

**AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL Y
SOCIOECONÓMICOS EN ESTUDIANTES DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD DE
UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA, SANTIAGO DE CALI 2020**

GUSTAVO ADOLFO GIRÓN RESTREPO



**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Santiago de Cali, junio 2020**

**AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL Y
SOCIOECONÓMICOS EN ESTUDIANTES DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD DE
UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA, SANTIAGO DE CALI 2020**

GUSTAVO ADOLFO GIRÓN RESTREPO

Trabajo para optar al título de Maestría en Salud Pública

Elsa Patricia Muñoz Laverde
Directora

Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Santiago de Cali, junio de 2020

DEDICATORIA

A mis padres, Amparo Restrepo y Omar Girón, sin sus enseñanzas, paciencia, amor y coraje, no hubiera sido posible nada en mi vida, son un motor, son un ejemplo, sus unos “berracos”, pese a tener tantas cosas en contra, lograron salir triunfantes y demostraron con creces que el esfuerzo y la dedicación son la fórmula del éxito.

A mi esposa, Angelica María Perlaza Moreno, faro de luz, apoyo fundamental y compañera de vida. Dedicada, inteligente, perseverante, luchadora, me siento orgulloso del camino que estas recorriendo.

A mi hijo, Juan Camilo Girón Perlaza, la razón por la cual me levanto feliz todos los días. Su sonrisa y espontaneidad me muestran la belleza de este mundo y me hacen darle gracias al creador y al universo por estar aquí.

AGRADECIMIENTOS

- A la profesora Elsa Patricia Muñoz Laverde, un ser humano extraordinario que se me apareció en el camino con sus enseñanzas para lograr este objetivo de vida, su paciencia, dedicación y conocimientos fueron un pilar fundamental de esta investigación.
- A mi primo Andrés Fernando Díaz Gutiérrez, quien fue un apoyo incondicional para la consecución de este logro.
- A la Institución Universitaria Antonio José Camacho, quien me brindó todas las herramientas para cumplir este sueño sin ninguna restricción.
- A todos los estudiantes y auxiliares administrativos que participaron en el trabajo de campo de esta investigación.
- A mis compañeros de estudio, jamás voy a olvidar todo lo vivido en la escuela de salud pública, ustedes formaron parte fundamental de este proceso intelectual.
- A mis hermanas María Isabel y Luisa Fernanda, son un ejemplo de inteligencia, tenacidad y coraje, todo lo que se proponen lo logran, eso hace que queramos superarnos cada día más.

Tabla de contenido

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. ESTADO DEL ARTE	14
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. Modelos teóricos proceso salud-enfermedad según Arredondo.....	21
3.2. Modelos teóricos proceso salud-enfermedad según Belén.....	24
3.3. Modelo Sociocultural.....	26
4. OBJETIVOS.....	28
4.1 Objetivo general.....	28
4.2 Objetivos específicos.....	28
5. METODOLOGÍA.....	28
5.1. Tipo de estudio.....	28
5.2 Área de estudio.....	28
5.3 Población y muestra.....	29
5.4 Criterios de inclusión.....	30
5.5 Criterios de exclusión.....	30
5.6 Variables.....	30
5.7 Recolección de la información.....	37
5.8 Plan de análisis.....	38
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	40
7. RESULTADOS.....	41
7.1. Características sociodemográficas.....	41
7.2. Valoración sobre la emergencia por covid-19.....	47
7.2.1 Actividades académicas.....	50
7.3 Efectos de la salud mental.....	52
7.4 Posibles cambios socioeconómicos.....	56
8. DISCUSIÓN.....	60
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
10. BIBLIOGRAFÍA.....	74

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resumen proceso salud-enfermedad tomado de belén (2011).....	27
Tabla 2. Niveles jerárquicos proceso de enfermar. Adaptado de Belén 2011 (28).....	28
Tabla 3. Determinantes del proceso salud-enfermedad adaptado de Arredondo.....	28
Tabla 4 Distribución de la población según grupos de edad.....	43
Tabla 5 Características sociodemográficas de los estudiantes.....	44
Tabla 6 Distribución del ingreso familiar de los estudiantes.....	46
Tabla 7 Duración de ahorros familiares según tiempo.....	47
Tabla 8 Actividades que desempeña el estudiante antes de la pandemia.....	47
Tabla 9 Participación laboral según semestre académico antes de la pandemia.....	47
Tabla 10 Situación laboral de los estudiantes antes y después del COVID-19 antes de la pandemia.....	48
Tabla 11 Nivel de gravedad de la pandemia por COVID-19 según edad de los estudiantes.....	48
Tabla 12 Grupo poblacional a riesgo de infección por COVID-19.....	49
Tabla 13 Riesgo de infección por COVID-19.....	49
Tabla 14 Adopción de medidas de control del contagio por COVID-19.....	50
Tabla 15 Actividades realizadas por los estudiantes durante el aislamiento social obligatorio.....	50
Tabla 16 Actividades que motivaron salir de sus hogares durante el aislamiento social obligatorio.....	51
Tabla 17 Percepción sobre los cambios a nivel académico.....	51
Tabla 18 Como asumió la modalidad enseñanza según edad de los estudiantes.....	52
Tabla 19 Percepción flexibilización académica según grupo edad.....	52
Tabla 20 Dificultad asistencia encuentros según grupo edad.....	52
Tabla 21 Tipo de dificultades para la asistencia.....	53
Tabla 22 Resolución conflictos.....	53
Tabla 23. Consulto usted algún profesional como psicólogo o psiquiatra durante el aislamiento social obligatorio.....	55
Tabla 24. Fue usted diagnosticado durante la pandemia por un profesional competente con depresión, ansiedad, trastorno bipolar, estrés o alguna otra enfermedad de salud mental.....	55
Tabla 25 Percepción frente a los cambios en salud mental.....	56
Tabla 26. Tiene usted personas a cargo.....	58
Tabla 27. cuántas personas tiene a su cargo.....	58
Tabla 28 Aportes económicos antes y después del coronavirus.....	58
Tabla 29. Percepciones y dificultades en materia económica.....	59
Tabla 30. Tipo de ayuda económica.....	60

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Determinantes sociales que influyen en la salud, Organización mundial para la salud OMS.....	27
Gráfica 2. Distribución de los estudiantes según jornada académica.....	42
Gráfica 3. Distribución de los estudiantes según grupos de edad y sexo.....	42
Gráfico 4. Participación de alumnos según semestre académico	44

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Tabla de variables.....	31
ANEXO B. Consentimiento informado.....	78
ANEXO C. Instrumento.....	79

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, el mundo está enfrentando una pandemia denominada: “Síndrome Respiratorio Agudo Grave Coronavirus 2 (SARS-Cov-2)”, o por sus siglas en inglés “COVID-19”, la cual, al parecer, se originó finalizando el año 2019 en la ciudad Wuhan, China, con una rápida expansión a los países asiáticos y europeos, y posteriormente al continente americano. Por ser un evento de ocurrencia a nivel global, se generó una emergencia de carácter mundial en salud pública que fue declarada pandemia el 19 marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). Esto llevó a los organismos internacionales a recomendar a los gobiernos el tomar medidas para lograr la contención del contagio por el virus, lo que se reflejaría en una disminución de la curva de contagio; las medidas generales adoptadas fueron el aislamiento social, la cuarentena, el uso de la mascarilla o tapabocas, lavado frecuente de las manos y el distanciamiento social.

En el mundo, para el 30 de mayo de 2020, se tenía una cifra de infectados que asciende a 6.036.944, con una letalidad de 6.1% (369.322) según la OMS. En Colombia, el 22 de marzo de 2020, mediante Decreto 457 de 2020, se estableció el aislamiento social debido al aumento de casos por coronavirus, los cuales ascendían a 28.236 casos confirmados, 890 muertes y 7.121 recuperados (al 30 de mayo de 2020).

Comúnmente se confunden los conceptos aislamiento, cuarentena y distanciamiento social; sin embargo, el Michigan Department of Community Health (2) define aislamiento como “la estrategia que se utiliza para separar a las personas que han enfermado por una enfermedad contagiosa de aquellas que están saludables”; es decir, la cuarentena es “separar y restringir el movimiento de personas que pueden haber sido expuestas a una enfermedad contagiosa, pero que no tienen síntomas”, mientras que el distanciamiento social es “limitar el contacto frente a frente con otras personas”. Según historiadores de la British Broadcasting Corporation, la palabra cuarentena se usó por primera vez en Venecia, Italia, en 1.127 con respecto a la lepra. Luego con la peste negra su uso fue frecuente, y aunque esa medida presentó resultados positivos al evitar aumentar el número de contagios, también están ampliamente documentados otros efectos no deseados.

Los efectos y alteraciones psicológicas asociadas con la cuarentena son diversos, estos van desde síntomas aislados de ansiedad hasta trastornos complejos con un deterioro marcado de la funcionalidad, tales como insomnio, la depresión y trastorno por estrés postraumático (3). Según Olaya et al, “el aislamiento social se configura como un estresor no normativo que incrementa la posibilidad de presentar por primera vez

alteraciones mentales o la exacerbación o recurrencia de trastornos mentales preexistentes” (4). Las características individuales suelen jugar un papel principal en la aparición de trastornos como la intolerancia a la incertidumbre, la vulnerabilidad percibida a la enfermedad o la propensión a la ansiedad (4).

Incluso, como lo mencionan Vahia Ipsit et al y Carmen Caballero Domínguez, “el estrés emocional tiene consecuencias neurobiológicas que incrementan la probabilidad de exacerbar enfermedades concomitantes y la vulnerabilidad para reunir criterios que lleven a un trastorno mental; en particular, trastornos de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y estrés agudo” (5) (6). Otro punto importante pocas veces estudiado es la preocupación exagerada por la salud que se presenta en diferentes niveles de intensidad, con interpretaciones generalmente erróneas, pero con somatización corporal, habitualmente ignoradas (6). Carmen Caballero Domínguez explica otro factor, el cual es el temor por el contagio generado por la masificación de la información, que muchas veces genera ansiedad al no tener claridad sobre las fuentes y puede llegar a causar confusión, depresión o ira (6).

Brooks et al, señalan los factores estresores durante la cuarentena y los enuncian de la siguiente manera: duración de la cuarentena, miedo a la infección, frustración y aburrimiento, suministro e información inadecuados (7). Cada uno de estos afectan de manera directa el comportamiento de las personas; por ejemplo, una cuarentena que se alarga por más de 10 días genera estrés postraumático.

Un estudio evidenció que los participantes en su mayoría tenían miedo de infectarse o de infectar a algún miembro de su familia más si presenta algún síntoma relacionado con la infección, además que la pérdida de la rutina de contacto físico y social genera sensación de aislamiento del mundo. Por tal motivo, la angustia creció en los participantes, ya que no tenían información inadecuada por parte de las autoridades administrativas y de salud, y además había incertidumbre debido a los múltiples cambios en la normatividad que no generaban estabilidad, lo que no solo causó en estos participantes frustración, sino también ira y aumento del estrés al no contar con pautas claras de comportamiento.

De igual manera, los autores (7) hacen referencia a los estresores postcuarentena señalando dos: el factor financiero y el estigma. Para nadie es un secreto que muchas personas no pueden trabajar y deben interrumpir sus actividades laborales y profesionales sin una planificación, lo que puede generar efectos que parecen ser

duraderos. Además, la pérdida financiera como resultado del aislamiento social creó una grave angustia socioeconómica y se manifestó que era un factor de riesgo para síntomas de trastornos psicológicos, enojo y ansiedad por varios meses después del aislamiento social. Por último, como lo señalan Brooks et al, “el estigma, más que todo para aquellas personas que tuvieron que enfrentarse al virus directamente, bien sea por trabajar en la primera línea de contención como los profesionales de la salud, o personas con algún miembro de la familia infectado, de alguna manera generó rechazo y estas personas aumentaron sus niveles de estrés, frustración o ira al exponerse a la comunidad” (7).

Según el boletín de salud mental del Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia, para el año 2017 (8), los trastornos mentales y neurológicos representaron el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe (OPS), con una elevada carga de la enfermedad en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Para Colombia las cifras no son alentadoras; en la encuesta de salud mental en Colombia realizada en 2015 (9), se especifica que en los eventos críticos y en el curso vital, el 51.7% de los niños entre 7 y 11 años vive con sus padres biológicos, y la otra mitad en condición de pobreza. Se perciben así carencias económicas para la población infantil, cuyo impacto negativo en la salud mental debe ser considerado, ya que el 21% de las personas de 18 a 44 años reporta haber experimentado algún tipo de violencia en el ámbito escolar, además de que jóvenes entre 12 y 18 años reportaron haber vivido desplazamiento forzoso como evento traumático relacionado con el conflicto armado. Este panorama pone de manifiesto la violencia como un asunto que le compete a la salud mental. Posada A, en el año 2013 (10), citando el estudio Nacional de Salud Mental, asegura que “el 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado”.

En el Valle del Cauca para el año 2015, consultaron por depresión moderada 2.546 personas (8). Se debe tener en cuenta que estos datos son anteriores a la aparición del COVID-19, por tal motivo, es importante estar alerta ante los cambios que se puedan presentar en y posterior a la pandemia.

Ahora bien, si el panorama en materia de salud mental pone en alerta los sistemas de salud mundiales, socioeconómicamente los efectos del confinamiento obligatorio también generan preocupación. En muchos casos, las nuevas condiciones de aislamiento social han producido cambios sin precedentes que antes se insinuaban y ahora son una realidad. Como lo expone Victor Becker del Centro de Estudios de la Nueva Economía, “la cotidianidad cambió drásticamente en muchos aspectos laborales

(banca online, formulas médicas digitales, telemedicina, teletrabajo, cambio del modelo pedagógico a modalidad e-learning) y parece que llegó para quedarse. Se podría estar experimentando un cambio de era, la A.C y la D.C (antes y después del COVID-19) en muchos aspectos de la realidad económico-social" (11).

Ahora bien, Becker señala que "todas las crisis generan ganadores y perdedores. Los sectores ganadores serán los de las nuevas economías basados en el conocimiento, la tecnología de la información y la robotización. Los sectores perdedores serán los de la vieja economía basada en el uso presencial del recurso humano. Ejemplos claros de este cambio de orden mundial se pueden ver en empresas como Facebook y Google que continúan con su actividad normal, o Netflix, el gran ganador de la cuarentena mundial. Mientras tanto, la industria automotriz, el petróleo y la industria del entretenimiento prácticamente paralizadas en casi todo el mundo" (11).

Por tal motivo, los países con economías en vías de desarrollo tendrán que tomar medidas fiscales para controlar la contingencia inesperada en una posible turbulencia financiera, entendiendo que la inversión extranjera probablemente disminuirá, y, sobre todo, los países que dependen del petróleo como gran impulsor de la economía, verán disminuidos sus recursos en gran proporción por precios a la baja a nivel mundial (12).

Botero y Montañés (13) proponen en su estudio modelos de equilibrio general, para explicar la posible contracción del crecimiento económico en Colombia para el año 2020, la que estiman en el orden del -2,03%. Plantean que al reducirse la actividad empresarial por cuenta de la cuarentena por el COVID-19, y al estimar una caída de los flujos de capital y las remesas del exterior, habría una contracción de -0,01% en el primer trimestre, de -10,9% en el segundo trimestre, luego de -0,19% en el tercer trimestre y finalmente un repunte del 2,49% en el cuarto trimestre del año. Los sectores más golpeados serían la agricultura, industria y comercio, con variaciones por debajo del -5%, mientras los servicios alcanzarían una contracción de hasta el -9%.

Jiménez y Gonzáles (14) son más escépticos y plantean otro panorama (una contracción superior al 75%) en los sectores de explotación minera, industria manufacturera, construcción, servicios de alojamiento, comida y actividades artísticas, de entretenimiento y recreación, con un efecto que se extendería hasta el tercer trimestre de 2020. Estas cifras están en consonancia con los pronósticos de ANIF (2020a).

Según última medición de Cifras & Conceptos, en abril de este año (15) la percepción de los hogares al respecto de la situación económica es bastante negativa. El 65% de las personas encuestadas en 6 ciudades colombianas siente miedo de perder su trabajo, indicando que los hechos más críticos de la cuarentena han sido no tener ingresos, la situación de desempleo, el hecho de no poder trabajar y el riesgo a quedarse sin trabajo. De hecho, el 38% de los encuestados afirma que ya algún miembro del hogar ha perdido su empleo en el último mes.

Los efectos del confinamiento por el COVID-19 en la economía colombiana ya están dejando un rastro poco alentador. Según el director del DANE, la cifra de desempleo en el país es del 12.6%, la más alta en la última década, lo que es equivalente a 1'583.000 millones de ocupados menos. Los sectores más golpeados por la cuarentena fueron las actividades artísticas, de entretenimiento y recreación, seguidos de la industria manufacturera y del comercio. Entre las actividades artísticas de entretenimiento, recreación y sector de la industria y comercio ya se han perdido 732.000 ocupados.

Entendiendo que la educación es un servicio público esencial, se espera que las instituciones de educación superior (universidades) tendrán probablemente una disminución en el recaudo de recursos económicos al disminuirse los pagos por las matrículas financieras (16), según lo plantea el observatorio de la universidad colombiana (17). Se recopilan 125 impactos que se presentarán en el escenario inmediato, con miras al próximo semestre académico y seguramente más allá aún en momentos de incertidumbre frente al COVID-19, los cuales están divididos en seis grandes grupos: i) los cambios trascendentales, o aquellos que moverán la estructura de la universidad como sistema de oferta y demanda en un mercado educativo; ii) los giros en el desarrollo de las actividades académicas tradicionales y las nuevas formas de la enseñanza y aprendizaje; iii) las medidas sanitarias que deberán implementarse de forma obligatoria; iv) los ajustes e impactos que se darán en el personal académico y administrativo; v) los nuevos desafíos de política pública que se vislumbran para dar estabilidad al sector; y vi) una simulación de las acciones previsibles, fundadas en el conocimiento de las lógicas y cultura del sector.

Entre los cambios trascendentales se considera que la demanda caerá durante varios periodos académicos, como nunca se había presentado, y caerá fuertemente el valor económico promedio de las matrículas de todos los niveles, tanto en pregrado como en posgrado, especialmente en las Instituciones de Educación Superior (IES) privadas. La virtualidad será la gran ganadora, aunque siempre fue subvalorada por el sector

académico, pero ahora será potenciada, revitalizada y acogida como gran solución. Si el gobierno no lanza reales salvavidas financieros, comenzará la desaparición y lenta extinción de IES pequeñas, y habrá fusiones, absorciones o compras de IES pequeñas por parte de las grandes instituciones. Algunas carreras bajarán su demanda y de no superarse todas las incertidumbres, la matrícula en los pregrados y posgrados bajará estruendosamente dado que posiblemente los potenciales estudiantes preferirán ahorrar ante la incertidumbre laboral; estudiantes de unas IES preferirán migrar a otras que tengan descuentos en la matrícula y muchos estudiantes optarán por la virtualidad para realizar sus estudios.

Este trabajo de investigación presenta una utilidad teórica al profundizar en temas de importancia para la salud pública, tales como los aspectos de salud mental en población joven y los determinantes de la salud que influyen en este proceso. Así mismo, presenta una utilidad social al abordar un tema actual como lo es la salud mental durante la aplicación de medidas poblacionales para enfrentar la pandemia por COVID-19. Es un trabajo de investigación que lo hace pertinente y oportuno para poder influir en la planeación de estrategias de intervención en salud adecuadas a la región, ya que presenta una utilidad académica al servir de insumo para que otros investigadores puedan continuarlo y ampliarlo a otros programas, facultades o incluso universidades, así como también presenta una utilidad práctica al generar una guía de recomendaciones individuales y colectivas para comprender y proteger la salud mental de los estudiantes de Administración en Salud en tiempos de COVID-19.

