



ORIGINALES

Percepción de la salud en los pacientes durante la pandemia COVID-19

Perception of health in patients during the COVID-19 pandemic

Lucia Pérez Fernández¹
Francisco Miguel Escandell Rico²
Loreto Macia Soler²

¹ Coordinadora Enfermería. Centro de Salud Almoradí, Departamento de Salud 21 SNS Orihuela. Alicante. España.

² Universidad de Alicante. Alicante. España. francisco.escandell@ua.es

<https://doi.org/10.6018/eglobal.529701>

Recibido: 28/06/2022

Aceptado: 26/09/2022

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la percepción de la salud en los pacientes de atención primaria del departamento de salud 21 durante el período epidémico de la COVID-19.

Material y Métodos: Estudio observacional transversal. Realizado en el Departamento de Salud 21 (Alicante-España) en los meses del 23 de febrero de 2021 al 15 de mayo de 2021. Participaron un total de 243 usuarios. Se utilizó una entrevista semiestructurada, tomando como referencia la información del Cuestionario de Salud de la Comunidad Valenciana Adaptado. Se consideró la variable resultado la percepción de la salud en los pacientes. Los criterios de inclusión tomaron en cuenta a personas mayores de 18 años que fueran atendidas durante la pandemia de COVID-19 y que quisieran participar en el estudio.

Resultados: Las edades estuvieron comprendidas entre los 20 y 94, años con una media de 64,55 años (DE 19,97). En la percepción de la salud, destacamos el grupo de las mujeres donde refieren tener una peor salud (69%) durante los últimos 12 meses y mayores problemas para caminar (59,2%). Nuestros resultados indican asociación significativa en los recursos sociales utilizados para las actividades de la vida cotidiana ($p < 0,001$) y la teleasistencia ($p < 0,043$).

Conclusión: A nivel práctico, si tenemos en cuenta la esperanza de vida en la población, las comorbilidades asociadas y la asistencia sanitaria en el periodo pandémico, podemos decir que la percepción de la salud es peor en las mujeres. A pesar de todos estos factores, la satisfacción con los servicios sanitarios en periodo pandémico es satisfactoria.

Palabras clave: atención primaria; percepción; COVID-19; determinantes de la salud; recursos en salud.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the perception of health in primary care patients of the health department 21 during the COVID-19 epidemic period.

Material and Methods: Cross-sectional observational study. Held in the Department of Health 21 (Alicante-Spain) from February 23, 2021, to May 15, 2021. A total of 243 users participated. A semi-structured interview was used, taking as a reference the information from the Valencian Community Health Survey Adapted. The variable result of the perception of health in patients was considered. The inclusion criteria considered 18-year-olds who were served during the COVID-19 pandemic and who wanted to participate in the study.

Results: The ages were comprised between 20 and 94, years with an average of 64.55 years (SD 19.97). In the perception of health, we highlight the group of women who reported having a worse health (69%) during the last 12 months and major problems to walk (59.2%). Our results indicate a significant association in the social resources used for the activities of daily life ($p < 0.001$) and teleassistance ($p < 0.043$).

Conclusion: On a practical level, if we have an account of life expectancy in the population, associated comorbidities and health care in the pandemic period, we can decide that the perception of health is worse in women. Despite all these factors, satisfaction with health services during the pandemic is satisfactory.

Keywords: primary care; perception; COVID-19; health determinants; health resources

INTRODUCCIÓN

Durante el período de pandemia por la COVID-19 se ha producido en todos los sistemas sanitarios del mundo una importante sobrecarga de uso de servicios de salud, con especial énfasis durante el periodo de vacunación, en la atención primaria⁽¹⁾. Se ha utilizado de forma casi constante el uso de la telemedicina, con una pérdida del contacto directo profesional-usuario que las tecnologías informáticas no pueden sustituir⁽²⁾. Las actividades a demanda han superado cualquier planificación que tienen repercusión en la implementación de las actividades preventivas o en las barreras de accesibilidad tecnológica de ciertos colectivos socioculturales^(1,2).

