

Salud y bienestar en el tiempo de la pandemia del COVID-19

Health and well-being in the time of the COVID-19 pandemic

Clotilde Hernández Garnica¹,  Nery Suárez Lugo² 

DOI: 10.19136/hs.a20n3.4229

Artículo Original

• Fecha de recibido: 15 de enero de 2021 • Fecha de aceptado: 12 de mayo de 2021 • Publicado en línea: 1 de julio de 2021

Autor de Correspondencia:

Nery Suárez-Lugo Dirección postal; Calle 100 No. 1132 entre E y Perla.
Municipio Boyeros. Código Postal 10800 La Habana, Cuba
Correo electrónico: nerysl@infomed.sld.cu

Resumen

Objetivos: Describir percepciones de las personas acerca de su salud y bienestar, durante la cuarentena por la COVID-19 en Iberoamérica e identificar sus expectativas para afrontar la nueva realidad.

Material y método: Estudio transversal, descriptivo y observacional, con un diseño cuanti-cualitativo, empleando una encuesta en línea, dirigida a la población mayor de 18 años, con variables agrupadas en cinco categorías: perfil sociodemográfico, salud, descripción sobre el confinamiento, comunicación y expectativas para después de la cuarentena. Se realizó un muestreo no probabilístico en 17 países, del que se obtuvo una muestra de 1,066 entrevistados.

Resultados: Para la población el miedo a enfermarse fue lo más difícil; la autoridad sanitaria es la fuente de mayor credibilidad y las redes sociales, la de menor. Los participantes consideraron importante detener el deterioro de su salud, ya que antes de los efectos del SARS-CoV-2, dejaron crecer otros problemas de salud como: sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión, adicciones (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción) o estrés por condiciones laborales. No obstante, también perciben que pueden adquirir hábitos saludables, que su bienestar depende de sí mismos y que realizar cambios, al menos en la familia, mejorará su condición física y mental para mantenerse sanos.

Conclusiones: Las percepciones de la población encuestada acerca de su salud y bienestar durante la cuarentena por la COVID-19 y sus expectativas para cuando esta concluya, constituyen indicativos de valor para trazar estrategias, con enfoque de mercadotecnia social, que repercutan de forma positiva en los comportamientos que se requieren para afrontar la nueva realidad.

Palabras clave: Salud; Bienestar; Percepción; Pandemia; COVID-19

Abstract

Objective: To describe people's perceptions and expectations about their health and well-being, during and after the quarantine by COVID-19 in Latin America and to identify the changes that will be required in the new reality.

Material and method: Online survey aimed at the population over 18 years of age with a questionnaire on daily activities (coexistence, health, well-being and shopping) during quarantine and expectations life after quarantine. A nonprobability sampling was carried out in 17 countries, obtaining a sample of 1066 interviewees.

Results: For the people, fear to get sick was the most difficult; the health authority is the source of most credibility and the social network, the least. They consider it is important to stop the deterioration of their health, since before suffering the effects of SARS-CoV-2, other ills were allowed to grow such as: overweight and obesity, diabetes, hypertension, addictions (smoking, alcoholism, drug addiction) or stress due to working conditions. However, also perceives that they can acquire healthy habits, that their well-being depends on themselves and that they can make changes at least in the family, will improve their physical and mental condition and stay healthy.

Conclusions: The perceptions of the surveyed population about their health and well-being during the COVID-19 quarantine and their expectations when it ends, are indicative of value to draw strategies, with a social marketing approach, that have an impact positive in the behaviors that must be achieved to face the new reality

Keywords: Health; Well-being; Perception; Pandemic; COVID-19

¹ Doctora en Ciencias de la Administración. Profesora de la Facultad de Contaduría y Administración. Universidad Nacional Autónoma de México. Secretaria Ejecutiva, Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. Ciudad de México, México.

² Doctora en Ciencias Económicas. Secretaria General Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. Investigadora Titular, Profesora Titular y Consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba

Introducción

Desde hace más de 100 años no se presentaba una pandemia a nivel mundial y con un nivel de contagio tan alto como el SARS-CoV-2. El virus se propaga con facilidad, incluso a través de personas que no muestran síntomas. Condiciones preexistentes en materia sanitaria, económica y social han agravado la situación mundial, que ahora padece una cuarentena que ha durado más de un año, con repercusiones importantes en el bienestar y la salud de la población en general.

El virus SARS CoV-2 produce una enfermedad que ha ocasionado cambios trascendentales en la forma de asumir la vida cotidiana en el planeta¹ y ha demostrado que es necesario adquirir nuevos comportamientos y modificar otros, tanto a nivel individual como de grupos sociales.

La información acerca de la enfermedad, las formas de prevención y contagio, por diferentes vías y muy en especial por los medios de comunicación², han puesto en evidencia que tienen que coexistir con medidas, la mayor parte intersectoriales³, que comprenden la identificación de la fuente de infección, la detección temprana de pacientes, el corte de la transmisión y la protección de la población más susceptible a través de la vacunación.

El confinamiento en la vivienda se acompañó de normas que debían cumplirse cabalmente para lograr, en el menor tiempo posible, el aislamiento social de toda la población, así como favorecer a los grupos vulnerables a través del distanciamiento físico y las medidas de higiene para contener el coronavirus en su punto de origen y propagación.

Todo ello llevó a las instituciones de salud, económicas y sociales a la búsqueda de una mejor manera de dirigir y gobernar durante y después de la pandemia, transitando por el aprendizaje de aciertos y desaciertos, tanto locales como internacionales. Antes de que se iniciara la pandemia, la situación en los países que participaron en el estudio ya era difícil. Por ejemplo, de acuerdo con la evaluación nutricional de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 600 mil personas mueren cada año en Latinoamérica y el Caribe por enfermedades relacionadas con un régimen alimentario deficiente⁴, este problema se agudizó ante la presencia del SARS CoV-2, pues la comorbilidad con diabetes, hipertensión y obesidad fue uno de los primeros hallazgos científicos que incrementa el riesgo, para quienes contraen el coronavirus.

A lo anterior se agrega, el envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe, pues de acuerdo con las Naciones Unidas los mayores de 60 años representaban, en

2017, 12% de la población total y en 2030 se espera que sumen el 17 por ciento⁵.

Ha constituido un reto incommensurable para los gobiernos y sus servicios de salud afrontar la pandemia del COVID-19 en todo el planeta. Con seguridad los desafíos para la población serán mayores, al enfrentar la nueva realidad que se configura a partir de la agudización de las desigualdades.

En este contexto, donde a cada momento se está apelando a la necesidad de que la población incremente su percepción del riesgo, es importante estudiar cómo perciben la salud⁶, dado que esta puede ser entendida como la capacidad o la posibilidad de desarrollarse como seres humanos en todas las esferas y dimensiones.

