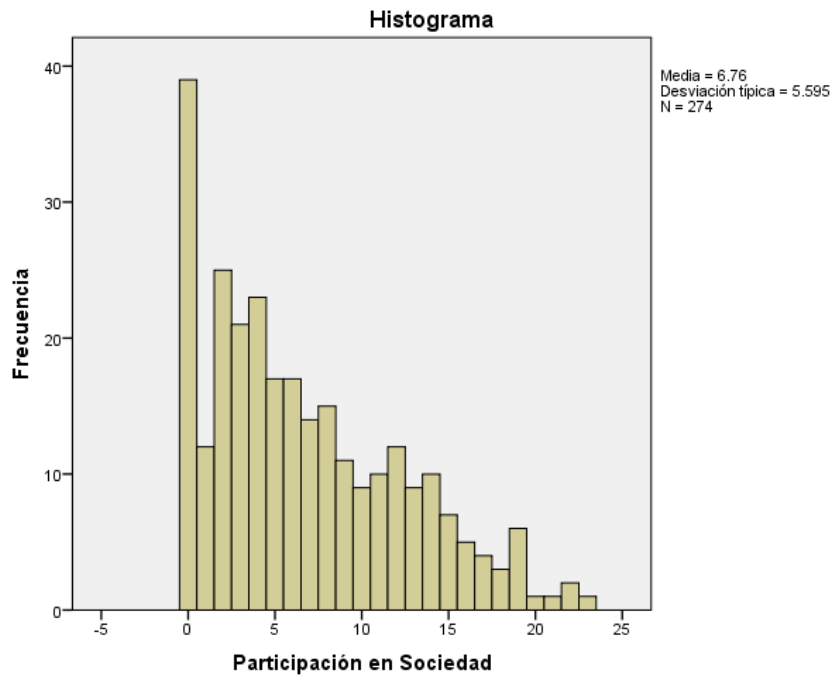


Figura 18. Histograma de discapacidad en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?

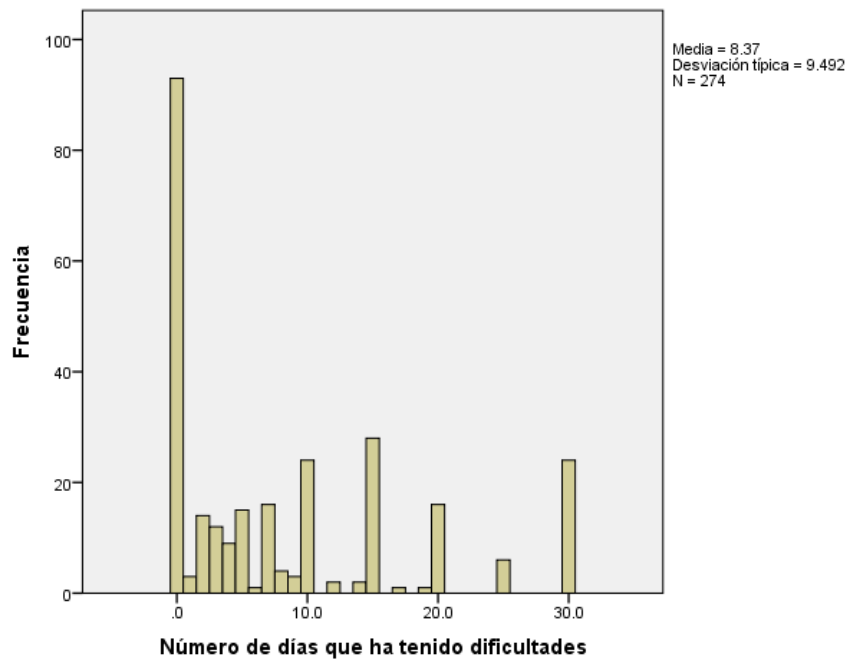


Figura 19. Histograma de discapacidad: En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?

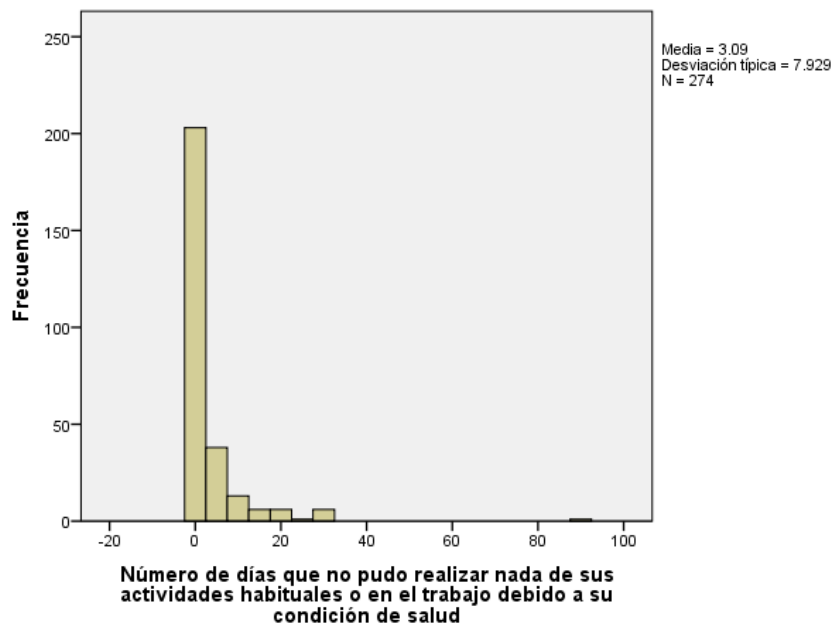
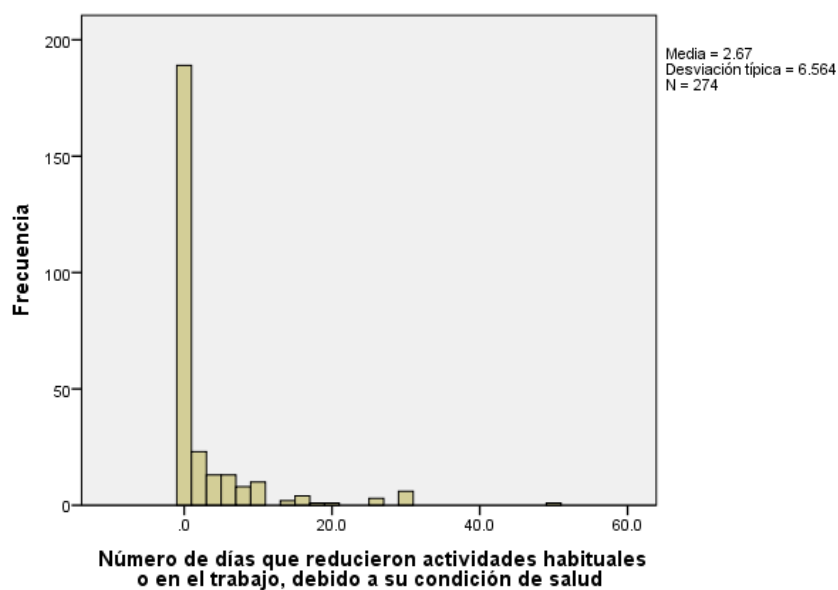


Figura 20. Histograma de discapacidad: En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?



Descripción de los niveles de apoyo social en una muestra de población general.

Apoyo social total. De acuerdo con el Cuestionario de Apoyo Social (MOS-GP), en el cual la puntuación total varía de 0 a 76 puntos ($M = 55.66$). La media representó el 37% de la población, lo que indica sesgo en el promedio. La mayoría de los datos se distribuyeron entre los 5 y 60 puntos. Mientras que la moda correspondió a la puntuación máxima de la escala (figura 21).

Apoyo social: Apoyo emocional / informacional. En un rango de puntuación de 0 a 32 puntos ($M = 22.50$), la mediana fue correspondiente con el promedio, dado que, la mayoría de los datos se situaron entre los 7 y 24 puntos. En tanto, la moda correspondió a la puntuación máxima de la subescala (figura 22).

Apoyo social: Apoyo instrumental. De acuerdo con un rango de 0 a 16 puntos ($M = 12.18$) La mayoría de los datos se distribuyó entre los 0 y 13 puntos, lo cual, correspondió con el promedio. En tanto, la moda fue equivalente a la puntuación máxima de la subescala (figura 23).

Apoyo social: Apoyo afectivo. El rango de puntuación fue de 0 a 12 puntos ($M = 9.44$). La muestra se distribuyó mayormente entre los 0 y 11 puntos, lo cual fue correspondiente con la media. Mientras que, la moda perteneció a la puntuación máxima de la subescala (figura 24).

Apoyo social: Interacción social positiva. De acuerdo con el rango de puntuación de 0 a 16 puntos ($M = 11.54$). La mayoría de los datos se distribuyó entre los 2 y 12 puntos, siendo equivalente a la media. En tanto, la moda fue correspondiente a la puntuación máxima de la subescala (figura 25).

Red de apoyo social (ítem adicional): ¿con cuantas personas (amigos y/o parientes cercanos) te sientes a gusto y puedes hablar sobre lo que piensas? De acuerdo con los resultados, las personas argumentaron sentirse a gusto en un rango de 0 a 30 amigos y parientes cercanos (M = 6.40). El 63% determinó sentirse a gusto en compañía de 0 a 5 amigos y parientes cercanos, lo que determinó un leve sesgo en el promedio de la muestra. En tanto, la moda fue equivalente con la mediana ($M_o = 5$) (figura 26).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de apoyo social en una muestra de población general

Variable	N	%	Media: 12.18
N	274	100	Apoyo afectivo (0-12)
Apoyo social global (0-76)			Mín: 0
Mín: 5			Máx: 12
Máx: 76			Media: 9.44
Media: 55.66			Interacciones sociales positivas (0-16)
Apoyo emocional / informativo (0-32)			Mín: 0
Mín: 0			Máx: 16
Máx: 32			Media: 11.54
Media: 22.50			Red de apoyo social (ítem adicional)
Apoyo tangible (0-16)			Mín: 0
Mín: 0			Máx: 30
Máx: 16			Media: 6.40

Figura 21. Histograma de apoyo social total

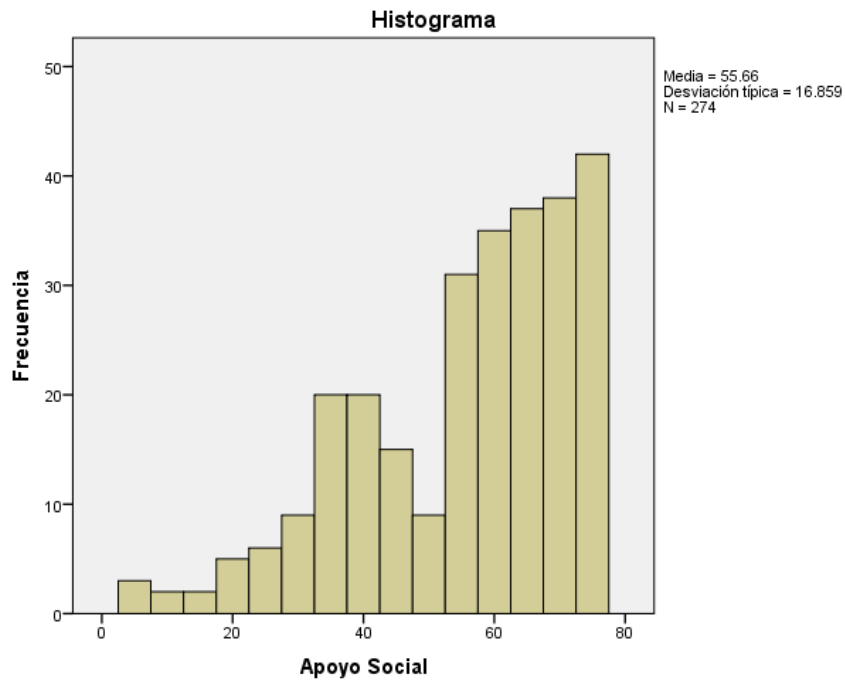


Figura 22. Histograma de apoyo emocional / informacional

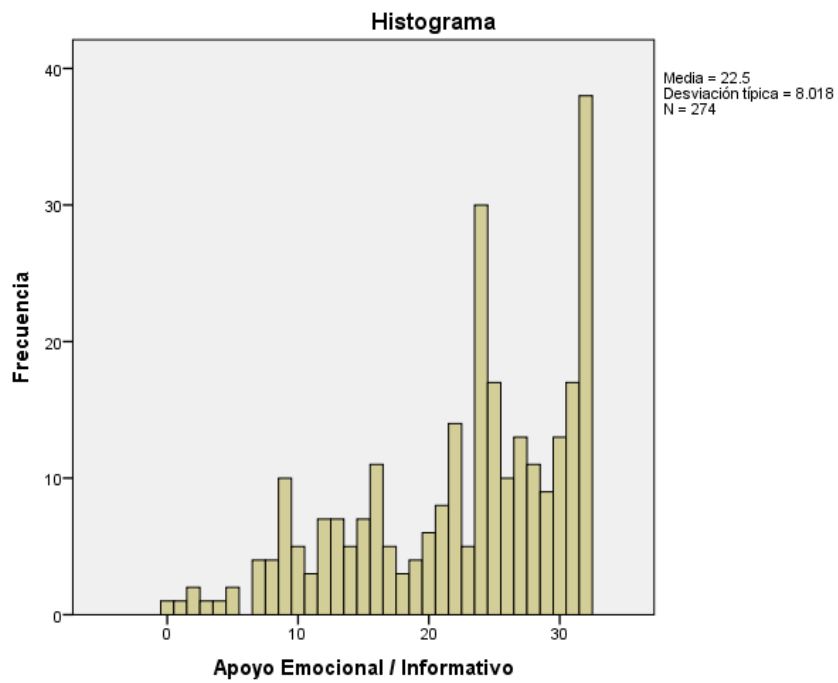


Figura 23. Histograma de apoyo instrumental

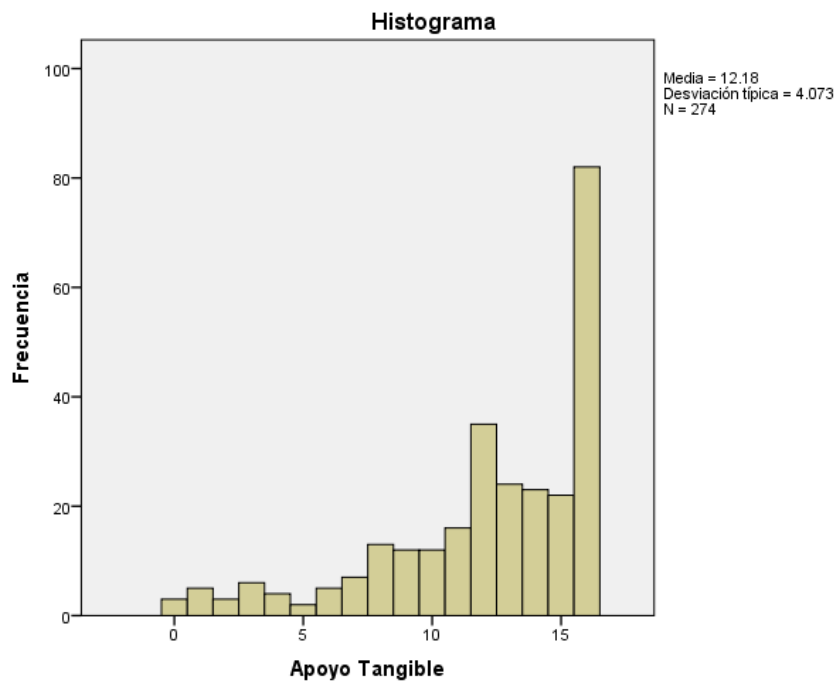


Figura 24. Histograma de apoyo afectivo

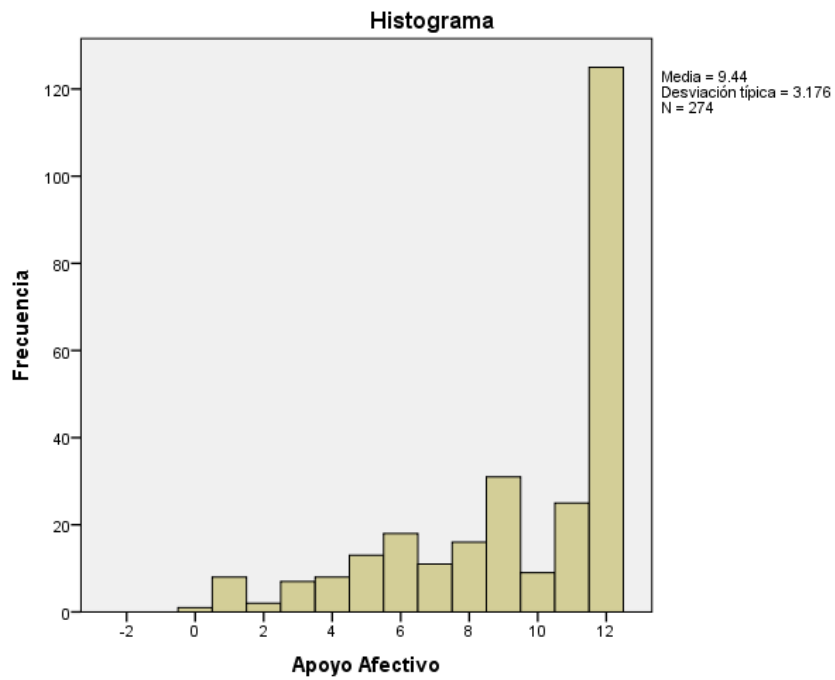


Figura 25. Histograma de interacción social positiva

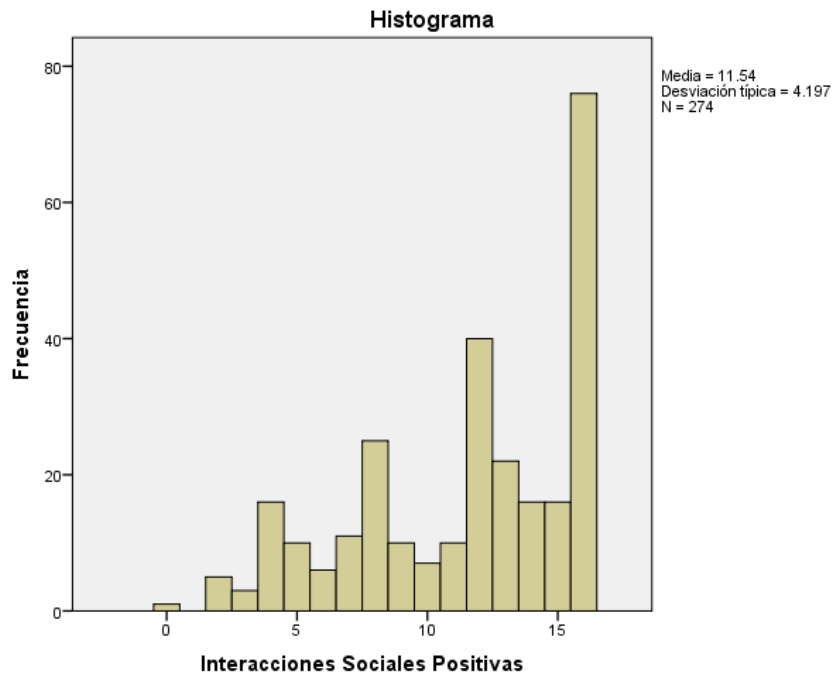
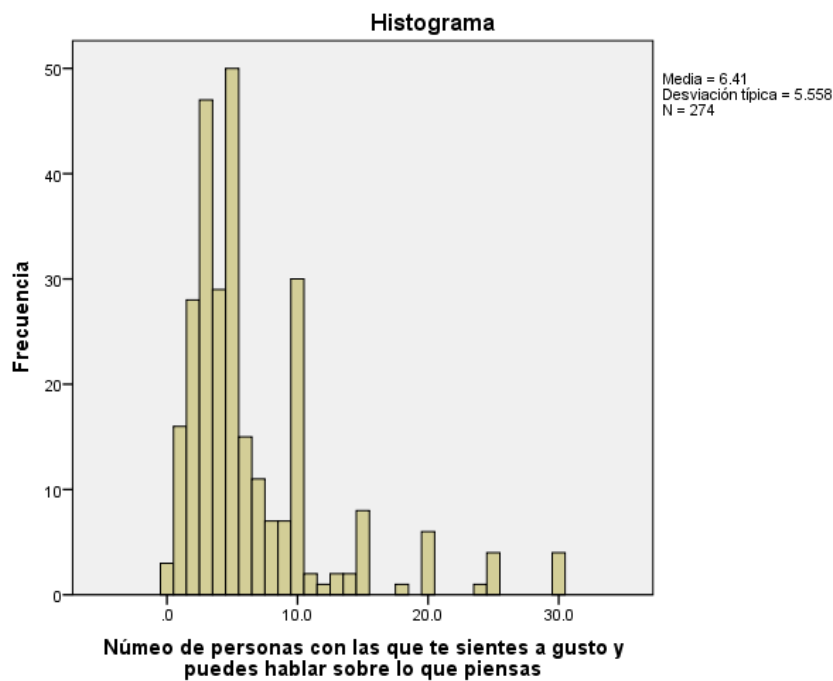


Figura 26. Histograma de red de apoyo social (ítem adicional): ¿con cuántas personas (amigos y/o parientes cercanos) te sientes a gusto y puedes hablar sobre lo que piensas?