La eficacia de las intervenciones preventivas, se incrementa con elementos como la empatía, calidad de la relación profesional-paciente y calidez de la comunicación clínica, aspectos que se alteran con la atención a través de herramientas electrónicas⁽²⁾. También se abren oportunidades para la prevención que nos permiten orientar los servicios sanitarios hacia los principales problemas de salud de la comunidad y prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas⁽³⁾.

Por otra parte, la pandemia, de naturaleza comunitaria, ha favorecido el compromiso de los ciudadanos con la corresponsabilidad y la importancia del empoderamiento en el control de la enfermedad, junto con la percepción de que el sistema sanitario por sí solo es insuficiente para evitar las enfermedades⁽³⁾. El desarrollo tecnológico tiene grandes ventajas como el avance en los registros de las historias clínicas que permiten monitorizar estilos de vida y mejorar los sistemas de información sanitaria de las personas, tanto en sus domicilios como en su entorno social, favoreciendo intervenciones selectivas y muy dirigidas a prevenir enfermedades⁽⁴⁾.

Las pandemias pueden tener impactos diferenciados en mujeres y hombres que varían desde el riesgo de exposición y la susceptibilidad biológica a la infección hasta las implicaciones sociales y económicas; igualmente, es probable que las experiencias de las personas varíen según sus características biológicas, de género y su interacción con otros determinantes sociales de salud^(5,6).

La respuesta global a COVID-19 se ha descrito como «demasiado poca y tarde», con esfuerzos nacionales e internacionales a un ritmo no planificado, ante numerosos aspectos de esta situación que siguen siendo inciertos ^(7,8). No obstante, esto debe servir para implementar protocolos mundiales que preparen escenarios futuros y nos permitan estar listos ante situaciones similares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a sus Estados miembros y a todos los actores mundiales a orientar las inversiones en investigación de calidad y sensible al género sobre los impactos adversos en la salud, sociales y económicos del COVID-19 ⁽⁷⁻¹⁶⁾. Avanzar en propuestas de mejora incluye profundizar en investigaciones relacionadas como la que se presenta en este estudio que tiene como objetivo Analizar la percepción de la salud en los pacientes de atención primaria del departamento de salud 21 durante el período epidémico de la COVID-19.

MÉTODOS

Diseño y sujetos a estudio

Se realizó un estudio observacional de carácter transversal, en una zona básica de salud, que atiende a una población total de 26.195 habitantes de perfil rural situada al sur de la Comunidad Valenciana (España). Se realizó en los meses del 23 de febrero de 2021 al 15 de mayo de 2021. El tamaño muestral alcanzado fue de n= 234 pacientes, el tipo de muestreo fue aleatorio estratificado proporcional por tipo de asistencia/consulta en atención primaria.

Criterios de inclusión

Personas mayores de 18 años que fueron atendidas en la zona básica de salud de estudio durante la pandemia COVID-19 desde el 23 de febrero del 2021 hasta 15 de mayo de 2021 y que desearon participar en el estudio. Criterio de exclusión: Tener discapacidad cognitiva y que no fueran capaces de responder.

Procedimiento

La atención sanitaria desde marzo del 2020 se vio modificada debido a la pandemia y se procedió a un cambio de modelo asistencial, consensuado a través de protocolos que indicaban como debía de ser la asistencia sanitaria. Se dividieron a los pacientes para su atención, en pacientes que presentaban clínica respiratoria y pacientes que presentaban otras patologías. Estos fueron seleccionados según iban apareciendo en las agendas de enfermería y la disposición a participar en el estudio.

Variables

Se utilizó una entrevista semiestructurada, tomando como referencia la información del cuestionario de salud de la Comunidad Valenciana Adaptado ⁽¹⁷⁾. Para complementar la información se utilizó la Historia Clínica digital de donde se extrajo la comorbilidad, talla y peso. Se consideró la percepción de la salud en los pacientes durante la pandemia COVID-19 como variable resultado, y el sexo, edad y características sociodemográficas como variables explicativas. Además, se tuvieron en cuenta las siguientes covariables: consultas sanitarias y recursos sociales utilizados.