Ante este panorama tan complejo para el sector educación, la Institución Universitaria donde se adelantará el estudio debe explorar estrategias para que la deserción estudiantil sea la menor posible y, además, brindar programas de apoyo para controlar las afecciones en la salud mental de los estudiantes. Según la revista *Nature* del Reino Unido, se publicaron 54 artículos académicos sobre el COVID-19 desde el inicio de la pandemia (18), donde predominan estudios sobre las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad, la caracterización genómica del virus y las políticas de salud pública para enfrentar la pandemia. Pocos artículos dan relevancia sobre los trastornos de salud mental durante la pandemia, o a los posibles problemas socioeconómicos, por lo que la información disponible es poca en este contexto del COVID-19 y eso hace que la investigación sea relevante porque ilustra sobre un tema crucial en salud pública en una población joven universitaria, entendiendo que la OMS define la salud como un conjunto de factores donde el componente mental juega un papel preponderante. Por lo tanto, el estudio plantea dar respuesta a la siguiente

pregunta: ¿Cuáles son las posibles afectaciones en materia de salud mental y socioeconómicas originadas en el aislamiento social por el COVID-19 de los estudiantes de Administración en Salud de una Institución Universitaria en el año 2020?

2. ESTADO DEL ARTE

La pandemia por COVID-19, al ser un evento nuevo, ha generado muchas preguntas sobre las formas de contagio, evolución clínica, implicación en la población, medidas farmacológicas y no farmacológicas para su manejo y control, al igual que la valoración del resultado de las diversas medidas individuales y poblacionales adoptadas a nivel mundial; la comunidad científica trabaja en la búsqueda de alternativas para contener el contagio e infección por el virus.

En medio de este panorama global de salud pública, generar evidencia científica sobre los efectos físicos, mentales y sociales de la infección y las medidas de aislamiento social que muy seguramente tendrán implicaciones a nivel individual y colectivo, se plantea como un tema de interés al explorar los efectos en la población joven universitaria en un contexto local. Por tal motivo, se realiza una búsqueda de literatura científica que permita argumentar de manera sólida los efectos sobre la salud mental y socioeconómicos, puntos centrales de la investigación que se plantea.

El estudio “What all decision-makers, health authorities and health care professionals need to know”, Anxiety Disord, 2020 (3), publicado en el Journal of Anxiety Disorders, señala que los factores psicológicos desempeñan un papel vital en el éxito de las estrategias en salud pública que se usan para gestionar epidemias y pandemias. Las estrategias más usadas son: comunicación de riesgos, vacunación y terapia antiviral, higiene y distanciamiento social. La ansiedad por la salud influye en el éxito o el fracaso de cada una de estas estrategias. En consecuencia, es fundamental que los encargados de la toma de decisiones entiendan cómo la ansiedad por el estado de salud influirá en la respuesta a los brotes virales, incluidas las respuestas actuales a COVID-19. En el mismo estudio se pone de manifiesto que los modelos cognitivo-conductuales contemporáneos producen ansiedad por la salud a lo largo del proceso salud-enfermedad; es decir, varía en grado, desde niveles muy bajos hasta niveles muy altos. Estos modelos también sugieren que los altos niveles de ansiedad por la salud se caracterizan principalmente por interpretaciones erróneas catastróficas de sensaciones y cambios corporales, creencias disfuncionales sobre la salud y la enfermedad, y afrontamiento desadaptativo de diferentes comportamientos (3).

Las personas con una alta ansiedad por la salud también tienden a participar en una variedad de comportamientos de seguridad desadaptativos; esto puede incluir lavarse las manos en exceso, retraimiento social y pánico adquisitivo. Es de destacar que todos estos comportamientos son recomendaciones de salud pública para el manejo de epidemias y pandemias, sin embargo, en el caso de aquellos con ansiedad alta por la salud, son llevados a un extremo que puede tener consecuencias negativas para el individuo y la comunidad. Por ejemplo, el falso sentido de urgencia de varios productos necesarios para el aislamiento puede conducir a la persona ansiosa por la salud a gastar demasiado en el almacenamiento de recursos innecesarios (desinfectante para manos, medicamentos, máscaras protectoras, entre otros). Esto puede tener un ondulante impacto perjudicial en una comunidad que necesita estos recursos para otros fines, incluida la atención médica normal.

Vahia et al (4), plantean que en la epidemia de SARS de 2003, las tasas de suicidio entre los adultos mayores aumentaron durante el período de la epidemia. Este hallazgo orienta la necesidad de estudiar los efectos de las medidas sociales adoptadas para el control del COVID-19, en especial las consecuencias sobre la salud mental y socioeconómicas en población adolescente escolarizada, para conocer el probable impacto adverso de manera anticipada y plantear alternativas para minimizar los efectos sobre esta población, generando evidencia que aporte a toma de decisiones y alternativas de intervención.

En el estudio realizado por Caballero C, Campo A., denominado “Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID-19 y de la cuarentena (5)”, se establece que las reacciones psicológicas ante una pandemia dependen de ciertas características individuales, como la intolerancia a la incertidumbre, la vulnerabilidad percibida a la enfermedad o la propensión a la ansiedad. Se pone de manifiesto el estrés emocional como detonante de consecuencias neurobiológicas que incrementan la probabilidad de exacerbar enfermedades concomitantes y la vulnerabilidad a reunir criterios para un trastorno mental, en particular, trastornos de ansiedad, depresivos, del sueño y estrés agudo. También queda expresado el temor al contagio, la desinformación, la distorsión o el exceso de información que pueden causar confusión, ira o frustración. A ello se le debe sumar el aburrimiento que genera el aislamiento social, las dificultades o pérdidas financieras que genera la situación y la preocupación por el estigma y discriminación, en el caso de ser positivo para la infección o, paradójicamente, ser trabajador del sector salud encargado de brindar los cuidados directos a pacientes convalecientes. Este estudio propone que, aunque la salud es un derecho de la sociedad

y se promueve la atención médica primaria y atención de salud mental, estos lineamientos se deben concretar en acciones efectivas y verificables para garantizar el derecho a la salud integral. El sistema de salud requiere estructurar servicios psicológicos para intervención en crisis, programas de salud mental dirigidos a mitigar el trauma y estrés en los profesionales sanitarios, capacitar al personal en atención primaria para mitigar la ansiedad en los pacientes y las familias, y, asimismo, implementar programas de apoyo social dirigidos a realizar acciones de prevención y manejo de la creciente ola de estigma y discriminación asociada al COVID-19.

Según Ramírez y col. (19), se pone de manifiesto que las pandemias han sido parte de la historia de la humanidad desde su origen y que no son parte de la globalización actual. Por ello, se plantea que más que cerrar fronteras tanto al turismo como al comercio, la protección real viene del intercambio de información científica confiable y de la solidaridad real, así como también se debe actuar y desempeñarse bajo el principio del trabajo en equipo, sin protagonismos, por lo que con este artículo se comparte el cómo organizarse desde el punto de vista logístico ante una contingencia. No obstante, las epidemias se remontan a tiempos en los que ni siquiera había autopistas, trenes, trasatlánticos y mucho menos aviones con los que se puede propagar hoy día una epidemia transcontinental en menos de 24 horas. Desde la peste negra en el siglo XIV, las epidemias del siglo pasado (SIDA y Ébola) hasta las del presente Siglo XXI (H1N1 y COVID-19), las pandemias han causado la muerte de un número menor de personas y no es porque los seres humanos tengan mejores defensas ante los agentes patógenos, aunado al aislamiento, sino por la fluidez de la información.

En el estudio realizado por Yeen Huang denominado “Carga en la salud mental de la población en China durante la pandemia por COVID-19” (20), se destaca que, en China, el público ha mostrado comportamientos severos relacionados con la ansiedad, causando una escasez significativa de materiales médicos en todo el país. Durante la pandemia de COVID-19, la encuesta que aplicaron vía web muestra una alta prevalencia de trastornos de ansiedad y falta de sueño en la población de China. La ansiedad y los síntomas depresivos están ocurriendo con más frecuencia en personas menores de 35 años y los trabajadores de la salud tienen un mayor riesgo de dormir mal, ya que 1 de cada 4 lo reportó. También cabe resaltar que 1 de cada 3 participantes mostraba trastornos relacionados con la ansiedad, y este estado de ánimo no era diferente entre hombres y mujeres durante la pandemia; además, 1 de cada 5 participantes tenía síntomas depresivos y problemas de sueño, lo que indica que la incertidumbre de la progresión del brote causaría un mayor estrés psicológico en el público chino. La posible

razón de estos problemas psicológicos puede estar relacionada con la teoría mencionada como "preocupaciones hipocondríacas". En conclusión, el estudio identificó una importante carga de salud mental del público chino durante la pandemia de COVID-19 en jóvenes y trabajadores de la salud, los cuales tienen un alto riesgo de exhibir problemas psicológicos.

Xian y Kuguahara (21) plantean en el estudio denominado "Impacto de la pandemia de COVID-19 en el comportamiento y estilo de vida de niños y adolescentes más grande de lo esperado", que, a partir del 26 de marzo de 2020, 150 millones de niños y adolescentes en 165 países se vieron afectados por los cierres de sus centros de estudio, y, debido a esto, los problemas de salud física y mental se convierten en preocupación importante; en particular, el cambio en los estilos de vida de niños y adolescentes que pueden llevar a disminución de la actividad física y aumento del sedentarismo, mucho más con el cierre prolongado de las escuelas y el confinamiento en el hogar. Destacan además que 1.6 millones de adolescentes no logró alcanzar niveles de actividad física suficiente a nivel mundial en 2016. Según un estudio realizado por Guthold et. al, este escenario puede empeorar aún más con el confinamiento por la pandemia. Se realizó un estudio longitudinal experimental entre niños y adolescentes (6–17 años) en cinco escuelas en Shanghai, China, seleccionadas al azar de cinco distritos con una alta densidad de población. La primera encuesta se realizó del 3 al 21 de enero de 2020 (la emergencia de salud pública se activó en Shanghái desde el 24 de enero de 2020) y la segunda encuesta del 13 al 23 de marzo de 2020 (durante la pandemia). En total, 2427 niños y adolescentes participaron en las dos encuestas, el tiempo de actividad física disminuyó drásticamente, de 540 min / semana (antes de la pandemia) a 105 min / semana (durante la pandemia), produciendo 435 min de reducción en promedio. Es de destacar que, durante la pandemia, la prevalencia de estudiantes físicamente inactivos aumentó ampliamente de 21.3% a 65.6%. El tiempo en pantalla (computador, televisor, juegos de video, entre otros) aumentó considerablemente durante la pandemia en total (+1730 min [o aproximadamente 30 h] por semana en promedio). El tiempo de pantalla durante el tiempo libre también se prolongó, lo que indica que casi una cuarta parte de los estudiantes dedicaron mucho tiempo al ocio.

Yingfei Zhang y Zheng Feei Ma, realizaron un estudio denominado "Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y calidad de vida entre los residentes locales en Provincia de Liaoning" (22), este estudio midió el impacto inmediato de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y la calidad de vida entre los residentes chinos locales

de 18 años en la provincia de Liaoning, China Continental. El instrumento fue una encuesta en línea a través de una plataforma de redes sociales entre enero y febrero de 2020. Los participantes completaron un cuestionario validado y modificado que evaluó la Escala de Impacto de Eventos (IES), indicadores de impactos negativos en la salud mental, apoyo social y familiar relacionados con la salud mental, y cambios en el estilo de vida. Un total de 263 participantes (106 hombres y 157 mujeres) completaron el estudio. Los autores llegan a la conclusión que la pandemia de COVID-19 se asoció con un impacto estresante leve en la muestra que usaron, a pesar de que la pandemia de COVID-19 todavía está en curso. Sugieren que los hallazgos sean verificados en estudios de población más grandes.

Según Mahbub Hossain, Samia Tasnim et. al, en su artículo titulado “Epidemiología de los problemas de salud mental en COVID-19: una revisión por pares” (23), reflejan que la gran mayoría de los artículos académicos sobre la epidemiología de los problemas de salud mental en COVID-19, sugiere que las personas afectadas pueden tener una gran carga de problemas de salud mental, que incluyen depresión, trastornos de ansiedad, estrés, ataque de pánico, ira irracional, impulsividad, trastorno de somatización, trastornos del sueño, trastornos emocionales, síntomas de estrés postraumático y comportamiento suicida. Además, se encuentran varios factores asociados con problemas de salud mental en COVID-19, que incluyen edad, sexo, estado civil, educación, ocupación, ingresos, lugar de vida, contacto cercano con personas con COVID-19, problemas de salud física y mental, comórbidos, exposición a noticias y medios sociales relacionados con COVID-19, estilos de afrontamiento, estigma, apoyo psicosocial, comunicación de salud, confianza en los servicios de salud, medidas de protección personal, riesgo de contraer COVID-19 y la probabilidad percibida de supervivencia. El artículo también pone de manifiesto que la epidemia psiquiátrica está coexistiendo con la pandemia COVID-19, que requiere la atención de la población mundial y los profesionales de salud. Al final, sugieren los autores que se deben adoptar políticas y prácticas basadas en evidencia para guiar cómo se pueden mitigar esos desafíos de salud mental en diferentes contextos en medio de la pandemia de COVID-19 y en futuras emergencias de salud pública.

Un estudio titulado “Desafíos de la pandemia por coronavirus 2019 (COVID - 19) para niños y adolescente en su salud mental: una narrativa para resaltar las necesidades clínicas en la fase aguda y el largo retorno a la normalidad”, realizado por Jörg M. Fegert, Benedetto Vitiello (24), destaca que el aislamiento, las restricciones de contacto y el cierre económico imponen un cambio completo al entorno psicosocial en los países

afectados. Estas medidas tienen el potencial de amenazar significativamente la salud mental de niños y adolescentes. La ansiedad, la falta de contacto con los compañeros y la reducción de las oportunidades para la regulación del estrés son las principales preocupaciones. Otra amenaza es un mayor riesgo de enfermedad mental de los padres, violencia doméstica y maltrato infantil, especialmente para niños y adolescentes con necesidades o desventajas especiales, como discapacidades, experiencias de trauma, problemas de salud mental ya existentes, antecedentes de migrantes y bajo nivel socioeconómico, por lo que este puede ser un momento particularmente desafiante. Como conclusión, exponen que los psiquiatras de niños y adolescentes deben garantizar la continuidad de la atención durante todas las fases de la pandemia. Los riesgos de salud mental asociados con COVID-19 afectarán desproporcionadamente a los niños y adolescentes que ya están en desventaja y marginados.

En el estudio titulado Educación a distancia en tiempos de COVID-19: Análisis desde la perspectiva de los estudiantes universitarios, realizado por Pérez-López, E., Vázquez Atochero, A., y Cambero Rivero, S. (2021) (25), el cual se realizó con un cuestionario a estudiantes de la Universidad de Extremadura (UEX) (n= 548) y a posteriori se efectuaron entrevistas online a miembros del equipo de gobierno de la universidad. Se evidencio que los resultados indicaban que los estudiantes procedentes de familias con un nivel formativo bajo tienen menos oportunidades de uso de tecnologías digitales. Las clases virtuales que han recibido han consistido esencialmente en presentaciones subidas al campus virtual con interacciones asíncronas. La valoración negativa que hacen de la enseñanza a distancia se explica por la inversa relación percibida entre dedicación al estudio y rendimiento académico y por falta de adaptación de los docentes a las circunstancias personales y académicas de los estudiantes. En conclusión, se determina que la universidad debe transitar hacia modelos más colaborativos y centrados en el estudiante.

El informe realizado por el Centro de Investigación económica y Social FEDESARROLLO el 7 de abril de 2020 (26) muestra un panorama poco alentador económicamente hablando frente a la medida de cuarentena decretada por el gobierno nacional con el fin de detener el contagio exponencial del covid-19, quienes advirtieron que la cuarentena generalizada durante un mes tiene un costo que está en el rango de 48 a 65 billones de pesos, que equivalen a 4,5% a 6,1% del PIB. Según proyecciones de la entidad, de mantenerse las medidas un mes más estos costos prácticamente se

duplicarían, ya que pasarían a un rango entre 94 a 125 billones de pesos, es decir entre 8,9% y 11,8% del PIB, todo esto sin incluir las pérdidas de empleo.

3. MARCO TEÓRICO

El proceso salud-enfermedad es un desarrollo socio cultural que hace parte de una construcción social y está inmerso en un proceso multidimensional, dado que múltiples factores juegan un rol importante en la aparición de la enfermedad. A continuación, se realizará una breve conceptualización de algunos modelos teóricos, según Arredondo (27) y Belén (28), ya que el carácter multidimensional y multidisciplinario de los conceptos permiten una discusión interesante y retos muy amplios que confluyen en la búsqueda y resolución de las necesidades o los deseos individuales o colectivos de recibir atención en salud.

Según Armando Arredondo en su artículo denominado Análisis y Reflexión sobre análisis de Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad (27), se destaca que el hombre ha elaborado diferentes modelos conceptuales sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Dichos modelos han sido acordes con el nivel científico y tecnológico alcanzado y con la forma de organización social predominantes en cada época y cultura. Este artículo menciona 10 modelos con sus respectivas características y propone un modelo, estos son: 1) Modelo mágico-religioso. 2) Modelo sanitarista. 3) Modelo Social. 4) Modelo unicausal. 5) Modelo multicausal. 6) Modelo epidemiológico. 7) Modelo ecológico. 8) Modelo histórico-social. 9) Modelo geográfico. 10) Modelo económico, por último, la propuesta de modelo es el Modelo Interdisciplinario. Como Conclusiones se destaca que cada modelo tiene una hipótesis implícita o explícita en relación a los determinantes del proceso salud-enfermedad y a excepción de los artículos referidos sobre el modelo histórico social, en los modelos restantes se limitan a aspectos cualitativos que derivan de hallazgos o experiencias anteriores y donde no se mencionan los tipos de diseño y metodología de estudio que condujeron a tales hallazgos, otro punto importante es que resulta difícil entender si las confirmaciones o verificaciones que se hacen son efectivamente el resultado de predicciones riesgosas, es decir que no sólo se basen en la teoría explícita de cada modelo, sino que se puedan confrontar a otras teorías, de manera que se produzcan hallazgos incompatibles y de refutación, es importante entender que la irrefutabilidad no es virtud de la teoría o la ciencia. El autor plantea que el modelo Interdisciplinario contiene todas las variables de los modelos que lo preceden por ser el último en proponerse, ya que cada autor incluye variables complementarias en orden cronológico. En relación con los modelos

sanitarista, unicausal, multicausal, epidemiológico, ecológico, social, geográfico, económico e interdisciplinario, no hay conflictos aparentes intermodelos, más bien se observa que las variables incluidas son complementarias y no salen de cierto juego "científico" con tendencias muy claras a validar una práctica dirigida a que prevalezca el *status quo*. Por otra parte, los conflictos intermodelos aparecen cuando confrontamos las variables de los modelos mencionados anteriormente con las de los modelos mágico-religioso e histórico social, ya que cuando hablamos de "fuerzas desconocidas", "espíritus", dimensión histórica, clase social, desgaste, reproducción de la fuerza de trabajo y producción del individuo como determinantes explicativos del proceso Salud-Enfermedad, aparece un serio conflicto con las determinantes de los otros modelos.

El estudio realizado por Madrid Liliana Belén en el 2011 denominado: Realizando "diagnósticos diferenciales" de los modelos teóricos del proceso salud enfermedad (28), se basa en una comparación profunda entre el estudio de Almeida Filho y Rouquayrol (2008), quienes identifican 4 modelos teóricos, y los resultados de la investigación de Arredondo (1992), donde se identifican 11 propuestas, este artículo busca profundizar en el nivel de valorización que se le da a los aspectos sociales y culturales en las concepciones del proceso Salud-Enfermedad ya que la autora plantea que dicho proceso no puede ser reducido a un problema individual de índole biológico y bajo esta mirada se analizan los diferentes modelos. La autora identifica 6 modelos: 1) Modelo mágico-religioso. 2) Modelo Biomédico. 3) Modelo de historia natural de la enfermedad. 4) Modelo histórico-social. 5) Modelo Sistémico y 6) Modelo Socio cultural. La investigadora, después de estudiar cada uno de los modelos, llega a la conclusión que no es posible excluir el aspecto socio cultural en el proceso Salud-Enfermedad, ya que es la única forma de superar la visión monocultural para incorporar la concepción de la enfermedad como construcción social. Como frase final, se entiende la realidad como un proceso multidimensional, oponiéndose a creer que los fenómenos de la realidad son procesos aislados y solo se tocan por vínculos externos, ya que esto negaría la posibilidad de transformación.