Descripción de los niveles de toxicidad financiera en una muestra de población general.

Toxicidad financiera global. De acuerdo con el Cuestionario para la Evaluación Funcional de Toxicidad Financiera (COST-FACIT), en el cual la puntuación varía de 0 a 44 puntos ($M = 18.79$), la mayoría de los datos se distribuyó entre los 0 y 19 puntos, lo cual fue correspondiente con el promedio. Mientras que, la moda fue 10% mayor al promedio ($Mo = 20$) (figura 27).

Toxicidad financiera: La pandemia de COVID-19 ha representado una dificultad económica para mí y para la familia. De acuerdo con los resultados, en un rango de 0 a 4 puntos ($M = 1.39$), la mediana fue correspondiente con el promedio ($Mdn = 1$), al igual que la moda ($Mo = 1$). La mayoría de la población indicó que la pandemia ha representado “un poco” (31.8%) y “algo” (31%) de dificultad económica (figura 28).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de toxicidad financiera en una muestra de población general

Variable	N	%	Media: 18.79
N	274	100	Dificultad económica a causa de la pandemia (0-4)
Toxicidad financiera global (0-44)			Mín: 0
Mín: 0			Máx: 4
Máx: 41			Media: 1.39

Figura 27. Histograma de toxicidad financiera total

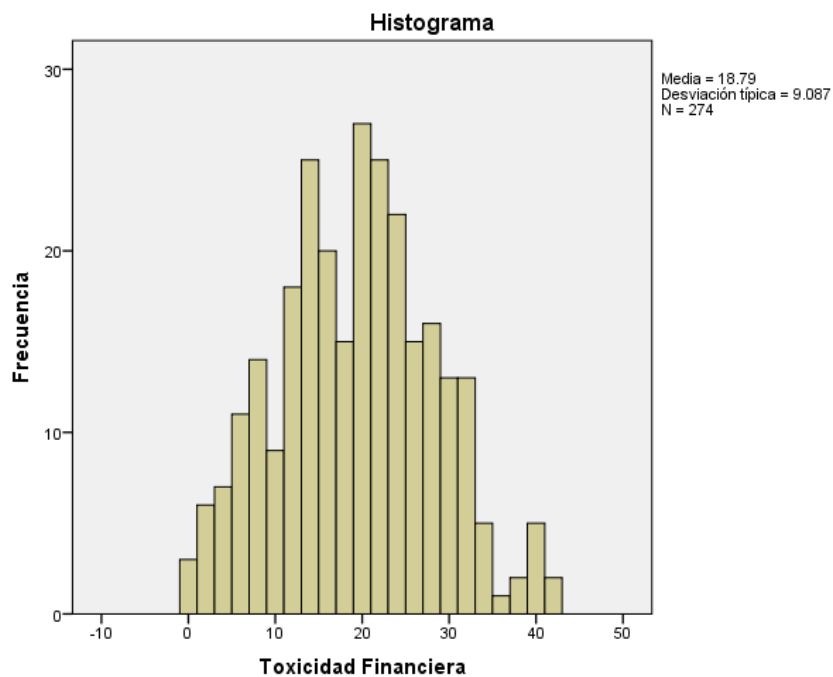
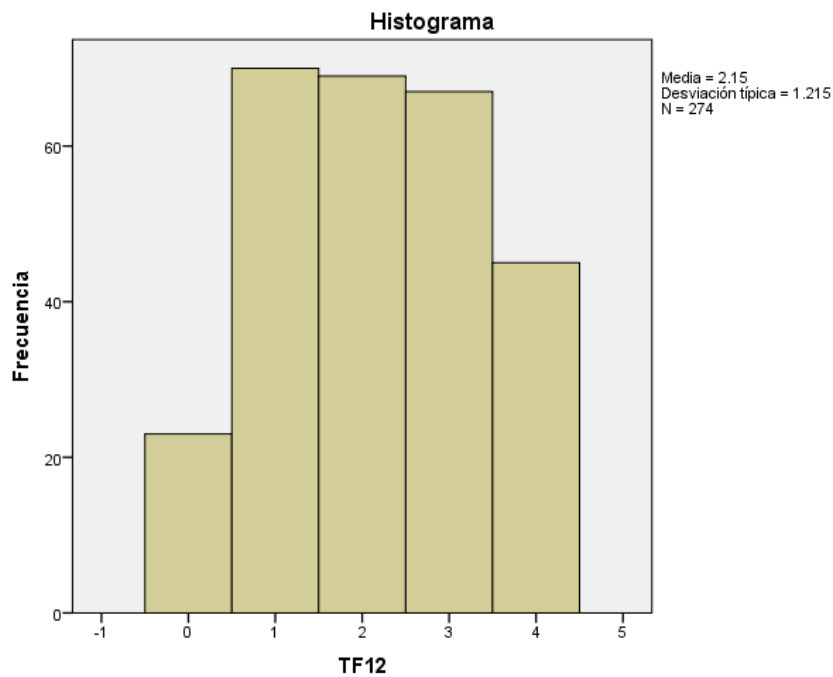


Figura 28. Histograma de toxicidad financiera: La pandemia de COVID-19 ha representado una dificultad económica para mí y para la familia



8.2 Correlaciones

8.2.1 Calidad de vida

Se realizó un análisis de correlación entre la calidad de vida y las variables demográficas y clínicas, que de acuerdo con la literatura han presentado una relación significativa (tabla 8). Además, se filtraron los datos correspondientes de las personas que presentaron COVID-19 a fin de lograr mayor precisión al plantear el nivel de significancia entre la enfermedad y la calidad de vida (tabla 9).

En la muestra total, el apoyo social obtuvo el mayor nivel de asociación, con una correlación positiva fuerte de .640 (figura 29). La discapacidad indicó una asociación fuerte con dirección negativa de -.578 (figura 30). La toxicidad financiera obtuvo una asociación positiva moderada de .330 (figura 31). Las enfermedades crónico-degenerativas tuvieron una asociación negativa débil de -.196 (figura 32). Y el estado civil obtuvo una correlación positiva muy débil de .122 (figura 33). En tanto, las variables edad, escolaridad, estado civil, ocupación y sexo no mostraron correlación significativa alguna.

En la muestra de personas contagiadas por COVID-19, el apoyo social presentó el mayor nivel de asociación con una correlación positiva fuerte de .602 (figura 34). La toxicidad financiera, tuvo una asociación positiva moderada de .410 (figura 35). La discapacidad obtuvo una correlación negativa moderada de -.388 (figura 36). La ocupación presentó una correlación positiva débil de .237 (figura 37). Las enfermedades crónico-degenerativas mostraron una correlación débil de -.205 (figura 38). El estado civil tuvo una significancia negativa muy débil de -.150 (figura 39). Al igual que la escolaridad, con una significancia de -.142 (figura 40). En tanto, las variables edad y sexo no presentaron correlación significativa.

Tabla 8. Correlación (r) entre calidad de vida y variables demográficas y clínicas

Variable	Calidad de vida		
		Estado civil	.122*
Apoyo social	.640**	Edad	.098
Discapacidad	-.578**	Escolaridad	.097
Toxicidad financiera	.330**	Ocupación	.111
Enfermedades crónico-degenerativas	-.196**	Sexo	-.001

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significativa al nivel 0.05

Figura 29. Correlación entre apoyo social y calidad de vida

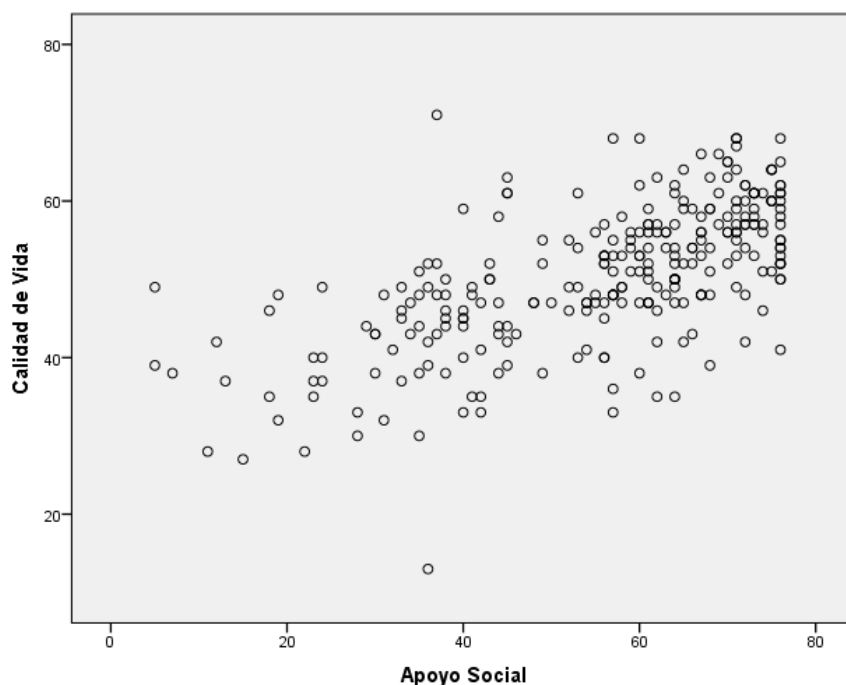


Figura 30. Correlación entre discapacidad y calidad de vida

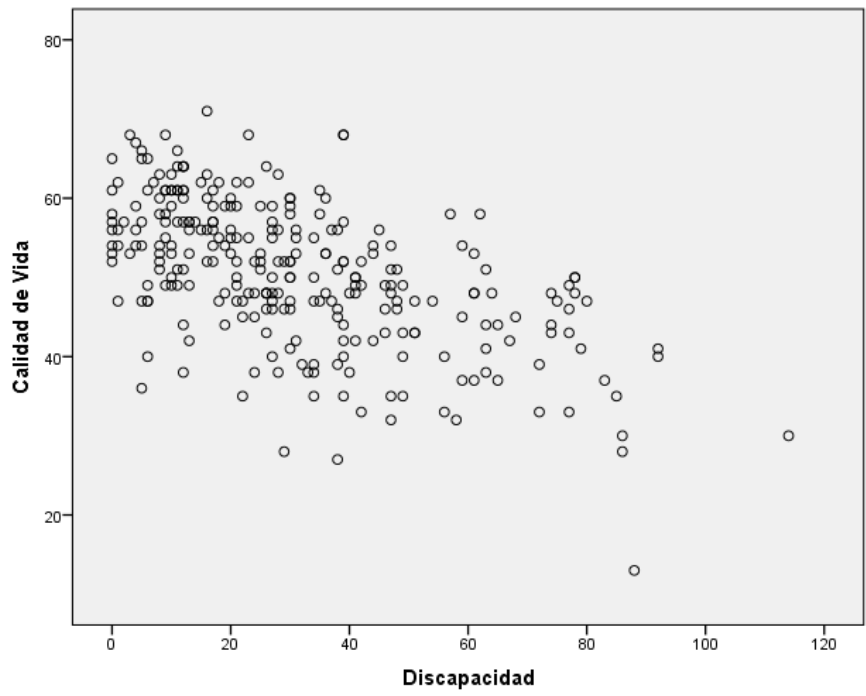


Figura 31. Correlación entre toxicidad financiera y calidad de vida

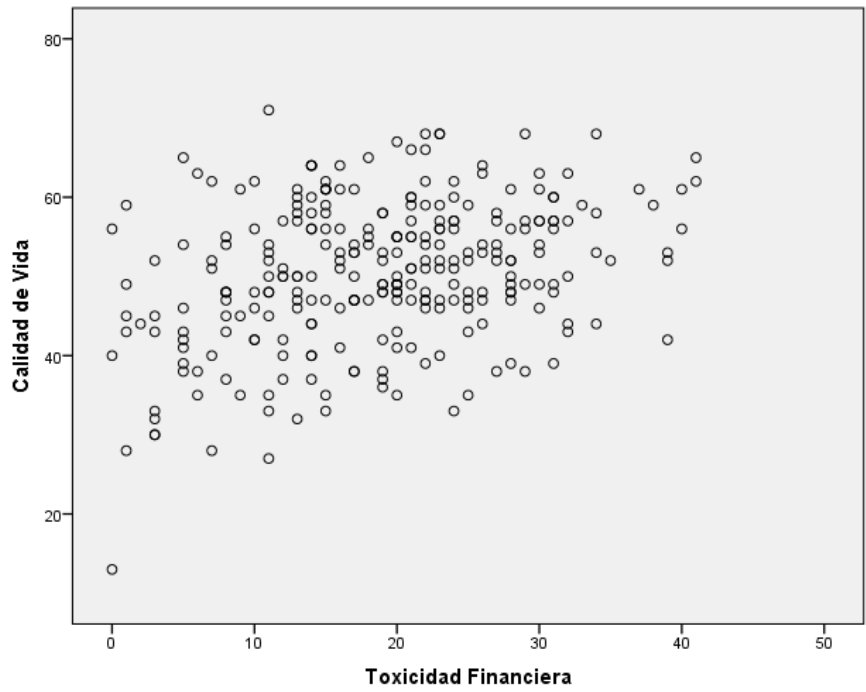


Figura 32. Correlación entre enfermedad crónico-degenerativa y calidad de vida

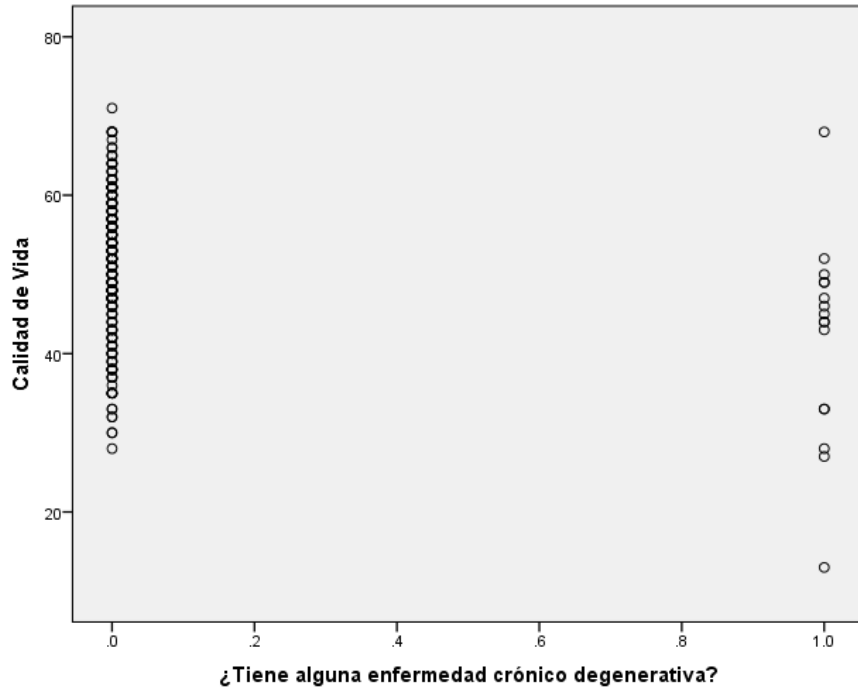


Figura 33. Correlación entre estado civil y calidad de vida

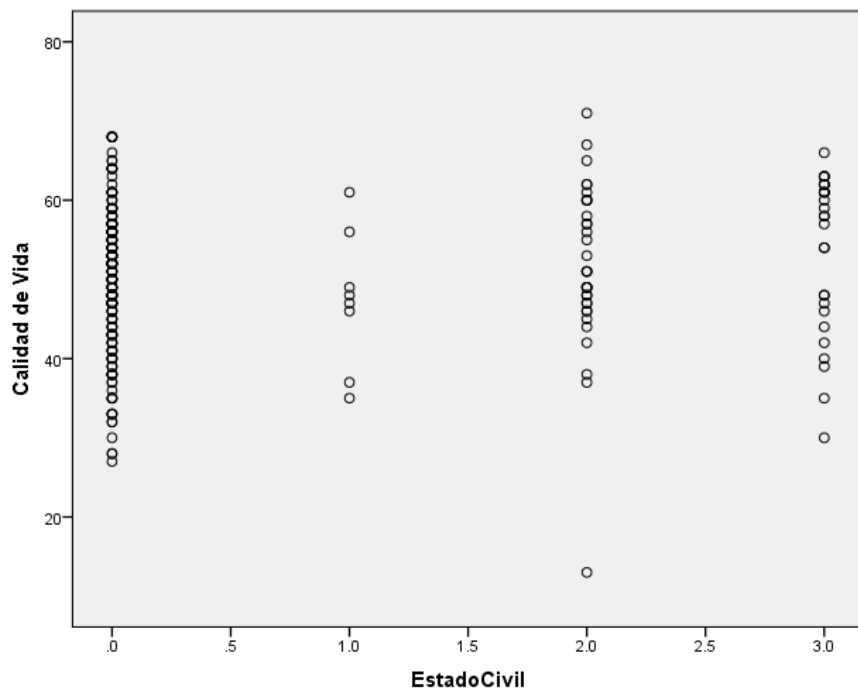


Tabla 9. Correlación (r) entre calidad de vida y variables demográficas y clínicas en personas contagiadas por COVID-19