Consideraciones éticas

Tras el informe favorable del Comité Ético de Investigación (CEI) del departamento 21, con el código de registro TFM-2021-010, se les entregó una hoja informativa del estudio a los participantes y se les solicitó el consentimiento informado. Se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, dispuestas por la “Declaración de Helsinki como modo de participación en el estudio y el uso de datos personales según la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Los datos están protegidos de uso y no permitido a personas ajenas a la investigación y por tanto son considerados estrictamente confidenciales.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes por sexo. Se calculó los grupos hombre/mujer mediante tablas de contingencia, aplicando el test Chi-cuadrado para comparar según sexo las variables objeto de interés. Para calcular la magnitud de asociación se calculó la Odds Ratio (OR) con su IC95%. Todos los test se consideraron significativos si $p < 0.05$. Se han utilizado los programas: base de datos (Excel) y estadísticos SPSS 25.0.

RESULTADOS

La muestra total fue de 243 usuarios/as, distribuidos 103 hombres y 140 mujeres. Las edades estuvieron comprendidas entre los 20 y 94, años con una media de 64,55 años (DE 19,97). El tipo de ocupación más frecuente en las mujeres fue jubilado en un 46%, seguida de ama de casa en un 18,6%. En los hombres la ocupación más frecuente fueron un 52,4 % los jubilados, seguido de los agricultores en un 12,6 %.

En la tabla 1, se observan las características sociodemográficas y comorbilidad en hombres y mujeres atendidos en la zona básica de salud de estudio. Se observó asociación significativa por sexo en el índice de masa corporal ($p < 0,001$) con mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad en las mujeres. También se encontró asociación significativa en las enfermedades coronarias ($p < 0,005$), enfermedades pulmonares ($p < 0,027$) y tabaquismo ($p < 0,001$).

Tabla 1. Características sociodemográficas y comorbilidad

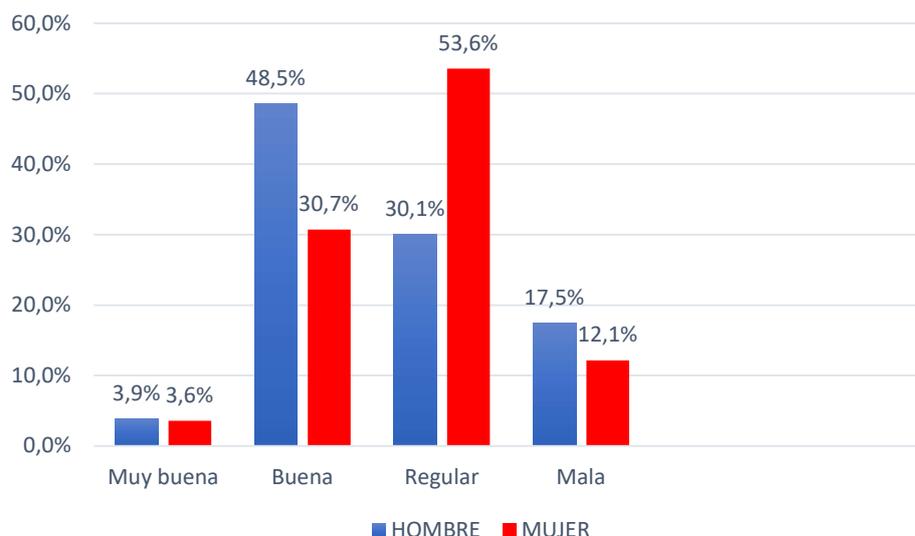
Variables	TOTAL	HOMBRES ^a N=103 (%)		MUJERES ^b N=140 (%)		P*	
Edad	20- 44 años	41	17	16,5	24	17,1	0,513
	45 -64 años	64	31	30,1	33	23,6	
	>65 años	138	55	53,4	83	59,3	
IMC	< 18,99: Bajo peso	2	0	0	2	1,4	0,001
	19 -24,99: Normopeso	45	47	45,6	37	26,4	
	25 -29,99: Sobrepeso	93	35	34	46	32,9	
	> 30: Obesidad	103	21	20,4	55	39,3	