También resulta de interés conocer cómo se percibe el bienestar, dado que se encuentra relacionado con la calidad de vida de la persona en su contexto histórico, geográfico y con el modo de afrontar diferentes condiciones de la vida. Para algunos autores⁷, la salud no se puede circunscribir sólo al estado que disfrutaban quienes gozan de ella, sino de un proceso social en el que concurren múltiples factores, entre otros, ambientales, políticos, económicos, culturales, históricos y biológicos, que influyen y están mediados por la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define en su acta de constitución que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁸. Sin embargo, esta definición solo constituye un marco conceptual para los estudiosos del tema, pues cada persona percibe la salud desde sus propias vivencias.

El proceso salud-enfermedad, como construcción individual y social de cada sujeto, es complejo, personal y subjetivo, sólo se puede entender en el contexto de: sus creencias, valores y comportamientos; su medio sociocultural; así como de sus condiciones materiales de vida.

El individuo tiene una representación construida socioculturalmente sobre su salud, la cual tiene implicaciones cognitivas o racionales, así como valorativas que lo llevan a actuar de una determinada manera⁹. Así, el comportamiento de cada persona responde a la percepción que tiene de su salud y su forma de ver e interpretar lo que es estar sano o enfermo. El significado simbólico de ese concepto, puede expresarse de manera verbal, por lo que se considera que las encuestas constituyen una herramienta útil para conocerlas.

La interacción de esos múltiples factores muestra, precisamente, la necesidad de un enfoque holístico de la salud y el bienestar en los momentos inéditos que se están

viviendo con la pandemia del COVID-19. Pues ambos conceptos se transforman a diario, en el imaginario de cada persona, grupo y contexto^{10, 11}.

La pandemia del coronavirus ha tenido y tendrá durante un largo periodo de tiempo efectos económicos y sociales en todos los países, con importantes repercusiones psicológicas en los individuos y en su comportamiento con relación a las adicciones¹².

La ansiedad y el estrés, por la incertidumbre de contraer la enfermedad, generan una situación social y psicológica, muy particular en el seno de las familias, las cuales se agudizan, entre otras razones, debido a: la dificultad para adquirir los bienes de consumo más necesarios; carencia de servicios que facilitan la vida cotidiana; permanencia en la casa de todos o una gran parte de los miembros de las familias, de edades diferentes y en algunos casos en viviendas pequeñas y sin espacios al aire libre, intereses distintos en cuanto al uso de la televisión; incremento del trabajo doméstico (elaborar los alimentos y la higiene del hogar), el cual, con frecuencia, se concentra en una persona. Todo lo citado, atenta contra la salud física, psíquica y el bienestar individual y colectivo¹³.

Es necesario estudiar y comprender las dimensiones culturales de los procesos salud-enfermedad, ya que aportan reflexiones importantes sobre la complejidad que se da cuando convergen la ciencia y el sentido común, con el fin de apropiarse de los saberes populares para transformar lo que se requiera y fortalecer lo que es adecuado, utilizando los mismos canales de comunicación por el que ese imaginario popular se ha ido transmitiendo.

Conocer como las personas han experimentado en sus contextos esta situación inédita, resulta de especial interés para los investigadores porque permite ofrecer información, obtenida con rigor, a todos los involucrados que carecen de ella y enfrentan la pandemia.

La Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS), como entidad no gubernamental, de carácter público y de derecho internacional, tiene entre sus principales fines la cooperación con los estados, gobiernos, universidades e instituciones afines de Iberoamérica, en el desarrollo científico, tecnológico y social de la Mercadotecnia y su aplicación a la salud¹⁴. Así como la participación de sus miembros en la solución de los problemas que hoy enfrenta la salud pública, esto incluye el diseño e implementación de estrategias acerca de los comportamientos requeridos para prevención y control de la propagación del coronavirus.

Los objetivos de la presente investigación fueron: “describir percepciones de las personas acerca de su salud y bienestar,

durante la cuarentena por la COVID-19 en Iberoamérica e identificar sus expectativas para afrontar la nueva realidad”.

Materiales y Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con un diseño cuanti - cualitativo. Para obtener el dato primario, se diseñó un cuestionario dirigido a la población en general mayor de 18 años, el cual fue validado por expertos y aplicado a un grupo de 20 personas para probar su comprensión, esto fue muy importante ya que se realizaría en línea y no habría quien pudiera hacer aclaraciones a los encuestados.

El cuestionario consta de 41 preguntas en el que se recabaron datos que miden las variables agrupadas en las siguientes categorías: perfil sociodemográfico de los participantes (sexo, edad, escolaridad, ocupación principal, lugar de residencia y composición del núcleo de la vivienda); recursos tecnológicos y económicos (medios de comunicación disponibles, ingresos); salud (enfermedades crónicas, servicios de salud, consumo de sustancias adictivas, hábitos saludables); descripción sobre el confinamiento (sueño, alimentación, convivencia, trabajo, estudio, actividades domésticas, complicaciones, dificultades, bienes y servicios); comunicación (fuentes, credibilidad) y expectativas para después de la cuarentena (medidas de higiene, actividades cotidianas, salud y bienestar, en el que se incluye: acceso a servicios, relaciones sociales, educación, balance vida-trabajo, ingresos, medio ambiente, civilidad, salud, satisfacción con la vida, seguridad, empleo y vivienda).

Las preguntas indagan sobre las percepciones durante la cuarentena y las expectativas para cuando concluyera.

Se diseñó un muestreo no probabilístico, por cuotas y las variables de control definidas fueron género y grupo de edad. Se previó una muestra lo suficientemente grande, para que tuviera un comportamiento que tendiera a la distribución normal.

Debido a la necesidad de quedarse en casa durante ese periodo, se colocó en una plataforma para que lo respondieran en medios electrónicos (móvil, *tablet* o computadora). La distribución se realizó a través de la red de contactos de los 18 países en los que tiene representación la RIMS, a excepción de Brasil, todos respondieron. La plataforma estuvo disponible para recibir respuestas del 8 de julio al 8 de agosto del 2020, tiempo en el que participaron un total de 1,098 personas, fueron 1,066 los cuestionarios que cumplieron el criterio de elegibilidad y estuvieron completos.

Los resultados se procesaron en el software SPSS. De una parte de las respuestas se obtuvieron distribuciones de frecuencia generales y de las que están en una escala ordinal se calcularon puntajes ponderados (puntos). También se obtuvieron frecuencias de las respuestas atendiendo a la región geográfica, sexo, edad y escolaridad.

Resultados

Las respuestas se presentan agrupadas en las seis categorías definidas previamente: perfil sociodemográfico; recursos tecnológicos y económicos; salud; descripción sobre el confinamiento; comunicación y expectativas para después de la cuarentena.