3.1. Modelos teóricos proceso salud-enfermedad según Arredondo (26)

Modelo mágico-religioso

La enfermedad resulta de espíritus o fuerzas fuera del alcance del hombre, representa un castigo divino, o una purificación que pone a prueba la fe. Es importante entender que este modelo facilita la aceptación de la muerte, pero pone la prevención bajo el parámetro de normas o tabúes y la curación a ritos, desventaja: impide el avance

cognoscitivo y fomenta una actitud pasivo-receptiva. Sus principales representantes son chamanes, brujos, sacerdotes, pastores y espiritistas (27)

Modelo sanitarista

Este modelo sugiere que la salud-enfermedad es producto de las condiciones que rodean al hombre, por tal motivo las condiciones ambientales son los principales determinantes de la salud, su principal limitante es no contemplar los determinantes sociales que promueven la prevalencia de condiciones insalubres dependiendo de las clases sociales. Sus máximos representantes se dieron en la revolución industrial con la penetración del capitalismo en todas las esferas de la sociedad con Smith y Pettenkofer (27)

Modelo Social

Este modelo propone que el proceso salud enfermedad depende de las condiciones de trabajo y vida del ser humano, aquí se introduce un determinante muy importante: el estilo de vida, su problema fundamental es que, en su aplicación como herramienta de análisis, se corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. Principales exponentes Peter Frank, Virchow y Ramazzini (27)

Modelo unicausal

El proceso salud-enfermedad depende únicamente de la presencia activa de agentes externos, presencia activa de un agente biológico causal y la respuesta del cuerpo ante este estímulo. Este modelo permitió la investigación de medidas de prevención y fármacos para tratar individualmente al enfermo. Su principal problema es que no analiza porque el mismo agente no produce siempre enfermedad por tal motivo no explica el rol de otros determinantes importantes en el proceso salud-enfermedad. El modelo surge a finales del siglo XIX y principios del XX, sus máximos exponentes fueron Pasteur y a Koch (27)

Modelo multicausal

Este modelo plantea que existen factores que corresponden directamente entre agente-huésped-ambiente y son la primera instancia que provoca el proceso salud-enfermedad, este modelo permite conocer más de un factor que interviene en este fenómeno y permite actuar preventivamente ante la posible enfermedad. Sus principales problemas es que no permite evidenciar un peso específico a cada variable y continua un énfasis

biológico e individual. Sus principales exponentes fueron Leavell y Clark en la década de los 50`s (27)

Modelo epidemiológico

Introduce el modelo multicausal en el estudio del proceso salud-enfermedad, buscando un punto central, identificar los factores de riesgo. Principal limitación: el valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, otro punto importante es que lo biológico y lo social aparecen en este modelo como factores indiferenciables, sus máximos exponentes fueron MacMahon y Pugh en los 60`s (27)

Modelo ecológico

La salud--enfermedad resulta de la interacción agente--huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto, su principal diferencia con el modelo multicausal es que permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso, principal desventaja es que omite métodos adecuados para abordar lo social, su principal exponente fue Susser en los 70s (27)

Modelo histórico-social

Existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo, este modelo introduce el proceso histórico-social dentro del análisis epidemiológico y aporta variables que antes no habían sido tenidas en cuenta en el estudio del proceso salud-enfermedad, su principal desventaja es que existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica, sus principales exponentes son Berlinguer, Laurell y Breilh en los 80`s (27)

Modelo geográfico

La enfermedad se desarrolla por la incorporación de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico, se privilegia el determinante geográfico como punto clave en el proceso salud-enfermedad, el factor social pierde importancia en este modelo, principales exponentes Jaques May y Voronov (27)

Modelo económico

Se incorpora el capital humano en los determinantes de la salud y conceptualiza la salud como un bien de inversión y consumo, las variables más importantes son: el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales, por tal motivo da una visión mucho más amplia del determinante social, su principal inconveniente es que se corre el riesgo de reducirlo todo al factor económico minimizando otro tipo de factores, sus principales exponentes son Anne Mills, Gilson y Muskin (28)

Modelo Interdisciplinario

El proceso salud-enfermedad se da por la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación, se incorporan determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud. Su principal desventaja es que no pondera el valor específico de cada determinante, sus principales exponentes son Julio Frenk y Armando Arredondo en los noventa (27)

3.2. Modelos teóricos del proceso salud enfermedad según Belén (28).

MODELO	CONCEPCIÓN ENFERMEDAD	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS.
Modelo mágico-religioso	Resultado de fuerzas o espíritus. Representa un castigo divino o un estado que pone a prueba la fe religiosa.	Prevención: obediencia a normas y Tabúes Curación: ejecución de ritos Facilita la aceptación de la muerte El sujeto tiene un rol pasivo receptivo
Modelo Biomédico	Resultado de la agresión de un agente causal (etiológico)	Biologicismo A-histórico A-cultural (dimensión cultural en un sentido negativo) Racionalidad científica – técnica Individualista Relación médico- paciente asimétrica Excluye el saber del paciente (referencias socioculturales)
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD (HNE)	Proceso de múltiples y complejas determinaciones	Medio interno: espacio donde se procesarían modificaciones bioquímicas, fisiológicas e

		histológicas propias de una determinada enfermedad y donde actúan factores hereditarios, alteraciones orgánicas, etc. Medio externo: interactúan agentes y determinantes (físicos, biológicos, sociopolíticos, culturales)
MODELO HISTÓRICO-SOCIAL	Relacionada al contexto histórico, modo de producción y clases sociales	Tipo de patología y frecuencia se diferencian entre sociedades y clases sociales
MODELO SISTÉMICO	Fenómeno complejo, dinámico y multivariado ligado a la subjetividad, circunstancias vitales, condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales	Postula que no se pueden fragmentar los componentes de los fenómenos. Considera que cambios en un elemento provoca alteraciones en todos
MODELOS SOCIOCULTURALES	Enfermedad (concepción biomédica). Padecimiento (construcción social) Sickness (construcción social)	Comprende las alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos. Incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología. Involucra los procesos de significación de la enfermedad y reacciones sociales, como también la socialización de la enfermedad y del padecimiento.

Tabla 1. Resumen proceso salud-enfermedad tomado de belén (2011).

Para este proyecto se decide seguir el modelo socio-cultural ya que se adapta muy bien a todos los factores que se deben tener en cuenta en estos momentos de pandemia, el cual incluye los desarrollos biológicos y psicológicos, la percepción individual, los factores políticos y socio-culturales de cada uno de los países. Al igual que la pandemia arroja cifras muy diferentes entre los países europeos y americanos, también se ven cifras diferentes entre regiones de un mismo país y dentro de un mismo territorio, esto, probablemente se relacione con las características políticas, socio-culturales, económicas y de los sistemas de salud de cada país para poder entender la progresión de la pandemia, dentro de cada país existen multitud de realidades culturales, desigualdades sociales e inequidades de salud que determinarán el impacto de la epidemia.

3.3. Modelo Socio-cultural

Este modelo explicativo del proceso salud-enfermedad (28) busca revalorizar aspectos psicosociales y culturales de la salud por tal motivo se convierte en la hoja de ruta de esta investigación, Arredondo (1992) identifica este mismo modelo bajo la denominación de modelo interdisciplinario, este modelo diferencia muy bien entre las dimensiones individuales y culturales de la enfermedad como fenómeno biológico, define la enfermedad como alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos definidos según concepción biomédica y pone de manifiesto el concepto de sickness lo cual hace un paralelo entre lo que significa la enfermedad y la reacción social frente a la enfermedad. Consideran la categoría de padecimiento la cual incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología. Más allá de los significados culturales, incidirían también aspectos simbólicos particularmente formadores de la propia enfermedad en el ámbito psicológico individual, tanto como los significados creados por el paciente para afrontar el proceso patológico. Un concepto relevante que se incorpora en el modelo socio-cultural es que la frontera entre lo normal-patológico y salud-enfermedad serán establecidas por las experiencias y vivencias de cada cultura, y como sean narradas según su conformación histórica.

Se proponen tres categorías con nivel jerárquico diferente para entender el proceso de enfermar.

ENFERMEDAD (concepción biomédica)	transforma signos de comportamiento desviantes y señales biológicas en síntomas y eventos socialmente significantes
PADECIMIENTO (construcción social)	Incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología
SICKNESS (construcción social)	proceso de socialización de la enfermedad y del padecimiento

TABLA 2. Niveles jerárquicos proceso de enfermar. Adaptado de Belén 2011 (28)

Este modelo según Arredondo (27) incorpora los siguientes determinantes:

Determinantes	concepto
Determinantes básicos a nivel sistémico	Ambiente, genoma, etc.
Determinantes estructurales a nivel socio-estructural	Estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.
Determinantes próximos a nivel institucional-familiar	Estilos de vida, sistemas de salud, etc.
Nivel individual	El propio estado de salud

Tabla 3. Determinantes del proceso salud-enfermedad adaptado de Arredondo.



Gráfico 1. Determinantes sociales que influyen en la salud, Organización mundial para la salud OMS

Todo esto se une con los determinantes sociales que influyen en la salud los cuales están en sinergia con los determinantes estructurales a nivel socio-económico que propone Arredondo (26) o en una construcción social (Sickness) (28), que propone Belén.

Es muy importante entender que para la valoración de la salud mental existen varios instrumentos usados y validados por la academia, entre ellos encontramos la escala de autoestima, la escala de autoeficacia generalizada, evaluación de la satisfacción vital, evaluación del optimismo, evaluación de la tolerancia a la frustración, evaluación de la planificación y toma de decisiones, escala de empatía, escala de apego, escala para la evaluación de habilidades sociales, escala de valores para adolescentes, escala de valoración del barrio, entre otras, cada una de ellas pretende estimar los comportamientos de los jóvenes y adolescentes frente a situaciones específicas que podrían comprometer su salud mental, los instrumentos son escalas unidimensionales tipo Likert adaptadas de otros instrumentos los cuales son el Student's Life Satisfaction Scale, Emotional Quotient Inventory Youth Version (EQ-i: YV), Life Skills Development Scale - Adolescent Form (LSDS-B), Basic Empathy Scale de Jolliffe y Farrington, TMMS-24 y Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Para nuestro estudio, utilizaremos un instrumento adaptado de la encuesta nacional que realizó PROFAMIIA en Colombia y la encuesta Internacional liderada por el London School Economics-LSE, ambas encuestas miden tolerancia a la frustración, autoestima, satisfacción, empatía y respuesta hacia estímulos.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir la salud mental y posibles cambios socioeconómicos relacionados con el aislamiento social por COVID-19 en estudiantes universitarios de un programa académico en una institución universitaria de Santiago de Cali 2020

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población bajo observación
- Describir algunos efectos en la salud mental (tolerancia a la frustración, autoestima, satisfacción, empatía y respuesta hacia estímulos) de estudiantes del programa en administración en salud de una Institución Universitaria a causa del aislamiento social originado por la pandemia de COVID-19 en el año 2020.
- Caracterizar los posibles cambios socioeconómicos en el ingreso originados por el aislamiento social a causa de la pandemia de COVID-19 en la población bajo estudio.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de Estudio

Diseño: Se adelantará un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Este diseño permite la observación de las características de interés en escenario territorial definido y en un momento de tiempo determinado.

5.2. Área de estudio

El proyecto se adelantará en una Institución Universitaria de Santiago de Cali, dicha Institución fue fundada por Don Tulio Ramírez en marzo 8 de 1970, con licencia provisional del Ministerio de Educación Nacional, para carreras intermedias afines con la Escuela de Tecnología en Electrónica e inicia labores con 24 estudiantes de dicho programa. En 1989 se nombra al Dr. Jairo Panesso Tascón como director de la Escuela, quien venía desempeñándose como profesor de esta desde 1970.

Posteriormente en 1997 se inicia el proceso de Transformación de Institución tecnológica a Institución universitaria, ya en el 2000 se unifica el Instituto en una sede principal, ubicada al norte de la ciudad, donde funciona en la actualidad en la Avenida sexta (6) Norte No. 28 N 102, en el barrio San Vicente del municipio de Cali.

En diciembre del 2008, el CREAD (Centro Regional de Educación a Distancia y Virtual) a cargo de la Ingeniera Zoraida Palacio, se transforma en la Facultad de Educación a Distancia y Virtual (FEDV), ofertando en convenio con la Universidad de Cartagena el programa de Administración en servicios de Salud. En este mismo año con el apoyo del Ministerio de Educación Nacional, quien aportó el primer módulo del programa Academusoft para Registro académico, se inició la modernización de la plataforma tecnológica.

En el año 2014, la Facultad de educación a Distancia y Virtual recibe el aval del Ministerio de Educación para ofertar como propio el programa Administración en Salud y hoy cuenta con un total de 744 estudiantes los cuales pertenecen a los estratos socioeconómicos 1, 2, 3, por lo que podrían considerarse como población vulnerable a los posibles efectos del aislamiento social a causa de la pandemia por COVID-19.

5.3. Población y muestra

El estudio se adelantará en la Institución Universitaria Antonio José Camacho¹ de la ciudad de Cali, con los estudiantes del programa Administración en Salud de la Facultad de Educación a Distancia y Virtual, la población serán todos los estudiantes matriculados en el programa para el periodo 2020-1 los cuales ascienden a 744. Se utiliza la fórmula de cálculo de muestra para proporciones teniendo en cuenta las siguientes consideraciones

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N: 744 alumnos matriculados en el programa Administración en Salud

Z: nivel de confianza de 95%

P: proporción de respuesta esperada entre el 5% y el 15%

D: precisión 2%

La estimación del tamaño de muestra se realizó usando el programa Epidat versión 4.1 obteniendo un tamaño de muestra necesario de 254 alumnos que respondan la encuesta. Cabe resaltar que los 254 alumnos son la muestra representativa menor que se tomara para generar los resultados del estudio.

¹ Mediante resolución 417 de octubre de 2020 firmada por el Secretario General y el Rector, se autoriza al investigador principal que mencione la Institución en el presente trabajo de grado.

Para el trabajo de campo, se cuenta con la base de datos actualizada de todos los alumnos matriculados en el periodo académico 2020-1 en el programa Administración en Salud, se procedió a realizar una encuesta en formato Google formularios que permite realizar recolección de datos en línea enlazado a un correo electrónico personal y de confianza, cabe aclarar que los datos fueron captados mediante auto reporte, la encuesta será enviada a todos los 744 estudiantes de la base de datos y solo se procede a los análisis de los resultados cuando tengamos la muestra mínima representativa de 254 alumnos, se tendrá en cuenta los diferentes momentos de formación de los estudiantes, entendiendo que esto genera diferentes escenarios que servirán para el análisis de los resultados obtenidos.

5.4. Criterios de inclusión.

- ⇒ Todos los alumnos del programa Administración en Salud matriculados en el periodo académico 2020-1.

5.5. Criterios de exclusión

- ⇒ Alumnos que no estén matriculados académica y financieramente en el periodo 2020-1
- ⇒ Aquellos alumnos que no quieran participar y no firmen el consentimiento informado

5.6. Variables

Para el estudio se considerarán variables de salud mental, luego las variables de la situación socioeconómica muy enlazadas con las variables que tomo PROFAMILIA para su estudio Entendiendo las necesidades y experiencias de adolescentes y mujeres jóvenes durante la cuarentena del COVID-19.

<u>Variables de salud mental</u>					
VARIABLE	DEFINICION	TIPO	MEDICIÓN Y UNIDAD DE MEDICIÓN	PREGUNTA	ESCALA VALORATIVA
Edad	Cada uno de los periodos en que se considera	cuantitativa	Numérica	¿Cuántos años tienes?	18 o más.

	dividida la vida humana				
Genero	conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femenino	cualitativa	Nominal	¿Cuál es su género?	Masculino o Femenino
Estado civil	Condición civil de la persona que lo caracteriza con referencia a sus vínculos personales.	cualitativa	nominal	¿Cuál es su estado civil?	Soltero. Casado. Viudo. Unión libre.
Ocupación o Trabajo	Es el oficio o trabajo de una persona que le genera recursos económicos	cualitativa	Nominal	¿Cuál es la ocupación laboral?	Independiente. Empleado. Estudia y trabaja Desempleado. Pensionado. Ama de casa.
Grupo étnico al que pertenece	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas o culturales	cualitativa	Nominal	¿pertenece a algún grupo étnico, cuál?	Mestizo Indígena Afrocolombiano otro
Tipo de familia	Nuclear: la familia formada por un padre, una madre y sus hijos. Mononuclear: consiste en que solo uno de los padres se hace cargo de la unidad familiar.	cualitativa	Nominal	¿Qué tipo de familia tienes?, ¿Con cuántas personas vives?	Nuclear Mononuclear Adoptiva Homoparental Extensa

	Adoptiva: Se ejerce rol de padres con un niño que no es biológico. Compuesta: varias familias nucleares. Homoparental: Familia compuesta por dos padres o madres del mismo sexo. Extensa: varios miembros de la familia en la misma casa				
Percepción del entorno actual	Síntomas autopercebidos de salud mental.	Cualitativa	Nominal	¿la cuarentena te ha hecho sentir diferente?	Nervios Estrés Depresión Cansancio Ansiedad Tristeza Aburrimiento Enojo Pereza Sigue igual
Pasatiempos	Actividad que sirve para entretenerse o pasar el rato	Cualitativa	Nominal	¿Qué es lo que más te gusta hacer?	Estudiar Ver televisión Redes sociales Practica un deporte leer
Percepción del entorno actual	Percepción de ansiedad con respecto a contraer la enfermedad denominada Covid-19	Cualitativa	Nominal	¿Le asusta que usted o algún familiar puedan llegar a contraer COVID-19?	SI No

Prácticas exitosas conductuales	Experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria	Cualitativa	Nominal	¿Qué ha hecho durante la cuarentena para sentirse mejor?	Estudiar Oír música Deporte Redes sociales Trabajar Otro, cual: _____
Desafíos cuarentena	Situación difícil o peligrosa que enfrentar.	Cualitativa	Nominal	¿Has tenido necesidades de transporte durante la cuarentena?	Si No
Desafíos cuarentena	Situación difícil o peligrosa que enfrentar.	Cualitativa	Nominal	¿Qué dificultades de transporte has experimentado durante la cuarentena?	No hay suficiente transporte público. No puedo usar mi medio de transporte personal. Me da miedo montar en medio de transporte público Uso bicicleta Ninguna, trabajo desde casa
Desafíos en educación	Desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen	Cualitativa	Nominal	¿Cómo asumiste el cambio a modalidad remota por causa de la cuarentena?	Muy mal Regular Bien Muy bien
Desafíos en educación	Desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las	Cualitativa	Nominal	¿Sintió las obligaciones académicas como una carga en estos	Nunca A veces Siempre

	personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen			momentos de cuarentena?	
Desafíos en educación	Desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen	Cualitativa	Nominal	¿Los profesores flexibilizaron la carga académica de sus cursos?	Nunca A veces Siempre
Convivencia hogar	Es el ambiente de respeto, tolerancia, comprensión y cooperación que se da entre los miembros de una familia	Cualitativa	Nominal	¿crees que tu casa es un lugar seguro?	Si No
Convivencia hogar	Es el ambiente de respeto, tolerancia, comprensión y cooperación que se da entre los miembros de una familia	Cualitativa	Nominal	¿Crees que durante la cuarentena las personas de tu hogar han tenido un cambio en su comportamiento?	Si No
Convivencia hogar	Es el ambiente de respeto, tolerancia, comprensión y cooperación que se da entre los miembros de una familia	Cualitativa	Nominal	¿Se han presentado altercados fuertes entre los miembros de la familia a causa de la cuarentena?	Si NO

Convivencia hogar	Es el ambiente de respeto, tolerancia, comprensión y cooperación que se da entre los miembros de una familia	Cualitativa	Nominal	Cuando han tenido discusiones en tu casa, ¿cómo han podido solucionarlas?	Dialogando Peleando Algún miembro se fue de la casa No se solucionan
-------------------	--	-------------	---------	---	---

<u>Variables de situación socioeconómica</u>					
VARIABLE	DEFINICION	TIPO	MEDICIÓN Y UNIDAD DE MEDICIÓN	PREGUNTA	ESCALA VALORATIVA
Ingresos económicos	Total, de recursos económicos mensuales	cuantitativa	Numérica	¿Cuál es el total mensual de ingresos económicos que recibe?	Menos del salario mínimo. Un salario mínimo Más del salario mínimo Dos salarios mínimos Ya no recibo ingresos, me despidieron.
Frecuencia de ingreso	Periodo de tiempo en el que una persona recibe remuneración económica por realizar una labor	cuantitativa	Numérica	¿Cada cuánto recibe ingresos económicos?	Semanal, quincenal y mensual.
Medios de subsistencia	Permiten a las personas ganarse el sustento. Abarcan las capacidades, los bienes, los ingresos y las actividades de	Cualitativa	Nominal	¿Tu familia ha tenido dificultades para pagar alguna obligación?	Servicios Públicos Comida Arriendo Estudio Todos

	las personas necesarios para asegurar que se cubren sus necesidades vitales				Ninguno
Medios de subsistencia	Permiten a las personas ganarse el sustento. Abarcan las capacidades, los bienes, los ingresos y las actividades de las personas necesarios para asegurar que se cubren sus necesidades vitales	Cualitativa	Nominal	¿En tu familia alguien ha perdido el empleo a causa de la cuarentena?	SI No
Medios de subsistencia	Permiten a las personas ganarse el sustento. Abarcan las capacidades, los bienes, los ingresos y las actividades de las personas necesarios para asegurar que se cubren sus necesidades vitales	Cualitativa	Nominal	¿Has perdido el empleo a causa de la cuarentena?	SI NO
Medios de subsistencia	Permiten a las personas ganarse el sustento. Abarcan las capacidades, los bienes, los ingresos y las actividades de las personas necesarios para asegurar que se cubren sus necesidades vitales	Cualitativa	Nominal	¿Existe algo que haya ayudado en tu casa a resolver las necesidades económicas?	Un familiar Programas de ayudas estatales. Caridad No hemos tenido problemas económicos.