Variable	Calidad de vida	Enfermedades crónicas- degenerativas	
Apoyo social	.602**	Estado civil	-.150*
Toxicidad financiera	.410**	Escolaridad	-.142*
Discapacidad	-.388**	Edad	-.076
Ocupación	.237**	Sexo	.083

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significativa al nivel 0.05

Figura 34. Correlación entre apoyo social y calidad de vida en personas contagiadas por COVID-19

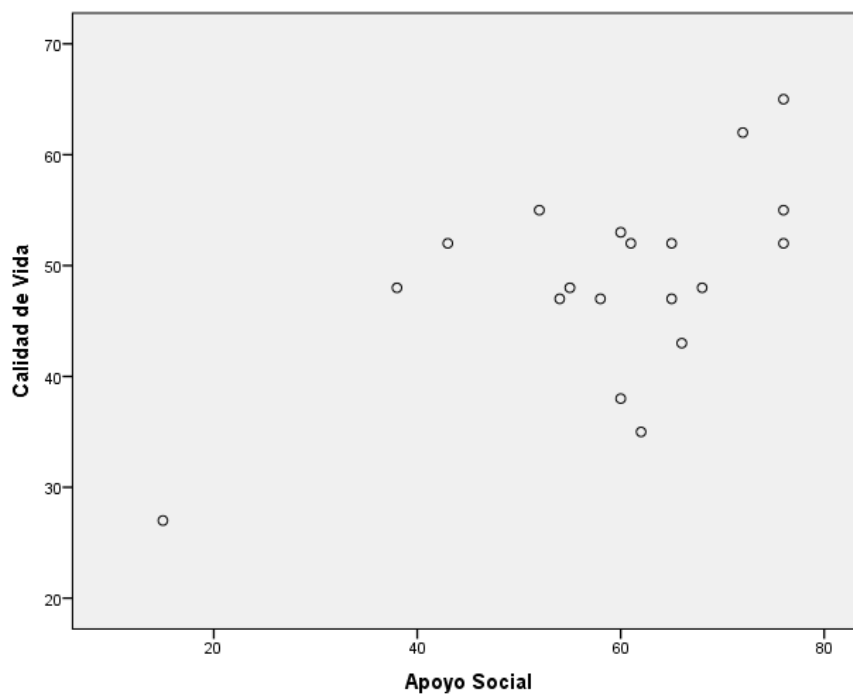


Figura 35. Correlación entre toxicidad financiera y calidad de vida en personas contagiadas por COVID-19

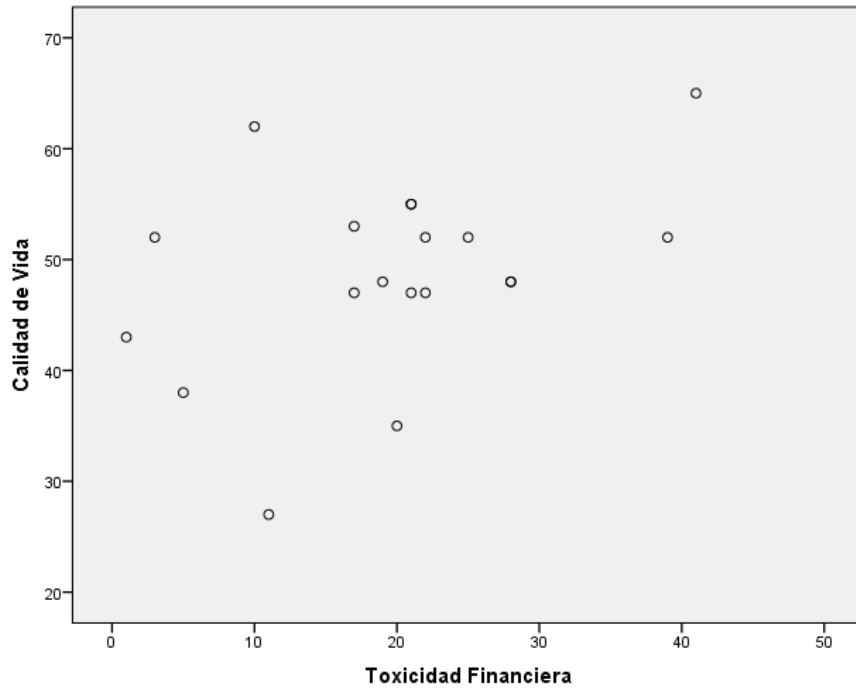


Figura 36. Correlación entre discapacidad y calidad de vida en personas contagiadas por COVID-19

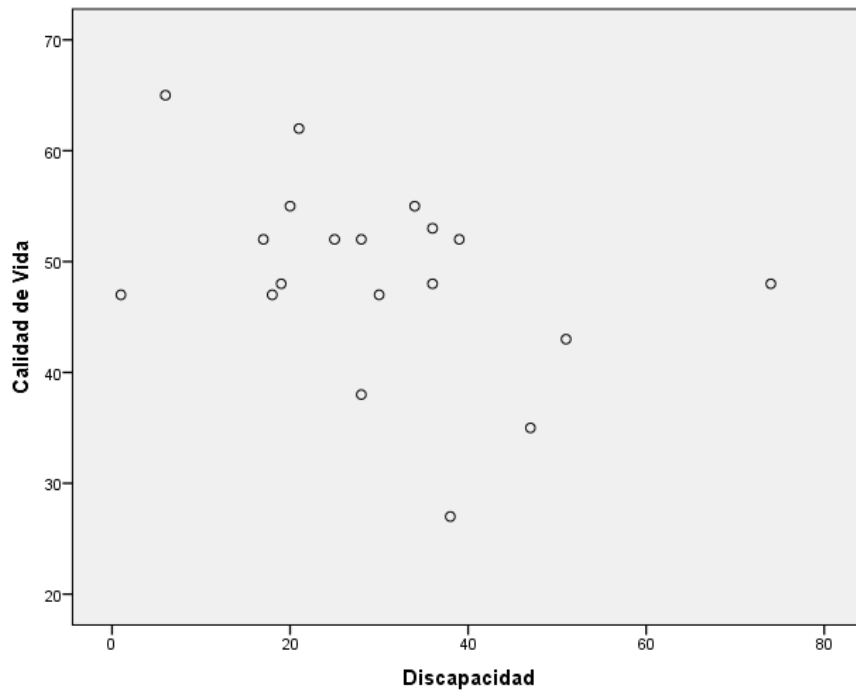


Figura 37. Correlación entre ocupación y calidad de vida en personas contagiadas por COVID-19

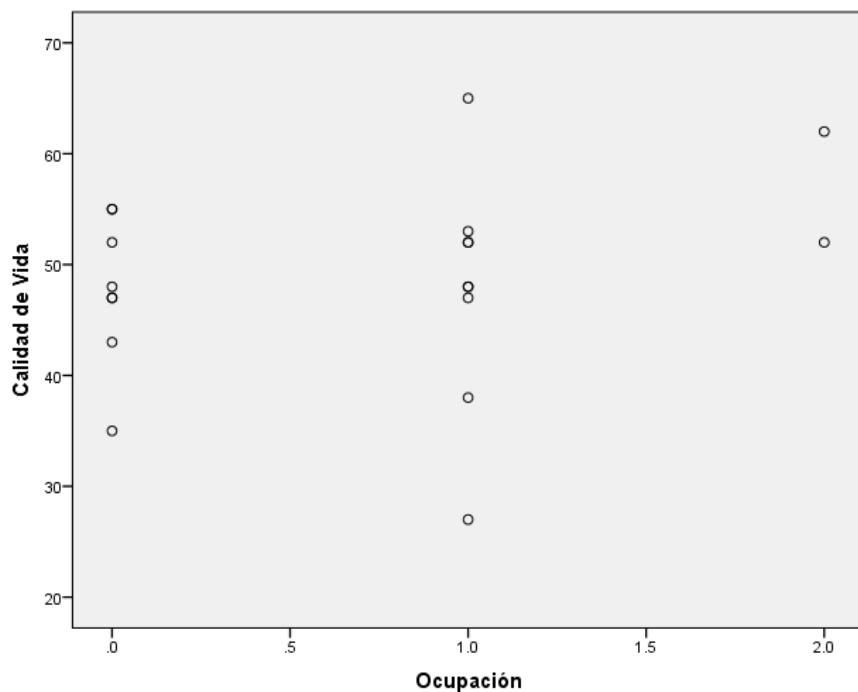


Figura 38. Correlación entre enfermedad crónico-degenerativa y calidad de vida en personas contagiadas por COVID-19

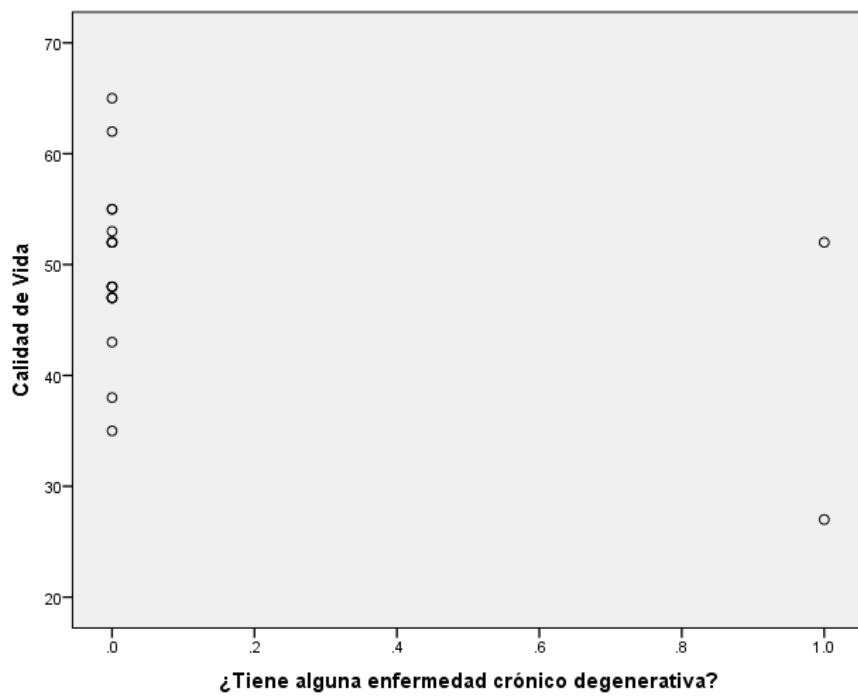


Figura 39. Correlación entre estado civil y calidad de vida en personas contagiadas por COVID-19

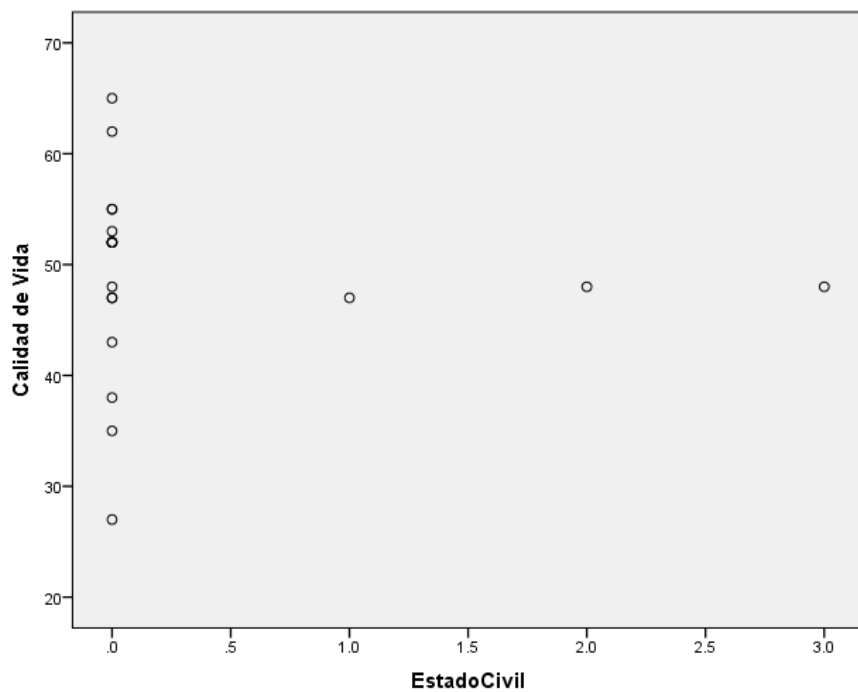
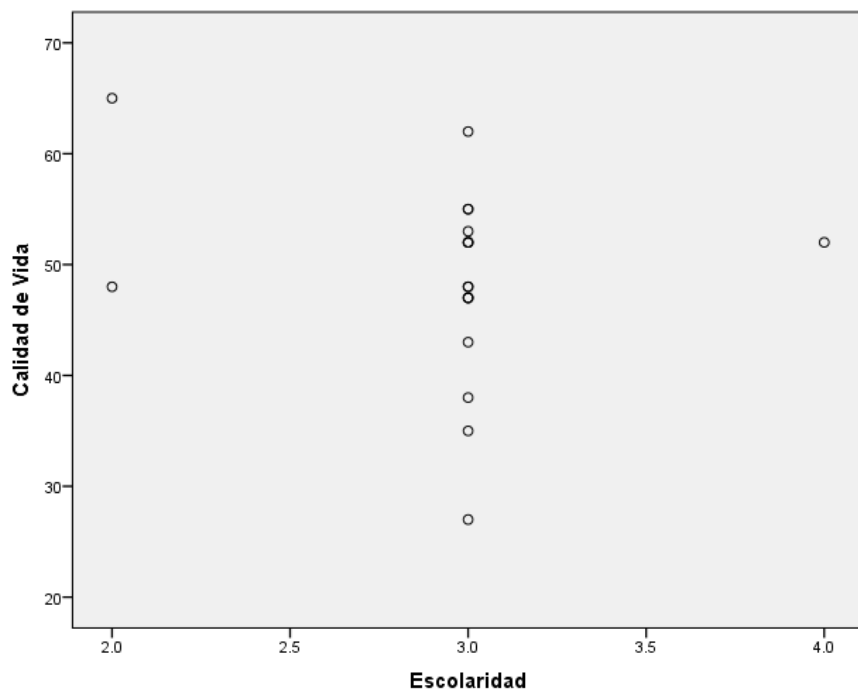


Figura 40. Correlación entre escolaridad y calidad de vida en personas contagiadas por COVID-19



8.2.2 Discapacidad

Se realizó un análisis de correlación entre discapacidad y variables demográficas y clínicas, que de acuerdo con la literatura han presentado una relación significativa (tabla 10). Además, se filtraron los datos correspondientes de quienes presentaron COVID-19 a fin de lograr mayor precisión al evaluar su relación con la discapacidad (tabla 11).

En la muestra total, el apoyo social presentó el mayor nivel de asociación con una correlación moderada negativa de $-.423$ (figura 41). Al igual que la toxicidad financiera con una correlación de $-.414$ (figura 42). Las enfermedades crónico-degenerativas y el sexo obtuvieron una correlación positiva muy débil de $.160$ (figura 43) y de $.112$ (figura 44), respectivamente. La variable consumo de tabaco no determinó una correlación significativa.

En personas contagiadas por COVID-19, el apoyo social presentó el mayor nivel de asociación con dirección negativa moderada de $-.425$ (figura 45). Así como la toxicidad financiera, con una correlación de $-.350$ (figura 46). El sexo mostró una asociación positiva débil de $-.217$ (figura 47). Y el consumo de tabaco una correlación positiva muy débil de $.108$ (figura 48). La enfermedad crónico-degenerativa no presentó correlación significativa.

Tabla 10. Correlación (r) entre discapacidad y variables demográficas y clínicas

Variable	Discapacidad
Apoyo social	$-.423^{**}$
Toxicidad financiera	$-.414^{**}$
Enfermedades crónico-degenerativas	$.160^{**}$
Sexo	$.112^{*}$
Consumo de tabaco	$.085$

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significativa al nivel 0.05

Figura 41. Correlación entre apoyo social y discapacidad

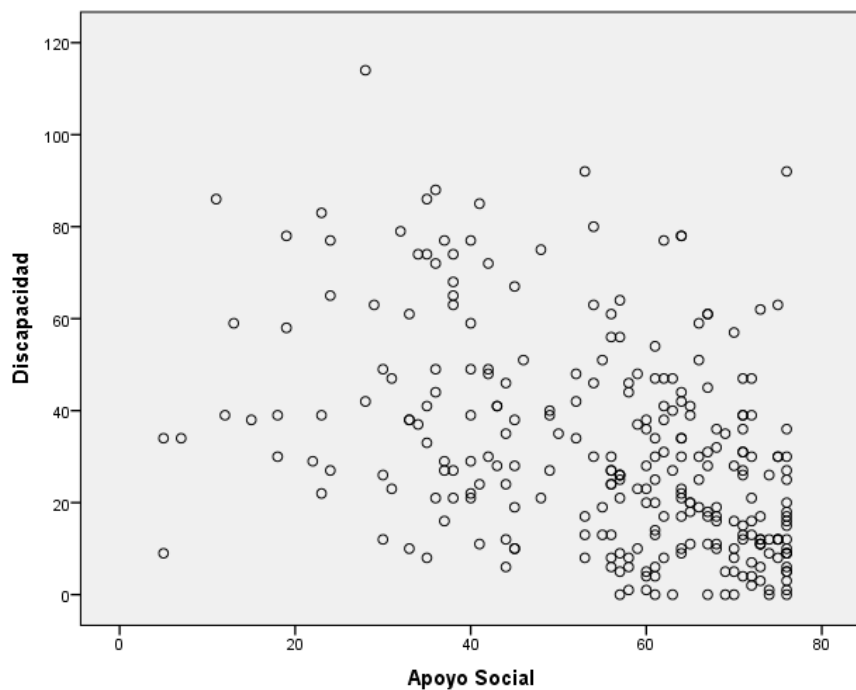


Figura 42. Correlación entre toxicidad financiera y discapacidad

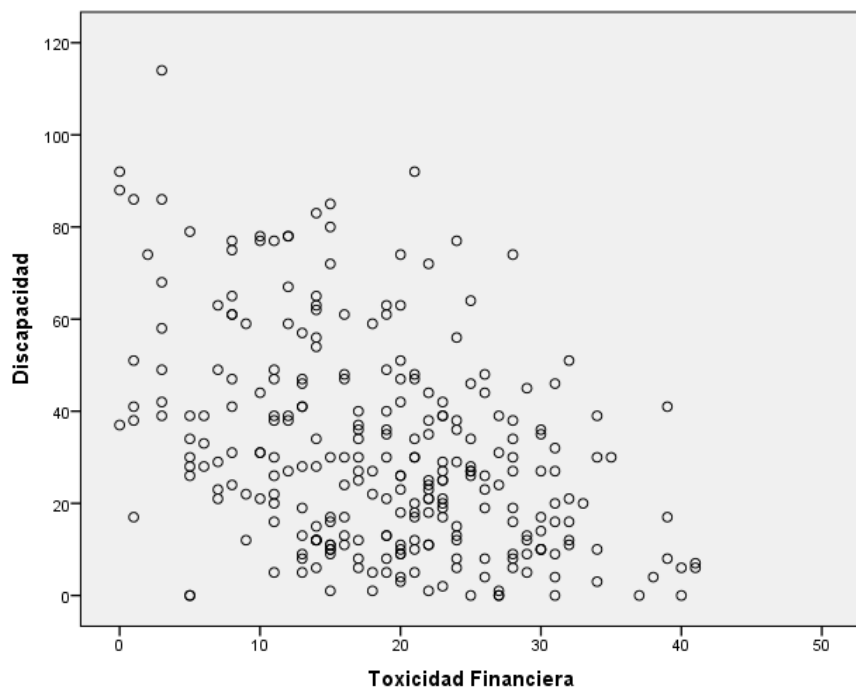


Figura 43. Correlación entre enfermedades crónico-degenerativas y discapacidad

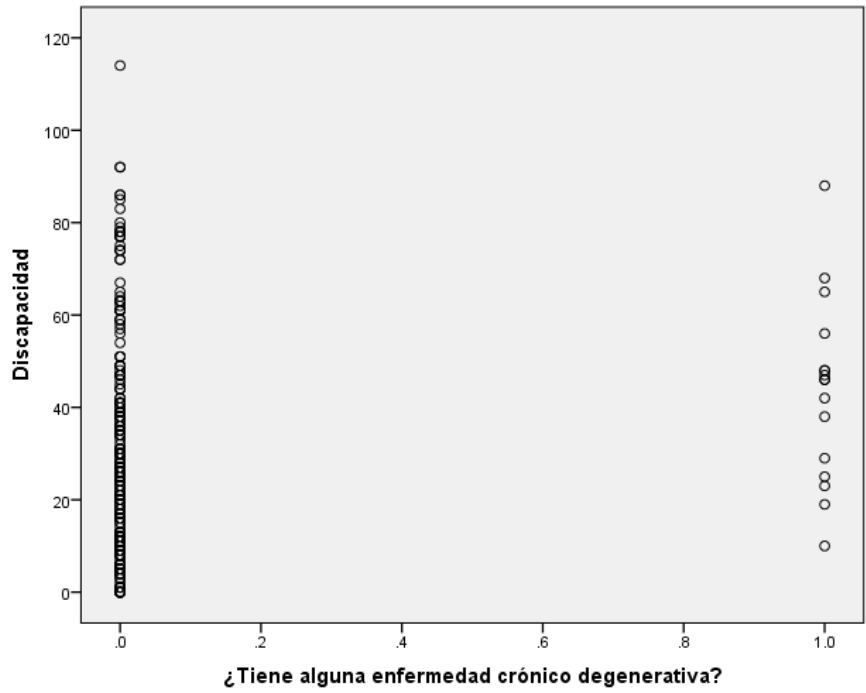


Figura 44. Correlación entre sexo y discapacidad

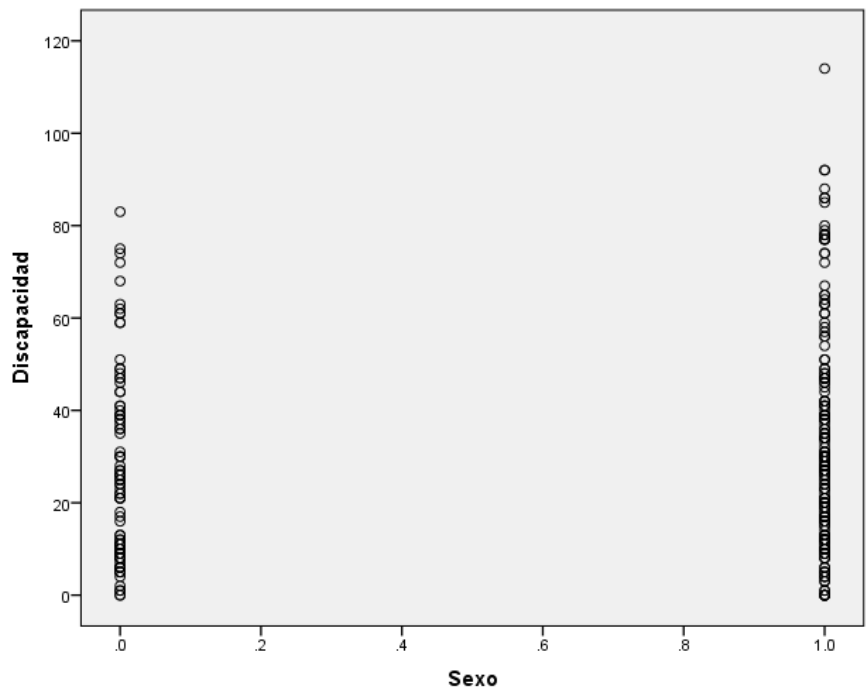


Tabla 11. Correlación (r) entre discapacidad y variables demográficas y clínicas en personas contagiadas por COVID-19

Variable	Discapacidad
Apoyo social	-.425**
Toxicidad financiera	-.350**
Sexo	-.217**
Consumo de tabaco	.108*
Enfermedades crónico-degenerativas	.094

Figura 45. Correlación entre apoyo social y discapacidad en personas contagiadas por COVID-19

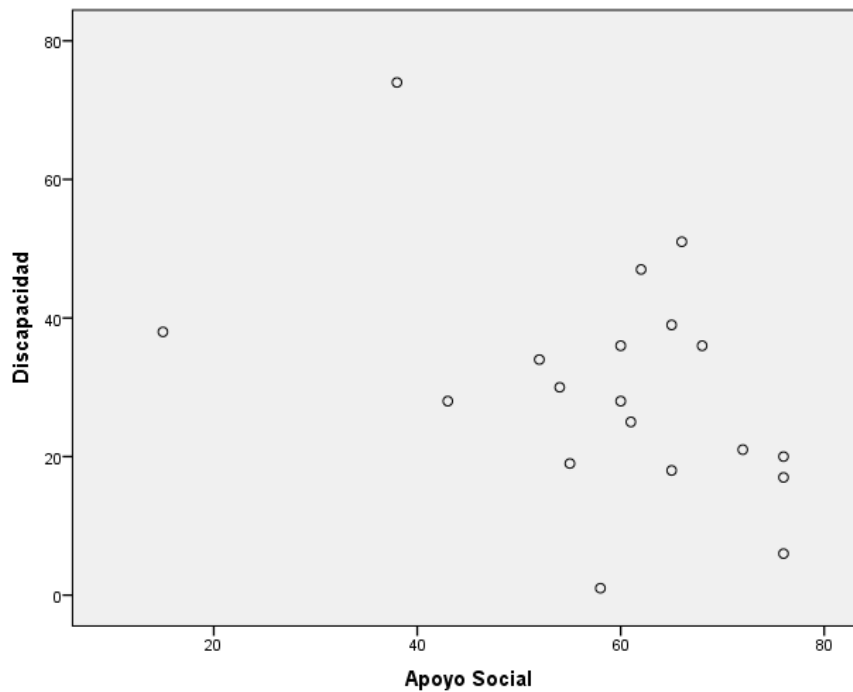


Figura 46. Correlación entre toxicidad financiera y discapacidad en personas contagiadas por COVID-19

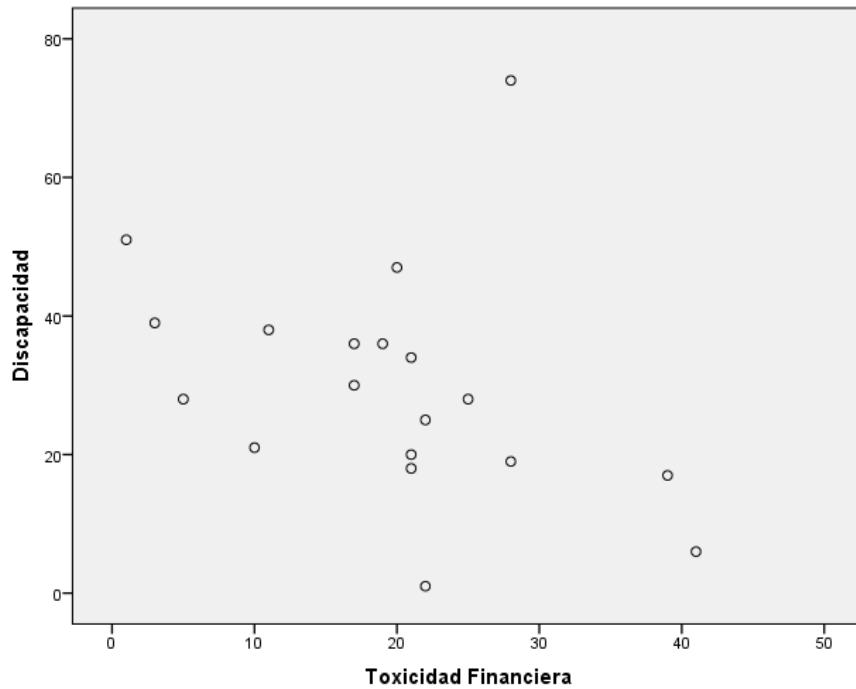


Figura 47. Correlación entre sexo y discapacidad en personas contagiadas por COVID-19

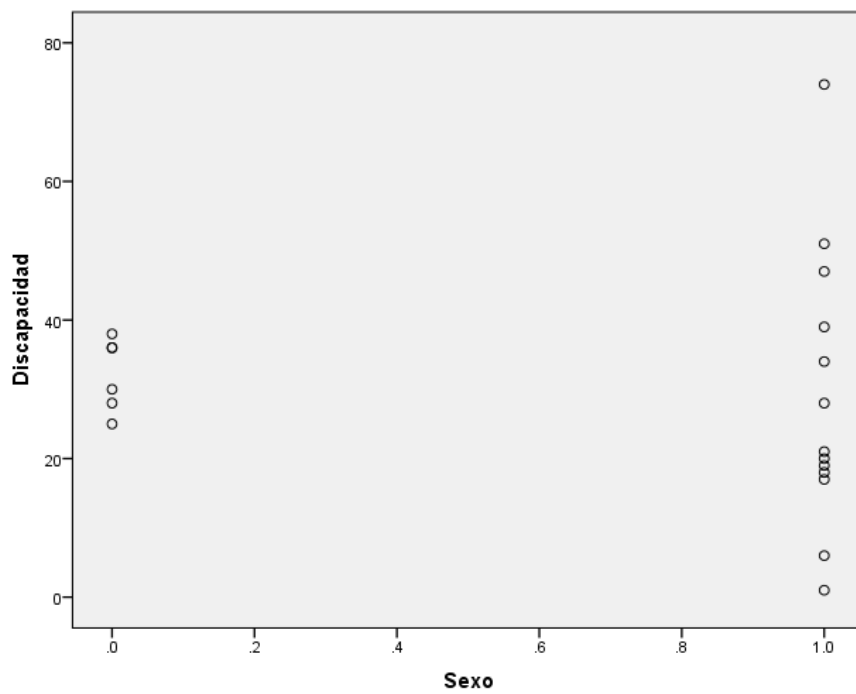
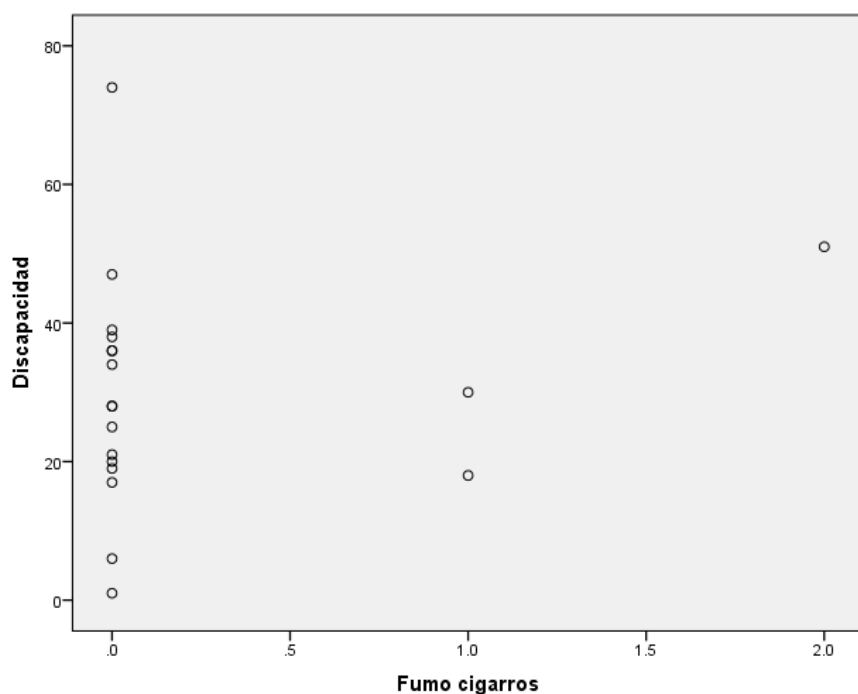


Figura 48. Correlación entre consumo de tabaco y discapacidad en personas contagiadas por COVID-19



8.2.3 Apoyo social

Se realizó un análisis de correlación entre el apoyo social y las variables demográficas y clínicas, que de acuerdo con la literatura han presentado una relación significativa (tabla 12). Además, se filtraron los datos correspondientes a las personas que presentaron COVID-19 a fin de lograr mayor precisión al plantear el nivel de significancia entre la enfermedad y el apoyo social (tabla 13).

En la muestra total, la toxicidad financiera fue la variable con el mayor nivel de asociación, con una correlación moderada positiva de .327 (figura 49). Seguido por la enfermedad crónico-degenerativa con una significancia negativa muy débil de -.139 (figura 50) y el sexo con una significancia positiva muy débil de .124 (figura 51). Las variables ocupación, estado civil y edad no evidenciaron una correlación significativa.

En las personas contagiadas por COVID-19, el sexo presentó el mayor nivel de asociación con una correlación positiva moderada de .363 (figura 52). Seguido por las enfermedades crónico-degenerativas con una asociación negativa débil de -.283 (figura 53). La ocupación con una correlación positiva débil de .198 (figura 54). El estado civil con una significancia negativa muy débil de -.172 (figura 55). Y la toxicidad financiera con una correlación positiva muy débil de .154 (figura 56). La edad no presentó una correlación significativa.

Tabla 12. Correlación (r) entre apoyo social y variables demográficas y clínicas

Variable	Apoyo social
Toxicidad financiera	.327**
Enfermedades crónico-degenerativas	-.139*
Sexo	.124*
Ocupación	.061
Estado civil	-.033
Edad	.008

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significativa al nivel 0.05

Figura 49. Correlación entre toxicidad financiera y apoyo social

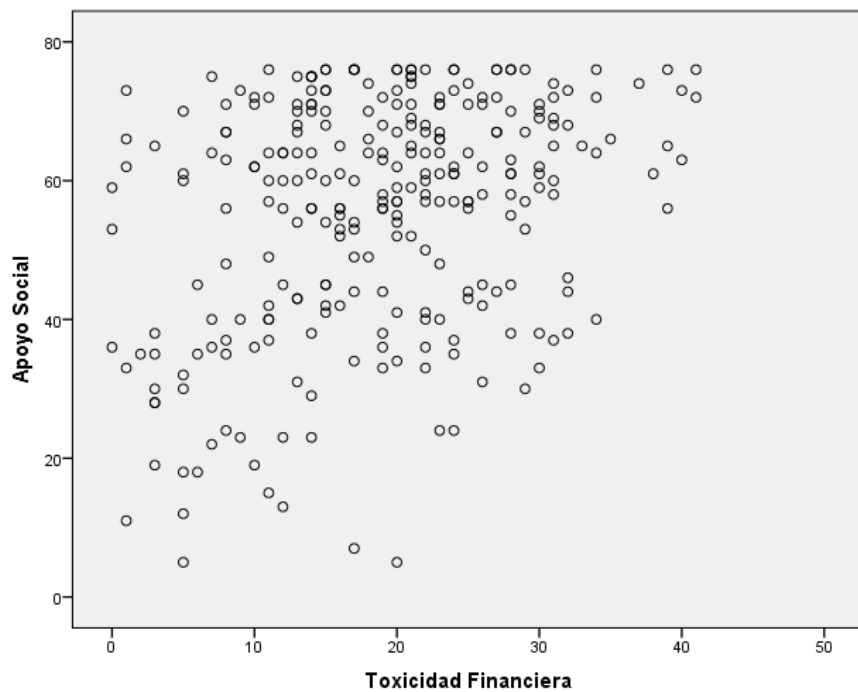


Figura 50. Correlación entre enfermedades crónico-degenerativas y apoyo social

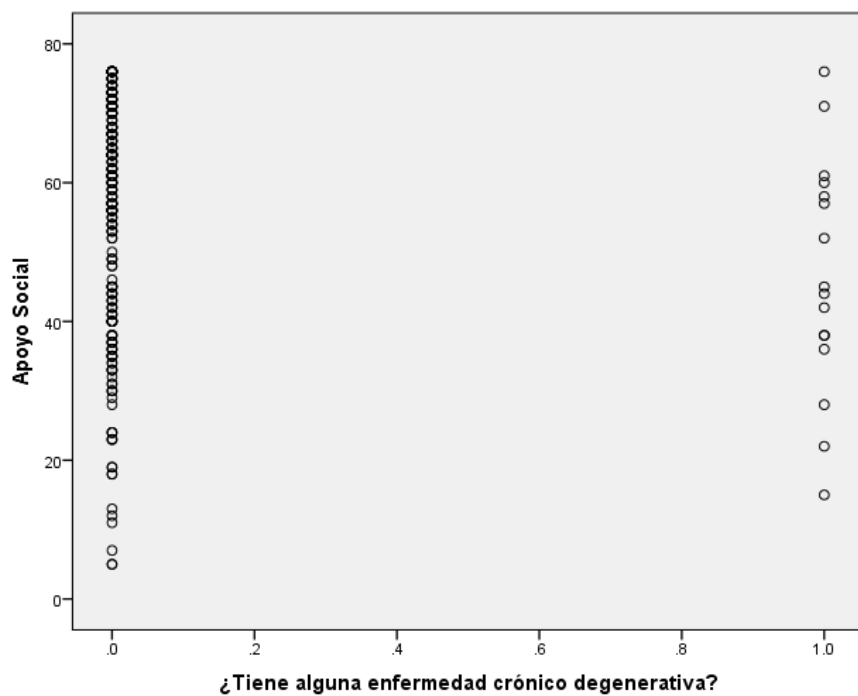


Figura 51. Correlación entre sexo y apoyo social

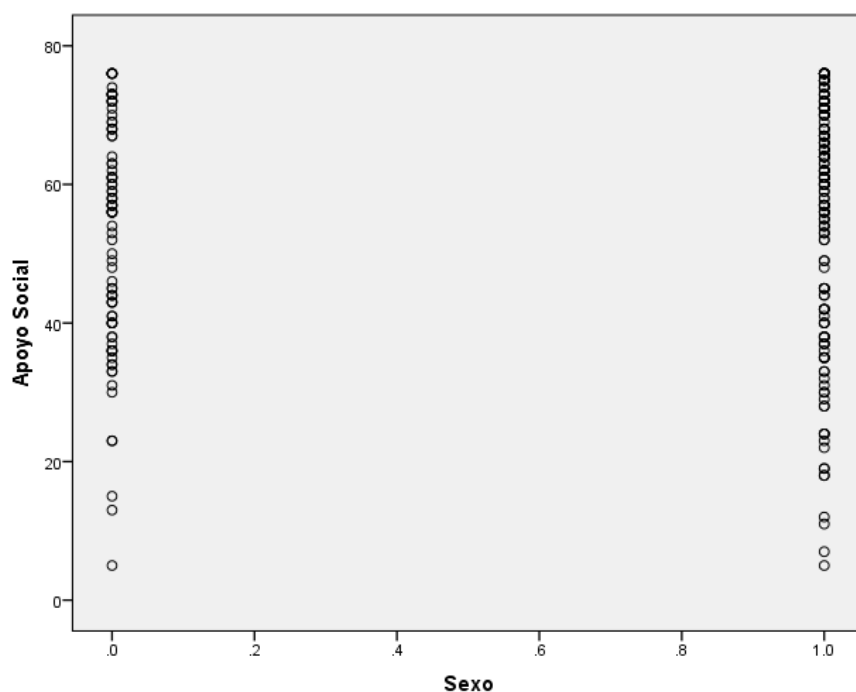


Tabla 13. Correlación (r) entre apoyo social y variables demográficas y clínicas en personas contagiadas por COVID-19