Descripción socio demográfica

Los encuestados están comprendidos en tres segmentos de edad: El 45.2% corresponde al grupo de 18 a 29 años, seguido de 30 a 59 años con 44.6 %; mientras que el de adultos mayores (60 años y más) fue de 10.2 %; estos grupos de edad se consideraron en el análisis de todas las variables en el cuestionario. Respecto al sexo, predominaron las mujeres (67.8%), lo que deja su impronta en la percepción de sus vivencias durante y posterior a la cuarentena. El 69.2% son graduados universitarios y de ellos 29.6% tienen estudios de posgrado, lo que habla de un alto nivel de escolaridad en los participantes. La población está constituida por trabajadores (49.6%) y estudiantes (39.7%); amas de casa, empresarios o profesionistas independientes y desocupados (7.4%); con poca presencia de jubilados, 3.3%, cifra que se relaciona con la presencia de pocos adultos mayores. La vinculación al estudio y trabajo guarda estrecha relación con la edad de los participantes, así como el nivel educacional de los encuestados se encuentra en correspondencia con la labor que realizan.

La mayoría (55.8%) cuenta con servicio de salud público; 18%, privado; 17.8%, ambos y el 8.4% no tiene servicio de salud. El 5.7% de los encuestados vive solo, la mayoría son hombres. En 40.3% de los hogares conviven dos o tres personas; en el 38.9% habitan entre cuatro y cinco personas; mientras que en el 3.9% son ocho o más cohabitantes. La mayoría de los hogares (82.5%) no recibió a otras personas durante el periodo de cuarentena; en las casas que sí recibieron a otros individuos, en el 56.7% de ellas, se trató de una persona y en 34.8% fueron dos o tres.

La distribución de los encuestados agrupados por región es la siguiente: Ibérica 1.8% (España y Portugal); Norteamérica 43.2% (México); Centroamérica/Caribe 26.6% (Cuba, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y Panamá) y Suramérica 28.4% (Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela). La mayoría son mexicanos

(43.2%), seguidos de los peruanos y los guatemaltecos, cada uno con 11.5%.

Recursos tecnológicos y económicos

Referente a los dispositivos móviles, que el encuestado y su familia pudo emplear durante la cuarentena para su contacto con el exterior, se encontró que 82.3% no tenían computadora de escritorio y 56% no tenían *tablet*. Sin embargo, casi todas las familias disponían de teléfono móvil en la siguiente proporción: uno o dos, 39.1%; tres o cuatro, 44.9%; cinco, 9%. El 86% dijo tener en el hogar al menos una *laptop*. Esto evidencia que, si lo requerían, disponían de la tecnología para comunicarse con el exterior. El 17.9% realizó trabajo remunerado fuera de casa y el 44.9% en ella, de estos últimos, algunos (3.1%), ya lo hacían con anterioridad. De quienes tuvieron trabajo, el 72.8% recibió su salario íntegro; 2.8% lo obtuvo con remuneración adicional; 1.7% sólo contó con ayuda de la entidad en que laboraba; 13% fue con reducción y 9.6% no recibió remuneración alguna.

Salud

Con relación a la presencia de enfermedades crónicas, la situación en los hogares muestra que hay personas con más de una de ellas. Entre los resultados destacan: 40.6%, hipertensos; con obesidad el 39.1%. Es preciso destacar, que existían hogares donde convivían hasta cinco personas con obesidad; 26.5% diabéticos; 10.2% cardiopatías; 9.1% insuficiencia respiratoria crónica; 7.7% inmunodeficiencias y 2.3% cáncer.

El 44.9% de los participantes y su familia, no necesitaron acudir a algún servicio de salud durante la cuarentena. Quienes sí lo requirieron, el 42.1% fue a medicina o enfermería del sector privado y 34.4% al sector público; a urgencias de hospitales privados acudió 8.5% y a públicos 19.8 por ciento. El 27.6% recurrió a amistades del sector salud y el 15% hizo uso de la medicina natural o alternativa.

Con relación al hábito de fumar, el 88% de los encuestados no fuma. De las personas que fumaban el 25% dejó de hacerlo en ese periodo, el 17.2% disminuyó el consumo, mientras que el 35.1% lo mantuvo igual y el 22.7% lo incrementó.

Es importante considerar, que el 81.1% de las familias en las que no hay personas con tabaquismo, el entrevistado no fuma (Tabla 1). De la misma manera, en estas familias el 64% señaló que adquirió hábitos saludables durante la cuarentena. También se debe señalar, que las personas que dejaron de consumir tabaco y las que disminuyeron su consumo durante este periodo, 63% y 86% respectivamente, declararon que adquirieron hábitos saludables.

Tabla 1. Consumo de tabaco durante la cuarentena según el número de personas que en las casas tenían tabaquismo

Número de personas con tabaquismo	Consumo de tabaco				
	Aumentó su consumo	Dejó de consumir	Disminuyó su consumo	Lo mantuvo igual	No fuma
	Porcentajes*				
Ninguna	0.9	1.8	1.0	1.6	81.1
1 - 2 personas	1.7	1.2	0.9	2.3	6.7
3 - 4 personas	0.1	0.0	0.1	0.4	0.2

*El porcentaje de cada elemento de la matriz se calculó respecto al total de respuestas obtenidas.

Fuente: Elaboración propia.

El 63.5% dijo no beber alcohol; entre quienes sí lo hacían, el 30.1% dejó de hacerlo durante la cuarentena y tan solo el 13.1% lo incrementó, mientras que el 25.1% lo disminuyó y el 31.1% lo mantuvo igual.

Una situación similar a la que ocurrió con el consumo de tabaco se presentó con el consumo de alcohol. Quienes dejaron de consumir o disminuyeron el consumo de alcohol fueron los que adquirieron hábitos saludables, 62.4% y 70%, respectivamente. En particular, las personas que dijeron no fumar o dejaron de hacerlo durante este periodo, fueron quienes más disminuyeron su consumo de alcohol (18%) o dejaron de consumirlo (25%), (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de consumo de alcohol versus consumo de tabaco

Consumo de tabaco	Consumo de alcohol				
	Aumentó su consumo	Dejó de consumir	Disminuyó su consumo	Lo mantuvo igual	No bebe alcohol
	Porcentajes*				
Aumentó su consumo	1.2	0.7	1.2	1.7	2.2
Dejó de consumir	0.0	4.3	1.2	0.7	1.4
Disminuyó su consumo	0.5	1.4	2.4	0.5	0.5
Lo mantuvo igual	1.2	1.0	2.4	3.8	2.4
No fuma	9.4	20.7	16.8	22.4	

*El porcentaje de cada elemento de la matriz se calculó respecto al total de personas que consumían alcohol o fumaban.

Fuente: Elaboración propia

El 62.7% considera que durante la cuarentena adquirió más de un hábito saludable, de entre ellos se destacan dos: comer de manera sana, balanceada, con menos dulce, en horarios adecuados, sin tanta grasa e incrementar las frutas y verduras (53.3%) y realizar actividad física regular, caminar, hacer ejercicio, andar en bicicleta o correr (31.3%); además, el lavado de manos (7.2%) y todas aquellas actividades que le lleven a prevenir un contagio de la COVID19, como el uso de cubre boca, utilizar desinfectantes, higiene en las compras y no entrar a la casa con los zapatos que usó en la calle (6.6%); el 6% considera preparar alimentos saludables y variados en casa o reducir/eliminar los productos de bajo valor nutricional y alta densidad energética (“chatarra”) de la alimentación.