Seguridad alimentaria	Disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos	Cualitativa	Nominal	Durante la cuarentena ¿ha cambiado en algo tu alimentación?	Mucho Regular Poco Nada.
Seguridad alimentaria	Disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos	Cualitativa	Nominal	Si tu respuesta fue mucho o regular indique ¿porque cambio su alimentación?	No tengo para comprar No puedo desplazarme al super mercado Se redujeron los ingresos en la familia Otro, cual _____

5.7. Recolección de la información.

Los datos de interés en el estudio se recolectaron de una fuente primaria. Se construyó un instrumento adaptado de la encuesta nacional que realizó PROFAMIIA en Colombia y la encuesta Internacional liderada por el London School Economics-LSE, ambas encuestas miden tolerancia a la frustración, autoestima, satisfacción, empatía y respuesta hacia estímulos, aquí se exploraron aspectos como percepción del entorno actual, Prácticas exitosas conductuales, desafíos en la cuarentena, desafíos en educación, convivencia hogar, ingresos económicos, medios de subsistencia y seguridad alimentaria.

El instrumento está estructurado en dos componentes así: 1) Salud mental y 2) Situación socioeconómica, esto incluye conocimiento sobre medios de subsistencia y practicas conductuales

El instrumento fue sometido a una prueba piloto con 20 alumnos del programa Salud Ocupacional (otro programa de la misma facultad), técnicamente las pruebas piloto se realizan con población similar para evitar contaminación con el grupo que estará bajo observación, en este caso estudiantes del programa Salud Ocupacional de la misma Facultad elegidos al azar. Se examinaron aspectos como: tiempo de aplicación de la encuesta, lenguaje y comprensión de las preguntas. Se realizaron los ajustes necesarios

y se hicieron nuevas pruebas de campo hasta lograr una versión definitiva del instrumento.

Para la información a los estudiantes sobre el estudio, el asistente administrativo de la Facultad De Educación a Distancia y Virtual (FEDV) envió un correo a todos los estudiantes del programa Administración en salud, dado que este proyecto tiene aval del decanato de Investigaciones de la UNIAJC y de la Secretaria General de la institución, en donde explico el proyecto, luego, la misma persona (Auxiliar Administrativo de la Facultad) envió el instrumento con los respectivos consentimientos informados a los estudiantes.

El instrumento fue aplicado vía correo electrónico a los alumnos del programa Administración en Salud de la institución Universitaria Antonio José Camacho, enlazado al correo del auxiliar Administrativo de la Facultad. Dicho Instrumento fue realizado con la aplicación Google Formularios. Todos los días el investigador principal solicito verificación del diligenciamiento de las encuestas del día con el propósito de constatarlo.

5.8. Plan de análisis

Es importante entender que el modelo teórico socio-cultural de Belén 2011 propone el sickness el cual es la socialización de la enfermedad y el padecimiento de la misma haciendo un paralelo entre lo que significa la enfermedad y la reacción social frente a la enfermedad. Consideran la categoría de padecimiento la cual incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología, por tal motivo nuestro Instrumento valora la percepción de los alumnos frente a la salud mental individual y su situación socioeconómica, todo esto está en sinergia con los determinantes sociales que influyen en la salud los cuales podríamos enlazar con los determinantes estructurales a nivel socio-económico que propone Arredondo (27) o en una construcción social (Sickness) (28), que propone Belén.

La información que se recolectada es anónima y estará en un servidor de la Institución Universitaria Antonio José Camacho, todos los datos fueron extraídos de allí, la base de datos fue entregada al investigador principal cifrada y fue retirada del servidor de la Universidad (UNIAJC) como punto determinado por el decanato de Investigaciones de la Institución, los datos se protegerán por 1 año, tiempo en el cual la Universidad definirá intervenciones. Se uso un código alfanumérico que tiene que ver con el orden en que las encuestas llegaron, el código inicia con las iniciales SMC que significa Salud Mental COVID, esto fue realizado por el departamento de sistemas de la Universidad.

Posterior a la recolección de los datos mediante la encuesta administrada se realizó la digitación en un aplicativo en el programa Excel que luego fue analizado mediante el Programa Epiinfo versión 7 de CDC.

Inicialmente se realizó el análisis exploratorio de los datos a partir del listado de variables en la búsqueda de valores extremos los que fueron verificados en los instrumentos primarios, con el fin de valorar la calidad de los datos. Para el análisis univariado las variables cuantitativas se resumirán con medidas de tendencia central y de variabilidad, y las variables categóricas se resumirán en valores absolutos y relativos.

Para las variables cuantitativas con distribución normal se aplicaron pruebas paramétricas a partir de análisis de media y varianzas con el estadístico t student, con un intervalo de confianza del 95%. En caso de que la naturaleza de las variables cuantitativas a evaluar fuese de distribución no normal, se aplicaron pruebas no paramétricas como la U de Mann Whitney. Para identificar relaciones de dependencia entre variables cualitativas se realizó un análisis bivariado a través de la estimación de la prueba de χ^2 y test exacto de Fisher con un nivel de confianza estadístico del 95%.

Posteriormente y con el fin de explorar posibles asociaciones entre cada una de las variables de interés y la variable resultado se exploraron las desigualdades relativas OR utilizando un intervalo de confianza del 95%. Los resultados del análisis de los datos del estudio se presentaron en tablas y graficas.

Para el desarrollo de la pregunta de la edad se adoptaron tres categorías en los resultados que facilitaron el análisis, para la pregunta 16 del formulario calificada con escala Likert, se agruparon las respuestas en Grave-muy grave: Alto, Nada grave-poco grave: bajo, No se – N/R: indecisos, la pregunta 18 también en escala Likert se agrupó en Muy probable – probable: 1, Muy improbable – improbable: 2, No se – N/R: 3, Ni probable ni improbable: 4, la pregunta 19 genero la siguiente agrupación: Muy probable – probable: Alta aceptabilidad, Muy improbable – improbable: Baja aceptabilidad, Ni probable, ni improbable – No se: Indecisos. Las preguntas 21, 25, 30 y 32 se organizaron por Grupos para mejorar el análisis de los resultados. En las preguntas de Salud mental de la 33 a la 42 calificadas en escala Likert se agruparon de la siguiente manera, Siempre – muchas veces: Sentimiento alto, A veces – pocas veces: Sentimiento bajo, Nunca y N/R

6. CONSIDERACIONES ETICAS.

En esta investigación predominaran los criterios de respeto a la dignidad humana, a la protección de los derechos y el bienestar de los participantes protegiendo siempre la privacidad del individuo, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, de acuerdo con la resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se realizará de forma escrita el consentimiento informado, por medio del cual los participantes conocerán el objetivo y propósito de la investigación.

Según el ARTICULO 11 de la resolución 8430 de 1993 la investigación que se adelantara es de riesgo mínimo, que de acuerdo a su definición: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución

Durante la investigación se respetará la persona como a un ser holístico, autónomo, único libre e independiente que tiene el derecho y la capacidad de tomar su propia decisión de participar o no en la investigación; previa información verbal brindada de manera clara sencilla y necesaria se procederá a realizar la encuesta.

Se les asegura a los participantes que los datos obtenidos no serán utilizados en beneficio propio ni de ninguna otra institución, por ello se cuidara la integridad moral, psicológica, social y espiritual de la población en estudio. Durante el desarrollo del estudio se cumplirán los principios éticos de investigación. El principio de justicia, cada participante recibirá un trato justo, digno asimismo se utilizaron los datos solo con fines

de la investigación, con estricta privacidad; es decir se respetará el derecho de anonimato.

La Institución Universitaria Antonio José Camacho garantiza a los estudiantes un equipo psicosocial altamente calificado que actualmente está trabajando con los alumnos que presenten algún síntoma de alarma. La oficina de Bienestar Universitario está continuamente en inspección de casos, los profesores de las diferentes asignaturas tienen un espacio denominado plataforma REDS donde reportan si algún estudiante necesita de la intervención y los estudiantes tienen acceso a los correos electrónicos y números telefónicos donde se atienden los casos de manera puntual. En el caso de que los estudiantes evidencien alguna alteración por el instrumento, estos estudiantes serán contactados por la oficina de bienestar universitario.

Cabe aclarar que el investigador es docente de la Institución donde se adelantó el estudio, sin embargo, no se considera que exista conflicto de intereses ya que no será quien envíe la información a los estudiantes, tampoco tendrá contacto con los alumnos para fines de la investigación. El proyecto tiene aval del decanato de Investigaciones de la Institución Universitaria al ser considerado de mucha importancia por la evidencia científica que se tiene hasta el momento sobre la alteración que se puede presentar o la repercusión que puede tener sobre la salud mental de las personas en la condición de aislamiento, máxime entendiendo que los alumnos no tendrán ningún tipo de interacción física con sus pares en las aulas de clase, ni en laboratorios, ni en ningún espacio diseñado dentro de las instalaciones de la Institución.

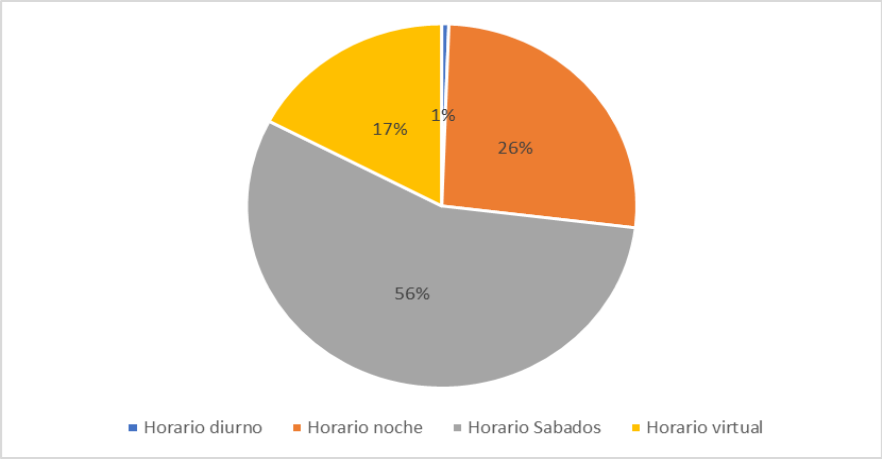
7. RESULTADOS

La institución universitaria para junio del 2020 tenía matriculados 744 alumnos en el programa en Administración en Salud, este estudio incluyó el 68,4% (509) de los estudiantes del programa académico quienes respondieron de manera voluntaria la encuesta virtual.

7.1 Características sociodemográficas

Uno de cada dos participantes en el estudio corresponde a la jornada académica de los sábados (284), mientras uno de cada cuatro es de la jornada de la noche (134) (ver gráfica 2). El 87,6% (446) del grupo bajo observación fueron mujeres. El promedio de edad de los participantes fue de $27 \pm 6,9$ años, con un rango de 17 a 58 años, la mediana de edad fue 22 años (RIC 9). Cuatro de cada diez participantes tenían entre 17 y 24

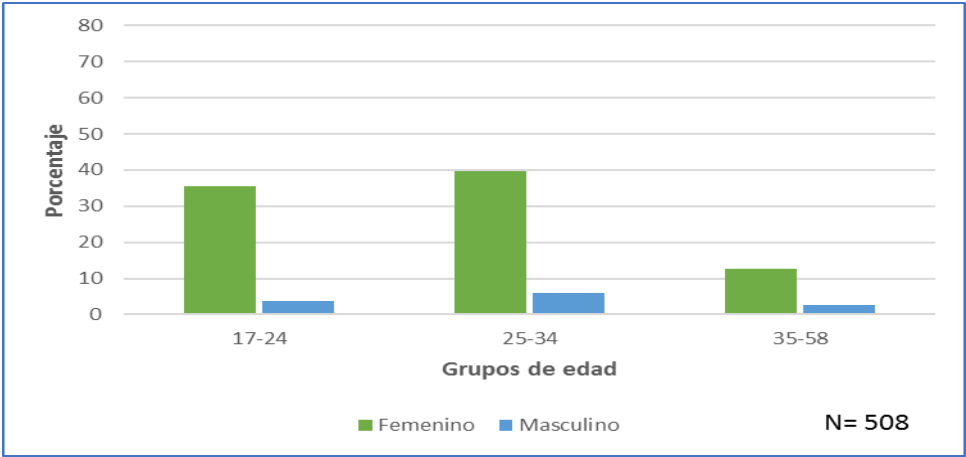
años y el 15% (77) de la población bajo observación se encontraba entre los 35 y 58 años (tabla 4). En el grupo de 25 a 34 años se dio la mayor participación del sexo masculino con el 5.9% de los estudiantes (30). (grafica 3)



Gráfica 2. Distribución de los estudiantes según jornada académica

Tabla 4
Distribución de la población según grupos de edad

GRUPOEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17 - 24	199	39,10%
25 – 34	233	45,78%
35 – 58	77	15,12%
Total	509	100,00%



Gráfica 3. Distribución de los estudiantes según grupos de edad y sexo

Según el estado civil seis de cada diez participantes declararon estar soltero y el 35,7% (182) casado o en unión libre. El 35% (178) del grupo se reconoció como Afrodescendiente/Afrocolombiano/negro/mulato y uno de cada cuatro de los estudiantes se identificó (26,3%) (tabla 5).

El 36,3% de los estudiantes residen en vivienda propia, mientras uno de cada dos estudiantes está en una vivienda en arriendo (tabla 5). El 74,5% (379) del grupo bajo observación declaro estar en el régimen contributivo y el 22,4% en el subsidiado. (tabla 5)

Tabla 5
Características sociodemográficas de los estudiantes

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
Soltero	305	60
Casado o unión libre	182	35,7
Separado (a)	19	3,7
Viudo (a)	2	0,4
Sin dato	1	0,2
Tipo vivienda		
En arriendo	259	50,9
Propia	185	36,3
Propiedad colectiva	47	9,2
N/R	14	2,8
En usufructo	3	0,6
Paga diario	1	0,2
Tipo afiliación al Sistema de salud		
Contributivo	379	74,5
Subsidiado	114	22,4
No está afiliado	12	2,3
Régimen especial (Ecopetrol, magisterio, universidades públicas)	1	0,2
Régimen de excepción (Fuerzas militares y de policía)	1	0,2
N/R	2	0,4
Como se reconoce el participante		
Afrodescendiente/afrocolombiano/negro/mulato	178	35
Ninguna de las anteriores	172	34
Mestizo	134	26,3
indígena	21	4,1
Blanco(a)	2	0,4
ROM/Gitano(a)	1	0,2

Con relación a la participación en el estudio uno de cada cuatro estudiantes (26,2%) corresponde a los educandos de tercer semestre en contraste con el grupo de segundo semestre donde la participación fue de 1.2% (grafico 4). Cabe resaltar que en tercer y cuarto semestre la mayor cantidad de estudiantes que participaron hacen parte del grupo 17-24 años con el 22.2% y el 21.4% se encuentran en edades entre los 25 a 34 años.

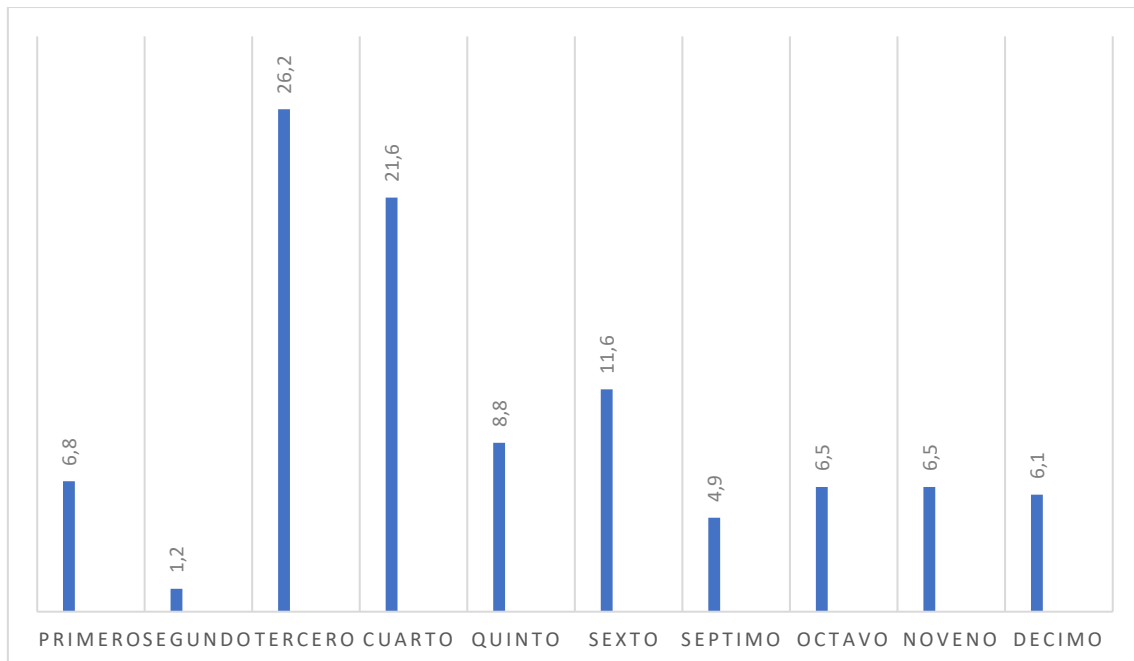


Gráfico 4. Participación de alumnos según semestre académico

El promedio de personas que conforman el hogar es $3,7 \pm 1,79$ con una mediana y rango entre 1 y 15 personas. El 8,2% (42) de los estudiantes viven solos y el 15,5% de las familias son bipersonales, el grupo restante son familias nucleares. Con relación a la declaración de ingreso familiar, en el 16,7% (85) de las familias el ingreso mensual es menor a un salario mínimo (tabla 6). Seis de cada diez estudiantes (63,7%) informó que el ingreso familiar esta entre quinientos mil pesos a dos millones mensuales (tabla6)

Tabla 6
Distribución del ingreso familiar de los estudiantes

Ingreso familiar	Frecuencia	Porcentaje
Entre 0 - 250.000 pesos	27	5,3%
Entre 250.000 - 500.000 pesos	58	11,4%
Entre 500.000 y 1 millón de pesos	170	33,4%
Entre 1 - 2 millones de pesos	154	30,3%
Entre 2 - 5 millones de pesos	50	9,8%
Entre 5 - 10 millones de pesos	4	0,8%
No contesta	46	9,0%
Total	509	100%

Se indago sobre el tiempo en que se podrían cubrir los gastos familiares a partir de los ahorros observando que para el 69,4% de los hogares estos durarían hasta tres meses (Tabla 7). Mientras para el 4,3% de los hogares los gastos podrían ser sufragados a través de ahorros por un año o algo más de tiempo.