Nivel de estudios	Sin estudios	60	21	20,4	39	0,193
	Primarios	128	53	51,5	27,9	
	FP/Secundarios	27	16	15,5	75	
	Universitarios	28	13	12,6	53,6	
Situación laboral	Trabajando	68	33	32	35	0,410
	Parado con prestación	29	12	11,7	25	
	Parado sin prestación	5	1	1	17	
	Jubilado	68	57	55,3	12,1	
Estado civil	Soltero	30	15	14,6	13	0,026
	Conviviendo pareja	2	2	1,9	9,3	
	Casado	119	55	53,4	0	
	Divorciado	9	5	4,9	0	
	Viudo	85	26	25,2	64	
Convive con pareja	Si	119	61	51,2	45,7	0,004
Hipertensión	Si	147	66	64,1	4	0,199
Enf. coronaria	Si	72	40	38,8	2,9	0,005
EPOC	Si	38	22	21,4	59	0,027
Tabaquismo	Si	88	52	50,5	42,1	0,001
Inmunosupresión	Si	29	11	10,7	18	0,379
Cáncer	Si	45	21	20,4	12,9	0,316
Diabetes	Si	78	37	35,9	24	0,016

^a N°: número de hombre en zonas básicas de salud; ^b N°: número de mujeres en zonas básicas de salud; *Test ji al cuadrado. p≤ 0,05.

Con respecto a las cuestiones que hacen referencia a la percepción de la salud, destacamos el grupo de las mujeres donde refieren tener una peor salud (69%) durante los últimos 12 meses y mayores problemas para caminar (59,2%). En la Figura 1 se describe la valoración de la salud auto percibida por sexo.

Figura 1. Nivel de salud auto percibido por sexo.



Respecto al grado de satisfacción con los servicios sanitarios, destacan como satisfactoria el 67% de las mujeres y el 52% de los hombres.

La siguiente tabla 2, muestra los resultados obtenidos tras la consulta médica en las 4 últimas semanas. Destacan los consejos, las pruebas complementarias y la prescripción de medicamentos como los resultados con mayores porcentajes, derivados de la consulta médica.

Tabla 2. Consulta médica en las 4 últimas semanas.

Resultado de la consulta médica		Hombre		Mujer	
		n=103	%	n=140	%
Consulta de enfermería	Si	25	24,3	54	38,6
Consulta medica	Si	11	10,7	12	8,6
Volver para revisión	Si	35	34	36	25,7
Recetó medicamentos	Si	38	36,9	68	48,6
Consejos	Si	45	42,7	53	37,9
Pruebas complementarias	Si	35	34	62	44,3
Hospitalización	Si	2	1,9	8	5,7
Urgencias hospitalarias	Si	2	1,9	2	1,4

A continuación, la tabla 3, muestra los recursos sociales utilizados en los 12 últimos meses. Se observó asociación significativa en las actividades de la vida cotidiana ($p < 0,001$) y la teleasistencia ($p < 0,043$).

Tabla 3. Características de los recursos sociales utilizados en domicilio.

Preguntas		Hombre a	Mujer b	P*
		n:103	n:140	
		%	%	
Atendido en su domicilio	Si	52 50,5	77 55	0,285
Apoyo aseo y cuidado personal	Si	22 21,4	36 25,7	0,264
Actividades de la vida cotidiana	Si	10 9,7	1 0,7	0,001
Comida a domicilio	Si	10 9,7	25 17,9	0,053
Teleasistencia	Si	24 23,3	48 34,3	0,043
Acompañamiento en el hogar	Si	18 17,5	28 20	0,372
Otros	Si	0 0	0 0	–
¿Alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?	Si	24 23,3	40 28,5	0,570

^a N°: número de hombre en zonas básicas de salud; ^b N°: número de mujeres en zonas básicas de salud; *Test ji al cuadrado. $p \leq 0,05$.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de la salud en los pacientes de atención primaria del departamento de salud 21 durante el período epidémico de la COVID-19. A través de la encuesta de salud de la comunidad valenciana 201617 se analizaron las siguientes dimensiones: nivel de salud auto percibido, consultas sanitarias y recursos sociales utilizados.

Con relación a las características de los participantes, destacamos la elevada edad media de participación (65 años), dato que está en consonancia con la esperanza de vida. Al igual que otros estudios como el resumen ejecutivo de informe anual del sistema nacional de salud del 2019 ⁽¹⁸⁾, donde sitúan la esperanza de vida para la población española se sitúa en 83,4 años, con 80,4 años en los hombres y 86,2 años en las mujeres, lo que supone un aumento de 4 años desde el año 2001.