Al comparar su salud antes y después de la cuarentena, 58.4% cree que se mantendrá bien, mientras que 26.2% piensa que mejorará; 9.7% que empeorará y solo 5.7% considera que no tendrá cambio y estará igual de mal.

Los resultados muestran que la adquisición de hábitos saludables, de acuerdo con la escolaridad del respondiente, fue mayor entre los de más baja escolaridad, esto es positivo ya que mejoran los conocimientos sobre la salud, en especial de este grupo (Tabla 3).

Tabla 3. Adquisición de hábitos saludables durante la cuarentena según escolaridad

Adquirió hábitos saludables	Primaria/ secundaria	Técnico superior/ bachillerato/pre universitario	Universitaria	Posgrado
	Porcentajes			
Sí	70.0	64.7	63.3	62.3
No	30.0	35.3	36.7	37.7

Fuente: Elaboración propia

Descripción sobre el confinamiento

Quedarse en casa fue obligatorio como medida para el 57% de los encuestados. El 56.7% señaló que se sancionaba al que saliera de la casa, sin embargo, 11.7% no sabía si se aplicaban las sanciones establecidas. La multa económica o administrativa (62%), es la sanción que con mayor frecuencia se imponía a quienes no se quedaran en casa, seguida de la detención por horas o de la prisión (30.9%).

En la distribución de las horas del día en actividades cotidianas, se encontró que la población encuestada empleaba, en promedio, 6.7 horas del día en dormir; en trabajar 5.4,

seguida de 2.4 dedicadas a la convivencia, al igual que para estudiar. Les tomaba alrededor de 2.1 horas alimentarse, así como atender a otras personas; a las reparaciones del hogar 1.8 horas al igual que al entretenimiento y muy similar al promedio de tiempo en redes sociales (1.7 horas) o a otras actividades. A la preparación de alimentos y limpieza del hogar le dedicaban 1.6 horas a cada una; y destinaban 1.2 horas para ejercitarse.

Al analizar esta información de acuerdo con los grupos de edad: jóvenes (18-30 años), adultos (31-59 años) y adultos mayores (60 años y más), si bien no se observan diferencias notables en las horas destinadas a dormir, los jóvenes dedicaron el mayor tiempo a estudiar, alimentarse y convivir; los adultos mayores a trabajar, alimentarse y convivir, al igual que los adultos, quienes destinaron menor tiempo al entretenimiento. La mayor diferencia en el tiempo destinado a trabajar se encuentra entre los adultos (5.03 horas) y los jóvenes (1.55 horas); entre los adultos mayores el promedio fue de 3.37 horas.

Las principales complicaciones que enfrentaron las personas en el hogar, cambian de acuerdo con el sexo y el espacio en que trabajaron (Tabla 4). Si bien, todos enfrentaron la complicación que les generaban los ingresos insuficientes, fue mayor para quienes trabajaron en casa (25.8% en promedio), a las mujeres les afectó más realizar actividades que no hacían antes (14.6%), tanto como a los hombres la falta de servicios (14.9%) y a ambos por igual las adicciones de integrantes del hogar (10.9%). A quienes trabajaron fuera de casa se les complicó más su vida cotidiana para realizar actividades que no hacían antes, en particular a los hombres (22.8%) y atender a familiares (12.9%); en tanto que a las mujeres fue la incompreensión laboral (13%) y disponer de poco espacio en la casa (12.5). Sin embargo, 26.6% refirió que no presentó alguna complicación.

El miedo a enfermarse aparece como la categoría que hizo más difícil la vida del 40.6% de las personas en la cuarentena; seguida de la inactividad física (37.4%), la inestabilidad emocional (30.1%) y económica (27.0%), dormir menos de seis horas (24.4%), no comer balanceado (25%), los conflictos familiares (21.1%); sólo 7.6% señaló que la falta de conocimiento de la tecnología le dificultó la cuarentena; mientras al 2.3% le afectaron las adicciones al alcohol, fumar o las drogas. El 16.7% no percibió alguna situación que le hiciera más difícil su vida cotidiana.

Al realizar este análisis de acuerdo con los grupos de edad, se encontró que fueron los jóvenes los que más dificultades señalaron (hasta tres), a diferencia de los adultos mayores entre quienes el 25% no enfrentó dificultades. Resulta interesante que el miedo a enfermarse es muy similar en los jóvenes y los adultos mayores (43.1%), seguido de

Tabla 4. Principales complicaciones que enfrentó en la cuarentena de acuerdo con lugar de trabajo y sexo

Complicación	En casa		Fuera de casa	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
	Porcentajes			
Ingresos insuficientes	25.9	25.7	16.8	18.8
Actividades que no hacía antes	14.6	12.4	19.0	22.8
Falta de servicios	11.3	14.9	2.2	2.0
Adicciones de otros integrantes	10.8	10.9	1.6	3.0
Otros enfermos en casa	6.7	4.5	7.1	2.0
Falta de apoyo	6.2	4.5	7.1	3.0
Pérdida de empleo	6.2	8.4	3.8	8.9
Falta de tecnología	5.3	5.4	2.2	1.0
Se enfermó	3.8	3.0	4.9	9.9
Incompreensión laboral	3.1	5.4	13.0	9.9
Atender familiares	2.6	1.5	8.2	12.9
Poco espacio en casa	2.6	3.0	12.5	5.9
Violencia en el hogar	0.5	0.5	1.6	0.0

Fuente: Elaboración propia

la inestabilidad emocional (40.7%) e inactividad física (41.3%); llama la atención que a los adultos les preocupa más dormir menos de seis horas que la inestabilidad económica (Tabla 5).

Tabla 5. Dificultades que enfrentaron en la cuarentena según grupos de edad

Dificultades	Jóvenes	Adultos	Adultos Mayores
	Porcentajes		
Miedo a enfermarme	43.2	37.5	43.1
Inestabilidad emocional	40.7	20.2	26.6
Inactividad física	34.6	39.4	41.3
Inestabilidad económica	34.4	22.7	12.8
No comer balanceado	30.7	21.7	14.7
Conflictos familiares	29.5	15.4	9.2
Dormir menos de 6 horas	25.5	25.1	16.5
Falta de actividad espiritual	18.0	14.1	8.3
Miedo a morir	14.7	14.3	15.6
Estar enfermo/a	12.7	9.5	10.1
Problemas sociales (vecinos, compañeros, amigos)	8.3	2.3	3.7
Desconocimiento de la tecnología	5.4	8.4	13.8
Otra (adicciones y problemas familiares)	5.1	7.1	7.3
Ninguna	13.9	17.7	24.8

Fuente: Elaboración propia

Durante la cuarentena, más de la mitad de los encuestados (56.6%) no tuvo dificultades de convivencia en el hogar. Sin embargo, el 19.4% sí los tuvo con los adultos mayores y el 17.9% con los niños; con los adultos el porcentaje fue mayor (37.8%), incluso superior al que se presentó con los jóvenes (12.5%) y adolescentes (9.5%) juntos.