Tabla 7
Duración de ahorros familiares según tiempo

Tiempo duracion	Frecuencia	Porcentaje
Un mes	237	46,6%
Tres meses	116	22,8%
Seis meses	43	8,4%
Un año	16	3,1%
Más de un año	6	1,2%
No responde	91	17,9%
Total	509	100%

Como se observa en la tabla 8 antes de la pandemia además de las actividades académicas, el 66,4% de los estudiantes trabajaba, el 11,2% (38) de ese grupo era trabajador independiente. Del grupo que trabajaba la vinculación laboral según semestre académico de manera decreciente era cuarto, tercero y sexto semestre con el 21,9%,

20,4% y 14,2% respectivamente (tabla 9). Mientras en el grupo que manifestó no trabajar los semestres académicos de mayor frecuencia fueron tercero, cuarto y octavo con el 39,5%, 20,2% y 9,7% respectivamente (tabla 9). Para ese momento el 6,5% (33) de los estudiantes declaró adelantar labores sin remuneración especialmente en labores del hogar.

Tabla 8
Actividades que desempeña el estudiante antes de la pandemia

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Trabajaba con remuneración	338	66,4%
No trabajaba	124	24,4%
Trabajaba sin remuneración	33	6,5%
No responde	14	2,7%
Total	509	100%

Tabla 9
Participación laboral según semestre académico antes de la pandemia

Característica	SEMESTRE ACADEMICO										Total
	1	10	2	3	4	5	6	7	8	9	
Trabajaba con remuneración	18	25	5	69	74	34	48	21	20	24	338
Trabajaba sin remuneración	3	3	1	10	6	3	3	0	0	4	33
No trabajaba	11	3	0	49	25	7	8	4	12	5	124
No responde	0	0	0	7	5	1	0	0	1	0	14
TOTAL	32	31	6	135	110	45	59	25	33	33	509

Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 el grupo de estudiantes que trabajaba vario de 66,4% a 61,9% sin que exista diferencia estadísticamente significativa ($p 0,0915$) (tabla 10), mientras el grupo que no se encontraba trabajando aumento de 24,4% a 35,2% con diferencias estadísticamente significativas ($p 0,0003$).

Tabla 10
Situación laboral de los estudiantes antes y después del COVID-19 antes de la pandemia

Situación laboral	Antes del COVID-19		Después del COVID-19	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja con remuneración	338	66,4	315	61,9
Trabaja sin remuneración	33	6,5	6	1,2
No trabajaba o esta sin trabajo	124	24,4	179	35,2
No responde	14	2,7	9	1,7
Total	509	100	509	100

7.2. Valoración sobre la emergencia sanitaria por COVID-19

En este aparte se reúnen las preguntas orientadas a explorar el concepto de los estudiantes sobre la emergencia sanitaria, las medidas de control adoptadas por el gobierno y la percepción sobre los cambios en la vida diaria y actividades académicas. El 95,4% de los estudiantes considero que la emergencia sanitaria por COVID-19 es un problema grave en el país, casi la mitad de este (43,8%) corresponde al grupo de estudiantes de 25 a 34 años, sin embargo, debe tenerse en cuenta que es el grupo de mayor participación en el estudio (tabla 11), solo cinco estudiantes declararon no saber el nivel de gravedad de la pandemia.

Tabla 11
Nivel de gravedad de la pandemia por COVID-19 según edad de los estudiantes

Nivel de gravedad	17-24		25-34		35-58		TOTAL	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Muy grave o grave	190	37,7	223	43,8	73	14,3	486	95,4
Poco grave	7	1,4	7	1,4	4	0,8	18	3,6
No sabe	2	0,4	3	0,6			5	1,0
TOTAL	199		233		77		509	100

Con relación al riesgo de la población para infectarse por coronavirus siete de cada diez estudiantes consideraron que toda la población puede presentar consecuencias en su salud por esa infección (tabla12), mientras dos de cada cinco estudiantes creen que el grupo de mayor riesgo de infección lo constituyen la población de 65 y más años. Tercero, cuarto, quinto y sexto semestre fueron quienes más reportaron que el

coronavirus tiene consecuencias graves en toda la población con 97, 80, 33 y 44 respuestas consecutivamente, aunque se debe resaltar que de primer semestre respondieron el cuestionario 32 alumnos y 26 consideran que el coronavirus afecta a toda la población sin distinción de grupos particulares.

Tabla 12
Grupo poblacional a riesgo de infección por COVID-19

Grupo poblacional afectado por COVID-19	Frecuencia	Porcentaje
Toda la población sin distinción	379	74,5%
Algunos grupos de riesgo como adultos mayores (mayores de 65 años y más)	120	23,6%
Algunos grupos de riesgo como jóvenes (entre 18 - 39 años)	6	1,9%
No tiene consecuencias sobre la salud de las personas	2	0,4%
Afecta más a los hombres que a las mujeres	1	0,2%
No sabe	1	0,2%
Total	509	100%

El 74,1% (377) de los estudiantes consideran que tienen un riesgo probable de contagio por el COVID-19, mientras el 23,5% (120) refirió que es poco probable que se contagien por el coronavirus (tabla 13). En el 24,2% (123) de los hogares a uno de sus integrantes se le realizó diagnóstico de COVID-19, presentando complicaciones en su estado de salud que requirieron atención hospitalaria en unidad de cuidado intensivos el 8,1% (10) de los casos.

Tabla 13
Riesgo de infección por COVID-19

Riesgo de contagio con COVID-19	Frecuencia	Porcentaje
Muy probable	377	74,1%
Poco probable	120	23,5%
No se	12	2,4%
Total	509	100%

El 32,2% (164) de los estudiantes aprueba las medidas adoptadas por el gobierno nacional para el control del contagio por COVID-19 como el aislamiento social obligatorio, el lavado de manos y el uso de tapa bocas, considerándolas como medidas oportunas y pertinentes. En contraste el 44,4% (226) de los participantes manifestaron

una baja aceptabilidad a dichos lineamientos nacionales. Sin embargo, al indagar sobre la adopción individual de las medidas de control el 84,1% (428) expresaron el haber acatado todas las medidas para el cuidado personal (Tabla 14), y el 15,3% manifestó que solo adoptaron algunas de las medidas., tan solo dos estudiantes respondieron no haber seguido ninguna medida de control.

Tabla 14
Adopción de medidas de control del contagio por COVID-19

Comportamiento	Frecuencia	Porcentaje
Seguí todas las medidas	428	84,1%
Seguí solo algunas medidas	78	15,3%
No acato ninguna medida de seguridad	2	0,4%
No responde	1	0,2%
Total	509	100%

Durante el aislamiento preventivo el 86,3% realizó actividades académicas virtuales (tabla 15), seguido en su orden por el uso de redes sociales, ver televisión y actividad física con el 61,5%, 51,3% y 50,9% respectivamente.

Tabla 15
Actividades realizadas por los estudiantes durante el aislamiento social obligatorio

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Estudiar	439	86,3%
Uso de redes sociales	313	61,5%
Ver televisión	261	51,3%
Realizar actividad física	259	50,9%
Leer	198	38,9%
Actividades del hogar	13	2,5%

Durante el aislamiento social obligatorio el 40.5% (206) de los estudiantes no requirió salir del hogar para ninguna actividad. Las actividades que motivaron la salida del hogar en su orden fueron adelantar trámites financieros, actividades laborales, realizar trámites médicos y asistir a citas y la compra de víveres (tabla 16)

Tabla 16
Actividades que motivaron salir de sus hogares durante el aislamiento social obligatorio

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Trámites financieros	87	28,7%
Actividades laborales	78	25,7%
Citas y trámites médicos	74	24,4%
Compra de víveres	69	22,8%
Otras actividades	39	12,9%

7.2.1 Actividades académicas

Las siguientes preguntas van encaminadas en determinar el concepto de los estudiantes sobre el cambio de modalidad en la enseñanza y la percepción sobre los cambios en la vida diaria y actividades académicas. El porcentaje de buena aceptación que agrupa las respuestas (bien y muy bien) es de 53.8% (274), sin embargo, el 46,2% (235) manifiesta poca aceptación agrupando las respuestas (regular o muy mal) según tabla 17

Tabla 17
Percepción sobre los cambios a nivel académico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
aceptación modalidad enseñanza		
Buena aceptación	274	54%
Poca aceptación	235	46%
Carga adicional académica		
Sí	77	15%
No	432	85%
Flexibilización académica		
Sí	290	57%
No	219	43%
Dificultades Asistencia		
Sí	205	40%
No	304	60%
Conflicto Hogar		
Sí	104	20%
No	405	80%

Tabla 18
Como asumió la modalidad enseñanza según edad de los estudiantes

MODALIDAD ENSEÑANZA	17 - 24		25- 34		35 - 58		TOTAL	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
BUENA ACEPTACIÓN	96	18,9	44	8,7	134	26,3	274	53,8
POCA ACEPTACIÓN	103	20,2	33	6,5	99	19,4	235	46,2
TOTAL	199	39,1	77	15,2	233	45,7	509	100

El grupo de edad que mejor asumió el cambio de modalidad fue 35 – 58 con un porcentaje de 26,3% (Tabla 18) y el grupo que peor asumió el cambio de modalidad fue de 17 – 24. La responsabilidad académica como carga adicional tuvo porcentaje del 85% (432) en la respuesta NO (Tabla 17). El 57% de los encuestados reportan que sintieron flexibilización académica en tiempos de aislamiento social (Tabla 17) y el grupo de edad que más sintió esta flexibilización fue el de 35 – 58 con un porcentaje del 25.5% (n=130) (tabla 19). El 40% (304) de los encuestados presentó dificultad para asistir a los encuentros mediados por las tecnologías con un (tabla 17).

Tabla 19
Percepción flexibilización académica según grupo edad.

Flexibilización	17 - 24		25 - 34		35 - 58		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
NO	85	16.7%	31	6.1%	103	20.2%	219	43%
SI	114	22.4%	46	9%	130	25.5%	290	57%
Total	199	39.1%	77	15.1%	203	45.7%	509	100%

Tabla 20
Dificultad asistencia encuentros según grupo edad

Dificultad asistencia	17 - 24		25 - 34		35 - 58		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
NO	112	22%	56	11%	136	26.9%	304	59.7%
SI	87	17%	21	4%	97	19.1%	205	40.3%
Total	199	39%	77	15%	233	46%	509	100%

Tabla 21

Tipo de dificultades para la asistencia

Dificultad	Frecuencia	Porcentaje
Falta conectividad	247	49%
Falta de privacidad en el hogar	175	34%
Dinamismo del docente	148	29%
Falta recursos (tecnológicos)	107	21%
Cruce con el trabajo	22	4%

Durante el aislamiento social obligatorio el 40% (n=205) de los estudiantes tuvo dificultad para asistir a los encuentros en la modalidad enseñanza remota o virtual (tabla 17). Las dificultades más mencionadas fueron la falta de conectividad con un 49%, la falta de privacidad en el hogar con un 34% y el dinamismo del docente a la hora de impartir la clase virtual con un 29% (tabla 21), se resalta que el grupo de 35 – 58 años fue el que más dificultades presentó con un 19.1% (tabla 20).

Tabla 22

Resolución conflictos

Resolución conflicto	Frecuencia	Porcentaje
Dialogo	359	71%
Confrontación	56	11%
Evasión de la situación	44	9%
Mediación de un tercero	9	2%

El 20% de los encuestados reportan conflictos en su hogar durante el aislamiento social obligatorio (tabla 17), el 71% (359) dice que los conflictos se resolvieron con el dialogo, un 11% (56) menciona que se optó por la confrontación, el 9% (44) mencionaron la evasión de la situación como recurso para resolver los problemas durante el aislamiento (tabla 22).

7.3. Efectos en la salud mental.

Como aspecto fundamental de la investigación se exploraron preguntas que permitieran evidenciar los posibles cambios en materia de salud mental en los estudiantes,

evaluando comportamiento, percepción y la forma como respondieron a la pandemia durante el aislamiento social obligatorio.

El 27,3% de los encuestados reportaron mucho nerviosismo durante el aislamiento social (tabla 25) de los cuales el 24.2% (n=124) fueron mujeres, el grupo de edad que más reporto mucho nerviosismo en comparación de los tres grupos estudiados fue el de 25 – 34 años.

28% de los encuestados respondió poco cuando se le pregunta si nada podía calmarlo (tabla 25), de los cuales el 12.6% hacen referencia al grupo de 17 – 24 años.

18.9% reporto mucho nivel de impaciencia (tabla 25), donde el 19.7% son mujeres y el grupo de 17 – 24 quien más reporto impaciencia de los tres grupos de edad con un 9,6%.

Cuando se pregunta si podían quedarse quietos a causa de la impaciencia el 35% reporto poco, con porcentajes iguales en los grupos de edad de 17 – 24, 25 – 34 (14.7%).

El 44.5% respondió poco cuando se preguntó si sintió que todo le costaba más esfuerzo, el 20.6% corresponde al grupo de edad de 25 – 34.

El 44,8% de las personas dice que sintió poca desesperanza (tabla 25), donde el 20,2% hacen referencia al grupo de edades de 25 – 34.

El 33,6% de la muestra responde poco cuando se le pregunta si se sintió tan triste que nada podía alégralo(a) (tabla 25), el grupo de edad de 17 – 24 fue quien más lo reporto de los tres grupos con un 14%.

El 22.2% de la muestra responde poco cuando se le pregunta si se sintió inútil, o poco valioso(a) (tabla 25), el grupo de edad de 25 – 34 fue quien más lo reporto de los tres grupos con un 11.8%

El 47,7% de las personas dicen que sintieron un poco de rabia o de ira durante el aislamiento social obligatorio (tabla 25), el grupo de edades de 25 – 34 fue el que más marco esta opción con un 23,4% (n=114).

El 30,8% de las personas declararon que tuvieron un poco de ansiedad/depresión durante el aislamiento (tabla 25), el grupo de edades que más marco esta opción de los tres grupos de edades estudiados fue el de 25 – 34 con un 15.5%, en la respuesta mucha ansiedad/depresión el grupo de edad de 17 – 24 y 25 – 34 presentaron el mismo porcentaje con 4,7% (n=24).

Cuando se pregunta si consultaron algún profesional como psicólogo o psiquiatra durante el aislamiento social obligatorio el 6.7% (n=34) dijo que sí (tabla 23), y el grupo de edad que más consulto fue el de 25 – 34 con un 3,5% (n=18), el semestre que más reporta consultas al profesional es tercer semestre con un porcentaje de 2% (n=10). Del grupo. De los 34 estudiantes que demandaron atención profesional, cuatro de cada diez (14). declararon que se les hizo diagnóstico de un trastorno de salud mental.

Se cuestionó si del 6.7% (n=34) de quienes consultaron profesional como psicólogo o psiquiatra había sido diagnosticado con trastorno de salud mental durante el aislamiento social obligatorio encontrando que el 2,8% (n=14) respondieron que sí (tabla 24), el grupo de edad de 25 – 34 tuvo un porcentaje de 1,6% (N=8) y tercer semestre fue quien más reporto casos de diagnóstico con un porcentaje de 1% (n=5).

Tabla 23.

Consulta usted algún profesional como psicólogo o psiquiatra durante el aislamiento social obligatorio

Consulta profesional	Frecuencia	Porcentaje
NO	475	93.3%
SI	34	6.7%
TOTAL	509	100%

Tabla 24.

Fue usted diagnosticado durante la pandemia por un profesional competente con depresión, ansiedad, trastorno bipolar, estrés o alguna otra enfermedad de salud mental

Diagnostico mental	Frecuencia	Porcentaje
No	495	97.2%
Sí	14	2.8%
total	509	100%

Tabla 25

Percepción frente a los cambios en salud mental

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nervioso		
Mucho	139	27.3%
Poco	295	58%
Nunca	73	14.3%
N/R	2	0.4%
Nada podia calmarlo		
Mucho	19	3.7%
Poco	143	28%
Nunca	340	66.8%
N/R	7	1.4%
Inquieto o impaciente		
Mucho	96	18.9%
Poco	299	59%
Nunca	110	21.6%
N/R	4	0.8%
No quieto o sentado		
Mucho	35	7%
Poco	176	35%
Nunca	291	57%
N/R	7	1%
Mas esfuerzo		
Mucho	33	6.5%
Poco	227	44.5%
Nunca	244	48%
N/R	5	1%
Desesperanza		
Mucho	48	9.4%
Poco	228	44.8%
Nunca	231	45.4%
N/R	2	0.4%
Sin alegria		
Mucho	28	5.5%
Poco	171	33.6%
Nunca	306	60.1%
N/R	4	0.8%
Inutil, poco valioso		
Mucho	24	4.7%
Poco	113	22.2%
Nunca	368	72.3%
N/R	4	0.8%
Ira o rabia		
Mucho	51	10%
Poco	243	47.7%
Nunca	212	41.6%
N/R	3	0.6%
Ansiedad o depresión		
Mucho	54	10.6%
Poco	157	30.8%
Nunca	293	57.4%
N/R	6	1.2%

7.4. Posibles cambios socioeconómicos.

Otro aspecto explorado en este estudio fueron los posibles cambios socioeconómicos que sufrieron los alumnos, esto se realizó mediante preguntas de sondeo encaminadas a medir la capacidad económica antes del aislamiento obligatorio por el coronavirus y después del mismo, aquí se examinan los posibles cambios, comportamiento y percepción.

El 56,8% de los encuestados reportaron tener entre una y tres personas a su cargo, donde una persona a cargo tiene un porcentaje de 26,6%, dos tiene un porcentaje de 19,3% y tres 7,3% (tabla 27).

Después del covid-19 los participantes presentaron una disminución del nivel de aportes económicos al hogar (tabla 28), las personas que aportaban un salario mínimo antes de la pandemia eran el 24,6%, después de la pandemia bajo al 20,2%, las que aportaban más de un salario mínimo antes de la pandemia eran 27,9%, después la pandemia paso al 20,6%.

Cuando se preguntó por las dificultades para pago de obligaciones el estudio marco un porcentaje de 19,8% (101) y el 41.9% respondió que tuvo dificultades para matricularse económicamente (tabla 28).

Frente a la pregunta de la pérdida del empleo en la familia a causa del aislamiento social el 44,6% respondió si y el 65% de los encuestados respondió que tiene incertidumbre frente al futuro económico de su familia.

La gran mayoría de los alumnos que respondieron la encuesta reportan que si recibieron ayuda por parte de la institución con un 67.2% (n=342) y el 67.6% reporta no haber recibido ayudas externas (gobierno, ONG, etc.) (tabla 28)

Cuando se preguntó por el tipo de ayudas recibidas encontramos que ninguna tiene un porcentaje de 65.8% (n=335), seguido de ayuda del gobierno con 20.8% (n=106), mercados 9.4% y generación E 2% (tabla 30).

Tabla 26.

Tiene usted personas a cargo

Personas a cargo	Frecuencia	Porcentaje
SI	289	56.8%
NO	220	43.2%
TOTAL	509	100%

Tabla 27.

cuántas personas tiene a su cargo

Cuántas	Frecuencia	Porcentaje
0	214	42.1%
1	135	26.6%
2	98	19.3%
3	37	7.3%
4	17	3.3%
5	7	1.4%
Total	509	100%

Tabla 28

Aportes económicos antes y después del coronavirus

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Aporte económico antes del coronavirus		
Menos de un salario mínimo	136	26,7
Un salario mínimo	125	24,6
Mas de un salario mínimo	142	27,9
Dos o más salarios mínimos	23	4,5
Yo no recibo ingresos	83	16,3
Aporte económico después del coronavirus		
Menos de un salario mínimo	172	33,8
Un salario mínimo	103	20,2
Mas de un salario mínimo	105	20,6
Dos o más salarios mínimos	2	3,9
Yo no recibo ingresos	109	21,5

Tabla 29.