Variable	Apoyo social
Sexo	.363**
Enfermedades crónico-degenerativas	-.283**
Ocupación	.198**
Estado civil	-.172**
Toxicidad financiera	.154*
Edad	.099

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significativa al nivel 0.05

Figura 52. Correlación entre sexo y apoyo social en personas contagiadas por COVID-19

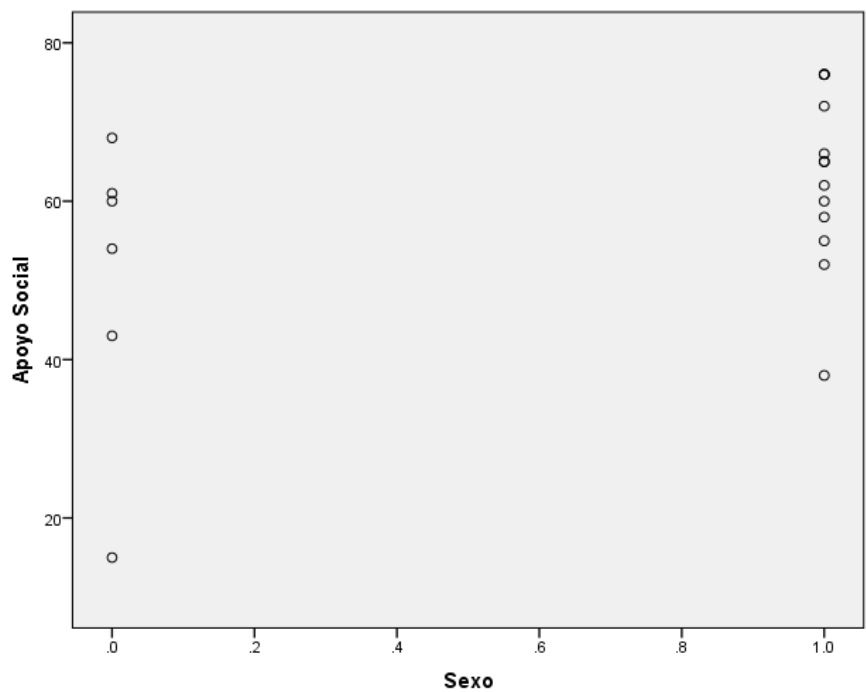


Figura 53. Correlación entre enfermedades crónico-degenerativas y apoyo social en personas contagiadas por COVID-19

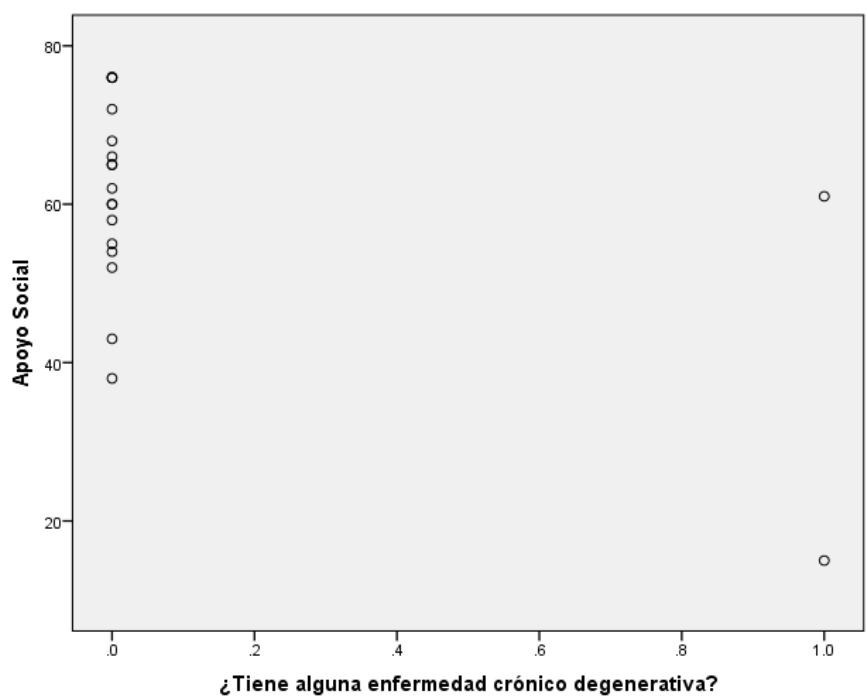


Figura 54. Correlación entre ocupación y apoyo social en personas contagiadas por COVID-19

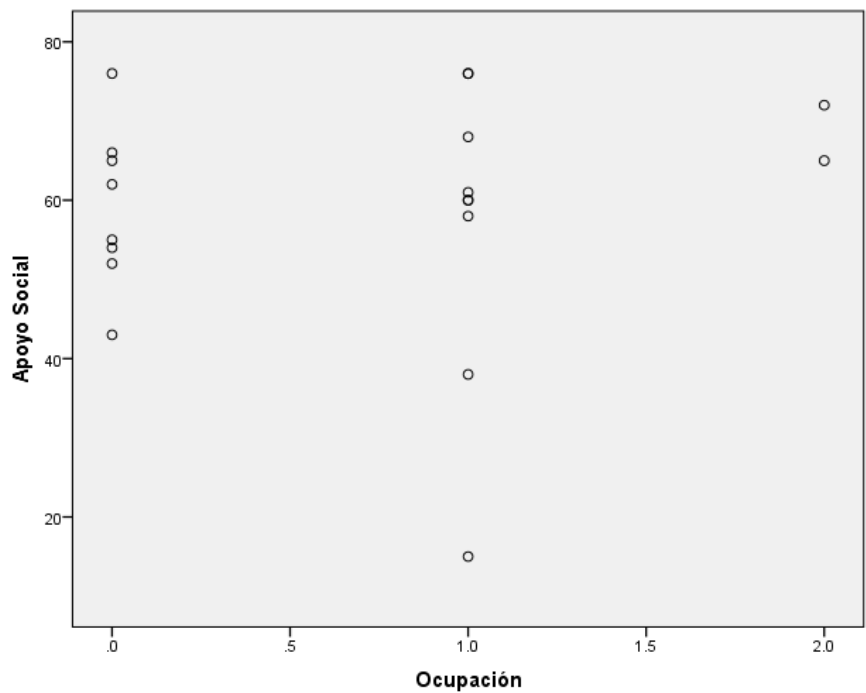


Figura 55. Correlación entre estado civil y apoyo social en personas contagiadas por COVID-19

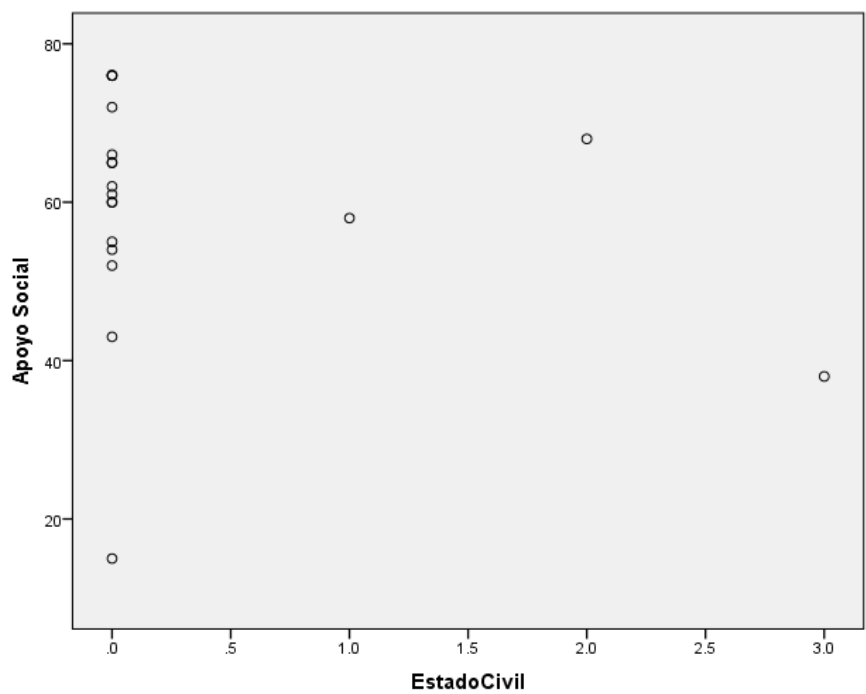
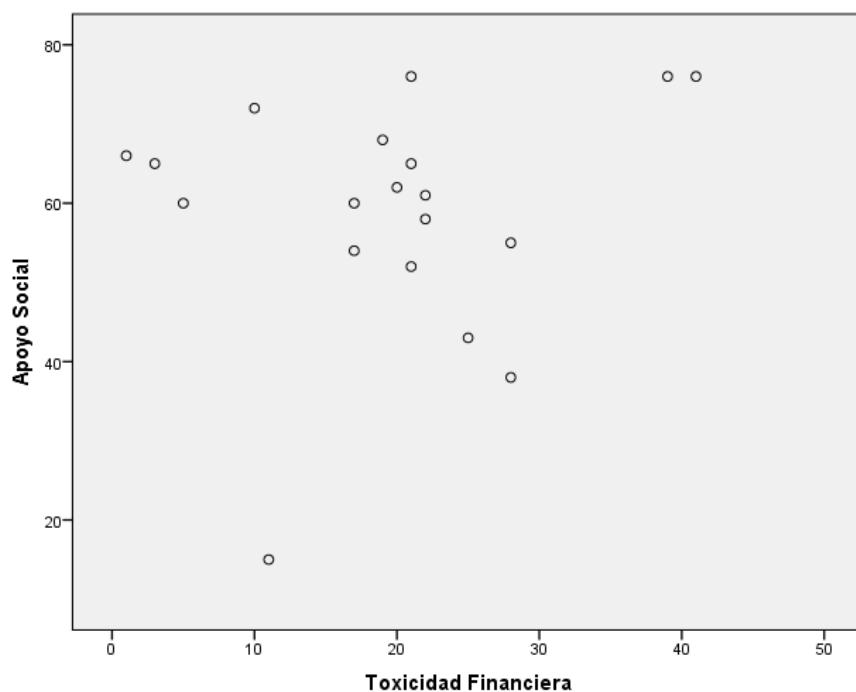


Figura 56. Correlación entre toxicidad financiera y apoyo social en personas contagiadas por COVID-19



8.2.4 Toxicidad financiera

Se realizó un análisis de correlación entre la toxicidad financiera y las variables demográficas y clínicas, que de acuerdo con la literatura han presentado una relación significativa (tabla 14). Además, se filtraron los datos correspondientes a las personas que presentaron COVID-19 a fin de lograr mayor precisión al plantear el nivel de significancia entre la enfermedad y la toxicidad financiera (tabla 15).

En la muestra total, el seguro médico presentó una correlación negativa muy baja de -0.182 (figura 57). Mientras que, las variables sexo, edad, ocupación y enfermedad crónico-degenerativa no determinaron relación significativa alguna.

En la población contagiada por COVID-19 las variables presentaron una correlación muy débil. El seguro médico presentó una correlación negativa de -0.180 (figura 58). La

ocupación obtuvo una asociación negativa de -0.166 (figura 59). Y el sexo presentó una correlación positiva de 0.114 (figura 60). Las variables edad y enfermedades crónico-degenerativas no manifestaron una correlación significativa.

Tabla 14. Correlación (r) entre toxicidad financiera y variables demográficas y clínicas

Variable	Toxicidad financiera
Seguro médico	-0.182^{**}
Sexo	-0.098
Ocupación	-0.077
Edad	-0.054
Enfermedades crónico-degenerativas	-0.030

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significativa al nivel 0.05

Figura 57. Correlación entre seguro médico y toxicidad financiera

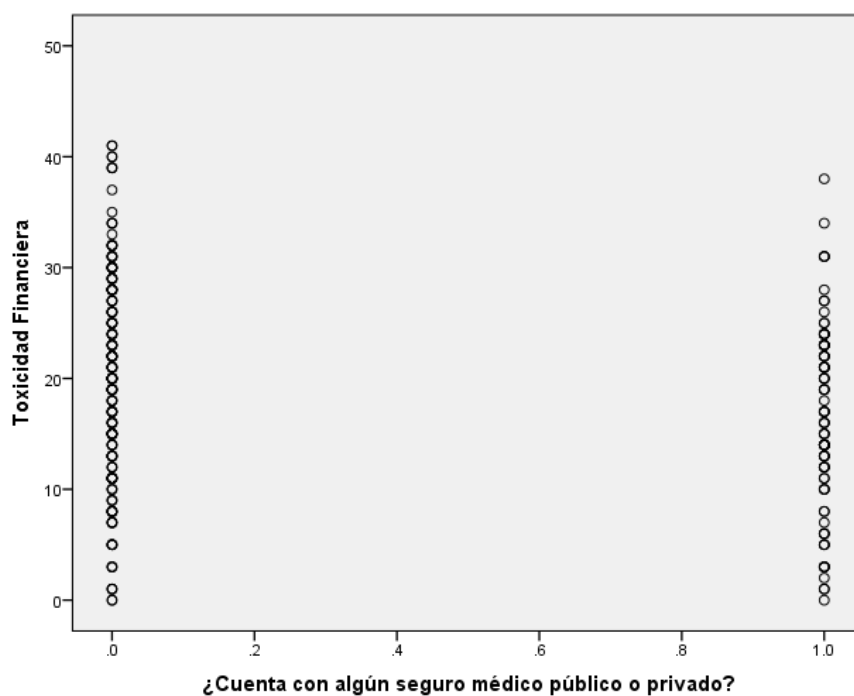


Tabla 15. Correlación (r) entre toxicidad financiera y variables demográficas y clínicas en una muestra contagiada por COVID-19

Variable	Toxicidad financiera
Seguro médico	-.180**
Ocupación	-.166**
Sexo	.114*
Edad	-.065
Enfermedades crónico-degenerativas	-.047

** La correlación es significativa al nivel 0.01

*La correlación es significativa al nivel 0.05

Figura 58. Correlación entre seguro médico y toxicidad financiera en personas contagiadas por COVID-19

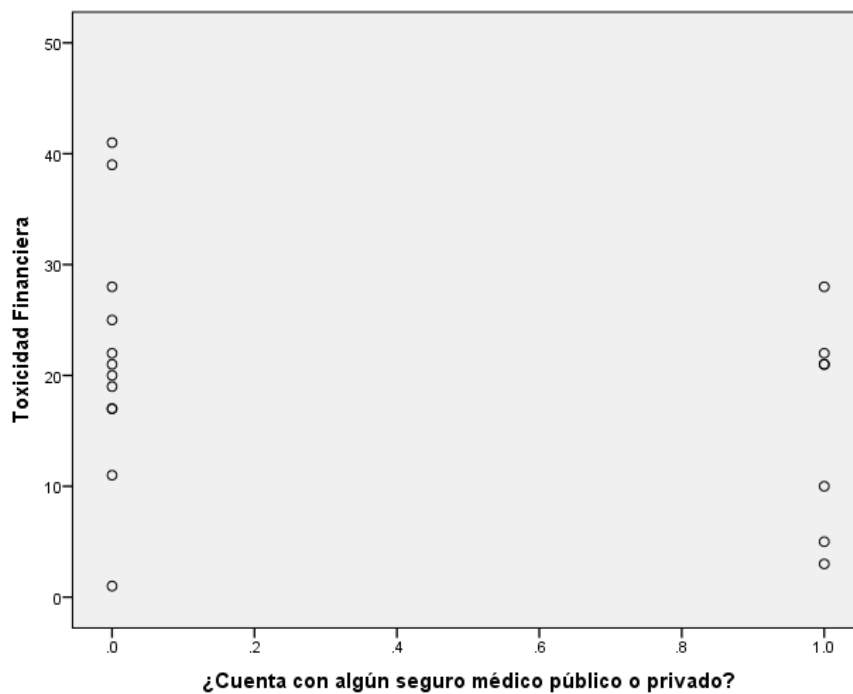


Figura 59. Correlación entre ocupación y toxicidad financiera en personas contagiadas por COVID-19