El 38.4% de los encuestados, señalaron ser la fuente de la que obtuvieron beneficios (alimentos, dinero, atención médica) durante la cuarentena; 9.2% se refirieron a las empresas y organizaciones en que trabajan; mientras que el 40.4% señaló a la familia como la principal fuente; el gobierno alcanzó el 9.2 por ciento.

Los productos que compró con regularidad de entrega a su domicilio presentan el siguiente orden: comida preparada (47.2%), medicamentos (28.8%), alimentos naturales (28%), artículos de limpieza e higiene personal (27.8%), alimentos procesados (16.6%), insumos para trabajar (9.6%). El 26% no compró productos de esta forma. En cuanto al lugar en el que preferían comprar, el 47.5% señaló a los pequeños comercios, seguido de las tiendas de autoservicio (45.3%) y las farmacias de barrio (31.7%).

El medio preferido para comprar fue personal (56.6%), después por internet (28.5%) y teléfono (14.9%); entre quienes compraron por estos dos últimos medios, prefirieron realizar su pago con tarjeta de débito (39.7%) y de crédito (24.1%), mientras que 30.4% lo hizo en la entrega de los productos.

El 3.5% no pagó el servicio de internet y 14.3% el del agua; entre estos extremos se encuentra el porcentaje de las personas que durante la cuarentena dejaron de pagar servicios básicos (además de los anteriores están electricidad, gas y teléfono). Con excepción del gas, más del 40% hizo los pagos de sus servicios por vía electrónica. La mayoría de quienes contaban con tarjetas bancarias pagaron por medio electrónico (61.2%) o en las sucursales del banco (25.6%).

En un análisis acerca del pago de servicio y los créditos con los que no cuentan los trabajadores, se encontró por región que: en Norteamérica el 32.3% de los trabajadores dejaron de pagar al menos un servicio básico; mientras que esta cifra fue de 21.1% en Suramérica y de 17.6% en Centroamérica/Caribe. En la región Iberoamericana, nadie dejó de pagar sus servicios. En cuanto a la falta de acceso a tarjeta de crédito, el rango estuvo entre Norteamérica con el 31.7% y 6.7% en Iberoamérica; en lo que respecta a la falta de acceso a otros créditos la situación por regiones es muy similar (46.2% y 46.7%, respectivamente), no obstante, se reduce en Centroamérica (44.9%) y Suramérica (29.6%).

Lo que más extrañaron los encuestados en general, al no poder salir de la casa durante la cuarentena, fue la cercanía con otras personas (61.5%), seguido de visitar a la familia (57.8%), estar con amigos (54%) y las diversiones (45.7%). Sin embargo, las diferencias por edad muestran que los jóvenes se inclinan por la cercanía con otras personas, en particular los amigos y en un ámbito de diversiones. Para los adultos y los adultos mayores se encuentra primero visitar a la familia, casi tanto como la cercanía con otras personas, entre las que se incluyen sus amigos.

Respecto a las mejores recomendaciones para sentirse saludable durante la cuarentena, las aportaron los adultos (57.9%), después los jóvenes (17.0%) y el 11.4% los adultos mayores.

Comunicación

La fuente de mayor credibilidad respecto a las medidas para no contraer la COVID-19 fue la autoridad sanitaria (médicos) 49.1%; seguida de los medios masivos (24.3%). Las redes sociales, a pesar de su amplio uso, sólo obtuvieron el 8.1 por ciento. Este orden se mantiene al analizar los datos por edades.

Agrupados los datos por regiones (Tabla 6), se encontró que las autoridades sanitarias y los médicos ocupan el mayor porcentaje, el cual alcanza 66.7% en Iberoamérica; seguida de los medios de comunicación (34% en Suramérica). Las redes sociales se mantienen en todas las regiones en tercer lugar (la mención más baja que presentan es de 5.6%), no obstante, en Centroamérica/Caribe alcanzan 12 por ciento.

Tabla 6. Fuente de información más creíble respecto a las medidas para no contraer COVID-19 según región geográfica

Fuente de información	Centroamérica/ Caribe	Iberoamérica	Norteamérica	Suramérica
	Porcentajes			
Autoridades sanitarias/ médicos	43.6	66.7	58.9	36.6
Medios masivos (tv, radio, prensa)	23.6	27.7	17.8	34.0
Redes sociales	12.0	5.6	5.6	8.3
Gobernantes	3.5	0.0	5.0	5.9
Publicaciones científicas	5.3	0.0	3.7	1.0
Familia	6.7	0.0	3.5	7.6
Amigos/ compañeros/ profesores/ jefes/vecinos	5.3	0.0	5.5	6.6

Fuente: Elaboración propia

Expectativas para después de la cuarentena

El orden que confieren a las medidas para la reincorporación a las actividades concluida la cuarentena es el siguiente: uso obligatorio de cubreboca (37.7%), lavado de las manos (15.9%), sana distancia (15.6%), quedarse en casa (13.4%) y no asistir a eventos multitudinarios (10.7%). El uso obligatorio del cubre boca ocupó el primer lugar en los tres grupos de edad, los jóvenes le confieren el mayor porcentaje seguido de los adultos mayores y de los adultos (41.5%, 35.8% y 34.3%, respectivamente).

Referente a los lugares donde deben mantenerse las medidas de higiene y desinfección, aparecen con un puntaje ponderado, primero los lugares de trabajo (1,299 puntos), seguido de los mercados públicos (1,226) y de las escuelas (844 puntos).

En orden de importancia, las cuatro actividades que más extrañará de estar en casa por la cuarentena son: la familia (1,634 puntos), el descanso (1,181), la seguridad (855 puntos) y la comida (782). Al analizar los resultados por grupos de edad, la familia tiene el primer lugar entre los adultos y adultos mayores, mientras que para los jóvenes esta posición la ocupa el descanso. Entre las actividades que les brindarán bienestar se encuentran en orden de importancia: la armonía con la familia (1,629 puntos), cuidar su salud física (1,191) y mental (1,077 puntos), así como procurar mantenerse sano (975).

Para la mayoría, cambiar sus condiciones de vida con el objetivo de lograr el bienestar le resultará fácil (51.6%), para algunos incluso será muy fácil (11.3%). No obstante, para el 37.1% será difícil o muy difícil.

Los encuestados consideran que durante el 2020 podrán disponer de: una vivienda digna 86.5%; alimentación adecuada 85.2%; educación 83.3%; higiene y seguridad en el trabajo/escuela 72%; trabajo 66.5% y tiempo libre para distraerse y descansar 65.3%. Le siguen en orden: acceso a servicios de salud 60.7%; ingreso que satisfaga sus necesidades básicas 58.3%; 54.7% percibe que la vida cotidiana de su familia estará libre de violencia y sólo el 21.9% cree que dispondrá de espacios públicos seguros.

Después de la cuarentena, a la mayoría (59%) le resultará fácil tener hábitos saludables y al 12.8% incluso, le será muy fácil. Sin embargo, para el 28.2% será difícil o muy difícil. El 41.7% confía en sí mismo para llevar una vida saludable; mientras que otros acudirán al personal de salud (28.2%) y a su familia (24.8%); sólo el 4.5% a los amigos y muy pocos (0.8%) a profesores, jefes, gobierno y sociedad.

La mayoría (52.4%), considera que resultará difícil o muy difícil, después de la cuarentena, modificar su entorno para que repercuta en su salud y bienestar; en tanto para el 42.9% será fácil y sólo para el 4.7%, muy fácil.

Por último, referente a la posibilidad de una nueva cuarentena, tres de cada diez encuestados, considera que es del 100%; el 38.5% se ubica en una probabilidad que varía del 51% al 99%; y sólo el 4.1% piensa que la posibilidad de una nueva cuarentena es de cero.

Discusión

Es importante tomar en cuenta en los resultados, que puede explicarlos el perfil sociodemográfico de los encuestados, quienes no fueron seleccionados aleatoriamente, por lo que los resultados solo son válidos para esta muestra.

La mayor participación de los jóvenes, con relación a otros grupos de edad, se explica por la facilidad que tienen para acceder a las plataformas tecnológicas y al hecho de que la encuesta se realizó en línea, lo que resulta, por lo general, poco factible para las personas de la tercera edad. El hecho de que se encontraran aceptables condiciones económicas para enfrentar la pandemia en los hogares, está relacionado con que la mitad de los encuestados son trabajadores y que la mayoría recibió íntegro su salario, esto se refleja también en las expectativas alentadoras para procurar su bienestar después de la pandemia.

El elevado nivel escolar y la ocupación de quienes componen la muestra, repercute en los resultados. La poca participación de obreros, jubilados, amas de casa y desocupados, limita la posibilidad de conocer de acuerdo con su sexo, grupo de edad o región en la que habitan, cómo han vivido la cuarentena estos grupos y las expectativas posteriores a la misma; no obstante, es de suponer que la falta de recursos les impide pagar servicios, atender su salud y contar con créditos que les permitan sufragar gastos emergentes.

Llama la atención que una pequeña parte de las personas que trabajan o estudian no tenga acceso a los servicios de salud.

La encuesta se difundió por igual en todos los países, sin embargo, el mayor número de respuesta se obtuvo en México, lo que muestra un interés mayor en esa población por dar a conocer sus percepciones acerca de cómo vivieron la cuarentena y sus expectativas en materia de salud y bienestar cuando concluya. Si bien, Brasil posee la mayor cantidad de habitantes entre los países estudiados, no se obtuvo respuesta, hecho que pudo obedecer a que, durante la recopilación de datos, llegaron a tener más de 69 mil casos nuevos de SARS-CoV-2 en un solo día¹⁵.

Algunos de los contactos que difundieron la encuesta, hicieron ver dos hechos que estuvieron en contra de una mayor participación: a la par circulaban otras encuestas y respecto a ellas, esta demandaba más tiempo y requería que estuviera completa para que se pudiera registrar.

Es indudable la posibilidad de comunicación que tiene la telefonía celular en situaciones de confinamiento, pues permite atender las necesidades de las personas no sólo ante problemas importantes; también soluciona cuestiones relacionadas con la vida cotidiana, la compra de productos básicos, mantener la relación con los familiares y amigos, así como trabajar y estudiar. Esta opción se encontró presente en toda la población estudiada, lo que a la vez depende de los recursos económicos personales y familiares, tanto para contar con diversos dispositivos, como el acceso a la web y la capacidad para sufragar dicho gasto.

El acceso a la tecnología y a internet es un elemento que se consideró en las respuestas. El hecho de contar con medios (conexiones a internet, teléfono móvil, computadora personal) para trabajar, estudiar, realizar pagos de servicios y compras de artículos necesarios en el hogar, fue aprovechado por cuatro de cada 10 encuestados, sin duda esto abre un espacio importante para otras actividades a distancia como la telemedicina.

Aunque la mayor parte de los encuestados, tuvieron un trabajo remunerado y pudieron hacerlo desde su casa, las empresas e instituciones tienen que valorar el teletrabajo por sus ventajas en materia económica y social, pero también debe considerar los posibles daños a la salud, por permanecer más tiempo sin movimiento frente a la computadora, mobiliario inadecuado para trabajar, falta de un espacio destinado a este propósito, así como insuficiente tecnología y el conocimiento necesario para utilizarla de manera productiva.

Desde el ángulo económico, al hecho de que en la población se encontraban personas sin servicios de salud, se suma el que una parte de ellos no recibió pago alguno durante la cuarentena por el trabajo que realizaron, situaciones que aumentan su vulnerabilidad.

Aunque una importante cantidad de encuestados tuvieron que hacerle frente a la situación económica de su núcleo familiar, otros, por lo general los estudiantes, amas de casa, desocupados e incluso los jubilados, dependían de los ingresos de su familia.

Más de la mitad de la población de los hogares encuestados necesitó hacer uso de los servicios de salud y todos encontraron alternativas para ello, en el sector público o privado o con amigos que trabajan en el ámbito de la salud, esto mostró la disposición por ayudar.

Hipertensión y diabetes, fueron las principales enfermedades crónicas que se encontraron en la población encuestada, así como los mayores problemas de salud de los países estudiados, de México en particular, por su alta incidencia. Igual sucede con la obesidad⁴, en más de la mitad de los hogares y que el confinamiento pudo haber incrementado, principalmente en aquellos donde casi todos los convivientes lo son. No obstante, los resultados muestran que gran parte de ellos adquirieron hábitos saludables.

Si bien, la mayoría de los encuestados no eran fumadores, e incluso algunos dejaron de fumar en el periodo, una parte de ellos tuvieron que convivir con fumadores, quienes tal vez no siempre tenían forma de fumar en espacios abiertos, por lo que los convirtieron en fumadores pasivos.

Se observa poco incremento del tabaquismo durante la cuarentena, tal como se ha podido constatar en otras fuentes¹⁶. Es necesario profundizar en las razones que llevaron a dejar tabaco y alcohol en el confinamiento, para poder emplear esos hallazgos en las estrategias de deshabitación en los diferentes países.

En el confinamiento, las adicciones fueron principalmente una complicación en la vida cotidiana para las personas que trabajaron en casa, quienes ahora se podían percatar de lo que ocurría; además se debe tener muy presente que tabaco y alcohol pueden convertirse en adicciones que constituyen una puerta de entrada a otras¹⁷.

