



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Enfermería y Obstetricia

**REDES DE APOYO. FACTOR PROTECTOR
DE ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

T E S I S

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Presenta:

JOSUÉ NAIM FERNÁNDEZ MATAMOROS

No. de cuenta: 3 1 0 0 3 9 2 6 6

Directora de Tesis:

DRA. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA



Ciudad de México

Junio de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO

A MI MADRE

Griselda Matamoros Morales

Por el apoyo incondicional brindado en todos los proyectos que emprendo

A MIS CUATRO ABUELOS

Griselda e Isaías⁺

Luz Estela y Abel⁺

Por el amor que me tuvieron y tienen, quizás inmerecido, pero siempre presente

A MI FAMILIA

A MIS MAESTRAS Y MAESTROS

Con especial gratitud a quienes me iniciaron en la profesión,
desde agosto de 2014, en la querida FES Zaragoza

Mtro. Francisco Cruz Vázquez

Mtra. Olga Marín Arriaga

Mtra. Elba Sierra García

Con respeto y admiración a quienes me mostraron las bondades
de la investigación, y me invitaron a valorarla

Dra. María Victoria Fernández García

Dra. María Cristina Müggenburg Rodríguez-Vigil

Con cariño a quienes, con profunda generosidad,
compartieron conmigo sabiduría para la vida

Mtra. Consuelo De los Reyes García

Mtra. Esmeralda Navar Laborin

Mtra. Irma Valverde Molina

A MI COMPAÑERO DE VIDA

Daniel García Cortez

Gracias por seguir aquí, y por apoyarme hasta el final

AL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

del que emerge este producto; por sus enseñanzas,
continua motivación y paciencia. Especialmente, con respeto, a mi tutora

Dra. Araceli Jiménez Mendoza

A LAS AMIGAS Y LOS AMIGOS QUE CON SU EJEMPLO INSPIRAN

Y a todas y todos quienes de una u otra forma contribuyeron a este logro, que más que individual, es colectivo



A LA MEMORIA

DE LAS ENFERMERAS Y LOS ENFERMEROS

A QUIENES PERDIERON LA VIDA
CUIDANDO DE LA VIDA Y DE LA SALUD DEL OTRO

REQUIEM ÆTERNAM DONA EIS, DOMINE: ET LUX PERPETUA LUCEAT EIS

ÍNDICE

I.- Introducción.....	5
II.- Planteamiento del problema.....	7
III.- Pregunta de investigación.....	10
IV.- Objetivos.....	11
V.- Justificación.....	12
VI.- Marco teórico.....	14
6.1.- El adulto mayor y la vejez.....	14
6.1.1.- Panorama demográfico.....	18
6.1.2.- Panorama biofisiológico.....	22
6.1.3.- Panorama psicológico.....	27
6.1.4.- Panorama social.....	31
6.2.- El adulto mayor frente a la <i>COVID-19</i>	34
6.2.1.- El virus del <i>SARS CoV 2</i>	34
6.2.2.- Vulnerabilidad del adulto mayor frente a la <i>COVID-19</i>	39
6.2.3.- Prevención de la enfermedad.....	43
6.3.- La ansiedad y el adulto mayor.....	48
6.3.1.- El adulto mayor con ansiedad.....	58
6.3.2.- Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.....	59
6.4.- La red de apoyo social como factor protector.....	63
6.4.1.- Los factores de protección.....	68
VII.- Metodología.....	73
7.1.- Tipo de estudio y diseño.....	73
7.2.- Población y muestra.....	73
7.3.- Variables.....	74
VIII.- Instrumento.....	76
8.1.- Validez y confiabilidad.....	78
8.2.- Recolección de los datos.....	78
IX.- Aspectos éticos.....	80
X.- Resultados.....	82
10.1.- Vínculo de los adultos mayores con sus redes de apoyo.....	84
10.2.- Síntomas asociados con la ansiedad por enfermarse por <i>COVID-19</i>	87
XI.- Análisis y discusión.....	91
11.1.- El adulto mayor y sus redes de apoyo social.....	92
11.2.- Datos de ansiedad frente a la <i>COVID-19</i>	96
XII.- Conclusiones.....	100
XIII.- Referencias.....	103
XIV.- Anexos.....	117

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo deriva del proyecto titulado “*Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en adultos mayores con ansiedad por COVID-19. Una intervención psicoeducativa*”, con número de registro CEI ENEO UNAM 126, adscrito a la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento del “Cuidado a la Vida y la Salud de la Persona”, sub línea del “Cuidado en las transiciones de la vida.”. Para la Facultad de Enfermería y Obstetricia, y de manera especial, para la actual administración, la investigación como elemento generador de soluciones frente a los grandes problemas nacionales representa una prioridad.

La presente investigación, titulada “*Redes de apoyo. Factor protector de ansiedad en adultos mayores durante la pandemia por COVID-19*” constituye una aproximación desde la que se pretende conocer más y mejor a una población que, según las proyecciones demográficas mundiales y nacionales, se incrementa exponencialmente, y que en un futuro no lejano constituirá una parte importante de los sujetos de cuidado.

El tema abordado resulta novedoso debido al propio contexto en que se desarrolló. Una pandemia que colocó en el centro de atención a esta población por su rápidamente reconocida vulnerabilidad. Pero también debido a los vacíos teóricos, pasados o presentes, en relación a la atención mental y emocional de los adultos mayores en contextos similares.

La vejez, como etapa vital del ser humano en la que se consolidan las ganancias adquiridas a través de toda la vida, significa también una etapa de pérdidas que se pueden subsanar desde los cuidados del profesional de enfermería.

El estudio se ubica dentro del paradigma cuantitativo que, aunque ha demostrado su utilidad y valor histórico en otro tipo de estudios, con fines y objetivos distintos, para la presente investigación representó, en cierta medida, una barrera que no

permitió conocer a mayor profundidad a los sujetos de estudio, limitando numéricamente sus vivencias, experiencias y sentidos.

A pesar de ello, y por ser ésta una aproximación del tipo descriptivo, permitió a esta cumplir con su objetivo: conocer, de manera general, cuáles fueron las características de la dinámica entre un grupo de adultos mayores y sus redes de apoyo social durante el confinamiento por COVID-19, además de observar si esa dinámica se podía presumir, que no afirmar, como un factor protector de ansiedad en esos adultos.

Para ello, fue necesario integrar en un instrumento a aquellos que permitieran identificar por una parte, la dinámica observada por los sujetos de investigación con sus principales redes de apoyo social, y por otra, evaluar la presencia de síntomas asociados o predictores de ansiedad en el referido contexto. Se elaboró el instrumento *“Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por covid-19”*, en el que se integraron para tal fin el *“Inventario de recursos sociales en personas mayores”* y la *“Escala de Ansiedad por Coronavirus.”*.

Los elementos teóricos que sustentaron la presente aproximación se encuentran contenidos en los capítulos subsecuentes y que abordan, en ese orden: el adulto mayor y la vejez, el adulto mayor frente a la COVID-19, la ansiedad y el adulto mayor, y la red de apoyo como factor protector. Siguen a estos apartados los resultados, que finalizan con su análisis, la discusión a la luz del conocimiento ya socializado, y las conclusiones del presente trabajo.

II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermería, que ha centrado la atención desde sus orígenes en el cuidado de las poblaciones vulnerables, ha sido definida como la disciplina, profesión, ciencia y arte encargado del cuidado del individuo, los grupos o las comunidades en la salud y la enfermedad, a fin de potenciar su pleno desarrollo individual y colectivo¹.

El cuidado a los adultos mayores, desarrollado manera empírica desde el origen de la humanidad², se profesionalizó apenas hacia la segunda mitad del siglo XX. Definido como la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado dirigido hacia la restauración y alcance de óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social; el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte³, tuvo en Marjory Warren, enfermera y médica inglesa, su primera y principal impulsora, a partir de los años 40.

Para Warren, que encontró en el personal de enfermería a sus principales aliados, por ser quienes se relacionaban durante más tiempo y con mayor proximidad con el paciente, la procuración de cuidados específicos para los ancianos permitiría que su salud mejorara más rápidamente, fomentando una mayor calidad de vida⁴.

Aunque el estudio de la vejez como etapa del ciclo de vida se ha desarrollado con mayor frecuencia y detenimiento en la actualidad, aún sigue resultando novedoso debido a lo reciente que es y a la diversidad de dimensiones aún por abordar. Este interés renovado se encuentra motivado especialmente por la transición demográfica que experimenta un grupo de países entre los que se encuentra México; situación originada por el aumento en la calidad de vida de la población, que envejece rápidamente⁵⁻⁸.

La necesidad de conocer las maneras en las cuales hacer frente a este desafío sanitario, económico, social, e incluso de movilidad, ha centrado la mirada de un

grupo interdisciplinario de profesionales en la llamada *última* etapa de la vida, y a quienes por ella transitan, convirtiéndolos en los protagonistas de sus investigaciones⁹⁻¹¹.

La pandemia global por COVID-19 ha generado también interés dentro de la comunidad científica por investigar a los miembros de este grupo etario debido a que, según lo demostraron los informes respecto a la letalidad de la enfermedad, fueron los adultos mayores de 60 años el blanco principal del nuevo virus¹²⁻¹⁶.

Las primeras investigaciones se encontraron motivadas, principalmente, por el deseo de conocer el comportamiento del agente patógeno en el ser humano; sus vías de transmisión, su contención y prevención mediante la terapéutica farmacológica específica a través de la vacunación, priorizando por ello los trabajos de corte biofisiológico¹⁷⁻²¹.

La respuesta psicoemocional y de salud mental de las personas mayores se relegó a un segundo plano, haciendo necesario desarrollar nuevas investigaciones con el fin de identificar y describir la respuesta ante la COVID-19; por ejemplo observando la incertidumbre frente a la nueva enfermedad, las necesidades del adulto mayor derivadas de la pandemia, las maneras de enfrentar las demandas cotidianas durante el periodo de distanciamiento físico, y los elementos generadores de bienestar.

Históricamente, los estudios centrados en las necesidades psicoemocionales y mentales de los adultos mayores son también recientes, si se comparan con las investigaciones en relación a otras de las esferas vitales del ser humano (esferas biológica, política o social) debido a que, aunque ya en las antiguas civilizaciones se tuviera especial consideración por “*el viejo*”, o “*los ancianos*” (como sinónimo de sabiduría o decadencia, de experiencia o deterioro) el estudio sistemático, metódico, lógico y racional de éstos se origina en 1922 cuando, con la publicación de “*Senescence: The Last Half of Life*”²² se inaugura en América el estudio científico de las necesidades emocionales, relacionales y cognitivas de aquella población, convirtiéndose en la obra fundacional de la llamada *psicogerontología*²³.

En la obra, además de alzar la voz en contra de la segregación padecida por las personas mayores, y de denunciar los numerosos estigmas con los que se asoció al grupo etario, Stanley Hall identificó la utilidad de los *grupos de pares* (y de otros grupos que proveían apoyos variados) en el sano desarrollo de quienes formaban parte de ellos, y lo necesario de éstos en la etapa final de la vida, como parte de los factores protectores en la salud psicoemocional y mental de la población mayor^{22, 23}.

A este respecto, han sido numerosos los estudios que confirman la importancia de las *redes de apoyo* como factor potenciador de la salud mental y psicoemocional²⁴⁻²⁶, entendidas de manera general como vínculos y dinámicas generadas entre quienes las integran, a fin de contar con un tipo de sostén, sea este económico, instrumental, emocional o de cualquier otro tipo (inclusive como referentes identitarios) especialmente en los contextos desfavorables^{27, 28}. Frente a éstas, son menos numerosas las investigaciones desarrolladas en las que se conjugan las variables “*redes de apoyo*”, “*adultos mayores*”, “*ansiedad*” (como posible respuesta ante la presencia de una pandemia) y “*COVID-19*”.

Como consecuencia, el conocimiento sobre el estado mental, psicológico y emocional de las personas mayores durante la pandemia por COVID-19 se encuentra limitado. No se ha documentado lo suficiente, por ejemplo, sobre la forma en la que este grupo etario le hizo frente de manera particular a la pandemia, teniendo en cuenta su propia vulnerabilidad. Igualmente, se ha indagado poco sobre los elementos generadores de bienestar utilizados, o sobre el desarrollo de trastornos psicoemocionales en el periodo de contingencia sanitaria, existiendo vacíos de conocimiento a este respecto, especialmente en el ámbito mexicano.



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación principal a la que se tratará de dar respuesta mediante la presente investigación es: **¿De qué manera las redes de apoyo constituyen un factor protector de ansiedad en adultos mayores durante la pandemia por COVID 19?**

IV

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir las características generales de la dinámica entre un grupo de adultos mayores residentes de Tlalpan, Ciudad de México, y sus redes de apoyo social durante el confinamiento por COVID-19, especialmente en el periodo de marzo a junio de 2022, identificando si dinámica se convirtió en un factor protector de ansiedad en estos adultos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar y describir las características de la dinámica entre un grupo de adultos mayores y sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19, a partir del *“Inventario de recursos sociales en personas mayores”* (IRSA).

Identificar y describir la frecuencia en la aparición de síntomas asociados con la ansiedad en un grupo de adultos mayores, durante el confinamiento por COVID-19 a partir de la *“Escala de Ansiedad por Coronavirus”* (CAS, por sus siglas en inglés).

V

JUSTIFICACIÓN

El personal de enfermería, por ser el grupo profesional encargado de procurar la salud de los individuos en todas las etapas de su vida, especialmente durante los episodios de mayor vulnerabilidad, se encuentra obligado éticamente a atender las demandas del cuidado según lo requiera la sociedad y sus novedades a nivel mundial, nacional y local.

A diferencia de otros profesionales de la salud, que parcializan su atención centrándola en una de las esferas constituyentes de la realidad humana, las y los enfermeros, por su propia formación, basada en un modelo holístico de cuidado en el que se superponen los cuidados biofisiológicos, psicológicos y sociales, cuentan con herramientas teóricas y procedimentales de fundamento científico a partir de las cuales atender oportunamente a las personas adultas mayores como población creciente, tanto en la atención clínica como en la comunidad.

En México, su cuidado profesional se inauguró con la especialidad de “*Enfermería del Anciano*”, ofertada desde los años 90 por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, a la que posteriormente se sumarían otras instituciones educativas como la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del IPN, con la especialidad en “*Gerontogeriatría*”.

Actualmente, el incremento exponencial de los adultos mayores obliga al sistema nacional de salud, a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, y a quienes se encuentran insertos en estas, a generar soluciones frente a los retos que eso representa.

Para ello, es necesario reflexionar sobre la realidad experimentada a nivel mundial, nacional y local en torno a los adultos mayores no solo *en la salud y en la enfermedad*, sino también en aquellos momentos de incertidumbre, como los que generó la presencia de la pandemia por COVID-19 a nivel mundial y que, como es sabido, los colocó nuevamente en el ojo público debido a su notable vulnerabilidad.

De manera tradicional, las redes de apoyo social han constituido un elemento que favorece el mantenimiento de la salud y el afrontamiento positivo de la enfermedad, siendo en ocasiones la alternativa de mayor proximidad, o la única alternativa, a la que puede recurrir la población. Reconocer que durante la pandemia por COVID-19 las redes de apoyo social se reactivaron, refrendando su importancia y complementando los esfuerzos institucionales por detener los efectos negativos del aislamiento social, constituyó un punto de partida para la reflexión diagnóstica.

No obstante, las limitadas referencias internacionales relacionadas con el tema, y/o relacionadas con la salud mental y emocional de las personas mayores durante la pandemia, o con las estrategias utilizadas por ellas a fin de hacer frente al confinamiento, que a su vez se redujeron en el ámbito nacional, retardaron la posibilidad de realizar un diagnóstico temprano, y de carácter integral, sobre la realidad del grupo etario en este contexto.

La presente investigación surge de la necesidad de subsanar, hasta donde sea posible, algunos vacíos teóricos existentes relacionados con la forma en la que esta comunidad afronta una situación sanitaria particular, como lo fue la pandemia por COVID-19. Este nuevo conocimiento permitirá, además de conocer las particularidades de nuestra población, definir estrategias que favorezcan, desde la comunidad, la implementación de cuidados de calidad para la salud y la vida de los adultos mayores, no solo frente a emergencias sanitarias, sino también frente a otro tipo de acontecimientos, extraordinarios o cotidianos, de cara a la progresiva e inevitable transición demográfica.

VI

MARCO TEÓRICO

6.1.- EL ADULTO MAYOR Y LA VEJEZ

El abordaje científico de cualquier materia supone su plena comprensión, o por lo menos una aproximación seria y suficiente, siendo necesario clarificar las definiciones y los conceptos que emergen de él, permitiendo delimitar los alcances teóricos, y con ello también los alcances prácticos^{29, 30}, que se pretenden desarrollar de él.

Las investigaciones relacionadas con el fenómeno del envejecimiento poblacional, aunque han cobrado auge en las últimas décadas, motivadas por la rapidez con la que se desarrolla esta transición demográfica, celebran en 2022 su primer centenario, cuando se cumplen también cien años de la publicación que inauguró en América el estudio sistemático de la población mayor: “*Senescence: The Last Half of Life*” del psicólogo y pedagogo estadounidense Stanley Hall²². Sin embargo, sigue resultando novedoso el abordaje del grupo etario debido, entre otros factores, a que persiste la discriminación hacia sus miembros³¹⁻³³, a que los estudios pasados y presentes se encuentran regidos, en su mayoría, por el paradigma médico-biologicista, y a las diversas confusiones semánticas del tema, cada vez menores, pero persistentes^{34, 35}.

El estudio de los adultos mayores y la vejez requiere en un principio conceptualizarles, debido a las diversas confusiones que su abordaje genera. Esta falta de claridad para la generalidad se presenta también entre los profesionales que se encuentran en mayor o menor medida relacionados con el grupo etario, a pesar de los esfuerzos realizados por generar la unanimidad, y se origina principalmente por la diversidad de quienes teorizan al respecto: un grupo multidisciplinario de profesionales, entre ellos biólogos, médicos, psicólogos y enfermeros en el área de la salud, y sociólogos, antropólogos, demógrafos, filósofos e historiadores en el área de las ciencias sociales y las humanidades.

Esta diversidad no resulta un problema al estudiar a los adultos mayores de manera integral, pero obliga a clarificar lo que para fines de tal o cual contexto se debe de entender al mencionar el propio término, sus sinónimos o derivados: “adulto mayor”, “anciano”, “viejo”, “senecto”; “envejecimiento”; “ancianidad”, “vejez”, “senectud”³⁴⁻³⁶. Paralelamente, al ser algunos de ellos procesos o etapas por las que transita el ser humano, se hace necesario delimitar en qué momento de la vida inicia uno y otro, y de ser que existan con claridad, qué elementos determinan su inicio y su final.

Los términos “adulto mayor”, “anciano”, “viejo” y “senecto” coinciden en que hacen referencia a un sujeto, en la primera persona del singular, del género masculino, que ha llegado a cierta edad y a cierta etapa de su vida, coincidiendo ésta generalmente con la última del ciclo vital³⁷⁻³⁹. Las diferencias, que son mínimas, se evidencian solo cuando se analiza entre una y otra palabra, utilizadas en la actualidad de manera general desde la discriminación y el prejuicio^{31, 36, 40, 41}.

La palabra “*anciano*” proviene del latín vulgar *antianus*: “antes de” o “enfrente de”⁴², asociándose con lo pretérito, lo sucedido antes de (lo presente), el pasado. El origen del término “*viejo*” es también latino, del latín culto *vetulus*, derivado en el *veclus* del latín vulgar^{43, 44}: “de cierta antigüedad” o simplemente “antiguo”, siendo de los cuatro términos el que presenta mayor relatividad. *Senectus* por su parte, era el nombre latino para la divinidad romana de la vejez, derivado de la voz latina *senex*: “viejo”, y del que se derivan a su vez “senado” como una congregación de viejos, “senador” como un miembro del senado, y *senectud*, como la etapa de la vida en la que se halla el *senex*⁴⁴.

En los tres casos, los vocablos presentan actualmente una alta carga connotativa, y perpetúan patrones negativos que al normalizarse destacan, de una manera parcial y/o errónea y/o exagerada algunos de los rasgos de la vejez, como la pérdida de la vitalidad y el deterioro biofisiológico, psicológico y social, reproduciendo prejuicios en torno a la edad^{40, 41}, muchos de los cuales encuentran su origen en la lejana antigüedad.

Históricamente, la opinión que se ha tenido sobre los “viejos” y la “vejez” ha dividido a la humanidad. De manera general, las sociedades se han posicionado en dos

sentidos diferentes: con una visión negativa, considerándolos como seres decadentes, y como sinónimo de enfermedades y muerte, que es la opinión que sigue imperando sobre ellos^{31, 36, 41}, o a su favor, con una visión positiva, teniéndolos como figuras de autoridad, sabiduría y respeto.

Entre las formas más remotas de organización social (bandas y primeras tribus) de carácter más bien activo, del tipo nómada y carentes de una organización centralizada^{45, 46}, el incremento en la edad de sus miembros se consideró un problema comunitario, pues obstaculizaba el progreso general de la colectividad, que se desplazaba continuamente ante las inclemencias del clima y la hostilidad del medio buscando la supervivencia, abandonando a su suerte a los “*menos aptos*” para la travesía. Los antiguos bosquimanos del sur del continente africano, los sirionós de la selva boliviana y los esquimales son claros ejemplos de comunidades que sostuvieron la primera opinión⁴⁷.

Sin embargo, estas sociedades no fueron las únicas en las que contar con una edad avanzada se convirtió en sinónimo de “decadencia”. En la Grecia clásica, cultura adoradora de la juventud y la belleza, Aristóteles consideró a la vejez como un sinónimo de enfermedad, deterioro y ruina; etapa de debilidades, digna de la compasión e inútil socialmente⁴⁸, siendo esta visión la que se heredó de generación en generación primero a la Edad Media y, con pequeños matices, hasta la actualidad.

Durante los diez siglos que duró el Medievo, caracterizado por el amplio poder de la Iglesia sobre la vida humana, pública y privada, la influencia aristotélica fue notable, a la que se sumaron la propia influencia sacra del antiguo y nuevo testamento, y las características físicas de “los viejos” para configurar una nueva, pero no diferente, idea sobre la vejez. Ser viejo significaba, entre los clérigos, predicadores y líderes de la Iglesia (y a través de ellos, entre la sociedad) ser un testimonio viviente de la decrepitud de la creación, de la decadencia humana y del pecado⁴⁹.

Este significado pasará, casi inalterado, a la edad moderna y la época contemporánea, de enorme pujanza industrial y tecnológica en donde a la vitalidad,

el dinamismo y el trabajo activo se les valorará como generadores de riqueza y bienestar, frente a la pasividad que pudieran presentar los “viejos”.

Frente a esta visión, se presentó también la que valoró positivamente al “viejo”, y las sociedades que reservaron para él un lugar privilegiado dentro de su organización teniendo como ejemplos la antigua China, las culturas mesoamericanas y una parte de la sociedad griega, influida por los pensamientos de Platón.

Los “viejos” se encontraron en la cima de la civilización china en su época de mayor esplendor a pesar de que, según el taoísmo, el envejecimiento se considerara en sí mismo un desajuste en el equilibrio entre el *Ying* y el *Yang*, los principios universales y opuestos constituyentes del ser⁵⁰. Encabezaron la familia tradicional china como máxima autoridad moral que aumentaba proporcionalmente con la edad, al grado tal que con frecuencia la gente menor fingía tener más años de los reales⁵¹.

El respeto dispensado hacia los mayores fue también común para todas las civilizaciones mesoamericanas. En general, todas ellas tuvieron deidades entradas en años, siendo en algunas ocasiones las de mayor autoridad y antigüedad.

El *Códice Matritense* del que se derivan, entre otras, la *Historia general de las cosas de la Nueva España* de Bernardino de Sahagún, describe lo que representaba el anciano para el común de los mesoamericanos: “(...) instructor (...) gobernante y guiador de la gente (...) es renombrado, es famoso. La buena abuela es sustentadora (...) abre caminos a la gente, es educadora. Da inicio a hombres, es fundamento de hombres.”⁵².

Como en la China antigua, en las antiguas culturas mexicanas la autoridad se acrecentaba con la edad, en una especie de derecho de *antigüedad*, teniendo al anciano como el centro de la organización político-social, y como alguien con cierto carácter divino, como el que tenían dentro de las sociedades mesoamericanas el artista, el inventor, el hombre muy sabio y el adivino⁵³.

Y, aunque admite que la vejez tiene sus debilidades⁴⁹, Platón representa una posición opuesta a la que posteriormente tomaría su alumno Aristóteles,

convirtiéndose en el principal defensor de “los viejos” en la Grecia clásica, declarándose incluso a favor de la gerontocracia en *La República*⁵⁴. Los caracteriza como prudentes, discretos, sagaces y juiciosos, apartando para ellos los más altos cargos dentro su gobierno ideal, los de mayor responsabilidad y aquellos que se encuentran más próximos a “la(s) divinidad(es)”; las actividades directivas, administrativas, jurisdiccionales y más altas en estima social⁴⁸.

Actualmente se ha llegado a un acuerdo regional a partir de la reflexión de los términos utilizados para denominar al conjunto de seres humanos de mayor edad, de una manera incluyente, positiva y regida por el enfoque de género, utilizando de manera oficial el término “*Persona Mayor*” desde su publicación en la *Convención Interamericana de Protección de los Derechos de las Personas Mayores* de 2015 aún no ratificada por México⁵⁵ en donde, sin embargo, desde 2002 ha sido una fórmula con la que también se ha reconocido al colectivo⁵⁶.

En México, como en otros países de la región en vías de desarrollo o de un desarrollo económico incipiente, se identifica con la fórmula “*adulto mayor*”, “*persona mayor*”, “*persona adulta mayor*” o sus plurales, a aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad⁵⁷, a diferencia de las naciones desarrolladas, en donde se reconoce como tal a las de 65 años o más, derivado de la mejora en sus condiciones de vida y al deterioro orgánico retrasado⁵⁸⁻⁶¹.

Por su parte, los términos “envejecimiento”, “ancianidad”, “vejez” y “senectud” hacen referencia, el primero a un proceso y los tres restantes a una etapa, que se posiciona como preámbulo al final del ciclo vital.

El envejecimiento como proceso encuentra su origen a nivel celular, pero pronto se expresa en los niveles subsecuentes de la vida: el nivel tisular, orgánico y de los aparatos y sistemas para finalmente manifestarse en lo macro⁶². En el individuo se origina con su concepción y culmina con la muerte, y debe entenderse como la serie de cambios experimentados por un organismo viviente a través del tiempo, en los que influye su contexto (o ambiente) y que se verán reflejados, en el caso del ser humano, en sus dimensiones biofisiológica, psicológica y social^{37, 38, 63}.

La vejez, como término generalizado para conceptualizar la etapa final de la vida^{34, 38, 39, 64} no tiene un inicio formal, debido a que el envejecimiento, que en su máxima expresión le da origen, es un fenómeno individual que se presenta en diferentes magnitudes y momentos en cada persona, por lo que las manifestaciones de los fenómenos asociados a él, en los ámbitos biofisiológico, psicológico y social, dependerán de las características de la vida de cada una de esas personas.

6.1.1.- Panorama demográfico

El incremento en la cantidad de personas adultas mayores en México, y con ello, la inversión de la pirámide poblacional en lo que se llama “*transición demográfica*”^{7, 65} como el fenómeno humano que es, no es ajeno a su contexto. Es producto de una serie de factores que han confluído, entre los que se destaca la incursión de México al grupo de las economías emergentes^{66, 67} con su progreso subsecuente, reflejado en la redistribución del ingreso en favor de las clases medias y en la generación de políticas sociales tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de la población en general.

No es una coincidencia el que los países con un desarrollo económico más claro (y derivado de éste, de un mayor desarrollo social) presenten un mayor nivel en la esperanza de vida, que es una de las tres variables fundamentales para evaluar el desarrollo de una nación. Ejemplo de ello es Japón, país que registra la mayor esperanza de vida al nacer en todo el mundo: 86 años de edad, y que en 2019 se ubicó dentro de las tres economías más fuertes del mundo^{68, 69}.

El desarrollo económico, bien entendido, impulsa la mejora en las condiciones de vida de las naciones, y favorece la accesibilidad a los servicios que permiten a la población no solo vivir una mayor cantidad de años sino, especialmente, vivir esos años con mayor calidad. Un mayor ingreso por habitante a la riqueza nacional (PIB per cápita) facilita que las necesidades cotidianas como el acceso a la alimentación, a la salud o a la vivienda se vean satisfechas de una mejor manera⁷⁰⁻⁷³, a lo que se deben sumar las políticas sociales impulsadas desde los gobiernos en favor de esa población.

Al término de la primera etapa de la Revolución Mexicana (1910-1917), el desarrollo económico y los programas sociales impulsados por el gobierno, primero como resultado de la lucha armada y de la reivindicación de las demandas que le dieron origen^{74, 75}, y después por la incorporación en México del llamado “*Estado de bienestar*”^{76, 77} favorecieron que las condiciones de vida en el país mejoraran siendo menos hostiles, en ambientes más salubres, y que la esperanza de vida creciera, pasando de 41 años para las mujeres y 39 para los hombres en 1940, a casi los 60 y 57 años respectivamente, en 1960⁶⁵.

El crecimiento económico sostenido desde los años 40, y desacelerado a partir de la década de 1980, identificado en la historia económica nacional como el “*Milagro Mexicano*”^{78, 79}, se caracterizó por un pujante desarrollo industrial, mejoras en la alimentación y en la conectividad (con la construcción de caminos y puentes), campañas de alfabetización y sanidad y, especialmente, por la fundación de las instituciones de seguridad social de mayor trascendencia en el país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, en 1943)⁸⁰ y el Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE, en 1959)⁸¹ y ocasionó que los años de vida se incrementaran necesariamente. Al mismo tiempo, las características de la población variaron, unas veces “naturalmente” y otras como resultado de las propias políticas sociales tendientes, por ejemplo, a favorecer la conformación de familias de pocos integrantes, fomentando con ello el descenso de la tasa de natalidad.

Paralelamente, las políticas de bienestar social, muchas de ellas vigentes con sus matices o derivados de éstas, posibilitaron el aumento en la calidad de vida de aquellos que con ellas se beneficiaron. Garantizaron, cuando menos en lo mínimo, el cumplimiento y respeto por los derechos sociales del pueblo, enfocándose desde su creación en velar por el bienestar de los menos favorecidos: campesinos, trabajadores e infancias, siendo necesario incorporar, con el paso del tiempo, a los adultos mayores como colectividad vulnerable, ante su incremento.

Desde la década de 1960 el incremento en el conglomerado de personas mayores de 60 años ha sido un fenómeno generalizado en el continente americano, y antes

de esta fecha ya se había observado en Europa y algunos países de Asia, en donde la población de esta edad ya superaba en porcentaje a la de 15 años o menos. En la región de las Américas se espera que esto se presente en el año 2037, y que para el 2040 ambos grupos etarios, el de los menores de 15 años y el de los mayores de 60 se igualen en proporción en el país, constituyendo el 40% del total de los mexicanos^{82, 83}.

En México, la población con 60 años de edad o más asciende actualmente a 15.1 millones, lo que representa el 12% del total de la población según los resultados definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2020⁸³, teniendo una esperanza de vida que casi alcanza los 79 años para las mujeres y 73 para los hombres, y proyectando que el porcentaje ascienda a 17.1% en 2030, y a 20.7% para 2050⁸⁴, por lo que ha sido necesario continuar, diversificar y en algunos casos intensificar las políticas de bienestar globales y nacionales enfocadas en este grupo etario.

El interés mundial por la evidente coyuntura demográfica alentó a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a convocar en 1978 a sus países miembros a la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento llevada a cabo en Viena cuatro años después (1982), de la que se derivaron los primeros esfuerzos internacionales por atender el que no solo significaba un asunto de salud pública, sino también de seguridad social. En ese contexto, se fundó en 1979 por decreto presidencial el Instituto Nacional de la Senectud (INSen)^{56, 84}, hoy llamado Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) siendo la institución encargada de monitorear el respeto de los derechos de este grupo, actualmente contenidos en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, promulgada en 2002⁵⁷.

Desde aquel momento, las políticas de bienestar se reorientaron, reconociendo al adulto mayor ya no como un sujeto pasivo merecedor de la caridad gubernamental, sino como un sujeto activo de derechos, materializándose en acciones concretas entre las que se ha destacado, por su impacto directo en la mejora de la calidad de vida de sus beneficiarios y por su carácter universal, el apoyo económico directo que en sus orígenes (2003) consistía en la entrega de \$500.00 pesos mensuales⁵⁶,

que en menos de 20 años se han transformado en \$3, 850.00 pesos bimestrales y que se espera se sigan incrementando para el año 2023 a través de la llamada “*Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*”⁸⁵, que desde 2020 se convirtió, previa modificación del artículo 4° Constitucional, en un derecho.