En consonancia a otros estudios ⁽¹⁷⁾, el sexo, tienen un claro impacto en el sobrepeso y la obesidad en las mujeres. En nuestro estudio se observó asociación significativa por sexo en el índice de masa corporal. En relación con las comorbilidades y en similitud con los resultados de la encuesta de la comunidad valenciana del 2016, se observó asociación significativa en el sexo, destacando a los hombres con mayores valores obtenidos respecto a las enfermedades coronarias, enfermedades pulmonares y tabaquismo.

Con respecto a la dimensión de percepción de la salud, las mujeres refieren tener una peor salud y problemas moderados para caminar. Si comparamos nuestros resultados con la encuesta de salud de la Comunidad Valenciana 2016 ⁽¹⁷⁾ observamos similitud en que los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres. Al igual que otros estudios como el de Abufaraj et al., ⁽¹⁹⁾ donde las mujeres jordanas

experimentaron peores resultados en términos de bienestar. Por el contrario, pese a observar valores bajos en la percepción de la salud, destacamos que al igual que otros estudios ^(17,20), los buenos resultados que se obtienen con respecto a la satisfacción de los servicios sanitarios independientemente de la edad y sexo.

Observamos cómo la utilización de los servicios sanitarios durante la pandemia de COVID-19 ha experimentado una tendencia creciente en lo que se refiere a las consultas de atención médica, donde como resultado de estas, predominaban las recetas de medicamentos, las pruebas complementarias y los consejos médicos. También disminuyó las consultas de atención especializada y los servicios de urgencias. Este fenómeno se podría deber al miedo a contagiarse en los servicios asistenciales por coronavirus durante la pandemia. Por el contrario, si lo comparamos con otros estudios ⁽¹⁷⁾ pre-pandémicos, predominaba la atención especializada y los servicios de urgencias hospitalarias.

El envejecimiento en la población lleva asociado en ocasiones la necesidad de apoyo y atención en su domicilio. Con respecto a los recursos sociales utilizados en domicilio, nuestros datos muestran asociación significativa por sexo en las actividades de la vida diaria y la teleasistencia. Al igual que otros estudios, destaca la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria, la teleasistencia y el apoyo para el aseo y el cuidado personal ^(17,21). Otros estudios también mencionan la desconexión social entre los ancianos con una mayor demanda de las actividades de la vida diaria y la teleasistencia como consecuencias particularmente perjudiciales de la pandemia COVID-19 (22,23).

Entre las limitaciones destacamos las inherentes al tipo de diseño de estudio y la muestra correspondiente a un único departamento de salud. No hemos estudiado el problema principal por el cual consultan, ni la gravedad. Destacamos como posibles sesgos el de selección de la muestra y el de información de los entrevistadores.

CONCLUSIÓN

A nivel práctico, si tenemos en cuenta la esperanza de vida en la población, las comorbilidades asociadas y la asistencia sanitaria en el periodo pandémico, podemos decir que la percepción de la salud es peor en las mujeres. A pesar de todos estos factores, la satisfacción con los servicios sanitarios en periodo pandémico es satisfactoria.

Finalmente, parece necesario concienciar a los profesionales sanitarios e implementar protocolos que preparen escenarios futuros y nos permitan estar listos ante situaciones similares, incorporando un enfoque integral en sus respuestas al COVID-19. Estos protocolos deben garantizar que las políticas y medidas de salud pública sean capaces de frenar la epidemia teniendo en cuenta el sexo y las barreras al acceso sanitario.