Percepciones y dificultades en materia económica

Variable	Frecuencia	Porcentaje
dificultad pago de obligaciones		
Ninguna dificultad	208	40.9%
Estudio	101	19.8%
Servicios públicos	69	13.6%
todos	63	12.4%
Arriendo	43	8.4%
Alimentación	25	4.9%
Total	509	100%
Perdida de empleo en el grupo Familiar		
Sí	227	44.6%
No	282	55.4%
Total	509	100%
Incertidumbre frente al futuro económico		
Sí	331	65%
No	178	35%
Total	509	100%
Dificultad para matricularse		
No	296	58.1%
Sí	213	41.9%
Total	509	100%
Ayuda Institucional		
Sí	342	67.2%
No	167	32.8%
Total	509	100%
Recibio ayudas externas (gobierno, ONGs, etc.)		
No	344	67.6%
Sí	165	32.5%
Total	509	100%

Tabla 30.**Tipo de ayuda económica**

TIPO DE AYUDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	335	65.8%
Subsidio gobierno	106	20.8%
Mercado	48	9.4%
Mercado Generación E	10	2%
Subsidio de otra organización	7	1.4%
Aporte en dinero para completar el pago del semestre por parte de mi empleador	1	0.2%
Apoyo externo	1	0.2%
Ayuda alcaldía de Guachene	1	0.2%
Total	509	100%

8. DISCUSION

El mundo ha sufrido un impacto inesperado con la aparición del nuevo coronavirus, los sistemas de salud pública mundiales han entrado en alerta máxima ahondando esfuerzos para contenerlo, es así como se generaron medidas emanadas de los diferentes gobiernos para impedir su rápida propagación, entre las medidas más comunes se encuentran: reducir contacto físico, reducir la movilidad, trabajo en casa, estudio en casa, evitar eventos sociales, aislarse en casa durante 14 días si alguien presenta aumento de la temperatura, una tos persistente repentina, o si llega de un viaje internacional, lavado de manos constante o uso de alcohol personal para desinfectarlas y el uso de tapabocas continuo cuando estemos fuera de casa, incluso en nuestro núcleo familiar. Esto genera un sentimiento público al estar ante una situación completamente nueva e inesperada, además de un impacto profundo en la salud global, en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y en la economía.

Sin embargo, esta no es la primera vez que el mundo se enfrenta a una enfermedad que amenaza erradicar la vida humana, Arbós y Belles (30) en su libro 14 maneras de destruir la humanidad exponen de manera muy detallada que los grandes asesinos de la historia son los virus y las bacterias, en concreto los que han generado las grandes pandemias tales como: Viruela, gripe española de 1918, sarampión, la peste negra, y el VIH, hasta el momento el más letal ha sido el virus variola causante de la viruela, al cual se calcula que mato 300 millones de personas y sigue existiendo a pesar de los siglos (30).

Es importante hacer un punto de comparación entre lo que vivimos actualmente y una de las ultimas pandemias vividas por la humanidad, la gripe española de hace 103 años, que no fue originada en España, algunos historiadores la sitúan en Francia en 1916, otros en China en 1917 y otros en Estados Unidos en la base militar de Fort Riley en marzo de 1918, hoy sabemos que fue causada por un brote de influenza tipo A, del subtipo H1N1 y que la gran mayoría de las personas morían ante una neumonía secundaria, e insuficiencia respiratoria (31), además, que fue una de las crisis sanitarias más grandes de la historia de la salud pública, la cual, según Arbós y Belles (30) mato entre 50 y 100 millones de personas en tan solo 2 años, y se estima que liquido entre el 3% y 6% de la población mundial, en el verano de 1920 el virus desapareció tal y como había llegado.

Con la gripe española se implantaron medidas tales como: el cierre de colegios, iglesias, teatros y la prohibición de reuniones públicas o funerales, y esta a su vez redujo en un 18% la producción industrial, lo que trajo como consecuencias la quiebra de negocios y

la desesperación en los hogares (30). Las personas más afectadas fueron los jóvenes y adultos en edad productiva. Además de este panorama tan desalentador Mamelund (32) mediante un análisis científico, logro demostrar conexión entre la gripe española y enfermedades neurológicas tales como: problemas para dormir, depresiones, distracciones mentales, presión arterial baja, mareos, complicaciones para enfrentar el trabajo y la vida cotidiana, semanas, meses o incluso años después de la desaparición del virus.

Es importante explicar la pandemia de la gripe española porque permite entender y tratar de predecir, el contexto al que por primera vez se enfrentaba la humanidad posmoderna, las medidas tomadas y las consecuencias vividas superada la crisis sanitaria, logrando hacer una conexión entre los sucesos pasados y la actualidad, entendiendo que la población de este estudio son universitarios en edad productiva que se enfrentan a múltiples circunstancias como las ya descritas sumando los cambios en materia educativa entre los que se encuentran la nueva modalidad de estudio.

Retomando los resultados de esta investigación, encontramos que los estudiantes participantes fueron 509 de un total de 744, eso nos da un promedio de 68.4%, en su gran mayoría mujeres (87.6% de la muestra), con un promedio de edad de 27 años, el promedio de edad concuerda con el mencionado en informe de OCDE (33) panorama de la educación en el 2019, donde se explica que el acceso a la educación universitaria en el país es más común en el grupo de edades entre 25 y 34 años. El programa cuenta con 4 jornadas en las que se pueden matricular los alumnos, sin embargo, la mayor cantidad de participantes del estudio están en las jornadas nocturnas y los sábados (82.1% de la muestra), esto se explica porque el horario 100% virtual apenas se oferta desde el periodo académico 2020-1 y el horario diurno desde el periodo 2019-2 estos datos fueron suministrados por la oficina de planeación de la Institución universitaria. Uno de cada dos participantes en el estudio corresponde a la jornada académica de los sábados, mientras uno de cada cuatro es de la jornada de la noche.

Se resalta que el 35% se identificó como afrodescendiente, 26,3% se identificó como mestizo y el 4,1% como indígena, al comparar los resultados con la autoevaluación del programa Administración en salud (34) encontramos que las cifras de población indígena son similares, en la autoevaluación mencionan que el 44% del total de la población estudiantil residen en diferentes municipios de los departamentos del Valle del Cauca y Cauca, donde Corinto, Miranda y Caloto tienen un porcentaje de 5,5% del total de la población y estas son reconocidas zonas con resguardos indígenas, sin embargo, un total de 33.8% no se identificó con ninguna de las opciones dadas.

El 74,5% del grupo bajo observación declaro estar en el régimen contributivo y el 22,4% en el subsidiado, esto contrasta con las cifras de aseguramiento en Colombia, las cuales según el informe de rendición de cuentas del ministerio de salud en el año 2019 (35) dice que el 47.7% hacen parte del régimen contributivo y 47.5% régimen subsidiado, esto se puede deber a que son estudiantes universitarios que declaran ser trabajadores en edad productiva 66.4%. cabe resaltar que desde hace dos años el programa recibe los jóvenes provenientes de generación E, un programa ideado por el gobierno donde los jóvenes en condición de vulnerabilidad socioeconómica pueden acceder a la educación superior, dichas personas deben cumplir un perfil específico el cual incluye ser colombiano entre 14 a 28 años de edad durante la convocatoria a la cual aspira y estar registrado en la base certificada nacional de SISBEN con un puntaje máximo de 32, el programa Administración en Salud cuenta actualmente con 318 alumnos pertenecientes al programa Generación E (componente equidad) por tal motivo podemos suponer que varios de ellos participaron en la encuesta y hacen parte del régimen subsidiado. Preocupa mucho que 12 personas que participaron en el estudio aseguren no estar afiliados y 2 personas no saben o no responden la pregunta realizada ya que son estudiantes de administración en salud y esta información hace parte de sus conocimientos básicos, al realizar el análisis encontramos que las dos personas que no saben a qué régimen pertenecen están cursando tercer semestre y quienes no están afiliados al sistema 5 son de tercer semestre, 3 de octavo semestre y en primero, séptimo, noveno y décimo tienen un estudiante que dice no estar afiliado al sistema.

El promedio de personas que conforman el hogar es $3,7 \pm 1,79$ con una mediana y rango entre 1 y 15 personas, el resultado es similar al promedio de personas por hogar de acuerdo con la encuesta de demografía y salud año 2015 (36) el cual dice que en la zona urbana es de 3.5 y en la rural 3.6. El 8,2% de los estudiantes viven en hogares unipersonales lo cual contrasta con la encuesta del ENDS 2015 (36) la cual nos expone que en Colombia es del 11.1%. En este estudio el 15,5% de las familias son bipersonales y el grupo restante son familias nucleares 73,3%, el resultado de hogares nucleares difiere al expuesto por la encuesta ENDS 2015 (36) donde el porcentaje es del 55.1%, los resultados pueden presentar diferencias ya que la muestra de este estudio presenta particularidades especiales al ser estudiantes universitarios de una institución específica.

Con relación a la declaración de ingreso familiar, el 16,7% de los encuestados declara que el ingreso mensual es menor a un salario mínimo. Seis de cada diez estudiantes (63,7%) informó que el ingreso familiar esta entre quinientos mil pesos a dos millones

mensuales, contrastando estos datos con la encuesta calidad de vida del DANE del año 2020 (37), donde encontramos la incidencia monetaria por departamento y en el Valle del Cauca tuvo un porcentaje de 34,5%, los datos son diferentes porque el 66.4% de la muestra son personas trabajadoras con contrato de trabajo estable, sin embargo, los datos están en consonancia con el perfil del estudiante Camachista (38) quien se ha caracterizado por ser de los estratos socioeconómicos 1 y 2. Al realizar el análisis entre ingresos y sexo encontramos que 130 mujeres de un total de 446 dicen reportar ingresos en el hogar de entre 1 y 2 millones (29,1%) y 24 hombres de un total de 63 reportan los mismos ingresos (38,7%), esto evidencia una brecha salarial entre hombres y mujeres que persiste en Colombia y va en consonancia con el estudio brecha salarial de género en Colombia, realizado por el DANE en el 2020 (39), donde se explica que dicha brecha entre hombres y mujeres de 14 a 24 años es de 5.4% lo que indica que por cada 100 pesos que gana un hombre en este grupo de edad, las mujeres de este mismo grupo reciben 94,6 pesos.

Se indago sobre el tiempo en que se podrían cubrir los gastos familiares a partir de los ahorros observando que para el 69,4% de los hogares durarían hasta tres meses. Mientras para el 4,3% de los hogares los gastos podrían ser sufragados a través de ahorros por un año o algo más de tiempo, contrastando los resultados con el estudio de solidaridad Profamilia informe 3 (40), encontramos que el 58% de los encuestados no tenían ahorros en dinero en el momento del aislamiento social, estas diferencias muy seguramente se deben a las particularidades especiales de las muestras, sin embargo, evidencian una difícil situación a nivel económico para las personas que puedan llegar a quedar sin empleo debido al aislamiento social obligatorio y las diferentes medidas tomadas por el gobierno Nacional y local que de una u otra forma desestabilizan la economía.

Antes de la pandemia además de las actividades académicas el 66,4% de los estudiantes trabajaba, el 11,2% de ese grupo era trabajador independiente. Para ese momento el 6,5% de los estudiantes declaró adelantar labores sin remuneración especialmente en labores del hogar. Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 el grupo de estudiantes que trabajaba vario de 66,4% a 61,9% sin que exista diferencia estadísticamente significativa ($p\ 0,0915$), mientras el grupo que no se encontraba trabajando aumento de 24,4% a 35,2% con diferencias estadísticamente significativas ($p\ 0,0003$). definitivamente la pandemia y las medidas tomadas afectaron laboralmente a los participantes, estos hallazgos son afines con la cifra reportada por el DANE en cuanto al desempleo en el país debido al COVID-19 de 12.6% (15), la más alta en la última década, y al mismo tiempo va en consonancia con los datos reportados por Botero y Montañés (13) en su estudio modelos de equilibrio general, para explicar la

posible contracción del crecimiento económico en Colombia para el año 2020, la que estiman en el orden del -2,03%. También es importante resaltar que el 20,2% de los encuestados manifestaron que fueron enviados a sus casas a realizar sus labores (teletrabajo), tal como lo expone Victor Becker del Centro de Estudios de la Nueva Economía (11), “la cotidianidad cambió drásticamente en muchos aspectos laborales (banca online, formulas médicas digitales, telemedicina, teletrabajo, cambio del modelo pedagógico a modalidad e-learning) y parece que llegó para quedarse en muchos aspectos de la realidad económico-social”

El 95,4% de los estudiantes considero que la emergencia sanitaria por COVID-19 es un problema grave en el país, casi la mitad de este (43,8%) corresponde al grupo de estudiantes de 25 a 34 años, haciendo la comparación con el estudio solidaridad Profamilia informe 3 (40) encontramos que los datos son muy similares el 98% de las personas encuestadas piensan que la pandemia es un problema grave, eso muestra que los estudiantes están al tanto del problema y entienden la situación actual.

Con relación al riesgo de la población para infectarse por coronavirus siete de cada diez estudiantes consideraron que toda la población puede presentar consecuencias en su salud por esa infección, mientras dos de cada cinco estudiantes creen que el grupo de mayor riesgo de infección lo constituyen la población de 65 y más años, contrastando estos datos con la encuesta Solidaridad de Profamilia informe 1 (41) encontramos que el 80% considera que el coronavirus puede tener problemas graves en toda la población sin distinción, por tal motivo se evidencia que los resultaos son similares en este aspecto, aunque la encuesta Profamilia dice que el 17% considera que los mayores de 65 años pueden tener consecuencias graves en su salud si contraen el COVID. la evidencia científica nos muestra que existen poblaciones de riesgo como mayores de 65 años, personas con comorbilidades y obesidad, jugando un papel principal en el desarrollo de la enfermedad, por tal motivo es necesario hacer énfasis en este aspecto para lograr concientizar a la población sobre el cuidado que se debe tener, máxime si se convive con alguien que tenga estas características especiales.

En el 24,2% de los hogares se tuvieron integrantes que se le realizó diagnóstico de COVID-19, presentando complicaciones en su estado de salud que requirieron atención hospitalaria en unidad de cuidado intensivos el 8,1% de los casos. Cabe resaltar que el Instituto Nacional de Salud en su último reporte del 30-04-2021 (42) muestra una positividad acumulada en Colombia del 22,9%, Esto evidencia que los hallazgos son afines con las cifras nacionales que se están manejando en cuanto a la pandemia.

El 32,2% de los estudiantes aprueba las medidas adoptadas por el gobierno nacional para el control del contagio por COVID-19 como el aislamiento social obligatorio, el lavado de manos y el uso de tapa bocas, considerándolas como medidas oportunas y

pertinentes, en contraste con la encuesta Solidaridad de Profamilia informe 1 (41) donde se especifica que el 59% está de acuerdo con las medidas adoptadas por el gobierno para frenar la expansión del coronavirus. Cabe destacar que al indagar sobre la adopción individual de las medidas de control el 84,1% expresaron el haber acatado todas las medidas para el cuidado personal, y el 15,3% manifestó que solo adoptaron algunas de las medidas., tan solo dos estudiantes respondieron no haber seguido ninguna medida de control, en este aspecto al comparar con la encuesta solidaridad de Profamilia informe 1 (41) encontramos valores diferentes, ya que el 82% dice que redujo la movilidad, el 69% dice que acato inmediatamente el aislamiento social obligatorio y el 69% usa el tapabocas.

Se pudo constatar que las personas buscaron varias formas para sobrellevar el aislamiento social obligatorio y evitar caer en la ansiedad o el estrés, casi siempre combinando actividades, el 86,3% de los encuestados dicen que la actividad que más realizaron en el aislamiento social fue el estudio, el uso de redes sociales tuvo un porcentaje del 61.5%, la actividad física un porcentaje de 50,9%, ver televisión 51,3% y el semestre que menos vio televisión fue quinto con 5,9%, leer 38.9% de los encuestados, el semestre que más leyó fue cuarto con 8,5% y las actividades familiares con un 2,5%, al contrastarlos con el informe 3 de Profamilia (40) encontramos que el 67% de los encuestados vio películas y series, el 60% uso las redes sociales y el 56% comunicarse con amigos y familiares, podemos observar que las redes sociales tienen un porcentaje muy similar y ver televisión comparado con ver películas y series presentan una diferencia, es importante resaltar que en este estudio la población son estudiantes universitarios por tal motivo su actividad principal para sobrellevar el aislamiento fue el estudio. Los datos obtenidos en este estudio van en sinergia con lo expresado por Becker (11) cuando señalaba que los sectores ganadores de este aislamiento serán los de las nuevas economías basados en el conocimiento, la tecnología de la información y la robotización. Ejemplos claros de este cambio de orden mundial se pueden ver en empresas como Facebook, Google, Instagram, Twitter que continúan con su actividad normal, y Netflix quien brinda entretenimiento combinando las tecnologías de la información.

El 59.5% de los encuestados requirió salir de su aislamiento social obligatorio a realizar algún trámite, por tal motivo, para responder que tramite, los participantes tenían la opción de colocar varias respuestas, encontrando que tramites financieros y desplazamiento al trabajo fueron las situaciones que más hicieron que los alumnos salieran en tiempo de aislamiento social con un 28.7% y 25,7%, un porcentaje del 24,4% debieron salir a citas médicas, autorizaciones o algún trámite de salud y la compra de

viveres tuvo un porcentaje de 22,8%, otro grupo reportó otras actividades como desplazarse a un café internet para realizar las actividades de la universidad, reclamo de ayudas por parte de familiares, el gobierno o alguna otra identidad, además de diligencias personales, traslado a estudiar o entrega de hojas de vida con un porcentaje de 12.9%, estos resultados no coinciden con los expuestos en la encuesta de solidaridad de PROFAMILIA informe 2 (29), la cual arrojó que Cerca al 77% de las personas ha salido durante la cuarentena obligatoria en búsqueda de alimentos, 23% de las personas ha salido al banco; 21% de las personas que se resisten a la pandemia han salido durante la cuarentena para ir al trabajo o a estudiar y 31% ha salido a comprar medicamentos, esta diferencia se puede deber a los universos poblacionales que se escogieron para el estudio, mientras que este estudio tiene especificado a los alumnos de un programa universitario con unas condiciones muy especiales descritas en este documento, la encuesta de Profamilia fue desarrollada a 3549 personas mayores de 18 años en todo el territorio nacional vía encuesta en línea.

Cuando se pregunta cómo asumió el cambio de modalidad B-learning a remota encontramos que las respuestas están muy divididas, buena aceptación tiene un porcentaje de 54% y poca aceptación un porcentaje de 46%, cuando analizamos en cambio de modalidad con los semestres encontramos que existe un empate marcado en cuarto semestre, buena aceptación con 10,8% y poca aceptación con 10,8%, sin embargo, los alumnos de decimo semestre fueron quienes mejor tomaron el cambio de modalidad a educación mediada por las tics, de un universo total de 31 estudiantes de decimo que participaron en la encuesta virtual (6% de la muestra total estudiantes) el 74,2% tomó el cambio de modalidad con buena aceptación, deja una preocupación que los alumnos de primer semestre, quienes tienen modalidad aprobado 100% virtual, de 32 participantes, 12 digan que tomaron el modelo de educación virtual con poca aceptación, entendiendo de ante mano, que con pandemia o sin pandemia siempre estarán en esa modalidad. Para nadie fue fácil este proceso, que se ha venido consolidando y mejorando con el tiempo, pese a que los alumnos están matriculados en un programa con modalidad semipresencial, se puede notar que la interacción en aula de clases sigue siendo importante para su proceso educativo, en la Institución Universitaria lo llaman encuentro presencial. El grupo de edad que mejor asumió el cambio de modalidad fue 35 – 58 años con un porcentaje de 26,3% y el grupo que peor asumió el cambio de modalidad fue de 17 – 24 años.

La responsabilidad académica como carga adicional tuvo porcentaje del 84.9% en la respuesta NO. El 57% de los encuestados reportan que sintieron flexibilización académica en tiempos de aislamiento social, solo séptimo y noveno semestre

consideraron en mayor cantidad que los profesores no flexibilizaron la carga académica. El 40% de los participantes tuvo problemas para asistir a los encuentros virtuales. Quinto semestre y primer semestre fueron los que más reportaron estos problemas, podríamos entonces decir que las medidas tomadas por la Institución, en cuanto a la flexibilización académica fueron acogidas por los profesores mayoritariamente y los alumnos sintieron esa ayuda.

Las dificultades más mencionadas por los estudiantes fueron la falta de conectividad con un 49%, la falta de privacidad en el hogar con un 34% y el dinamismo del docente a la hora de impartir la clase virtual con un 29%, según los datos más recientes del MINTIC 2021 (43), el país cuenta con 30,4 millones de accesos a internet móvil, frente a 23,8 millones que están en las zonas más apartadas y no tienen este beneficio, esto imposibilita poder lograr dar el salto, porque hasta el momento, los sectores más vulnerables no tienen acceso a la red, panorama que podemos ver claro en las respuestas dadas por los alumnos. Se resalta que, en tiempos de aislamiento obligatorio, la conectividad ha aumentado en un 30% y la gran mayoría de las universidades han destinado recursos para soluciones en tecnología y comunicaciones a los estudiantes más vulnerables socioeconómicamente, este es el caso de la Institución Universitaria Antonio José Camacho, que destino recursos para que los alumnos que así lo solicitaran pudieran acceder a ellos mediante un enlace que se hizo extensivo a la comunidad estudiantil. Otro aspecto importante es el mencionado en el estudio realizado por Pérez-López, E., Vázquez Atochero, A., y Cambero Rivero, S (25) donde se resalta que *“las clases virtuales que han recibido los alumnos han consistido esencialmente en presentaciones subidas al campus virtual con interacciones asíncronas. La valoración negativa que hacen de la enseñanza a distancia se explica por la inversa relación percibida entre dedicación al estudio y rendimiento académico y por falta de adaptación de los docentes a las circunstancias personales y académicas de los estudiantes”*, datos muy en consonancia con los resultados arrojados por este estudio donde los alumnos respondieron cuales fueron las principales dificultades percibidas en las clases remotas, el 49% presentaron fallas de conectividad, el 34% manifiestan que las clases remotas se les dificultan por la falta de privacidad en el hogar, el 29% reportan falta de dinamismo e interacción con el docente, un porcentaje del 21% reporta falta de recursos y nuevas tecnologías para poder conectarse a sus clases.

El 20,4% de los encuestados reporta que se han presentado problemas interpersonales con mayor frecuencia en el hogar durante el aislamiento, siguiendo con el hilo de la pregunta se profundizo de la siguiente manera ¿Si se han presentado discusiones en el hogar cuales de los siguientes comportamientos fueron los habituales?, encontrando

que el 71% resolvió todo mediante el dialogo, seguido de un 11% que respondió qué el comportamiento habitual es la pelea o la confrontación, el 9% reportan evasión de la situación y un porcentaje del 2% reporta mediación de un tercero, los datos son similares a los encontrados por Margarita Estrada en su artículo denominado “convivencias forzosa. Experiencias familiares durante la emergencia sanitaria por el virus de Influenza humana AH1N1 en la ciudad de México (44), donde se llega a la siguiente conclusión: *“la experiencia contribuyó a reforzar dinámicas familiares previas que propiciaron la aparición de tensiones y conflictos entre los integrantes. El aislamiento también puso en evidencia los recursos que cada familia poseía para manejar una situación excepcional”*, al mismo tiempo se contrastaron los resultados de este estudio con el estudio realizado por Delfino Vargas en el 2020 denominado “efectos de la pandemia en la familia” (45), donde categóricamente se asegura que en México se aumentaron los casos de violencia intrafamiliar durante el aislamiento y ponen de manifiesto el argumento de que se deteriora la calidad marital debido al problema económico, al interrumpirse la sana comunicación al mediar argumentos sobre la falta de recursos económicos para cubrir necesidades básicas.

Se exploraron las respuestas sobre el equilibrio emocional al sentirse nervioso(a) ante una situación concreta particular como afrontar el desarrollo y medidas tomadas por la aparición de la pandemia por covid-19. Sentirse nervioso hace referencia a un estado de equilibrio emocional, es muy normal sentirse nervioso(a) ante una situación nueva que se sale de la cotidianidad y en este caso los participantes respondieron que sintieron muchos nervios con 27,3%, ante la pregunta ¿Cree usted que durante el aislamiento cayó en la ansiedad y depresión?, los estudiantes respondieron que poco con un porcentaje de 30,8%, al contrastar estos resultados con los obtenidos por Vahia et al (4), planteados durante la epidemia de SARS en 2003, donde evidencio que las tasas de suicidio entre los adultos mayores aumentaron durante el período de la epidemia, nos orienta en la necesidad de estudiar los efectos de las medidas sociales adoptadas para el control del COVID-19, en especial las consecuencias sobre la salud mental y socioeconómicas en población adolescente o universitaria, para conocer el impacto de manera anticipada y plantear alternativas para minimizar los efectos sobre esta población, generando evidencia que aporte a toma de decisiones y alternativas de intervención, también se realizó el contraste con los resultados obtenidos en la encuesta solidaridad informe 3 (40), donde el 56% de los encuestados está preocupado por caer en ansiedad o depresión y la preocupación específica por caer en la ansiedad o la depresión durante el aislamiento fue común para el 27% de los encuestados, resultados similares a los obtenidos en este estudio.

Cuando se indaga sobre el nivel de impaciencia se marcó con mayor frecuencia la categorización “poco” con un 59%, también encontramos que los participantes marcaron la categorización “poco” cuando se les pregunta si todo les costaba mucho esfuerzo con un 44,5%, al contrastar estos datos con el estudio solidaridad de Profamilia informe 3 (40) encontramos que el 25% de las personas que estaban trabajando sin remuneración fueron quienes más impacientes se sintieron, al punto que no podían quedarse sentados o quietos, se realizó el análisis en este estudio y encontramos que del 59% de personas que respondieron poco cuando se preguntó por el nivel impaciencia contrastado con su remuneración el 23% eran personas sin empleo.

47,7% respondieron que sintieron un poco de ira o rabia durante el aislamiento social, cabe resaltar que el impaciente o inquieto no tiene la capacidad de esperar algo sin ponerse nervioso, por tal motivo, el porcentaje de esta respuesta va muy ligado con el porcentaje de la primera pregunta, al comparar los datos con la encuesta solidaridad Profamilia informe 3 (40) encontramos que el 43% de las personas que estaban sin remuneración sintieron ira durante el aislamiento social, se realizó el análisis contrastando nivel de ira e ingresos después del coronavirus encontrando que el 26,7% de las personas que sintieron un poco de ira durante el aislamiento social estaban sin empleo, aunque los resultados no son similares, es importante resaltar que los dos universos muestrales tienen características propias muy diferentes.

Cuando se preguntó si durante el aislamiento social obligatorio consultó algún profesional como psicólogo o psiquiatra 6,4% de los participantes del estudio respondieron SI, esto nos muestra un panorama de complejidad en cuanto a los casos de salud mental que se pueden estar presentando dentro del programa y a la pregunta ¿Fue usted diagnosticado durante la pandemia por un profesional competente con depresión, ansiedad, trastorno bipolar, estrés o alguna otro trastorno de salud mental?, el 2.8% respondió si, claramente vemos que el aislamiento social obligatorio tuvo efecto sobre la salud mental de algunos alumnos del programa, muy en sintonía con el estudio realizado por Caballero C, Campo A., denominado “Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID-19 y de la cuarentena (5)”, donde establece que las reacciones psicológicas ante una pandemia dependen de ciertas características individuales, como la intolerancia a la incertidumbre, la vulnerabilidad percibida a la enfermedad o la propensión a la ansiedad. Se pone de manifiesto el estrés emocional como detonante de consecuencias neurobiológicas que incrementan la probabilidad de exacerbar enfermedades concomitantes y la vulnerabilidad a reunir criterios para un trastorno mental, en

particular, trastornos de ansiedad, depresivos, del sueño y estrés agudo. Al no tener datos para realizar comparación no podremos decir si la cifra de diagnosticados con trastornos de salud mental aumento o decreció, sin embargo, un porcentaje 2,8% tuvieron diagnóstico clínico durante el aislamiento social obligatorio, es una cifra que se debe tener en cuenta para hacer un seguimiento desde el programa, la facultad y la Institución, máxime cuando identificamos que el 1% de los diagnosticados con trastorno de salud mental durante la pandemia se encuentran en tercer semestre.

Cuando se estudian los efectos socioeconómicos del aislamiento antes y después del coronavirus se muestra que después del covid-19 las participantes bajaron su nivel de aportes económicos al hogar, las personas que aportaban un salario mínimo antes de la pandemia eran el 24,6%, después de la pandemia bajo al 20,2%, las que aportaban más de un salario mínimo antes de la pandemia eran 27,9%, después la pandemia paso al 20,6%, el aislamiento social obligatorio genero un detrimento en los ingresos de los alumnos, esto está muy de la mano con los análisis realizados por el centro de investigación económica y social FEDESARROLLO (26), quienes advirtieron que la cuarentena generalizada durante un mes tiene un costo que está en el rango de 48 a 65 billones de pesos, que equivalen a 4,5% a 6,1% del PIB, el mismo FEDESARROLLO (26) en su comunicado de prensa de enero 20 del 2021 advierten que las restricciones generadas por la pandemia tienen un costo de 8.3 y 12.5 billones de pesos y la pérdida de al menos 146 mil empleos. También se contrastaron los resultados con la encuesta solidaridad de Profamilia informe 3 (40) donde encontramos que el 44% de los jóvenes entre 18 y 29 años reportaron estar sin empleo.

Una de las preguntas que más deja ver el panorama a nivel económico del hogar fue ¿A nivel del grupo familiar alguno de los integrantes perdió el trabajo durante el aislamiento social obligatorio?, un porcentaje de 44,6% respondió que sí, claramente podemos ver que la economía local ha sido golpeada de manera fuerte por el cese de actividades generado por la pandemia y las medidas tomadas desde los diferentes gobiernos, medidas que aun hoy (2-5-2021) siguen generando un gran problema en la economía de los hogares caleños, esto está en total sinergia con la información del DANE en Marzo del 2021 (46), donde se expone la tasa de desempleo en el país en un 14.2%, la más alta en la última década y supone un aumento de 3,4 puntos porcentuales comparado con Marzo del 2020. Además, la encuesta realizada por Cifras & Conceptos, en abril del año 2020 (15) reportaba que el 38% de los encuestados ya tenía algún miembro del hogar que había perdido su empleo en el último mes.

Otro resultado que vale la pena resaltar es el obtenido en la pregunta ¿Tiene usted incertidumbre frente al futuro económico de su familia? la respuesta fue categórica, el 65% de los encuestados dijo que SI y con el paso del tiempo esta incertidumbre económica sigue siendo un punto clave dentro de la dinámica de la pandemia, los resultados son similares a los reportados por la medición de Cifras & Conceptos, en abril del año 2020 (15) donde la percepción de los hogares al respecto de la situación económica es bastante negativa, el 65% de las personas encuestadas en 6 ciudades colombianas siente miedo de perder su trabajo, indicando que los hechos más críticos de la cuarentena han sido no tener ingresos, la situación de desempleo, el hecho de no poder trabajar y el riesgo a quedarse sin trabajo.

Por último, tratando de medir las ayudas estatales se preguntó ¿Recibió algún tipo de ayuda económica o material del gobierno u otra organización?, la respuesta más marcada fue NO con 67,6%, esto muestra que, aunque se realizaron esfuerzos, no se logró llegar al grueso de la población, siguiendo con el hilo conductor, se preguntó ¿Qué tipo de ayuda?, aquí la respuesta fue subsidio del gobierno con un 13,6% y mercados con un 12,4%, estas cifras contrastan con las entregadas por el gobierno el 26 de Mayo del 2020 en el portal de la presidencia de la república en su informe “balance de ayudas sociales durante la cuarentena” (47) donde explica el Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, Diego Molano que *“los programas sociales como Familias en Acción y Jóvenes en Acción, han llegado a 8 millones de colombianos”, y las cifras entregadas por el “Jefe del Departamento Nacional de Planeación, Luis Alberto Rodríguez, quien destacó que el Ingreso Solidario, se ha entregado dos veces, y alcanzó a 2.1 millones de hogares”* además Molano dijo que casi 28 millones de colombianos *“han recibido un apoyo directo o un giro, con el fin de garantizar un mejor bienestar”* (47). Es perentorio apoyar a la población con ayudas reales y apostarle a la renta básica para los hogares socioeconómicamente vulnerables de la nación.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se logro evidenciar que aunque se está estudiando mucho sobre la afectación en salud mental e impactos socioeconómicos debido a COVID-19 en poblaciones específicas como trabajadores del sector salud, los estudios en estudiantes universitario se presentan en menor número, por ejemplo, en Google académico se encuentran 3110 estudios en población estudiantil y 6750 en trabajadores del sector salud, por tal motivo se crea una necesidad ya que la literatura actual se centra mucho en el personal médico y de la salud, es necesario ampliar estas investigaciones para tratar de generar estrategias de intervención y prevenir el aumento de episodios de afectación en salud mental.

Por otra parte, la evidencia recolectada en el presente estudio reporta que los alumnos del programa de pregrado Administración en salud de la Institución Universitaria Antonio José Camacho en su gran mayoría son mujeres, que oscilan entre los 17 y 30 años, trabajan y estudian, son solteros y devengan entre 1 y 2 salarios mínimos legales mensuales vigentes y perteneces a los estratos socioeconómicos 1 y 2.

Se encontraron situaciones de riesgo intrínsecas para la salud mental tales como sentirse nervioso o caer en ansiedad, sin embargo, la gran mayoría de los encuestados uso estrategias y formas de responder para cuidar su salud mental, casi siempre combinadas, entre las que se mencionan, las redes sociales y estudiar con 61.5% y 86,3% respectivamente, seguido de actividad física con 50,9%, ver televisión con 51,3% y leer con un porcentaje de 38,9%.

El 6.7% de los participantes del estudio respondieron que durante la pandemia visitaron un profesional como psicólogo o psiquiatra, estos resultados evidencian el surgimiento de afectación en la salud mental, posiblemente derivados del aislamiento social obligatorio el cual ha propiciado cambios en la cotidianidad de las personas. Debido a que un número importante de alumnos (43%) respondieron que los profesores no flexibilizaron la carga académica, se sugiere como una futura investigación que se articule estos resultados y se determine si el desarrollo de los deberes académicos asociados al proceso educativo puede ser un agente generador de afectación en la salud mental.

Definitivamente después del covid-19 los estudiantes sufrieron cambios notorios en cuestiones laborales viendo afectados su situación económica, el aislamiento social obligatorio genero un detrimento en los ingresos de los alumnos, un porcentaje muy alto de 44,6% (n=227) respondió que en su grupo familiar alguno de los integrantes perdió el trabajo durante el aislamiento social obligatorio, podemos ver que la economía local

ha sido golpeada por el cese de actividades generado por la pandemia y las medidas tomadas desde los diferentes gobiernos, medidas que aun hoy (2-5-2021) siguen, generando un problema en la economía de los hogares caleños.

La gran mayoría de los encuestados sienten incertidumbre frente al futuro económico de su familia, el 65% (n=331) así lo reportaron y con el paso del tiempo esta incertidumbre económica sigue aumentando al no tener un panorama claro frente a las medidas impuestas por los gobiernos locales y la ausencia de una política económica nacional como el mínimo vital o alivios tributarios que garantice un aislamiento social digno y llevadero para los hogares socioeconómicamente más vulnerables y los empresarios que han visto afectado drásticamente la apertura de sus negocios.

Se recomienda hacer investigaciones en otras Instituciones de educación superior con diferentes perfiles socioeconómicos de alumnos, además, también se recomienda ampliar el estudio hacia los docentes para evidenciar posibles afectaciones y generar política Institucional.

Es importante aclarar que los resultados son limitados debido a que los participantes pertenecen al programa académico Administración en Salud de la Facultad de Educación a Distancia y Virtual de la Institución Universitaria Antonio José Camacho de la ciudad de Cali, pero no por eso deben ser subestimados, ya que se suman a la creciente literatura sobre los efectos del aislamiento social obligatorio propiciado por la pandemia de COVID-19 los cuales cambiaron por completo la cotidianidad del ser humano. Por lo tanto, se hace necesario comparar este estudio con otras instituciones de características similares.

Por último, el modelo socio cultural fue el que mas se adaptó al proyecto al tener en cuenta múltiples factores tales como: desarrollos biológicos, psicológicos, la percepción individual, los factores políticos y socio-culturales de cada uno de los países y regiones.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial para la salud. Alocución Dierector general de ls OMS 16 marzo 2020. Disponible es: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---16-march-2020>
2. Michigan Department of community health. Aislamiento y cuarentena, información para el público. Disponible en: https://www.michigan.gov/documents/michiganprepares2/Isolation_and_Quarantine_Facts_-_Spanish_428157_7.pdf
3. Asmundson G, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Anxiety Disord.* 2020; 71: 102211. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
4. Olaya Varela, Vanesa Corella, Cesar García, et al. Percepción de la tolerancia al distanciamiento social a lo largo del estado de alarma: estudio descriptivo en profesionales sanitarios y pacientes con trastorno mental grave. *Norte de salud mental*, 2020, vol. XVII, nº 63: 55-65.
5. Vahia I, Blazer D, Smith G, Karp J, Steffens D, Forester B, et al. COVID-19, mental health and aging: A need for new knowledge to bridge science and service. *Am J Geriatr Psychiatry.* In Press. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2020.03.007>
6. Caballero C, Campo A. Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID-19 y de la cuarentena. *Duazary / Vol. 17, No. 3 – 2020 / 1 – 3.* DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.3467>
7. Brooks' S, Webster R, Smith L. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
8. Ministerio de Salud y protección social. Boletín de salud mental y depresión, subdirección de enfermedades no transmisibles marzo del 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/buletin-depresion-marzo-2017.pdf>
9. Ministerio de Salud y protección social. Encuesta Nacional de Salud mental 2015. Disponible en http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
10. Posada A. Salud mental en Colombia. *Biomédica* vol.33 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2013, *Print version* ISSN 0120-4157.
11. Centro de estudios de la nueva economía, Universidad de Belgrano. El impacto del COVID-19 en la economía global, indicadores de la nueva economía. Número 191 – mayo de 20, ISSN 1837. 4788-5400.
12. Cardona-Arenas, C. D. & Serna-Gómez, H. M. (2020). COVID-19 and Oil Prices: Effects on the Colombian Peso Exchange Rate. DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3567942>
13. Botero, J. A. G. & Montañez, D. F. H. (2020). Efectos en la economía colombiana del COVID-19: Un análisis de equilibrio general computable. Informe Especial, *Economía Colombiana* (N°22-2020). Medellín, Colombia: Universidad EAFIT. URL: <http://www.eafit.edu.co/escuelas/economiayfinanzas/cief/Documents/informe-especial-2020-abril.pdf>

14. Jiménez, O. A. O. & González, J. M. (2020). Economía del Risaralda y el Eje Cafetero ante los choques causados por el COVID-19: Elementos para un plan de recuperación económica. Pereira, Colombia: Centro de Estudios e Investigaciones Socioeconómicas de la Cámara de Comercio de Pereira. URL: https://s3.pagegear.co/3/investigaciones/comentarios/117/informe_especial_economia_de_risaralda_y_el_eje_cafetero_ante_covid_19.pdf
15. Cifras & Conceptos (2020). Polimétrica abril 2020. URL: <https://es.calameo.com/read/00476597321b3ee7f2c4f>
16. Serna-Gómez, H.M., Barrera-Escobar, A. & Castro-Escobar, E. S. (2020). Índice de riesgo a la pérdida del empleo en Colombia durante la coyuntura COVID-19. ORMET, Universidad de Manizales. URL: <https://ssrn.com/abstract=3587200>
17. Observatorio de la Universidad Colombiana (2020). 125 cambios que provocara el COVID-19 a las Instituciones de educación Superior. Mayo 2020. Disponible en: <https://www.universidad.edu.co/125-cambios-que-provocara-el-covid-a-las-ies-pronosticos-de-el-observatorio/>
18. Stoye E. China coronavirus: how many papers have been published? Springer Nature; 2020 [citado 30 mayo de 2020]. Disponible en <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00253-8>
19. Ramírez, E; Motta, L; et al (2020) Cómo enfrentar una epidemia respiratoria masiva, desde el punto de vista organizacional y un plan de contingencia. Revista de anestesiología, abril-junio 2020 Vol. 43. No. 2. pp 160-167. doi: 10.35366/92877 <https://dx.doi.org/10.35366/92877>
20. Yeen Huang, Ning Zhao, Chinese mental health burden during the COVID-19 pandemic, Asian Journal of Psychiatry, 26 March 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102052>
21. M. Xiang, Z. Zhang and K. Kuwahara, Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected, Progress in Cardiovascular Diseases, <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.013>
22. Yingfei Zhang, Zheng Feei Ma, Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study, 31 March 20, International Journal of *Environmental Research and Public Health*, Public Health 2020, 17, 2381; doi:10.3390/ijerph17072381
23. Md Mahbub Hossain, Samia Tasnim, Abida Sultana , Farah Faizah ,Hoimonty Mazumder , Liye Zou , E. Lisako J. McKyer , Helal Uddin Ahmed , Ping Ma, Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review [version 1; peer review: awaiting peer review], 23 Jun 2020, 9:636 <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
24. Jörg M. Fegert, Benedetto Vitiello, Paul L. Plener, Vera Clemens. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2020) 14:20 <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>,
25. Pérez-López, E., Vázquez Atochero, A., y Cambero Rivero, S. (2021). Educación a distancia en tiempos de COVID-19: Análisis desde la perspectiva de los estudiantes universitarios. RIED Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, 24 (1), pp. 331-350. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ried.24.1.27855>.
26. Centro de Investigación Económica y social FEDESARROLLO (2020). Costos de la cuarentena estarían en el rango del 4,5% al 6,1% del PIB. Portafolio.co. 7 de abril, 2020.