Es alentador que la mayoría de los encuestados dijera que había adquirido hábitos saludables durante la cuarentena, algunos están relacionados con la higiene personal, que no sólo se requiere para prevenir la COVID-19, sino también para otras enfermedades contagiosas; otros hábitos pueden repercutir en la prevención de las enfermedades crónicas, pues tienen que ver con el estilo de vida.

El interés demostrado en reducir o dejar de consumir alcohol o tabaco, es una oportunidad para ofrecer herramientas a la familia, que le permitan tener un papel importante para fomentar la salud y el bienestar entre sus miembros, y esta posibilidad no tiene que recaer siempre en los adultos o adultos mayores; los resultados muestran como los jóvenes que reducen sus consumos de tabaco adquieren hábitos saludables en materia de alimentación y actividad física.

La percepción de los encuestados sobre su salud durante y posterior a la cuarentena, apunta hacia un efecto benéfico de esta, lo cual guarda relación con la importancia que se le confirió en el orden individual y social, a la profusión de mensajes para lograr un estilo de vida saludable y refutar aquellas que difundían informaciones no avaladas por la ciencia, por lo general mediante las redes sociales¹⁸.

El temor por enfermar y morir al ser las mayores dificultades percibidas, probablemente les hicieron pensar en la necesidad de cambiar su comportamiento para estar menos propenso a enfermar; esto debe llamar la atención de los profesionales de salud por su repercusión en la condición mental de las personas y sus efectos en el mediano y largo plazos. Opciones de atención mediante líneas de ayuda fueron empleadas en muchos países.

En la distribución de las horas del día por la población estudiada hay que considerar, entre otros aspectos, que algunas de esas actividades no se realizan todos los días, tales como las reparaciones, por ejemplo, mientras que otras sí, pero el modelo obligaba a una distribución del día, que ofrece datos de interés tales como que las personas destinaban el tiempo requerido a dormir, alimentarse y dedicaban tiempo a socializar, entretenerse y ejercitarse, lo que apunta hacia la autoestima; esfuerzos por mantener el autocontrol y lograr la resiliencia que se requiere para mantenerse sano, física y psíquicamente, en situación tan difícil como la que presenta esta pandemia.

Debido a la alta presencia de mujeres, la mayoría de ellas estudiantes jóvenes, se pudo saber que tienen menor nivel de escolaridad que los hombres, es un poco más alto el porcentaje de ellas que no cuenta con servicios de salud, mientras que los hombres son adultos trabajadores, con ingresos propios. Las mujeres trabajaron en promedio, casi lo mismo que los hombres, sin embargo, también se encargaban de las actividades del hogar, de su familia y la atención de enfermos. Las diferencias de género, aunque de manera discreta, se hacen ver en los resultados obtenidos; es importante considerarlas pues es una brecha que también afecta, generalmente de manera negativa, la salud de la mujer.

A pesar de que se mencionó la adquisición de hábitos saludables como la ejercitación, la inactividad física es una dificultad del confinamiento, lo que corresponde con las limitaciones que esta impone y hace pensar en la necesidad de orientar de acuerdo a la edad y la condición física de cada persona acerca de las actividades que puede realizar. Algunos programas televisivos y por canales *en línea* se han presentado como opción, pero también es responsabilidad de las autoridades sanitarias su asesoramiento y control, para asegurar que la información que se ofrece es adecuada y responde a criterios científicos que avalan su repercusión en la salud.

Enfrentar actividades que los encuestados no realizaban con anterioridad resultó un reto para gran parte de ellos, casi al igual que la insuficiencia de recursos para enfrentar ese periodo. Esto tiene su efecto en la salud física y mental de la población y requiere un estudio riguroso.

Los adultos mayores y los niños no presentaron dificultades durante la convivencia, como ocurrió con la mayoría de los adultos, sin embargo, fueron ellos los que hicieron las mejores recomendaciones para mantener la salud y promover el bienestar. Lo anterior ratifica el importante papel de cada miembro en el núcleo familiar, aún más en la cuarentena.

Los individuos, como seres sociales, requieren de la interacción entre unos y otros. Lo anterior explica porque los encuestados extrañaron tanto las actividades que les permiten socializar con familiares y amigos y las actividades recreativas, todas ellas además muy relacionadas con las características sociodemográficas de la población encuestada.

En todos los países no se percibió que los encuestados tuvieran alguna dificultad para adquirir los productos de primera necesidad. El uso de las tecnologías les facilitó las compras, así como el pago de los servicios, realizar trámites ante las instancias de gobierno, continuar con la educación remota de emergencia, recibir o brindar apoyo a familiares e incluso cobrar el salario, aunque es algo que puede mejorarse, constituyó un apoyo incuestionable para reducir las salidas de la vivienda.

Es muy importante la credibilidad que se le atribuyó a las autoridades sanitarias y no a las redes sociales, a pesar de que se utilizaron con amplitud, pues ha sido evidente que la difusión de noticias falsas influye en el comportamiento de las personas de manera negativa, lo cual resulta muy peligroso en una situación como la de la COVID-19, en la que aún existe poca información científica disponible acerca de su propagación y tratamiento¹⁸.

El confinamiento obligatorio en las casas, a pesar de que es una medida muy efectiva para lograr el aislamiento social, no pudo aplicarse de forma obligatoria en todos los países por razones económicas, logísticas, políticas, de recursos y culturales, sólo por citar las más importantes. La aplicación de multas y reclusión de los incumplidores, en los momentos de mayor número de casos, no fue la solución y sólo trataba de desalentar salir de la casa.

La salida del confinamiento llevó a rebrotes en los países y queda mucho por investigar en cuanto a las alternativas a emplear en situaciones como la que, de forma inédita, han tenido que asumir gobiernos, instituciones y sociedad civil, unida a la orientación de los organismos internacionales, en primer lugar, la Organización Mundial de la Salud¹.

La responsabilidad individual con la salud, que ha sido reclamada siempre, ha tenido que acompañarse del uso del cubreboca y de medidas de higiene personal más estrictas que en otros momentos. Hoy deben incorporarse en la vida cotidiana para bien de todos. Además de la responsabilidad

por la salud propia, ahora se encuentra la salud colectiva, por lo que la persuasión tendrá que seguir acompañada de medidas legales que garanticen su cumplimiento. Siempre se ha sentenciado que la prevención de la salud es la mejor opción, y aunque en el 2021 ya se encuentran disponibles diferentes vacunas, aún no son accesibles para toda la población, por lo que es fundamental la protección y la responsabilidad individual para lograr salud y bienestar.

La pandemia de la COVID-19 ha elevado el número de enfermos y de muertes de personas contagiadas por el virus SARS-CoV-2 y ha puesto de manifiesto la fragilidad, vulnerabilidad e inequidad en cada contexto. También ha propiciado cambios en la actuación individual, de los grupos sociales, así como en la dirección y gobierno de las instituciones de salud, económicas y sociales. Los gobernantes, la salud pública y la población general, han tenido y aún tienen que aprender nuevos comportamientos y desaprender otros¹⁹.