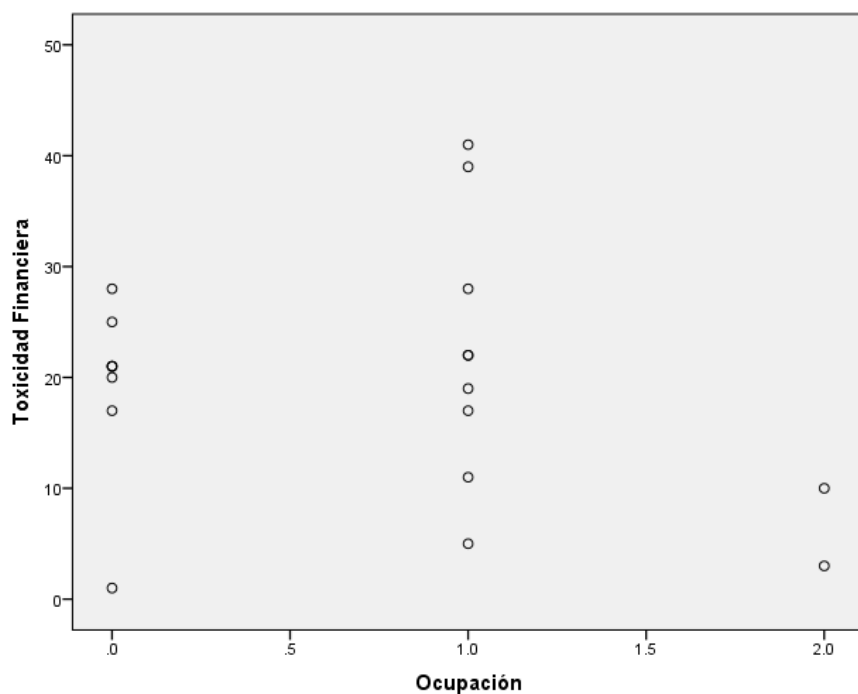
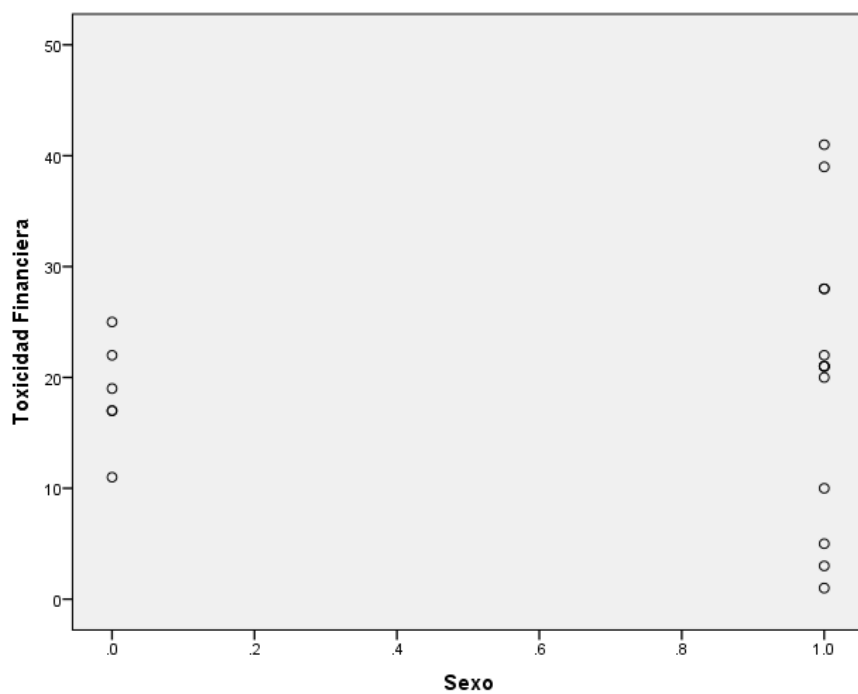


Figura 60. Correlación entre sexo y toxicidad financiera en personas contagiadas por COVID-19



8.3 Regresiones

8.3.1 Calidad de vida

Se efectuó un modelo de regresión con la finalidad de analizar si las variables demográficas y clínicas que mostraron correlación significativa impactaron sobre la calidad de vida. Al mismo tiempo, se realizó un análisis de regresión específico para las personas que presentaron COVID-19.

En la muestra total, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar si las variables apoyo social, discapacidad, toxicidad financiera, enfermedades crónico-degenerativas y estado civil impactaron sobre la calidad de vida. La toxicidad financiera no resultó predictora significativa, por lo que se eliminó del análisis.

El análisis en el cual se incluyó la toxicidad financiera, el modelo explicó el 54.7% de la varianza, $F(5, 268) = 66.83, p < .001$. Los predictores en el modelo (y sus coeficientes estandarizados) fueron: apoyo social percibido ($b = .46, p < .001$), discapacidad post COVID-19 ($b = -.34, p < .001$), toxicidad financiera ($b = .03, p < .494$), enfermedad crónico-degenerativa ($b = -.13, p < .002$) y estado civil ($b = .12, p < .003$).

El modelo final explicó el 54.8% de la varianza, lo cual resultó significativo estadísticamente, $F(4, 269) = 83.58, p < .001$. Los datos de los predictores individuales revelaron que el apoyo social percibido ($b = .47, p < .001$), la discapacidad post-COVID-19 ($b = -.35, p < .001$), la enfermedad crónico-degenerativa ($b = -.13, p < .002$) y el estado civil ($b = .12, p < .003$) fueron predictores significativos de la calidad de vida en población general. Los niveles de apoyo social y estar casado o en unión libre se asociaron positivamente con

los niveles de calidad de vida. Mientras que, los niveles de discapacidad y enfermedad crónico-degenerativa se relacionaron negativamente con la calidad de vida (tabla 16).

En la muestra de población contagiada por COVID-19, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar cuales de los factores evaluados resultaban predictores confiables de la calidad de vida. Sin embargo, ninguna de las variables fue significativa. El modelo explico el 38.5% de la varianza, $F(7, 11) = 2.60, p < .075$ (tabla 17).

Tabla 16. Modelo predictivo de calidad de vida en población general

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.744	.554	.548	6.110

ANOVA

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	12482.614	4	3120.654	83.588	.000
	Residual	10042.831	269	37.334		
	Total	22525.445	273			

Coefficientes

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	40.456	1.733		23.340	.000
	Apoyo Social percibido	.255	.024	.474	10.507	.000
	Discapacidad post COVID-19	-.143	.018	-.356	-7.874	.000
	Enfermedad crónico-degenerativa	-5.010	1.598	-.130	-3.135	.002
	Estado civil	1.065	.352	.123	3.023	.003

Tabla 17. Modelo predictivo de calidad de vida en población contagiada por COVID-19

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.790	.624	.385	6.917

ANOVA

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	873.410	7	124.773	2.608	.075
	Residual	526.274	11	47.843		
	Total	1399.684	18			

Coefficientes

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	47.197	18.296		2.580	.026
	Apoyo Social percibido	.245	.152	.413	1.613	.135
	Toxicidad financiera	.301	.194	.362	1.548	.150
	Discapacidad post COVID-19	-.026	.141	-.049	-.186	.856
	Ocupación	4.013	2.864	.305	1.401	.189
	Enfermedad crónico-degenerativa	-5.328	6.685	-.191	-.797	.442
	Estado civil	-2.298	2.874	-.214	-.800	.441
	Escolaridad	-6.611	4.592	-.303	-1.440	.178

8.3.2 Discapacidad post COVID-19

Se realizó un modelo de regresión con la finalidad de analizar si las variables demográficas y clínicas que mostraron correlación significativa impactaron sobre la discapacidad post COVID-19. Al mismo tiempo, se realizó un análisis de regresión específico para las personas que presentaron COVID-19.

En la muestra total, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar si las variables apoyo social, toxicidad financiera, enfermedades crónico-degenerativas y sexo impactaron sobre la discapacidad post COVID-19. La enfermedad crónico-degenerativa no resultó predictora significativa, por lo que se eliminó del análisis.

El análisis en el cual se incluyó la enfermedad crónico-degenerativa, el modelo explicó el 27.2% de la varianza, $F(4, 269) = 26.53, p < .001$. Los predictores en el modelo (y sus coeficientes estandarizados) fueron: apoyo social percibido ($b = -.33, p < .001$), toxicidad financiera ($b = -.28, p < .001$), enfermedad crónico-degenerativa ($b = .07, p < .135$) y sexo ($b = .11, p < .033$).

El modelo final explicó el 26.9% de la varianza, lo cual resultó significativo estadísticamente, $F(3, 270) = 34.47, p < .001$. Los datos de los predictores individuales revelaron que el apoyo social percibido ($b = -.34, p < .001$), la toxicidad financiera ($b = -.29, p < .001$) y el sexo ($b = .11, p < .031$) fueron predictores significativos de la discapacidad post COVID-19 en población general. Ser hombre se asoció positivamente con los niveles de discapacidad post COVID-19. Mientras que, los altos niveles de apoyo social y toxicidad financiera se relacionaron negativamente con la discapacidad post COVID-19 (tabla 18).

En la muestra de población contagiada, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar cuales de los factores evaluados resultaban predictores confiables de la discapacidad post COVID-19. Sin embargo, ninguna de las variables fue significativa. El modelo explicó el 8.5% de la varianza, $F(4, 14) = 1.42, p < .279$ (tabla 19).

Tabla 18. Modelo predictivo de discapacidad post COVID-19 en población general

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tıp. de la estimación
1	.526	.277	.269	19.325

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	38622.384	3	12874.128	34.473	.000
	Residual	100832.156	270	373.452		
	Total	139454.540	273			

Coefficientes						
Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
		B	Error tıp.	Beta		
1	(Constante)	66.284	4.476		14.809	.000
	Apoyo social percibido	-.456	.074	-.340	-6.142	.000
	Toxicidad financiera	-.720	.138	-.290	-5.217	.000
	Sexo	5.515	2.541	.114	2.170	.031

Tabla 19. Modelo predictivo de discapacidad post COVID-19 en población contagiada por COVID-19

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tıp. de la estimación
1	.537	.289	.085	15.882

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1432.492	4	358.123	1.420	.279
	Residual	3531.298	14	252.236		
	Total	4963.789	18			

Coeficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	63.094	16.144		3.908	.002
Apoyo social percibido	-.496	.283	-.444	-1.752	.102
Toxicidad financiera	-.367	.388	-.235	-.946	.360
Sexo	3.387	8.627	.097	.393	.701
Consumo de tabaco	4.439	7.652	.143	.580	.571

8.3.3 Apoyo social percibido

Se elaboró un modelo de regresión con la finalidad de analizar si las variables demográficas y clínicas que mostraron correlación significativa impactaron sobre el apoyo social percibido. Al mismo tiempo, se realizó un análisis de regresión específico para las personas que presentaron COVID-19.

En la muestra total, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar si las variables toxicidad financiera, enfermedades crónico-degenerativas y sexo impactaron sobre el apoyo social percibido.

El modelo final explicó el 13.3% de la varianza, lo cual resultó significativo estadísticamente, $F(3,270) = 14.94, p < .001$. Los datos de los predictores individuales revelaron que la toxicidad financiera ($b = .33, p < .001$), la enfermedad crónico-degenerativa ($b = -.12, p < .034$) y el sexo ($b = .14, p < .011$) fueron predictores significativos del apoyo social percibido en población general. Los niveles de toxicidad financiera se asociaron positivamente con los niveles de apoyo social percibido. Mientras que, los niveles de enfermedad crónico-degenerativa y el sexo masculino se relacionaron negativamente con el apoyo social percibido (tabla 20).

En la muestra de población contagiada por COVID-19, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar cuales de los factores evaluados resultaban predictores confiables de apoyo social percibido. Sin embargo, ninguna de las variables fue significativa. El modelo explico el 24% de la varianza, $F(5, 13) = 2.13, p < .125$ (tabla 21).

Tabla 20. Modelo predictivo de apoyo social percibido en población general

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.377	.142	.133	15.699

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	11050.309	3	3683.436	14.946	.000
	Residual	66542.801	270	246.455		
	Total	77593.109	273			

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	40.827	2.734		14.934	.000
	Toxicidad financiera	.628	.105	.338	5.952	.000
	Enfermedad crónico-degenerativa	-8.632	4.050	-.120	-2.131	.034
	Sexo	5.254	2.040	.146	2.576	.011

Tabla 21. Modelo predictivo de apoyo social percibido en población contagiada por COVID-19

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.672	.451	.240	12.959

ANOVA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	1793.734	5	358.747	2.136	.125
Residual	2183.213	13	167.939		
.Total	3976.947	18			

Coeficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	50.588	9.220		5.487	.000
Sexo	4.212	7.543	.135	.558	.586
Enfermedad crónico-degenerativa	-23.977	11.731	-.509	-2.044	.062
Ocupación	6.512	4.904	.294	1.328	.207
Estado civil	-6.715	3.975	-.370	-1.689	.115
Toxicidad financiera	.296	.300	.211	.985	.343

8.3.4 Toxicidad financiera

Se efectuó un modelo de regresión con la finalidad de analizar si el seguro médico (variable que mostró correlación significativa) impactó sobre la toxicidad financiera. Al mismo tiempo, se realizó un modelo de regresión específico para las personas que presentaron COVID-19.

En la muestra total, se efectuó un análisis de regresión lineal para examinar si la variable seguro médico impactó sobre la toxicidad financiera. El modelo final explicó el 3.2% de la varianza, lo cual resultó significativo estadísticamente, $F(1,272) = 10.11, p < .002$. El seguro médico ($b = -.18, p < .002$), fue predictor significativo de la toxicidad financiera en población general. No contar con seguro médico se relacionó positivamente con la toxicidad financiera (tabla 22).

En la muestra de población contagiada por COVID-19, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar cuales de los factores evaluados resultaban predictores confiables de la toxicidad financiera. Sin embargo, ninguna de las variables fue significativa. El modelo explico el -1.7% de la varianza, $F(3, 15) = .900, p < .464$ (tabla 23).

Tabla 22. Modelo predictivo de toxicidad financiera en población general

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.189	.036	.032	8.939

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	807.959	1	807.959	10.111	.002
	Residual	21735.184	272	79.909		
	Total	22543.142	273			

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	19.973	.655		30.472	.000
	Seguro médico	-3.678	1.157	-.189	-3.180	.002

Tabla 23. Modelo predictivo de toxicidad financiera en población contagiada por COVID-19

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.391	.153	-.017	10.727

ANOVA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	310.760	3	103.587	.900	.464
Residual	1725.977	15	115.065		
Total	2036.737	18			

Coeficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	19.652	5.082		3.867	.002
Seguro médico	-8.669	6.126	-.404	-1.415	.177
Ocupación	-1.728	3.868	-.109	-.447	.662
Sexo	6.212	6.227	.279	.998	.334

Una vez que se han presentado los modelos de cada una de las variables ahora se precede a la discusión de los resultados para la presente tesis.

CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue construir un modelo explicativo para calidad de vida, discapacidad, apoyo social y toxicidad financiera, realizar una evaluación cuantitativa de cada modelo, identificar su adecuación en términos de análisis estadísticos de bondad de ajuste y su congruencia teórica. Dicho propósito se efectuó con la finalidad de aportar evidencias teóricas como metodológicas para el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas con las presentes variables de criterio en el contexto mexicano.

Para cubrir el propósito principal se indagó en qué medida el modelo explicativo presenta una adecuación en términos estadísticos y conceptuales. Antes de responder a las hipótesis planteadas para solucionar la pregunta de investigación, se discuten los resultados pertinentes a la descripción de cada una de las variables dependientes.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Los hallazgos del presente estudio indican una calidad de vida adecuada durante la primera ola de COVID-19. La calidad de vida obtiene un promedio de 60.1%; cifra menor a la reportada en México una década previa a la pandemia (65%) (OCDE, 2020). A excepción de la subescala estado emocional (29.3%), los resultados se relacionan con un hallazgo referido en un estudio previo, en el cual se menciona que durante el inicio de la enfermedad se presenta un impacto leve en calidad de vida (Zhang & Feei, 2020). La calificación de los datos es favorable en el estado físico general de salud (91.66%), la capacidad de funcionamiento personal (58.7%) y el ambiente familiar y social (57.1%). Resulta relevante conocer el nivel de calidad de vida percibida previo a la pandemia, en particular el nivel de estado emocional, a fin de comparar los resultados durante la crisis sanitaria.

EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD POST COVID-19

Los hallazgos de la presente tesis difieren de otros estudios (Halpin et al., 2021; Núñez et al., 2021; Pizarro et al., 2021). Durante la primera ola, la discapacidad post COVID-19 demuestra ser mínima. En la muestra, la discapacidad obtiene un promedio de 22.1%, lo que describe bajas limitaciones funcionales. La moda pertenece a la puntuación mínima de cada subescala. Las puntuaciones son menores en la cognición (30%), la participación en sociedad (29.3%), la capacidad de relacionarse con otras personas (27%), las actividades diarias (26.3%), la movilidad (14.6%) y el cuidado personal (12.41%). Una fuente de sesgo en las respuestas puede atribuirse al escaso número de personas con enfermedad; únicamente 6.9% argumenta presentar COVID-19, al igual que solo 5.8% refiere vivir con una enfermedad crónico-degenerativa.

EVALUACIÓN DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Los hallazgos del presente estudio indican un apoyo social adecuado durante la primera ola de COVID-19. La muestra, señala un promedio de 73.2% en apoyo social percibido. La moda pertenece a la puntuación máxima de cada subescala. Las puntuaciones describen altos niveles de apoyo afectivo (78.6%), tangible (76.1%), interacciones sociales positivas (72.1%) y apoyo emocional/informativo (70.3%). Los datos actuales parecen diferir de la evidencia previa, en la que se argumenta que los efectos de la pandemia originan la ruptura del apoyo social (Jung & Yong, 2020). Por el contrario, apoyan hallazgos en los que se menciona el aumento de la variable al inicio de la pandemia (Liu et al., 2020; Zoghby et al., 2020). Resulta relevante conocer el nivel de apoyo social percibido previo a la pandemia, a fin de precisar si la puntuación de apoyo social aumenta o disminuye durante la crisis sanitaria.

EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD FINANCIERA

Los hallazgos del presente estudio indican una toxicidad financiera notable durante la primera ola de COVID-19. La muestra expone un promedio de 42.7% de angustia financiera subjetiva. Los resultados se relacionan con hallazgos referidos previamente, en los que se menciona que la crisis sanitaria pronostica una caída en la economía (NU/CEPAL, 2020), provocando la crisis económica global (Serafini et al., 2020). Resulta conveniente conocer el nivel de angustia financiera subjetiva previo a la pandemia, a fin de precisar si la puntuación aumenta o disminuye durante la crisis sanitaria.

A continuación, se da respuesta a las hipótesis de investigación a la vez que se discuten los resultados de acuerdo con los planteamientos teóricos que los sustentaron.

Hipótesis 1

Esta hipótesis planteó que la edad, la escolaridad, la ocupación, el sexo, el estado civil y el apoyo social poseen significancia positiva en el modelo explicativo de calidad de vida.

El apoyo social es la variable con el mayor nivel de asociación positiva, con una correlación fuerte (.640); este resultado se ajusta con los hallazgos informados previamente (Jing et al., 2016). El estado civil presenta una correlación positiva muy débil (.122); el resultado es consistente con la evidencia (Kwon et al., 2017). Por el contrario, la edad, la escolaridad, la ocupación y el sexo no muestran correlación significativa. En el modelo final, los altos niveles de apoyo social percibido ($b = .47$) y estar casado o en unión libre ($b = .12$) información que coincide con la literatura (Van Nguyen, 2017), se asocian positivamente con calidad de vida.

Hipótesis 2

En esta hipótesis se esperaba encontrar una relación negativa y significativa entre las variables enfermedad crónico-degenerativa, discapacidad post COVID-19 y toxicidad financiera en el modelo de calidad de vida.

La discapacidad indica el mayor nivel de asociación negativa, con una correlación fuerte (-.578), lo cual es consistente con la literatura (Detsyk et al., 2021; Pizarro et al., 2021). La toxicidad financiera obtiene una asociación moderada positiva (.330); el resultado difiere de la teoría; la fuente de sesgo puede atribuirse a la definición conceptual, mientras que investigaciones previas refieren a la carga financiera objetiva (Hauschildt, 2020), la investigación actual estudia la angustia financiera subjetiva. La enfermedad crónico-degenerativa presenta una correlación negativa muy débil (-.196); el resultado se ajusta a los hallazgos informados en estudios reportados previamente (Kwon et al., 2017; Lodhi et al., 2019; Van Nguyen et al., 2017) y durante la pandemia (Ping et al., 2020).

En el modelo final, los altos niveles de discapacidad ($b = -.35$) y enfermedad crónico-degenerativa ($b = -.13$) se relacionan negativamente con la calidad de vida. La toxicidad financiera no resulta predictora significativa, por lo que se elimina del análisis.

Hipótesis 3

La tercera hipótesis planteó que el sexo, la enfermedad crónico-degenerativa, el consumo de tabaco y la toxicidad financiera asumen una significancia positiva en el modelo de discapacidad post COVID-19.

La toxicidad financiera presenta una correlación moderada negativa (-.414); el resultado discrepa de la evidencia (Ding, et al., 2016); la angustia financiera subjetiva

disminuye el riesgo de discapacidad; la fuente de sesgo puede atribuirse a la definición conceptual, ya que no refiere a una carga financiera objetiva (Hauschildt, 2020); además, es probable que la angustia financiera promueva el bienestar económico, lo que aumenta las oportunidades de asistir al centro de salud y reducir el riesgo de discapacidad. La enfermedad crónico-degenerativa exhibe una correlación positiva muy débil (.160), los resultados se relacionan con hallazgos previos (González et al., 2020; INEGI, 2019; OPS, 2021). El sexo presenta una correlación positiva muy débil (.112), el resultado es consistente con la evidencia (OPS, 2021). Por el contrario, el consumo de tabaco no muestra correlación significativa.

En el modelo final, los altos niveles de angustia financiera subjetiva ($b = -.29$) se asocian negativamente con la discapacidad post COVID-19, mientras que el sexo masculino ($b = .11$) se asocia de forma positiva, lo que concuerda con la literatura (OPS, 2021). La enfermedad crónico-degenerativa no resulta significativa, por lo que se elimina del análisis.

Hipótesis 4

Otro planteamiento hipotético fue que el apoyo social percibido mantiene una asociación negativa en el modelo de discapacidad post COVID-19.

El apoyo social percibido indica el mayor nivel de asociación negativa, con una correlación moderada (-.423), lo cual es consistente con la literatura (Wilkinson & Marmot, 2003). En el modelo final, los altos niveles de apoyo social ($b = -.34$) se asocian negativamente con la discapacidad post COVID-19.

Hipótesis 5

Esta hipótesis planteó que el sexo, la edad, el estado civil y la ocupación conservan una significancia positiva en el modelo explicativo de apoyo social percibido.

El sexo presentó una correlación positiva muy débil (.124); el resultado fue consistente con la investigación previa (Xu et al., 2020). Por el contrario, la edad, el estado civil y la ocupación no muestran correlación significativa. En el modelo final, el sexo masculino ($b = -.14$) se relaciona negativamente con el apoyo social percibido, lo cual es inconsistente con la literatura, en la cual se menciona que las mujeres presentan mayor percepción de apoyo en comparación con los hombres (Xu et al., 2020).

Hipótesis 6

El planteamiento supone que la enfermedad crónico-degenerativa y la toxicidad financiera mantienen una correlación negativa en el modelo de apoyo social percibido.

La toxicidad financiera es la variable con el mayor nivel de asociación positiva, con una correlación moderada (.327). El resultado discrepa de la evidencia (Wilkinson & Marmot); a mayor angustia financiera, mayor apoyo social percibido; la fuente de sesgo puede atribuirse a la descripción conceptual, ya que la presente investigación analiza la variable desde la valoración personal subjetiva (Hauschildt, 2020). La variable enfermedad crónico-degenerativa presenta una correlación negativa muy débil (-.139), el hallazgo fue correspondiente con la literatura (Xu et al., 2020). En el modelo final, los altos niveles de angustia financiera subjetiva ($b = .33$) se relacionan positivamente con el apoyo social percibido, mientras que la enfermedad crónico-degenerativa ($b = -.12$) se relaciona negativamente.

Hipótesis 7

Esta hipótesis determinó que el sexo, la edad, la ocupación y la enfermedad crónico-degenerativa poseen una significancia positiva en el modelo explicativo de toxicidad financiera. Sin embargo, el sexo, la edad, la ocupación y la enfermedad crónico-degenerativa no muestran correlación significativa en la presente investigación.

Hipótesis 8

El planteamiento hipotético fue que el seguro médico mantiene una asociación negativa en el modelo de toxicidad financiera.

El seguro médico presenta una correlación negativa muy baja (-.182). El resultado es correspondiente con la evidencia. La afiliación a un seguro ha ocasionado menores gastos personal, lo que puede estar relacionado con menor angustia financiera subjetiva (Hauschildt et al., 2020). El seguro médico ($b = -.18$) es predictor significativo de la toxicidad financiera. Contar con seguro médico se relaciona negativamente con la angustia financiera subjetiva.

CAPÍTULO X. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones se sugiere estudiar los predictores significativos en una muestra más amplia; así como explorar la actividad física, el miedo, el estrés, la angustia psicológica, la depresión y la ansiedad, las cuales de acuerdo con la literatura han sido factores predictores significativos.

Debido al limitado número de estudios previos, la presente investigación sirve como base para conocer el nivel de las variables de criterio en la población mexicana. El estudio, pertenece a la fase inicial de la pandemia, para una investigación más profunda se recomienda integrar estudios concernientes a las diversas fases.

Previo a la pandemia, la población mexicana ya transitaba un momento de creciente vulnerabilidad. El COVID-19 solo aceleró el decremento ya existente. Lo cual podría sugerir que la población esta habituada a vivir situaciones aversivas día a día.

El COVID-19 no demostró ser una variable predictora significativa. Así mismo, no fue posible llevar a cabo la regresión lineal múltiple en la muestra con COVID-19. Ambas cuestiones podrían estar relacionadas con el bajo número de personas contagiadas en la muestra. La aplicación de instrumentos mediante plataformas digitales limitó la resolución de dudas y comentarios de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahorsu, D., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. & Pakpour, A. (2022). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International journal of mental health and addiction*, 20(3), 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Amaya, M. & Carrillo, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.2
- Ángeles, M., Villarreal, E., Galicia, L., Vargas, E., Frontana, G., Monrroy, S., Ruiz, V., Dávalos, J. & Santibáñez, S. (2022). Enfermedades crónicas degenerativas como factor de riesgo de letalidad por COVID-19 en México. *Revista Panamericana de Salud Pública* 46, e40. <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2022.40>
- Azcárate, E., Vall, U., Villaseñor, R. & Gómez, A. (2017). Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Atención familiar*, 24(4), 169-172.
- Banerjee, D. & Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *The International journal of social psychiatry*, 66(6), 525–527. <https://doi.org/10.1177/0020764020922269>
- Barrera, M. & Flores, M. (2020). Apoyo social percibido y salud mental positiva en hombres y mujeres universitarios. Voces y Silencios. *Revista Latinoamericana de Educación*, 11(2), 67-83.

- Candan, S., Elibol, N. & Abdullahi, A. (2020). Consideration of prevention and management of long-term consequences of post-acute respiratory distress syndrome in patients with COVID-19. *Physiotherapy theory and practice*, 36(6), 663–668. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1766181>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Cares, K., Montenegro, Y., Torres, R., Vera, R., Torralba, Y., Alsina, X., Vasconcello, L. & Vilaró, J. (2021). Prevalence of potential respiratory symptoms in survivors of hospital admission after coronavirus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. *Chronic respiratory disease*, 18. <https://doi.org/10.1177/14799731211002240>
- Centers for disease control and prevention (2020a). *Coronavirus Disease 2019: Symptoms*.
- Centers for disease control and prevention (2020b). *Coronavirus Disease 2019: Protect Yourself*.
- Chan, D., Choi, K., Ng, M., Xing, W., Law, B., Ho, P., Au, C., Chan, M., Tong, M., Ling, W., Chan, M., Mak, S., Chan, R. & So, W. (2021). Translation and validation of the Traditional Chinese version of the COMprehensive Score for financial Toxicity-Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (Version 2). *Health and Quality of Life Outcomes*, 19 (17). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01646-z>

- Ciążyńska, M., Pabianek, M., Szczepaniak, K., Ułańska, M., Skibińska, M., Owczarek, W., Narbutt, J., & Lesiak, A. (2020). Quality of life of cancer patients during coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Psycho-oncology*, 29 (9), 1377–1379. <https://doi.org/10.1002/pon.5434>
- Coronavirus Resource Center: Johns Hopkins University & Medicine. (2020). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Detsyk, O., Yukish, H., Tsikhon, Z., Kovalchuk, R. & Karpinets, I. (2021). Quality of life determinants in persons with disability after musculoskeletal injuries. *Wiadomosci lekarskie*, 74(5), 1093-1098.
- Ding, D., Lawson, K., Kolbe, T., Finkelstein, E., Katzmarzyk, P., Van Mechelen, W., Pratt, M. & Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311-1324. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
- FACIT group (2021a). FACT – GP Functional Assessment of Cancer Therapy – General Population. FACIT.org. <https://www.facit.org/measures/FACT-GP>
- FACIT group (2021b). FACIT – COST, COST A FACIT Measure of Financial Toxicity. FACIT.org. <https://www.facit.org/measures/FACIT-COST>
- Fliege, H., Waibel, S., Rüger, H., Hillmann, J., Ruppenthal, S., Schneider, N. & Bellinger, M. (2016). Diplomats' quality of life: The role of risk factors and coping resources. *International Journal of Intercultural Relations*, 51, 14-28. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2016.01.001>

- French, K., Dumani, A., Allen, T. & Shockley, K. (2018). A meta-analysis of work-family conflict and social support. *Psychological bulletin*.
<https://doi.org/10.1037/bul0000120>
- Galea, S., Merchant, R. & Lurie, L. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. *JAMA Internal Medicine*.
10.1001/jamainternmed.2020.1562
- Galindo, O., Mendoza, L., Flores, J., Núñez, J., Calderillo, G., Meneses, A. & Lerma, A. (2022). Propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento para Enfermedades Crónicas (FACT-GP) en población general mexicana. *Ciencias Psicológicas*, 16(2), e-2732.
<https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2732>
- Gaviria, C., López, J., Zambrano, M. (2006). *Relación existente entre la cohesión familiar, niveles de independencia y apoyo social eficaz en la percepción de CV de 10 personas con lesión medular*. [Tesis de grado] Universidad de La Sabana. Colombia.
<http://hdl.handle.net/10818/4519>
- Geraerds, A., Richardson, A., Haagsma, J., Derrett, S. & Polinder, S. (2018). A systematic review of studies measuring health-related quality of life of general injury populations: update 2010–2018. *Health Qual Life Outcomes* 18, (160), 1-20.
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01412-1>

- Gobierno de México. (2020a). *Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos abiertos*. Recuperado de [https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/04/Lineamiento Espacios Abiertos_07042020.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/04/Lineamiento_Espacios_Abiertos_07042020.pdf)
- González, J., Rodríguez, J., Casaus, A. & Sánchez, A. (2020). Secuelas de la infección por SARS-CoV-2. Un problema que debe ser afrontado. *Revista médica de Chile*, 148(9), 1373–1374. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000901373>
- Gralinski, L. & Menachery, V. (2020). Return of the Coronavirus: 2019-nCoV. *Viruses*. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/v12020135>
- Greaney, M., Puleo, E., Sprunck-Harrild, K., Haines, J., Houghton, S. & Emmons, K. (2018). Apoyo social para cambiar comportamientos múltiples: factores asociados con la búsqueda de apoyo y el impacto del apoyo ofrecido. *Educación para la salud y comportamiento*, 45 (2), 198–206. <https://doi.org/10.1177/1090198117712333>
- Halpin, S., McIvor, C., Whyatt, G., Adams, A., Harvey, O., McLean, L., Walshaw, C., Kemp, S., Corrado, J., Singh, R., Collins, T., O'Connor, R., & Sivan, M. (2021). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Journal of medical virology*, 93(2), 1013–1022. <https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
- Hauschildt, K., Seigworth, C., Kamphuis, L., Hough, C., Moss, M., McPeake, J. & Iwashyna, T. (2020). Toxicidad financiera después del síndrome de dificultad respiratoria aguda: un estudio de cohorte cualitativo nacional. *Critical Care Medicine*. doi.org/10.1097/CCM.0000000000004378

- Herrera, B., Galindo, O., Bobadilla, R., Penedo, F. & Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*, 31(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>
- Herridge, S., Tansey, M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz, N., Cooper, A., Guest, B., Mazer, D., Mehta, S., Stewart, E., Kudlow, P., Cook, D., Slutsky, S., Cheung, M. & Canadian Critical Care Trials Group (2011). Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *The New England journal of medicine*, 364(14), 1293–1304. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011802>
- Holzner, B., Kemmler, G., Cella, D., De Paoli, C., Meraner, V., Kopp, M., Greil, R., Fleischhacker, W. & Sperner, B. (2004). Normative data for functional Assessment of cancer therapy, General scale and its use for the interpretation of Quality of life scores in cancer survivors. *Acta Oncologica*, 43(2), 153-160. <https://doi.org/10.1080/02841860310023453>
- Hopkins, O., Suchyta, R., Farrer, J. & Needham, D. (2012). Improving post-intensive care unit neuropsychiatric outcomes: understanding cognitive effects of physical activity. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 186(12), 1220–1228. <https://doi.org/10.1164/rccm.201206-1022CP>
- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G. & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J. & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus Wuhan, China. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

INEGI. (2019). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad. Comunicado de prensa núm. 638/19. 1-11.

Instituto Belisario Domínguez. (2020). *Implicaciones económicas de la pandemia por COVID-19 y opciones de política*. (N° 8). http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4829/NE_corona_virus_implicaciones%20econ%c3%b3micas%20_010422020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). *Comunicado. 106 IMSS recomienda medidas de prevención para evitar enfermedades respiratorias*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/106>

Instituto Nacional del Cáncer. (2019). *Toxicidad financiera del tratamiento del cáncer (PDQ)-Versión para participantes*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/manejo-del-cancer/costos/toxicidad-financiera-pdq>

Jing, W., Willis, R. & Feng, Z. (2016). Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 66, 23–41. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.04.009>

- Joshi, A., Kalra, D., Menon, N., Gadgil, D., Pashilkar, S., Mokal, S., Prabhash, K. & Noronha, V. (2022). Translation and Validation of COST – FACIT (Version 2) Questionnaire into Hindi and Marathi to Assess Financial Toxicity in Indian Cancer Patients. *South Asian J Cancer*, 11(2), 97-104. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1741074>
- Jung, S. & Yong, J. (2020). Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak Perspectives from South Korea. *Yonsei medical journal*. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>
- Kwon, K., Lee, J., Jeon, N. & Kim, Y. (2017). Factors associated with health-related quality of life in Koreans aged over 50 Years: the fourth and fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, (243), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0816-4>
- Lasa, N., Benito, J., Manterola, A., Sánchez, J., García, J., & Germán, M. (2020). *Las Consecuencias Psicológicas de la COVID-19 y el Confinamiento*. (S.N.). <https://canal.ugr.es/wp-content/uploads/2020/05/Consecuencias-psicologicas-COVID-19.pdf>
- Lau, J. T., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E. & Wing, Y. K. (2006). Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *The Journal of infection*, 53(2), 114–124. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2005.10.019>

- Lee, M. & You, M. (2020). Psychological and Behavioral Responses in South Korea During the Early Stages of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *International journal of Environmental research and public health*.
<https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17092977>
- Liu, C., Zhang, E., Wong, G., Hyun, S. & Hahm, H. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry research*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120311185?via%3Dihub>
- Lodhi, F., Montazeri, A., Nedjat, S., Mahmoodi, M., Farooq, U., Yaseri., M., Kasaeian, A. & Holajouie, K. (2019). Assessing the quality of life among Pakistani general population and their associated factors by using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF): a population based cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 17 (1). [doi: 10.1186 / s12955-018-1065-x](https://doi.org/10.1186/s12955-018-1065-x).
- López, J. (2020). Flexibilidad, protección del empleo y seguridad social durante la pandemia global del COVID-19. *Documentos de Trabajo (IELAT, Instituto Universitario de Investigación en Estudios Latinoamericanos)*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7393704>
- López, J., Rodríguez, R., Munguía, C., Hernández, J. & Casas de la Torre, E. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento <<FANTASTIC>> para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *ELSEVIER*.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78719-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78719-1)

- Meng, Y., Wu, P., Lu, W., Liu, K., Ma, K., Huang, L., Cai, J., Zhang, H., Qin, Y., Sun, H., Ding, W., Gui, L. & Wu, P. (2020). Sex-specific clinical characteristics and prognosis of coronavirus disease-19 infection in Wuhan, China: A retrospective study of 168 severe patients. *PLoS Pathogens*. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008520>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Información Científica-Técnica Enfermedad por coronavirus, COVID-19*.
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ITCoronavirus/home.htm>
- Moya, M. (1999). Ayuda y altruismo en J. Morales (Ed.), *Psicología Social* (2ª ed., pp.122-136). McGraw-Hill.
- Naciones Unidas / Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales*. (Informe n° 1). <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45337>
- Nadim, S., Ghosh, I. & Chattopadhyay, J. (2020). Short-term predictions and prevention strategies for COVID-19: A model-based study. *ResearchGate*.
https://www.researchgate.net/publication/340021762_Shortterm_predictions_and_prevention_strategies_for_COVID-19_A_model_based_study
- Novoa, C. & Barra, E. (2015). Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios. *Terapia psicológica*, 33(3), 239-245.

- Núñez, R., Leyton, F., Pino, B., Costa, M., & Torres, R. (2021). Physical and emotional sequelae after hospitalization for COVID-19. *Revista médica de Chile*, 149(7), 1031–1035. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000701031>
- OECD (2020). *How's Life? 2020: Mexico*. <https://doi.org/10.1787/9870c393-en>.
- OECDa (2021). How's Life in Latin America?: Measuring Well-being for Policy Making. <https://doi.org/10.1787/2965f4fe-en>
- OECDb (2021). Well-being weakened in Latin America as pandemic hits, data show. <http://www.oecd.org/wise/how-s-life-in-latin-america-2965f4fe-en.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Cultura / Comisión Económica para América y el Caribe. (2020). FAO y CEPAL: Millones de personas pueden caer en la pobreza extrema y el hambre en 2020 en América Latina y el Caribe debido al impacto de la pandemia.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0*. Servicio Nacional de Rehabilitación. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170500>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19) entre trabajadores de salud: protocolo para un estudio de casos y testigos.* https://www.who.int/topics/risk_factors/es/#:~:text=Factores%20de%20riesgo,sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n.

Organización Mundial de la Salud. (2020c). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19).* https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=Cj0KCQjwoaz3BRDnARIsAF1RfLeqddLVCWEMyk1p8x8XGyaB2SrZIIgn61tsgTEKj7G85pMZVBUuKoaAm23EALw_wcB&fbclid=IwAR3MrAi7y7KWGaCzSnoQTOhOR1c4zZ7wicbtnvi4QHxKo6IEGzciWcKuEp0

Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *Coronavirus.* <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>

Organización Panamericana de la Salud. 2021. Directrices para la profilaxis y el manejo de pacientes con COVID-19 leve y moderada en América Latina y el Caribe. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55099>

Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. (2016). *Protección de la Salud Mental y Atención Psicosocial en Situaciones de Epidemias.* (S.N.). https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en

- Pappas, G., Kiriaze, I. J., Giannakis, P. & Falagas, M. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 15(8), 743–747. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.02947.x>
- Park, K., Kim, A., Yang, M. A., Lim, S. J. & Park, J. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the lifestyle, mental health, and quality of life of adults in South Korea. *PloS one*, 16(2), e0247970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247970>
- Pavela, G., Fifolt, M., Tison, S., Allison, M., Burton, B. & Ford, E. (2021). Re-Validation of the Comprehensive Score for Financial Toxicity (COST): Assessing the Scale's Utility in Chronic Disease Populations. *Health services insights*, 14. <https://doi.org/10.1177/11786329211057352>
- 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), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234850>
- Pizarro, C., Sánchez, C., Torres, R., Vera, R., Sanchez, D., Vasconcello, L., Solís, L. & Rivera, G. (2021). Evaluación de las actividades de la vida diaria en pacientes post COVID-19: una revisión sistemática. *Peer J*, 9, e11026. <https://doi.org/10.7717/peerj.11026>
- Qin, C., Zhou, L., Hu, Z., Zhang, S., Yang, S., Tao, Y., Xie, C., Ma, K., Shang, K., Wang, W. & Tian, D. (2020). Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Clinical Infectious Diseases*. <https://covid-19.conacyt.mx/jspui/bitstream/1000/726/1/101611.pdf>

- Reger M., Stanley I. & Joiner. T. (2020). Mortalidad por suicidio y enfermedad por coronavirus 2019: ¿una tormenta perfecta? *JAMA Psiquiatría*. 77(11):1093–1094. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- Sampieri, R., Collado, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6° ed.). Mc Graw Hill Education.
- Sánchez, J. & González, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo (director). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide. (473-492).
- Schneider, J., Pizzinato, A. & Calderón, M. (2015). Mujeres con cancer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 33(2). 439-467.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L. & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*.
<https://dx.doi.org/10.1093%2Fqjmed%2Fhcaa201>
- Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine* (1982), 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Souza, J., Yap, B., Hlubocky, F., Wroblewski, K., Ratain, M., Cela, D. & Daugherty, C. (2014). The development of a financial toxicity patient-reported outcome in cancer: The COST measure. *Cancer*, 120(20), 3245-3253. DOI:
<https://doi.org/10.1002/cncr.28814>

Souza, J., Yap, B., Wroblewski, K., Blinder, V., Araújo, F., Hlubocky, F., Nicholas, L., O'Connor, J., Brockstein, B., Ratain, M., Daugherty, C. & Cella, D. (2017). Measuring financial toxicity as a clinically relevant patient-reported outcome: The validation of the Comprehensive Score for financial Toxicity (COST). *Cancer*, *123* (3), 476-484. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.30369>

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2020). Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/571865/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.08.23.pdf

Tejada, M. (2012). Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. *Revista de pedagogía*, *33*(92), 235-269.

Thomas-Rüddel, D., Winning, J., Dickmann, P., Quart, D., Kortgen, A., Janssens, U. & Bauer, M. (2020). Coronavirus disease 2019 (March 24, COVID-19): update for anesthesiologists and intensivists March 2020. *Der Anaesthesist*. <https://doi.org/10.1007/s00101-020-00760-3>

Tull, M., Edmonds, K., Scamaldo, K., Richmond, J., Rose, J. & Gratz, K. (2020). Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry Research*. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.113098>

- Valdez, M. & Álvarez, C. (2017). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*, 17(2), 113-121.
<https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>
- Valero, N., Vélez, M., Duran, Á. & Torre, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 5 (3), 63-70.
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913>
- Valverde, C., López, M. & Ring. (2003). *Estrategias de afrontamiento*.
http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225
- Van der Boor, Amos, R., Nevitt, S., Dowrick, C. & White, R. (2020). Systematic review of factors associated with quality of life of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Conflict and Health*, 14, (48), 1-24.
- Van Nguyen, T., Van Nguyen, H., Duc Nguyen, T., Van Nguyen, T. & The Nguyen, T. (2017). Difference in quality of life and associated factors among the elderly in rural Vietnam. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 58(1), E63–E71.
- Vega, M., Villafuerte, B., Escudero, G., Arenas, L. & Cervantes, M. (2018). Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e164.
- Viteri, E., Briones, E., Bajaña, V. & Aroni, E. (2019). Funcionalidad familiar y apoyo social percibido: Abordaje desde la intervención comunitaria en Ecuador. *Revista Venezolana de Gerencia*, 24(88), 1249-1261.

- Volkin, S. (2020). *How long can the virus that causes COVID-19 live on surfaces?*
<https://hub.jhu.edu/2020/03/20/sars-cov-2-survive-on-surfaces/>
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables.*https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/determinantes_sociales_de_la_salud._los_hechos_irrefutables.pdf
- Wilson, D. & Ciliska, D. (1984). Lifestyle Assessment. *Canadian Family Physician*, 30, 1527–1532.
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 91–98.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. & Yang, N. (2020a). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research.*
<https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/923921>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. & Yang, N. (2020b). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research.*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7075079/>

- Xu, H., Yan, S., Chang, Y., Jiang, H., Zou, L., Gan, Y., Gong, Y., Cao, S., Wang, C., Liu, J. & Lu, Z. (2020). Discrepancy in perceived social support and related factors among Chinese college students with and without siblings. *Journal of Affective Disorders*, 276(1), 84-89.
- Zhang, Y. & Feei, Z. (2020). Impacto 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), 1-12. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17072381>
- Zoghby, S., Soltan, E. & Salama, H. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Social Support among Adult Egyptians. *Journal of community health*. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10900-020-00853-5>

APÉNDICES

Consentimiento informado

Propósito. Usted está invitado(a) a participar en la encuesta titulada: “Apoyo social en población general y médicamente enferma, durante la pandemia de COVID-19”. Su participación en este proyecto es voluntaria. Toda la información y datos que proporcione serán estrictamente anónimos y confidenciales.

¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

Determinar en nivel de apoyo social en población general y médicamente enferma, durante la pandemia de COVID-19.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

Al proporcionarnos información, usted colabora para que el equipo de investigación identifique de mejor forma aspectos importantes sobre el tema y nos permita posteriormente hacer recomendaciones en programas de salud mental para atender dichas problemáticas.

¿Cuánto durará mi participación?

El llenado de las preguntas tendrá una duración aproximada de 15 minutos. Si acepta participar, debe dar aceptar en el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido.

¿Acepta participar de forma voluntaria?

Sí

No

Cédula de identificación

DG1. Edad: _____ **DG2.** Sexo: M () H ()

DG3. Tiene Hijos: Si () No () Si contestó Sí indique cuantos _____

DG4. País de residencia _____

DG5. ¿En qué estado de salud se encuentra usted en este momento?

- Saludable (Sin síntomas)
- Con síntomas: dificultad respiratoria, tos, fiebre y/o dolor de cabeza
- Diagnóstico médico de COVID-19
- He tenido COVID-19 y salido del cuadro de síntomas

DG6. Escolaridad: Ninguna () Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura () Posgrado ()
Otra: _____

DG7. Ocupación: Hogar () Estudiante () Empleado/a () Desempleado/a () Autoempleo ()
Profesionista () Jubilado/a () Otra: _____

DG8. Estado civil: Soltero/a () Casado/a () Viudo/a () Divorciado(a/Separado/a () Unión libre ()
Otra: _____

DG9. ¿Cuenta con algún seguro médico público o privado? Si () No ()

DG10. ¿Tiene alguna enfermedad crónico degenerativa? Si () No ()

DG11. Si contestó Sí indique (puede marcar más de una opción).

Si contesto No pase a la pregunta DG12:

Hipertensión () Diabetes () Cáncer () Artritis () VIH ()

Otra Especifique: _____

DG12. ¿Lleva algún tratamiento médico? Si () No ()

DG13. A lo largo de su vida, ¿ha recibido atención de algún servicio de salud mental? Si () No ()

DG14. Si contestó Sí indique ¿Cuál? (puede marcar más de una opción):

Psicología () Psiquiatría () Otro tipo _____

Cuestionario de Autoevaluación sobre Estilo de Vida: “FANTÁSTICO”



**Instituto Nacional de Cancerología
INCan México
Servicio de Psicooncología**



Cuestionario de Autoevaluación sobre estilo de vida: “FANTÁSTICO”

El objetivo de este cuestionario es conocer su estilo de vida entendiéndose éste como “una serie de conductas y hábitos cotidianos de las personas que influyen en su vida”.

Instrucciones: Por favor, marque con una “✓” (paloma) la respuesta que más se parezca a su situación en los últimos 30 días. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, por lo cual, le pedimos que conteste con la mayor sinceridad posible

Familia y Amigos

F	F1	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F2	Me gusta dar cariño y recibir cariño	Casi siempre	A veces	Casi nunca	

Actividad Física

A	F3	Realizo actividad física como (caminar, subir escaleras y/o actividades en el hogar)	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F4	Hago ejercicio de forma activa al menos por 20 min.	4 o más veces por semana	De 1 a 3 veces por semana	Menos de una vez por semana	

Nutrición

N	F5	Mi alimentación es balanceada, como frutas y verduras	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F6	Consumo alimentos azucarados, comida chatarra o alta en grasa	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F7	De acuerdo a su peso y talla; esta pasado(a) de su peso ideal	0 – 4 kilos de mas	5 – 8 kilos de más	Más de 8 kilos	

Tabaco

T	F8	Fuma cigarros	Nunca	A veces	Siempre	
	F9	¿Cuántos cigarros fumo por día?	Ninguno	De 0 a 10	Más de 10	

Alcohol

A	F10	Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, caballito de tequila) por semana es de:	0 – 7 tragos	8-12 tragos	Más de 12 tragos	
	F11	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión	Nunca	A veces	Siempre	
	F12	Manejo el auto después de beber alcohol (Si no maneja marque la casilla) <input type="checkbox"/>	Nunca	A veces	Siempre	

Sueño, Estrés						
S	F13	Duermo bien y me siento descansado/a	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F14	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F15	Me relajo y disfruto mi tiempo libre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
Trabajo: ¿Cómo me siento?						
T	F16	Me siento contento/a con mi trabajo y mis actividades diarias	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F17	Me siento enojado/a o me perciben agresivo/a	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F18	Me siento acelerado/a	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
Introspección (sensación de si mismo)						
I	F19	Pienso positivamente u optimista	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F20	Me siento tenso/a o preocupado	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F21	Me siento deprimido/a o triste	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
Cuidado de la salud sexual						
C	F22	Converso con mi pareja y/o familia sobre temas de sexualidad	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
	F23	Me preocupo de mi cuidado y del cuidado de mi pareja en la sexualidad	Casi siempre	A veces	Casi nunca	
Otras Drogas						
O	F24	Consumo drogas como marihuana, cocaína o inhalables	Nunca	Ocasional mente	A menudo	
	F25	Uso frecuentemente medicamentos sin receta médica (automedicación)	Nunca	Ocasional mente	A menudo	
	F26	Bebo café o bebidas que tienen cafeína	Casi siempre	A veces	Casi nunca	

¡Gracias por su participación!

Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas (FACIT-GP)

FACIT – GP Validada por Galindo, Espinoza, Meneses, Calderillo, Lerma y Santos. (2018).

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA TERAPIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (FACIT-GP)

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas consideran importantes.

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a).....	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado(a)	0	1	2	3	4

<u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

		<u>ESTADO EMOCIONAL</u>				
		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
GE	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

		<u>CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL</u>				
		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
	Duermo bien.....	0	1	2	3	4
	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.....	0	1	2	3	4

¡Gracias por su participación!

Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad “WHODAS 2.0”



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	<u>Concentrarse</u> en hacer algo durante <u>diez minutos</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar</u> las cosas importantes <u>que tiene que hacer</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones</u> a los problemas de la vida diaria?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	<u>Estar de pie</u> durante <u>largos periodos de tiempo</u> , como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie</u> cuando estaba <u>sentado(a)</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse</u> dentro de su <u>casa</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias</u> , como un <u>kilómetro</u> [o algo equivalente]?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo</u> (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D3.2	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D3.3	<u>Comer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D3.4	<u>Estar solo(a) durante unos días?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
Relacionarse con otras personas						
D4.1	<u>Relacionarse con personas</u> que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D4.3	<u>Llevarse bien con personas</u> cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D4.5	<u>Tener relaciones sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
Actividades de la vida diaria						
D5.1	<u>Cumplir con sus quehaceres de la casa</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D5.3	Acabar <u>todo</u> el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerse

Por favor continúe con la página siguiente..



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

Si la "persona" trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario o las actividades escolares?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas</u> , en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras <u>personas?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las <u>consecuencias de la misma?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Qué <u>impacto económico</u> ha tenido usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su <u>familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..

La pregunta D6.4 cuestiona el tiempo, las opciones de respuesta no me parece que apliquen, sin embargo es solo una observación, así esta en la versión en inglés y en la versión traducida al español.



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	<i>Anote el número de días</i> ____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> ____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> ____

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

Cuestionario de Apoyo Social: "MOS-GP"

Cuestionario MOS-GP de Apoyo Social

Las personas a veces buscan apoyo, compañía u otro tipo de ayuda. Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda del cual dispone. ¿Con qué frecuencia tiene disponible cada uno de los siguientes tipos de apoyo si lo necesita?

Instrucciones: Marque con una ✓ el número de cada renglón que mejor aplique a su situación actual.

APOYO EMOCIONAL/INFORMATIVO	Nunca	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
1.- Alguien que me escuche cuando necesito hablar	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2.- Alguien que me dé información para ayudarme a entender una situación	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3.- Alguien que me aconseje en una crisis	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4.- Alguien en quien confiar o hablar sobre mi o mis problemas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5.- Alguien cuyo consejo realmente quiera o valore	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6.- Alguien con quien compartir mis preocupaciones y temores más privados	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7.- Alguien que me de sugerencias sobre cómo manejar un problema personal	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8.- Alguien que entienda mis problemas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
APOYO TANGIBLE	Nunca	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
9.- Alguien que me ayude cuando estoy enfermo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

- 10.- Alguien que me acompañe al médico si necesito ir 1 2 3 4 5
- 11.- Alguien que me prepare mis comidas si yo no puedo hacerlo 1 2 3 4 5
- 12.- Alguien que me ayude con mis tareas diarias cuando estoy enfermo 1 2 3 4 5

APOYO AFECTIVO	Nunca	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
13.- Alguien que me demuestre amor y cariño	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
14.- Alguien a quien amar y me haga sentir querido	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
15.- Alguien que me abrace	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

INTERACCIONES SOCIALES POSITIVAS	Nunca	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
16.- Alguien con quien pasar un buen rato	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
17.- Alguien con quien pueda reunirme para relajarme	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
18.- Alguien con quien pueda hacer algo agradable	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

ÍTEM ADICIONAL	Nunca	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
19.- Alguien con quien pueda hacer cosas para ayudarme a distraerme	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

20.- ¿Con cuantas personas (amigos y/o parientes cercanos) te sientes a gusto y puedes hablar sobre lo que piensas? Escriba el número de amigos y parientes cercanos:

Cuestionario para la Evaluación Funcional de Toxicidad Financiera de la Terapia de Enfermedades Crónicas adaptado a la Pandemia COVID-19: “COST-FACIT (Versión 2)”

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas durante la pandemia de COVID -19 consideran importantes sobre su situación. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que mejor corresponda a su situación en los últimos 7 días

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
FT1	Sé que tengo suficiente dinero en ahorros, cuentas de jubilación o bienes para cubrir los costos que genero la pandemia de COVID -19	0	1	2	3	4
FT2	Los gastos derivados de la pandemia de COVID-19 que debo pagar de mi bolsillo son mayores de lo que pensé	0	1	2	3	4
FT3	Me preocupan los problemas económicos que tendré en el futuro como consecuencia de la pandemia de COVID -19	0	1	2	3	4
FT4	Siento que no tengo opción para pagar la cantidad de dinero que gasto derivado de la pandemia de COVID -19	0	1	2	3	4
FT5	Me frustra no poder trabajar o tener dinero como habitualmente lo hago	0	1	2	3	4
FT6	Estoy satisfecho/a con mi situación económica actual	0	1	2	3	4
FT7	Puedo pagar mis gastos mensuales	0	1	2	3	4
FT8	Siento que tengo dificultades económicas	0	1	2	3	4
FT9	Me preocupa conservar mi trabajo y mis ingresos, incluido el trabajo que hago desde casa	0	1	2	3	4
FT10	La pandemia de COVID -19 ha hecho que sienta menos satisfacción con mi situación económica actual	0	1	2	3	4
FT11	Siento que tengo el control de mi situación económica	0	1	2	3	4
FT12	La pandemia de COVID -19 ha representado una dificultad económica para mí y para mi familia	0	1	2	3	4