- <https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/enlosmediosimpreso/portafolio%20co7abril2020.pdf>
27. Arredondo, A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad (1992); Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (3): 254-261, jul/set, 1992.
 28. Belén, M. Realizando “diagnósticos diferenciales” de los modelos teóricos de los procesos Salud-Enfermedad (2011); Kairos, revista de temas sociales, ISSN 1514-9331, año 15. Nº 28, noviembre de 2011, www.revistakairos.org
 29. Murad, R. Sanchez, M. Rivillas, J. Rivera, D. Castaño, L. Royo, M. La aceptación, el sufrimiento y la resistencia: las diferentes reacciones para afrontar el Covid-19 en Colombia (informe 2), Asociación Profamilia (11.05.2020) doi: 10.13140/RG.2.2.20806.91208.
 30. Arbós, D, Belles, M. 14 maneras de destruir la humanidad, Next door, editorial Angle (6.03.2019), ISBN-10: 8417214631, ISBN-13: 978-8417214630
 31. Taubenberger, J. K. (3 de agosto de 2009). US National Library of Medicine. The Origin and Virulence of the 1918 “Spanish” Influenza Virus. Recuperado 03 de abril de 2020 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720273/>
 32. Mamelund, S.-E. (Octubre de 2003). Effects of the Spanish Influenza Pandemic of 1918-19, on Later Life Mortality of Norwegian Cohorts Born. ResearchGate. Recuperado 06 de mayo de 2020 de: <https://n9.c>
 33. Organización para la cooperación y el desarrollo económico. Panorama para la educación 2019. [Education at a Glance - OECD](https://www.oecd.org/education/education-at-a-glance-2019/)
 34. Institución Universitaria Antonio José Camacho. Facultad de Educación a Distancia y virtual, Informe de Autoevaluación con fines de renovación del Registro Calificado del Programa de Administración en Salud (10.06.2018). [Primera Autoevaluación Admon Salud.docx \(sharepoint.com\)](#)
 35. Ministerio de salud y protección social. Rendición de cuentas, Informe de gestión 2019. Recuperado 1 de mayo de 2021. [*informe-gestion2019-marzo30-2020-t.pdf \(minsalud.gov.co\)](#)
 36. Ministerio de salud y protección social, Profamilia. Encuesta Nacional de demografía y salud tomo 1 año 2015. Recuperado el 1 de mayo de 2021. [Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 \[FR334\] \(dhsprogram.com\)](#)
 37. Departamento Nacional de Estadística DANE. Encuesta calidad de vida 2020. [Pobreza monetaria \(dane.gov.co\)](#)
 38. Institución Universitaria Antonio José Camacho. Perfil del estudiante Camachista [¿Por qué estudiar en la UNIAJC? – UNIAJC](#)
 39. Departamento Nacional de estadística DANE. Brecha salarial de género en Colombia 2020. [nov-2020-brecha-salarial-de-genero-colombia.pdf \(dane.gov.co\)](#)
 40. Cifuentes, A. Rivera, D. Vera, C. Murad, R. Sanchez, S. Rivillas, J. Rivera, D. Castaño, L. Royo, M. (Informe 3) ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. Asociación Profamilia (11.05.2020) DOI: 10.13140/RG.2.2.32144.64002
 41. Murad, R. Sánchez, S. Rivillas, J. Rivera, D. Castaño, L. Royo, M. Calderón, M. Respuesta social a las medidas del gobierno para controlar el nuevo Coronavirus durante la etapa temprana en Colombia, Informe 1. DOI: 10.13140/RG.2.2.24752.10249
 42. Instituto Nacional de Salud. Covid-19 en Colombia, reporte 30-4-2021 4:40 pm, positividad acumulada. [Coronavirus Colombia \(ins.gov.co\)](#)

43. Ministerio de las telecomunicaciones. Acceso a internet en Colombia se aceleró durante la pandemia. [Acceso a internet en Colombia se aceleró durante la pandemia \(mintic.gov.co\)](https://www.mintic.gov.co/)
44. Estrada, M. Convivencia forzada. Experiencias familiares durante la emergencia sanitaria por el virus de la influenza humana A (H1N1) en la ciudad de México. 32 México ene./abr. 2010. ISSN 2448-5144. [Convivencia forzada: Experiencias familiares durante la emergencia sanitaria por el virus de la influenza humana A \(H1N1\) en la ciudad de México \(scielo.org.mx.\)](https://scielo.org.mx/)
45. Cordero, L. Provencio, E. Cambiar el rumbo: el desarrollo tras la pandemia. Universidad Nacional Autónoma de México. Efectos de la pandemia en la familia (Delfino, V) pág.111. [GNCD_Cambiarelrumbo.pdf \(unam.mx\)](https://unam.mx/)
46. Departamento Nacional de estadística DANE. Mercado laboral información marzo de 2021. [Empleo y desempleo \(dane.gov.co\)](https://dane.gov.co/)
47. Presidencia de la republica de Colombia. Balance de ayudas sociales durante la cuarentena. [Gobierno Nacional hace balance de ayudas sociales durante la cuarentena \(presidencia.gov.co\)](https://presidencia.gov.co/)



**AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL Y SOCIOECONÓMICOS
 EN ESTUDIANTES DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD DE UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA,
 Santiago de Cali, octubre 2020**

Actualmente el mundo está enfrentado una pandemia denominada “Síndrome Respiratorio Agudo Grave Coronavirus 2” (SARS-Cov-2), por sus siglas en inglés o COVID-19. Por ser un evento de ocurrencia a nivel global, se generó una emergencia en salud pública declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia el 19 marzo de 2020. Esto llevo a los gobiernos el tomar medidas para lograr la contención del contagio; en general las medidas adoptadas fueron el aislamiento social, la cuarentena, el uso de la mascarilla o tapabocas, lavado frecuente de las manos y el distanciamiento social, sin embargo, dichas medidas han generado algunas complicaciones de índole económico y salud mental en la población mundial, por tal motivo, esta encuesta tiene como objetivo explorar las vivencia y percepciones del grupo estudiantil universitario del programa académico.

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DEL VALLE- ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

Título del Estudio: AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL Y SOCIOECONÓMICOS EN ESTUDIANTES DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD DE UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA, SANTIAGO DE CALI 2020

Investigador: Gustavo Adolfo Girón Restrepo.

Le invitamos a participar en una investigación cuyo objetivo principal es: Explorar los cambios en la salud mental y factores socioeconómicos originados en el aislamiento social por COVID-19 en estudiantes universitarios de un programa académico en una institución universitaria de Santiago de Cali 2020. La investigación está a cargo de Gustavo Adolfo Girón Restrepo, estudiantes de la maestría en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle.

La investigación es conveniente debido al momento que se está atravesando y de acuerdo con la evidencia científica ha generado cambios individuales y colectivos en la salud mental e impacto económico mundial. Se espera una participación de mínimo 254 alumnos que respondan la encuesta durante un mes que estará abierta al público. Bajo ese contexto de cambio, el presente estudio genera beneficios al convertirse para los estudiantes universitarios en la hoja de ruta para explorar la problemática y generar alternativas de solución desde la

institución. En el caso de que los estudiantes evidencien alguna alteración por el instrumento, estos estudiantes serán contactados por la oficina de bienestar universitario.

Ámbito del Estudio: Si decide participar agradecemos diligenciar la encuesta que encuentra a continuación que contiene preguntas relacionadas con características sociodemográficas, aspectos relacionados con la salud mental y la situación socioeconómica.

Confidencialidad: Toda la información obtenida para este estudio será confidencial, los resultados obtenidos a partir de las encuestas solo serán usados con fines científicos, sólo Gustavo Adolfo Girón investigador y Elsa Patricia Muñoz L profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle y asesora del proyecto tendrán acceso a la encuesta, los datos serán almacenados con un código de identificación alfanumérico que tiene que ver con el orden en que las encuestas llegaran, el código inicia con las iniciales SMC que significa Salud Mental COVID, esto será realizado por el departamento de sistemas de la Universidad, omitiendo todos los datos de identificación de los participantes para salvaguardar la confidencialidad.

Otra Información: Las respuestas de la encuesta serán analizadas solo para esta investigación. Si decide participar y por algún motivo decide retirarse no tiene ninguna consecuencia negativa. Si tiene alguna pregunta por favor no dude en comunicarse al siguiente correo saludmentalcovid@gmail.com

Al marcar la opción "Sí, acepto participar" estoy aceptando que soy mayor de 18 años, que he leído la información y que voluntariamente acepto participar en la investigación.

Autorización para el uso de muestras y datos, en futuros estudios previa aprobación del comité de ética, SI__ o NO__

Desarrollo de la encuesta

Le solicitamos leer cada pregunta y dar respuesta según su percepción o situación vivenciada durante el periodo de aislamiento social generado por la pandemia. Agradecemos su participación, sus respuestas ayudaran a caracterizar la situación y serán insumos para que la universidad diseñe alternativas de apoyo para el grupo estudiantil.

1. Contacto inicial y salud mental

En la siguiente sección se plantean preguntas sobre características individuales y aspectos relacionados con la salud mental.

1 ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

2) ¿Cuál es su sexo?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No deseo contestar

3) ¿A qué jornada estudiantil pertenece?

- Horario Noche
- Horario Sábados
- Horario Diurno
- Horario virtual

4) ¿Cuál es su estado civil?

- Casado(a)
- Unido(a)
- Soltero(a)/nunca unido(a)
- Viudo(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- N/R

5) ¿Su vivienda es?

- Propia
- En arriendo
- En usufructo
- Propiedad colectiva
- Hotel
- Airbnb
- Paga diario
- N/R

6) ¿Qué personas y cuántas forman parte de su hogar habitualmente (incluida/o usted)?

Adultos mayores de 85 años y más

7) ¿Actualmente cuál es su tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

- Contributivo
- Subsidiado (SISBEN)
- Régimen de excepción (Fuerzas militares, policía)
- Régimen especial (Ecopetrol, magisterio, universidades públicas)
- No está Afiliado
- N/R

8) ¿Usted hace parte del sistema general de seguridad social en salud en calidad de?

- Cotizante
- Beneficiario
- Subsidiado

13) De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, usted es o se reconoce como:

- Indígena
- Afrodescendiente/afrocolombiano/negro/mulato
- Raizal del archipiélago

- ☐ ROM/Gitano(a)
- ☐ Palenquero de San Basilio
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro: _____

9) ¿Que semestre está cursando actualmente?

10) ¿Además de las actividades educativas que otra actividad desempeña actualmente?

11) ¿Cuál era su situación laboral antes de la aparición del Coronavirus (COVID-19)?

- ☐ Trabajaba con remuneración
- ☐ Trabajaba sin remuneración
- ☐ No trabajaba
- ☐ N/R

12) ¿Su situación laboral a partir de la aparición del nuevo coronavirus (COVID-19) en Colombia cambió?

- ☐ Estoy en casa sin realizar ninguna tarea del trabajo y sigo recibiendo mi salario
- ☐ Estoy trabajando y no recibo salario
- ☐ Estoy sin trabajo
- ☐ Sigo en el lugar de trabajo
- ☐ Empecé a trabajar desde mi casa (teletrabajo)
- ☐ Estoy en licencia no remunerada
- ☐ Estoy en vacaciones
- ☐ N/R

13) Los ingresos mensuales entre honorarios y/o salarios de los miembros de su hogar en capacidad de trabajar se encuentran en alguno de los siguientes rangos:

- ☐ Entre 0 - 250.000 pesos
- ☐ Entre 250.000 - 500.000 pesos
- ☐ Entre 500.000 y 1 millón de pesos
- ☐ Entre 1 - 2 millones de pesos
- ☐ Entre 2 - 5 millones de pesos
- ☐ Entre 5 - 10 millones de pesos
- ☐ Más de 10 millones de pesos
- ☐ Prefiero no contestar
- ☐ N/R

14) Si durante la emergencia ha comenzado o tuviera que usar sus ahorros ¿puede indicarnos para cuánto tiempo podrían ser suficientes?

- ☐ Un mes
- ☐ Tres meses
- ☐ Seis meses
- ☐ 1 año

- Más de un año
- Prefiero no contestar
- N/R

16) ¿En qué medida considera que el coronavirus es un grave problema para la salud?

- Nada grave
- Poco grave
- Grave
- Muy grave
- No sé
- N/R

17) El coronavirus puede tener consecuencias de salud graves en:

- Toda la población sin distinción
- Algunos grupos de riesgo como jóvenes (entre 18 - 39 años)
- Algunos grupos de riesgo como adultos mayores (mayores de 65 años y más)
- Afecta más a los hombres que a las mujeres
- Solo niñas, niños y adolescentes menores de 18 años
- No tiene consecuencias sobre la salud de las personas
- No sé
- N/R

18) ¿Qué tan probable o improbable considera que el coronavirus (COVID-19) se transmita mediante alguna de las siguientes opciones? Tener contacto con alguien que tiene coronavirus

- Muy improbable
- Improbable
- Ni probable ni improbable
- Probable
- Muy probable
- No sé
- N/R

19) ¿Considera usted que el gobierno nacional actuó de forma oportuna y rápida para controlar la transmisión del coronavirus?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo, ni desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- N/R

20) ¿Que comportamiento tuvo frente al aislamiento social obligatorio?

- Seguí todas las medidas
- Seguí algunas medidas, otras no las seguí
- No seguí ninguna medida
- Seguí la vida normal
- N/R

21) ¿Dentro de las actividades que adelanto en el aislamiento social, se encuentran? (Puede marcar varias)

- ☐ Redes sociales
- ☐ Ver televisión
- ☐ Estudiar
- ☐ Realizar actividad física
- ☐ Leer
- ☐ Otra: _____

22) ¿Usted o un integrante de su grupo familiar ha sido diagnosticado con covid-19?

- ☐ SI
- ☐ NO

23) ¿En caso afirmativo, la persona presentó complicaciones severas de salud que generaron internación en un Unidad de Cuidados Intensivos?

- ☐ SI
- ☐ NO

24) Durante el aislamiento social obligatorio requirió usted salir a hacer algún trámite?

- ☐ SI
- ☐ NO

25) Si la respuesta fue si, indique que trámite o tarea fue el que requirió realizar

26) ¿Cómo asumió el cambio de modalidad B-learning a modalidad remota por causa del aislamiento social obligatorio?

- ☐ Muy mal
- ☐ Regular
- ☐ Bien
- ☐ Muy bien

27) ¿Percibió las responsabilidades académicas como una carga adicional durante el aislamiento social obligatorio?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Siempre
- ☐ Casi Siempre

28) ¿En esta nueva modalidad de enseñanza considera que los profesores flexibilizaron la carga académica de las asignaturas?

- ☐ SI
- ☐ NO

29) Presento dificultades para la asistencia a los encuentros en la nueva modalidad de enseñanza-aprendizaje?

- ☐ SI

- ☐ NO

30) ¿Cuáles fueron las dificultades que se presentaron en esta nueva modalidad de enseñanza? (puede marcar varias)

- ☐ Falta de dinamismo en la interacción con el docente
- ☐ Falta de privacidad en el hogar para recibir la clase
- ☐ Falta de recursos y nuevas tecnologías
- ☐ Falta de conectividad
- ☐ Ninguna
- ☐ Todas
- ☐ Otra: _____

31) ¿Durante el aislamiento social obligatorio se presentó con mayor frecuencia conflictos en las relaciones interpersonales en el hogar?

- ☐ SI
- ☐ NO

32) ¿Si se han presentado discusiones en el hogar cuales de los siguientes comportamientos fueron los habituales? (puede marcar varias)

- ☐ Dialogo
- ☐ Confrontaciones o peleas
- ☐ Evasión de la situación
- ☐ Mediación de un tercero
- ☐ Otro: _____

Salud Mental Individual

El siguiente bloque evalúa su cambio de vida y percepción durante el aislamiento social Obligatorio, queremos hacerle unas preguntas acerca de cómo cambió su vida cotidiana durante los meses del aislamiento social obligatorio. Le pedimos que lea las siguientes frases y marque la respuesta que aplican a su situación:

33) ¿Durante el aislamiento social Obligatorio se sintió nerviosa/o?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

34) ¿Se sintió tan nerviosa(o) que nada podía calmarla/o?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

35) ¿Durante el aislamiento social obligatorio se sintió inquieta(o) o impaciente?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas Veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

36) ¿Se sintió tan impaciente que no pudo mantenerse quieto(a) o sentado(a)?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

37) ¿Sintió que todo le costaba mucho esfuerzo?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

38) ¿Se sintió desesperanzada/o?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

39) ¿Se sintió tan triste que nada podía alegrarla/o?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

40) ¿Se sintió inútil, poco valiosa/o?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

41) ¿Sintió rabia/ira?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

42) ¿Cree usted que durante el aislamiento cayo en la ansiedad y depresión?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Siempre
- ☐ N/R

Variables de situación socio-económica

Favor responder las variables de situación socio-económica y su posible afectación debido al aislamiento social.

43) ¿Tiene usted personas a cargo?

- ☐ SI
- ☐ NO

44) En caso afirmativo, ¿cuántas personas tiene a su cargo?

45) ¿Su aporte regular para el sostenimiento del hogar antes de la pandemia era?

- ☐ Menos de un salario mínimo
- ☐ Un salario mínimo
- ☐ Mas de un salario mínimo
- ☐ Dos o más salarios mínimos

46) ¿Actualmente para el sostenimiento del hogar mi aporte es?

- ☐ Menos de un salario mínimo
- ☐ Un salario mínimo
- ☐ Mas de un salario mínimo
- ☐ Dos o más salarios mínimos
- ☐ Ya no recibo ingresos

47) ¿A nivel del hogar ha tenido dificultades para responder por alguna de estas obligaciones?

- ☐ Servicios públicos
- ☐ Alimentación
- ☐ Arriendo
- ☐ Estudios
- ☐ Todos
- ☐ Ninguna dificultad

48) ¿A nivel del grupo familiar alguno de los integrantes perdido el trabajo durante el aislamiento social obligatorio?

- ☐ SI
- ☐ NO

49) ¿Tiene usted incertidumbre frente al futuro económico de su familia?

- ☐ SI
- ☐ NO

50) ¿A nivel estudiantil, tuvo dificultades para matricularse económicamente en su semestre?

- ☐ SI
- ☐ NO

51) ¿Recibió alguna ayuda por parte de la Institución (¿bien sea más plazo para el pago, descuentos, o algún incentivo económico)?

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ Otro: _____

52) ¿Recibió algún tipo de ayuda económica o material del gobierno u otra organización?

- ☐ SI
- ☐ NO

53) ¿Qué tipo de ayuda?

- ☐ Mercado
- ☐ Subsidio del gobierno
- ☐ Subsidio de otra organización
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro: _____

Muchas gracias por participar en esta encuesta

Nota: Este Instrumento es una adaptación de la encuesta Solidaridad de Profamilia.

Las preguntas que se colaron exactas al instrumento del Estudio Solidaridad realizado por PROFAMILIA y basado en la Encuesta Internacional liderada por el London School Economics-LSE son: 7-13-14-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-40-45-50-54-55-56-58