Conclusiones

El confinamiento mostró que la familia es muy importante para alcanzar y mantener la salud de sus integrantes; de los conocimientos y actitudes, así como del papel que cada uno puede desempeñar en beneficio de los demás y de sí mismo.

La credibilidad de la que gozaron las autoridades sanitarias respecto a las medidas para no contraer la COVID-19, permite plantearse la posibilidad de utilizarla en programas y campañas para reducir hábitos nocivos, con lo que se mejora la salud y el bienestar de las familias.

Si bien, las expectativas para después de la cuarentena, son positivas para la mayoría de las personas de la muestra y confían en mantenerse sanos, seguir hábitos saludables y fortalecer la armonía familiar, sin embargo, se mantiene el temor a la inseguridad en los espacios públicos, por lo que se debe trabajar en devolver la confianza a las personas para que retomen sus actividades y se adapten a la nueva realidad, en la que se plantea la oportunidad de que cada uno asuma la responsabilidad sobre su salud y bienestar y con ella la de su familia.

Las percepciones de la población encuestada acerca de su salud y bienestar durante la cuarentena por la COVID-19 y sus expectativas para cuando esta concluya, constituyen indicativos de valor para trazar estrategias, con enfoque de mercadotecnia social, que repercutan de forma positiva en los comportamientos que se requieren alcanzar para afrontar la nueva realidad, entre otras, fomentar el lavado de manos, una alimentación que desincorpore productos con alto valor calórico, azúcar, modificadores o conservadores,

incrementar poco a poco la actividad física y la adherencia a los tratamientos médicos, y sobre todo la consciencia de que cada individuo es responsable de su propia condición de salud y bienestar.

Si bien se logró describir las percepciones e identificar algunas de las expectativas de las personas que participaron en la encuesta acerca de su salud y bienestar durante y después de la cuarentena por la COVID19 en Iberoamérica, no es posible llegar a generalizaciones debido a que la muestra no es probabilística, no obstante, brinda la oportunidad de mostrar áreas en las que se debe continuar investigando. Tampoco resulta posible interpretar motivaciones y actitudes al respecto, ya que estas no fueron estudiadas.

Agradecimientos

Al grupo de investigadores de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México, integrado por la Mtra. Sair Alejandra Martínez Hernández, Dr. Armando Tomé González, Lic. Teoauializtli Olivares García y becario Joshua Bladimir Hernández Jiménez y al grupo de investigación de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud por su contribución a la difusión de la encuesta por las redes sociales.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica enfermedad por coronavirus (COVID-19) [aprox. 2 pantallas]. Ginebra: OMS; 2021[citado 19 abril 2021]; Recuperado de <https://who.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=2203b04c3a5f486685a15482a0d97a87&extent=-17277700.8881%2C-1043174.5225%2C-1770156.5897%2C6979655.9663%2C102100>
2. Suárez LN. Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin fronteras en la promoción de la salud. *Revista de Comunicación en Salud*. 2011; [citado 3 jun 2020]; 1 (1):101-12. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3648915>
3. Castell-Florit SP. Universal doesn't just apply to health care, but to every sector's action taken to protect the population health. *Medic Review*. [Internet] 2020; [citado 3 jun 2020]; 22(2): 21-23. Recuperado de <https://doi.org/10.37759MR2020V22/>

4. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. ONU: obesidad de adultos en Latinoamérica se ha triplicado en cuatro décadas. Nueva York. FAO 2019. [citado 25 mayo 2020]. [aprox. 2 pantallas]. Recuperado de <<https://www.dw.com/es/onu-obesidad-de-adultos-en-latinoam%C3%A9rica-se-hatriplicado-en-cuatro-d%C3%A9cadas/a-51215758>>
5. Organización de las Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2018. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Editora Sandra Huenchuan. [citado 3 jun 2020] Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf>
6. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. 2007; [citado 25 Mar 2019]3(3):271-283. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/scol/2007.v3n3/271-283/es/?abstract_lang=en
7. Barrenechea J, Castellanos PL, Matus C, Méndez E, Medici A, Sonis A. Esquema tentativo de análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de A.P.S. y S.P.T 2000. O.P.S./H.S.I. Washington, 1987.
8. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1948 [citado 25 mar 2019]. Constitución de la Organización Mundial de la Salud; [aprox. 2 p.]. Recuperado de http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
9. Moreno JA. Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. *Revista de Psicología, Universidad de Antioquia*. 2015[citado 25 Mar 2019].;7(2), 47-62. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/articulo/view/325204>
10. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016. Capítulo 3. Las percepciones sobre el bienestar en Guatemala. Pp. 47-78.
11. Bassani AR, Diedrich C, Lazarovich MB, Moreno OV, Agostini LR. Las representaciones sociales sobre salud y enfermedad, un estudio comparativo. Proyecto core.ac.uk1376 del Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta, CIUNSA, 2006-2008. [citado 3 jun 2020] Recuperado de <https://www.saece.com.ar/docs/congreso3/Bassani.doc>
12. Grundy EJ, Suddek T, Filipidis FT, Majeed A, Coroni-Cronberg S. Smoking, SARVCoV2 y COVID-19: A review of reviews considering implications for public health policy of practice. *Review Paper. Tobacco Induced Diseases*. 2020 [citado: 26 jul 2020]; 18(58): 1-11. Recuperado de <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Smoking-SARS-CoV-2-and-COVID-19-A-review-of-reviews-nconsidering-implications-for,124788,0,2.html>
13. Pascual F, Rodríguez R. Adicciones en cuarentena: el consumo no social del alcohol se destapa. Guía de cuidado en casa para personas adictas. Sociedad Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y otras toxicomanías. [citado: 13 mayo 2020]; Madrid: SINC; abril 20 de 2020. [aprox. 2 pantallas] Recuperado de <<https://www.agenciasinc.es/Reportajes/Adicciones-en-cuarentena-el-consumo-no-social-del-alcohol-se-destapa>>
14. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, (2020). Mercadotecnia al servicio de la salud. 2020; [citado 20 Feb 2020]. Recuperado de <http://www.rims.org.mx/>
15. Johns Hopkins (29 de julio de 2020). Coronavirus Resource Center. Recuperado de <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>
16. El tabaquismo y la pandemia del coronavirus en Cuba. *Infodir*. 2021; [citado 15 mar 2021] 34: (enero-abril) Recuperado de <<http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/847>>
17. Suárez LN. El tabaquismo. Paradojas, controversias, mitos y realidades. La Habana: Editora Política. 2015.
18. Alonso GP, Alemañy CC. Curbing misinformation and disinformation in the COVID-19 era: a view from Cuba. *Medicc Review*. [Internet] 2020; [citado 3 Nov 2020]; 22(2): 45– 46. Recuperado de <https://doi.org/10.37757/MR2020.V22.N2.12>
19. Suarez LN. La Pandemia del coronavirus: validando la aplicación de la mercadotecnia social a la salud. *Infodir*. 2021; [citado 15 mar 2021] 34: (enero-abril) <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/893>