De esta manera, el Estado mexicano se encuentra obligado a garantizar el ejercicio pleno de los derechos del grupo etario en cuestión, favoreciendo un piso mínimo solidario de protección social⁸⁵ y de bienestar, fomentando el incremento en su calidad de vida y, directa o indirectamente, la baja en la mortalidad y los aumentos progresivos de la esperanza de vida y de la población mayor de 60 años en el país.

6.1.2.- Panorama biofisiológico

En 1665 Robert Hooke acuñó el término “*célula*”, nombrando así a las “*celdas pequeñas*” que integraban la totalidad de un corcho observado por él en un microscopio, a lo que se sumó la teoría celular enunciada por Matthias Schleiden y Theodor Schwann casi 175 años después, en 1839, según la cual “*todos los organismos vivos se encuentran constituidos por células*”^{86, 87}. Hoy, se sabe que el cuerpo humano adulto contiene entre 10 y 100 billones de éstas⁸⁸⁻⁹⁰, por lo que nada de lo que acontezca en ellas resultará ajeno a los seres vivientes.

Las perspectivas desde las que se ha abordado el fenómeno del envejecimiento, que en su etapa más avanzada desemboca paulatinamente en la vejez, son diversas como lo son los ámbitos en los que éste se manifiesta, siendo el biofisiológico u orgánico el primero de ellos. Al ser la célula la unidad básica vital^{87, 88, 90}, el conjunto de reacciones químicas producidas en y por ella afectan directamente a los demás niveles de organización de la vida, no pudiéndose prescindir de ellos, siendo ésta la razón por la que se denomina a este deterioro el “*envejecimiento primario*.”³⁴.

Al agruparse, las células constituyen conglomerados de mayor tamaño identificados como *tejidos* que tienen funciones específicas, derivadas del tipo de células que los componen y que posibilitan la realización, consciente o no, de las funciones vitales

básicas: metabolismo, respuesta, movimiento, crecimiento, diferenciación y reproducción^{87, 91}.

El envejecimiento, entendido como los cambios experimentados por un organismo viviente a través del tiempo, en los que influye su contexto (o ambiente) y que se verán reflejados, en el caso del ser humano, en sus dimensiones biofisiológica, psicológica y social^{37, 38, 63}, se ha explicado desde la biogenética a partir de teorías divergentes que, sin embargo, tienen como común denominador los cambios tendientes al deterioro celular, tomándolos como sinónimos del envejecimiento, y atribuidos en unos casos al error en la síntesis de proteínas, a la errónea disposición de los organelos o de las macromoléculas, a la generación de radicales libres o al desgaste celular *per se*; o en otros, a la programación genética *a priori* de las células⁶³.

Las manifestaciones de ese desgaste celular, independientemente de su origen, son quizás las más evidentes, frente a las manifestaciones de envejecimiento “psicológico” o “social”, pues se expresan no solamente en la apariencia física de aquellos que transitan por él, sino también en el mantenimiento o la pérdida de capacidades y actividades, algunas de ellas valoradas a partir de instrumentos y escalas diseñados para tal fin^{92, 93}.

Durante la vejez, los valores en los signos vitales varían dependiendo de la presencia o ausencia de enfermedades que los alteren. Sin embargo, parámetros como la respiración y la temperatura disminuyen debido al debilitamiento del diafragma, de los músculos intercostales y la pérdida de la elasticidad pulmonar en el primer caso, y a la pérdida del tejido adiposo y al deterioro de las funciones del hipotálamo, en el segundo. Por el contrario, la presión arterial presenta un aumento, como resultado del engrosamiento y rigidez de los vasos sanguíneos y el agrandamiento cardíaco^{38, 94, 95}.

La estatura y el peso disminuyen debido a los cambios propios del deterioro celular de huesos, músculos y articulaciones, y por la pérdida de tejido adiposo, la baja en la masa ósea y la disminución de la cantidad de agua en el cuerpo, respectivamente⁹⁵.

A nivel sensorial se presentan cambios importantes a medida que el deterioro celular progresa, y que se refleja también en el adecuado funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas.

Tabla 1. **PRINCIPALES CAMBIOS A NIVEL SENSORIAL**

Sentido	Cambios	Origen de los cambios
Visión	Pérdida progresiva de la agudeza visual, de la amplitud del campo y la discriminación de los colores.	Disminución en el tamaño de la pupila. Menor transparencia y mayor grosor del cristalino.
	Aparición del arco senil.	Depósito de sales y colesterol alrededor de la córnea.
	Queratinitis seca.	Disminución de la mucina y de la secreción lagrimal.
Audición y equilibrio	Pérdida progresiva de la audición y en la capacidad para discriminar palabras.	Degeneración del nervio auditivo. Engrosamiento de la membrana timpánica. Disminución en la elasticidad de los huesecillos del oído. Taponamientos por cerumen.
	Pérdida progresiva del equilibrio.	Deterioro en el funcionamiento de los canales semicirculares, el sáculo y el utrículo del sistema vestibular.
Gusto y olfato	Pérdida progresiva de la percepción de sabores y olores.	Deterioro de las papilas gustativas y de los receptores olfatorios.
	Xerostomía.	Disminución de la producción de saliva por parte de las glándulas salivales.
Tacto	Pérdida progresiva de la elasticidad de la piel.	Disminución en la producción de colágena y elastina, por parte del tejido epitelial.
	Alteración en la percepción de la temperatura, la presión, las texturas o el dolor.	Deterioro en el funcionamiento de los corpúsculos de Meissner y Paccini, del órgano de Ruffini, de los discos de Merkel y de otros receptores sensoriales de la piel.

Fuentes:

Manual Merck de Geriátria. 2ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 2001.

Salgado Alba A, Ruipérez Cantera I. Manual de Geriátria. 3ª ed. Madrid: Elsevier Masson; 2002.

Abizanda Soler P. Tratado de medicina geriátrica. 2ª ed. México: Elsevier; 2020.

Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Manual Terapéutico en Geriátria. 2ª ed. México: Médica Panamericana; 2020.

Tabla 2. **PRINCIPALES CAMBIOS EN LOS APARATOS Y SISTEMAS**

Aparato / Sistema	Cambios	Origen de los cambios
Aparato Respiratorio	Disminución de la función pulmonar máxima y menor tolerancia a la actividad.	Atrofia y debilitamiento de los músculos intercostales. Pérdida de la elasticidad pulmonar, por la pérdida gradual de la elastina.
	Disminución en la transferencia de oxígeno a la sangre.	Deterioro del tejido pulmonar y pérdida de alveolos y capilares.
	Incremento de las infecciones en la vía aérea.	Reducción en la producción de IgA a nivel respiratorio, y en el movimiento de los cilios pulmonares.
Aparato Digestivo	Deterioro en la masticación y en la deglución.	Pérdida de piezas dentales y deficiencia en la contracción y relajación esofágica.
	Deficiencia en la digestión y en la absorción de nutrientes.	Disminución de la secreción gástrica y atrofia de la mucosa intestinal.
	Intolerancia a la glucosa.	Menor capacidad de las células beta pancreáticas para responder a los cambios de la glucemia.
	Mayor incidencia de colestiasis.	Aumento de la hormona colecistocinina.
	Estreñimiento.	Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino.
Aparato Reproductor	Amenorrea.	Cese de la secreción hormonal ovárica.
	Disfunción eréctil.	Deficiencia de la testosterona y otras variadas comorbilidades.
Aparato Urinario	Dificultad en el vaciado de la vejiga y aumento en la frecuencia de la micción.	Disminución del tono y la elasticidad de la vejiga.
	Mayor incidencia de infecciones urinarias.	Vaciado incompleto de la vejiga y cambio en su mucosa.
	Incontinencia.	Pérdida del tono de la musculatura vesical y alteración en la inervación autónoma.
	Hipertrofia prostática.	Agrandamiento benigno de la glándula prostática.
Sistema Circulatorio	Mayor incidencia de hipertensión arterial e hipotensión ortostática.	Engrosamiento y rigidez de la aorta y disminución en la sensibilidad de los barorreceptores.
	Incremento de problemas aterotrombóticos.	Aumento en la cantidad de grasa acumulada en los vasos sanguíneos, pérdida de elasticidad y su estrechamiento.

	Arritmias.	Enfermedades cardiacas como la fibrilación auricular.
	Disminución del gasto cardiaco y llenado más lento.	Incremento del tamaño del corazón a expensas del ventrículo izquierdo, y engrosamiento de su pared.
	Reducción en el volumen sanguíneo.	Disminución fisiológica de la cantidad de agua corporal, y del número total de los glóbulos rojos, la hemoglobina y el hematocrito.
Sistema Inmunológico	Mayor incidencia de las infecciones.	Deficiencia en la eliminación de los microorganismos patógenos por parte de los macrófagos y los granulocitos polimorfonucleares.
Sistema Endócrino	Intolerancia a la glucosa.	Menor sensibilidad celular a los efectos de la insulina, y resistencia de los tejidos periféricos a su acción, especialmente los músculos.
Sistema Óseo	Mayor fragilidad ósea.	Aumento en la actividad osteoclástica y disminución en la osteoblástica. Desmineralización.
	Menor resistencia de ligamentos y tendones.	Proliferación y actividades disminuidas de los fibroblastos.
Sistema Muscular	Disminución de la fuerza muscular.	Descenso de la masa corporal magra e incremento de la masa grasa.
	Sarcopenia.	Pérdida de las unidades motoras y fibras musculares.
Sistema Tegumentario	Pérdida de elasticidad de la piel y adelgazamiento. Fragilidad de uñas y cabello.	Disminución fisiológica de la cantidad de agua corporal. Pérdida gradual de la colágena y la elastina. Alteraciones del tejido epitelial.
Sistema Nervioso	Deterioro del proceso cognitivo-conductual. Pérdida de la memoria y de la capacidad para realizar actividades cotidianas.	Atrofia y muerte neuronal. Flujo sanguíneo reducido. Disminución en la velocidad de la conducción neuronal.

Fuentes:

Manual Merck de Geriátria. 2ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 2001.
 Salgado Alba A, Rujpérez Cantera I. Manual de Geriátria. 3ª ed. Madrid: Elsevier Masson; 2002.
 Abizanda Soler P. Tratado de medicina geriátrica. 2ª ed. México: Elsevier; 2020.
 Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Manual Terapéutico en Geriátria. 2ª ed. México: Médica Panamericana; 2020.

6.1.3.- Panorama psicológico

Los cambios experimentados por el adulto mayor no se limitan a los de expresión o fundamento biofisiológico. Se presentan también en los ámbitos psicológico y social, formando parte del “*envejecimiento secundario*”³⁴.

El ámbito psicológico centra su atención en numerosos y diversos núcleos de acción desde igual número de perspectivas, pero de manera general incluye en su abordaje a los procesos mentales básicos y superiores, la conducta y el comportamiento, y las emociones y los sentimientos humanos que como resulta lógico, se ven transformados por el envejecimiento, ya desde lo interno, como parte del desgaste orgánico natural, ya desde lo externo, a partir de la influencia del medio sobre el individuo, o de la interacción de éste con el medio^{38, 96-98}.

En la vejez más que en cualquier otra etapa de la vida, unas y otras pérdidas representan un continuo, según el cual el envejecimiento primario influye en el deterioro de las funciones psicoemocionales y mentales, y altera directa o indirectamente las capacidades relacionales del individuo, al mismo tiempo que las influencias del medio repercuten también en ese “*primer*” envejecimiento.

El desgaste neurodegenerativo por ejemplo, condiciona el funcionamiento del sistema nervioso y favorece la aparición de una serie de entidades cognitivas y conductuales que agrupadas, unas como las causas y otras como sus consecuencias, constituyen la así denominada *demencia*, definida como “(...) la pérdida de funciones cognitivas con compromiso en la funcionalidad (...)” que trae consigo “(...) la pérdida de las actividades de la vida diaria para el funcionamiento laboral, social y familiar.”⁹⁹.

Las pérdidas de origen orgánico como la amnesia (de la memoria), la afasia (del lenguaje), la apraxia (de la capacidad para realizar tareas previamente aprendidas) o la agnosia (de la capacidad de reconocer lo previamente aprendido) se expresan en cambios de actitud y comportamiento frecuentemente asociados a la vejez: aislamiento, falta de iniciativa y apatía, desinterés, cambios súbitos de humor y un número variado de trastornos emocionales¹⁰⁰⁻¹⁰².

Tabla 3. PÉRDIDAS EN LA VEJEZ	
PÉRDIDA	ORIGEN ORGÁNICO
Amnesia	Deterioro en los lóbulos temporales, que son en donde se almacena la mayor cantidad de información para su posterior utilización.
Afasia	Deterioro en el lóbulo frontal (área de Broca, área de Wernicke, córtex) en donde se configuran los signos lingüísticos básicos para la comunicación.
Apraxia	Deterioro en el lóbulo parietal izquierdo, en donde se encuentra el conocimiento sobre el mundo material, y del lóbulo frontal, en donde se almacena información espacial y temporal necesaria para la ejecución de movimientos.
Agnosia	Deterioro de las cortezas sensoriales primaria y secundaria de cada sentido, y de la corteza de asociación límbica, encargada de recibir los estímulos y asociarlos con los contenidos de la memoria.

Fuentes:

Sánchez Escobedo P. Psicología Clínica. México: Manual Moderno; 2008.
 Fernández Gil Í. Diccionario de psicología clínica y psicopatología. Madrid: MAD; 2010.
 Afifi AK, Bergman RA. Neuroanatomía funcional. Texto y atlas. 3ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2020.

El adulto mayor, que durante toda su vida desempeñó roles específicos según su contexto familiar y social⁹⁸, los pierde también con el envejecimiento, por lo que estas nuevas pérdidas se suman a las de origen biofisiológico presentes.

A lo largo de su vida, y especialmente a la hora de transitar de una etapa vital a otra^{39, 103}, el ser humano se enfrenta a una serie de transferencias expresadas en pérdidas y ganancias^{104, 105} que configuran su personalidad (procesos cognitivos, afectivos y comportamentales).

Frente a las pérdidas, se hace necesario utilizar habilidades y herramientas con las que cuenta cada individuo, intelectuales, físicas, materiales o relacionales^{39, 97, 98} y que en la vejez son variadas y múltiples pero que, no obstante, no siempre se

pueden aprovechar en su totalidad debido al deterioro propio de la edad, y a las incapacidades que este genera.

El acceso a cada etapa vital presenta al individuo una serie de nuevos retos identificados por Erik Erikson en su “*Teoría de las ocho edades del hombre*” (1933) como “*crisis*”¹⁰³, aconteciendo en la vejez la última de éstas: la *crisis de la integridad frente a la desesperación* que se ocasiona, entre otras, por la limitación funcional generalizada, la acumulación múltiple de pérdidas, la limitación en los recursos para hacerle frente a estos retos, y por el pensamiento constante en la proximidad de la muerte¹⁰⁶⁻¹⁰⁸.

La limitación en el uso de las habilidades y herramientas habituales, o su uso parcial fomenta en el adulto mayor la búsqueda de nuevas estrategias que, cuando resultan efectivas, le permiten afrontar las dificultades y progresar en su desarrollo vital¹⁰⁵. Frente a las nuevas necesidades, aparece lo que en los años 80 Paul Baltes llamó “*optimización selectiva con compensación*”, según la cual el individuo elige y concentra todos sus esfuerzos en la realización de aquellas actividades que aún puede desempeñar, actuando como equilibrio ante la pérdida de otras habilidades, siendo este reajuste el que explicaría por qué la mayoría de los adultos mayores no sufre una importante disminución en su sentido de *bienestar subjetivo* o de control personal^{38, 104, 106}.

No obstante, cuando la optimización no resulta suficiente y los retos no se resuelven, o no de una manera eficiente, se originan como consecuencia nuevas respuestas psicoemocionales que agudizan el problema.

Tabla 4. RESPUESTAS PSICOEMOCIONALES	
Distrés	<p>Reacción negativa o exagerada ante una situación o encuentro amenazante, cuya magnitud excede los propios recursos de afrontamiento, y que pone en peligro el bienestar. Se origina en la relación dinámica entre la persona y el ambiente.</p> <p>En esta respuesta, influye la forma de interpretar los acontecimientos y la manera de valorar las habilidades, las</p>

	herramientas y las posibilidades personales para enfrentarlos, teniendo principalmente un carácter subjetivo.
Duelo patológico	<p>El duelo es la reacción adaptativa normal frente a una pérdida (física, intelectual, material o relacional) a partir de respuestas biopsicosociales variadas, conscientes o inconscientes, a fin de compensarla.</p> <p>Cuando no existen respuestas adaptativas, o las que se presentan son insuficientes, el duelo se torna patológico, imprevisible en cuanto a duración, consecuencias o secuelas. Se caracteriza, entre otras, por negación prolongada de la pérdida, aislamiento social, comportamientos autodestructivos y/o depresión.</p>
Depresión	<p>A) Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días; 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días; 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días; 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días; 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días; 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días; 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, casi todos los días; 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días; 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. <p>B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>

Fuentes:

Kübler Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. España: Luciérnaga; 2017.
Naranjo Pereira ML. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*. 2009; 33 (2): 171-190.
Daneri MF. Psicobiología del estrés. Argentina: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires; 2012.
Maura Mateu MP. Duelo y apego. De la creación del vínculo a la pérdida del mismo. España: Universidad de las Islas Baleares; 2015.
Yi Yi P. Duelo. Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos. España: Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia; 2015.
Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Inglaterra: American Psychiatric Association; 2013.

6.1.4.- Panorama social

Como observador de la naturaleza y como teórico social, Aristóteles concluyó que el hombre es necesariamente un animal gregario y que necesita de la vida en comunidad para su pleno desarrollo, “(...) es evidente que la ciudad es una de las cosas naturales, y que *el hombre, por naturaleza, es una especie de animal social*”¹⁰⁹. Ésta sociedad de la que el hombre emerge se ve enriquecida con los aportes de cada uno de sus miembros, pero también influye en sus vidas, imponiéndoles normas de comportamiento y roles que se deberán de observar y adoptar para permanecer dentro de ella. Así, la dinámica bidireccional de la vida en sociedad determina en mayor o menor medida el comportamiento individual de sus miembros.

El contexto demanda la observancia de unas u otras normas, y la etapa vital en la que se encuentran los miembros de la sociedad determina los roles a adoptar según se requiera, pudiendo un miembro desempeñar más de un rol a la vez, en diversos contextos¹¹⁰⁻¹¹³. De esta manera, las actividades que la sociedad espera que un individuo lleve a cabo, junto con las que realiza en función de las necesidades del contexto determinan la denominada “edad social”; una construcción social y cultural según la cual los diferentes grupos sociales organizan sus actividades a lo largo de la vida^{114, 115}.

En el núcleo familiar, se espera que los adultos mayores hayan consolidado ya su familia; que sus hijos (de haberlos tenido) cuenten con la suficiente edad, madurez y habilidades para abandonar el “*nido primordial*”¹¹⁶⁻¹¹⁸ e iniciar formalmente sus propias familias. El nacimiento de los nietos será también un elemento distintivo esperado por la sociedad durante la vejez, que otorgará los nuevos roles de *abuelo* o *abuela*¹¹⁹⁻¹²¹, siendo los nietos el elemento que en muchos casos mantendrá unida a la familia nuclear con la familia derivada.

La salida de los hijos del hogar influirá de manera negativa o positiva en la calidad de vida de los padres, dependiendo del tipo de relación sostenida con éstos. En cualquier caso, ésta se presentará como una pérdida que se sumará a las pérdidas a las que el adulto mayor deberá de hacer frente, y que en algunas ocasiones

acrecentará los problemas que se presentan en la vejez, especialmente cuando se es parcial o completamente dependiente^{122, 123}. La soledad, originalmente ocasionada por esta salida, se complicará si los problemas de dependencia favorecen el aislamiento social a lo que, al final, deberá de sumarse también la viudez ante la pérdida de uno de los dos miembros del matrimonio, en los casos en donde se viva en pareja. Cuando la relación entre los padres y los hijos fuera negativa, su salida de casa se presentará como positiva, y se verá reflejada en el incremento en la calidad de vida de los padres¹²⁴⁻¹²⁶.

No obstante, a pesar de que los vínculos socioafectivos disminuyen, los que se conservan suelen hacerse más significativos, debido a que los adultos mayores seleccionan de una manera más consciente con qué personas y bajo qué circunstancias relacionarse; privilegian la calidad del vínculo por encima de la cantidad de contactos sociales o su frecuencia, según la “*Teoría de la selectividad socioemocional*”^{127, 128}.

Estas transformaciones en la vida familiar coinciden de manera general con el retiro de la vida laboral. La jubilación constituye un “rito de paso” por el que transitan todos quienes han cumplido con la edad mínima para retirarse de este ámbito, o con los años de servicio necesarios para hacerlo. La asociación que la sociedad establece entre la edad de los trabajadores y el cese de las actividades laborales redundante en la percepción que sobre esta etapa vital se tiene, generalmente en sentido negativo, reforzando la idea de la inutilidad de los adultos mayores, y reproduciendo los estereotipos derivados de ésta¹²⁹⁻¹³².

Hacia 1961 Elaine Cumming y William Henry promovieron la idea del desarraigo social de los adultos mayores como positiva y necesaria, e inclusive la fomentaron en pro de la incursión en la vida laboral y social de las generaciones jóvenes, en la llamada “*Teoría de la desvinculación*”^{35, 133}. Frente a esta idea surgieron las que, contrariamente, teorizaron sobre lo necesario de la actividad constante de los miembros de este grupo etario, visibilizando la importancia de su inclusión en las actividades familiares, comunitarias y sociales.

En 1949 se enunciaron por primera vez los postulados de la “*Teoría de la actividad*”, contrarios a los enunciados por Cumming y Henry, y reformulados en las décadas de los 50 y 60 por Robert Havighurst, Ruth Albrecht y Ruth Cavan. La teoría revaloró el papel de la actividad en la vejez, y enfatizó que el involucramiento social de los adultos mayores beneficia de manera general su vida, dejando claro que si éstos dejan de vincularse a las actividades sociales, más que por su deseo expreso, es por las pocas oportunidades que encuentran éstos para su inclusión¹³³.

La nueva perspectiva desde la que se miró a la vejez a partir de la teoría de la actividad derivó en la aparición de nuevas teorías que, a su vez, favorecieron la implementación de políticas públicas tendientes a fomentar la mejora en la calidad de vida de las personas adultas mayores, en las que se tomó como sinónimo de “envejecimiento activo” el “envejecimiento exitoso”^{134, 135}.

A finales de los años 90, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al “*envejecimiento activo*” como “(...) el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.”^{136, 137}. Desde aquel momento el término se popularizó y permeó las agendas de los gobiernos del mundo, a favor de la atención integral a este grupo etario.

6.2.- EL ADULTO MAYOR FRENTE A LA COVID-19

El año 2019 culminó con la aparición de 27 casos de una neumonía atípica y de origen aparentemente desconocido, reportados en la región china de Wuhan, siete de los cuales se consideraron graves por lo agresivo de los signos y síntomas asociados, que en menos de un mes se convirtieron en más de 800 nuevos casos en todo ese país, y que rápidamente se extendieron a los países vecinos de Tailandia, Corea del Sur y Japón^{138, 139}.

La propagación del agente causal, que pronto se descubrió era un virus respiratorio, y sus consecuencias traspasaron con rapidez más fronteras geográficas, obligando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declararla una emergencia sanitaria de alcance global el 30 de enero de 2020, por la novedad de la enfermedad, por su severidad y por la facilidad de su transmisión. Para aquella fecha, el virus se encontraba presente en 18 países además de China, en los cuales sumaba más de 7, 500 casos¹³⁹⁻¹⁴¹.

Un mes después, el 27 de febrero de 2020, inició en México la fase 1 de la emergencia, cuando se identificó el primer caso de esta enfermedad, que para aquel entonces se identificaba ya con el nombre de *COVID-19*. Se trató de un ciudadano residente de la Ciudad de México que regresó de un viaje hecho a Italia, país del que se importaron los primeros seis casos. El 11 de marzo de aquel año la OMS catalogó la enfermedad como pandemia de alcance mundial, estando presente en 114 países, con más de 118,000 casos activos y habiendo causado más de 4, 000¹⁴¹⁻¹⁴³ defunciones hasta ese momento.

6.2.1.- El virus del SARS CoV-2

Los primeros casos de *COVID-19* se asociaron, desde su aparición, con la ingestión de alimentos contaminados provenientes del mercado local de Huanan, en donde también se comerciaba con animales vivos, los cuales se encontraban hacinados, en condiciones ilegales e insalubres¹³⁸⁻¹⁴⁰. La teoría de mayor aceptación entre la comunidad científica sobre el origen de la *COVID-19* es la que la refiere como una

zoonosis, a partir del contacto directo entre el humano y el reservorio del virus, entre los que se propuso al murciélago, el pangolín malayo, la civeta de las palmeras o el mapache japonés¹⁴¹, ahí vendidos.

El nombre *COVID-19* hace referencia a la *Coronavirus Disease* (enfermedad por coronavirus) cuyo primer caso se registró el 08 de diciembre de 2019 en Wuhan, China. Esta enfermedad, que encuentra en el *SARS-CoV-2* su agente causal^{138, 139}, hace referencia al coronavirus de más reciente aparición. A la fecha, se conocen siete especies de ellos; no obstante solo tres, incluyéndolo, resultan letales para el ser humano: el *SARS-CoV* (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus) también de origen chino surgido en 2002, con una gran capacidad para causar infecciones de las vías aéreas bajas, y el *MERS* (Middle East Respiratory Syndrome) descubierto en 2012 en Arabia Saudita y Jordania, como agente causal de neumonías graves, y potencialmente mortales^{139, 140}.

Debido a que se encuentran emparentados, formando parte de la familia de los *beta coronavirus*, el *SARS-CoV-2* presenta elementos comunes con su predecesor, el primer *SARS-CoV*, estructural y fisiopatológicamente. De estructura esférica, con un diámetro de entre 60 a 140 nanómetros, su genoma se integra por una única hebra de material genético del tipo ARN de cadena sencilla con unos 30 mil nucleótidos, presentando incrustadas en su superficie la mayor cantidad de sus proteínas; de membrana (M), de envoltura (E) y “espiga” o “*Spike*” (S), estas últimas encargadas del reconocimiento y la unión del *SARS-CoV-2*¹³⁸⁻¹⁴⁰ a las enzimas de la célula del huésped.

Las proteínas espiga, que son también las que dan la característica forma de corona solar al virus, utilizan el mismo mecanismo de infección que los demás coronavirus, a partir del reconocimiento de la Enzima Convertidora de Angiotensina 2 (ECA 2), presente en las células epiteliales alveolares, de riñón, hígado, cerebro, placenta, corazón, endotelio vascular e intestino. ECA 2 se encarga de la respuesta vasodilatadora, anti hipertrófica, pro apoptótica y anti proliferativa, oponiéndose a los efectos de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA 1)^{144, 145}.

Luego de haber ingresado al organismo por la vía aérea, mucosas, conjuntivas o heridas, el *SARS-CoV-2* reconoce a la ECA 2 y se ancla a ella, iniciándose la transcripción del material genético y con ello el ciclo de replicación viral en las células diana del huésped. La demanda en la fabricación masiva de proteínas virales en cada una de esas células genera estrés en ellas y las programa para su muerte (apoptosis). Por su parte, cuando el organismo ha reconocido al patógeno, se activa la liberación de elementos de señalización como parte de la primera línea de defensa, entre ellos citocinas y neutrófilos. Con ello, se atrae hasta el sitio de la infección a macrófagos, monocitos y células T para continuar con la defensa inmunitaria. Como resultado, se genera edema, infiltración celular y exfoliación de las células dañadas¹⁴⁴⁻¹⁴⁷.

Las repercusiones de la infección en el ámbito respiratorio suelen presentarse con mayor frecuencia y ser las de mayor gravedad, debido a que *SARS-CoV 2* es un virus respiratorio, pudiendo distinguirse dentro de ellas tres fases según el nivel de su severidad.

- Primera fase: Infección presente en las vías aéreas altas, especialmente en la cavidad nasofaríngea, afectando solo a algunos tipos celulares. De manera general, no presenta signos o síntomas, siendo el tipo de infección por la que cursan las personas asintomáticas.
- Segunda fase: La infección se extiende a las vías respiratorias mayores como bronquios y bronquiolos. Se presentan síntomas de inflamación pulmonar como dolor, y puede cursarse con o sin hipoxia.
- Tercera fase: Se ven implicados los alveolos, que son las estructuras encargadas del intercambio gaseoso. Implica la liberación masiva de mediadores inflamatorios, generando un daño irreversible en los neumocitos, encargados de la difusión de los gases en el organismo y de evitar el colapso de los pulmones (atelectasia), a partir de la generación de factor surfactante¹⁴⁴.

Al romperse la pared de los alveolos se compromete la capacidad del intercambio gaseoso, generando en última instancia disfunción respiratoria.

Tabla 1. OTRAS ALTERACIONES EN LA SALUD

SISTEMA	MANIFESTACIONES	CAUSA
Sistema renina-angiotensina (SRA)	Incremento en la presión arterial Daño renal	La principal finalidad del SRA es la de regular la dinámica de la sangre y el líquido corporal y de mantener la estabilidad de los vasos sanguíneos; tiene como elementos centrales para su funcionamiento a las Enzimas Convertidoras de Angiotensina (ECA 1 y ECA 2). La ECA 2 es la enzima de anclaje (receptora) del SARS-CoV 2.
Sistema cardiovascular	Daño hematológico: Linfocitopenia Trombocitopenia	La linfocitopenia y trombocitopenia se asocian a la “tormenta de citocinas”; la subsecuente respuesta inflamatoria aumenta la apoptosis de estas células (linfocitos y plaquetas).
Sistema digestivo	Diarrea Síndrome de colon irritable Enfermedad de Crohn	La expresión de ECA 2 en el epitelio intestinal es la más alta en todo el cuerpo. La “tormenta de citocinas” con la subsecuente respuesta inflamatoria aumenta la apoptosis de las células digestivas tal como sucede en el pulmón.
Sistema endócrino	Diabetes crónica o transitoria Tirotoxicosis e hipotiroidismo	Daño directo sobre las células beta pancreáticas, encargadas de la producción de la insulina, por parte del SARS-CoV 2. Reacción inflamatoria pos viral de la tiroides, con la correspondiente alteración en su función.
Sistema nervioso central	Cefalea Infarto cerebrovascular	Inflamación crónica desencadenada por la infección. Eventos trombóticos inducidos por la coagulopatía subyacente e infección directa en las células nerviosas.

Fuentes:

Manta B, Sarkisian AG, García Fontana B, Pereira Prado V. Fisiopatología de la enfermedad COVID-19. *Odontoestomatología*. 2022; 24 (39): 1-19.
 Sánchez Valverde AJ, Miranda Temoche CE, Castillo Caicedo CR, Arellano Hernández NB, Tixe Padilla TM. Covid-19: fisiopatología, historia natural y diagnóstico. *Revista Eugenio Espejo*. 2021; 15 (2): 98-108.
 De García J. Entendiendo la fisiopatología de COVID-19. *Crea Ciencia*. 2020; 13 (1): 44-47.

Tabla 2. **SÍNTOMAS GENERALES DE LA ENFERMEDAD**

ESTADÍO CLÍNICO	SÍNTOMAS	EXPLORACIÓN FÍSICA	AUXILIARES DIAGNÓSTICOS
Asintomático	Sin síntomas clínicos	Sin alteraciones aparentes	Radiografía normal PCR positiva
Leve	Síntomas de infección de vías aéreas superiores: Odinofagia Rinorrea Estornudos Congestión nasal Fiebre de baja intensidad Mialgias Tos seca Síntomas digestivos leves	Hiperemia en mucosa nasal y faringea	Radiografía normal PCR positiva Cambios tomográficos en 35%
Moderado	Fiebre Tos húmeda Fatiga Cefalea Sibilancias	Estertores gruesos Oximetría conservada	Tomografía de tórax con lesiones características
Grave	Fiebre Tos con disnea Síntomas gastrointestinales (diarrea) Taquipnea Dificultad respiratoria	Hipoxemia	Elevación de enzimas hepáticas Rabdomiólisis Alteraciones en la coagulación
Crítico	Insuficiencia respiratoria aguda que amerita ventilación mecánica	Choque séptico Encefalopatía Falla cardiaca Coagulación intravascular diseminada Insuficiencia renal Falla multiorgánica	Lo referente a la falla multiorgánica

Fuente: Romo Domínguez KJ, Saucedo Rodríguez EG, Hinojosa Maya S, Mercado Rodríguez JY, Uc Rosaldo JE, Ochoa García E. Et. Al. Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*. 2020; 33 (Sup): 10-32.

Tabla 3. **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

PRUEBA DIAGNÓSTICA	QUÉ DETECTA	TIPO DE MUESTRA	VENTAJAS / DESVENTAJAS
<p>PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ÁCIDOS NUCLÉICOS</p> <p>Reacción en Cadena de la Polimerasa (RT-PCR)</p> <p>Es la prueba más sensible; técnica de referencia y de elección para el diagnóstico de COVID-19</p>	<p>Material genético del virus; ARN en el caso del SARS-CoV 2</p>	<p>Distintas muestras biológicas clínicas, tanto respiratorias como no respiratorias: orina, heces, sangre</p> <p>En infecciones graves se pueden tomar muestras de esputo, aspirado endotraqueal o bronquial y lavado bronco alveolar</p>	<p>Ventajas:</p> <p>Especificidad de la prueba</p> <p>Obtención de los resultados rápida (10 a 15 minutos)</p> <p>Se puede realizar en el domicilio, con vigilancia de personal capacitado</p> <p>Desventajas:</p> <p>No discrimina entre una infección aguda y una infección ya resuelta</p>
<p>PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS</p> <p>La detección de antígenos es superior al 95%</p>	<p>Proteínas virales específicas de SARS-CoV 2 en la muestra, como la proteína N y las sub unidades S1 o S2 de la proteína espiga.</p>	<p>La muestra se obtiene del tracto respiratorio, del exudado nasofaríngeo u orofaríngeo</p>	<p>Ventajas:</p> <p>Rapidez y sencillez del test</p> <p>Obtención de los resultados rápida (10 a 15 minutos)</p> <p>Desventajas:</p> <p>Riesgo de contagio para el personal que toma la muestra</p> <p>Es necesario que la muestra sea tomada por personal especializado</p>
<p>PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS</p> <p>Su sensibilidad depende del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la realización de la prueba:</p> <p>1 a 5 días < al 50% 5 a 10 días = 50 a 75% 10 a 20 días > al 75% > a 20 días > al 90%</p>	<p>Presencia de anticuerpos IgM e IgG frente al SARS-CoV 2</p>	<p>La presencia de anticuerpos se puede realizar en muestras de sangre, suero o plasma</p>	<p>Ventajas:</p> <p>Obtención de los resultados rápida (10 a 15 minutos)</p> <p>Menor exposición para el personal que toma la muestra</p> <p>Desventajas:</p> <p>En fases precoces de la infección, riesgo de falsos negativos</p> <p>Riesgo de falsos positivos si el paciente ha estado expuesto a otros coronavirus</p>

Fuentes:

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; Grupo Infecciones en Urgencias. Información y explicación de la pandemia del siglo XXI. COVID-19. Diagnóstico y clínica. Madrid: INFURG-SEMES; 2020. Onoda M, Martínez Chamorro MJ. Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19. Madrid: Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2020.

6.2.2.- Vulnerabilidad del adulto mayor frente a la COVID-19

Los grupos con mayor vulnerabilidad frente a la COVID-19 se reconocieron casi desde el principio de la pandemia: mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas, con enfermedades autoinmunes y adultos mayores de 60 años; colectivo en el que se conjuntaban, en algunos casos, ambos tipos de enfermedades¹⁴⁵⁻¹⁴⁷ a los que se sumaba el debilitamiento en su sistema inmunológico, como elemento característico del envejecimiento.

Como se ha mencionado con anterioridad, una de las principales características de esta etapa vital es que en ella se consolidan ganancias adquiridas con el paso del tiempo en los diversos ámbitos de la vida: biofisiológico, psicológico y social, pero que también se encuentra caracterizada por una serie de pérdidas^{104, 105} que merman la salud de quienes las experimentan.

En los ámbitos psicológico y social o si se quiere, en el *ámbito psicosocial*, por ser ambos fundamentalmente convergentes y por estar relacionados íntimamente el uno con el otro, el abandono y la violencia son una constante que incrementa la vulnerabilidad de los adultos mayores.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que el abandono es un tipo de violencia que junto con la violencia psicológica, física, económica y/o sexual afecta a un número importante de adultos mayores en México y el mundo¹⁴⁸. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018 reportó que el 11.4% del total de los adultos mayores mexicanos viven en hogares unipersonales, quienes representan alrededor 1.7 millones de ellos¹⁴⁹. Al mismo tiempo, se ha reconocido que es dentro de la propia familia en donde se manifiesta la mayor cantidad de actos violentos hacia los miembros de este colectivo. Se ha detectado que los adultos mayores han sido maltratados "(...) principalmente por las y los hijos con un 37%, seguidos por la pareja, con 11%; las y los nietos, 10% (...)"¹⁵⁰.

Dentro del ámbito biofisiológico, son las enfermedades y la discapacidad otra constante a partir de la que se puede caracterizar de manera general a la vejez, y que vulnera aún más a los miembros de este grupo etario. Esta constante dual,

aunque es generalizada a nivel mundial, se agudiza en el subcontinente latinoamericano integrado por países que, con sus matices, son reconocidos como países *en vías de desarrollo*, con todo lo que eso representa.

Según la ENADID, para 2018 el 42.3% de los adultos mayores que vivían solos contó con algún tipo de limitación para realizar las actividades consideradas como básicas, mientras que el 27.1% de ellos presentó alguna discapacidad¹⁴⁹. Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM) del mismo año reportó que más de la mitad de los hombres adultos encuestados, mayores de 60 años, presentó diabetes y/o hipertensión (60.5%), mientras que en caso de las mujeres, estas enfermedades crónicas se presentaron en casi el 80 por ciento de ellas (79.7%)¹⁵¹.

Más directamente relacionada con el sistema respiratorio y la salud pulmonar, se presenta en las personas adultas mayores una mayor susceptibilidad a manifestar complicaciones debido a las transformaciones fisiológicas y estructurales que con la edad sufre el sistema respiratorio en su conjunto y que, sumadas a la presencia del SARS-CoV2

Los cambios principales a nivel estructural son:

- Aumento progresivo de la cifosis y del diámetro antero-posterior del tórax, así como la disminución de su diámetro vertical, adoptando una disposición en “*tone!*”. El tórax se hace más rígido y pierde flexibilidad, alterando la mecánica fisiológica de la respiración.
- Aumento en la rigidez de la tráquea por la calcificación de los cartílagos traqueales y disminución en el número total de cilios. Se pierde la capacidad de retroceso elástico, y con esto la función defensiva del reflejo tusígeno y/o la expulsión de moco.
- Aumento en el tamaño de las glándulas mucosas bronquiales, lo que favorece la mayor producción de moco.
- Los bronquiolos respiratorios y conductos alveolares se agrandan, son menos profundos, se aplanan y se presentan fenestraciones en las paredes

alveolares. Estos cambios alteran la difusión de oxígeno a nivel pulmonar, con la consecuente difusión deficiente de éste por el organismo¹⁷³⁻¹⁷⁵.

Por su parte, los principales cambios a nivel funcional observados son:

- Disminución en la *compliance* torácica y en la presión trans pulmonar, obligando al adulto mayor a realizar un 40% más de esfuerzo para mover el tórax, en comparación con un adulto joven.
- Los bronquiolos de menor tamaño (<2 mm de diámetro) muestran una disminución significativa de su calibre, favoreciendo su oclusión prematura.
- El aumento en el espacio muerto pulmonar, el cierre precoz de la vía aérea y la disminución en el retroceso elástico pulmonar dan lugar a deficiencias en el intercambio gaseoso alveolar.
- En la faringe, la disminución de la fibronectina favorece la colonización de bacilos gramnegativos.

La administración de fármacos como los corticoides, el ácido acetil salicílico y otros AINE, frecuentemente utilizados en el adulto mayor, dan lugar a la inhibición en la síntesis de prostaglandinas, a alteraciones en la composición del moco, en la actividad de los cilios, y en la respuesta inflamatoria del pulmón, modificando el número y la capacidad fagocítica de los macrófagos alveolares¹⁵²⁻¹⁵⁴.

6.2.3.- Prevención de la enfermedad

Ante la aparición repentina de la *COVID-19*, los organismos de salud internacionales emitieron recomendaciones a fin de frenar la rápida y constante expansión del virus. El desconocimiento casi total de la nueva enfermedad y de su agente causal no fue, sin embargo, un obstáculo para implementar medidas que, basadas en los principios de prevención y precaución, detuvieran su expansión; entre ellas se encontraron acciones esenciales como el distanciamiento social o el continuo y correcto lavado de manos o medidas controversiales, como el uso de mascarillas faciales, a las que se ciñeron en mayor o menor medida, con sus matices, los gobiernos del mundo.

Unas de las primeras recomendaciones a las que atendieron los países fue la del distanciamiento social. El gobierno de México, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud impulsó la *Jornada Nacional de Sana Distancia* y la campaña “*Quédate en casa*” que inició el 23 de marzo de 2020, y que originalmente concluiría el 31 de mayo de ese mismo año^{155, 156}. No obstante, la expansión constante del virus y el incremento exponencial en el número de contagios hicieron necesario prolongar el periodo de confinamiento domiciliario, que se acompañó de la restricción en la realización de actividades masivas, actividades en espacios cerrados y aquellas consideradas no esenciales, o que podían realizarse de manera remota, desde el hogar.

El 24 de marzo de 2020 inició la fase 2 de la pandemia en México^{157, 158}: fase en la que los contagios entre los portadores del virus (adquirido en otro país) y la población sana mexicana comenzaron a ser directos, pasando de las decenas a los cientos de infectados, en diversos estados de la república.

La “*Sana distancia*” fue la medida de distanciamiento social según la cual se mantuvo una distancia mínima de 1.5 metros entre las personas en los espacios en los que ocurriera una interacción en caso de no poder atender el resguardo domiciliario voluntario¹⁵⁶, cuyo carácter fue obligatorio para las mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas, enfermedades autoinmunes o adultos mayores de 60 años.

La finalidad de la medida fue la de eliminar la exposición al virus de las personas aparentemente sanas, dada la capacidad del virus para ser expulsado por la boca o nariz al hablar, toser, estornudar, y su capacidad para viajar por el aire en forma de gotículas respiratorias o aerosoles, en donde pudiera ser aspirado por otros al momento de interactuar^{159, 160}. Además, se fomentó la tos y el estornudo de “*etiqueta*”, o la “*etiqueta respiratoria*”, consistente en cubrir completamente con el ángulo del brazo la boca y la nariz al momento de toser o estornudar, a fin de contener en este espacio corporal las gotículas y aerosoles expulsados.

El continuo y correcto lavado de manos constituyó otra de las medidas esenciales en el control de la expansión de la COVID-19 que rápidamente se adoptó (o reforzó) en las naciones del mundo, debido a la alta efectividad para eliminar de las manos los posibles agentes infecciosos a través del barrido mecánico de hongos, bacterias o virus (como el SARS-CoV 2) y la exposición a los jabones, detergentes o antisépticos con su respectiva inactivación o eliminación¹⁶¹⁻¹⁶³. En establecimientos públicos y privados se implementó la colocación de alcohol gel en las manos para su limpieza antes del ingreso y se colocaron tapetes con sustancias desinfectantes, para favorecer la limpieza del calzado.

Sin embargo, no todas las recomendaciones sanitarias fueron atendidas por los gobiernos del mundo. El uso de las mascarillas faciales constituyó el ejemplo principal de estas recomendaciones durante la pandemia por COVID-19¹⁶⁴. Argumentando la falta de solidez científica que respaldara su uso, diversos países del mundo, entre los que se encontró México, prefirieron no atender la medida al principio de la pandemia, respaldada por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), o el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC), no así por la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{165, 166}, que tampoco impulsó su obligatoriedad.

El uso de la mascarilla facial no fue obligatorio a nivel nacional; la responsabilidad de regular su uso recayó en cada estado de la federación, dividiéndose nuevamente la opinión. Ocho estados atendieron la recomendación de manera pronta y estricta, llegando a establecer multas o arrestar a aquellos ciudadanos que no atendieran la

medida: Colima, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Sonora, Aguascalientes y Chihuahua¹⁶⁷, siendo en estas dos últimas entidades en las que su uso obligatorio fue más prolongado, durando casi los dos años¹⁶⁸.

El desconocimiento de tratamientos farmacológicos eficaces que pudieran prevenir la infección por *SARS-CoV 2*, o su franca inexistencia, aceleraron el desarrollo de vacunas que permitieran la reducción de su transmisión. Hasta la conclusión de este trabajo, en marzo de 2023, se documentó la existencia de más de 100 proyectos de investigación relacionados con la elaboración de una vacuna contra la *COVID-19*, de las cuales menos de una veintena alcanzó la plena aprobación de las instancias reguladoras de medicamentos a nivel internacional¹⁶⁹; la *Food and Drug Administration* (FDA) en los Estados Unidos, o la *Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios* (COFEPRIS) en México.

Para que estas vacunas cuenten con la aprobación de los organismos reguladores internacionales, deben de cumplir con nueve requisitos generales, o con la mayor cantidad posible de éstos:

- Eficacia igual o mayor al 50%;
- No producir reacciones adversas graves, que comprometan la vida o dejen secuelas graves;
- Respuesta inmune de mínimo seis meses;
- Capaz de administrarse en todo tipo de población;
- Capaz de transportarse a temperatura ambiente o en refrigeradores convencionales (2°C a 8°C);
- Proteger frente a nuevas variantes del agente patógeno;
- Aplicarse en una sola dosis;
- Asequible para el grueso de la población;
- Administrarse por vía oral, ocular o por mucosas^{169, 170}.

El 23 de diciembre de 2020 llegaron a México las primeras 3, 000 dosis de la vacuna Pfizer BioNTech provenientes de los Estados Unidos¹⁷¹. Al día siguiente, el 24 de diciembre, se aplicó en las instalaciones del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” la primera vacuna en contra de la *COVID-19* en territorio nacional; la enfermera María Irene Ramírez¹⁷² se convirtió, de manera voluntaria, en la primera mexicana en ser inmunizada.

Tabla 4. PRINCIPALES VACUNAS APLICADAS EN MÉXICO

TIPO DE VACUNA	VACUNAS Y DESARROLLADOR		CARACTERÍSTICAS	EFFECTIVIDAD COSTO CONSERVACIÓN
Vacuna de ácidos nucleicos Introduce el genoma viral en la célula eucariota, para transcribir y traducir las proteínas virales que son reconocidas por el sistema inmune	ARNm	BNT162b2 Pfizer y BioNTech Dos dosis: día 0 y día 21 Intramuscular	Una vez dentro del huésped, el ARNm inicia la síntesis de la proteína S, que activará la respuesta inmune humoral y de células T.	95% de efectividad 19 a 21 dólares por dosis Almacenamiento a temperaturas de ultracongelación (-70 a -80°C)
	ARNm	mRNA-1273 Moderna y el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los EE.UU. Dos dosis: día 0 y día 28 Intramuscular	Traduce la proteína S del SARS-CoV 2; el huésped, al reconocer el antígeno, desarrollará una respuesta inmunológica capaz de neutralizar la proteína.	94.4% de efectividad 25 a 37 dólares por dosis Almacenamiento a temperaturas de entre los 2 a 8°C
Vacuna de vectores virales Virus recombinantes o modificados con la función de transportar material genético ajeno a sí mismo a fin de transcribir y traducir la secuencia genética del gen viral y generar inmunidad hacia él	ChAdOx1 nCov-19 AstraZeneca y la Universidad de Oxford Dos dosis: día 0 y día 28 Intramuscular		Basada en un vector adenoviral de chimpancé. Una vez adentrado el vector en las células del huésped, sintetizarán proteína S, iniciando la producción de anticuerpos y la inmunidad celular contra esta proteína, impidiendo la infección.	70.4% de efectividad después de dos dosis 64.1% de efectividad después de la primera dosis 2.4 a 4.5 dólares por dosis Almacenamiento a temperaturas de entre los 2 y 8°C
	Gam-COVID-Vac Instituto de Investigación Gamaleya y el Ministerio de Salud de la Federación Rusa Dos dosis: día 0 y día 21 Intramuscular Con dos presentaciones: Congelada y liofilizada		Utiliza adenovirus como vectores para expresar la proteína S en las células del huésped, generando inmunogenecidad bidireccional capaz de neutralizar el antígeno objetivo, y el factor vectorial.	91.6% de efectividad después de la primera dosis 100% de efectividad después de la segunda dosis 10 a 20 dólares por dosis Almacenamiento a temperaturas de entre los 2 y 8°C
	Ad5-nCoV CanSino y el Instituto de Biotecnología de Beijing Monodosis Intramuscular		Utiliza un adenovirus con un defecto que impide su replicación. Posee dos genes específicos que confieren la base para la inmunogenecidad, permitiendo que el sistema inmunológico desarrolle la respuesta específica que inhibe la replicación del virus.	65.7% de efectividad 4 dólares Almacenamiento a temperaturas de entre los 2 y 8°C
Vacuna de virus inactivados Virus que no son infecciosos o patógenos, pero que al conservar su estructura proteica íntegra, generan un adecuado estímulo antigénico en las células diana	CoronaVac Sinovac Biotech Dos dosis: día 0 y día 28 Intramuscular		Basada en la cepa CN02 del SARS-CoV 2 inactivada, y coadyuvada con hidróxido de aluminio.	51% de efectividad contra infección sintomática 100% contra COVID grave y hospitalización 15 a 30 dólares por dosis Almacenamiento a temperaturas de entre los 2 a 8°C

Fuentes:

González Ortiz JA, Orihuela López DA, Xibille Friedmann DX. Las vacunas contra la COVID-19, ¿Cuál es mejor? *Lux Médica*. 2021; 17 (49): 1-18.

Chaparro Mérida NA, Moreno Samper D, Franco Lacato AO. Seguridad de las vacunas contra la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2021; 38 (4): 634-642.

De no tratarse adecuadamente, a partir del manejo de la sintomatología y de la estrecha vigilancia de los síntomas que pudieran indicar su evolución a estadíos más graves, las complicaciones de la COVID-19 podrían ser fatales.

Tabla 5. **POSIBLES COMPLICACIONES Y SU MANEJO**

ESTADIO	MANIFESTACIÓN	POSIBLES SIGNOS Y SÍNTOMAS	MANEJO
Enfermedad leve	Sin manifestaciones	Pacientes infectados por COVID-19 sin presencia de síntomas o síntomas leves	Aislamiento, manejo sintomático con antipiréticos y analgésicos, nutrición suficiente y rehidratación adecuada
			<p align="center">Señales de alarma</p> <p align="center">Mareo, disnea, taquipnea, dolor torácico, deshidratación, cianosis</p>
Enfermedad moderada	Neumonía	<p>En los niños, tos o disnea más taquipnea o tiraje costal</p> <p>En los adolescentes y adultos, fiebre, tos, disnea y/o taquipnea</p> <p>SpO₂ > 90% con aire ambiente</p>	Aislamiento para contener la transmisión del virus y monitorización de la pulsioximetría
			<p align="center">Señales de alarma</p> <p align="center">Mareo, disnea, taquipnea, dolor torácico, deshidratación, cianosis, SpO₂ < 90% con aire ambiente</p>
Enfermedad grave	Neumonía grave	<p>Fiebre, tos, disnea y/o taquipnea</p> <p>SpO₂ < 90% con aire ambiente</p> <p>Hipoxemia</p> <p>Obstrucción respiratoria o apnea, disnea grave, cianosis central</p> <p>Choque o convulsiones</p>	<p>Monitorización estrecha de la pulsioximetría y demás signos vitales, administración inmediata de oxigenoterapia suplementaria a fin de llevarlos por lo menos al SpO₂ de 90% o mayor, y en el caso de embarazadas mayor de 92 o 95%</p> <p>Pruebas hematológicas y bioquímicas, electrocardiograma, y radiografía torácica</p> <p>De ser necesario, maniobras de permeabilización de las vías respiratorias</p> <p align="center">Señales de alarma</p> <p align="center">Lesiones hepáticas, renales y cardíacas agudas</p> <p align="center">Coagulación intravascular diseminada o choque</p> <p align="center">Accidentes cerebrovasculares, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o síndrome coronario agudo</p> <p align="center">Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda</p>
			<p align="center">Señales de alarma</p> <p align="center">Descenso constante en la saturación de oxígeno</p> <p align="center">Neumotórax, señales de fibrosis pulmonar o de insuficiencia en órganos, aparatos y sistemas</p>
Enfermedad crítica	Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA)	<p>Falta de aire para respirar</p> <p>Tos, a menudo con esputo espumoso blanco o rosado</p> <p>Fiebre, fatiga, dolor abdominal</p>	<p>Soporte respiratorio mediante un ventilador mecánico con volúmenes corrientes bajos (4-8 ml/kg del peso corporal previsto) y presiones inspiraciones bajas (presión estable <30 cm H₂O), combinado con oxigenoterapia</p> <p>En casos de SDRA grave (PaO₂/FiO₂ <150) proporcionar ventilación en decúbito prono durante 12 a 16 horas al día</p> <p>De ser necesario, maniobras de permeabilización de las vías respiratorias</p> <p align="center">Señales de alarma</p> <p align="center">Descenso constante en la saturación de oxígeno</p> <p align="center">Neumotórax, señales de fibrosis pulmonar o de insuficiencia en órganos, aparatos y sistemas</p>
	Síndrome y choque séptico	<p>Infecciones sistémicas como la bacteriemia</p> <p>Infección de tracto respiratorio inferior</p>	<p>Administración de vasopresores (norepinefrina como primera opción) para mantener una presión arterial media igual o mayor a 65 mmHg</p> <p>Administración de antibióticos, líquidos en bolo, rehidratación a partir de cristaloides (hipertónicos, no hipotónicos, de almidones o gelatinas, pues generan daño renal)</p> <p align="center">Señales de alarma</p> <p align="center">Presión arterial < 65 mmHg</p> <p align="center">Insuficiencia respiratoria, cardíaca o de cualquier órgano, aparato o sistema</p>

Fuente:

Organización Mundial de la Salud (OMS). Manejo clínico de la COVID-19. Orientaciones evolutivas. Suiza: OMS; 2021.

6.3.- LA ANSIEDAD Y EL ADULTO MAYOR

Actualmente se reconoce que los temas de mayor relevancia dentro de la disciplina psicológica no pueden ni deben de abordarse de manera unilateral. El carácter multi e interdisciplinario de la psicología, adquirido a partir de su desarrollo a través del tiempo, ha obligado a quienes participan de ella a repensar esos temas a la luz de la complejidad de la vida humana contemporánea, siendo uno de estos constructos el de la *ansiedad*, presente en el estudio filosófico, psicológico y social formalmente desde hace más de ciento cincuenta años¹⁷³.

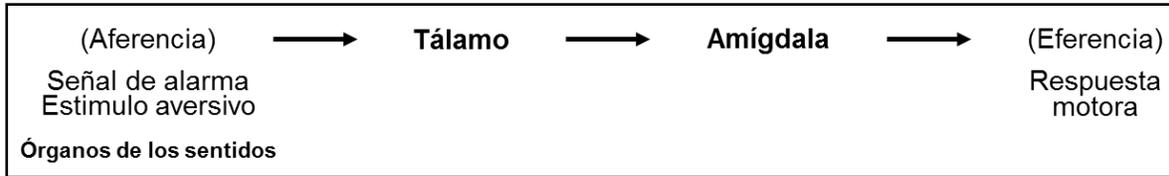
Etimológicamente, la palabra “*ansiedad*” proviene del latín *anxietas*: “aflicción”, que según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se trata de un “(...) estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”¹⁷⁴, frecuentemente asociada con la palabra “*angustia*” (temor sin causa precisa) al traducir el alemán “*angst*” al inglés “*anxiety*”, lo cual no pasó al traducirle de estos idiomas al español o al francés, en donde se distingue la *anxiété* (ansiedad) de la *angoisse* (angustia)^{175, 176}.

Biofisiológicamente, la ansiedad cuenta con numerosos cuerpos nerviosos que participan en su producción y modulación, como ocurre con las manifestaciones cerebrales complejas. No obstante, su origen se puede hallar en el tálamo, estructura cerebral de apenas unos tres centímetros de largo, que junto con el hipotálamo integran el di encéfalo, encargado de la recepción y “retransmisión” de casi toda la información sensorial a la corteza cerebral, incluidas algunas de las señales de alarma, luego de su detección a través de los órganos de los sentidos^{89, 177, 178}.

Una vez identificada como tal, la señal de amenaza o estímulo aversivo se redirige desde el tálamo a otras estructuras cerebrales en las cuales generará respuestas a fin de mantener en el máximo estado de alerta a quien pudiera encontrarse frente a una situación de peligro^{89, 178}, pudiendo ser estas del tipo fisiológico, motor (conductual), cognitivo o una mezcla de las tres en diferente medida¹⁷⁷.

Para la generación de respuestas acordes a la amenaza, el tálamo redirige las señales hasta otras estructuras cerebrales a partir de las vías directa o indirecta.

Figura 1. **VÍA TALMÁMICA DIRECTA**

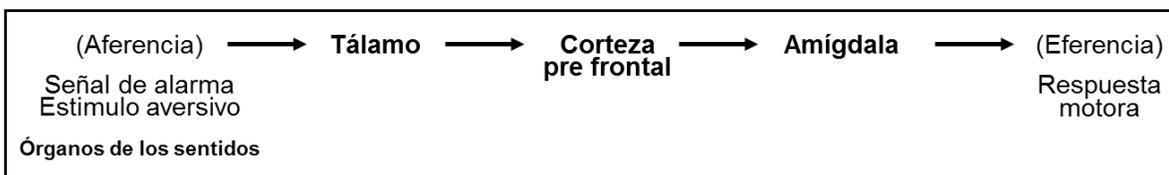


Fuente: Elaboración propia

Las reacciones fisiológicas y motoras (conductuales) generadas a partir de la *vía talámica directa* son inconscientes e irracionales, resultado de la alerta innata animal; involuntarias, generadas casi por reflejo, siendo éstas las que permitieron la subsistencia de los primeros seres humanos frente a las inclemencias del medio, las amenazas de los depredadores o de otros seres humanos, preparándoles para “luchar” o “huir” ante el peligro¹⁷⁹⁻¹⁸¹.

El paso directo de las señales de alerta percibidas desde el tálamo hacia la amígdala, como centro regulador de las emociones encargado de otorgar significados emocionales a los estímulos las dota, al ser generalmente predictores de peligro¹⁷⁹, de un significado emocional displacentero: tristeza, enojo, y especialmente miedo¹⁸².

Figura 2. **VÍA TALMÁMICA INDIRECTA**



Fuente: Elaboración propia

Cuando, luego de la percepción de señales de alarma, éstas son tratadas con mayor detenimiento debido a su propia naturaleza, más compleja y que va más allá de lo instintivo, se les re direcciona desde el tálamo a la corteza cerebral pre frontal, utilizando para su tratamiento la *vía talámica indirecta*^{177, 178}.

La corteza pre frontal es la estructura encargada de regular las funciones cerebrales de mayor complejidad (memoria, atención, lenguaje, razonamiento abstracto, actos gestuales y funciones ejecutivas)¹⁸³, hasta la que estas señales se redirigen, a fin de darles una respuesta racional y acorde a cada situación; enfocada a un fin y planeada luego de analizar sus estímulos desencadenantes, y no a partir de instintos primitivos^{89, 181}. Las nuevas respuestas se basarán en los propios conocimientos, saberes, experiencias y otros recursos intelectuales, físicos, materiales y relacionales.

Luego de su análisis en la corteza éstas se dirigen, como en el caso de la *vía talámica directa*, a la amígdala para su asociación emocional, que aunque también suele hacerse con las emociones displacenteras (tristeza, enojo y miedo), tiende a reconocer de mejor manera los recursos con los que se cuenta personalmente para hacerle frente a la amenaza^{89, 179}.

A su paso por el tálamo, la corteza pre frontal o la amígdala, los estímulos aversivos o señales de alarma generan también manifestaciones fisiológicas en quien las experimenta¹⁸⁰. Algunas de las manifestaciones más relevantes son las que a continuación se enuncian.

Tabla 1. MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD			
PROCESAMIENTO DEL ESTÍMULO	SISTEMAS EFERENTES	PATRONES DE RESPUESTA AL MIEDO Y ANSIEDAD	
AMÍGDALA	Cuerpo estriado	Activación motriz inducida por el miedo (Lucha o huida)	
	Núcleo trigémino	Expresión facial de miedo	
	Núcleo facial motor		
	Núcleo para branquial	Hiperventilación inducida por el miedo	
	Núcleo motor basal del vago	Activación del sistema parasimpático	
		Incremento en la frecuencia urinaria, bradicardia	
Hipotálamo lateral	Activación del sistema simpático		
	Taquicardia, hipertensión arterial, sudoración, piloerección, midriasis		

	Núcleo para ventricular del hipotálamo	Liberación de neuro péptidos y adrenocorticoides
		Respuesta hormonal al estrés

Fuente:
Reyes Ticas JA. Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2005.

Para su estudio y tratamiento, la ansiedad ha sido clasificada según su origen y las características manifiestas generadas por cada una de sus variantes. Las dos clasificaciones de mayor relevancia son las que han elaborado al respecto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM).

Tabla 2. PRINCIPALES TIPOS DE ANSIEDAD	
Clasificación Internacional de Enfermedades 10	
TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA:	
Agorafobia	Miedo a los espacios abiertos, las grandes multitudes y a la dificultad para poder escapar de ellos inmediatamente a un lugar seguro, que generalmente es el hogar.
Fobias sociales	Miedo al juicio de terceros en el seno de grupos pequeños a los que pertenece quien la padece.
Fobias específicas	Restringidas a situaciones muy específicas, que suelen ser estables a diferencia de la agorafobia.
Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación	No encuentran su origen en elementos específicos.
OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD:	
Trastorno de pánico	Crisis recurrentes de ansiedad grave sin origen particular. Son imprevisibles.
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular.
Trastorno mixto ansioso-depresivo	Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Fuente:
Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, Mira Vicedo A. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de atención primaria. España: Centro de Salud de Novelda; 2018.

Tabla 3. PRINCIPALES TIPOS DE ANSIEDAD	
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V	
Trastorno de ansiedad generalizada	Anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de un sentimiento de disforia y/o de síntomas somáticos de tensión, excesivos y persistentes, difícilmente controlables.

Trastorno de ansiedad social	Miedo o ansiedad intensos relacionados con situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio de otros.
Fobia específica	Aparición de miedo intenso, persistente, excesivo o irracional asociado a un objeto o situación específica.
Agorafobia	Miedo que aparece asociado a dos o más de las siguientes situaciones prototípicamente agorafóbicas: lugares abiertos, multitudes, transportes públicos, hacer filas y/o estar solo fuera de casa.
Trastorno de angustia	Crisis de angustia inesperada y recurrente. Generalmente la primera de ellas se presenta un mes después de haber empezado a experimentar inquietud o preocupación persistente sin origen aparente.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicación	Crisis generalizadas inducidas por la ingesta de medicamentos u otras sustancias.
Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad	Crisis generalizadas inducidas a consecuencia fisiopatológica directa de otra condición médica.

Fuente:

Tortella Feliu M. Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 2014; 110: 63-69.

La incorporación de la ansiedad al debate académico y su consecuente estudio encuentran en Søren Kierkegaard con “*El concepto de la angustia*” de 1844 uno de sus antecedentes más remotos. En esta obra se plasmaron, de manera general desde la filosofía existencialista, algunas ideas que permanecen vigentes respecto a su definición¹⁸⁴. De esta disertación sobre la ansiedad se han podido rescatar en estudios posteriores tres ideas centrales. La incompreensión de la angustia por sí misma (por parte de quien la experimenta, en un primer momento). La vivencia de la angustia siempre frente a algo que es indeterminado e incierto. La diferencia entre la angustia y el miedo, este último que se experimenta siempre frente a algo que se conoce y dimensiona.

El progreso de la psicología y de sus escuelas se reflejó en la reestructuración de sus conceptos centrales y, en general, de los temas medulares en el análisis psicológico de entre los que emergió el de la ansiedad que fue abordado, a pesar de sus diferencias ontológicas, epistemológicas y procedimentales, por todas las escuelas psicológicas.

Desde la escuela del psicoanálisis, Sigmund Freud publicó en 1926 *“Inhibición, síntoma y ansiedad”*, obra en la que desarrolla toda una teoría que la describe en líneas generales como un proceso fisiológico de control-represión de la libido entre las tres entidades constituyentes del ser: el “ello” (en donde se concentra la libido), el “superyó” (que busca regular los impulsos o las fuerzas de la libido) y el “yo”, como mediador realista de éstos, que encuentra su origen en cuatro pérdidas sufridas por el niño a lo largo de su vida (pérdida de objetos deseados, de amor, de identidad y de autoestima). Posteriormente, agregaría a esta teoría la idea de la angustia vista como señalamiento interno de peligro inminente, pudiendo provenir éste del mundo exterior, en la denominada “*ansiedad objetiva o miedo*”, o de los impulsos interiores, a los que llamó “*ansiedad subjetiva o neurótica*”^{185, 186}.

El conductismo, que presta mayor atención a los estímulos extracorpóreos y ambientales, considera a la ansiedad como una respuesta fisiológica humana condicionada por los estímulos que resultan especialmente negativos o nocivos, por lo que el origen o la explicación de la ansiedad no debe de indagarse en etapas de vida previas o en la infancia, sino en los elementos desencadenantes de ella, actuales y presentes en el medio.

La escuela cognitiva por su parte ha sido la que, de una manera más clara, reciente y sistemática ha teorizado al respecto, a partir de teorías en la que se considera a la ansiedad como un concepto integral y multifactorial. Hacia 1968 Peter Lang enunció la *Teoría tridimensional de la ansiedad*, en la que afirma su triple naturaleza, rechazando su carácter unitario, pregonado por otras escuelas y tradiciones^{185, 187}. Para esta teoría el origen de la ansiedad no es único; se encuentra en un complejo integrado por tres sistemas de respuesta: el complejo fisiológico-cognitivo-conductual humano.

A esta se sumaron los postulados de la *Teoría cognitiva de la ansiedad* de Aaron Beck en la década de los 80, que parten de la premisa de que todos los trastornos emocionales se deben a un procesamiento de la información sesgado, distorsionado o errado, y según la cual en la ansiedad existe una *sobreestimación*

de un peligro futuro, que es generalmente proporcional a la subestimación de las capacidades de afrontamiento de aquel que la experimenta.

Beck y sus colaboradores consideraron a la ansiedad como la activación de un complejo sistema de respuestas (fisiológicas, cognitivas, conductuales y/o afectivas) frente a sucesos o circunstancias que, anticipadamente, se consideran imprevisibles e incontrolables, y que potencialmente, se piensa, pondrán en peligro la estabilidad o la vida de quién la experimenta. Además, hicieron énfasis en la diferenciación entre el miedo y ésta, siendo el primero una “valoración del peligro (real)” mientras que la ansiedad el “(...) sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo.”^{185, 188.}

Establecieron también cinco principios centrales para diferenciar entre el estado del miedo como respuesta adaptativa preventiva de daños y la ansiedad “normales” y el miedo o la ansiedad “anormales” o “patológicos”, siendo la diferencia principal el nivel de discapacidad que generan los segundos en quienes los padecen, impidiéndoles responder adecuadamente a las circunstancias o eventos que se representan mentalmente.

- **COGNICIÓN DISFUNCIONAL:** Existe una valoración errónea del peligro, que no es un peligro objetivo, es decir que no es real, material o se observa.
- **DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO:** El manejo efectivo y adaptativo frente a las amenazas percibidas es deficiente, mientras que se sobreestima el peligro futuro, lo que interfiere con la capacidad de la persona para disfrutar de una vida plena y satisfactoria.
- **PERSISTENCIA:** La ansiedad patológica persiste durante mucho más tiempo, a diferencia de la ansiedad no patológica, independientemente de que llegue a materializarse o no la amenaza potencial.
- **FALSAS ALARMAS:** Ocurre en ausencia de un estímulo real amenazante, aprendido o no aprendido.

- **HIPERSENSIBILIDAD A LOS ESTÍMULOS:** La amenaza suele ser relativamente leve, en comparación con la respuesta de parte de quien la experimenta.¹⁸⁸

Tabla 4. TEORÍA COGNITIVA DE LA ANSIEDAD

Principios básicos	
Valoración exagerada de la amenaza	Atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como si fuera a tener un grave impacto negativo.
Mayor indefensión	Evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, generando una subestimación de la propia capacidad para afrontar la amenaza percibida
Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad	Procesamiento inhibido o altamente restrictivo de las señales de seguridad frente a las amenazas o el peligro representado por el estímulo negativo.
Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo	El acceso al pensamiento y razonamiento más constructivo, lógico y elaborativo es difícil y, por ello, se emplea de manera ineficaz para la reducción de la ansiedad.
Procesamiento automático y estratégico	Mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la cualidad incontrolable e involuntaria de la ansiedad.
Procesos auto-perpetuantes	Ciclo vicioso en el que el aumento de atención centrada en uno mismo sobre las señales y síntomas de ansiedad contribuirá a la intensificación de la angustia subjetiva.
Primacía cognitiva	La ansiedad da un valor exagerado a la amenaza frente al punto de vista débil, indefenso y vulnerable de quien la padece.
Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad	El aumento de susceptibilidad a la ansiedad es el resultado de creencias sobre la vulnerabilidad o indefensión personal frente a la amenaza.

Fuente:
Clark DA, Beck AT. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. España: Desclee de Brouwer; 2012.

De la teoría cognitiva de la ansiedad se desprende el modelo homónimo en el que se explica, esquematizadamente, el ciclo por el que se genera la ansiedad en quien la experimenta. Bajo las cinco premisas que permiten diferenciar al miedo y la ansiedad normales de los patológicos, y según los principios generales antes enunciados, el modelo cognitivo de la ansiedad se inicia con la presencia de situaciones, señales o estímulos que resultan especialmente aversivos, peligrosos o desagradables.

Estos estímulos desencadenantes, aferencias, son identificados mentalmente, de manera casi automática, en la búsqueda de coincidencias de éstos con experiencias o vivencias similares que, en otros tiempos, hubieran generado inseguridad, miedo, estrés o ansiedad. Esta primera identificación se hace desde lo pre consciente, siendo un sistema de detección precoz de la alerta, en el llamado “*Modo de orientación*”, como primera barrera defensiva frente al peligro.

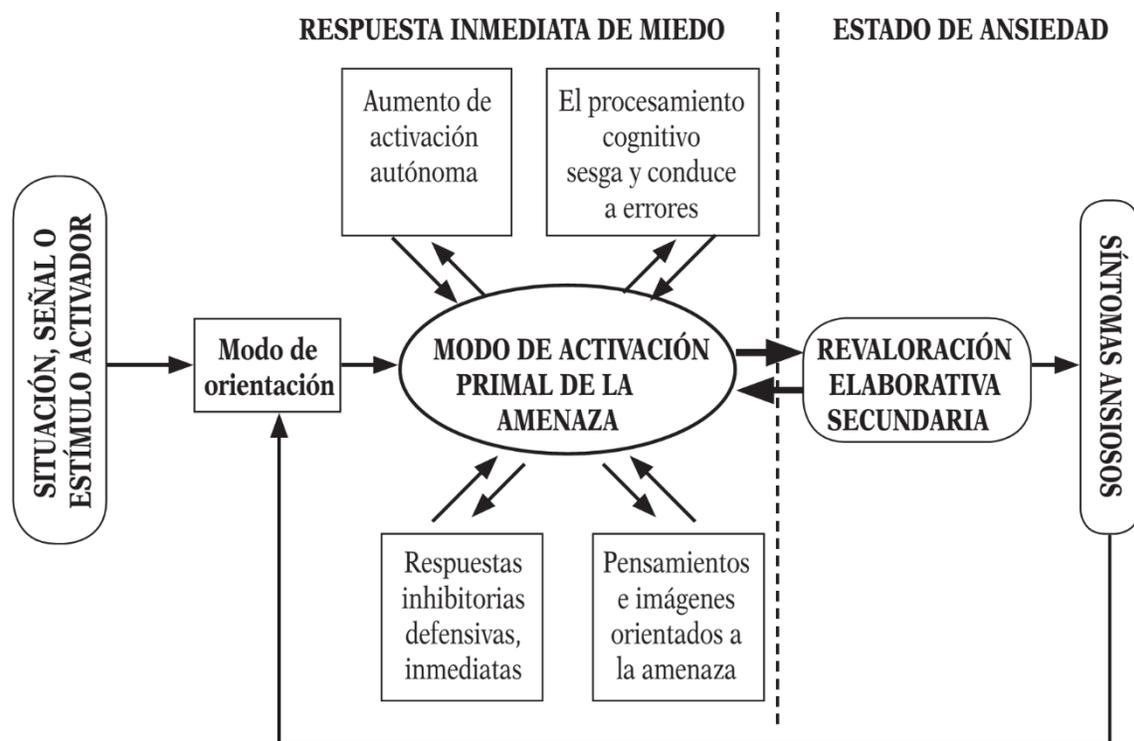
La identificación precoz de la amenaza desencadena una primera respuesta, la “*Respuesta primal*” con el fin de maximizar la seguridad y minimizar el peligro. Esta respuesta inmediata de “miedo” activa cinco esquemas de amenaza: cognitivo-conceptual, conductual, fisiológico, motivacional y afectivo, que se manifiestan en diferentes maneras y grados con respuestas inhibitorias defensivas inmediatas, con el aumento de la activación autónoma; con un procesamiento cognitivo sesgado y que conduce a errores y a partir de pensamientos e imágenes que se orientan, en su gran mayoría, a la amenaza¹⁸⁸.

Luego de esta primera valoración, y de la activación de los cinco esquemas de amenaza, se revalora si la situación, señal o estímulo identificado al principio representa una amenaza real o potencial para quien experimenta la ansiedad y en qué grado. Esta valoración secundaria, más lenta y elaborada, se hace a un nivel más consciente y controlado, pudiendo fortalecer o debilitar la intensidad de la activación, lo que dependerá a su vez de cinco fenómenos cognitivos asociados a la “*Revaloración secundaria*”:

- **EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO:** El reconocimiento de las fortalezas para hacerle frente a las amenazas o la incapacidad para reconocerles y el aumento en la sensación de vulnerabilidad.
- **BUSQUEDA DE LAS SEÑALES DE SEGURIDAD:** La identificación de elementos que fortalezcan la seguridad personal, internos y/o externos.

- **PENSAMIENTOS DEL MODO CONSTRUCTIVO:** Pensamiento del tipo más realista, racional y de procesamiento más lento y complejo de las situaciones.
- **INCIO DE LA PREOCUPACIÓN:** Capacidad para cortar el ciclo de pensamientos e imágenes negativas cargadas de afecto negativo e irremediamente incontrolable.
- **REVALORACIÓN DE LA AMENAZA:** Considerar menos probable y/o menos grave la amenaza percibida^{185, 188}

Figura 3. **MODELO COGNITIVO DE LA ANSIEDAD**



Fuente:
Clark DA, Beck AT. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. España: Desclee de Brouwer; 2012.

6.3.1.- El adulto mayor con ansiedad

Durante el ciclo vital, el ser humano experimenta ansiedad ante situaciones que le resultan desconocidas y que se agudiza si estas se encuentran directamente relacionadas con episodios vitales, o si se relacionan con su muerte. De acuerdo con esto, y por asociar a la vejez con el *último tramo* de la vida, se deriva la idea de que los adultos mayores experimentan la ansiedad con una mayor intensidad, en comparación con personas más jóvenes, al encontrarse más próximos al final de *sus días*^{38, 39, 189}.

A nivel mundial, el 15.3% de los adultos mayores de 60 años presenta algún tipo de trastorno de ansiedad, siendo los más frecuentes de estos las fobias simples (7.5%), la fobia social (6.6%), el trastorno de ansiedad generalizada (3.6%), el trastorno por estrés post traumático (2.5%) y la agorafobia (1%)¹⁹⁰. En México, se ha estimado que estos trastornos se presentan en aproximadamente el 5.7% de la población de adultos mayores del medio urbano, y el 4.9% en el medio rural¹⁹¹.

No obstante, diversos estudios que al mismo tiempo son los más numerosos, concluyen que los altos niveles de ansiedad que pueden presentarse en la población de adultos mayores se asocian, más que a la propia idea de la muerte, a la idea del sufrimiento y la agonía como antesala de ésta¹⁹²⁻¹⁹⁴.

Dos elementos se articulan en el proceso de la muerte: la agonía relacionada con ésta y el acto de morir propiamente dicho. La ansiedad relacionada con la muerte se encuentra motivada por miedos diferentes, entre los cuales se destacan:

- Miedo al proceso de la agonía;
- Miedo a perder el control de la situación;
- Miedo por el futuro de la familia tras la muerte;
- Miedo al miedo de los demás;
- Miedo al aislamiento y la soledad;
- Miedo a que la propia vida no haya tenido ningún significado¹⁹³.

El desconocimiento, casi total, de los elementos relacionados con la pandemia evidenció la urgente necesidad de contar con información sobre su origen,

características y medios de transmisión y/o sobre el control y la prevención de la enfermedad no solo entre los científicos y académicos o los políticos, sino también entre el público en general, quien transformó los medios y redes sociales digitales no solo en los vehículos a través de los cuales demandar este contenido, sino también en sus principales recursos informativos.

Sin embargo, al tiempo que las universidades y los grandes centros mundiales reguladores de la salud compartían información obtenida científicamente y cuya veracidad era comprobada, en los medios digitales y en sus redes sociales se divulgaba también contenido especulativo de carácter sensacionalista y en grandes cantidades, originando la así llamada “*infodemia*”; una sobresaturación de información, causando en la población confusión y miedo¹⁹⁵⁻¹⁹⁸.

6.3.2.- Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad

El miedo desencadenado por la pandemia de COVID-19 se reforzó debido al desconocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad y su manejo, tratamiento y consecuencias¹⁹⁵⁻¹⁹⁷. Adicionalmente, la vulnerabilidad real de la que fueron objeto los colectivos de personas con inmunosupresión, enfermedades crónicas y personas adultas mayores acrecentó la sensación amenazante de la nueva enfermedad, a lo que se sumó su rápida expansión y letalidad¹⁹⁷.

En 1988 la enfermera estadounidense Merle Mishel, especialista en Salud Mental, enunció la llamada *Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad* en la que desarrolló un análisis del proceso cognitivo a través del cual las personas captan e interpretan los estímulos relacionados con la enfermedad, definiendo la incertidumbre como “(...) *la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad.*”¹⁹⁸.

Según la Teoría de Mishel, el grado de incertidumbre dependerá tanto del contexto en el que se presenten los estímulos que la desencadenen como de la valoración que se haga de éstos y de las estrategias utilizadas para su afrontamiento.

La llegada a México del COVID-19 no fue inesperada debido a que, para esa fecha, se conocía su creciente expansión por el mundo. Sin embargo resultaban

desconocidos para el grueso de la población la mayor cantidad de elementos referentes a ella. Aunque se hablaba de síntomas como fiebre, cansancio, tos seca, malestar o dolor de cuerpo y/o cabeza, éstos fácilmente se podían confundir con los del resfriado común o con los de la influenza, especialmente en el tiempo en que se presentaron los primeros casos de COVID-19 en el país, hacia el final del invierno e inicio de la primavera de 2020^{141,142}.

La poca claridad entre los diagnósticos constituyó un primer elemento de incertidumbre para la población general y, especialmente, para los grupos que según se sabía eran los más vulnerables frente a la nueva enfermedad. Al mismo tiempo, el desconocimiento pleno de ésta y su parecido con enfermedades ya conocidas motivó a la sociedad a asociar tanto sus medidas preventivas como curativas, lo que posteriormente retrasaría en algunos casos la atención de los contagios y, en otros, que fomentaría entre la población métodos “curativos” poco eficaces.

Para Mishel, en el entendimiento pleno de una enfermedad, o en el entendimiento menos incierto de una enfermedad, no solo se conjugan la capacidad cognitiva del sujeto a quien se presenta ésta y los elementos generadores de incertidumbre, como sus signos o síntomas; los llamados “*proveedores de estructura*” tienen un papel relevante en la generación de certidumbre.

En contra de la capacidad cognitiva de la colectividad se presentó la llamada “*infodemia*”, exceso de información que, especialmente difundida en los medios y redes sociales digitales, resaltaba la severidad de la enfermedad y su letalidad de manera alarmante^{195, 196}. Como otro elemento generador de incertidumbre se erigió el desconocimiento de los profesionales de la salud, llamados por la Teoría “*proveedores de estructura*” quienes, salvo por su formación profesional y su experiencia al abordar diagnósticos similares, sabían de la enfermedad solo un poco más que la población general.

La falta de información verídica respecto a la naturaleza de la COVID-19 y sus consecuencias, la falta en la predicción sobre su curso y pronóstico, la ambigüedad en la presencia de signos y síntomas generales, la inexistencia de signos y síntomas

patognomónicos, y de tratamientos y cuidados particulares para la enfermedad acrecentaron la incertidumbre¹⁹⁹, que solo con el paso del tiempo disminuyó, conforme aumentó la información respecto al tema y se difundió.

Según la *Teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad*, la manera particular de responder a ésta y sus elementos generadores, a través de la *inferencia* o la *ilusión*, depende de los recursos intelectuales, físicos, materiales o relacionales^{39, 97, 98} con los que se cuente. En la inferencia se enfatiza el aspecto negativo de la situación, por lo que la valoración de los elementos de incertidumbre y la forma de afrontar ésta es, de manera general, deficiente y pesimista. En la ilusión, por el contrario, se hace énfasis en la amplia gama de recursos con los que se cuenta para afrontarla, y para disminuir o eliminar los elementos que la originan, de una manera positiva^{198, 199}.

Para algún sector de la población, la pandemia por COVID-19 se tornó como un peligro debido a su letalidad, poder de contagio y vulnerabilidad en que se encontraron diversos grupos humanos, entre ellos los adultos mayores. Para otra parte de ella la pandemia y el confinamiento representaron una serie de retos y aprendizajes. Esta determinación, en uno u otro sentido, dependió de los recursos (creencias, destrezas y comportamiento) con los que contó la población a la hora de valorar los elementos generadores y resultantes de la pandemia por COVID-19, y de afrontarle.

La incertidumbre, por representar una laguna en la capacidad de predicción o de seguridad en el porvenir, se asocia comúnmente con la ansiedad, al ser esta una sobreestimación de un peligro futuro que aunque no se conoce, se piensa que ocurrirá¹⁸⁸. Para Mishel, la manera de hacerle frente se centra en dos acciones: *el manejo del efecto* y *la movilización*.

En el manejo del efecto, puesto en práctica de manera particular cuando el afrontamiento de la incertidumbre genera emociones negativas, se recurre a la fe, la negación y el desapego, o a la reconfiguración cognitiva de esos efectos, dotándolos de un nuevo significado, menos pesimista, en lo que Beck identifica como "*revaloración secundaria*"¹⁸⁸.

Las estrategias de acción incluidas en la movilización son tres. Primera, la eliminación directa de los elementos generadores de la incertidumbre. Segunda, la vigilancia de esos elementos, para identificar su progreso, determinar si existe un incremento o identificar su fin. Y tercera, la búsqueda de información respecto a los elementos generadores de incertidumbre; esta información permitirá identificar con mayor amplitud sus características, a partir de la cual se podrán realizar predicciones y probabilidades para el futuro. La búsqueda puede desarrollarse de manera personal y autónoma, o con la ayuda de redes de apoyo social, integradas por familiares, amigos o los propios “*proveedores de estructura*.”¹⁹⁹.

6.4.- LA RED DE APOYO SOCIAL COMO FACTOR PROTECTOR

La complejidad para definir a la “*Red de apoyo social*” se deriva de la propia dificultad para conceptualizar los dos elementos centrales que la integran, “*Red social*” y “*Apoyo social*”, debido a la diversidad de enfoques desde los cuales se les ha definido.

La incorporación del constructo “*Red social*” al debate académico formal encuentra en los trabajos del antropólogo inglés John Barnes sus antecedentes más remotos, durante la década de los años cincuenta. En 1954 publicó en Londres “*Class and committees in a norwegian island parish*”²⁰⁰, obra en la que estudió a un grupo de pescadores noruegos a partir de su interacción en la iglesia local, centrando su atención en dos elementos principales: el lugar que cada miembro de la comunidad ocupaba en ella y la manera de determinarlo a través de sus relaciones (parentesco, amistad, vecindad)²⁰¹.

De esta investigación se derivó el primer concepto que se tuvo sobre la “*Red social*”, concibiéndola como el grupo de personas con las que otras interactúan, incluyendo al núcleo familiar (pero especialmente más allá de él) unas veces más, otras veces menos directamente.

Desde aquella fecha y hasta la década de los setenta, fueron diversos los estudios que se desarrollaron al respecto, provenientes de diferentes disciplinas como los de Elisabeth Bott (antropología), Theodore Caplow (sociología) y John Bowlby (psicología)²⁰²⁻²⁰⁴ quien en su “*Teoría del apego*”, reconoció como un factor protector importante el apoyo brindado al niño por su madre como red primaria y, por ello, primordial²⁰⁴.

De las variadas conceptualizaciones sobre la “*Red Social*”, finalmente se le define como el conjunto de actores, que pueden ser individuos, grupos, comunidades, organizaciones, etc., vinculados unos a otros, quienes obtienen como resultado de ese vínculo, de manera directa o indirecta, recursos para satisfacer sus propias necesidades e incrementar su bienestar²⁰⁵⁻²⁰⁷. Estos vínculos son generadores de

un “*Apoyo social*” que variará cuantitativa o cualitativamente, dependiendo del tipo de vínculos sostenidos entre los actores y de la propia estructura de la red^{201, 205, 208}.

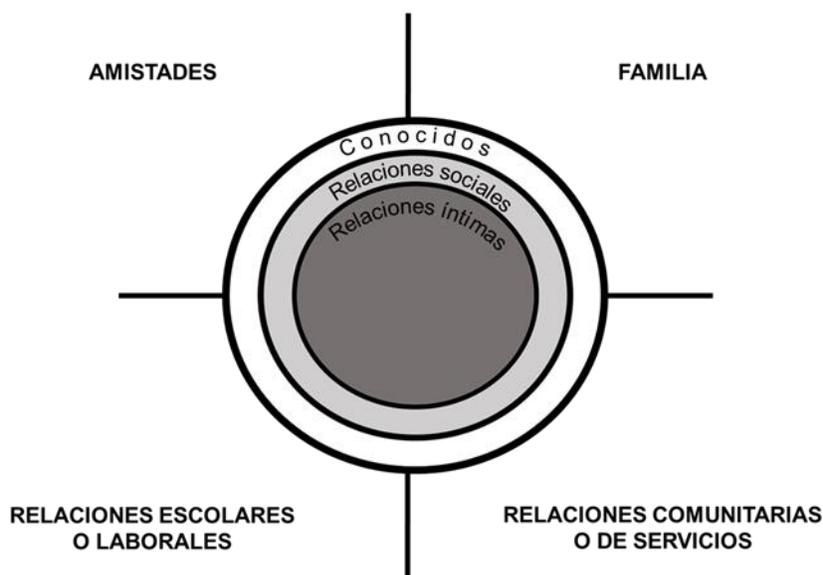
Por sus características generales, las redes sociales se han clasificado en “*primarias*”, integradas por miembros que se vinculan entre sí a partir de afinidades personales desde la más cercana proximidad y “*secundarias*”, compuestas por miembros con un rol institucional bien delimitado²⁰³; o también como “*informales*”, en las que se incluye a la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y “*formales*”, compuestas por grupos de autoayuda, colectivos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, asociaciones civiles, etc^{208, 209}.

En la “*Teoría y Modelo de la Red Social Personal*”²¹⁰ enunciada por Carlos Sluzki durante los años ochenta, se caracteriza a la estructura de la red según otros criterios adicionales, más específicos: tamaño, densidad, composición (distribución), dispersión, homogeneidad/heterogeneidad y atributos de sus vínculos.

- **TAMAÑO:** El número total de los miembros de la red.
- **DENSIDAD:** Calidad de los vínculos entre los demás miembros de la red, independientemente de la existencia del informante.
- **COMPOSICIÓN O DISTRUBUCIÓN:** Total de los miembros de la red y su ubicación dentro del mapa de red social personal. Fortaleza del vínculo con los miembros de la red dependiendo de su unidad de adscripción original (familia, amigos, compañeros de escuela, trabajo, vecinos, etc.).
- **DISPERSIÓN:** Proximidad o distanciamiento real (geográfico) entre los miembros de la red social personal en relación con el informante.
- **HOMOGENEIDAD/HETEROGENEIDAD:** De los miembros de la red; entre ellos en cuestión de sexo, edad, nivel académico, nivel socioeconómico y entre ellos y el informante.
- **ATRIBUTOS DE SUS VÍNCULOS:** Función prevaleciente, dimensión, reciprocidad, intensidad, frecuencia, historia^{203, 211}.

Para Sluzki, la “*red social personal*” es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas, o que diferencia de otras relaciones que estima poco o nada significativas. Corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a la construcción de la imagen de sí^{203, 211}, y puede mapearse a través de un esquema en el que se incluyen de manera general las dimensiones relacionales del individuo con otros individuos con los que interacciona: Familia, Amistades, Relaciones escolares o laborales, Relaciones comunitarias o de servicios.

Figura 1. **MODELO DE LA RED SOCIAL PERSONAL**



Adaptado de:
Sluzki CE. La red social: Frontera de la práctica sistémica. Argentina: Gedisa; 2009.

Desde el “*Modelo de la Red Social Personal*” se identifica a los integrantes de la red de cada informante al tiempo que se determina el grado de proximidad de cada uno de esos miembros con él. Las relaciones más significativas se ubican con mayor proximidad al núcleo, mientras que las que se perciben más lejanas lo hacen en los círculos más lejanos a éste, no influyendo para ello la entidad de adscripción de sus miembros; esto es, que no necesariamente los miembros de la familia ocupan los

círculos más cercanos, así como tampoco los miembros provenientes de la comunidad ocupan necesariamente los círculos menos próximos.

Para la década de los años setenta, la relación entre la “*Red social*” y el “*Apoyo social*” se hizo más clara, al tiempo que se clarificaba también lo positivo que resultaba éste en la vida de las personas, ya fuera real o percibido. En 1974 se iniciaron los estudios sistemáticos del “*Apoyo social*”^{204, 211}, visto como el conjunto de vínculos de mayor interacción de las personas, y cómo éstos les proveían del suficiente apoyo a nivel intelectual (informativo), físico-instrumental, material o relacional-emocional para satisfacer sus necesidades, fomentando su bienestar, al grado de convertirse en un elemento *salutogénico*^{212, 213}, a partir de los trabajos de John Cassel, Gerard Caplan y, dos años después, desde los trabajos de Sydney Cobb^{214, 215}.

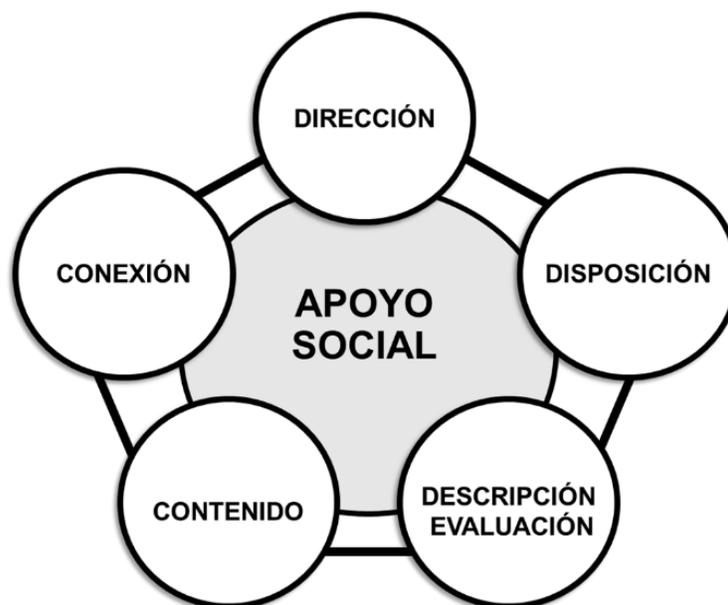
A lo largo de cinco décadas de estudio, el apoyo social se ha clasificado a partir de diversos elementos que le constituyen, o según su función. Alan Vaux en 1988 y Ana Barrón en 1996 se refirieron al “*Apoyo social*” como una macro entidad, configurada a su vez por la relación entre tres variables de menor tamaño: la estructura de la red y los recursos con los que ésta contaba, los actos en los que se expresaba el apoyo (tangibles o no), y la valoración personal de quien recibía el apoyo (percepción sobre el apoyo)^{214, 216}.

A partir de las características del apoyo o de su función, se le ha clasificado como:

- **APOYO EMOCIONAL:** A partir de la cercanía personal a través de la empatía, el cuidado, el amor y la confianza para hablar y ser escuchado, recibir y expresar afecto, mostrar apego y reforzar su identidad.
- **APOYO INFORMATIVO:** Recibir información y consejo para hacer frente a una situación particular.
- **APOYO INSTRUMENTAL:** Recursos económicos o materiales, que en algunos casos pueden ser en sí mismos un apoyo, o que lo pueden procurar.
- **APOYO VALORATIVO:** Que permite la autoafirmación, y que demuestra la valoración de la red hacia quien lo recibe^{203, 208, 217}

Charles Tardy, psicólogo estadounidense, clasificó en 1985 las cinco dimensiones desde las cuales ha sido posible abordar el apoyo social: dirección, disposición, descripción y evaluación, contenido y conexión²¹⁸.

Figura 2. **DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL**

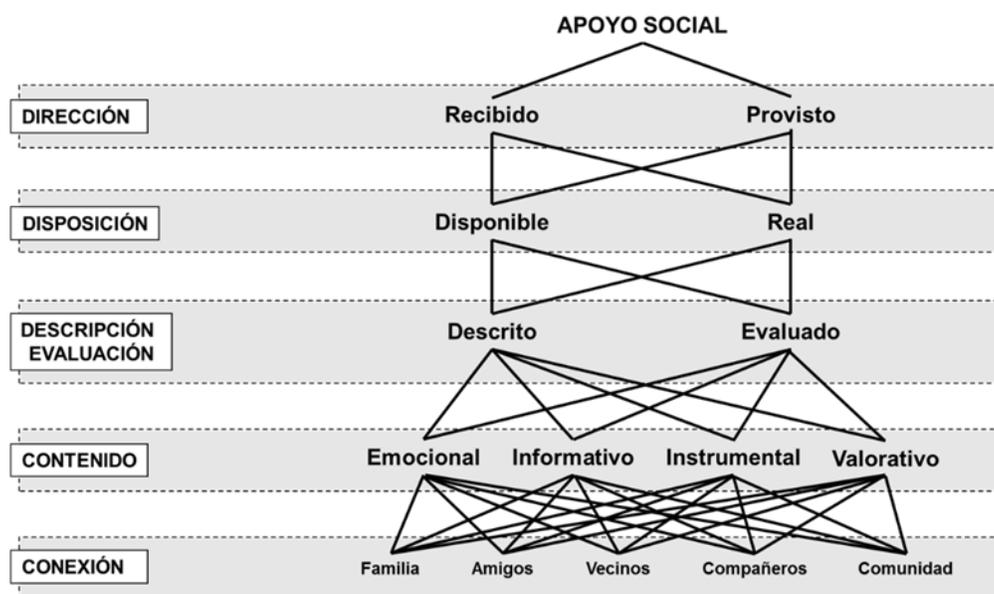


Adaptado de:
Tardy CH. Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*. 1985; 13 (2): 187-202.

- **DIRECCIÓN:** El apoyo puede otorgarse, proveerse o ambas, en un apoyo bidireccional.
- **DISPONIBILIDAD:** Que el apoyo se encuentre presente en todo momento, se esté haciendo uso de él o no, o la efectividad de éste cuando se le necesita.
- **DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN:** Desde la identificación del apoyo, su origen y su valoración, negativa o positiva. El apoyo puede ser descrito o también evaluado.
- **CONTENIDO:** Apoyo emocional, apoyo informativo, apoyo instrumental y apoyo valorativo.
- **CONEXIÓN:** El vínculo que une a quien recibe el apoyo con la fuente de ese apoyo: la familia, amigos, vecinos, compañeros de escuela o trabajo, y comunidad²¹⁸.

Los estudios actuales relacionados con el apoyo social parten de una dimensión particular evaluando, por ejemplo, si el apoyo se recibe o se da, de dónde proviene, qué tipo de apoyo es o si éste resulta beneficioso en términos reales o no para quien lo recibe, según su percepción. Esta evaluación se realiza a partir de instrumentos estructurados según una u otra finalidad, de entre los que se destacan: *Escala de Percepción de Apoyo Social* (1988)²¹⁹, *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido* (1988)²²⁰, *Cuestionario sobre Apoyo Social de Mannheim* (1990)²²¹, *Escala de Apoyo Social para Estudiantes* (1994)²²², *Escala de Soporte Social Percibido* (2000)²²³ y el *Inventario de Recursos Sociales en Adultos Mayores* (1985)²²⁴.

Figura 3. CINCO DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL



Fuente: Tardy CH. Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*. 1985; 13 (2): 187-202.

6.4.1.- Los factores de protección

Los factores de protección son definidos como los recursos con los que cuenta un individuo, grupo o comunidad, entorno o contexto, que evitan que se presenten desequilibrios o conflictos que ponen en riesgo un adecuado desarrollo o que, si ya se presentaron, que evitan que éstos desequilibrios o conflictos evolucionen, fomentando patrones de adaptación y competencia²²⁵.

Se les ha clasificado de dos maneras principales. Como *factores de protección de amplio espectro* o *factores de protección específicos* y como factores de protección *personal, familiar y comunitaria*^{39, 225-227}.

Los factores de protección de *amplio espectro* se refieren a aquellos que son genéricos, o que no se relacionan directamente con algún riesgo pero que sí pueden contenerlo, por ejemplo: una familia cuyos vínculos son positivos y que fomenta la comunicación efectiva; un proyecto de vida elaborado y sentido de vida internalizado, o un alto nivel de resiliencia. Por su parte, los factores de protección *específicos* son aquellos que directamente se asocian a la existencia de un riesgo potencial, por ejemplo el no fumar ante el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón u otras enfermedades, o el protegerse en casa y guardar la sana distancia frente a la ola de contagios por COVID-19²²⁵⁻²²⁷.

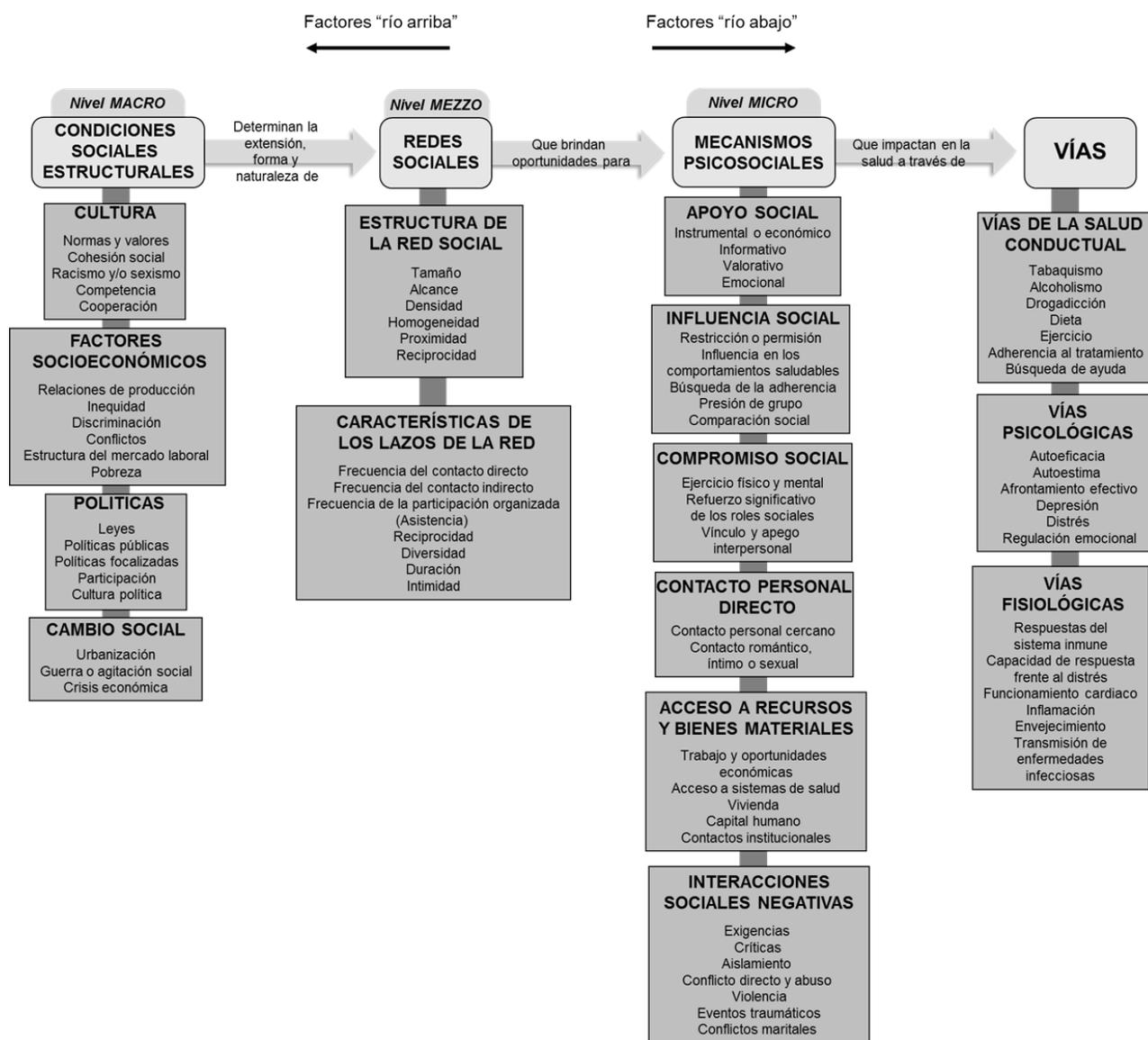
Los factores de protección *personal* son los recursos con los que directamente cuenta el individuo: inteligencia emocional, capacidad resolutive de los conflictos, creatividad, adecuado manejo del estrés, etc. Los factores de protección *familiar* dependen en gran medida de la adecuada relación entre quienes la integran: fomento de los valores, comunicación efectiva, motivación, adecuada expresión de los sentimientos y sana canalización de la frustración, etc. Los factores de protección *comunitaria* se generan y fomentan desde la relación interpersonal entre los miembros de ésta, y son tendientes al bien común colectivo²²⁵⁻²²⁷.

El apoyo social se presenta como un factor de protección de amplio espectro, con alcance personal, familiar y comunitario con beneficios directos en la salud, tal como se evidenció desde los trabajos de Cassel, Caplan y Cobb a mediados de la década de los setenta y que se han confirmado en el trabajo de Lisa Berkman y sus colaboradores desde el año 2000 a través del “*Modelo conceptual de Redes Sociales y Salud*”²²⁸.

En este trabajo, se unieron diversas teorías sociológicas, antropológicas, psicológicas, epidemiológicas a fin de clarificar aún más la relación entre las redes sociales, el apoyo social brindado por éstas y los resultados en la salud de aquellos que eran receptores (y en algunos casos proveedores también) de él^{228, 229}. El

“Modelo conceptual de Redes Sociales y Salud” incluyó en el análisis de esta asociación el contexto en el que el apoyo se verificaba, que es de donde emergen directamente las redes sociales, y que atienden a características espaciales y temporales particulares.

Figura 4. MODELO CONCEPTUAL DE REDES SOCIALES Y SALUD



Adaptado al español de: Berkman L, Krishna A. Social network epidemiology. En: Berkman L, Kawachi I, Glymour M (Coords.). Social Epidemiology. 2da ed. Nueva York: Oxford University Press; 2014. 235-289.

El modelo enfatiza la necesidad de la participación y el compromiso social de los miembros de la red dentro de ella; una vida activa y vinculante, en la cual exista una participación efectiva, a través de lazos que den sentido a la vida de los individuos, permitiéndoles participar plenamente de ésta, sintiéndose apegados a la propia comunidad. Destaca, por encima de otros elementos, la vinculación activa de los miembros de la red social y de la comunidad, así como el valor que tiene la percepción subjetiva del apoyo social por parte de quien lo recibe^{204, 215}.

Enfatiza en que las redes sociales y el supuesto apoyo provisto por éstas no siempre resultan benéficos para quienes lo reciben, debido a que en ocasiones éste genera más conflictos o agudiza los ya existentes, dependiendo del vínculo existente entre quien lo recibe y quien lo provee^{214, 215, 230-238}.

El apoyo social se convierte en factor de protección frente a diversos factores de riesgo dada la amplia variedad de recursos (emocionales, informativos, instrumentales, valorativos) que puede ofrecer a quienes forman parte de tal o cual red, ya como elemento previo a la aparición de un riesgo, que se ha identificado en algunos casos como un factor más bien “*promotor*” de estabilidad, ya como factor protector *per se*, ante la aparición de un riesgo y su posible desarrollo²²⁶.

Se considera salutogénico debido a que fomenta, de manera general, directa o indirectamente prácticas tendientes a la búsqueda de la salud, y a partir de las cuales se consigue fomentar^{212, 213}. Durante la estabilidad individual, familiar o comunitaria el apoyo social promueve conductas benéficas, que aumentan el bienestar de quienes lo reciben y, cuando se presenta un momento de desequilibrio, conflicto o crisis, sirve como *amortiguador*, materializándose en esa amplia gama de recursos a fin de hacerles frente^{217, 239, 240}.

Bajo estas condiciones, se convierte en un moderador de los efectos de los acontecimientos vitales estresantes, permitiéndole a quien los padece redefinir la situación generadora de estrés, valorar los recursos con los que cuenta, sean estos propios o provistos por la red (*revaloración secundaria*)¹⁸⁸ y enfrentar la situación.

Durante la vejez, las redes sociales representan un elemento central en el bienestar de los adultos mayores, pues les proveen del apoyo social necesario en el más amplio sentido²³¹. La familia juega un papel importante en la propia valoración que sobre sí se tenga. No obstante, la calidad de ese apoyo dependerá del trato dado al individuo, y el papel que éste juegue en la dinámica familiar, no siempre positivo^{214, 215}.

Los amigos, vecinos y grupos de pares son importantes también, al ser proveedores de recursos que no siempre se obtienen de familiares. Les permiten interactuar con individuos similares, lo que refuerza su identidad, al tiempo que les permite forjar una imagen de sí mismos, tanto más si este vínculo se da entre iguales a través de la convivencia activa, la empatía, el cuidado, el amor y la confianza para hablar y ser escuchado, para recibir y expresar afecto, para mostrar cariño, apego y ser validados²⁴¹. Esta socialización les permite cumplir también, en la medida de las posibilidades, sus roles sociales, lo que los motiva e impulsa a superar sus conflictos, crisis, problemas o malestares²⁴¹⁻²⁴³.

VII

METODOLOGÍA

7.1.- TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El presente estudio se enmarca en el paradigma cuantitativo de la investigación; siendo transversal y descriptivo. Se deriva del proyecto de investigación titulado ***“Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en adultos mayores con ansiedad por COVID-19. Una intervención psicoeducativa.”***, con número de folio CEI ENEO UNAM 126.

7.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está conformada por adultos mayores de la alcaldía Tlalpan, en la Ciudad de México, de entre 60 y 80 años de edad; más de 94, 137 habitantes en Tlalpan, según el banco de indicadores del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para el año 2020, representando más del 13% de su población total²⁴⁴.

La muestra de adultos mayores se realiza a conveniencia, y no es probabilística debido a las limitaciones propias de la pandemia, siendo las más importantes de ellas el confinamiento, y la propia vulnerabilidad de los sujetos de estudio frente al virus. Se encuentra integrada por 50 adultos mayores, que a su vez es una sub muestra de la muestra total del proyecto con registro CEI ENEO UNAM 126.

Criterios de inclusión

- Adultos con entre 60 y 80 años de edad.
- Residentes de la Alcaldía Tlalpan.

- Que muestren regularidad en la asistencia al Centro de Adultos Mayores en el cual se desarrollará la investigación. Dos asistencias previas consecutivas antes de la aplicación de los instrumentos.

Criterios de exclusión

- Adultos menores de 60 o mayores de 80 años de edad.
- Provenientes de alcaldías diferentes a Tlalpan.
- Que no muestren regularidad en su asistencia al Centro de Adultos Mayores en el cual se desarrollará la investigación.
- Que presenten o refieran alteraciones, o enfermedades mentales diagnosticadas.

7.3.- VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO	INDICADORES	ÍTEM	VALOR
RED DE APOYO	Conjunto de actores que, vinculados en mayor o menor medida, obtienen unos de otros recursos para satisfacer sus necesidades e incrementar su bienestar directa o indirectamente.	Inventario de Recursos Sociales en Personas Mayores (IRSA) 1985 Pura Díaz Veiga	Frecuencia con la que se ve y habla con: Cónyuge, hijos, familiares próximos, amigos	(1) Cónyuge	Menos de una vez al mes
				(4) Hijos	
				(7) Familiares próximos	1 o 2 veces al mes
			Tipo de apoyo recibido de: Cónyuge, hijos, familiares próximos, amigos	(10) Amigos	1 vez a la semana o más
				(2) Cónyuge	Apoyo emocional
				(5) Hijos	
			Grado de satisfacción con la relación con: Cónyuge, hijos, familiares próximos, amigos	(8) Familiares próximos	Apoyo instrumental
				(11) Amigos	
				(3) Cónyuge	Poco
	(6) Hijos	Algo			
	(9) Familiares próximos				
	(12) Amigos	Mucho			

VARIABLE	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO	INDICADORES	ÍTEM	VALOR
ANSIEDAD	Estado emocional displacentero, caracterizado por un complejo sistema de respuestas (fisiológicas, cognitivas, conductuales y/o afectivas) frente a sucesos o circunstancias que, anticipadamente, se consideran imprevisibles e incontrolables, y que potencialmente pondrán en peligro la estabilidad o la vida de quién la experimenta.	Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) 2020 Sherman Lee	Síntomas fisiológicos asociados con la ansiedad	(13) Mareos, aturdimiento, debilidad	Ninguna
				(14) Perturbaciones del sueño	Más de un día o dos
				(15) Inmovilidad tónica	Varios días
				(16) Inapetencia	Más de siete días
				(17) Náuseas y/o problemas digestivos	Casi todos los días durante las últimas dos semanas

* Las definiciones son un integrado del autor, retomando parte de las enunciadas en el presente trabajo.

VIII

INSTRUMENTO

Los instrumentos “*Inventario de Recursos Sociales en Personas Mayores*” y “*Escala de Ansiedad por Coronavirus*” se integraron en el cuestionario “**Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19**”, en el que, sin alteraciones, se reprodujeron en su totalidad. En la primera sección de este cuestionario se incluyeron además preguntas relacionadas con los datos generales de los participantes: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, y las siguientes:

- ¿Tiene usted hijos?
Sí, y convivo con ellos Sí, pero no convivo con ellos No tengo hijos
- ¿Tiene usted otros familiares con los que convive?
Sí No
- ¿Tiene usted relación con amigos?
Sí No

En segunda sección (reactivos del 1 al 12), titulada “*Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo socioemocional*” se integró el “*Inventario de Recursos Sociales en Personas Mayores*” (IRSA), enunciado por Pura Díaz Veiga en 1985^{224, 245}, que tiene la finalidad de explorar las características estructurales de las redes sociales con las que cuenta (*tamaño y frecuencia del contacto*), aspectos funcionales (*apoyo emocional o instrumental*), y la satisfacción subjetiva que tiene sobre esas redes y las relaciones con éstas el adulto mayor^{214, 215, 241-243}. Estos indicadores se evalúan en razón de la relación con cuatro tipos de redes principales: *Cónyuge, Hijos, Familiares próximos* y *Amigos*.

Las respuestas posibles a los indicadores fueron, para la frecuencia del contacto: “*Menos de una vez al mes*”, “*Una o dos veces al mes*”, “*Una vez a la semana o más*”. Para el tipo de apoyo: “*Emocional*”, “*Instrumental*”. Para el grado de satisfacción: “*Poco*”, “*Algo*”, “*Mucho*”. Los elementos que permitieron identificar el

IRSA, derivados de la relación de la persona adulta mayor con sus redes de apoyo, fueron del tipo descriptivo^{224, 245}.

En la tercera sección (reactivos 13 al 17), titulada “*Síntomas de ansiedad a enfermarse por COVID-19 en el adulto mayor durante el confinamiento*” se integró la “*Escala de Ansiedad por Coronavirus*” (CAS), enunciada por Sherman Lee y colaboradores en 2020²⁴⁶, que tiene la finalidad de evaluar signos fisiológicos predictores de ansiedad generada por el COVID-19 dentro de las últimas dos semanas, a partir de reactivos relacionados con *mareos, aturdimiento, debilidad; perturbaciones del sueño; inmovilidad tónica; inapetencia; náuseas y/o problemas digestivos*^{246, 247}.

Las respuestas posibles a los indicadores fueron, para todos los casos: “*Ninguna*”, “*Menos de un día o dos*”, “*Varios días*”, “*Más de siete días*”, “*Casi todos los días*” durante las últimas dos semanas.

Cada reactivo se calificó con un puntaje que va del 0 al 5, para reflejar la frecuencia de cada síntoma en las dos semanas previas a la aplicación de la escala. La puntuación de cada respuesta fue desde los 0 puntos, que significa que nunca se manifestó el síntoma durante las últimas dos semanas hasta los 5 puntos, que indicó que el síntoma se manifestó casi todos los días durante el mismo periodo de tiempo. El puntaje más bajo que se pudo obtener en cada reactivo fue 0 y el más alto fue de 20, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad asociada al COVID-19.

Secciones del cuestionario:

Tabla 1. VÍNCULO DEL ADULTO MAYOR CON SUS REDES DE APOYO DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19		
SECCIÓN	DIMENSIÓN	REACTIVOS
Primera sección Datos generales	Sexo Edad Estado civil Escolaridad Información general sobre tipo de redes con quien convive	A, B, C, D, F, G, H
Segunda sección Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo socioemocional	Frecuencia del contacto	1, 4, 7, 10
	Tipo de apoyo	2, 5, 8, 11

	Grado de satisfacción	3, 6, 9, 12
Tercera sección Síntomas de ansiedad a enfermar por COVID-19 en el adulto mayor durante el confinamiento	Algunos síntomas fisiológicos asociados con la ansiedad	13, 14, 15, 16, 17

8.1.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Ambos instrumentos fueron validados y cuentan con una confiabilidad probada a partir de las mediciones psicométricas pertinentes según el caso. La confiabilidad del tipo consistencia interna²⁴⁸ del “*Inventario de Recursos Sociales en Personas Mayores*” es, medida mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, para la frecuencia del contacto con las redes del 0.35 y para la satisfacción del vínculo con la red del 0.57. Por su parte, medida mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson, la consistencia interna es, para el tipo de apoyo emocional del 0.86 y para el tipo de apoyo instrumental del 0.42.

En el caso de la “*Escala de Ansiedad por Coronavirus*” su confiabilidad del tipo consistencia interna, medida mediante el coeficiente Omega obtuvo un valor de 0.92. Además, obtuvo los siguientes puntajes luego de su análisis psicométrico: Chi-cuadrado de 5.353, grados de libertad de 4, nivel de significancia del 0.253, índice de Tucker-Lewis del 0.997, error cuadrático medio de aproximación del 0.032 y criterio de información de Akaike de 27.353²⁴⁶.

8.2.- RECOLECCIÓN Y MANEJO DE LOS DATOS

El presente trabajo de investigación se deriva del proyecto titulado “***Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en adultos mayores con ansiedad por COVID-19. Una intervención psicoeducativa***”, con número de registro CEI ENEO UNAM 126 en el cual trabajan desde febrero de 2022, en colaboración, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la Alcaldía Tlalpan, universo de la investigación y demarcación territorial en la que se aplicaron los cuestionarios, previamente evaluados por los miembros del grupo de investigación.

La aplicación de éstos (abril a junio de 2022) se sincronizó con el trabajo del grupo, a la par que se levantó información relacionada con el proyecto original, a partir de otros instrumentos, y que se planificaron y llevaron a cabo talleres de psicoeducación para la comunidad, desarrollados en la “Casa de las Personas Mayores” de Tlalpan, en la que se trabaja desde abril de 2022.

La estrategia seguida para la aplicación del cuestionario fue la de invitar a los adultos mayores asistentes con regularidad a la Casa, y que cumplieran con los demás criterios de inclusión, a participar en el “*Taller de manejo de emociones*”, impartido por los miembros del equipo de investigación, al tiempo que se evaluó a cada uno de ellos, a partir de instrumentos como el “*Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria*” y la “*Evaluación Cognitiva de Montreal*”.

De manera previa a la aplicación del cuestionario, se informó sobre el carácter voluntario de la participación a cada adulto mayor, sobre la confidencialidad en el manejo de sus datos proporcionados, y se les entregó un consentimiento informado.

Una vez que se obtuvo la autorización de los participantes, se aplicó el cuestionario “***Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19***”. Al finalizar se les agradeció, recordando el manejo confidencial de la información, con fines académicos.

Para su tratamiento, se integró una base de datos en programa de Excel, en su versión 2013, a partir del cual se les analizó mediante la estadística descriptiva, a fin de organizar, presentar y describir el conjunto de estos datos, a través del uso de tablas y gráficas que facilitaron su comprensión.

IX

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se rigió por los más altos principios de la ética, la bioética y la deontología propia de la profesión, contenidos en el Código de Ética del CIE para las Enfermeras²⁴⁹ vigente desde 1953; revisado, actualizado y reafirmado en 2021. Así mismo, atendió las recomendaciones éticas y en materia de investigación contenidas en la Ley General de Salud²⁵⁰, en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores⁵⁷, en el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México²⁵¹ y en los Principios Éticos para la Investigación en la ENEO²⁵². Al hacerlo, coincidió con las convicciones emanadas de los Acuerdos de Helsinki²⁵³ y del Informe Belmont²⁵⁴.

La investigación, como elemento generador de nuevos conocimientos y saberes constituye una actividad elemental dentro del desarrollo de las profesiones. En el caso de la enfermería, además de fomentar el desarrollo de la disciplina^{249, 255} permite generar, difundir y aplicar esos saberes y conocimientos con el fin de contribuir a la solución creativa de los problemas de salud²⁴⁰. A través de ella y de sus productos, las y los enfermeros se preparan y responden a la sociedad ante emergencias, desastres, conflictos, epidemias o pandemias²⁴⁹.

El respeto por la dignidad humana, y por los principios bioéticos fundamentales de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia^{249, 250} representaron el eje rector que guió la presente investigación. Se buscó en todo momento maximizar las bondades que pudiera traer consigo su desarrollo, mirando en todo por el bien de los participantes^{253, 254} de quienes se escuchó y respetó la opinión en todo momento, y a quienes se atendió de manera oportuna de manera individualizada, según sus necesidades y características particulares, no haciendo distinción alguna en razón de sexo, género, grado de discapacidad (de haberla), preferencia política, sexual o religiosa^{57, 249, 250}.

Se informó a cada uno de los participantes sobre el tema central de la investigación, su objetivo y relevancia; los criterios de selección y eliminación a partir de los cuales se les identificó como sujetos de estudio; la duración de la investigación y su forma de participación, los beneficios y riesgos de ésta, y se insistió en su carácter voluntario. Además, se enfatizó en la posibilidad de retirarse del proyecto en el momento que se considerara necesario sin perjuicio alguno y se les entregó, por escrito, el respectivo consentimiento informado²⁵²⁻²⁵⁴.

X

RESULTADOS

Tabla 1. **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES**

FOLIO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	¿TIENE HIJOS?	¿TIENE OTROS FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVE?	¿TIENE RELACIÓN CON AMIGOS?				
01	F	72	V	Primaria	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
02	F	79	S	Bachillerato	No tengo hijos	No	Sí				
03	M	60	C	Bachillerato	No tengo hijos	Sí	Sí				
04	M	77	C	Universidad	Sí, pero no convivo con ellos	Sí	Sí				
05	F	74	C	Bachillerato	No tengo hijos	No	Sí				
06	F	80	V	Lee y escribe	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
07	F	75	C	Secundaria	No tengo hijos	Sí	Sí				
08	F	63	C	Bachillerato	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
09	M	66	V	Bachillerato	Sí, pero no convivo con ellos	No	No				
10	F	78	V	Bachillerato	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
11	F	67	D	Posgrado	Sí, pero no convivo con ellos	No	Sí				
12	F	61	C	Secundaria	No tengo hijos	Sí	Sí				
13	F	60	C	Secundaria	Sí, y convivo con ellos	Sí	No				
14	M	78	C	Lee y escribe	No tengo hijos	Sí	No				
15	F	77	D	Secundaria	Sí, y convivo con ellos	No	Sí				
16	M	77	C	Bachillerato	Sí, pero no convivo con ellos	No	Sí				
17	F	63	C	Lee y escribe	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
18	F	77	V	Lee y escribe	No tengo hijos	No	Sí				
19	F	62	D	Secundaria	Sí, y convivo con ellos	No	Sí				
20	F	60	C	Universidad	Sí, pero no convivo con ellos	Sí	Sí				
21	M	69	C	Bachillerato	Sí, y convivo con ellos	No	Sí				
22	F	71	S	Secundaria	Sí, pero no convivo con ellos	Sí	Sí				
23	M	77	C	Lee y escribe	Sí, y convivo con ellos	Sí	No				
24	F	62	C	Secundaria	No tengo hijos	Sí	Sí				
25	F	76	C	Bachillerato	Sí, y convivo con ellos	No	Sí				
26	F	78	D	Primaria	Sí, y convivo con ellos	No	No				
27	F	67	C	Posgrado	Sí, pero no convivo con ellos	Sí	Sí				
28	M	61	C	Bachillerato	Sí, y convivo con ellos	No	Sí				
29	F	60	C	Primaria	Sí, y convivo con ellos	No	Sí				
30	F	78	C	Universidad	No tengo hijos	Sí	No				
31	F	77	C	Bachillerato	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
32	F	66	S	Lee y escribe	Sí, pero no convivo con ellos	No	Sí				
33	F	63	C	Secundaria	Sí, y convivo con ellos	No	No				
34	F	70	C	Primaria	Sí, pero no convivo con ellos	Sí	Sí				
35	F	71	S	Bachillerato	No tengo hijos	No	Sí				
36	F	76	C	Bachillerato	Sí, pero no convivo con ellos	Sí	Sí				
37	M	80	V	Universidad	No tengo hijos	Sí	Sí				
38	F	69	D	Secundaria	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
39	F	79	C	Lee y escribe	No tengo hijos	Sí	No				
40	F	62	C	Secundaria	Sí, y convivo con ellos	No	Sí				
41	F	67	C	Bachillerato	Sí, y convivo con ellos	No	Sí				
42	F	64	C	Posgrado	Sí, pero no convivo con ellos	Sí	Sí				
43	M	75	D	Primaria	No tengo hijos	No	Sí				
44	F	68	C	Primaria	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
45	M	60	C	Lee y escribe	No tengo hijos	Sí	Sí				
46	F	71	V	Secundaria	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
47	F	76	S	Secundaria	No tengo hijos	Sí	Sí				
48	F	67	C	Universidad	Sí, y convivo con ellos	No	No				
49	F	67	C	Primaria	Sí, pero no convivo con ellos	No	No				
50	M	75	C	Lee y escribe	Sí, y convivo con ellos	Sí	Sí				
SEXO				ESTADO CIVIL							
F	Femenino	M	Masculino	S	Soltero	C	Casado	V	Viudo	D	Divorciado

Durante la realización de esta investigación, se aplicaron 50 instrumentos al mismo número de participantes, de los cuales 38 fueron mujeres y los 12 restantes hombres, constituyendo el 76% y 24% de la muestra total respectivamente. Sus rangos de edades se ubicaron entre los 60 y los 80 años, clasificados según se indica en cada uno de los siguientes quinquenios:

Tabla 2. EDADES DE LOS PARTICIPANTES			
QUINQUENIO	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
60 a 64 años	14	9	3
65 a 69 años	10	8	2
70 a 74 años	6	6	0
75 a 79 años	18	12	6
80 años	2	1	1

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario "Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19".

El estado civil dentro del que se ubicó el mayor número de los participantes fue "Casado (a)", con 32 de ellos, lo que constituye el 64% del total de la muestra; 23 de ellos mujeres y los 9 restantes, hombres. Siguió "Viudo (a)" con 7 de ellos: 5 mujeres y 2 hombres (14%); "Divorciado (a)" con 6 de ellos: 5 mujeres y 1 hombre (12%) y "Soltero (a)" con 5 de ellos: todas mujeres (10%).

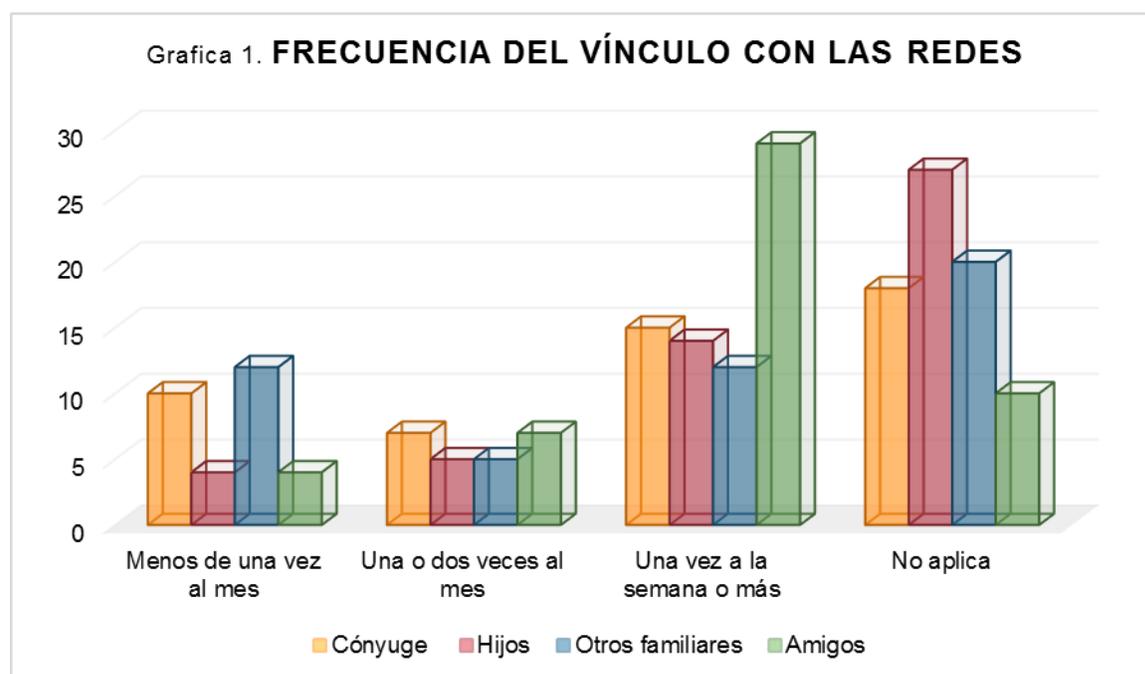
El 28% de los sujetos de estudio refirió haber estudiado el nivel bachillerato, un total de 14: 9 mujeres y 5 hombres. 24% de ellos estudió la secundaria, un total de 12: todas mujeres. 18% sabe leer y escribir, un total de 9: 5 mujeres y 4 hombres. 14% concluyó la primaria, un total de 7: 6 mujeres y un hombre. 10% cuenta con una carrera universitaria, un total de 5: 3 mujeres y 2 hombres. Finalmente, el 6% completó estudios de posgrado, un total de 3: todas mujeres.

En relación a los datos generales sobre sus redes de apoyo social, 35 de ellos tienen hijos, lo que representa el 70% del total; 28 mujeres y 7 hombres. No obstante, no todos conviven con éstos. Sólo 23 lo hacen (46%), de los cuales 19 son mujeres y 4 hombres. Dentro de los 12 restantes que no mantienen una convivencia con sus hijos, 9 de ellos son mujeres y los 3 restantes, hombres. 58% de los participantes (29 de ellos; 22 mujeres y 7 hombres) refirió mantener vínculos con otro tipo de

familiares (hermanos, sobrinos, primos, nietos), mientras que el 80% (40 de ellos; 31 mujeres y 9 hombres) refirió mantener vínculos con amigos.

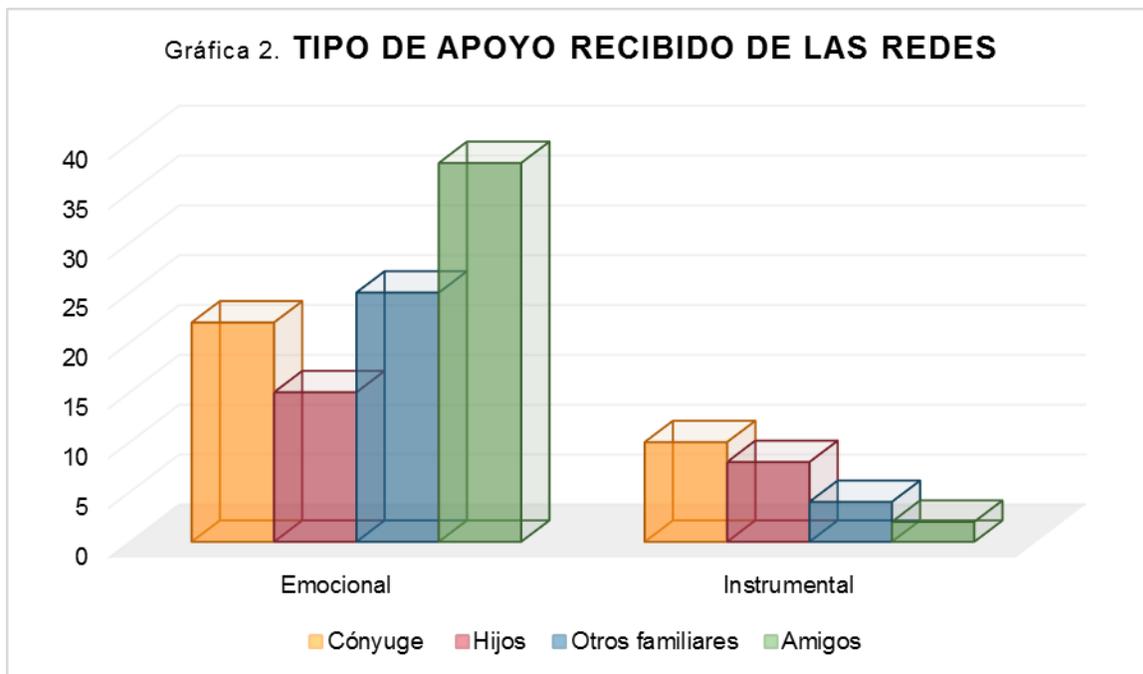
A partir de la aplicación del cuestionario “*Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19*”, relativo a a) el vínculo de los adultos mayores con sus redes de apoyo, b) síntomas asociados con la ansiedad de enfermar por COVID-19, se obtuvieron los siguientes resultados:

10.1.- VÍNCULO DE LOS ADULTOS MAYORES CON SUS REDES DE APOYO



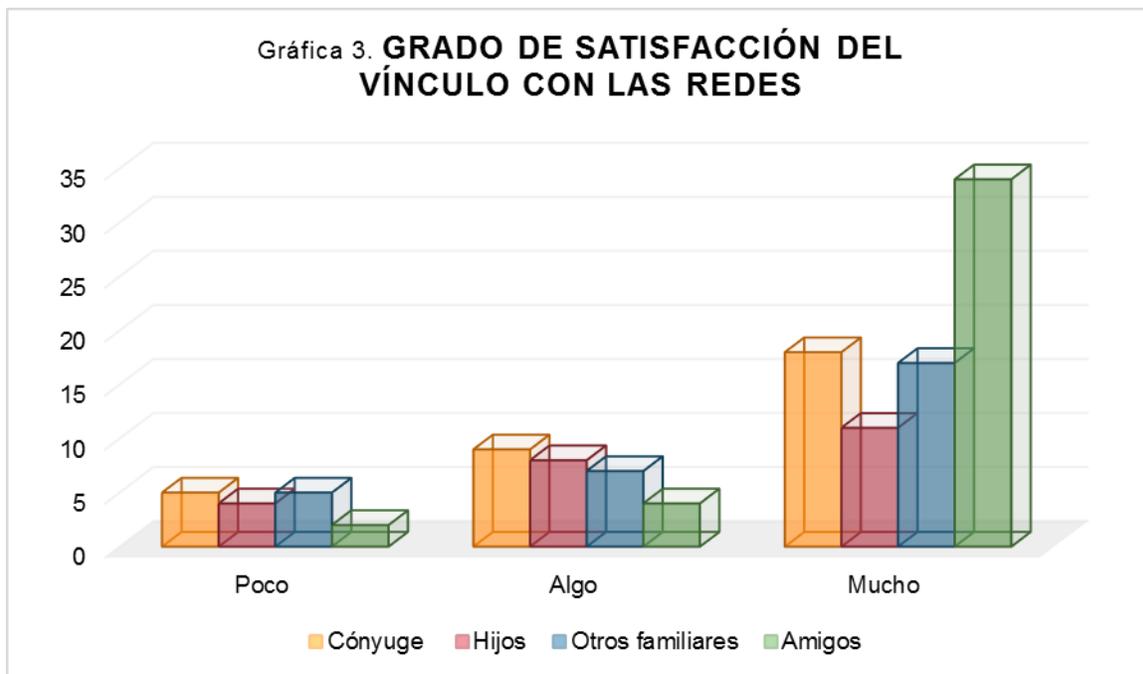
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario “*Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19*”.

La red con la que se mantuvo un mayor vínculo durante el confinamiento por COVID-19 (en su etapa de marzo a junio de 2022) dada su frecuencia fue la de los “*Amigos*”. El vínculo se observó “*Una vez a la semana o más*” en un 58% (29 casos). La segunda red con la que se mantuvo un mayor vínculo fue la del “*Cónyuge*”. El vínculo se observó “*Una vez a la semana o más*” en un 30% (15 casos). El vínculo con los “*Hijos*”, se observó “*Una vez a la semana o más*” en un 28% (14 casos). Por su parte, la red de “*Otros familiares*” fue aquella con la que se mantuvo un menor vínculo, con la misma frecuencia y en el mismo periodo de tiempo en un 24% (12 casos).



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario “Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19”.

En lo que respecta al tipo de apoyo referido, la mayoría fue del tipo “*Emocional*”, siendo los “*Amigos*” la principal red proveedora de éste, en un 95% (38 casos) contra un 5% (2 casos) de apoyo “*Instrumental*”. “*Otros familiares*” les proveyeron de apoyo “*Emocional*” en un 86% (25 casos) contra un 14% (4 casos) de apoyo “*Instrumental*”. El “*Cónyuge*” proveyó de apoyo “*Emocional*” en un 69% (22 casos) contra un 31% (10 casos) de apoyo “*Instrumental*”. Finalmente, los “*Hijos*” les proveyeron de apoyo “*Emocional*” en un 65% (15 casos) contra un 35% (8 casos) de apoyo “*Instrumental*”.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario “Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19”.

El vínculo con la red que resultó de mayor satisfacción fue el sostenido con los “Amigos”, en un 85% (34 casos). Siguió a este el vínculo con “Otros familiares”, en un 59% (17 casos); el “Cónyuge”, en un 56% (18 casos). Finalmente, el vínculo con la red que menor grado de satisfacción generó en los participantes fue el sostenido con los “Hijos”, en un 48% (11 casos).

10.2.- SÍNTOMAS ASOCIADOS CON LA ANSIEDAD POR ENFERMAR POR COVID-19

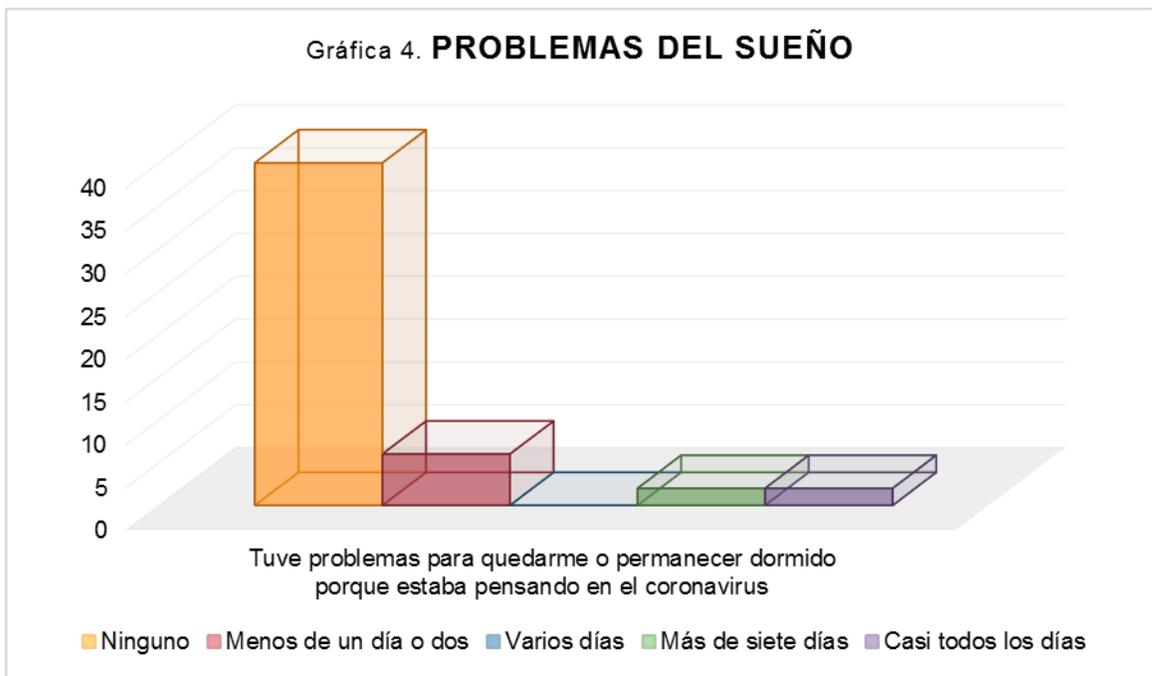
El 48% de los sujetos de estudio (24 casos) refirió la presencia de al menos un síntoma predictor de ansiedad o asociado a ésta, mientras que solo en el 2% de estos (un caso) se presentaron juntos dos de estos síntomas; a saber, mareos y debilidad y alteraciones en el patrón del sueño.

El 66.6% de ellos corresponde al sexo femenino, con 16 casos, mientras que los otros 8 casos corresponden al sexo masculino, constituyendo el restante 33.3% del total. De ellos, el 29.1% refirió encontrarse vinculado a tres redes de apoyo social: hijos, otros familiares y/o cónyuge y amigos (7 casos). Otro 50% se vinculó a dos de estas redes (12 casos), y el 20.9% restante refirió contar solo con una red de apoyo social (5 casos).

En lo que respecta a su escolaridad, más de la mitad de ellos (15 casos), con 62.5% concluyó la educación secundaria o un grado menor de estudios; por su parte, el 37.5% completó el bachillerato, la universidad o realizó un posgrado (9 casos).

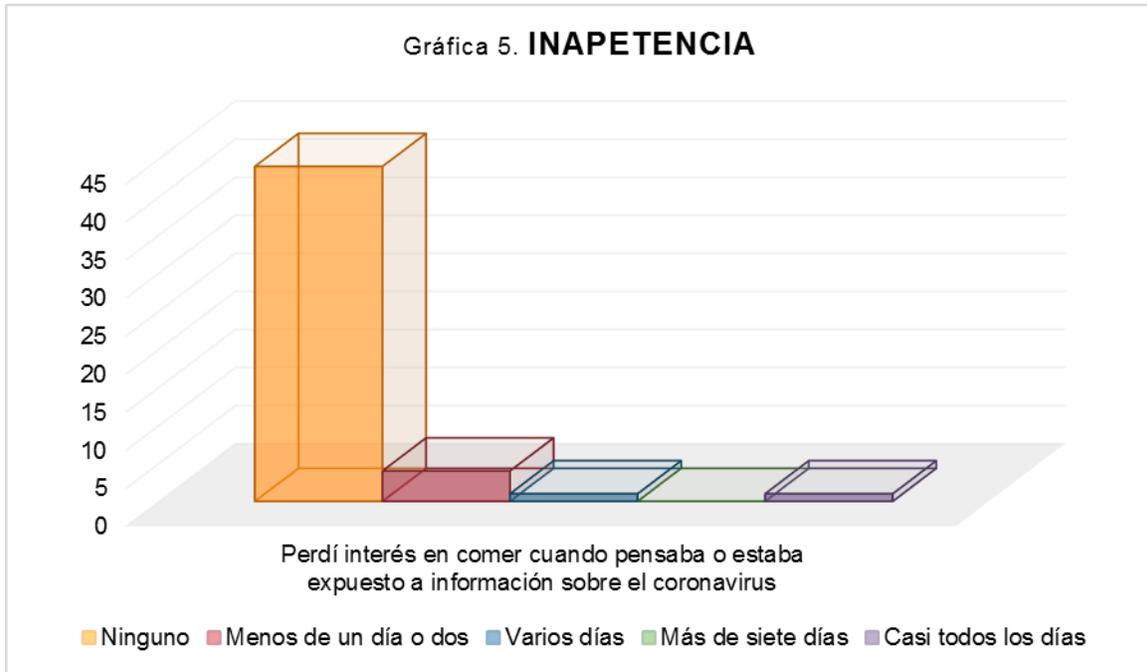
Con relación a la frecuencia con la que se presentaron los síntomas, solo en el 12.5% (3 casos) lo hicieron “*Casi todos los días*” durante las últimas dos semanas, mientras que en el 62.5% (15 casos) lo hicieron en “*Menos de un día o dos*”, durante el mismo periodo de tiempo.

Los tres principales síntomas asociados con la ansiedad, presentes en los participantes derivados de la posibilidad de enfermarse por COVID-19 durante el confinamiento fueron las ya mencionadas alteraciones en el patrón del sueño, la inapetencia, y las náuseas y demás problemas estomacales, en ese orden.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario “Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19.”.

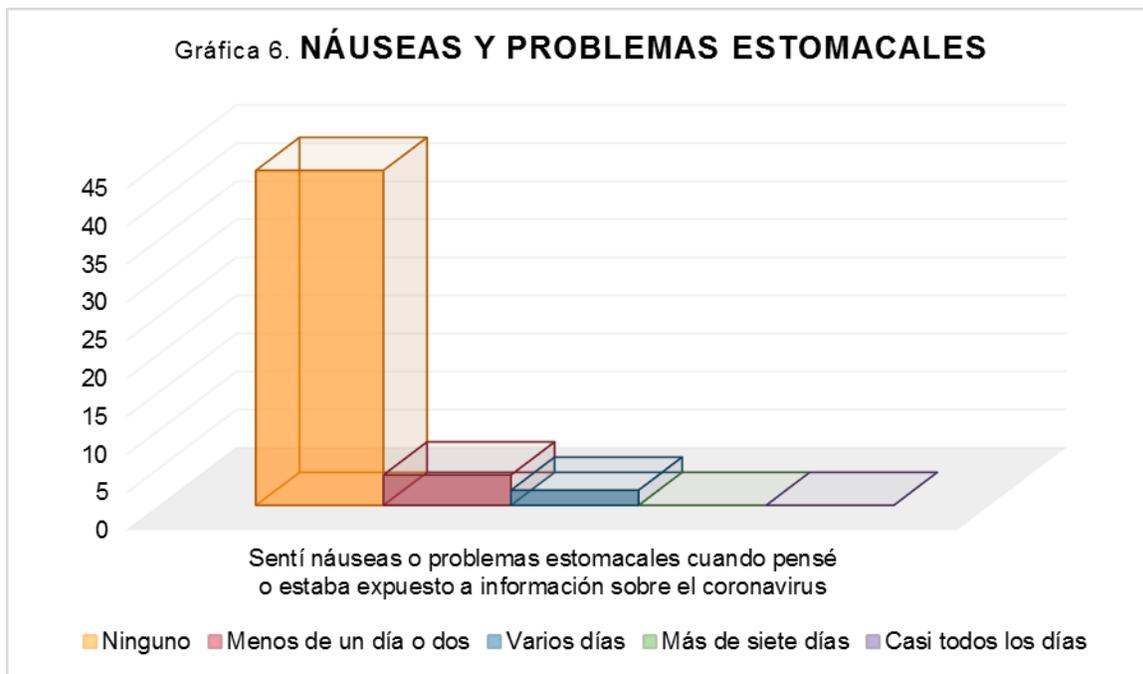
Los problemas del sueño se presentaron en el 20% de los participantes (10 casos). De éstos, 6 (60%) refirieron tener problemas para quedarse o permanecer dormido por estar pensando en el coronavirus “*Menos de un día o dos*” en las últimas dos semanas. 2 de ellos (20%) refirieron tener el mismo problema “*Más de 7 días*”, y otros 2 (20%) “*Casi todos los días*” durante el mismo periodo de tiempo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario “Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19”.

La inapetencia se presentó en el 12% de los participantes (6 casos). De éstos, 4 (66.6%) refirieron haber perdido el interés en comer cuando pensaban o estaban expuestos a información sobre el coronavirus “*Menos de un día o dos*” en las últimas dos semanas. Uno de ellos (16.6%) refirió tener el mismo problema “*Varios días*”, y otro más (16.6%) “*Casi todos los días*” durante el mismo periodo de tiempo.

Gráfica 6. **NÁUSEAS Y PROBLEMAS ESTOMACALES**



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario “Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19”.

Las náuseas y problemas estomacales se presentaron en el 12% de los participantes (6 casos). De éstos, 4 (66.6%) refirieron sentir náuseas o problemas estomacales cuando pensaron o estuvieron expuestos a información sobre el coronavirus “*Menos de un día o dos*” en las últimas dos semanas. Los restantes 2 (33.3%) refirieron tener el mismo problema “*Varios días*” durante el mismo periodo de tiempo.

XI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El desarrollo de la presente investigación atendió al objetivo de describir, de manera general, las características de la dinámica de un grupo de adultos mayores con sus diferentes tipos de redes de apoyo social durante el confinamiento por COVID-19; especialmente, durante el periodo de abril a junio de 2022, que coincide con la etapa de descenso de contagios de la *cuarta ola* (que fue de diciembre de 2021 a marzo de 2022), y el repunte máximo de contagios por coronavirus de la *quinta* (registrado en junio de 2022); periodo en que la cepa *Omicrón* fue la variante predominante, y momento para el cual se habían aplicado ya en México más de 79 millones de segundas dosis de la vacuna en contra de la COVID en cualquiera de sus presentaciones, y al menos 100 millones de primeras dosis de éstas²⁵⁶.

Las características a describir son las contenidas en el “*Inventario de Recursos Sociales en Personas Mayores*” elaborado por Pura Díaz Veiga²⁴⁵ en 1986, como parte de su trabajo de fin de grado en psicología; *frecuencia en el contacto con las redes, tipo de apoyo recibido de éstas y grado de satisfacción con las mismas*. Al mismo tiempo, se indagó en la presencia o ausencia de algunos síntomas fisiológicos predictores de ansiedad, generados por la posibilidad de enfermarse por COVID-19, evaluados a partir de la escala diseñada *ex profeso* por Sherman Lee y sus colaboradores²⁴⁶ en 2020.

Los resultados de la presente investigación varían si se toman como referencia los datos de investigaciones relacionadas con el vínculo de los adultos mayores con sus redes de apoyo social, o con el grado de ansiedad experimentada desarrolladas al principio de la pandemia. En algunos casos también difieren con los resultados obtenidos por investigaciones realizadas durante la propagación masiva de la cepa *Omicrón*; periodo socio histórico y epidemiológico en el que se desarrolló el presente estudio, y coinciden con otros que no necesariamente se desarrollaron en el mismo tiempo o el mismo espacio geográfico, lo que permite recordar que los hallazgos

pertenecen a realidades de distintos contextos, espacios y tiempos, dentro del *continuum* que representa una pandemia.

11.1.- EL ADULTO MAYOR Y SUS REDES DE APOYO SOCIAL

El primer hallazgo a destacar fue la frecuencia de los vínculos que mantuvieron los adultos mayores con sus redes de apoyo durante el periodo del confinamiento anteriormente referido. Este resultado coincidió con lo expuesto por Kulmala²⁵⁷ y por Rumas²⁵⁸ quienes observaron que durante el confinamiento, aunque en temporalidades distintas, la frecuencia de los vínculos con las redes no disminuyó de manera significativa, como lo afirman Van Tilburg²⁵⁹ o De Feijter²⁶⁰ sino que, en algunos casos, estos contactos incluso se incrementaron, como se observa en los hallazgos de El-Zoghby²⁶¹ o Luchetti²⁶².

Según lo observado por Ryu y colaboradores²⁶³ en un estudio de cohorte prospectivo a dos años (2018-2020), luego de la *tercera ola* de contagios por coronavirus en Corea del Sur (finales de 2020), la frecuencia de interacción entre los adultos mayores que vivían solos y alguna de sus redes permaneció sin alteraciones, o se incrementó gradualmente. El 71% de los sujetos de estudio informó que el contacto con sus redes era igual o mayor que antes del brote de la pandemia. El-Zogby y colaboradores²⁶¹ coincidieron en que este fenómeno se presenta debido a la temporalidad en que se manifiestan las epidemias, en “*cámara lenta*”; lo que posibilita más oportunidades para que las personas se conecten y se apoyen mutuamente^{264, 265}.

En el estudio realizado por Kotwal y colaboradores²⁶⁶ en la bahía de San Francisco, California en 2021, se encontró que aunque el nivel de soledad entre los adultos mayores aumentó con la pandemia, este nivel disminuyó a medida de que transcurría el tiempo después del brote de ésta al 41% después de 4 a 6 semanas y al 27% después 13 a 15 semanas. Esto es confirmado por Luchetti y colaboradores²⁶² quienes afirman que, en relación con los adultos más jóvenes, los adultos mayores informaron niveles promedio más bajos de soledad, y que hubo aumentos en las conexiones sociales, tanto físicas como mediadas por la tecnología.

En el estudio longitudinal realizado en el Estado de México por Betancourt Ocampo y colaboradores²⁶⁷ durante tres momentos de 2022, se concluyó que los adultos mayores se acostumbraron a las restricciones impuestas durante el confinamiento, no viendo alterada su dinámica diaria, pues tuvieron al menos una red de apoyo social con la cual vincularse, que generalmente fue su cónyuge o pareja²⁶⁸.

Las diferencias entre en los hallazgos de quienes refirieron un mayor abandono después del brote de COVID y quienes reportaron lo contrario no solo dependen de la temporalidad en la que se desarrollaron los estudios; también se encuentran asociadas a factores como su país de procedencia (y con esto, las medidas estatales para contener el progreso de los contagios)²⁶⁹, el sexo, la edad, la condición socioeconómica, el nivel de dependencia, de escolaridad, entre otros.

Dentro de la presente investigación no se indagó, por no ser su objetivo, en las semejanzas o diferencias en la frecuencia de los vínculos de las redes de apoyo social y los adultos mayores antes y después de la pandemia, dado su carácter transversal. No obstante, el porcentaje de los adultos que mantuvieron vínculos frecuentes con alguna de sus redes de apoyo, “*Una vez a la semana o más*” fue significativo.

En relación a la red con la que se mantuvo un mayor vínculo durante el desarrollo de la presente investigación, se coincidió con Kulmala²⁵⁷, Jaspal²⁷⁰, Gan²⁷¹ y Das²⁷², quienes ubicaron en sujetos ajenos al círculo familiar a la principal red de apoyo social durante la pandemia, haciendo énfasis en la importancia de los vecinos y los amigos.

El mayor vínculo que sostuvieron los adultos mayores se dio con sus amigos, como parte de un *círculo virtuoso* según el cual las relaciones establecidas con ellos son más significativas pues surgen desde la semejanza, la sinceridad, la preocupación legítima y franca y, a diferencia de otros vínculos, éstos no son obligados o interesados. Se transforman en relaciones altamente significativas para quienes las sostienen, lo que favorece su mayor satisfacción. Se priorizó la calidad sobre la cantidad de los vínculos existentes, como de manera general sucede con los

vínculos establecidos durante la vejez, en lo que Carstensen y colaboradores reconocen como una “*selectividad socioemocional*”^{127, 128.}”.

En el estudio desarrollado por Blieszner y colaboradores²⁷³ en la antesala de la pandemia, se clarifica la importancia de los amigos durante la vejez, destacando que en esta etapa de la vida, éstos están más involucrados en el cuidado de sus semejantes, o de otros que no necesariamente son parte de su familia. Igualmente, coinciden con Cavallini y colaboradores²⁷⁴ en que el beneficio obtenido de las relaciones con amigos es mayor en comparación con el obtenido de las relaciones familiares, durante la vejez.

De acuerdo con Das y Bhattacharyya²⁷², al ser una relación menos estructural, de mayor flexibilidad, que fomenta la igualdad, el consenso y el sentimiento de apego, la amistad impulsa la llamada “*comprensión compartida*”, llenando el vacío emocional de las personas que la sostienen, como desde 1922 lo teorizó Hall²². Esto explicaría el por qué los adultos mayores de la presente investigación manifestaron un mayor grado de satisfacción con la relación sostenida con sus amigos, a diferencia de la satisfacción con sus relaciones familiares.

Durante la pandemia, la familia se ubicó como una red que en algunos casos podía favorecer el bienestar del adulto mayor, o que por el contrario, podía perturbar su estabilidad emocional. Dentro de las investigaciones que hacen referencia a la primera premisa se encuentran las desarrolladas por Kulmala²⁵⁷, Siette²⁷⁵ y Kremers²⁷⁶. Contrarias a estas fueron las de Das y Bhattacharyya²⁷², Chang y Levy²⁷⁷, y Tyler²⁷⁸.

La razón para esta dualidad, contradictoria, se fundamenta en la evidencia histórica²⁷⁹⁻²⁸¹ del maltrato ejercido en contra de los adultos mayores dentro de sus hogares por parte de sus propias familias, y que con la pandemia se acrecentó²⁸²⁻²⁸⁴. Así lo confirman Chang y Levy²⁷⁷, cuando afirman que la tensión financiera generada por el confinamiento fue un predictor de maltrato a las personas mayores, que se sumó a las ya de por sí existentes formas de maltrato (físico, emocional). Con ellos coinciden Das y Bhattacharyya²⁷² quienes, en su estudio cualitativo desarrollado en la periferia de la India en 2021, hallaron que aunque las relaciones

familiares se intensificaron debido a la pandemia, algunas veces forzadas, esta reactivación no fue necesariamente para bien.

Para Tyler y sus colaboradores²⁷⁸, el estar separado de la familia y amigos predecía ansiedad y depresión, pero tener discusiones o conflictos con otros adultos en el hogar era el mayor predictor de ansiedad y el segundo mayor predictor de depresión.

En lo referente al principal tipo de apoyo percibido por los adultos mayores, este fue el del tipo emocional, teniendo una coincidencia con la mayoría de los estudios encontrados en la revisión de la literatura; entre ellos los de Van Tilburg²⁵⁹, El-Zoghby²⁶¹, Jaspal²⁷⁰, Das²⁷², Cavallini²⁷⁴, Siette²⁷⁵, Bae²⁸⁵ y Röhr²⁸⁶.

En el análisis cualitativo desarrollado por Sit y colaboradores²⁸⁷ en población china durante 2022, se destacó la importancia del apoyo informativo e instrumental provisto por los vecinos, mismo que permitió reducir el estrés emocional de los adultos mayores durante el cierre masivo de las actividades en el confinamiento.

Este apoyo se dio en algunos casos de manera directa, a través del contacto cara a cara; en otros, mediado por las tecnologías de información y comunicación, teniendo en ambos un impacto positivo en el bienestar de quienes lo recibieron. Bae y colaboradores²⁸⁵ destacaron que las interacciones frecuentes con la familia, vecinos y amigos se tradujeron en una mayor satisfacción, independientemente de si estas interacciones eran cara a cara o mediadas por la tecnología. En el mismo sentido Llorente Barroso y colaboradores²⁸⁸, en su análisis cualitativo desarrollado a través de cuatro grupos focales, afirman el carácter humanizador de las llamadas TIC y su utilidad emocional, lo que las convirtió en un detonante motivacional y mejoró el bienestar mental de quienes las utilizaron.

Aunque la finalidad de la presente investigación no fue indagar en el tipo de contacto mantenido con las redes de apoyo social (físico o virtual), en las pláticas sostenidas con los informantes en torno a la aplicación del instrumento de recogida de datos, la mayor parte de éstos hizo referencia al contacto con familiares, amigos, vecinos,

a través del teléfono celular y sus diversas aplicaciones, de entre la que se destacó WhatsApp Messenger.

11.2.- DATOS DE ANSIEDAD FRENTE A LA COVID-19

En términos reales, los adultos mayores de la presente investigación refirieron pocos síntomas predictores de ansiedad, tanto por su número como por su frecuencia, a pesar de haberse presentado éstos en el 48% de ellos.

Dos de los criterios que ayudan en el diagnóstico de la ansiedad según el *DSM-IV* y la *CIE 10* son a) la presencia de tres o más síntomas asociados a ella, entre otros: inquietud e impaciencia, fatiga, dispersión mental, irritabilidad, tensión muscular y/o alteraciones en el patrón del sueño, y b) la duración de los mismos. Tres de estos síntomas o más deberán de presentarse de manera sostenida durante mínimo, dos semanas²⁸⁹, con lo cual se pueden levantar sospechas de su presencia. De llegar a sostenerse éstos durante seis meses o más, será posible diagnosticar franca ansiedad²⁹⁰ o alguna de sus variantes, según sea el caso.

Los hallazgos de la presente investigación pueden significar dos cosas. Que estos síntomas nunca se presentaron de una manera exponencial durante el curso de la pandemia, o que en el periodo histórico en que ésta se desarrolló estos síntomas ya habían disminuido, siendo necesario recordar que estos datos son cambiantes y obedecen entre otras, a las tasas de infección por el coronavirus, así como a las medidas gubernamentales de contención de la pandemia, su endurecimiento o relajación²⁶⁹.

La baja presencia de síntomas coincide con los hallazgos referentes al bajo nivel de ansiedad experimentada por los adultos mayores durante el transcurso de la pandemia, expuestos por la mayor parte de los estudios consultados que abordaron el tema. Igualmente, se coincide en que el principal síntoma asociado a la ansiedad presente en esta población fue la alteración en el patrón del sueño^{291, 292}.

Silva Fhon y colaboradores²⁹³ destacaron alteraciones del sueño en la mitad de los sujetos de estudio, mientras que Ferreira y colaboradores²⁹⁴ refirieron su presencia en el 62.5% de los participantes, que manifestaron insomnio durante el

confinamiento. A pesar de ello, resultaría importante indagar si estas manifestaciones pueden asociarse directamente a la ansiedad generada por la pandemia o, como se sabe, forman parte de la propia naturaleza del envejecimiento, en el que los trastornos del sueño constituyen una característica cuasi patognomónica²⁹⁵, motivados quizás, por la presencia de polifarmacia, insuficiente actividad física, la toma de siestas durante el día, pobre exposición al sol, cenas copiosas²⁹⁶, etc.

Luego de la *tercera ola* de contagios en México (junio a septiembre de 2021)^{297, 298}, Betancourt Ocampo y colaboradores²⁶⁷ detectaron que los síntomas de ansiedad aumentaron en la población de adultos mayores, aunque no de manera significativa en comparación con el nivel de ansiedad reportado durante la *segunda ola* (enero a marzo de 2021)²⁹⁹. Durante la expansión de la variante *Omicrón*, Hadjistavropoulos y Asmundson²⁶⁹ reportaron un incremento en el nivel de estrés y la presencia de “*toda la gama de temores existentes*” frente a la infección, como consecuencia de la preocupación a enfermarse dada la alta letalidad de la cepa y su elevada *contagiosidad*.

Por su parte, Silva Fhon y colaboradores²⁹³ en su estudio desarrollado en el Perú en 2021, concluyeron que el tener una mayor edad se asoció a la presencia de un mayor nivel de depresión y ansiedad. En esa dirección apuntó la investigación de Cihan y Gökgöz Durmaz³⁰⁰, quienes un año antes documentaron hallazgos similares.

No obstante, los estudios con hallazgos en sentido contrario, y con los que coincide la presente investigación, son los más numerosos. Entre los encontrados se pueden destacar los de El-Zoghby²⁶¹, Jaspal²⁷⁰, Cavallini²⁷⁴, Kremers²⁷⁶, Sojli³⁰¹, Peng³⁰², Mahapatra³⁰³ y Vahia³⁰⁴.

Según lo observado por Brown y colaboradores³⁰⁵ en su estudio de cohorte desarrollado en el Reino Unido en 2021, la mayoría de las personas mayores reportaron tener bajos niveles de depresión y ansiedad, mostrándose mentalmente bien equipados para hacer frente a escenarios de bloqueo como el periodo de

confinamiento, que incluso se presentó como un descanso de la rutina, y la oportunidad para reforzar los lazos comunitarios con los vecinos.

Para Ouanes y colaboradores³⁰⁶, la edad avanzada se convirtió en un factor protector por sí mismo, frente al malestar psicológico relacionado con la COVID-19, reportando el 20.9% de ansiedad entre los sujetos de estudio, luego del análisis de la información recogida entre junio y agosto de 2020. Por su parte, Robb y colaboradores³⁰⁷ hallaron resultados más conservadores sobre la presencia de ansiedad en la población de adultos mayores, manifestada por apenas el 12.3% de ellos entre abril y julio de 2020.

Diversas investigaciones apuntan a que durante la pandemia fueron varios los factores que aminoraron la presencia de ansiedad en la población de personas adultas mayores en comparación de la población más joven. Mayor experiencia en la resolución de problemas, una mayor y mejor resiliencia^{308, 309}, una red de apoyo social consolidada, la despreocupación por buscar el sustento diario^{303, 310, 311} y la existencia de pensiones para ese sector²⁹³, confianza en Dios y alto grado de religiosidad³⁰⁶. Betancourt Ocampo y colaboradores²⁶⁷ destacan, en el caso de México, los mensajes positivos del gobierno transmitidos en los medios de comunicación a través de los que se indicaba que la pandemia estaba bajo control, y que en poco tiempo la situación volvería a la normalidad, generando una sensación de cierta tranquilidad y relajación entre la población.

Referente a la certidumbre económica, parece que efectivamente favoreció el bienestar mental de las personas mayores durante el confinamiento como lo confirman entre otros Mahapatra³⁰³, Wang³¹⁰ y sus respectivos colaboradores.

En el estudio realizado durante 2020 en Bangladesh, India, por Mistry y colaboradores³¹¹ se encontró que los adultos mayores que estaban desempleados o jubilados al momento de su realización presentaron mayor *miedo* frente a la idea de enfermar por COVID-19. Silva Fhon y colaboradores²⁹³ detectaron, en la misma dirección, que la pensión implementada por el estado peruano denominada “*Programa Nacional de Asistencia Solidaria – Pensión 65*” cuyos beneficiarios

fueron los adultos de esa edad o mayores, se convirtió en un factor que aminoró la presencia de ansiedad durante el confinamiento.

En México, desde el año 2020 se reformó el artículo 4º Constitucional, a fin de garantizar el acceso de los adultos mayores a una pensión universal, que a partir de 2022 beneficia a más de 10 millones de ellos³¹² (72%)³¹³. En concordancia con lo destacado por Silva Fhon²⁹³, Juárez y Rodríguez Piña³¹⁴ afirman que las pensiones no contributivas han tenido efectos positivos y estadísticamente significativos sobre el bienestar subjetivo de este segmento de la población en México, mejorando el estado anímico, la satisfacción con la propia vida y la percepción subjetiva de la salud.

Sobre la presencia de ansiedad en la población según su sexo, los resultados de la presente investigación se encuentran en sintonía con la parte más numerosa de los estudios consultados, que coincidieron en que las mujeres presentaron una mayor predisposición para manifestarla, tal como lo demuestra la experiencia histórica³⁰⁵⁻³⁰⁸. Entre éstos los de Kotwal²⁶⁶, Robb³⁰⁷, Meng³¹⁹, Wang³²⁰ y Gaspar³²¹. Contrario a estos se presentaron, como ejemplo, los resultados del estudio desarrollado por Wu y colaboradores³²² con población china en 2020, a partir de los que se concluyó que el riesgo de trastornos psicológicos en los hombres fue mayor que en las mujeres.

Respecto a la relación entre la escolaridad y la presencia de síntomas predictores de ansiedad, estudios como el de Cihan y Gökgöz Durmaz³⁰⁰ encontraron que un mayor nivel educativo se asoció a la presencia de una mayor cantidad de síntomas relacionados con la ansiedad y con un peor afrontamiento de la pandemia, con los consecuentes trastornos mentales y emocionales derivados, quizás “(...) *por tener una mayor conciencia sobre la pandemia y sus repercusiones.*”³⁰⁰.

Frente a estos hallazgos se encuentran aquellos con los que coincide la presente investigación, y que asocian un mayor nivel educativo con una mejor manera de afrontar el confinamiento y la pandemia. Gaspar y colaboradores³²¹, en su estudio desarrollado durante 2020 en Lisboa, Portugal, concluyeron que la mejor adaptación psicosocial y los niveles más elevados de salud mental fueron los mostrados por las personas con mayor nivel educativo, siendo las mujeres y personas con menor escolaridad aquellas que presentaron el menor nivel de adaptación.

XII

CONCLUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue describir las generalidades de la dinámica entre un grupo de adultos mayores residentes de Tlalpan, Ciudad de México, y sus redes de apoyo social durante el confinamiento por COVID-19, especialmente en el periodo de marzo a junio de 2022, identificando si esta se convirtió en un factor protector de ansiedad en la muestra.

En su realización se encontró con algunas limitaciones. La principal de ellas fue la poca afluencia de adultos mayores al establecimiento donde se desarrolló, derivada, quizás, del propio confinamiento y del posible temor de éstos a salir nuevamente a la calle frente a la amenaza constante de enfermar.

Los hallazgos obtenidos y enriquecidos por la literatura existente, pretérita y reciente, confirmaron la trascendencia de las redes de apoyo social en la vida de todos aquellos que no solo se encuentran insertos en ellas sino que, fundamentalmente, se sienten parte de ellas. Para el caso particular, las redes de apoyo social constituyeron un recurso valioso durante el periodo de confinamiento. Éstas les brindaron a los adultos mayores diversos apoyos, especialmente del tipo emocional, a partir del cual se hizo frente a las vicisitudes derivadas de la emergencia sanitaria; principalmente a la incertidumbre frente a la nueva enfermedad que, se pensaba, había generado miedo y ansiedad de manera particular en este colectivo que, como pronto se supo, resultó ser el más vulnerable.

La baja presencia de síntomas predictores de ansiedad o síntomas asociados a ella, en relación a la vinculación de los adultos mayores con sus redes de apoyo parece confirmar lo contrario.

El interés por identificar la presunta utilidad de estas redes en el referido contexto, y su posible capacidad para amortiguar los efectos de la pandemia permitió, al

tiempo de verificarse por sí misma, posibilitar hallazgos que aunque no nuevos, sí *novedosos* por su poca difusión entre la comunidad.

Según lo demostraron éstos, se logró destacar por ejemplo, la red de los “*Amigos*” por sobre todas las demás enunciadas por Díaz Veiga, lo cual no parece extraño si se toma en cuenta el fundamento a partir del cual se genera el vínculo con ella; originado desde la igualdad, la sinceridad, la preocupación franca y desinteresada por “*el otro*”, y la libre elección por ese “*otro*”. Los *amigos* se colocaron a la vanguardia como la red de apoyo social que no solo se vinculó con mayor frecuencia con los sujetos de estudio, sino que también, generó mayor satisfacción en ellos.

En contraparte se evidenció, de manera más o menos directa, la insatisfacción en la relación sostenida con los miembros de la familia. Como se sabe, esta población es una de las que sufre con mayor frecuencia de abusos y violencia en el propio hogar. Por no ser su objetivo principal, y por las propias limitaciones generadas por la pandemia, no se logró identificar si la insatisfacción referida se originó en la inexistencia del vínculo con los miembros de la familia o en su franco abandono; en las relaciones existentes pero poco significativas o, en el otro extremo, si esta insatisfacción se originó en relaciones presentes pero sustentadas en el abuso y la violencia.

La experiencia confirmó la idea a partir de la que se desarrolló el presente trabajo: las redes de apoyo social constituyen un valioso elemento de apoyo frente a situaciones desfavorables; especialmente en la población de adultos mayores.

Entre los principales aprendizajes adquiridos se encuentra el que la población de adultos mayores, de manera general, soporta mejor las presiones emocionales a las que se puede enfrentar el ser humano. Que los amigos constituyen una importante red de apoyo social durante la vejez. Que la relación con la familia, como red de apoyo social no siempre es benéfica, o no siempre genera satisfacción entre los adultos mayores que viven en ella. Igualmente, se descubrió que durante el final de la *cuarta oleada* de contagios por COVID-19 y el pico máximo de la *quinta*, los síntomas predictores o asociados a la ansiedad se presentaron en una poca proporción y en una baja frecuencia en la muestra de adultos mayores estudiada.

Se espera que a partir de los conocimientos derivados del presente trabajo se incentive el uso de las redes de apoyo social en favor de la salud y la vida de los adultos mayores dentro de la comunidad, especialmente valiéndose de los grupos de iguales, sus amistades, fortaleciendo los vínculos familiares en tanto sea posible y de la mano de otros profesionales, a fin de generar estrategias de afrontamiento significativas frente a contextos similares en el presente y en el futuro.

XIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Matamoros JN. El modelo de “La Escalera” y la caracterización científica de la enfermería. *Hojas Sueltas* 2021; 2 (5): 2-14.
2. Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. 2ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2009.
3. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid MP, Ávila Sánchez M. De la enfermera general a la enfermera geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 32 (4): 126-134.
4. Azua Blanco MD, Lample Lasaca AM, Blasco Solano M, Belloso Alcay A. Evolución histórica de la Enfermería Geriátrica. *Gerokomos*. 1993; 9 (4): 109-111.
5. González Santana SR, González Sierra AP, Chickris AK. La transición demográfica en México. *CULCyT*. 2018; 15 (65): 61-74.
6. Ochoa Vázquez J, Cruz Ortiz M, Pérez Rodríguez MC, Cuevas Guerrero CE. El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2018; 26 (4): 273-280.
7. Turra C, Fernandes F. La transición demográfica. Oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. Chile: Comisión Económica para América Latina el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas; 2021.
8. Montes de Oca Zavala V (Coord.). Vejez, salud y sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas. México: Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
9. Bruno F, Acevedo Alemán J. Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum Sociológico*. 2016; 29: 7-20.
10. Robles Silva L, García Barragán TL, Ramírez Contreras MG. Salud pública y envejecimiento en México. Revisión bibliométrica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2020; 58 (1): 37-49.
11. Kánter Coronel I. Las personas mayores a través de los datos censales de 2020. México: Instituto “Belisario Domínguez”. Senado de la República; 2021.
12. Fischer F, Raiber L, Boscher C, Winter MHJ. COVID-19 and the Elderly: Who Cares? *Frontiers in Public Health*. 2020; 8: 1-3.
13. Chen Y, Klein SL, Garibaldi BT, Li H, Wu C, Osevala NM. Et. All. Aging in COVID-19: Vulnerability, immunity and intervention. *Ageing Research Reviews*. 2021; 65: 1-11.
14. Hoffman C, Wolf E. Older age groups and country-specific case fatality rates of COVID-19 in Europe, USA and Canada. *Infection*. 2021; 49: 111-116.
15. Juel Ahrenfeldt L, Otavova M, Christensen K, Lindahl Jacobsen R. Sex and age differences in COVID-19 mortality in Europe. *Wien Klin Wochenschr*. 2021; 133: 393-398.
16. Hattori T, Amishima M, Morinaga D, Kamada K, Nakakubo S, Yamashita Y. Et.All. Older age is associated with sustained detection of SARS-CoV-2 in nasopharyngeal swab samples. *Journal of Infection*. 2021; 82: 159-198.
17. Hui DSC, Zumla A. Severe Acute Respiratory Syndrome Historical, Epidemiologic, and Clinical Features. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2019; 33 (4): 869-889.
18. Masters PS. Coronavirus genomic RNA packaging. *Virology*. 2019; 537: 198-207.
19. Gassen NC, Niemeyer D, Muth D, Corman VM, Martinelli S, Gassen A. Et.All. SKP2 attenuates autophagy through Beclin1-ubiquitination and its inhibition reduces MERS-Coronavirus infection. *Nature*. 2019; 10 (5770): 1-16.
20. Tulgar s, Ahiskalioglu A, Kök A, Terence Thomas D. Possible Old Drugs for Repositioning in COVID-19 Treatment: Combating Cytokine Storms from Haloperidol to Anti-interleukin Agents. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*. 2020; 48 (3): 256-257.

21. Kikkert M. Innate Immune Evasion by Human Respiratory RNA Viruses. *Journal of Innate Immunity*. 2020; 12: 4-20.
22. Hall GS. Senescence. The Last Half of Life. Estados Unidos: D. Appleton and Company; 1922.
23. Carbajo Vélez MC. La historia de la vejez. *Ensayos*. 2008; 18: 237-254.
24. Martínez Rodríguez L, Fernández Castillo E, González Martínez E, Vázquez Morales HL. Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2019; 22 (2): 130-139.
25. Álvarez Martínez J, Andrade Pineda C, Vieyra Ramos V, Esquivias Zavala H, Merlín García I, Neria Mejía R. Et.All. Manual operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz"; 2020.
26. Chávez Turello AL. Impacto de la pandemia de COVID-19 en cuestiones de género, redes de apoyo social y salud mental: reflexiones y propuestas. *Revista Interamericana de Psicología*. 2022; 27: 189-207.
27. Durá E, Garcés J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Aprendizaje*. 1991; 6 (2): 257-271.
28. Alonso Fachado A, Menéndez Rodríguez M, González Castro L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*. 2013; 19: 118-123.
29. Dieterich H. Nueva guía para la investigación científica. México: Orfila; 2014.
30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw Hill; 2014.
31. Parry M. G. Stanley Hall: Psychologist and Early Gerontologist. *American Journal of Public Health*. 2006; 96 (7): 1160-1162.
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre edadismo. Resumen. Suiza: OMS; 2021.
33. Seco Lozano L. Edadismo: la barrera invisible. *Enfermería Nefrológica*. 2022; 25 (1): 7-9.
34. Zetina Lozano MG. Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*. 1999; 5 (19): 23-41.
35. Robledo Díaz L. Los paralogismos de la vejez. *Estudios del Desarrollo Social*. 2016; 4 (1): 94-107.
36. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios. Argentina: INADI. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2018.
37. Dulcey Ruiz E, Uribe Valdivieso C. Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2002.
38. Papalia DE, Sterns HL, Feldman RD, Camp DJ. Desarrollo del adulto y vejez. 3ª ed. México: McGraw Hill Educación; 2009.
39. Papalia DE, Martorell G. Desarrollo Humano. 13ª ed. México: McGraw Hill Educación; 2017
40. Islas Azaïs H. Lenguaje y discriminación. En: Salas Carrión L, Islas Azaïs H, Serret Bravo E, Salazar Ugarte P. Discriminación, democracia, lenguaje y género. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación; 2007. 63-96.
41. Bravo Segal S. Edadismo en medios masivos de comunicación: una forma de maltrato discursivo hacia las personas mayores. *Discurso y Sociedad*. 2018; 12 (1): 1-8.
42. Dabove MI, Fernández Oliva M, Nawojczyk E. Persona mayor. Boletín del Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud; 2017.
43. Andrés H, Gaston L. Vejez, vinculaciones, desvinculaciones y revinculaciones. En: Salvarezza L (Comp.). La vejez. Una mirada gerontológica actual. Argentina: Paidós; 2013. 75-94.
44. Monzó Gallo C. Atenuación en las lenguas indoeuropeas: el caso del latín senex. *Faventia*. 2018; 40: 59-73.
45. Cook M. Una breve historia de la Humanidad. Argentina: Antoni Bosch; 2012.
46. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. 3ª ed. México: Fontamara; 2019.
47. Malagón Bernal JL. Mitos y ritos de la vejez. Consecuencias sociales del envejecimiento en las sociedades contemporáneas. España: Departamento de Pedagogía Social de la Universidad Pablo de Olavide; 2003.
48. Carbajo Vélez MC. La historia de la vejez. *Ensayos*. 2008; 18: 237-254.
49. Minois G. Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento. España: Nerea; 1987.

50. Kiew Kit W. El gran libro de la medicina china. España: Urano; 2003.
51. Polo Luque ML, Martínez Ortega MP. Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los Cuidados*. 2001; 5 (10): 15-20.
52. López Austin A. Los mitos del tlacuache. Caminos de la mitología mesoamericana. México: Alianza Editorial; 1990.
53. López Austin A. Tamoanchan y Tlalocan. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
54. Platón. La República. Madrid: Edimat; 2019.
55. Lucía Espejo ME. *Respuesta a punto de acuerdo por el que se exhorta al titular del poder Ejecutivo Federal a concretar el proceso de firma y ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015 por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos*. México: Secretaría de Gobernación; DEP-1091/19 1° de julio de 2019.
56. Muñoz Hernández R. Las políticas públicas de la vejez en México 2010. *Iztapalapa*. 2011; 32 (71): 35-60.
57. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México: Secretaría General / Secretaría de Servicios Parlamentarios de la Cámara de Diputados; DOF 25 de junio de 2002.
58. Huenchuan S, Rodríguez Piñero L. Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2010.
59. Rodríguez Daza KD. Vejez y envejecimiento. Colombia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario; 2011.
60. Quintero Osorio MA (Edit.). La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2011.
61. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos: OMS; 2015.
62. Alberts B. Introducción a la biología celular. 5ª ed. México: Médica Panamericana; 2021.
63. Rico Rosillo MG, Oliva Rico D, Vega Robledo GB. Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2018; 53 (3): 287-294.
64. Alvarado García MA, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014; 25(2): 57-62.
65. Peláez Herreros O. Descripción y proyección de la esperanza de vida al nacimiento en México (1900-2050). *Estudios Demográficos y Urbanos*. 2009; 24 (71): 469-492.
66. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Chile: Comisión Económica para América Latina el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas; 2018.
67. Calva JL. Retos nodales del desarrollo económico en México durante el quinquenio 2020-2024. Problemas del Desarrollo. *Revista Latinoamericana de Economía*. 2020; 51 (202): 25-44.
68. Correa Restrepo F. Desarrollo económico de Japón: de la génesis al llamado milagro económico. *Revista Facultad de Ciencias Económicas*. 2017; 25 (1): 57-73.
69. Chaparro López R. Ficha país: Japón. México: Centro de Estudios Internacionales "Gilberto Bosques". Senado de la República; 2020.
70. Ranis G, Stewart F. Crecimiento económico y desarrollo humano en América Latina. *Revista de la CEPAL*. 2002; 78: 7-24.
71. Lustig N. Salud y desarrollo económico: El caso de México. *El Trimestre Económico*. 2007; 74 (4): 793-822.
72. Rodríguez Rodríguez D. La relación entre esperanza de vida, desarrollo económico y medio ambiente. Evidencia empírica para grupos de países con diferentes niveles de renta. España: Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de La Coruña; 2015.
73. García Rodríguez JF, García Fariñas, A, Priego Hernández O, Martínez Pérez L. Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano. *Salud en Tabasco*. 2017; 23 (1 y 2): 44-47.
74. Aguilar Camín H, Meyer L. A la sombra de la Revolución Mexicana. México: Cal y Arena; 1989.
75. Ávila F, Salmerón P. Breve historia de la Revolución Mexicana. México: Crítica; 2017.

76. Portilla Marcial OC. Política social: Del Estado de Bienestar al Estado Neoliberal, las fallas recurrentes en su aplicación. *Espacios Públicos*. 2005; 8 (16): 100-116.
77. Altamirano M, Campos R (Coords.). Hacia un Estado de Bienestar para México. México: El Colegio de México; 2020.
78. Cárdenas García J. Del Estado Absoluto al Estado Neoliberal. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
79. Flores Salgado J. Crecimiento económico e indicadores de bienestar social en México, 1950-2008. En: Flores Salgado J (Coord.). Pensar el futuro de México: Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. Crecimiento y desarrollo económico de México. México: Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana; 2010. 61-90.
80. Barajas Martínez G. Políticas de Bienestar Social del Estado posrevolucionario: IMSS, 1941-1958. *Política y Cultura*. 2010; 33: 61-82.
81. Krauze E. La presidencia imperial. De Manuel Ávila Camacho a Carlos Salinas de Gortari. México: Tusquets; 2013.
82. Huenchuan S (Edit.). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas; 2018.
83. Kánter Coronel I. Las personas mayores a través de los datos censales de 2020. México: Instituto "Belisario Domínguez" del Senado de la República; 2021.
84. Vivaldo Martínez M, Martínez Maldonado ML. La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En: Gutiérrez Robledo LM, Kershenovich Stalnikowitz D (Coords.). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Coordinación de la Investigación Científica / Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial de la Universidad Nacional Autónoma de México. Academia Nacional de Medicina de México. Academia Mexicana de Cirugía. Instituto Nacional de Geriátrica; 2015. 27-42.
85. Secretaría de Bienestar del Gobierno de la República. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, para el ejercicio fiscal 2022. México: Secretaría de Bienestar; DOF 30 de diciembre de 2021.
86. Frankel E. DNA. El proceso de la vida. 2ª ed. México: Siglo XXI Editores; 1970.
87. Carrillo L, Morales C, Pezoa V, Camacho J. La historia de la ciencia en la enseñanza de la célula. *Tecné, Episteme y Didaxis*. 2011; 29: 112-127.
88. Ville CA. Biología. 8ª ed. Colombia: McGraw Hill; 1999.
89. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 13ª ed. México: Médica Panamericana; 2013.
90. Alberts B. Introducción a la biología celular. 5ª ed. México: Médica Panamericana; 2021.
91. Curtis H, Barnes NS, Schnek A, Massarini A. Curtis Biología. 7ª ed. México: Médica Panamericana; 2008.
92. Mendoza Milo M, Coria Soriano JL. Guía de instrumentos para la valoración de enfermería al adulto mayor. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México; 2019.
93. Ávila Ávila A, Sosa Tinoco E, Pacheco Pacheco J, Escobedo Acosta MG, Bautista Eugenio V, González García V. Et.All. Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. México: Instituto Nacional de Geriátrica; 2020.
94. Manual Merck de Geriátrica. 2ª ed. España: Harcourt Brace; 2001.
95. Salgado Alba A, Ruipérez Cantera I. Manual de Geriátrica. 3ª ed. España: Elsevier Masson; 2002.
96. Myers DG. Psicología. 7ª ed. México: Médica Panamericana; 2005.
97. Delgado Losada ML. Fundamentos de psicología para ciencias sociales y de la salud. México: Médica Panamericana; 2015.
98. Garrido A. Álvaro JL. Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas. 2ª ed. España: McGraw Hill; 2007.
99. Pinazo Clapés C. Alteraciones conductuales en personas mayores que viven en residencias. España: Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia; 2019.
100. Sánchez Escobedo P. Psicología Clínica. México: Manual Moderno; 2008.
101. Fernández Gil Í. Diccionario de psicología clínica y psicopatología. España: MAD; 2010.

102. Afifi AK, Bergman RA. Neuroanatomía funcional. Texto y atlas. 3ª ed. España: McGraw Hill; 2020.
103. Antonio Bordignon N. El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2005; 2 (2): 50-63.
104. Liberalesso Neri A. El legado de Paul B. Baltes a la psicología: el paradigma *Life Span* aplicado al desarrollo y al envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2007; 39 (2): 413-417.
105. Sandoval Carlos KC, García Sánchez MD, Luis Delgado OE. Pérdidas a lo largo del ciclo vital en adultos mayores. *Psicología y Salud*. 2019; 29 (1): 79-90.
106. Craig GJ, Baucum D. Desarrollo psicológico. 9ª ed. México: Pearson; 2009.
107. Kübler Ross E. La muerte: un amanecer. México: Diana; 2014.
108. Kübler Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. España: Luciérnaga; 2017.
109. Aristóteles. Ética Nicomáquea – Política. 25ª ed. México: Porrúa; 2016.
110. Collins R. Cuatro tradiciones sociológicas. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa; 1996.
111. Ritzer G. Teoría sociológica contemporánea. 3ª ed. México: McGraw Hill; 1997.
112. Herrera Gómez M, Soriano Miras RM. La teoría de la acción social en Erving Goffman. *Papers*. 2004; 73: 59-79.
113. Podcamisky Garber M. El rol desde una perspectiva vincular. *Reflexiones*. 2006; 85 (1-2): 179-187.
114. Gutiérrez E, Ríos P. Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico. *Última Década*. 2006; 25: 11-41.
115. Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario*. 2018; 17 (2): 87-88.
116. Montes de Oca V, Hebrero M. Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de Población*. 2006; 50: 97-116.
117. Vial Solar MC. La resignificación en el proceso de duelo del nido vacío en mujeres de 50 a 60 años. Chile: Facultad de Psicología de la Universidad "Alberto Hurtado"; 2016.
118. Díaz Aguirre JA, Restrepo Álvarez K, Pérez Narváez MC. El nido vacío: una mirada desde la trayectoria vital de las familias urbanas y rurales. Colombia: Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia; 2022.
119. Noriega García C, Velasco Vega C. Relaciones abuelos-nietos: una aproximación al rol del Abuelo. *Sociedad y Utopía*. 2013; 41: 464-482.
120. Marín Rengifo AL, Palacio Valencia MC. La crianza y el cuidado en primera infancia: un escenario familiar de inclusión de los abuelos y las abuelas. *Trabajo Social*. 2016; 18: 159-176.
121. López Rodríguez S. Padres sustitutos: Acercamiento a la díada abuelos-nietos y sus relaciones. *Publicaciones Didácticas*. 2017; 83: 318-334.
122. Quintanar Olgún F (Coord.). Apoyo psicogerontológico en la atención del adulto mayor. Estrategias para cuidadores. México: Facultad de Estudios Superiores "Iztacala" de la Universidad Nacional Autónoma de México; 2011.
123. Agudelo Botero M, Medina Campos RH. Dependencia de las personas adultas mayores. En: Gutiérrez Robledo LMF, García Peña MC, Jiménez Bolón JE (Coords). Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina de México; 2014. 1-28.
124. Robles Silva L, Vázquez Garnica EK. El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2008; 17 (2): 225-231.
125. Robles L, Pérez AC. Expectativas sobre la obligación filial: comparación de dos generaciones en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2012; 10 (1): 527-540.
126. Hernández Quirama A, Rojas Betancur HM. De todas maneras, al final estaremos solos: implicaciones futuras de la decisión de no tener hijos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 2021; 12 (2): 805-819.
127. Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking Time Seriously: A Theory of Socioemotional Selectivity. *American Psychologist*. 1999; 54 (3): 165-181.
128. Löckenhoff CE, Carstensen LL. Socioemotional Selectivity Theory, Aging, and Health: The Increasingly Delicate Balance Between Regulating Emotions and Making Tough Choices. *Journal of Personality*. 2004; 72 (6): 1395-1424.
129. Sahagún Padilla MA, Hermsillo de la Torre AE. La jubilación, hito de la vejez: revisión de aproximaciones psicosociales recientes. *Quaderns de Psicologia*. 2014; 16 (2): 27-41.

130. Hermida PD, Tartaglini MF, Feldberg C, Stefani D. Jubilación, trastornos psicofisiológicos y bienestar psicológico en una muestra de adultos mayores argentinos. *Ciencias Psicológicas*. 2017; 11 (2): 213-221.
131. Sánchez Palacios C. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. España: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Málaga; 2004.
132. Sánchez Rogel H, Lázaro Moreira M. Estereotipos negativos sobre vejez y el bienestar psicológico del adulto mayor. *Sinapsis*. 2021; 2 (20): 1-11.
133. Robledo Marín CA, Orejuela Gómez JJ. Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*. 2020; 18 (1): 95-102.
134. Oddone MJ. Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. España: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2013.
135. Urrutia Serrano A. Envejecimiento activo: un paradigma para comprender y gobernar. *Aula Abierta*. 2018; 47 (1): 29-36.
136. Zurita Lorente E. El envejecimiento activo, una fórmula para envejecer con éxito. España: Facultad de Empresa y Comunicación de la Universidad Internacional de La Rioja; 2014.
137. Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos MA. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Archivo Médico de Camagüey*. 2016; 20 (3): 330-337.
138. Peralta G, Carozzo T, Sierra M, Bu Figueroa E. Enfermedad por coronavirus (COVID-19): la pandemia según la evidencia actual. *INNOVARE*. 2020; 9 (1): 15-27.
139. Ruiz Bravo A, Jiménez Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica*. 2020; 61 (2): 63-79.
140. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*. 2020; 31: 125-131.
141. Domínguez L, Amador Bedolla C. El origen de COVID-19: lo que se sabe, lo que se supone y (muy poquito) sobre las teorías de complot. *Educación Química*. 2020; 31 (2): 3-11.
142. Suárez V, Suárez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo de Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*. 2020; 220 (8): 463-471.
143. Escudero X, Guarner J, Galindo Fraga A, Escudero Salamanca M, Alcocer Gamba MA, Del Río C. La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Archivos de Cardiología de México*. 2020; 90 (Sup): 7-14.
144. Manta B, Sarkisian AG, García Fontana B, Pereira Prado V. Fisiopatología de la enfermedad COVID-19. *Odontostomatología*. 2022; 24 (39): 1-19.
145. Durán A, Valderrama L, Uribe AF, González A, Molina JM. Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*. 2010; 51 (1): 16-28.
146. Dirección de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriátrica (INGER). Enfermedades crónicas, principal motivo de pérdida de años de vida saludable. Boletín del INGER. 2019; 2 (3): 14-17.
147. Browne J (Coord.). Envejecimiento, enfermedades crónicas y factores de riesgo: una mirada en el tiempo. Chile: Observatorio del Envejecimiento. Confuturo. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2021.
148. Fuentes Reyes G, Flores Castillo FD. La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. *Papeles de Población*. 2016; 87: 161-181.
149. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. México: INEGI; 2019.
150. Cotrado Huamán SR, Huapaya Flores GA. Abandono del adulto mayor: una perspectiva sociodemográfica. *Revista Ecuatoriana de Psicología*. 2020; 3 (7): 160-173.
151. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM) 2018. México: INEGI; 2019.
152. Rodríguez E, Bugés J, Morera J. Envejecimiento pulmonar. *Archivos de Bronconeumología*. 1991; 27 (2): 55-65.
153. Oyarzo Saldivia RK, Ojeda S, Ivanissevich ML. Envejecimiento y enfermedades respiratorias en las personas adultas mayores. El caso de un centro de jubilados de Río Gallegos. Informe Científico Técnico UNPA. 2020; 166-193.

154. Lino González AL, Téllez Alanís B. Ser adulto mayor en tiempos de COVID-19. *Elementos* 121. 2021; Sup: 17-22.
155. Sánchez Talanquer M, González Pier E, Sepúlveda J, Abascal Miguel L, Fieldhouse J, Del Río C. Et.All. La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso. México: Institute for Global Health Sciences; 2021.
156. Gobierno de la Ciudad de México. Lineamientos de medidas de protección a la salud que deberán cumplir el sector de oficinas corporativas para reanudar actividades hacia un regreso seguro a la nueva normalidad en la Ciudad de México. México: Gobierno de la Ciudad de México; 2021.
157. Signos Vitales SC. La pandemia en México. Dimensión de la tragedia. México: Signos Vitales SC; 2020.
158. Martínez Anaya C, Ramos Cervantes P, Vidaltamayo R. Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. *Educación Química*. 2020; 31 (2): 12-22.
159. Organización Mundial de la Salud (OMS). Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones. Reseña científica. Suiza: OMS; 2020.
160. Matos Alviso LJ, Reyes Gómez U, Coria Lorenzo JJ, Caballero Noguéz B, Espinosa Sotero MC, Pérez Pacheco O. Et.All. Los aerosoles humanos. Principal mecanismo de transmisión del nuevo SARS-CoV-2. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. 2021; 33 (135): 1809-1815.
161. Naranjo Hernández Y, Echemendía Marrero M, Rodríguez Cordero CR, Pérez Prado L. Un recorrido por la historia del lavado de las manos. *Archivo Médico de Camagüey*. 2020; 24 (5): 757-767.
162. Martínez Leyva KM, Zavala Ayala M. Infecciones asociadas a la atención de la salud. *Texepi*. 2020; 9 (17): 10-17.
163. Riskey A, Landaeta ME, Leyva J, Ramírez M, Rodríguez K, Valenzuela MV. Et.All. Conocimientos, prácticas y actitudes para la higiene de manos del personal médico durante la pandemia COVID-19 en el Hospital Universitario de Caracas. *Boletín Venezolano de Infectología*. 2020; 31 (1): 65-78.
164. Organización Mundial de la Salud (OMS). Uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales. Suiza: OMS; 2020.
165. Montaña Luna VE, Miranda Novales MG. Uso de mascarillas faciales como medida de prevención en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2020; 87 (5): 163-169.
166. Mojica Crespo R, Morales Crespo MM. El uso de mascarillas en el ámbito comunitario alrededor del mundo durante la pandemia de COVID-19. Eficacia, beneficios y riesgos: Una revisión. *Revista de Medicina Clínica*. 2021; 5 (1): 1-12.
167. Expansión Política. En ocho entidades ya es obligatorio el uso del cubrebocas. [Internet]. México: Redacción; 2020 [actualizado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/estados/2020/04/09/siete-entidades-adoptan-el-uso-de-cubrebocas-como-medida-contr-el-coronavirus>
168. El Financiero Bloomberg. Uso de cubrebocas por COVID: ¿En qué estados aún es obligatorio? [Internet]. México: Redacción; 2022 [actualizado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2022/10/07/uso-de-cubrebocas-por-covid-en-que-estados-aun-es-obligatorio/>
169. González Ortiz JA, Orihuela López DA, Xibille Friedmann DX. Las vacunas contra la COVID-19, ¿Cuál es mejor? *Lux Médica*. 2021; 17 (49): 1-18.
170. Chaparro Mérida NA, Moreno Samper D, Franco Lacato AO. Seguridad de las vacunas contra la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2021; 38 (4): 634-642.
171. El Financiero Bloomberg. ¡Llegó la vacuna! Aterriza en México primer lote de vacuna contra COVID-19 de Pfizer. [Internet]. México: Redacción; 2020 [actualizado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/llego-la-vacuna-ateriza-en-mexico-primer-lote-de-vacuna-contr-covid-19-de-pfizer/>
172. La Jornada. Arrancó la vacunación contra Covid-19. [Internet]. México: Redacción; 2020 [actualizado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/notas/2020/12/24/politica/arranco-la-vacunacion-contr-covid-19/>
173. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E Subjetivade*. 2003; 3 (1): 10-59.
174. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. España: Espasa; 2014.

175. Juan S, Etchebarne I, Gómez Penedo JM, Roussos A. Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. 2010; 14: 197-219.
176. Díaz Kuaik I, De la Iglesia G. Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*. 2019; 16 (1): 42-50.
177. Pérez De la Mora M. Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Ciencia*. 2003; 54 (2): 16-28.
178. Navas Orozco W, Vargas Baldares MJ. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2012; 69 (604): 497-507.
179. Aboytes Zarazúa MJ, Salvador Valerio LV. La implicación funcional de la amígdala en relación con el miedo. *Evidentia*. 2021; 2 (3): 8-12.
180. Reyes Ticas JA. Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2005.
181. Salaberría K, Fernández J, Echeburúa E. Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastornos de ansiedad ¿Un camino discontinuo? *Boletín de Psicología*. 1995; 48: 67-81.
182. Muñoz Polit M. Emociones, sentimientos y necesidades. Una aproximación humanista. 2ª ed. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt; 2019.
183. Arcos Rodríguez VA. Funciones ejecutivas: una revisión de su fundamentación teórica. *Poiésis*. 2021; (40): 39-51.
184. Rey de Castro J. Angustia, libertad y pecado en 'El concepto de angustia' de Vigilius Haufniensis de Søren Kierkegaard. *Synesis*. 2018; 10 (1): 147-165.
185. Noriega Aguilar G, Angulo Arjona B. La ansiedad, una condición emocional del ser humano. *Cinzontle*. 2010; (5-6): 13-19.
186. Cloninger SC. Teorías de la personalidad. México: Pearson Educación; 2003.
187. Martínez Monteagudo MC, Inglés CJ, Cano Vindel A, García Fernández JM. Estado actual de la investigación sobre la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*. 2012; 18 (2-3): 201-219.
188. Clark DA, Beck AT. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. España: Desclée de Brouwer; 2012.
189. Casco Gallardo KI, Cervera Baas ME, Villareal Reyna MA. Ansiedad ante la muerte en el adulto mayor mexicano. En: Bruno F (Coord.). Las veredas del olvido. Temas selectos: Envejecimiento, vejez y trabajo. La situación en Saltillo. (Tomo II). México: Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila; 2020. 1-11.
190. Franco Fernández MD, Antequera Jurado R. Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009; 1: 37-47.
191. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizado en el Adulto Mayor. México: IMSS; 2019.
192. Limonero García JT. Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. España: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona; 1994.
193. Gala León LJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC. Et.All. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2002; 30: 39-50.
194. Buitrago Bonilla LM, Córdón Espinosa L, Cortés Lugo RL. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Integración Académica en Psicología*. 2018; 6 (17): 70-81.
195. Alba Leonel A, Papaqui Alba S, Omaña Villagrán MF, Gracida Morales A. Impacto a la salud de la infodemia y de la mala información durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2021; 20 (1): 33-35.
196. Castañeda Argueta LA. Infodemia, como factor desencadenante del miedo al COVID-19. *CUNZAC*. 2022; 5 (1): 33-40.
197. Huarcaya Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020; 37 (2): 327-334.
198. Bailey DE, Stewart JL. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. Madrid: Elsevier; 2014. 599-615.
199. Trejo Martínez F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería Neurológica*. 2012; 11 (1): 34-38.

200. Lozares C. La teoría de redes sociales. *Papers*. 1996; 48: 103-126.
201. Barnes JA. Class and committees in a Norwegian island parish. *Human Relations*. 1954; 7: 39-58.
202. Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI*. 2013; 16 (1): 233-245.
203. Solorio Aceves MG, Medina Centeno R. Las redes de apoyo personal y el impacto en la trayectoria académica de alumnos y alumnas en el contexto universitario. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2019; 51: 41-47.
204. Fernández Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia*. 2005; 3: 1-16.
205. Requena Santos F. El concepto de red social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1989; 48: 147-152.
206. Chadi M. Redes sociales en el trabajo social. Argentina: Espacio Editorial; 2000.
207. Ulloa Ricarte K, Mendoza ESG. Una perspectiva antropológica sobre el concepto de Redes Sociales. *Estudios*. 2011; 56: 67-85.
208. Contreras Tinoco KA, Hernández González E. Redes de apoyo familiares y feminización del cuidado de jóvenes estudiantes universitarios. *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*. 2019; 30 (1): 54-67.
209. Gil Ríos AM. Redes sociales en el trabajo social. Apuntes para la práctica profesional. *Eleuthera*. 2015; 12: 181-196.
210. Sluzki CE. La Red Social: Frontera de la práctica sistémica. Argentina: Gedisa; 2009.
211. Llopis Cañameras J. Redes sociales y Apoyo Social. Una aproximación a los Grupos de Autoayuda. *Periferia*. 2005; 3: 1-24.
212. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M, García Moya I. Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. En: Hernán M, Morgan A, Mena AL (Coords.). Formación en salutogénesis y activos para la salud. España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. 27-45.
213. Rivera de Ramones EM. Camino salutogénico: estilos de vida saludables. *Revista Digital de Postgrado*. 2018; 8 (1): 1-6.
214. Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. España: Siglo XXI de España; 1998.
215. Barrón López A, Chacón Fuertes F. Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Aprendizaje*. 1992; 7 (1): 53-59.
216. García Vita MM. Análisis de los apoyos y conflictos socio familiares de las mujeres en prisiones españolas. *Revista de Paz y Conflictos*. 2017; 10 (1): 189-211.
217. Alonso Fachado A, Menéndez Rodríguez M, González Castro L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*. 2013; 19: 118-123.
218. Tardy CH. Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*. 1985; 13 (2): 187-202.
219. Nava Quiroz CN, Bezies Álvarez R, Vega Valero CZ. Adaptación y validación de la Escala de Percepción de Apoyo Social de Vaux. *Liberabit*. 2015; 21 (1): 49-58.
220. Matrángolo G, Simkin H, Azzollini SC. Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta Argentina. *CES Psicología*. 2022; 15 (1): 163-181.
221. Meléndez Moral JC, Tomás Miguel JM, Navarro Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Mannheim. *Salud Pública de México*. 2007; 49 (6): 408-414.
222. López Angulo Y, Pérez Villalobos MV, Bernardo Gutiérrez A, Sáez Delgado F, Díaz Mujica A. Propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Estudiantes universitarios chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 1 (58): 127-140.
223. Rivera Ledesma A, Montero-López Lena M, Astudillo García CI. Escala de soporte social de Tagaya, Okuno, Tamura y Davis: propiedades psicométricas en adultos mayores. *Revista Diversitas*. 2013; 9 (2): 397-407.
224. Díaz-Veiga, P. Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos. Memoria de licenciatura de Psicología. España: Universidad Autónoma de Madrid; 1985.
225. Blasco Romera C. Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: el perfil del adolescente resistente y las competencias emocionales asociadas. España: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada; 2011.

226. Polo C. Resiliencia: Factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años. Argentina: Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua; 2009.
227. Torrado Duarte OE, Calvete Zumalde E, Hernández Galván A, Prada Sarmiento EL. Factores protectores y de riesgo asociados a las conductas delictivas en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista Criminalidad*. 2021; 63 (1): 105-122.
228. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*. 2000; 51: 843-857.
229. Berkman L, Krishna A. Social network epidemiology. En: Berkman L, Kawachi I, Glymour M (Coords.). *Social Epidemiology*. 2da ed. Nueva York: Oxford University Press; 2014. 235-289.
230. Helmrich TH, Steinitz EM. Death of an infant: parental grieving and the failure of social support. *The Journal of Family Practice*. 1978; 6: 785-790.
231. Taylor CB, Bandura A, Ewart CK, Miller NH, DeBusk RF. Exercise testing to enhance wife's confidence in their husbands cardiac capability soon after clinically uncomplicated myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*. 1985; 55: 635-638.
232. Lehman DR, Ellard JH, Wortman LB. Social Support for the bereaved: Recipients and provider's on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986; 54: 438-446.
233. Davidowitz M, Myrick RD. Responding to the bereaved. An analysis of helping statements. *Research Record*. 1988; 1: 35-42.
234. Bertsch TD, Nagashima Whalen L, Dykeman S, Kennell JH, McGrath S. Labor support by first time fathers: Direct observations. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*. 1990; 2: 251-260.
235. Kennell JH, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley L. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*. 1991; 265: 2197-2201.
236. Ruehlman LS, Karoly P. With a little flak from my friends: Development and preliminary validation of the Test of Negative Social Exchange (TENSE). *Psychological Assessment*. 1991; 3 (1): 97-104.
237. Finch J, Okun M, Pool G, Ruehlman L. A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *Journal of Personality*. 1999; 67: 581-622.
238. Ullman SE. Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior*. 1999; 4: 343-358.
239. Marín Bustamante D, Sanhueza Alvarado O. Apoyo social: uso del concepto en enfermería. *Horizonte de Enfermería*. 2016; 27 (2): 32-40.
240. Galván J, Romero M, Rodríguez EM, Durand A, Colmenares E. Et. All. La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*. 2006; 29 (3): 68-74.
241. Ramos Esquivel J, Salinas García RJ. Vejez y apoyo social. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2010; 15: 69-76.
242. Acuña Gurrola MR, Galindo Luna DA, López Pontigo L. Red de apoyo y convivencia con vínculos sociales como elementos del bienestar en la vejez. *Revista de Cooperación*. 2018; 15: 83-89.
243. Acuña Gurrola MR, González Celis-Rangel AL. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*. 2010; 2 (2): 71-81.
244. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2020. Banco de Indicadores: Tlalpan. [Internet]. México: INEGI; 2022 [actualizado el 21 de enero de 2023]. Disponible en: <https://datamexico.org/es/profile/geo/tlalpan#population-and-housing>
245. Instituto Nacional de Geriátría. Inventario de recursos sociales en personas mayores Díaz –Veiga. México: Instituto Nacional de Geriátría; 2016.
246. González Rivera J, Rosario Rodríguez A, Cruz Santos A. Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un nuevo instrumento para medir síntomas de ansiedad asociados al COVID-19. *Interacciones*. 2020; 6 (3): 1-8.
247. López Ortiz A, Fernández Flores AA, Silva Becerril DI, Reyes López MA, Castro Valles A. Validación de la Escala de Ansiedad por Coronavirus en población mexicana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2022; 25 (4): 1515-1530.
248. Campos Arias A, Oviedo HC. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*. 2008; 10 (5): 831-839.
249. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código de Ética del CIE para las Enfermeras. Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras; 2021.

250. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. México: Secretaría General / Secretaría de Servicios Parlamentarios de la Cámara de Diputados; DOF 07 de febrero de 1984.
251. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y los enfermeros de México. México: Secretaría de Salud; 2001.
252. Bermúdez González A, Cárdenas Jiménez M, Fernández García V, Matus Miranda R, Pérez Cabrera I, Olvera Arreola SS. Et.All. Principios éticos para la investigación en la ENEO. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.
253. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: Asociación Médica Mundial; 2013.
254. Departamento de Salud, Educación y Bienestar. Informe Belmont. Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. Estados Unidos: Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos; 1978.
255. Fernández Matamoros JN. Investigar en enfermería, o ¿Cómo consolidar una ciencia? *Hojas Sueltas*. 2021; 2 (6): 1-6.
256. El Financiero Bloomberg. México aplica 129,543 nuevas dosis de vacunas COVID; van 186.5 millones. [Internet]. México: Redacción; 2022 [actualizado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/03/14/mexico-aplica-129543-nuevas-dosis-de-vacunas-covid-van-1865-millones/>
257. Kulmala J, Tiilikainen E, Lisko I, Ngandu T, Kivipelto M, Solomon A. Personal Social Networks of Community-Dwelling Oldest Old During the Covid-19 Pandemic. A Qualitative Study. *Frontiers in Public Health*. 2021; 9: 1-10.
258. Rumas R, Shamblaw AL, Jagtap S, Best MW. Predictors and consequences of loneliness during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research*. 2021; 300: 1-9.
259. Van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, Van der Roest H, de Vries DH. Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: a study among dutch older adults. *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 2020; 76 (7): 249-255.
260. De Feijter M, Kocevskaja D, Blanken TS, Van der Velpen IF, Ikram MA, Luik AI. The network of psychosocial health in middle-aged and older adults during the first COVID-19 lockdown. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022; 57: 2469-2479.
261. El-Zoghby SM, Soltan EM, Salama HM. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Social Support among Adult Egyptians. *Journal of Community Health*. 2020; 45: 689-695.
262. Luchetti M, Lee JH, Aschwanden D, Sesker A, Strickhouser JE, Terracciano A. Et.All. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*. 2020; 75 (5): 897-908.
263. Ryu SI, Park YH, Kim J, Huh I, Chang SJ, Jang SN. Et.All. Impact of COVID-19 on the social relationships and mental health of older adults living alone: A two-year prospective cohort study. *PLoS ONE*. 2022; 17 (7): 1-17.
264. Lau JTF, Yang X, Tsiu HY, Phil M, Kim JH. Impacts of SARS on health-seeking behaviors in general population in Hong Kong. *Preventive Medicine*. 2005; 41: 454-462.
265. Lau JTF, Yang X, Tsiu HY, Pang E, Wing YK. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *Journal of Infection*. 2006; 53: 114-124.
266. Kotwal AA, Holt-Lunstad J, Newmark RL, Cenzer I, Smith AK, Covinsky KE. Et.All. Social isolation and loneliness among San Francisco Bay Area older adults during the COVID-19 shelter-in-place orders. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2021; 69 (1): 20-29.
267. Betancourt Ocampo D, Toledo Fernández A, González González A. Mental Health Changes in Older Adults in Response to the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study in Mexico. *Frontiers in Public Health*. 2022; 10: 1-10.
268. González Piña DE, Torres Mendoza MF. El confinamiento debido a la pandemia de COVID-19: Vivencias de los adultos mayores. México: Facultad de Estudios Superiores "Iztacala" de la Universidad Nacional Autónoma de México; 2022.
269. Hadjistavropoulos T, Asmundson GJG. COVID stress in older adults: Considerations during the Omicron wave and beyond. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022; 86: 1-3.

270. Jaspal R, Breakwell GM. Socio-economic inequalities in social network, loneliness and mental Health during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*. 2022; 68 (1): 155-165.
271. Gan DRY, Best JR. Prior Social Contact and Mental Health Trajectories during COVID-19: Neighborhood Friendship Protects Vulnerable Older Adults. *Environmental Research and Public Health*. 2021; 18: 1-3.
272. Das M, Bhattacharyya A. Social distancing through COVID-19: A narrative analysis of Indian Peri-Urban Elderly. *Social Sciences and Humanities Open*. 2021; 4: 1-8.
273. Blieszner R, Oglethorpe AM, Adams RG. Friendship in Later Life: A Research Agenda. *Innovation in Aging*. 2019; 3 (1): 1-18.
274. Cavallini E, Rosi A, Tijmen Van Vugt F, Ceccato I, Rapisarda F, Vallarino M. Et.All. Closeness to friends explains age differences in positive emotional experience during the lockdown period of COVID-19 pandemic. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2021; 33: 2623-2631.
275. Siette J, Seaman K, Dodds L, Ludlow K, Johnco C, Wuthrich V. Et.All. A national survey on COVID 19 secondwave lockdowns on older adults' mental wellbeing, health-seeking behaviours and social outcomes across Australia. *BMC Geriatrics*. 2021; 21: 401-416.
276. Kremers EM, Janssen JH, Nieuwboer MS, Olde Rikkert MGM, Peeters GME. The psychosocial adaptability of independently living older adults to COVID-19 related social isolation in the Netherlands: A qualitative study. *Health and Social Care in Community*. 2021; 30: 67-74.
277. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021; 29 (11): 1152-1159.
278. Tyler CM, McKee GB, Alzueta E, Perrin PB, Kingsley K, Baker FC. Et.All. A Study of Older Adults' Mental Health across 33 Countries during the COVID-19 Pandemic. *Environmental Research and Public Health*. 2021; 18: 1-15.
279. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2017; 5: 147-156.
280. Rodríguez Calvo MD, Gómez Mendoza C, Guevara de León T, Arribas Llopis A, Duarte Duran Y, Ruiz Álvarez P. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Archivo Médico de Camagüey*. 2018; 22 (2): 204-213.
281. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Maltrato a las personas mayores. El papel del sector sanitario en la prevención y la respuesta. Estados Unidos: OMS; 2016.
282. Gómez Macfarland CA, Sánchez Ramírez MC. Violencia familiar en tiempos de COVID. México: Instituto "Belisario Domínguez". Senado de la República; 2020.
283. Rojas Bravo VB, Soto Hilario JD, Cuadros Ojeda VP, Barrionuevo Torres CN. Vivencias y sentido de la vida del adulto mayor víctima de violencia familiar en tiempos de COVID 19. *Universidad y Sociedad*. 2021; 13 (4): 499-504.
284. Estrada Álvarez CM, Hernández Hernández MA, Castellanos Suárez V. Violencia hacia los adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Psicología UAEMEX*. 2022; 2 (26): 232-252.
285. Bae S, Harada K, Chiba I, Makino K, Katayama O, Lee S. Et.All. A New Social Network Scale for Detecting Depressive Symptoms in Older Japanese Adults. *Environmental Research and Public Health*. 2020; 17: 1-13.
286. Röhr S, Reininghaus U, Riedel-Heller SG. Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey. *BMC Geriatrics*. 2020; 20: 1-12.
287. Sit RWS, Ki Lai HH, Dong D, Wang B, Wong MC, Chung RY. Et.All. Explaining the Psychosocial Effects of COVID-19 Among Older Hong Kong Chinese People—A Qualitative Analysis. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2022; 0 (0): 1-9.
288. Llorente Barroso C, Kolotouchkina O, Mañas Viniegra L. The Enabling Role of ICT to Mitigate the Negative Effects of Emotional and Social Loneliness of the Elderly during COVID-19 Pandemic. *Environmental Research and Public Health*. 2021; 18: 1-19.
289. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México: IMSS; 2016.

290. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizado en el Adulto Mayor. México: IMSS; 2012.
291. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020; 288: 1-7.
292. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety and perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 51: 1-7.
293. Silva Fhon JR, Villanueva Benites ME, Gómez Luján MP, Mocarro Aguilar MR, Arpasi Quispe O, Peralta Gómez RY. Et.All. The Mental Health of the Peruvian Older Adult during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 1-12.
294. Ferreira GMS, Coronel DG, Rivarola VMA. Impact on mental health during the COVID-19 pandemic in Paraguay. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 2021; 8: 61-68.
295. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 2018; 61 (1): 33-45.
296. Cepero Pérez I, González García M, González García O, Conde Cueto T. Trastornos del sueño en el adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *Medisur*. 2020; 18 (1): 112-125.
297. Forbes. México lleva 4 semanas con tercera ola de Covid-19: Ssa. [Internet]. México: Yared De la Rosa; 2021 [actualizado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/mexico-4-semanas-tercera-ola-covid-salud/>
298. El Financiero Bloomberg. Tercera ola COVID en México se 'evapora': epidemia disminuye otro 26%. [Internet]. México: Redacción; 2021 [actualizado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2021/09/26/tercera-ola-covid-en-mexico-se-evapora-epidemia-disminuye-otro-26/>
299. SWI. La economía mexicana resiente la segunda ola de COVID en el primer trimestre. [Internet]. Suiza: Redacción; 2021 [actualizado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/m%C3%A9xico-econom%C3%ADa-la-econom%C3%ADa-mexicana-resiente-la-segunda-ola-de-covid-en-el-primer-trimestre/46580484>
300. Cihan FG, Gökgöz Durmaz F. Evaluation of COVID-19 phobia and the feeling of loneliness in the geriatric age group. *The International Journal of Clinical Practice*. 2021; 75: 1-8.
301. Sojli E, Tham WW, Bryant R, McAleer M. COVID-19 restrictions and age-specific mental health—U.S. probability-based panel evidence. *Translational Psychiatry*. 2021; 11: 418-425.
302. Peng S, Roth AR. Social Isolation and Loneliness Before and During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study of U.S. Adults Older Than 50. *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 2022; 77 (7): 180-190.
303. Mahapatra P, Sahoo KC, Desaraju S, Pati S. Coping with COVID-19 pandemic: reflections of older couples living alone in urban Odisha, India. *Primary Health Care Research and Development*. 2021; 22 (64): 1-9.
304. Vahia IV, Jeste DV, Reynolds CF. Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19. *Journal of the American Medical Association*. 2020; 324 (22): 1-2.
305. Brown L, Mossabir R, Harrison N, Brundle C, Smith J, Clegg A. Life in lockdown: a telephone survey to investigate the impact of COVID-19 lockdown measures on the lives of older people (≥75 years). *Age and Ageing*. 2021; 50: 341-346.
306. Ouanes S, Kumar R, Idriss Doleh ES, Smida M, Al-Kaabi A, Al-Shahrani AM. Et.All. Mental Health, resilience, and religiosity in the elderly under COVID-19 quarantine in Qatar. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2021; 91: 1-8.
307. Robb CE, Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J. Et.All. Associations of social isolation with anxiety and depression during the early COVID-19 pandemic: A survey of older adults in London. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11: 1-12.
308. Jiménez Ambriz MG. La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Geriatría y Gerontología*. 2011; 46 (2): 59-60.
309. Pérez Sánchez L, Maza Pérez BG, De Lara López GF. Personas mayores ¿población en riesgo en tiempos de pandemia? Un estudio cualitativo sobre narrativas de afrontamiento que favorecen la resiliencia en las personas mayores. *Interacciones*. 2021; 7: 1-11.

310. Wang S, Zhang Y, Ding W, Meng Y, Hu H, Liu Z. Et.All. Psychological distress and sleep problems when people are under interpersonal isolation during an epidemic: A nationwide multicenter cross-sectional study. *European Psychiatry*. 2020; 63 (1): 1-8.
311. Mistry SK, Mehrab Ali ARM, Akther F, Yadav UN, Harris MF. Exploring fear of COVID-19 and its correlates among older adults in Bangladesh. *Globalization and Health*. 2021; 17 (47): 1-9.
312. Gobierno de México. Meta cumplida: 10 millones de adultos mayores ya ejercen su derecho a una pensión en México. [Internet]. México: Secretaría de Bienestar; 2022 [actualizado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/bienestar/prensa/meta-cumplida-10-millones-de-adultos-mayores-ya-ejercen-su-derecho-a-una-pension-en-mexico?idiom=es>
313. El Economista. México, sexto lugar en cobertura de pensiones en América Latina y el Caribe. [Internet]. México: Santiago Nolasco; 2023 [actualizado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/sectorfinanciero/Mexico-sexto-lugar-en-cobertura-de-pensiones-en-America-Latina-y-el-Caribe-20230118-0100.html>
314. Juárez L, Rodríguez Piña YN. El efecto de las pensiones no contributivas sobre el bienestar subjetivo de los adultos mayores en México. *Estudios Económicos*. 2021; 36 (2): 279-330.
315. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*. 2009; 3 (1): 20-29.
316. Linardelli MF. Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *MILLCAYAC*. 2015; 2 (3): 199-224.
317. Serrano Barquín C, Rojas García A, Ruggero C, López Arriaga M. Depresión y ansiedad desde los estudios de género en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología UAEMEX*. 2015; 4 (8): 99-114.
318. Balcigalupe A, Cabezas A, Baeza Bueno M, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*. 2020; 34 (1): 61-67.
319. Meng H, Xu Y, Dai J, Zhang Y, Liu B, Yang H. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Research*. 2020; 289: 1-2.
320. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health and Medicine*. 2020; 26 (1): 13-22.
321. Gaspar T, Paiva T, Matos MG. Ecological Model Explaining the Psychosocial Adaptation to COVID-19. *Environmental Research and Public Health*. 2022; 19: 1-15.
322. Wu M, Han H, Lin T, Chen M, Wu J, Du X. Et.All. Prevalence and risk factors of mental distress in China during the outbreak of COVID-19: A national cross-sectional survey. *Brain and Behavior*. 2020; 10 (11): 1-11.

XIV

ANEXOS

Imagen 1. Instrumento “Vínculo del adulto mayor con sus redes de apoyo durante el confinamiento por COVID-19.”

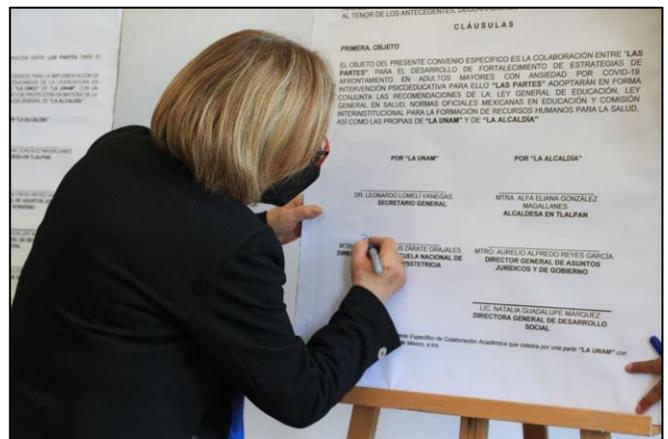
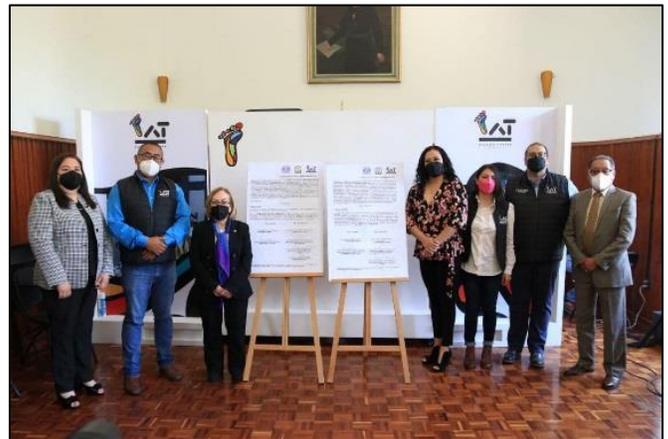
	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA				
CUESTIONARIO “VÍNCULO DEL ADULTO MAYOR CON SUS REDES DE APOYO DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19.”					
<p>Con la aplicación del presente cuestionario se pretende conocer el vínculo existente entre las redes de apoyo social y los síntomas probables a enfermar por COVID-19 en los adultos mayores de la Alcaldía de Tlalpan, durante el periodo de confinamiento por la COVID-19. Es aplicado por Josué Naim Fernández Matamoros, pasante de investigación, de la licenciatura en enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, como parte de su tesis. La investigación se deriva del proyecto “Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en adultos mayores con ansiedad por COVID-19. Una intervención psicoeducativa.”, con número de folio CEI ENEO UNAM 126.</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">LOS DATOS AQUÍ CONTENIDOS SON CONFIDENCIALES Y SON RECAUDADOS CON FINES ACADÉMICOS.</p>					
DATOS GENERALES					
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad: <input type="text"/> Estado civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D Escolaridad: <input type="checkbox"/> LyE <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> PG					
¿Tiene usted hijos?: <input type="checkbox"/> Sí, y convivo con ellos <input type="checkbox"/> Sí, pero no convivo con ellos <input type="checkbox"/> No tengo hijos					
¿Tiene usted otros familiares con los que convive?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Tiene usted relación con amigos?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
I VÍNCULO DEL ADULTO MAYOR CON SUS REDES DE APOYO SOCIOEMOCIONAL¹					
1.- ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	Menos de una vez al mes	1 o 2 veces al mes	1 vez a la semana o más		
2.- ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo emocional		Apoyo instrumental		
3.- ¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge?	Poco	Algo	Mucho		
4.- ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?	Menos de una vez al mes	1 o 2 veces al mes	1 vez a la semana o más		
5.- ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?	Apoyo emocional		Apoyo instrumental		
6.- ¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?	Poco	Algo	Mucho		
7.- ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares o parientes?	Menos de una vez al mes	1 o 2 veces al mes	1 vez a la semana o más		
8.- ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estos familiares?	Apoyo emocional		Apoyo instrumental		
9.- ¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con estas personas?	Poco	Algo	Mucho		
10.- ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos?	Menos de una vez al mes	1 o 2 veces al mes	1 vez a la semana o más		
11.- ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo emocional		Apoyo instrumental		
12.- ¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus amigos?	Poco	Algo	Mucho		
II SÍNTOMAS DE ANSIEDAD A ENFERMAR POR COVID-19 EN EL ADULTO MAYOR DURANTE EL CONFINAMIENTO²					
¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes molestias en las últimas dos semanas?	Ninguna	Menos de un día o dos	Varios días	Más de siete días	Casi todos los días durante las últimas 2 semanas
13.- Me sentí mareado, aturdido, débil cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus.					
14.- Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus.					
15.- Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.					
16.- Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.					
17.- Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensé o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.					
<p style="font-size: x-small;">1.- Díaz-Veiga, P. Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos. Memoria de licenciatura de Psicología. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. 1985. 2.- Lee, S. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. Death Studies 2020, 44 (7), 1-9. Retomado en su versión en español de: González-Rivera, J. Rosario-Rodríguez, A. Cruz-Santos, A. Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un nuevo instrumento para medir síntomas de ansiedad asociados al COVID-19. Interacciones 2020, 6(3), 1-8.</p> <p style="text-align: center;">INTEGRADO EL 12 DE ABRIL DE 2022 POR JOSUÉ NAIM FERNÁNDEZ MATAMOROS</p> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">AGRADECEMOS SU APOYO EN LA ELABORACION DE ESTA INVESTIGACION</p>					

Imagen 2. Sesiones del grupo de investigación



Fuente: Archivo personal.

Imágenes 2 a 5. Firma de convenio de colaboración entre la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO UNAM) y la Alcaldía Tlalpan



Fuente: <https://www.facebook.com/TlalpanAI>

Imagen 6. Casa de las Personas Mayores (CPM) de Miramontes, Tlalpan



Fuente: FB Adulto Mayor Tlalpan

Imagen 7. El autor en la CPM



Fuente: Archivo personal.

Imagen 8. Convocatoria al taller



Fuente: FB Adulto Mayor Tlalpan

Imagen 9. **Doctoras María Elena Sánchez, Gloria Rodríguez y Araceli Jiménez** en la aplicación de instrumentos



Fuente: <https://www.facebook.com/TlalpanAI>

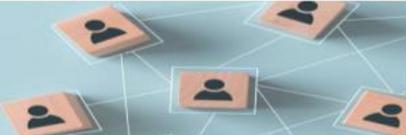
Imágenes 10 a 13. **Sesiones con los adultos mayores**



Fuente: Archivo personal.

Imagen 14. Cartel presentado en el XV Encuentro de la Red de Unidades de Investigación en Enfermería.

XV Encuentro de la Red de Unidades de Investigación en Enfermería
REUNIÓN DE INSTITUCIONES E INSTITUCIONES MEXICANAS DE SALUD
 "15 años a la Vanguardia de la Investigación Disciplinar"

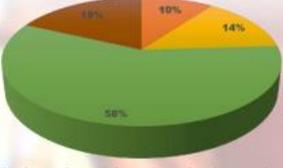
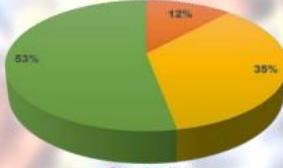





VÍNCULO DEL ADULTO MAYOR CON SUS REDES DE APOYO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Josué Naim Fernández Matamoros, Araceli Jiménez Mendoza

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INTRODUCCIÓN	RESULTADOS
<p>El estudio de la vejez resulta novedoso debido a las diversas dimensiones por abordar. Este interés se encuentra motivado por la transición demográfica por la que atraviesa México. La pandemia global por COVID-19 ha generado también interés dentro de la comunidad científica debido a que los adultos mayores de 60 años resultaron más vulnerables ante el nuevo virus.</p> <p>Numerosos estudios confirman la importancia de las redes de apoyo como factor potenciador de la salud, entendidas como vínculos y dinámicas generadas entre quienes las integran, a fin de contar con un tipo de sostén, especialmente en los contextos desfavorables. No obstante, las investigaciones desarrolladas en las que se conjugan las variables "redes de apoyo", "adultos mayores" y "COVID-19" son escasas.</p>	<div style="text-align: center;"> <p>Gráfica 1</p> <p>¿Con qué frecuencia ve y habla con sus amigos?</p>  <p>● Más de una vez a la semana ● 1 o dos veces a la semana ● 1 vez o la semana o más ● N/A</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Gráfica 2</p> <p>¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?</p>  <p>● None ● Algo ● Moderado</p> </div> <p>La red de apoyo con la que se tuvo una mayor dinámica fue la de "los amigos", de manera general mediante diversos recursos digitales, aunque también mediante encuentros físicos. Contrariamente, "los hijos" fue la red que menos se frecuentó durante la pandemia (44%). La frecuencia de la dinámica con "el cónyuge" fue del 64% y con "otros familiares" del 60%.</p> <p>El grado de satisfacción con las redes también fue significativamente más alto en el caso de la red "los amigos", encontrándose "muy satisfechos" con ésta, en un 83%.</p>
<p>OBJETIVO</p> <p>Describir el vínculo de los adultos mayores con sus redes de apoyo durante la pandemia por COVID-19.</p>	<p>DISCUSIÓN</p> <p>Durante la pandemia el apoyo social jugó un papel esencial¹; los beneficios de las redes influyeron en el sentimiento de bienestar de los adultos mayores².</p> <p>La relación de amistad es uno de los vínculos no familiares centrales dentro de la red de apoyo social y que se encuentra entre los que les proporcionan mayores niveles de satisfacción³. Aunque los amigos son fuentes de apoyo secundario, son especialmente importantes en circunstancias particulares, como para quienes no conviven con familiares o no tienen hijos y/o pareja⁴.</p>
<p>MÉTODO</p> <p>Tipo de estudio cuantitativo descriptivo, con 50 sujetos de estudio, adultos mayores de entre 60 y 80 años de la Alcaldía Tlalpan. Se aplicó el <i>Inventario de Recursos Sociales en Personas Mayores (IRSA)</i> de Díaz-Veiga, previo consentimiento informado.</p> <p>El análisis estadístico de las respuestas recogidas por el instrumento, así como la elaboración de los gráficos descriptivos se llevaron a cabo a partir de Excel.</p>	<p>CONCLUSIONES</p> <p>Se clarificó la dinámica de los adultos mayores con sus redes de apoyo; cuál de éstas redes resultó más significativa y en qué grado. Destaca que, entre los sujetos de estudio, el vínculo con mayor interacción y mejor valorado no pertenece a la familia.</p>
<p>REFERENCIAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Cugmas M, Ferligoj A, Kogovsek T, Batagelj Z. The social support networks of elderly people in Slovenia during the Covid-19 pandemic. <i>PLoS ONE</i>. 2021; 16 (3): 1-16. Akwasi E, Awuviry-Newton K, Abekah-Carter K. Social Networks in Limbo. The Experiences of Older Adults during COVID-19 in Ghana. <i>Frontiers in Public Health</i>. 2021; 1-9. Arias CJ. El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. <i>Kairós Gerontología</i>. 2013; 16 (4): 313-329. Johnson S, Bacsu J, McIntosh J, Jeffery B, Novik N. Competing challenges for immigrant seniors: Social isolation and the pandemic. <i>Healthcare Management Forum</i>. 2021; 34 (5): 266-271. <p style="font-size: small; text-align: right;">En la Imagen: Naim A. Estudiante universitario (Bachiller en el doctorado), México Facultad de Estudios Superiores Zedillo, 2016. (Programa)</p>	











Fuente: Elaboración propia.