REFERENCIAS

1. Demeke HB, Pao LZ, Clark H, Romero L, Neri A, Shah R, et al. Telehealth practice among health centers during the COVID-19 Pandemic — United States, July 11–17,

2020. Morb Mortal Wkly Rep 2021;69(50):1902-1905. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6950a4> icono externo.
2. Kienle GS, Werthmann P, Grotejohann B, et al. Addressing COVID-19 challenges in a randomised controlled trial on exercise interventions in a high-risk population. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):287. <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02232-8>.
 3. Adelman DS, Fant C, Summer G. COVID-19 and telehealth: Applying telehealth and telemedicine in a pandemic. *Nurse Pract.* 2021;46(5):34-43. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NPR.0000737200.56057.2c>.
 4. Camarelles Guillem F, Fernández Alonso C, Galindo Ortego G. Aunando esfuerzos en Prevención y Promoción de la Salud con el PAPPS [Joining efforts in prevention and health promotion with the PAPPS]. *Aten Primaria.* 2019;51(4):195-197. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.001>.
 5. Guillem FC. OPORTUNIDADES Y AMENAZAS para la prevención y promoción de la salud y el PAPPS en el contexto de la pandemia Covid-19 [OPPORTUNITIES AND THREATS for prevention and health promotion and the PAPPS in the context of the Covid-19 pandemic]. *Aten Primaria.* 2020;52(7):449-451. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.001>.
 6. Proyecto de resolución EB146 / Conf / 17 del 146 th reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (Ginebra, 3-8 de febrero 2020) y recomendado a la 73a Asamblea Mundial de la Salud para su adopción. Fortalecimiento de la preparación para emergencias sanitarias; implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
 7. Lindsay T. News features. Why covid-19 is hitting black women so hard. Womens media center 2020. <https://womensmediacenter.com/news-features/why-covid-19-is-hitting-black-women-so-hard>.
 8. Menéndez C, González R, Donnay F, Leke RG. Evitar los efectos indirectos de COVID -19 sobre la salud materna e infantil. *Lancet Glob Health.* 2020; 8: 863-864.
 9. World Health Organisation. Director General's opening remarks at the Mission briefing on COVID-19-12 March 2020. Ginebra: World Health Organisation 2020 [citado 2 Abr 2020]. Disponible en <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19-12-march-2020>.
 10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) 2020 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>.
 11. Ministerio de Sanidad. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad 2020 [citado 2 Abr 2020]. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>.
 12. Marasinghe KM. Proteger mayores adultos de Sri Lanka en medio de COVID-19. *Sabio Envíos.* 2020, 10.31124 / advance.11992911v1 <http://dx.doi.org/10.24966/GGM-8662/100068>.
 13. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* 2020 Mar 25;368:m1182. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1182>.
 14. Fujioka JK, Budhwani S, Thomas-Jacques T, De Vera K, Challa P, Fuller K, Hogeveen S, Gordon D, Shahid S, Seto E, Shaw J. Challenges and Strategies for Promoting Health Equity in Virtual Care: Protocol for a Scoping Review of Reviews. *JMIR Res Protoc.* 2020 Dec 7;9(12): e22847. <http://dx.doi.org/10.2196/22847>.
 15. Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gac Sanit.* 2021;35(1):95-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.008>.

16. Bernd Sebastian Kamps Christian Hoffmann COVID Reference www.COVIDReference.com Sexta Edición 2021.6; 9 (321-342).
17. Conselleria de Sanitat. Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana 2016. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2016. Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/encuesta>.
18. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad 2020 [citado 19 mayo 2021]. Disponible en www.msssi.gob.es.
19. Abufaraj M, Eyadat Z, Al-Sabbagh MQ, et al. Disparidades de género en los índices de salud durante la crisis de COVID-19: un estudio transversal a nivel nacional en Jordania. *Int J Equity Health* . 2021;20(1):91. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-021-01435-0>.
20. Budnick A, Hering C, Eggert S, et al. Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):353. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7>.
21. Perrotta D, Grow A, Rampazzo F, et al. Behaviours and attitudes in response to the COVID-19 pandemic: insights from a cross-national Facebook survey. *EPJ Data Sci*. 2021;10(1):17. <http://dx.doi.org/10.1140/epjds/s13688-021-00270-1>.
22. OECD. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2019. p. 233. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Accessed 04 Dec 2020.
23. Plagg B, Engl A, Piccoliori G, Eisendle K. Aislamiento social prolongado de los ancianos durante COVID-19: entre beneficio y daño. *Arch Gerontol Geriatr* . 2020; 89: 104086. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104086>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia