UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL CULIACÁN
DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL

TESIS:

COVID-19, SALUD MENTAL, CALIDAD DE VIDA Y EXPERIENCIAS VIVIDAS EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS, MÉXICO.

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN TRABAJO SOCIAL PRESENTA:

MTS. PORFIRIA CALIXTO JUÁREZ

DIRECTOR

DR. JOSÉ ALDO HERNÁNDEZ MURÚA

Culiacán, Sinaloa, enero 2025

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

U N I V E R S I D A D A U T Ó N O M A D E S I N A L O A

Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial Compartir Igual, 4.0 Internacional

COVID-19, salud mental, calidad de vida y experiencias vividas en las Personas Mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Resumen

El COVID-19, tanto virus como fenómeno social global, emergió en un contexto de crecimiento poblacional de personas mayores. La enfermedad causó numerosas infecciones y fallecimientos, siendo especialmente vulnerables tanto las personas mayores que viven en instituciones como aquellas que residen en sus hogares, debido a los factores de riesgo asociados a su edad**. Objetivo general:** explicar la diferencia que existe entre la salud mental (SM) y la calidad de vida (CV) de las personas mayores institucionalizadas (PMI) y de las personas mayores no institucionalizadas (PMNI) ante COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México y comprender sus experiencias vividas. **Material y método:** el estudio se enmarca en un paradigma mixto con diseño secuencial explicativo, partiendo del método positivista y después el método fenomenológico; se utilizó la observación, entrevistas en profundidad y visitas domiciliarias. Primero, se aplicó la escala WHOQOL-BREF y el componente mental del instrumento SF-12 a 104 PMI en casa hogar y a 101 PMNI que habitan en las colonias Echeverría, Bethel y Constitución del 17. Después, con base en resultados estadísticos, se entrevistó a dos PM de cada grupo poblacional. **Resultados:** en ambos grupos predominó mayor presencia de mujeres; la edad en su mayoría osciló entre 60-74 años; un porcentaje significativo de PMI y de PMNI presentó diabetes e hipertensión. Respecto a la salud mental, el resultado es aparentemente un poco alentador, sin embargo, un porcentaje considerable en ambos grupos etarios presentaron desánimo y tristeza en algún momento de su vida ante COVID-19, además, resultaron rangos promedios más altos en las PMNI que en las PMI. En cuanto a la calidad de vida, se identificó en una mayoría de ambos grupos un nivel medio, destacando un rango promedio superior en las PMNI. Con relación a la dimensión física (DF), psicológica (DP), social (DS) y ambiental (DA), se observaron diferencias estadísticamente significativas de 0.000. Por otra parte, las PM participantes vivieron experiencias gratas y no gratas ante el virus; gratas porque se tuvieron que adaptar y ocuparon su tiempo en otras actividades y no gratas, porque si la familia o personal las cuidaba y protegía por su bien, para las PM significaba dependencia y alteración mental por los conflictos resultantes de dicha situación. La integración del enfoque cuantitativo y cualitativo muestra de manera general que, si existieron diferencias entre la salud mental de las PMI y de las PMNI. En cuanto a la calidad de vida respecto a la DF, DP, DS y DA de los grupos participantes ante la COVID-19, se identificó un nivel medio, presentando en ciertos casos sentimientos negativos ante COVID-19. **Conclusiones:** ante el escenario de COVID-19, estadísticamente las PM fueron un grupo de riesgo significativo desde que inició la pandemia. Aun cuando el distanciamiento y aislamiento social se implementaron para evitar cercanía personal y, por ende contagios y muerte, las PMI ya estaban encerradas y excluidas, viviendo doble encierro y aislamiento. Mientras que las PMNI se tuvieron que aislar para acatar dichas medidas y por su bienestar. El cambio drástico que vivieron ante COVID-19 fue complejo. Por lo tanto y de acuerdo con los resultados, se puede decir que las PM participantes vivieron experiencias significativas ante un escenario mortal de COVID-19, en el que su salud mental y calidad de vida no fueron buenas en su totalidad. Sin embargo, las PM son seres biopsicosociales únicos inmersos en un ambiente y tiempo determinado donde cada uno de ellos evalúa y percibe su salud mental y calidad de vida diferente con base a los sucesos y experiencias vividas.

Palabras clave: calidad de vida; salud mental; personas mayores; COVID-19.

Abstract

COVID-19, both a virus and a global social phenomenon, emerged in a context of population growth of older people. The disease caused numerous infections and deaths, with both older people living in institutions and those residing at home being especially vulnerable, due to the risk factors associated with their age. General objective: explain the difference that exists between mental health (SM) and quality of life (QoL) of institutionalized older people (PMI) and non-institutionalized older people (PMNI) in the face of COVID-19 in Ciudad Victoria, Tamaulipas, México and understand their lived experiences. Material and method: the study is framed in a mixed paradigm with a sequential explanatory design, starting from the positivist method and then the phenomenological method; Observation, in-depth interviews and home visits were used. First, the WHOQOL-BREF scale and the mental component of the SF-12 instrument were applied to 104 PMI in Casa Hogar and 101 PMNI who live in the Echeverría, Bethel and Constitución neighborhoods of 17. Then, based on statistical results, they were interviewed to two MP from each population group. Results: in both groups a greater presence of women predominated; The age for the most part ranged between 60-74 years; a significant percentage of PMI and PMNI presented diabetes and hypertension. Regarding mental health, the result is apparently a little encouraging, however, a considerable percentage in both age groups presented discouragement and sadness at some point in their life when faced with COVID-19, in addition, higher average ranges in the PMNI resulted than in the PMI. Regarding quality of life, a medium level was identified in the majority of both groups, highlighting a higher average range in the PMNI. In relation to the physical (FD), psychological (DP), social (DS) and environmental (DA) dimensions, statistically significant differences of 0.000 were observed. On the other hand, the participating PM lived pleasant and unpleasant experiences with the virus; pleasant because they had to adapt and spend their time in other activities and not pleasant, because if the family or staff cared for and protected them for their good, for the PM it meant dependence and mental alteration due to the conflicts resulting from said situation. The integration of the quantitative and qualitative approach generally shows that there were differences between the mental health of the PMI and the PMNI. Regarding the quality of life regarding FD, DP, DS and AD of the participating groups in the face of COVID-19, a medium level was identified, in certain cases presenting negative feelings towards COVID-19. Conclusions: in the COVID-19 scenario, statistically PM were a significant risk group since the pandemic began. Even when social distancing and isolation were implemented to avoid personal closeness and, therefore, infections and death, the PMI were already locked up and excluded, experiencing double confinement and isolation. While the PMNI had to isolate themselves to comply with these measures and for their well-being. The drastic change they experienced in the face of COVID-19 was complex. Therefore, and according to the results, it can be said that the participating PM lived significant experiences in the face of a deadly COVID-19 scenario, in which their mental health and quality of life were not entirely good. However, PMs are unique biopsychosocial beings immersed in a specific environment and time where each of them evaluates and perceives their mental health and quality of life differently based on the events and experiences they have experienced.

Keywords: quality of life; mental health; older people; COVID-19.

Agradecimiento

A Dios por brindarme salud y guiar mi camino en cada viaje que realicé.

A la Facultad de Trabajo Social y Posgrado de la Universidad Autónoma de Sinaloa por brindarme la oportunidad de realizar el doctorado en Trabajo Social.

A los catedráticos (as) y compañeros (as).

Al personal docente y administrativo de la Facultad de Trabajo Social y Posgrado.

A la Universidad Autónoma de Tamaulipas por el apoyo brindado.

A la Unidad Académica de Trabajo Social y ciencias para el Desarrollo Humano (UATSCDH).

Al Dr. José Aldo Hernández Murúa, director de tesis por su conocimiento brindado, guía y orientación constante para realizar esta tesis.

A la Dra. Rosario Edith Ortiz Félix y a la Dra. Ramona Romero Segovia, por su valioso tiempo, sus aportes significativos, y su apoyo para culminar esta tesis.

A mis hijos, por ser mi motivación de ser y comprender mis ausencias.

A mi esposo Gabriel Cruz Habreo, por su gran amor y apoyo total.

A mi Ma Lili y a Fernanda Yamileth porque este logro también es de ustedes.

A Casa Hogar del Adulto Mayor y a las colonias abordadas, por permitirme ingresar y recopilar datos e información significativa.

A las Personas Mayores participantes, por su tiempo y atención.

Dedicatoria

La presente tesis se la dedico a mi esposo, por ser el pilar más significativo en todos los aspectos de mi vida y manifestarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferentes opiniones.

A mi Ma Lili porque estuvo en cada momento alentándome y apoyándome incondicionalmente en momentos complejos y guiarme a tomar las mejores decisiones.

A mi cuñada Guadalupe Cruz Habreo por confiar en mí y sé que donde está, se sentirá orgullosa de mí.

A mis hijos, por ser mi motivación para lograr las metas planteadas.

A mi padre, por ser mi ejemplo para seguir: por su fortaleza y también por su vulnerabilidad.

A la memoria de mi madre, porque sé que este momento hubiera sido tan especial para ella.

A mis nietos, por hacerme tan feliz en este mundo.

A mi amiga: Mtra. Refugio Gaxiola Durán por brindarme su amistad incondicional, por estar siempre a un lado mío para apoyarme, escucharme, guiarme y aconsejarme.

Índice

Resumen ... 4
Abstract ... 5
Agradecimiento ... 6
Dedicatoria ... 7
Índice de tablas ... 11
Índice de figuras ... 12
Abreviaturas ... 13
... 15
Capítulo 1 ... 15
Planteamiento ... 15
1.1. Argumentación del Problema ... 16
1.2. Formulación del Problema: Preguntas de Investigación ... 20
1.2.1. General ... 20
1.2.2. Específicas ... 21
1.3. Objetivos de Investigación ... 21
1.3.1. Objetivo General ... 21
1.3.2. Objetivo Específicos ... 21
1.4. Justificación ... 22
1.5. Hipótesis y Supuesto de Investigación ... 24
1.5.1. Hipótesis ... 24
1.5.2. Supuesto ... 24
Capítulo 2. ... 25
Marco Teórico ... 25
2.1. Estado del Arte ... 26
2.1.1. COVID-19, Salud Mental y PMI y PMNI ... 26
2.1.2. COVID-19, Calidad de Vida y PMI y PMNI ... 33
2.1.3. Experiencias de las PMI y de las PMNI ... 39
2.1.4. PMI y PMNI ante COVID-19 ... 48
2.1.5. Discusión del Estado del Arte ... 49
2.2. Las Personas Mayores y la Vejez. Conceptualización ... 65
2.2.1. Estadísticas de Personas Mayores ... 66
2.3. COVID-19. Génesis y Conceptualización ... 67

2.3.1. Distanciamiento y Aislamiento Social. Medidas Emergentes y Necesarias 68
2.3.2. Vivir un Escenario de COVID-19 y Sentir la Incapacidad 70
2.3.3. De la Catástrofe Global a la Incertidumbre Local 70
2.4. Salud Mental. Origen y Conceptualización 72
2.4.1. Estadísticas sobre la Salud Mental 74
2.4.2. Salud Mental en las Personas Mayores 75
2.4.3. Dimensiones de la salud mental 76
2.5. Calidad de Vida. Origen y Conceptualización 78
2.5.1. Calidad de Vida de las Personas Mayores 79
2.5.2. Bienestar. Elemento Importante de la Calidad de Vida 80
2.5.3. Dimensiones de la Calidad de Vida 81
2.6. Experiencia: Conceptualización 82
2.6.1. Experiencias Vividas de las Personas Mayores ante el COVID-19 83
2.7. El Acto de Institucionalizar a las Personas Mayores 84
2.7.1. Personas Mayores Institucionalizadas y no Institucionalizadas ante el COVID-19 85
2.8. Trabajo Social en la Salud Mental y Calidad de Vida 87
2.8.1. Trabajo Social y Gerontología 89
2.9. Enfoque Teórico General y Sustantivo 92
2.9.1. Teoría de la Desvinculación y de la Actividad 92
2.9.2. Enfoque Ecológico-Sistémico 94
2.9.3. Teoría de Sistemas Sociales (Luhmann) 95
2.9.4. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano (Bronfenbrenner, 1979) 96
2.9.5. Teoría fenomenológica (Edmund Husserl) 98
2.10. Construcción del Sistema Categorial 99
2.11. Marco Legal de Protección y Programas para Personas Mayores 101
2.11.1. Internacional 101
2.11.2. Nacional 102
Capítulo 3. 106
Metodología 106
3.1. Enfoque Metodológico y Razones para su Abordaje 107
3.2. Alcance del Estudio 108
3.3. Método y su Justificación 108
3.3.1. El Método Mixto desde Trabajo Social 111

3.4. Diseño Secuencial Explicativo 112
3.5. Población y Muestra 115
3.6. Técnicas e Instrumentos de la Fase Cuantitativa y Cualitativa 117
3.6.1. Encuesta SF-12 (Alonso et al., 1995) 117
3.6.2. Escala WHOQOL-BREF (OMS, 2004) 118
3.6.3. Guía de entrevista 118
3.7. Procedimiento e Ingreso al Campo 119
3.7.1. Aplicación de Instrumentos 122
3.7.2. Delimitación Espacial 123
3.8. Consideraciones Éticas 125
3.9. Conclusión de Trabajo de Campo Fase Cuantitativa y Cualitativa 128
3.9.1. Análisis Cuantitativo. Fase Uno 128
3.9.2. Análisis Cualitativo. Fase Dos 128
Capítulo 4. 129
Análisis de Resultados y Discusión 129
4.1. Características Sociodemográficas de los Participantes 130
4.2. Fase Cuantitativa 136
4.2.1. Salud Mental de las PMI y de las PMNI 136
4.2.2. Calidad de Vida y Salud General de las PMI y de las PMNI 139
4.2.3. Dimensión Física, Psicológica, Social y Ambiental de las PMI y PMNI 141
4.2.4. Salud Mental de las PMI y de las PMNI ante el COVID-19 148
4.2.5. Calidad de vida de las PMI y de las PMNI ante el COVID-19 149
4.3. Fase Cualitativa 155
4.3.1. Experiencias Gratas y no Gratas de las PMI y de las PMNI 155
4.3.2. Libro de Códigos 157
4.4. Integraciòn de Ambas Fases 169
Conclusiones 173
5.1. Limitaciones del Estudio 178
5.2. Recomendaciones 179
5.3. Futuras líneas de Investigación 180
Bibliografía 182
Anexos 223

Índice de tablas

Tabla 1 *Antecedentes del estudio* 54
Tabla 2 *Categorización de datos sociodemográficos* 99
Tabla 3 *Categorización de salud mental, calidad de vida y experiencias* 100
Tabla 4 *Justificación para el uso del método mixto* 109
Tabla 5 *Tipo de diseños mixtos* 112
Tabla 6 *Nivel de cada dimensión* 122
Tabla 7 *Estadísticas de fiabilidad* 122
Tabla 8 *Sexo* 130
Tabla 9 *Edad de las PM participantes* 131
Tabla 10 *Estado civil de los participantes* 132
Tabla 11 *Escolaridad de los participantes* 132
Tabla 12 *PM pensionadas o jubiladas* 133
Tabla 13 *Enfermedad diagnosticada de los participantes* 133
Tabla 14 *Se contagió de COVID-19* 134
Tabla 15 *Ítems del componente mental del instrumento SF-12* 136
Tabla 16 *Calidad de vida y salud general de las PM (escala WHOQOL-BREF)* 140
Tabla 17 *Dimensión física, psicológica, social y ambiental (escala WHOQOL-BREF)* 142
Tabla 18 *Análisis de la calidad de vida mediante la escala WHOQOL-BREF* 148
Tabla 19 *Diferencias en cuanto a la CV y dimensiones (WHOQOL-BREF)* 150
Tabla 20 *Experiencias vividas* 156
Tabla 21 *Libro de códigos* 157
Tabla 22 *Integración de ambas fases* 169

Índice de figuras

Figura 1 *Estadísticas de la Población Mayor*.....16
Figura 2 *Defunciones por COVID-19*.....17
Figura 3 *Procedimiento del diseño mixto secuencial*.....115
Figura 4 *Ubicación de Cd. Victoria, Tamaulipas*.....124
Figura 5 *Ubicación de Casa Hogar*.....124
Figura 6 *Ubicación de las colonias en las que habitan las PMNI*.....125
Figura 7 *Medias grupales de las dimensiones de la CV de la escala WHOQOL-BREF en las PMI y PMNI*.154
Figura 8 *Nube de palabras*.....155
Figura 9 *Grupo COVID-19*.....161
Figura 10 *Grupo Salud mental*.....162
Figura 11 *Grupo calidad de vida*.....164
Figura 12 *Grupo estrategias de afrontamiento*.....166
Figura 13 *Grupo redes de apoyo*.....167

Abreviaturas

CAM Centros del Adulto Mayor

CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe

COEPRIS Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CV Calidad de vida

CVRS calidad de vida relacionada con la salud

DF Dimensión física

DP Dimensión psicológica

DS Dimensión social

DA Dimensión ambiental

ECV Encuesta de condiciones de vida

FIAPAM Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Mayores

INE Instituto Nacional de Estadística

INGER Instituto Nacional de Geriatría

INAPAM Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

INEGI Instituto Nacional de Estadifica y Geografía

ONU Organización de las Naciones Unidas

OPS Organización Panamericana de la Salud

OMS Organización Mundial de la Salud

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PM Personas Mayores

PMI Personas Mayores Institucionalizadas

PMNI Personas Mayores no Institucionalizadas

PPCT Proceso, persona, contexto, tiempo

SG Salud general

SM Salud mental

Tamaño del efecto (TE)

UATSCDH Unidad Academica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano

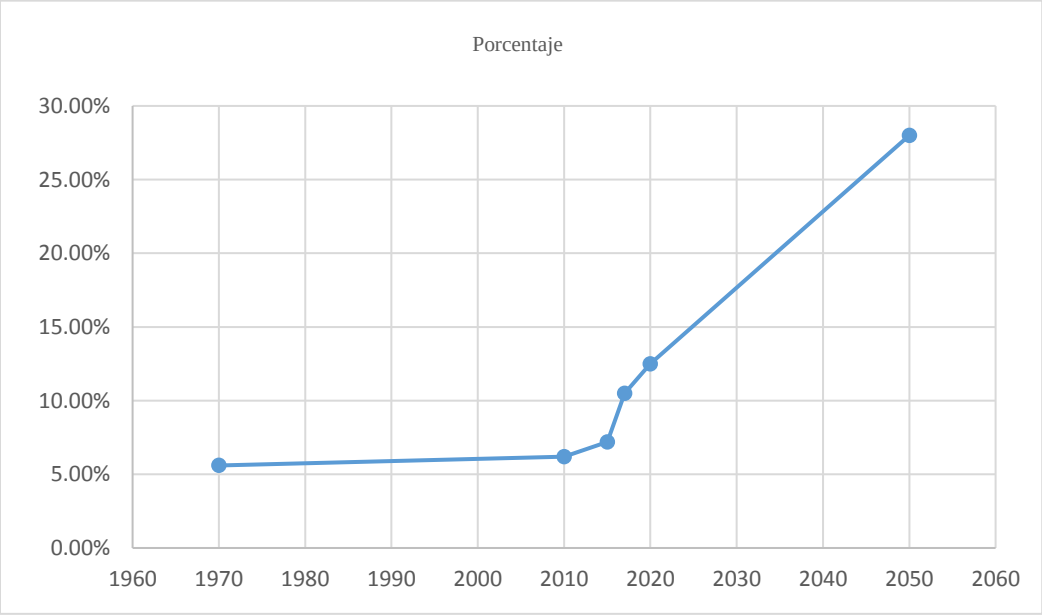
Capítulo 1
Planteamiento

1.1. Argumentación del Problema

El COVID-19 ha sido un virus mortal que irrumpió en tiempos de transición demográfica mundial, con dirección a un claro envejecimiento de la población (figura 8). El virus apareció en Wuhan, China, en diciembre del 2019 mediante un brote respiratorio. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mes de marzo declara el COVID-19 como una pandemia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Generando a nivel mundial gran cantidad de contagios y cobrando más de cinco millones de muertes, en México, 289,131 personas fueron víctimas de este virus (OPS, 2021).

Figura 1

Estadísticas de la Población Mayor



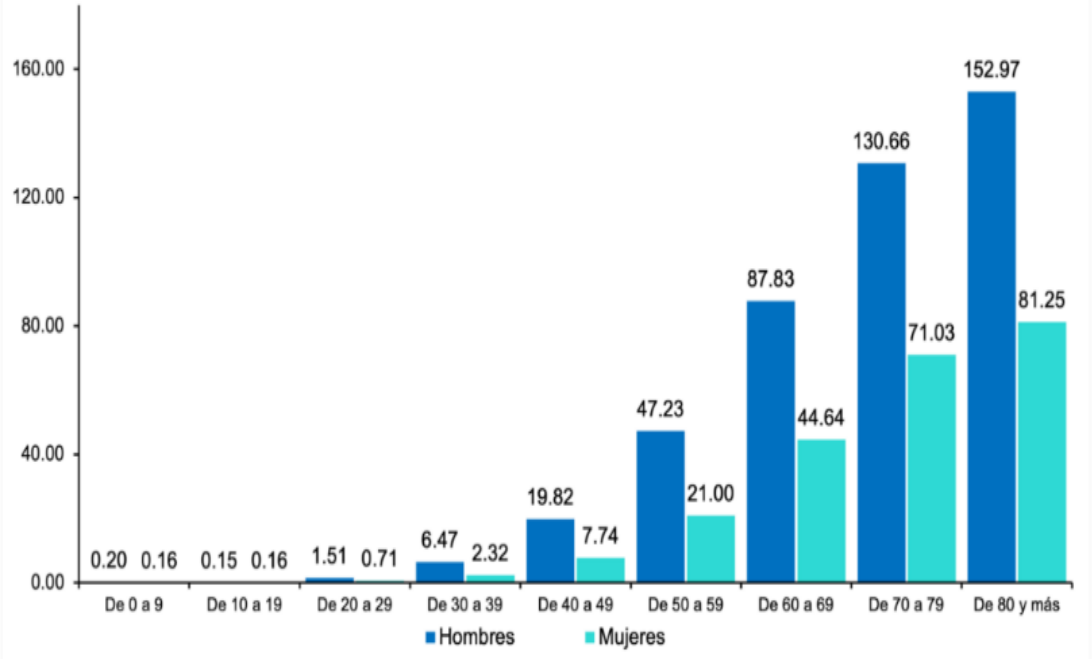
Nota. La figura evidencia el incremento de PM con base en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020a).

La mayoría fueron PM de 60 años (figura 9). Tamaulipas no fue la excepción, porque hasta el mes de agosto del 2022, el semáforo epidemiológico se encontraba en amarillo y fallecieron

7,039 personas. Mientras que, en Ciudad Victoria se registraron 613 fallecimientos (Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2022).

Figura 2

Defunciones por COVID-19



Nota. La figura muestra las muertes por COVID-19 con base en INEGI (2020).

Por otro lado, la pandemia evidenció que las instituciones de salud no estaban preparadas ante un fenómeno de gran magnitud; no existía suficiente personal ni tanques de oxígeno, no había mascarillas ni camas necesarias ante la gran demanda de personas contagiadas.

Al respecto, Dáttilo et al., (2020), refieren que las ciudades vulnerables en México carecían de infraestructura de salud pública requerida para enfrentar el escenario de pandemia en cuanto a cantidad de camas de hospitalización y cuidados intensivos, sobrecargando en la mayoría de los casos después de 100 días. Además, al inicio de la pandemia, no había vacunas.

En esta línea, la OPS (2022), refiere que ninguna vacuna es efectiva al 100% para prevenir la enfermedad en individuos ya vacunados y que la OMS no cuenta con registro de personas

vacunadas en cada país. Sin embargo, el Informe Técnico Diario de México refiere que 83.349. 759 personas se vacunaron, de las cuales, 93% (76 millones 618, 411) cuentan con esquema completo (Gobierno de México, 2022). Sumando a lo anterior, el COVID-19 dejó pérdidas económicas importantes, desigualdad social abriendo más brechas en los países y otros efectos (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, 2020).

En este sentido, las PM de 60 años han sido las más afectadas por COVID-19 en las Américas (OPS, 2020a), población considerada vulnerable y principal grupo de riesgo ante contagio de COVID-19 (Callís et al., 2020; Cataldi, 2020; Gallegos et al., 2020). Sin embargo, no se atendieron de forma preferencial en la mayoría de los lugares y en algunos espacios de salud se les negó la atención hospitalaria (Pinazo-Hernandis, 2020).

Sumando, las PMI tienen más riesgo de contagio porque viven en aglomeración, existe falta de higiene y no hay supervisión adecuada (Brown y Schuman, 2021). Por ello, el riesgo es más alto; el virus se puede propagar rápidamente entre PMI y personal por la estancia larga y estrecha cercanía en la convivencia colectiva (Yan et al., 2020). Evidenciando y enfatizando el impacto de COVID-19 en las PMI (Porcel-Gálvez, 2021).

Dicha población presenta enfermedades de base, síntomas geriátricos, edad avanzada, encierro al lado de individuos vulnerables, contacto cercano con personal de la institución y síntomas atípicos que impiden hacer un diagnóstico de COVID-19 (Bonanad et al., 2020). Por lo anterior, se estimaron brotes severos en PMI porque son dependientes del personal y pueden afectar hasta 60% de esta población (Vázquez, 2020; Porcel-Gálvez, 2021).

En esta línea, las PM de residencias o centros de atención representaron entre 40% y 80% de muertes por COVID-19 (Comas-Herrera et al., 2020). Una mayoría murieron aislados y solos (Médicos sin fronteras, 2020). Además, este grupo poblacional ha presentado problemáticas en su

salud mental por el aislamiento obligado (Arias et al., 2021). Porque a partir de la pandemia, para evitar contagios, se prohibieron visitas en las instituciones, fue una medida protectora, pero, también fuente extra de encierro social y soledad emocional (Pinazo-Hernandis, 2020).

En tal sentido, las medidas implementadas protegen la salud física, pero se padece la salud mental (Girdhar et al., 2020). En relación, mundialmente, más de 55 millones de individuos padecen problemas de salud mental (Naciones Unidas, 2020). En México, 1.590.583 personas presentan algún problema mental (INEGI, 2021).

Por otra parte, el COVID-19 ha desequilibrado el medio ambiente, llegando a un grado de vulnerabilidad y, por ende, cierto deterioro en la calidad de vida (González y Falla, 2021; Gómez, 2021), evidenciando efectos perjudiciales en PM, quienes sufren consecuencias directas en su calidad de vida (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020).

Respecto a las PMNI participantes, en algunos casos habitan en colonias irregulares; presentan limitaciones y carencia de ciertos servicios, antes de la pandemia eran independientes; salían de casa, se mantenían activos, realizaban actividades recreativas, deportivas y lúdicas; la mayoría son mujeres, presentan enfermedades como diabetes, hipertensión, problemas auditivos, visuales, etcétera y algunas PM dependen económicamente de sus hijos o de su pensión (Jiménez et al., 2021).

En relación, la pandemia en hogares del mundo ha dejado condiciones de vida económicas inadecuadas derivadas del confinamiento y limitaciones de movilidad (Nicola et al., 2020). Por otra parte, a los efectos negativos que dejó el COVID-19 en la salud mental y calidad de vida de las PM, se le suman las experiencias significativas que vivieron ante el escenario mortal de COVID-19; porque perdieron seres querido y amigos, de los cuales, no se pudieron despedir por las medidas implementadas. Tampoco se llevó a cabo el ritual acostumbrado en nuestro país.

Ante lo planteado, el trabajo social es una profesión que realiza diversas funciones; la indagación es significativa si se centra en objetos de estudio contemporáneos y el COVID-19 es uno de ellos. Las PM en su mayoría son vulnerables por características propias de la edad y por las afecciones en su SM y, por ende, en su CV debido al escenario del COVID-19. Por lo tanto, es un grupo que le interesa estudiar al trabajo social. En tal sentido, la finalidad de investigar en la profesión mencionada radica en incrementar el conocimiento (Acero, S. C., 1988).

El presente estudio abordó a las PMI de casa hogar y PMNI que viven en las colonias Ampliación Echeverría, Bethel y Constitución del 17. Ambos contextos se encuentran en Ciudad Victoria, Tamaulipas. Las no institucionalizadas porque el contacto social ha sido fuera de casa, mientras que las aisladas, no tienen familiares o amigos cercanos, dependen de asistencia social, corren riesgo adicional, porque se encuentran aisladas o recluidas (Armitage y Nellums, 2020).

Por lo mencionado, las PM se encuentran inmersas en ambientes diferentes, pero en un tiempo determinado de pandemia que les afectó significativamente. Por otra parte, cada PM es un sistema que interactúa con otros sistemas, los cuales, influyen negativa o positivamente en su salud mental y calidad de vida, viviendo experiencias significativas.

1.2. Formulación del Problema: Preguntas de Investigación

Un estudio que utiliza el método mixto secuencial presenta desafíos al trazar dichas preguntas debido a que se evidencia literatura insuficiente centrada en esta etapa del diseño (Creswell, 1999). Sin embargo, se plantean las siguientes cuestiones en función del título de indagación.

1.2.1. General

¿Cuáles son las diferencias que existen entre la salud mental y la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas (PMI) y de las personas mayores no institucionalizadas

(PMNI) ante el COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México y cómo fueron las experiencias vividas?

1.2.2. Específicas

1.- ¿Cuál es la percepción respecto a la salud mental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México?

2.- ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica, social y ambiental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México?

3.- ¿Existen diferencias entre la salud mental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19?

4.- ¿Existen diferencias en las dimensiones física, psicológica, social y ambiental de las PMI y las PMNI ante COVID-19?

5.- ¿Cuáles son las experiencias vividas ante COVID-19 desde la perspectiva de PMI y de las PMNI de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México?

1.3. Objetivos de Investigación

En cuanto al objetivo general, no deben utilizarse dos o más verbos, salvo sea un enfoque mixto (Arias-González, 2021). Por ello, se justifica el siguiente objetivo:

1.3.1. Objetivo General

Explicar las diferencias que existen entre la salud mental y la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas (PMI) y de las personas mayores no institucionalizadas (PMNI) ante el COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México y comprender sus experiencias vividas.

1.3.2. Objetivo Específicos

1. Identificar la percepción respecto a la salud mental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

2. Identificar el nivel de la calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica, social y ambiental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.
3. Comparar la salud mental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19.
4. Comparar las dimensiones física, psicológica, social y ambiental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19.
5. Explorar las experiencias vividas ante COVID-19 desde la perspectiva de las PMI y de las PMNI de Cd. Victoria, Tamaulipas, México.

1.4. Justificación

De acuerdo con el estado del arte (tabla 1), el COVID-19 dejó efectos en la salud mental y calidad de vida en las PMI y PMNI. Quienes han vivido experiencias significativas a partir del confinamiento obligado por el cambio y alteración en la vida cotidiana. Por otro lado, el interés del trabajo social debe hacer referencia a comprender y explicar fenómenos sociales (Ander-Egg, 2009). Y para lograrlo, se debe investigar, diagnosticar, jerarquizar, programar, utilizar modelos, técnicas, instrumentos, métodos y teorías.

Pero el conocimiento no empieza con apreciar, observar o compilar datos de hechos, sino con problemas (Popper et al., 2008). Por ello, el presente estudio parte de la salud mental y la calidad de vida de las PMI y PMNI de Ciudad Victoria, Tamaulipas inmersas en un escenario de COVID-19, pero, también de sus experiencias vividas. Objeto y sujetos de estudio que se requiere profundizar.

Además, es un campo emergente y pertinente del trabajo social porque esta pandemia ha dejado muerte y problemas en todos los ámbitos del ser humano. Los resultados aportarán al conocimiento en el trabajo social y abonarán o refutarán lo encontrado respecto al tema en otras

disciplinas. Por otro lado, en México los estudios sobre PMI son insuficientes (Gutiérrez y Hernández-Lara, 2021).

Del mismo modo, las indagaciones que abordan PMNI relacionadas con salud mental, calidad de vida y experiencias ante COVID-19 son escasas en los contextos donde se llevó a cabo este estudio. Por otro lado, la búsqueda evidenció escasez de un enfoque mixto relacionado con el objeto y sujetos de este estudio.

En cuanto a la relevancia del estudio, el COVID-19 ha revolucionado el mundo. Asimismo, el fenómeno mundial de población mayor que existe y seguirá aumentando. Respecto al aporte científico, las PM han sido el grupo poblacional con más riesgo ante COVID-19.

Por otro lado, el estudio se alinea con la propuesta descrita en la tercera y cuarta esfera de actuación del Decenio del envejecimiento saludable 2020-2030 de la OMS; la tercera señala atención primaria e integral que dé respuesta a PM antes y después de la pandemia, la cuarta refiere que si los sujetos han sufrido disminución considerable en su capacidad física y mental, accedan a una asistencia a largo plazo y de calidad, en relación con los derechos y dignidad humanos (Decade of Healthy ageing, 2020).

Sumando a lo anterior, la salud mental y la calidad de vida como objeto de estudio del trabajo social es pertinente y significativo porque son elementos importantes y centrados en el bienestar de las PM. Por lo tanto, se debe prestar atención primordial a esta población, ya que, se espera que COVID-19 los aqueje de manera relevante física y mentalmente (Kessler y Bowen, 2020).

1.5. Hipótesis y Supuesto de Investigación

1.5.1. Hipótesis

Después de la revisión científica, Cataldi, 2020; Fontes et al., (2020); Buitrago, et al., (2021) y otros, muestran que la salud mental y calidad de vida de las PMI y PMNI ha sido afectada por el COVID-19, viviendo experiencias significativas.

Pero, no existe claridad sobre diferencias entre las PMI y las PMNI ante COVID-19 en los contextos abordados ni existen suficientes estudios respecto al tema planteado desde el trabajo social. Por ello, se plantea la siguiente hipótesis:

Hi: Ante el COVID-19, las PMI tendrán significativamente mayor afectación en su salud mental y calidad de vida que las PMNI.

H0: Ante el COVID-19, las PMI tendrán significativamente menor afectación en su salud mental y calidad de vida que las PMNI.

1.5.2. Supuesto

Ante el COVID-19, las PMI y las PMNI de Cd. Victoria, Tamaulipas, México vivieron experiencias significativas.

Capítulo 2.
Marco Teórico

Primero, el capítulo describe y discute ampliamente el estado del arte, para después, presentarse de manera breve en la tabla 1. Se continúa con el andamiaje teórico que fundamenta el estudio. Describiendo, además, la conceptualización de las variables principales y la categoría. También se destacan aspectos y cifras importantes relacionadas con el COVID-19, personas mayores, salud mental y calidad de vida. Concluyendo el apartado con el fundamento legal.

2.1. Estado del Arte

2.1.1. COVID-19, Salud Mental y PMI y PMNI

Este apartado refiere los estudios que abordaron la variable "salud mental". En un primer momento, Fontes et al., (2020), llevaron a cabo una búsqueda en tres bases de datos, así como en sitios web y documentos disponibles relevantes con el objetivo de ilustrar y correlacionar aspectos mentales, psiquiátricos y consecuencias psicológicas en PM durante la pandemia. Encontraron que las PMI se encontraban encerradas, generando depresión y ansiedad, además, el aislamiento, miedo y estrés contribuyeron a la aparición de trastornos de salud mental.

Los autores concluyen que debido a la propagación por COVID-19, los gobiernos, las jurisdicciones sanitarias y la sociedad deben reflexionar hondamente respecto al tema para brindar ecuanimidad en cuanto a la atención y formular políticas públicas de emergencia con la finalidad de afrontar las consecuencias psiquiátricas a breve y largo plazo, concretamente en los más vulnerables, entre ellos los adultos mayores.

Sumando a lo anterior, Armitage y Nellums (2020), también realizaron una búsqueda refieren que hasta el año 2020 solo un artículo analizaba la SM de PM en pandemia y que el aislamiento y distanciamiento social eran problema grave de salud pública y aunque era estrategia significativa para combatir al virus, también fue factor que provocó soledad, depresión, trastornos de ansiedad y suicidio, específicamente en hogares de ancianos.

Pisula et al., (2020), realizaron un estudio con enfoque cualitativo para explorar necesidades emergentes relacionadas con la salud mental de PM de 60 años aisladas en este periodo e identificar principales redes de contención con las que cuentan, así como estrategias de afrontamiento emergentes frente a la situación. Para recolectar la información, contactaron por teléfono a 39 PM de 60 años del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Los participantes mostraron angustia, ansiedad, enojo, incertidumbre, hartazgo y miedo a contagiarse y al contagio de sus seres queridos, además, se identificaron PM en vulnerabilidad relevante al estar solos, en ambientes cerrados y pequeños, con redes vinculares inconsistentes o manejo de tecnologías limitado.

En esta línea, Lacub et al., (2020), realizaron un estudio con el objetivo de conocer y analizar efectos emocionales de personas de 60 años y más de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y frente a la pandemia por COVID-19 y aislamiento social preventivo. Aplicaron 757 encuestas telefónicas que contemplaron aspectos anímicos, emocionales, conductuales, etc., así como la forma de las PM para enfrentar la pandemia.

Dentro de los resultados, se puede destacar que las PM participantes contaron con mecanismos de regulación emocional, los cuales, fueron efectivos para que enfrentaran la pandemia por COVID-19 y el aislamiento social protector, encontraron también diferencias estadísticas reveladoras entre los factores emocionales especialmente por género y edad.

Por su parte, Semo y Frissa (2020), hicieron una revisión rápida con la finalidad de resumir el impacto de COVID-19 en la salud mental en países afectados por la pandemia y conceptualizar las implicaciones para África subsahariana.

Encontraron artículos sobre el impacto de COVID-19 en la SM de diferentes poblaciones; por ejemplo, en China las PM fueron más propensas a los problemas de salud mental, pero lo

contrario fue en Estados Unidos y Canadá, porque las PM de 65 años experimentaron menos problemas de salud mental. Además, los autores refieren que los síntomas persistirán por lo menos dos años, conduciendo con ello, a la reducción de la calidad de vida de las PM.

Hernández (2020), llevó a cabo una búsqueda en 25 estudios con el objetivo de describir el impacto de la COVID-19 en la salud mental de las personas. Hernández concluyó que la COVID-19 repercutió de forma negativa en la salud mental de las personas en general, pero afectó más en los grupos vulnerables (PM). El autor refiere además que la incertidumbre coligada con COVID-19, más el resultado del distanciamiento social, reclusión y cuarentena podrían empeorar la salud mental de las personas.

Por otro lado, García-Fernández et al., (2020), hicieron una indagación transversal para evaluar el impacto de la nueva pandemia de COVID-19 en la salud mental de PM de 60 años y en menores de 60 años mediante una encuesta en línea. Los autores valoraron discrepancias respecto al género, la relación de la soledad, el ejercicio habitual, las mermas monetarias y el uso de medicamentos en el estado mental.

Los resultados destacan que, no hubo diferencias de género en ninguna medida clínica ni en las mermas monetarias, además, el aumento del uso de medicamentos se relacionó significativamente con un mayor distrés emocional en las PM en comparación con el grupo etario más joven. Por lo anterior, el estudio concluyó que las PM de 60 años presentaron menor estado de vulnerabilidad a sufrir depresión y estrés agudo que el grupo poblacional más joven.

Significa que, en España, las PM no pueden considerarse especialmente vulnerables para desarrollar ansiedad y depresión durante el pico de pandemia de COVID-19.

Mas adelante, Lucas-Zambrano et al., (2021), llevaron a cabo una investigación de campo con diseño fenomenológico con el objetivo de que las PM de tercera edad expresaran sus

sentimientos negativos en cuanto a la pandemia para comprender el impacto que sufrieron. Los resultados evidenciaron que la cuarentena por la pandemia les dejó a los participantes del Gerontológico los Rosales Cuarta Etapa en Santo Domingo, sentimientos de preocupación, soledad, tristeza y temor de contagiarse, además, su tranquilidad se vio afectada y, en consecuencia, se deterioró su salud física y emocional.

Sumando a lo anterior, Sotomayor-Preciado et al., (2021), efectuaron un estudio con diversos objetivos significativos como: determinar los factores que afectan la salud mental en las PM durante COVID-19, disminuir las repercusiones psicológicas, fortalecer las estrategias de apoyo emocional entre otros. Centrándose específicamente en la mejora de las condiciones de vida encontraron de 135 PM.

Los resultados revelan que el 95% consideró que corresponde a un grupo de riesgo ante COVID-19, presentando afecciones psicoemocionales como estrés, angustia, temor, tristeza, preocupación por contagiarse y llanto debido al confinamiento por COVID-19. Aunado a esto, los participantes extrañaban a sus familiares y presentaron problemas económicos.

Por su parte, Callís et al., (2021), en su indagación descriptiva se propusieron identificar manifestaciones psicológicas en 201 PM durante el aislamiento social por COVID-19 en un consultorio de Cuba. Para recolectar información, utilizaron una entrevista. La cual, arrojó niveles altos de irritabilidad normal, ansiedad y depresión. Concluyendo que el aislamiento social repercutió en la SM de los participantes, destacando trastornos de ansiedad ligeros, depresión y niveles elevados de estrés.

En el mismo año, se localizó un artículo que refiere que la salud física y mental de las PM participantes se vio afectada de manera negativa frente a COVID-19, porque presentaron problemas de sueño, sedentarismo y trastornos por ansiedad y depresión (Buitrago et al., 2021).

Desde el ámbito de enfermería, González-Soto et al., (2021), encontraron que, a consecuencia del distanciamiento, se incrementaron síntomas psicológicos en los participantes afectando su salud mental, además, se evidenciaron actitudes como la negación, furia, estrés, miedo, euforia e incluso actitudes paranoias. Los autores refieren que, desde su área profesional, se deben adoptar estrategias para apoyar a la salud mental de las PM, específicamente a quienes se encuentran lejos de una institución o servicio de salud.

Continuando con el ámbito de la salud, Naranjo-Hernández (2021), realizó una investigación con alcance descriptivo para identificar los estados emocionales de 100 adultos mayores en aislamiento ante el COVID-19 pertenecientes a un policlínico universitario. Algunos de los resultados muestran niveles normales de irritabilidad, alteraciones en el estrés, niveles leves de ansiedad y de depresión. Naranjo-Hernández concluye que la medida del aislamiento social repercutió en la salud mental de las personas mayores participantes en su estudio.

Por otro lado, Álvarez y Toro (2021), realizaron una revisión en nueve bases de datos para describir el impacto en la salud mental a causa del brote mundial del COVID-19. Revisaron 43 indagaciones; encontrando que China mostró más producción en cuanto al tema, mientras que Colombia no presentó estudios al respecto.

Cabe destacar que, los autores agruparon el impacto psicológico en categorías como: apegos negativos, afectos positivos, pensamientos nocivos, angustia, depresión, estrés, modificaciones de la conducta, consumo de sustancias psicoactivas, sintomatologías fisiológicas, alteraciones del sueño, impacto psicológico y cambios positivos en el bienestar. Evidenciando impactos de COVID-19 en la salud mental de las personas.

Por su parte, Sepúlveda-Loyola et al., (2021), se propusieron revisar el impacto que había dejado el aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 en la salud mental y la salud física

de las PM, así como las recomendaciones para pacientes, cuidadores y profesionales de la salud. Se contemplaron 41 estudios, involucrando a 20,069 personas de Asia, Europa y América, de ellos, 31 artículos abordaron recomendaciones y 10 se centraron en el impacto del distanciamiento social en la salud mental o salud física.

Dentro de los resultados sobre el impacto, destaca la ansiedad, la depresión, una inadecuada calidad en el sueño y la ausencia de actividad física en la fase de aislamiento por COVID-19, mientras que, en las recomendaciones, resaltan las estrategias cognitivas y el acrecentamiento de los niveles de actividad física por medio de aplicaciones, videos en línea y telesalud como recomendaciones primordiales. Concluyendo que la SM y la salud física de las PM se afectó de forma negativa ante COVID-19.

Greenwood-Hickman et al., (2021), llevaron a cabo un estudio para explorar los impactos en la salud física, mental y social de la pandemia en 25 PM y sus técnicas de afrontamiento. En los resultados, la mayoría percibió un incremento en la conducta sedentaria por las limitaciones para salir de casa y a la extensión del tiempo libre para llevar a cabo entretenimientos como leer, ver televisión y tejer. Pero, una cantidad considerable de participantes presentaron un incremento en los niveles de estrés y disminución en la conexión social en la persona.

Herrera et al., (2021), analizaron las consecuencias sociales, sanitarias y psicológicas de la pandemia COVID-19 en PM de Chile. Calcularon sintomatologías de depresión, de ansiedad, percepción de aislamiento social, soledad, sostén social, resiliencia, práctica de tecnologías y comunicación, inseguridad alimentaria, situación residencial, percepción y problemas de salud.

Los primordiales resultados confirman que, COVID-19 afectó de manera significativa a las PM participantes porque disminuyó su nivel de bienestar subjetivo y, sobre todo, afectó a su salud

mental con un incremento de los síntomas de ansiedad y depresión. Empeorando también el estado de salud general.

En el ámbito nacional, Pérez et al., (2021), se plantearon comprender la construcción narrativa y los procesos resilientes de 15 PM en cuanto a COVID-19. Los autores se centraron en las consecuencias psicoemocionales, en las creencias sociales en torno a la vejez, la discriminación y la omisión a los derechos humanos y dignidad de las PM.

Los resultados evidenciaron que los participantes en el estudio presentaron bastantes recursos psicoemocionales de afrontamiento debido a la regulación entre los sentimientos que han experimentado. Pero, sigue influyendo la percepción social respecto a los estereotipos y la estigmatización.

Finlay et al., (2021), identificaron en su indagación desde la perspectiva de 6,938 PM residentes de Estados Unidos, Distrito de Columbia y Puerto Rico las formas de lidiar con las preocupaciones y el estrés durante la pandemia mediante un cuestionario en línea centrado en los efectos de COVID-19 en la vida cotidiana, en la salud mental y en el bienestar, incluyendo una cuestión sobre las estrategias de afrontamiento del grupo etario mencionado.

Resultó que las PM realizaban ejercicio, salían al aire libre, modificaron sus rutinas, se mantenían socialmente conectados, etc. Dichas estrategias, en su mayoría fomentaron la superación personal, la adaptación positiva y el bienestar.

Además, los hallazgos destacan intervenciones clínicas y comunitarias que apoyaron a las PM, las cuales aprovecharon el ejercicio, las modificadas rutinas y estrategias sociales con la finalidad de mejorar la salud física y mental de las PM participantes.

Boumans et al., (2021), llevaron a cabo una investigación con el objetivo de explorar cómo 21 PM de 55 años enfrentaron el aislamiento por contacto en una institución de salud durante

COVID-19 para mejorar su bienestar físico y psicológico. Los resultados revelaron que los participantes utilizaron estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, pero también estrategias centradas en el problema. Además, la confianza en el personal y búsqueda del apoyo de familia/amigos fueron importantes estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

Por último, respecto a la variable "salud mental", el estudio de Emerson (2020), utilizó una encuesta que se aplicó por internet con el objetivo de explorar el impacto del distanciamiento social en cuanto a la soledad, el estrés y los cambios de conducta en 833 PM de 60 años o más durante el brote de COVID-19.

Emerson encontró que un 36% de los participantes experimentó estrés y el 42,5% presentó soledad, aumentando esta sensación durante el distanciamiento social en alrededor de un tercio de las PM. También, se evidenciaron diferencias significativas entre los participantes de 60 a 70 años y los mayores de 71 años.

2.1.2. COVID-19, Calidad de Vida y PMI y PMNI

El apartado muestra estudios sobre la variable "calidad de vida", los cuales se relacionan directa o indirectamente con la presente indagación. Se inicia con Poudel et al., (2021), quienes realizaron una búsqueda en bases de datos como PubMed, Scopus y Medline y sitios web de organizaciones de salud pública. Cabe destacar que los autores encontraron 1276 estudios, sin embargo, solo abordaron 12 indagaciones.

Dentro de los resultados, una mayoría implementaron instrumentos genéricos para valorar la calidad de vida relacionada con la salud; cinco investigaciones aplicaron la escala SF-36, mientras que, cinco aplicaron el EQ-5D-5L y solo tres, aplicaron herramientas de calidad de vida relacionada con la salud. Resultando al final 13 estudios abordados.

Resultó un impacto considerable del COVID-19 en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con COVID-19 como con COVID prolongado. Encontraron mayor impacto en la CVRS en pacientes con COVID agudo, mujeres, edades más avanzadas, pacientes con enfermedad más grave.

Por su parte, Oscco y Silva (2021), desde un enfoque cuantitativo, se plantearon el objetivo de determinar la calidad de vida de 45 PM en tiempos de pandemia por COVID-19, de una institución ubicada en Lima Norte. Utilizaron la escala FUMAT para valorar la calidad de vida en ocho dimensiones. Dentro de los resultados, se puede observar que una cantidad considerable de los participantes presentaron un nivel de medio en la calidad de vida, en el bienestar emocional y en el bienestar físico, solamente se percibió un nivel bajo en la autodeterminación.

Los autores concluyeron que las PM participantes en el estudio no presentan una buena calidad de vida a plenitud que les permita contar con más independencia, que se valgan por sí mismos, que realicen actividad física con más frecuencia, que se relacionen con la familia y con los demás.

En esta línea, Tenorio-Mucha et al., (2021), realizaron un estudio con el fin de evaluar la calidad de vida de 99 PM que pertenecían a Centros del Adulto Mayor (CAM) de la Seguridad Social en la pandemia por COVID-19. Recuperaron información vía telefónica por medio del cuestionario EQ-5D-3L, el cual se centra en las dimensiones de: movimiento, cuidado particular, actividades diarias, dolor/molestia y ansiedad/depresión, comorbilidades y el estado funcional llamadas telefónicas.

Los resultados mostraron una mayoría de mujeres participantes con edad promedio de 73 años, nivel escolar superior y también, la mayoría vivían acompañadas. Concluyeron que la CV

de las PM participantes fue influida por varios factores, los cuales, deben abordarse con la finalidad de optimar su bienestar físico y mental.

Sumando a lo anterior, desde el trabajo social, Espinoza (2021), realizó un trabajo mixto para describir la calidad de vida de las PM en tiempos de COVID-19 de la parroquia de Atahualpa. Dentro de los resultados se puede mencionar que la mayoría de los participantes, fueron mujeres con edades que oscilaron entre los 65 y 70 años con escasez en educación porque solo cursaron la primaria. En cuanto a la calidad de vida, un aproximado al 50% está satisfecho; tocante a la salud, más del 60% percibieron una salud moderada y, en cuanto a las dimensiones, estuvieron muy débiles.

La autora concluyó que, debido al COVID-19 la calidad de vida de las PM participantes presentó un cambio radical porque la pandemia separó los vínculos afectivos que tenían como personas, familiares y sociedad poco a poco.

En esta línea, Iraizoz et al., (2021), valoraron efectos de la situación sanitaria actual sobre la salud mental, la percepción de seguridad y la CV de 270 PM de una provincia del Oro, Ecuador. Aplicaron la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. Dicho instrumento arrojo que, un aproximado al 50% percibieron sentimientos negativos.

Además, localizaron valores de correlación negativos dobles al relacionar sentimientos nocivos con la totalidad de los ítems y una efectiva relación con la seguridad y calidad de vida, también, predominaron sentimientos negativos, depresión, tristeza e incertidumbre que afectaron la salud mental de las PM y las preocupaciones perturbaron el sentido y disfrute de la vida, disminuyendo con ello, la calidad de vida relacionada con la salud.

Lebrasseur et al. (2021) realizaron una revisión sistemática sobre el impacto de la pandemia por COVID-19, incluyendo las medidas de aislamiento y protección, en personas mayores con

alzhéimer y otras demencias. Su investigación, que analizó 135 estudios a través de seis bases de datos, proporcionó una síntesis exhaustiva de la evidencia disponible.

Al llevar a cabo el análisis y síntesis de lo encontrado, se evidenció la presencia de sintomatologías psicológicas, exacerbación del edadismo y detrimento físico de las PM. Asimismo, la disminución en las interacciones sociales durante COVID-19 se relacionaron de forma ocasional con una calidad de vida mínima y un acrecentamiento de la depresión. Aunado a lo anterior, las PM presentaron problemas para obtener los servicios, presentaron modificaciones en el sueño y una disminución en la actividad física.

Por otro lado, el Observatorio Humanitario de la Cruz Roja (2021), llevó a cabo una encuesta con diversos objetivos. Sin embargo, en los que nos centramos para este estudio son: evaluar el estado general de la salud de la población y el impacto de la pandemia por COVID-19 y medir su nivel de satisfacción con la vida.

Los resultados mostraron una mayoría de mujeres participantes con edades que oscilaban entre 65 a 86 años, un aproximado al 50% solo estudiaron la primaria y estaban casados. Respecto a la salud, un 45% percibió un estado de salud bueno. También, encontraron que un 72% de PM participantes presentó al menos una dificultad para recordar, ver, comunicarse, auto cuidarse, caminar u oír.

Sumando a lo anterior, el 73% las PM sufrió algún nivel de impacto como resultado de la pandemia por COVID-19, mientras que, un 38% presentó un alto o muy alto impacto en el ámbito físico, emocional, social o de salud originado por la pandemia.

Por otro lado, Chinchay y Rodríguez (2021), abordaron la satisfacción con la vida durante la pandemia por COVID-19 en 105 PM que habitan en un asentamiento humano. El estudio se enmarcó en un enfoque cuantitativo y utilizaron la escala de satisfacción con la vida (SWLS)

Aplicaron la escala SWLS, la cual, arrojó un nivel medio. Los resultados mostraron una edad máxima de 94 años y una mínima de 60. En cuanto a la satisfacción con la vida, predominó un nivel medio (37.1%), seguido de uno ligeramente por debajo de la media (19%), nivel alto (17.1%), insatisfechos (13.3%), nivel muy alto (7.6%) y extremadamente insatisfechos (5.7%).

Por otra parte, desde el ámbito de la salud, Soto (2021), realizó un estudio con el objetivo de describir la calidad de vida de 50 PM en tiempos de COVID-19. Para obtener información, se utilizó la escala WHOQOL-BREF, la cual, implica cuatro dimensiones (física, psicológica, social y ambiental).

Con relación a la caracterización de los participantes, una mayoría fueron mujeres (60%). Respecto a la dimensión física, el 78% percibió una calidad de vida regular, el 20% refirió buena y el 2% presentó una mala calidad de vida; tocante a la dimensión psicológica, resultó una calidad de vida de regular a buena; en cuanto a la dimensión ambiental, la mayoría presenta una calidad de vida buena y regular y 2% distinguió una calidad de vida mala; en la dimensión social, el 80% evidenció una calidad de vida regular, un porcentaje del 14% señaló buena y el 6% manifestó una calidad de vida mala.

En tal sentido, Quiroga-Sanzana et al., (2022), se propusieron en una indagación cuantitativa, conocer los niveles de apoyo social y percepción de la calidad de vida en el escenario de pandemia por COVID-19 de 141 personas adultas mayores de 60 años residentes de la zona centro sur de Chile.

En cuanto a la caracterización de los participantes, se puede destacar que, la mayoría de los participantes eran mujeres; la edad oscilaba entre 60 y 101 años; un aproximado al 60% refirió estar casado. Respecto al estado anímico, el 66% percibieron tristeza con frecuencia al no poder compartir tiempo con sus seres queridos; un 61% tuvieron sentimientos de miedo con frecuencia;

mientras que la soledad se presentó en un 58% nunca y pocas veces. Por lo tanto, el contexto de COVID-19 sí generó consecuencias negativas a nivel anímico.

Sin embargo, los factores de apoyo social, familiar, de amigos y calidad de vida en las dimensiones de salud física, psicológica, ambiente y relaciones sociales, coadyuvaron a que los participantes en el estudio señalaran una percepción normal positiva. Es importante resaltar que, un 38% calificó su calidad de vida "normal", mientras que el 43% refirió estar satisfecho de manera "normal" con su salud. En cuanto a la calidad de vida, resultó una buena percepción en las cuatro dimensiones (física, psicológica, social y ambiental), pero, la que presentó menor puntaje fue la dimensión social.

Agregando a lo anterior, Ramírez y Posadas (2022), llevaron a cabo un estudio mixto para describir las condiciones de vida de 168 PM residentes en 52 colonias de Pachuca, Hidalgo durante la pandemia por COVID-19 respecto al ámbito socioeconómico, servicios sanitarios, acceso a salud, seguridad social y actividades diarias. En cuanto a las características primordiales de los participantes; una mayoría fueron mujeres con una edad promedio de 72 años.

Tocante a las condiciones de vida de PM en tiempos de pandemia, los resultados evidenciaron que los participantes no solamente afrontan a un riesgo, sino, a una gran cantidad de ellos, los cuales, se integran para potenciar su vulnerabilidad. Significa que las condiciones de vida de las PM participantes en tiempos de COVID-19, aumentaron sus riesgos biopsicosociales, con probable deterioro en su salud y calidad de vida.

Por último, Fernández y Urgiles (2023), efectuaron un trabajo de tesis doctoral en el que evaluaron la calidad de vida física, psicológica, social y ambiental de 40 PM entre 61 y 93 años que Vivian en la comunidad El Guabo de la parroquia rural del cantón Cuenca, Ecuador. Para obtener información, los autores utilizaron el instrumento WHOQOL-BREF.

Dicho instrumento evidenció una puntuación intermedia en la calidad de vida y salud general. En cuanto a las dimensiones que abarca la escala utilizada; la dimensión más alta correspondió a la dimensión psicológica, mientras que la dimensión más baja fue la social. Por dichos resultados, se puede decir que las PM participantes no estaban satisfechas ni satisfechas con su calidad de vida en el escenario emergente de COVID-19.

2.1.3. Experiencias de las PMI y de las PMNI

En este apartado se muestran investigaciones respecto a la categoría "experiencias". Dichos estudios, se relacionan manera directa o indirecta con la presente indagación. Primero, se presenta el estudio de Fuller y Huseth-Zosel (2020), quienes se plantearon explorar las experiencias y estrategias de afrontamiento de 76 PM del Medio Oeste durante las primeras semanas de pandemia por COVID-19, aplicando una entrevista telefónica.

En cuanto al nivel de afrontamiento en una escala del uno al diez, fue percibido de 7,9, mientras que el 87% de las PM participantes en el estudio, estimaron su afrontamiento de manera afirmativa. Cabe destacar que, resultaron temas significativos como: mantenerse ocupado, búsqueda de apoyo social y contar con una mentalidad positiva.

Es importante destacar que, dichas actividades fueron centradas en las emociones y al parecer, fueron adaptativas para la mayoría de los participantes en las semanas primeras de pandemia por COVID-19.

Por su parte, Fernández-Ballesteros et al., (2020), indagaron el impacto de COVID-19 y medidas tomadas para su control en PM que residían en la comunidad, pero también pertenecían a asociaciones de mayores en España con la finalidad de aprender de la experiencia e incluso prevenir el futuro. En los resultados se muestra que, aproximadamente la mitad de los participantes refiere que sus relaciones interpersonales no cambiaron con el confinamiento.

Además, las PM estuvieron escasamente en contacto con personas contagiadas por COVID-19, contaron con información y conocimiento necesario en cuanto al virus mencionado, una gran percepción de la gravedad de la enfermedad y cumplimiento con el confinamiento cuando se implementó normativamente. Los participantes también mostraron sentimientos negativos frecuentemente y bastante frecuente como ansiedad (22.3%), depresión (42%), irritabilidad (46.8%) y miedo (23.6%).

Por otro lado, Whitehead y Torossian (2021), llevaron a cabo una investigación que enmarcaron en un enfoque mixto para explorar los informes de 825 PM de 60 años estadounidenses respecto a qué aspectos de la pandemia, les resultaron estresantes y qué les aportaba alegría y consuelo en medio del estrés.

Los participantes atendieron cuestionarios que valoraron indicadores de bienestar psicológico como: estrés percibido, afecto negativo y afecto positivo, asimismo, respondieron cuestiones abiertas en cuanto a qué les originó estrés, alegría o consuelo al momento de contestar los instrumentos.

Los resultados arrojaron en el enfoque cualitativo 20 categorías de estrés y 21 categorías de alegría/confort. Tocante a los factores estresantes, resultó el confinamiento/restricciones, la preocupación por los demás y el aislamiento/la soledad, sin embargo, a pesar de lo anterior, relacionarse con familiares/amigos, el contacto social digital y los pasatiempos les traía alegría/confort.

En relación con el enfoque cuantitativo, se reveló que el estrés por la preocupación por los demás, el futuro desconocido y contagiarse de COVID-19 se relacionaban significativamente con un peor bienestar psicológico, mientras que, la fe, el ejercicio/autocuidado y la naturaleza se asociaron con un bienestar psicológico más positivo.

Sumando a lo anterior, Riveros (2021), describió las experiencias de PM atendidos en la Fundación "Mis abuelitos" en Cajicá durante la pandemia por COVID-19. Para recuperar información, los autores utilizaron entrevistas semiestructuradas mediante llamadas telefónicas. Con ello, evidenciaron seis trayectorias de pandemia que revelaron desigualdades anteriores económicas y nuevas maneras de hogares unipersonales y en pareja en la vejez de Colombia.

Del mismo modo, se situó a los participantes en condiciones de dependencia de redes de apoyo formales e informales por las situaciones de enfermedad previas a COVID-19, por la imposibilidad de pensionarse y por su relación directa con la pérdida de empleo. A pesar de lo mencionado, las PM participantes mostraron emociones que crearon un puente entre lo particular, los social y lo político, también, impulsaron las acciones, las resistencias y toma de decisiones de las PM ante el sufrimiento que vivieron durante la pandemia por COVID-19.

Continuando con la categoría de "experiencias", Osorio-Parraguez et al., (2021), presentaron experiencias de PM participantes, las cuales mostraron una variedad en su vida diaria durante la pandemia por COVID-19. El medio con el que obtuvieron información, fueron entrevistas a distancia a una fémina, a un varón y a una pareja de PM que presentaran diferentes condiciones socio económicas y etarias.

Los resultados pueden evidenciar una serie de estrategias para sobrellevar los cambios y alteraciones de su vida habitual, en el área laboral, afectiva, económica, residencial y familiar. Los investigadores concluyeron que las PM participantes cuentan con diversas fortalezas y capacidad de agencia que adquirieron con su experiencia biográfica, las cuales, les permitió enfrentar la crisis sociosanitaria desde su posición como población vulnerable y también de alto riesgo.

Por su parte, Tahull (2021), presentaron dentro de un enfoque mixto un análisis y reflexión en cuanto a la pandemia del COVID-19 (confinamiento obligatorio) y sobre la limitación de la

vida social de las PM en España. Obtuvo información cuantitativa mediante la encuesta de condiciones de vida (ECV) del Instituto Nacional de Estadística (INE), la cual abarcó datos como: sexo, edad, usanza del internet entre otros. En cuanto al enfoque cualitativo, se complementó con entrevistas personales y abiertas a 20 PM de 65 años sobre circunstancias específicas significativas.

Los resultados cuantitativos revelaron una población total de 4,243,822 personas mayores de 75 años, con una distribución de 2,521,598 mujeres y 1,722,224 hombres. En cuanto al uso de internet, el 28.8% de los hombres y el 22% de las mujeres reportaron haberlo utilizado al menos una vez. Por otro lado, los hallazgos cualitativos evidenciaron que, en las zonas rurales, las personas mayores experimentaron mayor tranquilidad debido a la familiaridad entre vecinos y una vida social más rica. A diferencia de las zonas urbanas, los pueblos mantuvieron un ambiente menos restrictivo, permitiendo a sus habitantes conservar cierta normalidad en su vida cotidiana, a pesar de las limitaciones de interacción social impuestas por el COVID-19.

Por otra parte, una de las participantes refiere que en su barrio existe la solidaridad (se ayudan mutuamente), porque son residentes desde hace mucho tiempo y han construido sentimientos como la empatía, solidaridad y ayuda mutua. Sin embargo, vivía sola y con escaso contacto con la familia y amigas. Solamente salió de casa para hacer compras, además llevó a cabo actividades como ver televisión, también presentó sentimientos de hastío, aburrimiento, tristeza, depresión y soledad porque no vio a sus hijos ni nietos durante el confinamiento obligatorio.

Más adelante, Rodríguez et al., (2022), llevaron a cabo una búsqueda sistemática en siete bases de datos electrónicas con el objetivo de proporcionar un resumen con relación a experiencias y emociones de PM aislados socialmente por motivos de pandemia de COVID-19. Analizaron 33 indagaciones en total; surgiendo cuatro temas como: impactos y experiencias negativas de las PM

durante el aislamiento social, adopción de conductas de afrontamiento en medio del COVID-19, intervenciones en línea para combatir las consecuencias del aislamiento social y las barreras a la intervención en línea. También, surgieron ocho subtemas.

Rodriguez y colaboradores concluyeron en su trabajo que, la pandemia por COVID-19, tuvo un impacto emocional en el bienestar psíquico de las PM. Además, puso en evidencia las fortalezas desperdiciadas de las PM que afrontan el aislamiento. Por otro lado, la intervención en línea podría ser nueva normalidad en la época de COVID-19, ya que fue provechosa para combatir el aislamiento social. Aunado a lo anterior, se encomendaron estrategias de diferentes partes interesadas con el fin de abordar las barreras de intervención en línea.

Por otro lado, Junco et al., (2022), llevaron a cabo un estudio con enfoque cualitativo para comprender desde la percepción subjetiva de la experiencia de vida de las PM del Municipio de Celaya durante el confinamiento. Destacando que COVID-19 les ocasionó emociones dañinas y perjudicó sus relaciones, sus roles sociales, alejándolos y volviéndolos más dependientes de otras personas.

Además, las afectaciones fueron resignificadas mediante la espiritualidad, algo muy significativo desde la percepción de las PM y destacaron la importancia de los medios de comunicación virtual como una ayuda para aminorar la falta de contacto físico con sus familiares.

Por otra parte, en cuanto a la categoría “experiencias”, Guerrero et al., (2022), llevaron a cabo un estudio con enfoque cualitativo en Guanajuato, México para comprender la experiencia vivida del cuidado de la SM en 12 PM durante el aislamiento por COVID-19. Recolectaron información mediante la entrevista fenomenológica telefónica.

Participaron siete mujeres y cinco hombres con edades que oscilaban entre los 60 y 79 años. Es importante resaltar que los temas que fueron: la percepción de alteraciones emocionales,

envejecimiento, importancia de la SM, temor al cuidado y su contagio, infodemia y actividades cotidianas para la salud. Por otro lado, los hallazgos muestran alteraciones emocionales como resultado de la pandemia COVID-19 y del aislamiento, el miedo al contagio, el cambio en su rutina cotidiana, en su convivencia con familiares y amigos.

Enfatizando cambios en el estado de ánimo de las PM participantes, generando sentimientos de depresión, angustia, tristeza, estrés, entre otras, siendo esto, un cambio emocional negativo en las PM. Los hallazgos mostraron que la salud mental es significativa para conservar una percepción general saludable y de buena calidad de vida. Dichos autores, refieren que COVID-19 denotó la importancia que tiene la salud mental en las PM.

A su vez, Nah-Escamilla et al., (2023), efectuaron un trabajo con enfoque cualitativo en el que describieron las experiencias de vida ante la pandemia de COVID-19 en ocho PM de una zona rural en Yucatán, México. Para recuperar la información, utilizaron entrevistas semiestructuradas. Dentro de los resultados, surgieron seis categorías; las emociones frente al COVID-19 (1), los cambios sociofamiliares en la fase de la pandemia (2), el miedo frente a la muerte por el COVID-19 (3), la cotidianidad durante la pandemia (4) y la visión frente al COVID-19 (5) y su vida antes de la pandemia (6).

En cuanto a la categoría uno, se resaltan sentimientos negativos como el miedo y la preocupación, afectando su estabilidad mental, respecto a la dos, los participantes refieren que ante COVID-19, se modificó la dinámica social y familiar, en relación con la categoría tres, se obtuvieron sensaciones negativas de angustia ante situaciones de muerte por COVID-19, el miedo incrementó ante las enfermedades crónico-degenerativas y por el temor al contagio y muerte de algún familiar.

Tocante a la categoría cuatro, los participantes señalaron que se tuvieron que adaptar ante el COVID-19, referente a la categoría cinco, se mencionan opiniones divididas; por un lado, las PM participantes refieren cuestiones negativas, sin embargo, en algunos casos, se percibieron situaciones positivas porque a pesar del aislamiento, se mantuvieron con más frecuencia en contacto con sus familiares, algo que no se hacía antes de la pandemia. Por último, en la categoría seis se puede decir que debido al COVID-19, las actividades que antes llevaban a cabo, ya no fue posible continuar, afectando con ello el ámbito físico, emocional y social.

Ante las categorías mencionadas, los autores concluyen que ser una PM que habita en una zona rural y permanecer en confinamiento por la pandemia por COVID-19, los lleva a vivir experiencias significativas que marcan su vida en el ámbito social y emocional, además de presentar cambios relevantes en su cotidianidad, llevando con ello a vivir una adaptación forzada.

En esta misma línea, Hernández-Martínez et al., (2023), en su estudio cualitativo se plantearon como objetivo: dar a conocer y explorar las preocupaciones y experiencias que les generó el confinamiento por COVID-19 en 45 PM de una residencia pública de mayores, además, profundizar en cómo lo vivieron las PM más vulnerables y frágiles. Participaron 45 PM con edades entre 70 y 96 años.

Emergiendo categorías como: sentimientos durante el confinamiento, señalando más emociones negativas (ansiedad, tristeza, desesperanza, incertidumbre, agotamiento y sufrimiento) que positivas (tranquilidad y alegría). Por lo tanto, les brindaron ayuda emocional y vivir en la institución les brindó seguridad y confianza. En la categoría “inquietudes por la salud”, se puede decir que la esperanza en las vacunas y el progreso del tratamiento los hizo sentir mejor, sin embargo, la preocupación se destacó por la salud de sus familiares y el miedo al contagio, fue evidente.

Mientras que, en “cambios en la propia salud”, las PM con más de una enfermedad y más fragilidad percibieron una cantidad considerable de problemas físicos-psíquicos. Y los que acudieron a una institución de salud, se preocuparon más por su propia salud. Sumando a esto, debido a la ausencia de hacer ejercicio, a la falta de sueño y a la presencia de ansiedad, los hizo sentir peor.

Tocante a la categoría “los cambios en los hábitos de vida”, las PM confirmaron que sus rutinas cambiaron significativamente por la disminución de realizar ejercicio y por el aislamiento, creando con esto, apatía en su autocuidado. Referente al “apoyo profesional de la salud”, las PM destacaron la presencia de la psicóloga, del mismo modo, quienes fueron visitados se sintieron mejor, agradeciendo especialmente al personal sanitario.

Concerniente a las “estrategias de afrontamiento”, para sobrellevar mejor el COVID-19, los participantes llevaron a cabo diversas actividades como pintar, rezar y meditar. Con dichas actividades percibieron tranquilidad y esperanza. Desatacando también la capacidad de resiliencia en las mujeres y los de edad más avanzada.

Por último, en la categoría “información sobre la COVID-19 y preocupaciones sobre el futuro”, refirieron que la información que brindaban los medios de comunicación les producía angustia, miedo, cansancio y desmotivación. En adición, al ser las residencias de PM el centro de atención alteraba su estado de vulnerabilidad. Del mismo modo, contaron con escasa información respecto al contagio y el tiempo que debían estar en confinamiento.

Por lo mencionado, las categorías que surgieron en el estudio de Hernández-Martínez y colaboradores, muestran vivencias complejas de las PM participantes ante el COVID-19.

Simón (2023), en su trabajo de tesis con un enfoque cualitativo, planeó el objetivo: describir las experiencias sobre el valor de la vida y espiritualidad en tiempos de COVID-19 de 10

PM de 76 a 105 años en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana. Los hallazgos exponen que las PM que participaron en la investigación, fueron afectados negativamente porque COVID-19 les generó sentimientos como miedo, angustia y desesperanza. Sin embargo, esta población, le da un valor a la vida relacionada con la espiritualidad muy importante.

Por otra parte, el estudio de Torres et al., (2023), se centró en comprender la experiencia de la PM ante la pandemia por COVID-19 en San Luis, Potosí, México. Abordaron una entrevista fenomenológica para rescatar la información.

Los resultados principales describen categorías que emergieron como: diferentes maneras de expresar el miedo, tejiendo lazos de ayuda durante el confinamiento por COVID-19, el círculo social como fuente de confirmación de los medios de comunicación, la incomodidad ante el uso de las medidas de protección personal, el sufrimiento por las consecuencias económicas del COVID-19, la espiritualidad en tiempo de pandemia y las pérdidas de COVID-19.

Concluyendo de manera general que, el estudio evidenció un estado de precariedad al vivir con miedo, sentimiento que condicionó un estado de sufrimiento mental en las PM participantes.

Por último, Derrer-Merk et al., (2024), revisaron de forma sistemática 32 estudios respecto al tema de las experiencias vividas por las PM durante la Pandemia por COVID-19 en el ámbito internacional. Dicho estudio usó un enfoque meta etnográfico y analizaron la información mediante la teoría fundamentada constructivista.

Algunos resultados muestran que las indagaciones fueron variadas y con diversos momentos durante la pandemia por COVID-19; el impacto de la información de los medios de comunicación, el impacto negativo en las PM. Destacando, el impacto que causó el COVID-19 en la conectividad social y el bienestar de los participantes, incluyendo la falta de proximidad de sus seres queridos. Presentando como consecuencia, un incremento de ansiedad, depresión o soledad.

Sin embargo, en ciertos casos, las PM se adaptaron al cambio de vida cotidiana, a las nuevas maneras de comunicación y al distanciamiento social.

2.1.4. PMI y PMNI ante COVID-19

En este apartado, se describen estudios relacionados con las PMI y las PMNI ante el escenario de COVID-19. Primero, Gutiérrez y Hernández-Lara (2021), mediante un estudio de caso exploraron las condiciones de alojamientos para PM en donde reciben atención y cuidados para mostrar capacidades de respuesta y manejo de la pandemia por COVID-19 en la región de la frontera al norte de México.

Para ello, utilizaron el censo de alojamientos de asistencia social del INEGI del año 2020. Al llevar a cabo el análisis de la información mencionada, los autores señalaron condiciones materiales medianamente suficientes, pero no óptimas y escaso personal sin capacitación suficiente. Enfatizando que las instituciones no están preparadas para emergencias sanitarias ni dar respuesta a eventos como COVID-19.

Continuando con el tema, Calle-Rodríguez et al., (2021), analizaron en una indagación de corte mixto, el estado de aislamiento social de 30 PM frente a COVID-19 del Centro diurno del Cantón Sevilla de Oro. Para obtener información, emplearon la encuesta y una entrevista semiestructurada. Dentro de las características de las PM, la mayoría fueron mujeres, con edades desde los 65 años y más.

En cuanto al enfoque cuantitativo, un 46.7% de las PM refirieron que el impacto de COVID-19 fue muy grave debido a la reducción del contacto social. Se manifestó la ansiedad, depresión y soledad en un 26.7%. Sin embargo, un 20% de la población etaria mencionó que las relaciones familiares mejoraron al permanecer más en contacto. Por otro lado, el 6.7% percibió

deterioro cognitivo debido a que perdieron la noción del tiempo y vivieron sedentarios al llevar a cabo diariamente las mismas actividades.

En adición, el 43.3% expresaron sentimientos de angustia y estrés debido al riesgo que representan para contagiarse de COVID-19 y, por ende, la muerte, un 30.0% indicó preocupación y el 26.7% aseveró miedo y temor a contagiarse del virus. Generando un estado de mayor vulnerabilidad en las PM participantes. Los autores consideraron pertinente un seguimiento virtual y en algunos casos, de forma presencial.

Por último, Vannini et al., (2021), consideraron importante evaluar el impacto del COVID-19 en el estrés percibido en 141 PM residentes de una comunidad de Massachusetts, EE. UU. con el fin de comprender cómo apoyar de una mejor manera a este grupo poblacional que vivió circunstancias estresantes para disminuir el impacto de los factores estresantes en su salud cerebral.

Los autores evidenciaron un nivel moderado de estrés relacionado con el COVID-19 y niveles altos de resiliencia, resaltando que una mayor resiliencia se relacionó con mayor usanza de comportamientos de afrontamiento adaptativos y menor uso de comportamientos de afrontamiento desadaptativos y menor uso de conductas de afrontamiento desadaptativas.

Algo importante que destacar en este estudio fue que la resiliencia fue el predictor único más fuerte del estrés, explicando en gran medida las relaciones entre el afrontamiento y el resultado. Concretando, una planificación se relacionó con más niveles de estrés en las PM que presentaron baja resiliencia, por lo contrario, una resiliencia particular alta atenuó el efecto negativo de la culpabilidad sobre sus niveles de estrés.

2.1.5. Discusión del Estado del Arte

El estado del arte que fundamentó la presente indagación se conformó por 51 estudios. En los cuales, se puede evidenciar un vacío significativo en cuanto a las diferencias entre la SM y CV

de las PMI y de las PMNI ante el COVID-19. Sin embargo, de manera general, los estudios fueron diversos y muy importantes; reflejando en su mayoría, circunstancias diversas y relevantes ante el escenario mortal de la pandemia por COVID-19. La investigación reveló que las personas mayores, tanto en entornos institucionales como en sus hogares, experimentaron vivencias significativas durante la pandemia. Se evidenció un impacto considerable en todas las dimensiones de su bienestar: física, psicológica, social y ambiental.

Sin embargo, algunas indagaciones informan que las Personas Mayores se adaptaron ante el nuevo escenario de COVID-19, normalizando su vida cotidiana con diversas actividades sedentarias y nuevas maneras virtuales de comunicación con sus seres queridos y amistades. Por otro lado, se destaca que una minoría de las investigaciones refieren los términos institucionalizados y no institucionalizados. Pero, describen que sus participantes pertenecen a colonias, zonas rurales, zonas urbanas o habitan en instituciones o centro de día para Personas Mayores. Lo cual, para este estudio significa PM institucionalizadas y PM no institucionalizadas.

Además, en el estado del arte construido se puede observar que las indagaciones plasmadas se llevaron a cabo ante la pandemia, al inicio de ella y en ciertos casos, al final de dicho fenómeno.

Por otra parte, y de manera específica en cuanto a la variable "salud mental", una mayoría de trabajos aseveran que el aislamiento o distanciamiento social por COVID-19 les dejó efectos y consecuencias negativas respecto a los factores emocionales, la salud física y la salud mental de las Personas Mayores (Banerjee, 2020; Fontes et al., 2020; Semo y Frissa, 2020; Hernández, 2020, etcétera).

En este sentido, el estudio de Lucas-Zambrano et al., (2021), evidenció miedo a contagiarse, tristeza, depresión, preocupación y soledad en las PMI ante el COVID-19. Sentimientos significativos que destacan en la mayoría de las investigaciones. Pero, está el lado

opuesto de dicha teoría. Porque Semo y Frissa (2020), mencionan que en EE. UU. y Canadá, el grupo etario abordado experimentó menos problemas de salud y, además, contaron con mecanismos de regulación emocional positivos para enfrentar la pandemia por COVID-19 y la medida del aislamiento social.

Dicho resultado que menciona Semo y Frissa, coincide con Lacub et al., (2020) y García-Fernández, (2020), porque refieren que la pandemia de COVID-19 no dejó efectos negativos en las Personas Mayores. Ante tal panorama, es importante destacar que cada contexto en el que está inmerso el adulto mayor es diferente completamente. Por lo tanto, los efectos en la salud mental no pueden generalizarse en la población mencionada, aunque hayan vivido en el mismo escenario letal del COVID-19.

Sumando a lo anterior, se considera que con el paso del tiempo y con las experiencias vividas ante diferentes circunstancias, las Personas Mayores han adquirido y reforzado su capacidad de resiliencia. Constructo que surgió en la construcción del estado del arte y en el proceso de la investigación que se llevó a cabo.

Respecto a la variable "calidad de vida", que se abordó en el estado del arte, una cantidad considerable de estudios aborda este constructo. Coincidiendo en el uso de dicho concepto, porque no debe ignorarse en esta fase de la vida. Y aunque es una noción compleja y amplia, se puede abordar de acuerdo con el interés de cada investigador o de lo que pretenda conocer al respecto.

En este caso, nos atañe cómo COVID-19 afectó la calidad de vida de las PMI y de las PMNI. Sobre esto, escritores como Lebrasseur et al., (2021); Iraizoz et al., (2021); Tenorio-Mucha et al., (2021); Herrera et al., (2021); Observatorio Humanitario de la Cruz Roja, (2021); Poudel et al., (2021), Espinoza, (2021) y Ramírez y posada (2022) coincidieron que dicha variable y el bienestar subjetivo sí se afectó y disminuyó en las PM ante COVID-19.

No obstante, Quiroga-Sanzana et al., (2022), mostraron una percepción de calidad de vida normal-positiva en las PM participantes en su indagación. Enfatizando lo mencionado líneas arriba sobre los contextos diferentes de cada PM, influyendo en la percepción de los adultos mayores en cuanto a su calidad de vida.

Por otra parte, existe una cantidad considerable de instrumentos para evaluar la calidad de vida en las personas desde un abordaje cuantitativo. En relación, el estado del arte destaca la escala de la OMS, denominada WHOQOL-BREF, la cual, se centra en la dimensión física, psicológica, social y ambiental. Dicho instrumento fue aplicado por Iraizoz et al., 2021; Soto, 2021; Espinoza, 2021; Quiroga-Sanzana et al., 2022; Quiroga-Sanzana, 2022; Fernández y Urgiles, 2023. Pero, también utilizaron otros instrumentos para valorar la calidad de vida como la escala EQ-5D-3L, FUMAT y otras.

En cuanto a la categoría "experiencias" o "experiencias vividas", el estado del arte describe una cantidad adecuada; se puede mencionar a Fernández-Ballesteros, (2020); Rodríguez et al., (2022); Herrmann-Lunecke et al., (2022); Junco et al., (2022); Nah-Escamilla et al., (2023); Tahull (2021); Hernández et al., (2023); Simón (2023), Torres et al., (2023) y otros. Dichos autores evidenciaron que las PM participantes en sus estudios vivieron experiencias significativas que han marcado su vida para siempre.

No obstante, Fuller y Huseth-Zosel (2020), presentaron resultados donde las PM mostraron un afrontamiento y adaptación positiva durante COVID-19. Por lo tanto, se puede pensar que la experiencia vivida ante la pandemia por COVID-19, no fue negativa. Además, las indagaciones que se centraron en las experiencias vividas ante el COVID-19 de las PM, destacan una cantidad considerable de categorías.

Se puede mencionar algunas como: las emociones frente al COVID-19, los cambios sociofamiliares en la fase de la pandemia, el miedo frente a la muerte por COVID-19, la cotidianidad durante la pandemia, la visión frente a COVID-19, su vida antes de la pandemia, sentimientos durante el confinamiento, cambios en la propia salud, los cambios en los hábitos de vida, el apoyo profesional de la salud, estrategias de afrontamiento, información sobre el COVID-19 y preocupaciones sobre el futuro e inquietudes por la salud, entre otras.

Estas categorías, se centran más que nada en los sentimientos negativos, los sentimientos y cambios drásticos en su vida. Del mismo modo, la búsqueda realizada para la construcción del estado del arte evidenció una categoría relevante (estrategias de afrontamiento). La cual, autores como Boumans et al., (2021); Finlay et al., (2021); Greenwood-Hickman et al., (2021); Mero y Sánchez, (2021); Pérez et al., (2021) y Guerrero et al., (2022) y otros muestran actividades o habilidades de afrontamiento de las PM ante COVID-19.

Por otra parte, es importante destacar que el estado del arte evidenció que las instituciones no están preparadas para emergencias sanitarias y brindar respuesta a eventos como el COVID-19 (Gutiérrez y Hernández-Lara, 2021). En adición, no se observa un estudio actual que aborde las diferencias que existen entre las categorías principales del presente estudio (salud mental y calidad de vida) de las PMI y PMNI ante COVID-19, ni tampoco sus experiencias vividas.

No obstante, se enfatizan investigaciones sobre PM en comunidades, colonias, barrios e instituciones. Por otro lado, los estudios que conforman el estado del arte son de la India, Argentina, Ecuador, etcétera. Una gran cantidad son de salud y otras ciencias. Evidenciando una minoría en México y en trabajo social. Cuatro estudios se relacionan indirectamente con la presente indagación: dos utilizaron un enfoque mixto (Calle-Rodriguez et al., 2021; Espinoza 2021), dos se centraron en lo cuantitativo (Quiroga-Sanzana et al., 2022; Fernández-Urgiles, 2023), tres

aplicaron la escala WHOQOL-BREF (Espinoza 202; Quiroga-Sanzana et al., 2022; Fernández-Urgiles, 2023).

Destacando afecciones negativas en su salud mental (Calle-Rodriguez et al., 2021), un aproximado al 50% estaban satisfechos con su CV, pero las dimensiones de la CV (DF, DP, DS, DA), resultaron muy débiles (Espinoza 2021). Por su parte, Quiroga-Sanzana et al., (2022), encontraron un nivel de vida normal. Mientras que Fernández-Urgiles, (2023), destaca que la DP fue la más alta y la DS la más baja. Y aunque no lo especifican, sus participantes fueron PMI y PMNI.

En cuanto al enfoque de investigación, la mayoría son estudios documentales y cuantitativos, solo una mínima parte abordan lo cualitativo. Mostrando con ello, la importancia y justificación del uso del enfoque mixto desde trabajo social.

Con relación al andamiaje teórico, se evidencia la postura fenomenológica (Lucas-Zambrano et al., 2021); el paradigma de la complejidad (Pisula et al., 2020); el modelo de la marea (González-Soto et al., 2021); la teoría del desarrollo psicosocial, ecológica y de redes sociales (Quiroga-Sanzana et al., 2022); la perspectiva construccionista social (Pérez et al., 2021); la Teoría de Richard Lazarus y Susan Folkman, la teoría del programa inicial (Boumans et al., 2021).

Por lo mencionado, el estado del arte evidencia y enfatiza una escasez en México, una minoría en trabajo social y una insuficiencia en estudios que aborden un enfoque mixto (tabla 1).

Tabla 1

Antecedentes del estudio

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
Banerjee (2020). Psiquiatría. India.	Documental. “The impact of COVID-19 pandemic on elderly mental healt”.	Impacto psicosocial significativo: ansiedad por la salud, pánico, trastornos de adaptación, depresión, estrés crónico e

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
		insomnio. Presentaron histeria por la desinformación e incertidumbre.
Emerson (2020). Salud. Estados Unidos.	Cuantitativo. "Afrontamiento de la cuarentena y el distanciamiento social durante la pandemia por COVID19 en los mayores de 60 años". 30 PM. Encuesta vía internet.	Un 36% experimentó estrés y el 42,5% soledad y en alrededor de un tercio de las PM, la sensación de soledad aumentó durante el distanciamiento social.
Fontes et al., (2020). Medicina. Brasil.	Documental. "Impactos de la pandemia del SARS-CoV-2 en la salud mental de las personas mayores".	Alrededor del 37,1% experimentó depresión y ansiedad; en China, el 33% presentó ansiedad y cerca del 20% mostró síntomas depresivos.
García-Fernández et al., (2020). Salud. España.	Cuantitativo. "Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak" 150 PM o iguales de 60 años y 1489 menores. Escala de ansiedad, inventario de depresión e inventario de trastorno de estrés agudo.	Ansiedad: no hubo diferencias en los grupos. La prueba chi-cuadrado reveló síndrome depresivo más débil en el grupo mayor o igual a 60.
Hernández, (2020). Salud. Cuba.	Documental. "Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas".	Miedo a enfermar, morir, a vivir la experiencia, sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza.
Lacub et al., (2020). Psicología. Argentina.	Cuantitativo. "Aspectos emocionales de las PM durante la pandemia COVID 19". 757 PM de tres regiones. Cuestionario.	Tristeza: la mayoría indicó "nada" y "moderado"; ansiedad: la mayoría presentó cambios moderados; miedo: el porcentaje fue bajo; irritabilidad y dificultad en concentrarse: 51,9% no percibe ningún cambio.
Pisula et al., (2020). Enfermería. Argentina.	Cualitativo. "Estudio cualitativo sobre los adultos mayores y la salud mental durante el	Angustia, ansiedad, enojo, incertidumbre, hartazgo y temor al contagio de sí mismos y seres queridos. Personas en mayor

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
	confinamiento por COVID-19 en Buenos Aires, Argentina-parte 1". 39 PM.	vulnerabilidad al vivir solas, en ambientes pequeños y cerrados, con redes vinculares frágiles.
Semo y Frissa (2020). Salud. África subsahariana.	Documental. "The mental health impact of the COVID-19 pandemic: Implications for Sub-Saharan Africa".	En E. U., el 45% presentó estrés y ansiedad; en Reino Unido, 33% experimentó alto nivel de ansiedad; en Italia, 37% mostró síntomas de estrés postraumático, 21% estrés, 20% ansiedad severa, 17% síntomas depresivos y 7% insomnio; en China, 23% de PM presentó depresión.
Álvarez y Toro, (2021). Salud. Colombia.	Documental. "Impacto del COVID-19 en la salud mental: revisión de la literatura".	Las PM presentaron sentimientos negativos, problemas de sueño y ansiedad.
Buitrago et al., (2021). Salud. España.	Documental. "Repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población en general. Reflexiones y propuestas".	La salud física y mental de las PM se vio afectada negativamente, con un aumento de problemas del sueño, sedentarismo y trastornos por ansiedad y depresión.
Calle-Rodríguez et al., (2021). Trabajo Social. Ecuador.	Cuali-cuantitativa. "Aislamiento social del adulto mayor frente al COVID-19, en el Centro Gerontológico de Atención Diurno del Cantón Sevilla de Oro: Apuntes desde el Trabajo Social". 30 PM. Encuesta y entrevista semiestructurada.	Las PM presentaron alto índice de ansiedad, depresión, soledad y percepción frente al miedo de contagio ocasionando angustia y estrés.
Callís et al., (2021). Psicología. Cuba.	Cuantitativo. "Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19". 201 PM. Escala de irritabilidad-depresión-ansiedad de R. P. Snaith y Escala para estrés.	Nivel de irritabilidad normal externa (76.6%) e interna (87.6%), un nivel leve de ansiedad (61.7 %) y un nivel leve de depresión (50.2%). El 83.1% mostró alteración en los niveles de estrés.

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
González-Soto et al., (2021). Enfermería. México.	Documental. "Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición. pandemia-COVID-19 nueva normalidad".	Actitudes de aceptación, negación, ira, estrés, temor, euforia y actitudes paranoides, que contaminan el contexto de la PM provocando detrimento en su SM.
Lebrasseur et al., (2021). Sociología y Psicología. Quebec, Canadá.	Documental. "Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review".	Síntomas psicológicos, exacerbación de la discriminación por edad y deterioro físico. La disminución de vida e interacción social se asociaron en ocasiones con la reducción de la CV e incremento de depresión.
Lucas-Zambrano et al., (2021) Enfermería. Ecuador.	Cualitativo. "Efectos emocionales negativos en los adultos mayores a lo largo de la cuarentena por COVID-19 en Santo Domingo". 50 PM. Entrevista semiestructurada.	Sentimientos desagradables y vivieron con temor constante de contagiarse, deteriorando con ello su salud física y emocional.
Naranjo-Hernández (2021). Salud. Cuba.	Cuantitativo. "Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVD-19". 100 PM. Entrevista semiestructurada y test psicológicos.	El 89.0% presentó patologías de riesgo para el COVID-19, un 68.0% señaló irritabilidad externa, el 70% presentó irritabilidad interna, ansiedad un 73.0% y nivel leve de depresión.
Poudel, (2021). Salud. Reino Unido.	Documental. "Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review".	Impacto considerable del Covid-19 en la CV relacionada con la salud.
Sepúlveda-Loyola et al., (2021). Salud. Brasil.	Revision. "Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recomendations".	La prevalencia de ansiedad osciló del 8.3%, 18.7% y 35.1% al 49.7%; los valores de depresión fueron: 14.6%, 20.1%, 32.8%, 37.8% y 47.2%. El 18.2% y 36.4% presentó alteraciones en el sueño.

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
Sotomayor-Preciado et al., (2021). Salud. Ecuador.	Cuantitativo. "Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador". 135 PM.	Un 51.1% presentó estrés, 44.4% angustia, 43% temor, 34.8% tristeza y 14.1% lloraron con facilidad.
Rodríguez et al., (2022). Enfermería. Japón.	Revisión. "Psychological impacts and online interventions of social isolation amongst older adults during COVID-19 pandemic: A scoping review".	Salud mental y bienestar afectados negativamente.
Chinchay y Rodríguez (2021). Salud. Perú.	Cuantitativo. "Satisfacción con la vida durante la pandemia por Covid-19 en PM del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, 2021". 105 PM. Escala de satisfacción con la vida SWLS.	El 37.1% mostró nivel medio en la satisfacción con la vida, 19% presentó nivel ligeramente por debajo de la media, 17.1% nivel alto, 13,3% estaban insatisfechos, 7,6% evidenció nivel muy alto y 5.7% estaban extremadamente insatisfechos.
Espinoza (2021). Trabajo Social. Ecuador.	Mixto "Calidad de vida de los Adultos Mayores en tiempos de COVID-19". 77 PM. Encuesta WHOQOL-BREF.	El 42.9% se encuentra un poco satisfecho con su CV. Las dimensiones e indicadores de la CV en las PM estuvieron muy débiles.
Herrera et al., (2021). Sociología. Chile.	Cuantitativo. "Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19". 720 PM de 60 años. Encuesta telefónica.	Un 55% se sintió poco satisfechas o insatisfechas con su vida; el 45% presentó falta de ánimo; un 38% reveló síntomas depresivos; el 52% manifestó síntomas de ansiedad y el 27% se sintió triste, deprimido o desesperado.
Iraizoz et al., (2021). Salud. Ecuador.	Cuantitativo. "Salud mental, seguridad y calidad de vida del adulto mayor en tiempos de COVID 19". 270 PM de provincia. WOQOL-BREF.	42,2% mostró depresión, tristeza e incertidumbre que afectan a su SM. Las preocupaciones perturban el sentido y disfrute de la vida, por lo que disminuyó su CV relacionada con la salud.

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina (2021). Salud. Argentina.	Cuantitativo. "Los adultos mayores en Argentina". 1787 PM Encuesta combinada.	El 35% califica su salud general (SG) buena y 35% regular, 72% tuvo dificultad para recordar, ver, comunicarse, auto cuidarse, caminar u oír. El índice de bienestar fue bajo (5.2 puntos). El 73% sufrió algún nivel de impacto en lo físico, emocional, social o salud por la pandemia.
Oscco y Silva (2021). Enfermería. Perú.	Cuantitativo "Calidad de vida en adultos mayores en tiempos de pandemia por la Covid19 Lima 2021". 45 PM. Escala FUMAT.	El 82.2% presentó nivel medio en su CV; un 51.1% nivel medio en su bienestar emocional; 56.6% nivel medio en su bienestar físico; 44.4% nivel bajo en autodeterminación y el 51.1% nivel medio en sus relaciones interpersonales.
Soto (2021). Salud. Perú.	Cuantitativo. "Calidad de vida del adulto mayor en tiempos del COVID-19, 2021. 50 PM. Escala WHOQOL- BREF.	El 78% presenta una CV regular en la DF, DP, DS y DA.
Tenorio-Mucha et al., (2021). Salud. Perú.	Cuantitativo. "Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19". 99 PM de Centros del Adulto Mayor (CAM). Cuestionario EQ-5D-3L. Escala analógica de 0 a 100.	Menos del 25% presentó fatiga, algunas enfermedades se asociaron con mínima puntuación en su CV, el uso habitual del teléfono, no manejar dinero propio y problemas de audición se asociaron con menor puntaje de CV.
Quiroga-Sanzana et al., (2022). Trabajo Social. Chile.	Cuantitativo. "Percepción de apoyo social y calidad de vida: la visión de personas mayores chilenas en el contexto de pandemia durante el 2020". 141 PM. Escala de apoyo social.	El 66% presentó tristeza con frecuencia; 61% sintió miedo frecuentemente; 58% refirió "nunca" y "pocas veces" soledad; el 38% calificó su CV "normal, 31% "bastante buena", nadie indicó "muy mala"; 43% percibió su SG, "normal". índices de buena

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
	Escala WOQOL-BREF.	percepción de CV en las 4 dimensiones. Pero, la DS presentó puntaje menor.
Ramírez y Posadas (2022). Sociología. Pachuca, Hidalgo, México.	Mixto. "Adultos mayores en el contexto de la pandemia por COVID-19". 168 PM de 52 colonias. Encuesta multidimensional de la pobreza.	Las condiciones de vida de las PM en el escenario de pandemia incrementaron sus riesgos biopsicosociales, con un posible deterioro en su salud y calidad de vida.
Fernández y Urgiles (2023). Trabajo Social. Ecuador	Cuantitativo. "Calidad de vida en PM de una parroquia rural de Ecuador durante la pandemia covid-19". 40 PM de la parroquia Sidcay. WHOQOL-BREF.	Puntuación intermedia en la CV y SG, la DP fue la más alta y la DS fue la más baja. Esto implica que las PM no se sentían ni satisfechos ni insatisfechos con su CV en el contexto por Covid-19.
Fernández-Ballesteros et al., (2020). Psicología. España.	Cuantitativo. "Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: Algunos Resultados y Reflexiones". 315 PM de comunidad. Cuestionario sociodemográfico.	Empíricamente, la experiencia de PM pone de relieve una regulación y control emocional, alta eficacia y estabilidad de sus interacciones sociales.
Riveros (2021) Antropología. Colombia.	Cualitativo. "Una aproximación a la experiencia de personas mayores vulnerables en Cajicá, Cundinamarca durante la pandemia del Covid-19". 6 PM. Líneas del tiempo y entrevista semiestructurada vía telefónica.	Nuevas redes de apoyo de las PM, falta de apoyo familiar en hogares unipersonales y formados por una pareja de PM, precarias condiciones de vivienda y trabajo. La alcaldía y sociedad apoyaron con ayudas asistencialistas. Sentir incertidumbre por el encierro y dejar de trabajar para sobrevivir ante el virus.
Tahull (2021). Sociología España.	Cuantitativa y cualitativa. "¿Cómo han vivido los adultos mayores la pandemia del Covid19?". Encuesta de Condiciones de Vida (ECV).	Lo aportado por las PM resulta interesante y valioso por vivirse en primera persona y la proximidad de sus reflexiones y experiencias. Los contextos, circunstancias, grado de incertidumbre y

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
	20 PM de 65 años (10 residentes en ciudades y 10 que viven en un entorno rural, en dos provincias de la Ciudades de Barcelona y Lleida). Entrevistas.	desesperación fueron variados; algunos valoran las situaciones vividas desesperantes, estresantes y tristes de forma diversa por las situaciones, capacidades y competencias personales.
Whitehead y Torossian (2021). Salud. Estados Unidos.	Mixto. "Older Adults´ experience of the COVID-19 pandemic: mixed-methods análisis of stresses and joys". 825 PM. Encuesta en línea y dos preguntas abiertas sobre factores estresantes y alegrías.	Factores estresantes frecuentes (confinamiento/restricciones, preocupación por los demás y aislamiento/soledad); fuentes de alegría/consuelos más comunes (relaciones familiares/amigos, contacto social digital y pasatiempos). Las comparaciones demográficas revelaron variaciones en la experiencia. El estrés por preocuparse por los demás, futuro desconocido y contratación del virus se asociaron significativamente con un peor bienestar psicológico; la fe, el ejercicio/cuidado personal y naturaleza se asociaron con un bienestar psicológico más positivo.
Guerrero et al., (2022). Salud. Guanajuato, México.	Cualitativo. "Experiencia vivida del cuidado de la salud mental en el adulto mayor durante el aislamiento por COVID-19". 9 PM. Entrevista fenomenológica.	Alteraciones emocionales, miedo al contagio y al cambio en su rutina diaria. Cambios en el estado de ánimo, generando depresión, angustia, tristeza, temor, etc. Les desconcertaba escuchar conteo de muertes, saturación de hospitales. El COVID-19 tuvo un impacto notable en la SF, emocional y social de las PM.
Hernández-Martínez et al., (2023). Salud. España.	Cualitativo. "Vivencias de las personas mayores de una residencia durante el confinamiento por la COVID-19: un estudio cualitativo". 15 PM.	Dificultades diarias y las capacidades que llevaron a cabo para soportar y superar la pandemia. Prevalecieron experiencias con emociones negativas sobre positivas. El

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
	Entrevista semiestructurada.	cambio en su rutina les provocó más problemas de salud.
Pérez et al., (2021). Psicología. México.	Cualitativo. "Personas mayores ¿población en riesgo en tiempos de pandemia? Un estudio cualitativo sobre narrativas de afrontamiento que favorecen la resiliencia en las personas mayores". 15 PM. Entrevista semiestructurada.	Las PM contaron con suficientes recursos psicoemocionales de afrontamiento debido a la eficacia para regular sus sentimientos experimentados. Pero, aun influye la percepción social de estereotipos y estigmatización.
Junco et al., (2022) Ciencias Sociales, Celaya, Guanajuato, México.	Cualitativo. "Percepción del bienestar del adulto mayor durante el confinamiento por la pandemia por covid-19". 5 PM. Entrevistas.	El COVID-19 generó emociones negativas y afectó relaciones y roles sociales, volviéndolos más dependientes. Las afectaciones fueron resignificadas mediante la espiritualidad. Recibieron apoyo de parejas, hijos y nietos. Perdieron independencia, pero saben que es transitorio.
Nah-Escamilla et al., (2023). Salud. México.	Cualitativo. "Mi vida durante la pandemia de COVID-19: experiencias en PM de una zona rural de México". 12 PM. Entrevista en profundidad.	Experiencias que marcaron su vida social, emocional y cambios en su vida cotidiana por el COVID-19, llevando sus vidas a un proceso de adaptación forzada.
Osorio-Parraguez et al., (2021). Antropología. Chile.	Cualitativo. "Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios". 3 PM. Entrevista a distancia.	Experiencias de cambio. Diversas estrategias para sobrellevar cambios y alteraciones de su vida diaria (ámbito laboral, afectivo, económico, residencial y familiar). Las PM presentaron distintas fortalezas y cabida de agencia obtenidas mediante su experiencia biográfica que les permitió enfrentar la crisis de la pandemia.
Simón (2023). Bioética. Perú.	Cualitativo. "El valor de la vida humana y la espiritualidad en tiempos de	Las PM fueron afectadas negativamente, generando miedo, angustia y desesperanza, pero

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
	la COVID-19: experiencias de adultos mayores en una residencia geriátrica privada de Lima 2022" 10 PM. Guía de entrevista semi estructurada.	reconocen el valor de la vida vinculada a la espiritualidad, ya que les permitió brindar un valor y un sentido a su vida gracias a Dios.
Torres et al., (2023). Salud. Guanajuato, México.	Cualitativo. "Experiencias del adulto mayor en tiempos de pandemia de Covid-19". 9 PM. Entrevista fenomenológica.	Se identificó un estado de precariedad al vivir con miedo que condiciona un estado de sufrimiento mental.
Derrer-Merk et al., (2024). Geriatría. Reino Unido.	Revisión sistemática. 32 estudios.	Evidenciaron diversos momentos durante la pandemia, como el impacto de información de los medios de comunicación, el impacto que causó COVID-19 en la conectividad social y bienestar de las PM, incluyendo falta de proximidad de sus seres queridos. Presentando aumento de ansiedad, depresión o soledad. Pero, algunas PM se adaptaron al cambio de vida cotidiana.
Boumans et al., (2021). Salud. Países Bajos.	Cualitativo. "Coping strategies used by older adults to deal with contact isolation in the hospital during the COVID-19 pandemic". 21 PM. Entrevista semiestructurada.	Estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y centradas en los problemas. Confianza en el personal y apoyo de familia/amigos fueron estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.
Finlay et al., (2021). Salud. Estados Unidos.	Cualitativo. "Coping During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study of Older Adults Across the United States". 6938 PM. Cuestionario en línea centrado en los efectos de COVID-19 en la vida diaria, salud mental y bienestar.	Una profunda resiliencia psicosocial entre las PM al resaltar estrategias específicas utilizadas para afrontar las adversidades de la pandemia (hacer ejercicio, salir al aire libre, modificar rutinas, entre otras). Las cuales, en su mayoría fomentaban la superación personal, adaptación positiva y bienestar.

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
Fuller y Huseth-Zosel (2020). Salud. Medio Oeste.	Mixto. "Lessons in resilience: initial coping among older adults during COVID-19 pandemic". 76 PM. Entrevista semiestructurada telefónica y dos preguntas abiertas para describir sus experiencias y percepciones diarias.	Nivel medio de afrontamiento (en una escala de 1 a 10), fue 7.9 y el 87% calificaron positivamente su afrontamiento. Se mantuvieron ocupados (leer, hacer manualidades, ver noticias, buscar apoyo social y tener una mentalidad positiva). La red de apoyo social fue útil para su capacidad de afrontar la situación.
Gutiérrez y Hernández-Lara, (2021). Sociología. México.	Documental. "COVID-19 en la vejez institucionalizada: cuidados de las personas mayores en frontera norte de México".	PM desprotegidas por las condiciones materiales regularmente suficientes, pero no óptimas, servicios médicos muy limitados y escaso personal sin capacitación suficiente.
Porcel- Gálvez et al., (2021). Enfermería. España.	Documental. "Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria".	La emergencia frente al COVID-19, ha tenido gran impacto en las PM, sobre todo en las institucionalizadas.
Vannini et al., (2021). Psiquiatría. Estados Unidos.	Cuantitativo. "Stress, resilience, and coping strategies in a simple of community-dwelling older adults during COVID-19". 141 PM que viven en comunidades. PSS-14, CD-RISC-10 y COPE breve.	Nivel moderado de estrés relacionado con el COVID-19 y niveles altos de resiliencia. Las PM sintieron más estrés por la salud de amigos y seres queridos, que por su propia salud. A medida que aumentaba la edad, las PM percibían menos estrés. La resiliencia fue fundamental para afrontar el estrés durante la pandemia del COVID-19.
Greenwood-Hickman et al., (2021). Salud. Estados Unidos.	Cualitativo. "They´re going to Zoom it: A qualitative investigation of impacts and coping strategies during the COVID-19	Aumento en el comportamiento sedentario y del tiempo libre para leer, tejer, ver televisión, actividad física y ejercicio al aire libre o en línea. Las PM presentaron mal

Autores, año, área y lugar	Características	Resultados o conclusiones
	pandemic among older adults". 25 PM. Entrevista semiestructurada centrada en experiencias de los participantes en la pandemia por COVID-19.	humor, ansiedad, altos niveles de estrés, miedo y/o enojo, gran disminución en conexión social en persona. Se destacaron impactos negativos en la SM y compromiso social de las PM.

Nota. La tabla muestra el estado del arte construido en este estudio.

2.2. Las Personas Mayores y la Vejez. Conceptualización

Tocante a las condiciones sociales y biológicas, a las PM se les cataloga como seres humanos vulnerables porque son propensas a factores de riesgo determinados por recursos sociales y personales (Guerrero y Yépez, 2015). Mientras que, Olmos et al., (2015), refiere que un adulto mayor es una persona que en el transcurso de su vida adquiere experiencias y conocimientos, pero también va presentando deterioro físico, mental y padecimientos crónico-degenerativos.

Por su parte, Cubillos et al., (2020), señalan que las PM "son sujetos de derecho socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad" (p.3). Por otro lado, Araujo (2009), considera al adulto mayor al ser humano que cuente con más de 65 años.

En concordancia, los adultos mayores son seres humanos que por el paso del tiempo, se encuentran en una fase de cambios en el ámbito físico y psicológico, además, dentro de la comunidad donde viven, se les debe brindar los escenarios y garantías con la finalidad de que sean efectivos los derechos monetarios y sociales, debido a que requieren de cuidados específicos en el proceso del envejecimiento (Dueñas, 2011, como se citó en Abaunza et al., 2014).

En esta línea, Para el Gobierno del Estado de México (2024), un adulto mayor es la persona que presenta más de 60 años y que muestra situaciones de vulnerabilidad ya sea física, social o

económica. Las Personas Mayores pueden compartir su experiencia de vida y conocimiento adquirido a otras generaciones como los jóvenes y niños.

En cuanto a la vejez, es un proceso o fase del ciclo de vida (niñez, pubertad, adolescencia, madurez), dicha etapa posee características propias; unas más agradables y otras no tanto, las cuales, se irán mostrando de manera gradual, en función de factores intrínsecos particulares como los genéticos y los hereditarios, actitudes propias y situaciones que rodean la vida (Milagros, 2001).

Para Araujo (2009), es la última fase de la vida que brinda la oportunidad para concluir de manera satisfactoria el proyecto de vida que el ser humano se ha planteado, mediante un entorno favorable para una vida saludable, optimando las circunstancias de vida. Esta fase de la vida se caracteriza, además por la aparición de diferentes estados de salud complicados que son conocidos comúnmente como síndromes geriátricos, los cuales son el resultado de varios factores subyacentes como: la fragilidad, las caídas, la incontinencia urinaria, los estados delirantes y las ulceras por presión (OMS, 2022).

Por lo anterior, las PM son seres humanos mayores de 60 años que viven la última etapa de la vida y que con el paso del tiempo presentan características propias del envejecimiento, además, se va deteriorando gradualmente su salud física y mental. Sin embargo, dicho grupo etario es valioso en nuestra sociedad porque cuenta con una diversidad y cantidad considerable de experiencias de vida, sentimientos y capacidades para afrontar situaciones que se les presenta.

2.2.1. Estadísticas de Personas Mayores

El envejecimiento poblacional es un problema importante a nivel mundial y México no está exento de ello. Mundialmente, entre el año 2015 y 2050 el porcentaje de PM de 60 años casi

se duplicará; pasando de un 12% al 22%, se considera que la cantidad de personas mayores de 80 años se triplique entre el año 2020 y 2050, hasta lograr los 426 millones (OMS, 2022).

Mientras que en México y sus entidades federativas 2016-2050, la proyección de población en el año 2020 refiere que el 11.15% del total de las personas eran PM de 60 años, (aproximadamente 14, 192, 760), se estima que para el 2024, dicho grupo etario represente el 12% de población total del país (CONAPO, 2020).

En cuanto a Tamaulipas, la figura uno muestra el incremento de PM, mientras que, en Ciudad Victoria habitan 349,688 personas, además, una cantidad relevante en un futuro no tan lejano, serán PM (INEGI, 2020a). Las cifras mencionadas deben considerarse porque la población de PM se incrementa, y puede que el próximo censo poblacional lo siga evidenciando.

Ante dicho panorama estadístico, se agrega que con el paso del tiempo crece la esperanza de vida y, por lo tanto, los servicios de salud y asistencia enfocados en la atención a las personas mayores no será suficiente para lo que demande dicho grupo poblacional.

2.3. COVID-19. Génesis y Conceptualización

El COVID-19 es una enfermedad mortal que no respeto edades ni estatus social; es contagiosa y mortal que revolucionó al mundo entero y a la vida de las personas. Fue ocasionada por un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV2 (Callís et al., 2021). Surgió en China provocando la enfermedad. Procede de la familia de coronavirus (CoV) y provocan síntomas respiratorios [desde gripe hasta una enfermedad grave y peligrosa] (Hernández, 2020).

Esta familia solo se presentaba en animales, pero el COVID-19 se trasmitió de un animal a una persona para trasmitirse de individuo a individuo mediante partículas de saliva (Salinas, 2020). Para Cataldi (2020), el COVID-19 es un virus contagioso, el cual, genera sintomatologías respiratorias de diferente grado de gravedad y posee un alto nivel de infección.

Por otro lado, la OMS (2024b), refiere que la enfermedad por COVID-19, es un padecimiento infeccioso producido por el virus SARS-CoV-2. En concordancia, el COVID-19, es una enfermedad respiratoria y significativamente infecciosa, la cual, es ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (Instituto del cáncer, s. f.). Ante lo planteado, el COVID-19 es un tipo de enfermedad mortal y contagiosa que no respeta edad ni nivel socioeconómico.

2.3.1. Distanciamiento y Aislamiento Social. Medidas Emergentes y Necesarias

Ante la pandemia de COVID-19, se implementaron medidas emergentes y necesarias como el distanciamiento y aislamiento social. Por, ello, se considera pertinente conceptualizar en un primer momento el término "distanciamiento", el cual, es una acción juiciosa que tiene como objetivo tomar distancia de una persona, de un contexto o de una cosa, dicha noción se puede identificar como: distanciamiento social y distanciamiento físico (Aranguren, 2022).

Respecto al distanciamiento social, el autor lo define como una condición establecida por las sociedades para mantener separación entre grupos o individuos bajo circunstancias específicas. Esta medida resulta particularmente compleja en sociedades donde las relaciones interpersonales y la comunicación se fundamentan en el contacto físico.

En esta misma línea, el distanciamiento social reduce contagios y resguarda a grupos en estado de vulnerabilidad, pero acarrea la edificación de un contexto de vida nuevo, caracterizado por alteración de dinámicas familiares y sociales, generando efectos psicológicos significativos (Gonzales-Soto, 2021).

Sin embargo, siguiendo con el concepto y en relación con el COVID-19, es significativo subrayar que una de las medidas emergentes y necesarias ante la pandemia no es el distanciamiento social, sino el distanciamiento físico debido al contagio que se pueda ocasionar al estar las personas

en cercanía. En relación, el distanciamiento físico y el uso del cubre bocas, fueron las principales estrategias para impedir el contagio de COVID-19 (Aranguren, 2022).

Por otro lado, otra medida implementada de manera emergente fue el aislamiento social, el cual evidencia cuando un ser humano o grupo de individuos son excluidos, marginados o estigmatizados; ocasionando carencia en el goce de una vida incluyente en diversos ámbitos y aspectos de la sociedad, es un estado en el que una o varias personas, por lo general de manera involuntaria, pierden contacto directo o indirecto con seres humanos o instituciones de la sociedad, manifestando escasa o nula interacción e interrelación (Calle-Rodríguez et al., 2021).

En cuanto al aislamiento social y las Personas Mayores, Martínez y Campos (2015), mencionan que es un problema significativo en la etapa de la vejez que pone en riesgo la salud corporal y cerebral del adulto mayor. En este sentido, el aislamiento genera que algunas PM se relacionen en un contexto determinado de vulnerabilidad y mínima capacidad para moverse, comer, vestirse, etcétera.

Por lo anterior, las medidas implementadas ante el COVID-19, ocasionaron alteraciones en la dinámica familiar, cambio de roles, hacinamiento, si un miembro de la familia se contagiaba, todos corrían el mismo riesgo. En este sentido, el COVID-19 cambió dinámicas familiares, porque se debía permanecer en casa aislados y hacer actividades de cuidado, alimentación y de trabajo (Gómez, 2022).

En tal sentido, por las medidas emergentes ante COVID-19, la familia convivía 24 horas (Brooks et al., 2020). Por tal motivo, es probable que la alteración en la rutina diaria por el COVID-19 cause problemas de salud mental como miedo, ansiedad y frustración por dejar de realizar algo (Pastor, 2020). Viviendo un escenario de situaciones no gratas en la vida cotidiana de las personas en general.

2.3.2. Vivir un Escenario de COVID-19 y Sentir la Incapacidad

Por un lado y de manera general, vivir un escenario de pandemia por COVID-19 fue preocupante y devastador. Sin embargo, la familia que tenía una PM contagiada vivió una experiencia muy significativa; implicó problemáticas desde tomar la decisión de internarla, en ocasiones no había camas disponibles en las instituciones de salud por la demanda de personas contagiadas, además, se debía cumplir con un protocolo riguroso y necesario para ingresar.

Con ello, se perdía demasiado tiempo y en ocasiones solo se ingresaba a la persona unos días porque moría a la brevedad. Por otro lado, al decidir tener en casa a la PM contagiada, implicaba de un cuidador primario, de medicamento, aparatos para checar saturación, tanques de oxígeno, dinero para rellenarlos, etcétera.

La situación era compleja; en ocasiones no se contaba con la economía suficiente para comprar el medicamento requerido o tanque de oxígeno y estar rellenando continuamente, viviendo experiencias no gratas en la formación de espera para rellenar y la impotencia de ver a la PM deteriorándose día a día y con probabilidades de un contagio de toda la familia, porque aunque se tuviera aislado y con su cuidador primario, este salía y por ende, corría el riesgo de contagiarse o contagiar a alguien más de la familia.

2.3.3. De la Catástrofe Global a la Incertidumbre Local

La pandemia por COVID-19 ha sido una catástrofe mundial porque afectó la economía global debido al cierre de locales considerados no necesarios, causando desempleos masivos y problemáticas en las familias porque ya no se contaba con el mismo ingreso que tenían antes de la pandemia, llegando incluso a discusiones en la familia por cuestiones monetarias y en ciertos casos, la cuestión monetaria en la fase de COVID-19 fue una de las causas más relevantes en el aumento de la pobreza.

En concordancia, la crisis por dicha pandemia tuvo un impacto en la pobreza y la desigualdad a nivel mundial; la pobreza en el mundo se acrecentó por primera vez en el curso de una generación, y las mermas desmedidas de entradas sufridas por las personas desfavorecidas llevaron a un gran incremento de desigualdades en al interior y entre los países (Banco Mundial, 2022).

En adición, el COVID-19 creó una onda expansiva que perturbó la economía en el mundo, desencadenando una crisis significativa y mayor crisis en más de un siglo, conduciendo esto a un incremento drástico de desigualdad interna y entre países (Banco Mundial, 2022).

Siguiendo con dicha institución, los impactos de la pandemia en cuestiones económicas fueron graves; las pérdidas de ingresos evidenciaron factores de inconsistencia, porque el progreso de la pandemia en el 2020 mostró que los hogares y empresas no estaban preparados para soportar modificaciones de tanta duración y escala en sus entradas, además, estudios evidencian que sí en un hogar perdían el ingreso, más del 50% no soportarían el gasto primordial más de tres meses (Banco Mundial, 2022).

México no fue la excepción; para comerciantes locales también se afectó la economía severamente; se cerraron negocios, surgiendo pérdidas económicas para empresarios y personas que llevaban el sustento a casa.

El cierre de comercios no indispensables afectó a trabajadores de bajo nivel de ingreso porque perdieron su empleo en el periodo marzo-junio del año 2020; un 83.7% (933, mil) de los empleos perdidos era de trabajadores que recibían entre uno y dos salarios mínimos (agricultura, construcción y servicios para personas, empresas y el hogar), en estos sectores se engloba un 60% de empleos perdidos durante la pandemia por COVID-19 (Esquivel, 2020).

Por lo anterior, el COVID-19 en cuestiones económicas causó pobreza significativa en hogares mexicanos, afectando con ello la economía familiar (Ordaz et al., 2021). Respecto a Tamaulipas y Ciudad Victoria, durante la pandemia por COVID-19, los negocios establecidos y no establecidos abrían y cerraban porque el ingreso decaía de manera relevante, por ello, los empleadores tomaban decisiones que afectaban a los empleados y por ende a las familias que dependían de ese proveedor y aunque las empresas tomaban medidas necesarias, se vieron en la necesidad de cerrar o ser clausurados por COEPRIS (Crespo, 2020). Causando con ello incertidumbre en las personas.

2.4. Salud Mental. Origen y Conceptualización

La salud mental es un constructo que cada vez toma más importancia en la indagación. Actualmente, la pandemia por COVID-19, incrementó aún más la atención de los investigadores en diversos ámbitos. Continuando y para llegar a la noción de salud mental, es necesario remitirnos al origen de la salud. Concepto que, con el paso del tiempo, se le ha dado valor significativo influenciado por corrientes e ideologías dominantes en el mundo, desde tiempos primitivos han existido creencias, prácticas para evitar enfermarse, amuletos, talismanes y hechizos (Restrepo y Málaga, 2001). Que actualmente aún perduran para preservar la salud como un elemento importante del ser humano.

El término “salud” surgió con el griego Esculapio (dios de la salud) y sus hijas; Panacea, diosa de la curación, de las medicinas y procedimientos terapéuticos, e Hygea, diosa del arte de estar sano (Macaya et al., 2018). En el imperio romano la salud era más objetiva, menos mística, pero conservaron principios higiénicos de griegos y egipcios (Macaya et al., 2018).

Los romanos incorporaron la mente con su proverbio de la existencia de una mente sana en cuerpo sano (Restrepo y Málaga, 2001). Mientras que, en la edad media enaltecieron el espíritu

como un elemento primordial de la salud y vincularon el cuerpo con el pecado, el cual, era castigado con enfermedades (Sigerist, 1941).

En el siglo XII, se dio un cambio sustancial con las traducciones de antiguos tratados de medicina e higiene de los árabes (Macaya et al., 2018). Desde la Grecia antigua, los siglos XV y XVI se identificaron por una lánguida práctica de principios acopiados, con pequeñas excepciones. Con el descubrimiento de América y expansión del mundo, se llevó a cabo un encuentro entre conocimientos y prácticas de las culturas y costumbres del Nuevo Mundo y de los europeos. Las cuales, repercutieron en la salud y, por ende, en la calidad de vida de las personas.

En el siglo XVIII se destacó la importancia de salud física y mental en la persona y sociedad, haciendo grandes esfuerzos para impulsarlas y promocionarlas, también se inspiró en la filosofía de la iluminación propia de que el hombre es bueno, racional y solo él puede cambiar su situación, pero es ignorante porque no se le da conocimiento necesario (Restrepo y Málaga, 2001).

En el siglo XIX surgió la relación entre salud y condiciones de vida determinantes de la enfermedad y a mediados se manifiestan fuertemente los términos de medicina social y toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de la población y sus condiciones de vida (Restrepo y Málaga, 2001).

En el transcurso del siglo XX, han existido diversos enfoques de salud y enfermedad con un fin heurístico, sintetizados en el biomédico, comportamental y socioeconómico (Restrepo y Málaga, 2001). Respecto a la conceptualización, la salud mental es un estado de salud y bienestar en el que el ser humano sustenta su capacidad particular y colectiva para la toma de decisiones, entablar relaciones y brindar forma al mundo en el que vive (OMS, 2022a).

En esta línea, la salud mental no es estática ni definitiva, es dinámica y cambiante, intersectorial, esto implica una de las consignas básicas para labrar el concepto de salud mental

que necesita de acciones conjuntas de diversos sectores vinculados al bienestar social del ser humano (Almirón, 2008). Porque no se limita a la acción de los dispositivos de salud, que están comprometidos con ella, sino que incluye otros sectores de la vida social/institucional: educación, vivienda, trabajo, justicia y otros (Macaya et al., 2018).

La salud mental constituye la base del bienestar individual y del funcionamiento efectivo de la sociedad (OMS, 2018b). El Gobierno de México (2020) la define como un estado de bienestar que permite a las personas reconocer sus capacidades, afrontar el estrés cotidiano, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad. Este concepto trasciende la ausencia de trastornos mentales, pues implica el desarrollo de capacidades individuales y colectivas para alcanzar objetivos propios, siendo relevante para toda la población.

La Ley General de Salud (Cámara de Diputados, 2022) amplía esta definición, describiéndola como un estado de bienestar físico, mental, emocional y social, determinado por la interacción del individuo con su entorno y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos. También contempla la relación con padecimientos físicos y psicoemocionales que pueden generar dependencia hacia sustancias, actividades o relaciones.

Con base en lo anterior, la salud mental es un elemento muy importante en la vida de las personas, porque si se encuentran sanas mentalmente, su bienestar y calidad de vida serán mejor.

2.4.1. Estadísticas sobre la Salud Mental

A nivel mundial en el 2019, uno de cada ocho individuos presentaba un trastorno mental, siendo los más frecuentes la ansiedad y los trastornos depresivos, los cuales, se aumentaron significativamente debido a la COVID-19; estimando un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en un año solamente (OMS, 2022b).

Según la OPS y OMS (2023), la depresión se mantiene como el principal trastorno mental, afectando con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, en una proporción de dos a uno. Su prevalencia varía según el nivel de desarrollo de los países: entre 10% y 15% en países industrializados, y entre 20% y 40% en países en desarrollo, particularmente durante el embarazo o el puerperio.

2.4.2. Salud Mental en las Personas Mayores

Las PM son personas valiosas en nuestra sociedad, sin embargo, por características propias de la edad, su capacidad física y mental se deteriora gradualmente. Se estima que, en el año 2030, una de cada seis personas a nivel mundial contará con 60 años o más, en este sentido, la soledad y el aislamiento son factores importantes de riesgo para las afecciones de salud mental en las etapas posteriores de la vida, además, un aproximado al 14% de los adultos mayores de 60 años, presentan un trastorno mental, personificando el 10% del total de años vividos con discapacidad para este grupo etario a causa de algún trastorno mental (OMS, 2023).

En cuanto a los trastornos mentales en los adultos mayores, como la depresión, el Alzheimer y otras demencias favorecen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles, en las Américas, la prevalencia de demencia en las personas mayores de 60 años fluctúa entre el 6.46% y un 8.48%, lo cual, indica que el número de personas con demencia se duplicará cada 20 años (OPS y OMS, 2023).

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Salud Pública (2023), refiere que un 16.7 de las personas adultas presenta síntomas depresivos, siendo más alto el porcentaje en los adultos mayores (38.3%) que en los adultos (11.3%).

Siguiendo con las PM que padecieron COVID-19, se mostró un aumento en cuanto a la presencia de sentimientos de depresión, porque en el año 2018, el 26.4% de este grupo poblacional

tenía depresión, aumentando en el 2021 a un 35.5%, mientras que las PM de 60 años que no se contagiaron de COVID-19; un 29.3% evidenció depresión en el 2018, disminuyendo este porcentaje al 26.9% en el año 2021 (INEGI, 2023).

Como se puede observar, el apartado muestra que las estadísticas no son para nada alentadoras en cuanto a la salud mental de la población de las personas mayores de 60 años que se contagiaron del virus de COVID-19.

2.4.3. Dimensiones de la salud mental

La salud mental es un constructo complejo de abordar. Sin embargo, existe una cantidad numerosa de estudios al respecto desde diversas áreas, específicamente de la salud. Por ello se considera importante mencionar las diferentes dimensionas que lo comprenden. En tal sentido, Bautista y Marcelo (2020), mencionan las siguientes:

Síntomas somáticos. Se definen como la presencia de carácter corporal acompañados de intranquilidades y comportamientos excesivos ligados a la salud cuya causa es estimada multifactorial, entre las cuales se puede mencionar el estrés, las particularidades particulares, la exposición a circunstancias traumáticas y las creencias absurdas (Bernáldez-Jaimes, 2020).

Ansiedad. Esta dimensión es una patología frecuente, que usualmente puede causar sufrimiento y discapacidad, coadyuvando a una carga relevante en el ámbito social y monetario (Chacón et al., 2021).

Disfunción social. Se puede definir como la autoevaluación inoportuna respecto a la percepción propia de capacidad para atender asuntos particulares, enfrentar las preocupaciones, tomar decisiones y atender las cuestiones de la vida (Goldberg, como se citó en Villa et al., 2013).

Depresión severa. También denominada depresión clínica es un trastorno del estado anímico, en el que las emociones de tristeza, merma, cólera o frustración obstruyen con la vida cotidiana durante una fase de dos semanas o más (MedlinePlus, 2023).

Se puede observar que las dimensiones descritas, hacen énfasis en sentimientos negativos, sin embargo, se retoma un elemento muy importante como es la percepción particular en cuanto a la capacidad que tiene el ser humano para enfrentar las circunstancias significativas que se les presenten en su vida.

Por otra parte, el SF-12 (Alonso et al., 1995), es un instrumento de salud que evalúa la calidad de vida y retoma dos componentes; el físico y mental. En cuanto al componente mental (CSM), abarca los siguientes elementos:

Función social. En lo que se refiere a las PM, es el papel significativo de dicho grupo poblacional ante la sociedad y su familia debido a la experiencia y conocimiento adquirido con el paso del tiempo.

Rol emocional. Este rol en los adultos mayores puede ser cambiante de acuerdo con la circunstancia que estén viviendo o afrontando; alegría en momentos felices y sentimientos negativos como tristeza, incertidumbre, nostalgia, etc., cuando presentan pérdidas de un ser querido u otras situaciones no gratas.

Salud mental. Es un estado de salud y bienestar en el que el ser humano sustenta su capacidad particular y colectiva para la toma de decisiones, entablar relaciones y brindar forma al mundo en el que vive (OMS, 2022a).

Vitalidad. Es una condición de los seres humanos que se relaciona de manera directa con el movimiento y su eficacia, con sus acciones y la energía requerida para los procesos esenciales (Chavez et al., 2016).

2.5. Calidad de Vida. Origen y Conceptualización

Respecto al origen de la calidad de vida, en los años 70 se preguntó a las personas cómo evaluaban su barrio, trabajo, condiciones de vida, relaciones familiares, nivel educativo, relaciones de pareja, nivel de satisfacción con la vida en general y amistades, después volvieron a valorar para comprobar permanencia de respuestas en la primera valoración e identificar cambios, resultando que las relaciones entre estados psicológicos y condiciones objetivas eran imperfectas y que, para conocer la experiencia de calidad de vida en una persona, se necesitaba proporcionar una descripción de cómo se sentía (Kreitler y Nive, 2007).

En adición, Ramírez-Coronel et al., (2020), refieren que el origen de la calidad de vida surgió en el año 1932 en Europa, cuando el economista Pigou se centró en medir costos o servicios sociales del gobierno para calcular un producto social marginal neto, además, cuando terminó la segunda guerra mundial aumentó el interés por valorar el bienestar social, así que, en 1954, expertos de la ONU definen al nivel de vida como necesidades totales de las personas para lograr su satisfacción, las cuales, se basaban en cuestiones psicológicas y biológicas, refiriéndose a peculiaridades socioeconómicas del entorno y ambientales.

En cuanto a la conceptualización de la calidad de vida, es un constructo extenso, complejo y difícil para definir que se utiliza con frecuencia en distintas disciplinas. En concordancia, durante los treinta últimos años y mundialmente se han evidenciado grandes intentos para medir y definir la calidad de vida, mostrando dificultad, pero a pesar de su poca consistencia, es un término que se utiliza considerablemente, (Tonon, 2010).

De acuerdo con Levi y Anderson (1980), la calidad de vida es una noción universal, integradora y multidisciplinar. Dicho concepto evolucionó por bienestar social que abarcaba equidad y justicia social (Ramírez-Coronel et al., 2020).

Más actualmente, según Villarreal et al., (2021), la calidad de vida es un estado de bienestar físico, emocional, social, subjetivo, intelectual y ocupacional que le permite al ser humano satisfacer adecuadamente sus carestías personales y agrupadas.

Por otra parte, la OMS (s. f.), define la calidad de vida como la percepción del ser humano de la posición que tienen en la vida en cuanto al contexto de la cultura y el sistema de valores en los que existe, así como, en correspondencia con sus objetivos, expectaciones, estándares e intranquilidades; es un constructo extenso, el cual, es afectado de manera complicada por la salud física de la persona, el estado mental, el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y el vínculo que tiene con el ambiente.

Los primeros aspectos son cosas cuantificables, mientras que lo subjetivo es el sentir de la PM; cómo se siente ante determinada situación que enfrenta en la vida y esto es lo importante; cómo las PM evalúan, cómo perciben su calidad de vida. Significa que el centro de investigación que se refiera a la CV debe ser la persona (Arita, 2015).

Con base en lo planteado, la calidad de vida es la percepción única que tienen los seres humanos que se encuentran inmersos en un espacio y tiempo determinado, además, requiere evaluarse, pero también comprenderse desde la propia voz del ser humano y no de terceras personas.

2.5.1. Calidad de Vida de las Personas Mayores

Con el paso del tiempo, la calidad de vida de las PM se va deteriorando porque influye una diversidad de factores, además las características propias de la edad contribuyen a ello. En este sentido, la calidad de vida del adulto mayor es el resultado de la interacción entre diversas características de la existencia humana como residencia, vestido, comida, educación y libertades humanas, que de manera particular y diferente contribuyen para permitir un óptimo estado de

bienestar, tomando en cuenta el proceso progresivo del envejecimiento, las adaptaciones del adulto mayor a su medio biológico y psicosocial versátil, particular y desigual; esta adaptación influye en su salud física, en las fallas de memoria, en el miedo, abandono, muerte, la dependencia o invalidez (Velandia, 2011).

Por lo tanto, la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que este logre reconocimiento mediante relaciones sociales reveladoras, además, esta fase de su vida se vivirá como una prolongación y continuación de un proceso vital, si no es así, vivirá un periodo de decadencia funcional y aislamiento social (Krzeimen, 2001).

En relación, O´Shea (2003), refiere que la calidad de vida es una vida grata, un bienestar personal y psicológico, un desarrollo particular, además, varias imágenes de lo que compone una vida buena, y que se debe preguntar a la PM el sentido que le da a su propia vida.

2.5.2. Bienestar. Elemento Importante de la Calidad de Vida

El bienestar es un término importante en la definición de la calidad de vida. Venhoven, (1991), asegura que es la medida en que el ser humano se encuentra cómodamente con su vida. La OMS (2015), considera que el bienestar implica cuestiones como la felicidad, satisfacción y plena realización, abarca todas las esferas de la vida humana, incluyendo aspectos físicos, cerebrales y sociales, que conforman lo que puede llamarse buena vida.

Según García y Sales (2011), el bienestar es un elemento determinante de la CV. Además, existe diferencia entre lo objetivo y subjetivo; el primero son componentes exteriores que coadyuvan al deleite del ser humano, mientras que lo subjetivo, es el sentir de la persona, en este sentido, el bienestar es un estado ideal que toda persona desea tener.

Cabe resaltar que el bienestar subjetivo se relaciona directamente con la calidad de vida, configurándose como una concepción inconstante y solo descriptiva (Madrid, 2017). De acuerdo

con lo anterior, el bienestar es cómo un ser humano percibe o evalúa su vida en diversas dimensiones (físicas, emocionales, financieras, sociales, etcétera), y no se puede generalizar, porque cada individuo es único y lo percibe de diferente manera.

2.5.3. Dimensiones de la Calidad de Vida

La calidad de vida es objetiva y subjetiva; cada una contempla los dominios de bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunalidad y bienestar emocional; lo objetivo, engloba medidas culturalmente importantes del bienestar objetivo, lo subjetivo comprende el dominio de satisfacción evaluado por la importancia individual del individuo (Cummins, 1997). Por su parte, Verdugo et al., (2009), contempla las dimensiones del bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.

Para este estudio, se retomaron las dimensiones de la escala WHOQOL-BREF de la OMS (física, psicológica, social y ambiental), porque se centran en el grado de satisfacción que la persona posee frente a diferentes condiciones cotidianas, siendo este instrumento con más solidez conceptual y metodológico (Cardona-Arias e Higuita-Gutiérrez, 2014). Para la descripción de las dimensiones se recuperan los conceptos de Mejía (2021).

Dimensión física. Es la satisfacción propia por el estado corporal o condición de salud, entendida como la ausencia de trastornos o padecimientos, sintomatologías, consecuencias o efectos contrarios de la medicación, indudablemente, no existe duda de que presentar un estado de salud sano es una condición principal para ser feliz y poseer una vida con calidad.

Dimensión psicológica. Es la satisfacción de la persona por las condiciones de su condición cognoscitiva y afectuosa, como el temor, ansia, depresión, pérdida de valoración propia e inseguridad con relación a su vida futura.

Dimensión social. Es la satisfacción que el ser humano tiene por sus capacidades y destrezas para relacionarse con los demás, asimismo como de los roles sociales que debe cumplir respecto a su vida familiar, laboral y comunitaria.

Dimensión ambiental. Es la satisfacción que el ser humano tiene por sus relaciones con el entorno, y sobre la necesidad de concientizarse sobre los impactos perjudiciales del medio y la comunidad donde habita, dicha dimensión, se relaciona con la conciencia de los individuos respecto al comportamiento de su consumo y actitud hacia la naturaleza y sus elementos.

2.6. Experiencia: Conceptualización

El concepto de "experiencia" es pertinente y relevante abordar desde una mirada de trabajo social, debido a que el participante debe ser lo más significativo en el proceso de la investigación. Es necesario escuchar de su propia voz lo vivido ante alguna problemática, área de oportunidad o circunstancia significativa que afronte en su vida con la finalidad de crear estrategias, acciones o programas de intervención que coadyuven a la mejora de lo que presente la persona. Según Rizo (2004), la noción "experiencia", tiene una tradición larga reflexiva en la filosofía, pero, en la actualidad al parecer está atravesando las fronteras de otras disciplinas que pertenecen a las ciencias sociales, como la antropología, la sociología y la comunicología, etc.

Por su parte, (Kant, como se citó en Gutiérrez, s. f.), llamó la experiencia "al todo de la realidad que se nos da en el conocimiento" (p. 11). Por otra parte, la fenomenología destaca el concepto en doble línea; primero, pone su atención en el mundo de la vida, como mundo de conciencia irreflexiva y después, centra su atención en lo vivido (Amengual, 2007). Años más adelante, Yirda (2021), argumenta que los filósofos definen la experiencia como el juicio que se adquiere después de estar inmerso en ciertas situaciones, es decir, a posteriori.

En palabras de Gómez (2022), la experiencia es el conocimiento al que las personas acceden objetivamente, es lo que se conoce con certeza, se limita a experiencias empíricas particulares, es decir, a lo que se experimenta. Por su parte, Guzmán y Saucedo (2015), refieren que la experiencia es un concepto polisémico y confuso hasta cierto punto, es una noción demasiado arraigada en el sentido común que se usa de manera cotidiana, pero particularmente, la reflexión en relación con la experiencia se da desde hace tiempo en el pensamiento filosófico y en el debate sobre el quehacer científico.

Por otra parte, Cruz (2017), identifica dos tipos de experiencia: la vivida y la percibida, las cuales, no coinciden ordenadamente hablando porque, por una parte, se encuentran las vivencias y por otro lado, está la interpretación y narración de estas vivencias, o sea, la experiencia vivida se despliega dentro de un fluir invariable, eventual, "un sin sentido", mientras que la experiencia percibida es una indagación por entender, de explicar el universo, hacer una "ordenación" porque la experiencia invade y requiere que se reconstruyan categorías.

Por lo anterior, para este estudio, se retomó la experiencia vivida, la cual es el conocimiento que se va adquiriendo a través de las vivencias adquiridas en las diferentes circunstancias que se presentan en la vida de las Personas Mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, específicamente, ante el panorama mortal de COVID-19.

2.6.1. Experiencias Vividas de las Personas Mayores ante el COVID-19

Ante la pandemia por COVID-19, las PM vivieron experiencias significativas. Generaron sentimientos de negatividad, soledad, pensamientos de no tener fuerza, sentir dolor siempre, no había sentido de vida; presentaron desmotivación frente a la vida, sin ideales, sueños o expectativas, falta de fuerza para poder soportar la pandemia, miedo al contagio y que la única solución para liberarse del dolor y sufrimiento era la muerte (Rojas et al., 2021). Algunas PM se

sintieron preocupadas, estresadas y ansiosas durante las medidas de distanciamiento social y lucharon con actividades diarias (Rodríguez et al., 2022).

En este sentido, con las experiencias vividas, incrementa la posibilidad de que sean especiales y únicos al compararlos con otras personas que se encuentran en una fase temprana del ciclo de la vida (Sánchez, 2005). Por lo tanto, cada PM es diferente y única. Por ello, no es pertinente generalizar acerca de dicho tema. Además, este grupo etario es diverso, así como las experiencias que viven de manera particular en el transcurso de su vida, específicamente en el escenario de COVID-19.

2.7. El Acto de Institucionalizar a las Personas Mayores

El acto de institucionalizar a las Personas Mayores es complicado para la familia que toma esta decisión. Por un lado, está el sentimiento de culpa, pero también el no contar con tiempo necesario para brindar el cuidado y atenciones que requiere. Aunado a lo anterior, el ingreso económico familiar es significativo para llevar a cabo el proceso. En adición el proceso de adaptación de la PM a un ambiente nuevo no será fácil.

En concordancia, el proceso de institucionalización es complejo y multideterminado debido a que la Persona Mayor se enfrenta a una sucesión de retos que implican la movilización de variados recursos mentales en cuanto a la adaptación a un contexto regido por una legalidad propia; porque si bien, los centros residenciales dan respuesta de cierta manera a los requerimientos de los adultos mayores, en ocasiones actúan como un factor que incita a la aminoración de independencia de dicha población, provocando en la mayoría de los casos una dependencia de los estilos de vida que se brindan en las instituciones de PM (Alves, 2013).

En esta línea, Sángari (2016), de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de PM [FIAPAM], refiere que el acto de institucionalizar al Adulto Mayor se hace por conveniencia y

hasta con artimañas (despojan al adulto mayor de pertenencias, declarándolo insano para beneficio de los hijos), en ocasiones, se llega al punto en que se encuentre en peligro la integridad familiar por la enfermedad que padezca el anciano y sea imposible llevar la situación. Como última salida, se da la internación.

En relación, Ríos et al., (2016), refieren que la institucionalización es más que cambiar de domicilio, es modificar su estilo de vida, distanciarse de su historia personal, que los despega de su zona de confort para enfrentarse a un ambiente cerrado y desconocido, donde estarán separados de su familia, produciendo en las PM confusión y desamparo, afectando su personalidad e identidad individual.

Por lo mencionado, la institucionalización se puede dar porque llega el momento en que las PM no realizan sus actividades por sí mismas, presentan dependencia al llevar a cabo sus necesidades primordiales de la vida cotidiana; la situación se vuelve crítica, dolorosa y difícil para las PM y su familia, afectando de manera significativa a ambas partes y generando sentimientos de culpa a la familia que lleva a cabo el acto de institucionalizar a la PM.

2.*7.1. Personas Mayores Institucionalizadas y no Institucionalizadas ante el COVID-19*

En cuanto a las PMI, Davidson y Szanton (2020), mencionaron que, en las residencias, los asilos y centros de mayores se documentaron altas tasas de transmisión de COVID-19 y aumentaron la cantidad de casos positivos y decesos mundialmente. En tal sentido, Haddini y Hernández (2020), evidenciaron lo que pasaba con el colectivo de tercera edad y residencias en plena crisis sanitaria por COVID-19 y denuncian el trato que reciben las PM. Al respecto, la propagación de COVID-19 en residencias e instituciones para PM ha tenido un efecto devastador en sus vidas y se ha informado sobre descuido o maltrato (Naciones Unidas, 2020).

Por otro lado, Gutiérrez y Hernández-Lara (2021) mostraron que en las instituciones de PM se contaba con condiciones materiales medianamente suficientes, pero no óptimas, servicios médicos y salud muy limitados, existía poco personal y no tenía capacitación suficiente, dejando desprotegidos a PM ante una crisis de salud como COVID-19, enfatizaron que las instituciones no estaban preparadas para emergencias sanitarias ni dar respuesta a eventos, como COVID-19. Por otra parte, las PMI presentaron un alto índice de depresión y soledad, además de la percepción frente al miedo de contagio, ocasionando angustia y estrés en las PMI ante el COVID-19 (Calle-Rodríguez et al., 2021).

Tocante a las PMNI, por lo general cuentan con el acompañamiento y afecto de su familia de manera permanente porque existe un vínculo familiar significativo. Sumando a esto, el apoyo familiar se considera esencial en la mayoría de las circunstancias, específicamente si existe deterioro físico o emocional en una persona (Marcelo y Marino, 2018). Sin ese apoyo familiar hacia las PMNI que se encuentren en situaciones de dependencia y en un escenario de COVID-19, el resultado será una vida inadecuada. En este caso, la mayoría de las PMNI participantes no eran dependientes porque tenían trabajo estable, realizaban oficios como albañil, plomero, fontanero, comerciante y que, actualmente, ya no lo hacen por características propias de su edad y dependen económicamente de terceras personas (Jiménez et al., 2021).

Sin embargo, aunque las PMNI se encuentren con su familia o cuidadores, se encuentran expuestos a sufrir violencia, maltrato o descuido, respecto al riesgo de contagio por COVID-19, es mayor si las PM viven en condiciones precarias como asentamientos irregulares, si habitan en hacinamiento, si el acceso a servicios de salud es limitado en cuestiones del agua y saneamiento y ser cuidados por algún familiar (Naciones Unidas, 2020).

2.8. Trabajo Social en la Salud Mental y Calidad de Vida

El trabajo social es una profesión que lleva a cabo diversas funciones, una es investigar temas pertinentes, relevantes y contemporáneos. Respecto a trabajo social sanitario, el objetivo es investigar factores psicosociales que inciden en el proceso salud enfermedad (Ituarte, 2012). En relación, desde los inicios de dicha profesión, la atención sanitaria fue campo de actuación, el trabajo social era parte del equipo médico y elemento primordial para actuar sobre determinantes sociales de la salud, lográndose desde un enfoque biopsicosocial (Calleja, 2022).

En cuanto a salud mental a nivel internacional, la incorporación de trabajo social inició al principio del siglo XX en Estados Unidos para dar respuesta socializadora a la cronicidad de este tipo de trastornos (Fernández, 1997). En Londres, a finales de los 60 la clínica Tavistock fue referente en la formación de Trabajadores Sociales (Ureña, 2006). En los años 80, se dio un cambio de enfermo mental a persona sujeto de derechos y obligaciones que requiere de una intervención técnica, psicológica y social (Gutiérrez y Rivas, 2015).

En este sentido, el trabajo social tiene la capacidad y preparación para indagar los factores sociales que inciden en el deterioro de salud mental de las personas inmersas en un contexto y tiempo determinado. En relación, en los años 90, los problemas con enfermedades mentales desbordaron el ámbito psiquiátrico y se expresaron en dimensiones sociales, por ello, la salud mental demanda salud integral, relacionada con las condiciones de vida, entorno y contexto del ser humano (Gutiérrez y Rivas, 2015).

Más adelante, en 1947, dentro del área médica social, surgió una especialidad nueva; trabajo social psiquiátrico, dualidad que tiene mucho en común, sin embargo, se requiere, necesita y exige conocimiento amplio, además, la investigación se ha considerado continuamente como

categoría de las actividades específicas de trabajo social, pero, es parte más bien de su metodología específica: grupo, caso y comunidad (Alegría, 1947).

En el ámbito nacional, trabajo social existe desde el año 1930, se originó como una carrera técnica y de orientación doméstica, después, se abordó con un enfoque paramédico y parajurídico; la técnica se caracterizó por dejar de lado lo sociológico y centrarse en lo psicológico, en la paramédica, el trabajador social fungía como asistente médico para tratar mejor las enfermedades y en la parajurídica, el trabajador social fungía el rol de intérprete y facilitador de la legislación ante las personas (Tenorio y Hernández, 2005).

Por lo anterior, el trabajador social es un elemento profesional importante en el equipo de salud mental, debido a que las personas presentan sucesos importantes en la evolución de su enfermedad y es necesario investigar para después, implementar un programa y coadyuvar a la mejora de la salud mental y calidad de vida del grupo, caso o comunidad.

Abonando a lo anterior, el interés particular del trabajo social es investigar y después intervenir para contribuir a que el individuo, familia, comunidad y sociedad presenten mejor calidad de vida (Barranco, 2009). La cual, es una noción relacionada estrechamente con el trabajo social desde su aparición, aunque teóricamente no se vinculan en la mayoría de las ocasiones, pero, desde el inicio del trabajo social hasta la actualidad, se ha conectado a la mayoría de las dimensiones que componen la calidad de vida (García, 2015).

Siguiendo con García (2015), el incremento y mejora de calidad de vida en los usuarios del sistema de servicio social y habitantes es un fin propio del trabajo social. Por lo anterior, la calidad de vida está presente siempre en dicha profesión. Además, las investigaciones de dicho constructo en trabajo social brindan la posibilidad de una mirada teórica nueva, tendiente a trabajo que se da

a partir de las potencialidades más que desde las privaciones y con un anclaje comunitario tipo psicosocial que contenga análisis del contexto sociopolítico (Castro et al., 2017).

2.8.1. Trabajo Social y Gerontología

El trabajo social es una profesión de las ciencias sociales que contribuye a la mejora de las problemáticas que presente la población vulnerable por medio de la investigación e intervención fundamentada en los derechos humanos, la justicia social, los enfoques epistémicos, teóricos y metodológicos. En concordancia, el trabajo social se respalda en las ciencias sociales, en las humanidades y los conocimientos indígenas, además, esta profesión se fundamenta en la práctica y una disciplina académica que suscita el cambio, el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de los seres humanos (International Federation of Social Workers, 2024).

Continuando con la Federación, para el trabajo social son significativos los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad, al mismo tiempo, trabajo social involucra a los seres humanos y a las estructuras con la finalidad de enfrentar los desafíos de la vida e incrementar el bienestar de las personas. Por su parte, la gerontología es una ciencia que surgió hace más de 100 años, sin embargo, últimamente se ha reforzado como resultado del apresurado envejecimiento poblacional, además, estudia de manera integral el proceso del envejecimiento y la fase de la vejez de los seres humanos. (Navarro, 2017).

En este sentido, Piña (2006), refiere que la gerontología aborda el proceso de envejecimiento sobre la dimensión biológica, psíquica, monetaria, política, escolar y social; estudia la vejez de manera interdisciplinar y su intención es conocer el proceso de envejecimiento y la praxis profesional que permita optimar la calidad de vida de las personas mayores. Retomando a Navarro (2017), la gerontología tiende a la interdisciplinariedad por tratar de comprender la

totalidad de los seres humanos desde los varios aspectos que la componen, además, menciona que no hay un modelo de trabajo gerontológico exclusivo, debido a que deben considerarse las experiencias propias de las personas, así como del entorno en el que se despliegan y otros elementos sociales.

En tal sentido, las personas mayores y lo que conlleva la fase de vida en la que se encuentran, es actualmente un tema relevante por el aumento que existe y seguirá a nivel mundial. Por ello, se enfatiza como grupo prioritario de investigación e intervención desde el trabajo social en conjunto con otras disciplinas; contemplando aspectos físicos, sociales, mentales y otros. Significa, abordar a dicho grupo poblacional de manera holística para que su calidad de vida en la última fase de la vida sea adecuada y digna.

Por lo mencionado, la gerontología y el trabajo social tienen un vínculo significativo porque se preocupan y ocupan de las personas mayores en diferentes aspectos de su vida. Por ello, se considera que, el trabajo social gerontológico se debe centrar en estudiar el envejecimiento, la vejez y a las PM de 60 años desde diversas dimensiones. En concordancia, el propósito de trabajo social gerontológico es garantizar la calidad y bienestar de los seres humanos en la vejez o a lo largo del proceso de envejecimiento (Navarro, 2017).

Además, es importante indagar sobre la realidad que vive dicho grupo poblacional para encontrar soluciones a las problemáticas o áreas de oportunidad que presenten y con ello, llevar a cabo planes, acciones o proyectos con la finalidad de que los problemas mejoren por su bienestar. En cuanto a las funciones del trabajador social con formación gerontológica, la OPS (2004), describe las siguientes:

1.- Diagnostica factores de riesgo social e interviene en su prevención y resolución.

2.- Comunica a las PM y a sus familias en cuanto a los servicios y prestaciones sociales.

3.- Identifica necesidades y, en conjunto con la PM programa varias estrategias de solución.

4.- Asesora a la PM y a la familia respecto a problemas monetarios, familiares y sociales.

5.- Efectúa, acompaña o vigila gestiones necesarias para resolver problemas de las PM.

6.- Indaga redes para procurar recursos cuando no hay o se necesita visibilizar los existentes.

7.- Brinda asistencia social particularizada o manejo de caso a las PM que lo pidan.

8.- Dirige consejería grupal para desarrollar destrezas de las PM de clubes o centros de PM.

9.- Maneja grupos de ayuda recíproca y promueve la vitalidad cerebral/social de PM en la comunidad.

10.- Identifica PM que presentan riesgo de aislamiento social o no cuentan con apoyo familiar.

11.- Realiza abogacía en la comunidad para crear espacios y respuestas adecuadas para las PM.

12.- Procura mediante el trabajo comunitario, la integración social de las PM.

13.- Instruye a la comunidad respecto al envejecimiento y ofrece charlas para promover la solidaridad intergeneracional.

14.- Participa en actividades de un equipo multidisciplinario del Centro de Salud y promueve la unificación de aspectos sociales al manejar la salud de las PM.

15.- Realiza actividades profesionales en las viviendas desde el periodo de rehabilitación hasta el bien morir, con las PM y/o familiares.

16.- Socializa su disciplina y lleva a cabo actividad docente en la formación del equipo de salud.

17.- Registra y sistematiza la información para llevar a cabo valoraciones constantes.

18.- Valoración social de la PM.

19.- Lleva a cabo estudios sobre variables sociales que permitan diagnósticos situacionales de las PM sanas y vulnerables para fundar los cambios o creación de políticas sociales de acuerdo con la realidad de dicha población.

Cabe destacar que las funciones descritas son significativas, sin embargo, desde la esencia personal del trabajo social se pueden agregar las siguientes:

1.- Brindar una asistencia espiritual a las PM.

2.- Fomentar un trato digno y personalizado a las PM.

3.- Vigilar que se cumplan y respeten los derechos de dicho grupo etario.

4.- Investigación e intervención centrada en la PM y en su cuidador primario.

2.9. Enfoque Teórico General y Sustantivo

El apartado presenta las teorías generales psicosociales y sustantivas; andamiaje teórico que sustenta este estudio.

2.9.1. Teoría de la Desvinculación y de la Actividad

La postura de la teoría de la desvinculación es que en la etapa del envejecimiento y con el paso del tiempo, las PM se alejan del ámbito social, los roles o funciones que llevaban a cabo aminoran y se enfocan solamente en su vida interior. Por otro lado, los estereotipos y prejuicios impiden a las PM participar en actividades cotidianas dentro de la familia o fuera de ella, porque las liberan de obligaciones, funciones o roles sociales, porque según ya no cuentan con capacidad física o emocional. La idea principal de esta teoría es que, por sí solas, las PM aminoran su interacción social y funcionalmente; es como una ventaja para esta población y para la sociedad (Cummings y Henry, 1961).

Además, la etapa de la vejez tiene tendencia a que las personas se envuelvan en contactos sociales menos frecuentes y aquellos que no se retiran de la sociedad son grupo insatisfecho o miembros de una elite biológica o psicológica (Cummings y Henry, 1961). El supuesto de esta teoría intenta explicar por qué las PM son apartadas de la sociedad. Según la hipótesis, esta población etaria es sistemáticamente separada, excluida o desvinculada de la sociedad debido a

que se considera que ya no aportan beneficios. En este sentido, los participantes del estudio fueron excluidos de forma obligatoria por las medidas emergentes ante el COVID-19.

Sin embargo, la experiencia de vida en las etapas anteriores a la vejez les ha brindado conocimiento significativo para afrontar situaciones que se les presenten como dicha pandemia. En cuanto a la teoría de la actividad, contradice la teoría de la desvinculación. Según Robert Havighurst, la separación no es algo inevitable y teorizó la actividad social para contrarrestar los efectos de la separación, su teoría establece que la imagen personal se relaciona a las funciones sociales que el ser humano realiza.

En la edad avanzada se experimenta una pérdida de funciones sociales por eventos, tales como: retiro del empleo y viudez, por consiguiente, la teoría propone que, para mantener un sentido del yo positivo, el adulto mayor debe suplir las funciones sociales que ha perdido en su vejez (Havighurst, 1963). Así que, el bienestar en la edad avanzada se alcanzará por la actividad en los papeles sociales recién adquiridos y una buena vejez requiere descubrir nuevas funciones o medios de conservar las antiguas (Atchley,1991). El supuesto de la teoría es que los seres humanos que están siempre activos se encontrarán con gran satisfacción en su vida, además de presentar mejor adaptación a su entorno social.

Donde la participación en actividades físicas y mentales les ayuda a conservar funciones vitales en la edad avanzada. También, las actividades e interacciones en donde se promueva la autoestima mejoran la satisfacción general con la vida, inclusive en el periodo vital del envejecimiento (Williams, 2020). En lo que respecta al presente estudio, ante la pandemia las PM deben continuar con actividades dentro de Casa Hogar (institucionalizadas) o dentro de casa (no institucionalizadas).

Por lo anterior, la concordancia de las teorías psicosociales con el objeto, contexto y sujetos de estudio es que la desvinculación de PM fue emergente por el aislamiento y distanciamiento social por COVID-19. Pero, si las PM tienen continuidad en diversos ámbitos de su vida en casa o en institución y realizan actividades propias de su edad sin salir de casa o institución, estarán mejor. En adición, la teoría de la actividad y desvinculación destacan que la calidad de vida de los adultos mayores pende de algo más que los mueve y por ello, empiezan a tomar conciencia de su propia experiencia para después desplegar una conducta positiva que suministra un escenario que beneficia su calidad de vida.

2.9.2. Enfoque Ecológico-Sistémico

El estudio también se enmarca en el enfoque ecológico-sistémico porque la perspectiva sistémica se relaciona significativamente a lo ecológico, debido a que, nada pasa de manera aislada, ni nadie procede en completa independencia. En este sentido, en la realidad social se encuentra una compleja red de intercambios y retroacciones, a la que se puede aplicar una de las leyes de la ecología, la cual señala que todo se relaciona con todo, o todo se relaciona con lo demás (Aguilar, 2013). Esta complementariedad (enfoque sistémico-ecológico), ha conducido a un abordaje de manera integral llamado "ecológico-sistémico o ecosistémico", el cual toma en cuenta los atributos del sistema y leyes de la ecología, donde ambos enfatizan una interrelación importante (Aguilar, 2013).

Por lo anterior, el estudio aborda desde el trabajo social la realidad que han vivido las PMI y las PMNI inmersas en un escenario de COVID-19, donde se evidencia interrelación e interacción entre sistemas y subsistemas en ambos grupos (COVID-19, PM, casa Hogar, familia y otros). Sumando a esto, Aguilar, (2013) refiere que el profesional de trabajo social no entra en relación con un ser humano, sino con un sistema que se encuentra más o menos complejo, del mismo modo,

articulado en subsistemas, convirtiéndose el trabajador social en uno de los elementos que interactúan con los demás.

Por ello, el enfoque ecológico-sistémico es adecuado y útil para este estudio y para el trabajo social. Porque ofrece herramientas para analizar y comprender al sujeto en un ambiente determinado (Aguilar, 2013).

2.9.3. Teoría de Sistemas Sociales (Luhmann)

Luhmann consideraba que el funcionalismo y la teoría de sistemas formaban poderosos marcos para comprender la realidad social (Torres, 2007). Relacionándolo con el trabajo social, Caballero de Aragón (2006), refiere que le compete a dicho profesional comprender su papel como dinamizador de procesos individuales, familiares o grupales, haciendo parte del sistema relacional y contexto mismo, en el que debe considerarse el entorno y entender que todo forma parte de un sistema, que comprende varios elementos, que se influyen entre sí y componen un complicado sistema que se convierte en el estilo de vida de un sistema o subsistema específico.

Por lo anterior, la realidad del fenómeno de COVID-19 que han vivido las PM se engloba en la manera en que diversos sistemas o subsistemas (casa Hogar, familia, gobierno, etcétera) influyeron de manera negativa o positiva en otro sistema (PM). Significa que la Casa Hogar (PMI) y la vivienda (PMNI) son un sistema social conformado por subsistemas. Además, las PM de ambos grupos tienen características en común y se integran como elementos del sistema social señalado. En tal sentido, Luhmann refiere diversos conceptos, de los cuales, se toman en cuenta los siguientes para este estudio:

El “entorno” que aborda el contexto (Casa Hogar), que pertenece a un sistema social más grande (Gobierno); organismo público descentralizado en el que la toma de decisiones es consensuada por autoridades externas. En el otro contexto (colonias), el municipio y estado son

instancias externas que influyen de alguna manera. Otro concepto es el "sistema", el cual, no es ajeno al entorno porque son las actividades que se hacen dentro de casa hogar, considerando que existen dentro de ese sistema otros sistemas como el área de trabajo social, área médica, cocina, personal, PM, etcétera y la interacción que se da engrana el funcionamiento de ese sistema. Mismo engranaje del funcionamiento en el sistema de PMNI, porque habitan en un hogar donde existen otros sistemas (pareja, hijos, nietos, vecinos, etcétera).

En el constructo "diferenciación", a pesar de que viven la fase de vejez se identificaron diferencias entre los sistemas de PMI y PMNI. Respecto a la palabra "tiempo", la teoría de Luhmann refiere que la observación es la realidad con base en diferencia entre pasado y futuro (Corsi et al., 1996). Al respecto, en el pasado la vida de las PM era diferente, sin embargo, ante el tiempo de COVID-19, su vida cotidiana presentó un cambio drástico. En cuanto a las PMI, se prohibieron visitas y actividades. Respecto a las colonias, antes de la pandemia, las PM realizaban actividades que en pandemia suspendieron.

En cuanto al "acoplamiento estructural", se da entre un sistema y presupuestos del entorno; cada sistema se adapta a su entorno, si no fuera así, el sistema no podría existir (Corsi et al., 1996). En relación, la casa hogar se apega a lineamientos gubernamentales, las PMI deben acoplarse a disposiciones de la institución. Las PMNI deben ajustarse a la realidad, a medidas de salud implementadas y acatarlas dentro de su hogar.

2.9.4. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano (Bronfenbrenner, 1979)

Según Santrock (2006), la teoría fue creada en 1917 por Bronfenbrenner para comprender el comportamiento, defendiéndose como consecuencia de un intercambio recíproco a través del organismo (ser humano) y medio ambiente, esta teoría señala que la CV es una propiedad de los seres humanos, los cuales experimentan situaciones y condiciones en sus ambientes de vida y

dependerá de la manera en que interpreten y evalúen de manera particular, además, la teoría ecológica brinda comprensión permanente y dinámica que los individuos tienen con los sistemas que los rodean y el ambiente en el desarrollo del ser humano.

En este sentido, el ambiente es un elemento significativo en el proceso creciente y en la apreciación de la CV de las PM. Su postulado refiere que el desarrollo del individuo se centra en un estudio científico de una acomodación mutua que se da entre las personas que son activas y las propiedades inconstantes de los entornos en los que se encuentra.

Esta adecuación se va creando mediante un proceso, que es afectado por las relaciones que se constituyen en los entornos donde participa el ser humano y los contextos más amplios en los que esos entornos se incluyen (Bronfenbrenner, 1979). Dicho autor, incorpora cuatro elementos interrelacionados: proceso-persona-contexto-tiempo (PPCT); el proceso es la relación entre el ser humano y su contexto en un tiempo determinado, la persona, integra aspectos biológicos, cognitivos, conductuales e individuales, el contexto o ambiente ecológico se conforma por micro, meso, exo, macro y crono.

En tal sentido, las PMI y las PMNI se desenvuelven en contextos diferentes, pero ambos en tiempo de COVID-19. Además, los sujetos de estudio no pueden abordarse separados del contexto en el que se encuentran. Los niveles de la teoría son el microsistema, que comprende el nivel más cercano donde se desarrolla el individuo (Álvarez, 2015). En este caso; es casa hogar para las PMI y la familia para las PMNI.

El mesosistema es la interrelación que se presenta entre dos o más entornos en los que se participa de manera activa, significa la vinculación entre microsistemas (Álvarez, 2015). En el caso de las PMI, se establece una relación primaria con el personal de la institución, mientras que las PMNI desarrollan estos vínculos principalmente con sus familiares. El exosistema, según

Álvarez (2015), comprende todos los elementos que influyen en los microsistemas. Para las PMI, esto incluye entidades gubernamentales, DIF Tamaulipas, hospitales, políticas públicas y medios de comunicación. De manera similar, las PMNI se ven influenciadas por el Centro de Salud, medios de comunicación, DIF y diversas políticas públicas.

El macrosistema, según Álvarez (2015), abarca las condiciones sociales, culturales y estructurales que determinan las características generales de las instituciones y contextos. En este sentido, la casa hogar y las colonias representan los entornos donde se desenvuelven las PMI y PMNI respectivamente, incluyendo sus valores, principios, costumbres y educación específica. El cronosistema, que constituye el nivel final de la teoría, contempla la evolución de las condiciones de vida del entorno y los cambios culturales a través del tiempo (Álvarez, 2015).

En este estudio, son las condiciones de contagio, muerte de familiares o compañeros, aislamiento, distanciamiento social por COVID-19 y la etapa del envejecimiento que presentan las PMI y las PMNI.

Por lo mencionado, la teoría ecológica explica la CV de los adultos mayores considerando dos elementos: el ambiente en el que se encuentra inmerso el adulto mayor y el nivel de competencia que presenta el ser humano, a lo que designa sistema persona-ambiente. Dicha teoría es útil para la presente investigación, porque abarca características multivariadas, multisistémicas y valiosas para comprender las complejas influencias que conforman la calidad de vida de las PM (García, 2002).

2.9.5. Teoría fenomenológica (Edmund Husserl)

Se retoma dicha teoría, porque el interés del estudio también es comprender las experiencias vividas de las PMI y de las PMNI en el contexto de pandemia por COVID-19. Además, las PM participantes se encuentran inmersas en un escenario de pandemia por COVID-

19 y se encuentra presente en las PM. Significa que el fenómeno COVID-19 se observa y se siente desde adentro por las PM. A esto se le relaciona con lo inductivo, holístico, subjetivo, creíble, intangible, o sea, los sentimientos (Mendoza de Carmona, 2019).

En este sentido, Barbera e Inciarte (2012), aseveran que la tradición de la teoría fenomenológica es epistemológica, enfatizando en el regreso a la intuición reflexiva para describir la experiencia vivida tal y como se constituye en la conciencia. Es indagar de manera constante, epistemológica y compromiso con la descripción y clarificación de la estructura fundamental del mundo vivido, de la experiencia consciente (Mendoza de Carmona, 2019).

2.10. Construcción del Sistema Categorial

Tabla 2

Categorización de datos sociodemográficos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Opciones de respuesta
Sexo	Hombre o mujer	Sexo biológico	Hombre 1 Mujer 2
Edad	Tiempo transcurrido desde que nació hasta el momento de recolectar datos.	Edad	Los que se obtenga
Estado civil	Condición legal ante la sociedad	Estado civil	Soltero(a) 1 Casado(a) 2 Separado(a) 3 viudo(a) 4
Nivel de estudios	Años de estudio concluidos	Escolaridad	Primaria 1 Secundaria 2 Preparatoria 3 Universidad 4
Pensión	Beneficio por trabajo	Pensionado/jubilado	Sí 1 No 2
Enfermedad diagnosticada	Afección	Salud	Ninguna 1 Colesterol alto 2 Hipertensión 3

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Opciones de respuesta
			Diabetes 4
Adulto mayor con COVID-19	Antecedente de salud	Se contagió de COVID-19	Sí 1 No 2

Nota. La tabla muestra la categorización sociodemográfica.

Tabla 3

Categorización de salud mental, calidad de vida y experiencias

Categoría de Análisis	Concepto	Operacionalizará	Dimensiones
Salud mental (SM)	Estado de salud y bienestar en el que el ser humano sustenta su capacidad particular y colectiva para la toma de decisiones, entablar relaciones y brindar forma al mundo en el que vive (OMS, 2022).	Dimensión mental (SF-12).	Rol emocional Salud mental Vitalidad
Calidad de vida (CV)	Percepción del ser humano de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que existe y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones; es un constructo extenso afectado de manera compleja por la salud física del individuo, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con el ambiente (OMS, s. f.).	WHOQOL-BREF	Física Psicológica Social Ambiental
Experiencias	Conocimiento al que las personas acceden objetivamente, es lo que se conoce con certeza, se limita a experiencias empíricas particulares (Gómez, 2022).	Guía de entrevista.	Salud mental Calidad de vida Sentimientos Estrategias

Nota. La tabla evidencia las variables y categoría principales del estudio.

2.11. Marco Legal de Protección y Programas para Personas Mayores

El apartado describe la normatividad internacional, nacional y los programas que salvaguardan los derechos de las PM.

2.11.1. Internacional

1.- Declaración Universal de Derechos Humanos

El artículo 25 refiere que todo ser humano tiene derecho a nivel de vida adecuado, asegurando bienestar y salud; especialmente alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios, además, derecho a seguro si es desempleado por enfermedad, invalidez, viudez, vejez, etcétera (Naciones Unidas, 2015).

2.- Naciones Unidas. Adoptaron los siguientes principios en la Asamblea General en 1991:

La independencia, refiere que las PM deben tener acceso apropiado a la comida, agua, casa y salud con previsión de ingresos, apoyo familiar y de la comunidad, ser autosuficiente; contar con una oportunidad para laborar o tener otras oportunidades para generar ingresos; decidir cuándo y en qué circunstancias dejarán de desempeñar su trabajo; obtener acceso a eventos adecuados de formación y educativos; vivir en ambientes seguros, adaptados a sus particularidades personales y progreso de sus capacidades y residir en su domicilio particular el mayor tiempo posible.

La participación menciona que las PM deben integrarse a la sociedad, participar activamente en la elaboración y formulación de políticas que afecten directamente a su bienestar y compartir su conocimiento y habilidad con los jóvenes; indagar y aprovechar oportunidades para brindar servicio a la comunidad y ser voluntarios en puestos de acuerdo con sus intereses y capacidades y formar corporaciones o grupos de personas de edad avanzada.

Los cuidados implican que las PM deben ser protegidas y cuidadas por la familia y comunidad de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad; el acceso a servicios

de salud para coadyuvar al mantenimiento o recuperación óptimo de bienestar físico, mental y emocional, también que les ayude a prevenir o demorar las enfermedades, el acceso a servicios jurídicos y sociales.

El acceso a instituciones que brinden protección, rehabilitación, estímulo social y mental en un contexto humanitario y seguro y disfrutar de libertades y derechos humanos primordiales al vivir en hogares u organismos en los cuales se les den algún cuidado o tratamiento, respetando su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, también tienen el derecho a tomar decisiones en cuanto a su cuidado y calidad de su vida.

La autorrealización implica aprovechar oportunidades que se presenten para desarrollar su potencial plenamente y acceder a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos. La dignidad es vivir con honorabilidad, seguridad y ser excluidos de explotación, malos tratos físicos o mentales y ser tratadas dignamente, aparte de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y deben ser valoradas independientemente de lo que aporten económicamente (Naciones Unidas, s. f.).

2.11.2. Nacional

1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El primer párrafo del artículo 1° refiere que las personas disfrutarán de los derechos humanos que están descritos en dicha Constitución, además de Tratados Internacionales de los que México forma parte, asimismo de las garantías en cuanto a su protección, estos derechos y garantías son para todas las personas debido a lo que suscribe el párrafo quinto del artículo mencionado (prohibir la discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, etcétera) que atente contra la dignidad humana.

Respecto a la vejez y jubilación, el artículo 123 refiere que serán cubiertos por la seguridad social y que la Ley del Seguro Social comprenderá, entre otros, seguros de vejez. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024).

2.- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

El artículo cinco refiere el derecho de la integridad, dignidad y preferencia, significa que la persona tiene el derecho a una vida con calidad; a la protección de la salud, alimentación y la familia (derecho a los alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral, acceso preferente a servicios de salud, de acuerdo con el párrafo tercero del artículo 4° de la Constitución Mexicana y artículo 18 para que gocen cabalmente el derecho a su bienestar físico, mental y psicoemocional).

El derecho a que le brinden una asistencia social, la cual, implica ser sujetos de programas con el fin de que cuenten con una vivienda digna que se adapte a sus necesidades y además, que puedan acceder a un albergue, a una vivienda u otras opciones donde reciba atención integral, además, si las personas se encuentran en contexto de riesgo o desamparo, el artículo 6° refiere que el estado debe garantizar las condiciones óptimas en cuanto a la salud, instrucción, alimentación, casa, desarrollo general y seguridad social a PM para que logren una calidad de vida plena (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024).

3.- Ley General de Salud

El artículo 1° refiere el derecho a la protección de la salud en términos del artículo cuarto de la Constitución Política de México.

El artículo 2° describe el derecho a la protección de la salud con diversas finalidades,

El artículo 72, señala que la SM tendrá carácter prioritario en políticas de salud y deben brindarse de acuerdo con lo establecido en la Constitución y Tratados Internacionales en materia de derechos humanos.

Además, la Ley General de Salud refiere que el estado garantizará el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de SM a personas en México, sin discriminar por edad, condición social, económica, de salud o jurídica, origen étnico, color de piel, etcétera (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2024).

4.- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)

Es una institución pública descentralizada que pertenece a la Administración Pública Federal, la cual, está a favor de PM; el propósito es coordinar, suscitar, apoyar, fomentar, vigilar y valorar las acciones públicas, estrategias y programas, de acuerdo con principios, objetivos y disposiciones establecidas en la Ley de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores. Procura brindar empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y oportunidades necesarias para lograr una alta CV (Gobierno de México, s.f.).

5.- Instituto Nacional de Geriatría (INGER)

Es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud que genera políticas públicas respecto al envejecimiento, vejez y salud por medio de investigación y la enseñanza-divulgación (Gobierno de México, 2020a).

6.- Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA3-2018 Asistencia Social

Es obligatoria en México desde el 2012, se aprobó por corporaciones públicas y privadas afines a las PM para establecer características de organización, funcionamiento e infraestructura con las que deben contar los establecimientos del sector público, social y privado que brinden asistencia social a PM en situación de vulnerabilidad y riesgo (Secretaría de Gobernación, 2019).

7.- DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia)

Plantea planes, programas o políticas públicas y permite registrar, certificar y vigilar los centros de atención para las PM (Gobierno de México, 2020).

8.- Pensión para el Bienestar de Personas Adultas Mayores

Dicho programa apoya a las PM de 68 años en México para coadyuvar a su bienestar mediante una pensión bimestral.

Brinda apoyo a las PM de 65 que viven en comunidades indígenas, a mayores de 68 años o más que se encuentren en el resto del país, incluyendo pensionados y jubilados (Gobierno de México, 2022a).

Capítulo 3.
Metodología

El capítulo presenta particularidades de la metodología empleada en la fase cuantitativa y cualitativa, evidencia el enfoque y razones para abordarlo, el alcance del estudio, la justificación del método mixto, las técnicas e instrumentos, el diseño de dicho método, los participantes, el procedimiento e ingreso al campo, la aplicación de instrumentos, la delimitación espacial, consideraciones éticas, conclusión de trabajo de campo de ambas fases y finalmente, se describe el análisis cuantitativo y cualitativo.

3.1. Enfoque Metodológico y Razones para su Abordaje

La indagación se enmarca en un enfoque mixto (Creswell, 2003, 2021; Tashakkori y Teddlie, 2010). Porque su percepción resulta ser más integral, completa y holística (Newman, 2014). Brinda una perspectiva, retrato o fragmento de la realidad (Lincoln y Guba, 2000). Por lo tanto, en la fase cuantitativa se obtendrán estadísticas y generalizará, mientras que, en la cualitativa, se profundizará y comprenderá. Sin embargo, abordar dicho enfoque desde el trabajo social es complejo; es un reto y trabajo arduo. Es una tarea artesanal, porque cada investigación con este enfoque implica llevar a cabo un trabajo único y diseño propio (Tashakkori y Teddlie, 2010).

Ambos enfoques se han usado por varias décadas y se ha aprendido de los dos, además, varios investigadores han mezclado estos enfoques; investigadores con visión cuantitativa o cualitativa han acudido al otro método para explicar satisfactoriamente resultados o completar la indagación y ambos enfoques han avanzado (DeCuir-Gunby & Schutz, 2017). Dichas razones son significativas para justificar y utilizar el enfoque mixto en la presente investigación.

Además, se enfatiza que el estado del arte evidenció una mayoría de estudios documentales y cuantitativos, solo una mínima parte abordaron lo cualitativo. Mostrando con ello, la importancia y justificación del uso del enfoque mixto desde el trabajo social. Destacando la escasez del estado

del arte respecto a México, una minoría en trabajo social y una insuficiencia en estudios que aborden un enfoque mixto.

3.2. Alcance del Estudio

El alcance es descriptivo en el proceso cuantitativo porque se realizan análisis de tendencia central y de dispersión, mientras que, en lo cualitativo se llevan a cabo estudios fenomenológicos (Ramos, 2020). En este caso, se aplicaron medias, rangos y se recuperaron las experiencias vividas ante el COVID-19 de las PM participantes. Es explicativo porque se concentra en brindar una explicación del por qué acontece una situación, cuáles son las condiciones que muestra o por qué existe relación entre dos o más variables.

3.3. Método y su Justificación

Al momento de abordar un método en el trabajo social se debe ser flexible, respetando lo holístico de los fenómenos. Por ello, el método a emplear debe ser integral y globalizador; que aborde lo objetivo y subjetivo de las personas. En este sentido, se aborda primero el método positivista. Porque al manejar información son sistemáticos y estructurados, permitiendo analizar estadísticamente para medir la realidad social (Castillo y Álvarez, 2020). Este paradigma desde una mirada ontológica concibe la realidad social como escueta y fragmentable y a la sociedad como dueña de propiedades aditivas, siendo resultado de la sumatoria de particularidades y conductas de las personas (Parra, 2005).

La investigación empleó un método mixto. En su componente cualitativo, se utilizó el enfoque fenomenológico para comprender las experiencias vividas por las PMI y PMNI durante la pandemia de COVID-19, siguiendo a Creswell (2013), quien destaca este método como idóneo para entender las vivencias individuales. La fase inicial del estudio se desarrolló bajo el paradigma

positivista, utilizando encuestas y un cuestionario sociodemográfico como instrumentos de recolección de datos.

Después, con el método fenomenológico se abordaron entrevistas en profundidad. Porque si se utilizan por separado, son insuficientes (Bassi, 2014). La combinación de métodos añadirá rigor y profundidad a la investigación (Flick, 1992).

Además, el método mixto aborda la realidad objetiva y subjetiva. En este sentido, las PMI y PMNI se encuentran inmersas en realidades objetivas como las oficinas, mobiliario, tienen extensión física, número de personal, casas, cantidad de vecinos, es algo tangible. Pero también existe una realidad subjetiva (las PM perciben de diferente manera las experiencias y sentimientos, ante COVID-19). Con esta combinación, puede lograrse una comprensión más completa del fenómeno de estudio, con más confianza en resultados y mayor valor de conclusiones (Johnson y Onwuegbuzie, 2004; Creswell y Clark, 2007).

Sumando a lo anterior, la justificación del uso del método mixto (tabla 4), será utilidad y referente para los trabajadores sociales que se dediquen a la investigación. Con ello, no se reducirá la riqueza de la realidad social solo a números (Reason y Bradbury, 2008).

Tabla 4

Justificación para el uso del método mixto

Justificación	Se refiere a…
Triangulación o incremento de la validez	Verificar convergencia, ratificación o correspondencia al diferenciar datos cuanti y cuali.
Complementación	Conseguir una visión más comprensiva en cuanto al planteamiento si se usan dos métodos y más intelecto, ilustración o clarificación de resultados de un método sobre la base de los del otro.
Amplitud	Examinar procesos de manera más holística.

Justificación	Se refiere a…
Multiplicidad	Responder profundamente a mayor número de preguntas de investigación.
Explicación	Capacidad de explicación con recolección y análisis cuan y cual y su interpretación conjunta.
Reducción de incertidumbre ante resultados inesperados	Un método cuanti o cuali puede ayudar a explicar descubrimientos imprevistos del otro método.
Iniciación	Descubrir contradicciones y paradojas con la posibilidad de modificar el planteamiento original y resultados de un método con interrogantes y resultados del otro.
Expansión	Extender el rango de indagación al usar diferentes métodos. Uno de los métodos puede ampliar el conocimiento que obtiene en el otro.
Desarrollo	Emplear resultados de un método con la finalidad de ayudar a desplegar o avisar al otro en varios asuntos, como el muestreo, los procedimientos, la recolección y el análisis de datos. Inclusive, un enfoque puede proporcionar al otro de una hipótesis y soporte empírico.
Credibilidad	Al usar el método cuantitativo y cualitativo se fortalece la credibilidad general de los resultados y procedimientos.
Contextualización	Suministrar a la indagación de un contexto interpretativo más íntegro, profundo y extenso, pero a la vez, generalizable y con validez externa.
Ilustración	Ejemplificar de otra manera los resultados encontrados por un método.
Utilidad	Más potencial de uso y aplicación de una investigación.
Descubrimiento y confirmación	Utilizar los resultados de un método con el fin de crear hipótesis, las cuales, se someterán a prueba o exploración más profunda por medio del otro método.

Justificación	Se refiere a…
Diversidad	Lograr varias perspectivas respecto al fenómeno de estudio. Diferentes ópticas para examinar el problema y conseguir más variedad de puntos de vista para analizar los datos en el estudio.
Claridad	Ver relaciones "encubiertas" que no habían sido detectadas al solo usar un método.
Argumentación	Consolidar razones y argumentos derivados de la recogida y análisis de datos por el método cuantitativo y cualitativo.
Producción metodológica	Generar métodos nuevos sobre la recogida de datos y análisis.
Validación total	Validar los instrumentos de la recogida de datos, resultados, hallazgos e inferencias de uno de los métodos por medio de datos y resultados derivados por otro método.

Nota: elaboración propia a partir de Bryman et al., (2006, 2008); Tashakkori y Teddlie (2010).

3.3.1. El Método Mixto desde Trabajo Social

Al realizar investigación desde el trabajo social, es importante que el objeto y sujeto de estudio se aborden desde una mirada objetiva y subjetiva para brindar conocimiento más profundo respecto al tema, apostar y proponer esta mixtura desde dicha profesión. En este caso, la perspectiva de PM brindará más valor a los resultados.

Se debe apostar por esta dualidad de paradigmas poco empleada en nuestra profesión. Y no significa que la postura metodológica sea objetiva o subjetiva porque se puede medir, pero también integrarse en el contexto donde está inmerso el sujeto de estudio; ver a los ojos cara a cara, ganar su confianza, ser empáticos para ir más allá de la cantidad, observar movimientos, gestos, escuchar su sentir y su pensar respecto al tema abordado (profundizar).

En este sentido, cualquier explicación causal o de otro tipo provee una comprensión de las cosas; sin embargo, "comprensión" cuenta también con una resonancia psicológica, la cual, "explicación" no tiene; por lo tanto, este método es una forma de empatía de la mente del estudioso

de la atmosfera espiritual, inclinaciones, sentimientos y porqués de sus objetos de estudio (Simel, 2002). Ante lo planteado y como trabajadora social, se asume la postura de un abordaje mixto; con la visión del positivismo, pero de la mano del enfoque comprensivo de Husserl, Dilthey, etc.

Personajes importantes que rechazaron el monismo del positivismo de Comte y Durkheim; la generalización y explicación. Por lo anterior, se considera que el trabajo social tiene la capacidad y conocimiento de ir más allá; explicar, pero también comprender. Este es un planteamiento con el que se sabe más y comprende mejor el fenómeno en el contexto del instante que se vive y las situaciones históricas (Parra, 2005).

3.4. Diseño Secuencial Explicativo

Después de un estudio minucioso, amplio y profundo sobre diseños mixtos (tabla 5), se evidenció escasez al respecto en la búsqueda para la construcción del estado del arte. Y lo encontrado en el trabajo social solo aborda lo cualitativo. Por ello, el estudio se enmarca en un diseño secuencial explicativo con base en Rocco et al., (2003); Johnson y Onwuegbuzie (2004); Onwuegbuzie y Leech (2006); Creswell y Clark, (2007). Se eligió dicho diseño en función del título, preguntas y objetivos de investigación. El orden de enfoques será cuantitativo → cualitativo; lo cualitativo se usará para explicar lo cuantitativo y al final se integrarán ambos datos (Creswell, 2003). Ningún enfoque será más que otro.

Tabla 5

Tipo de diseños mixtos

Autores	Diseños Mixtos
Rocco et al., (2003)	Tipo I: investigación confirmatoria (datos cualitativos y análisis estadístico). Tipo II: investigación confirmatoria (datos y análisis cualitativos).

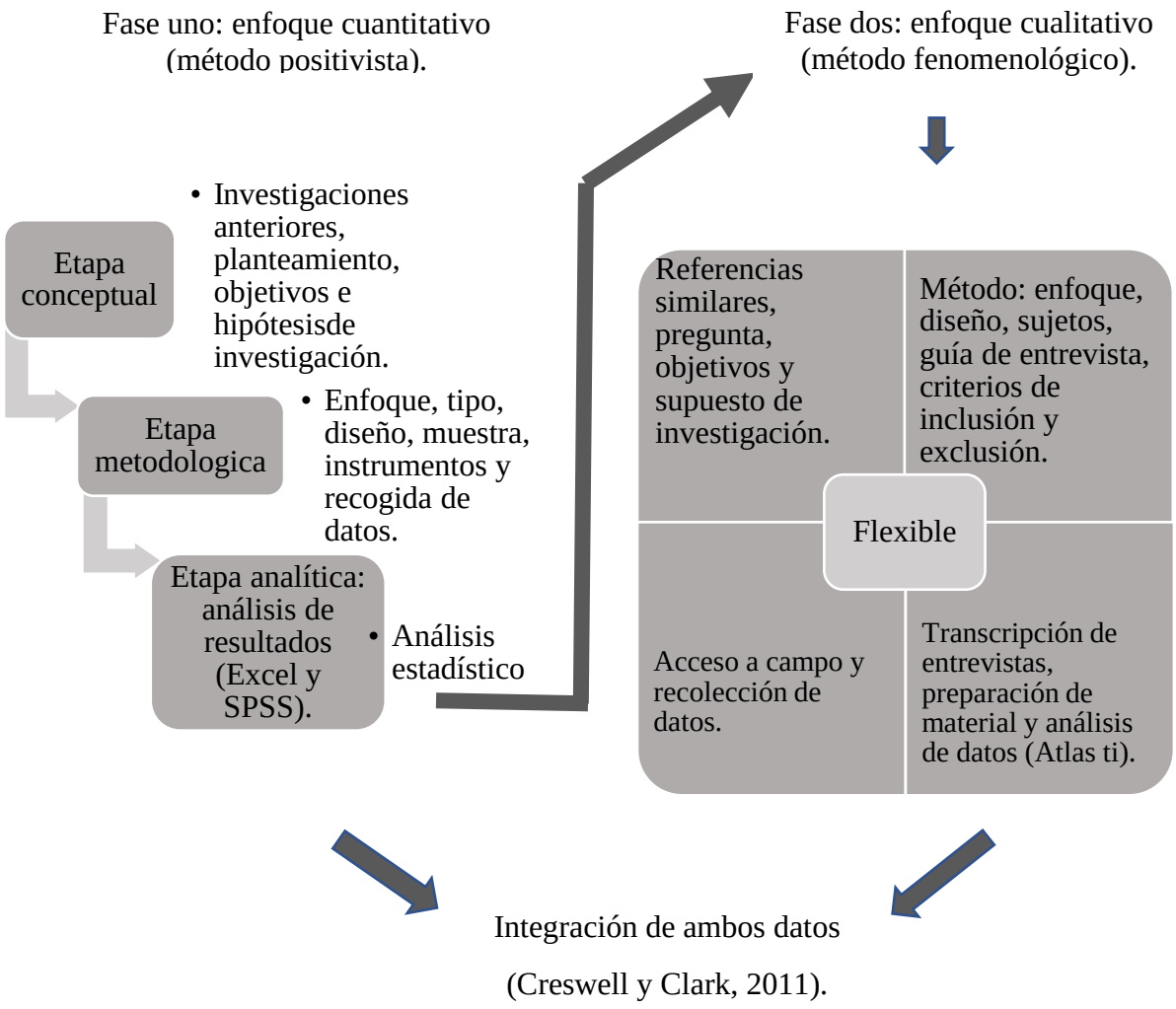
Autores	Diseños Mixtos
	Tipo III: investigación exploratoria (datos cuantitativos y análisis estadísticos).
	Tipo IV: investigación exploratoria (datos cualitativos y análisis estadístico).
	Tipo V: investigación confirmatoria (datos cuantitativos y análisis cualitativo).
	Tipo VI: investigación exploratoria (datos cuantitativos y análisis cualitativo).
	Tipos de diseño con modelo mixto (mezclan estrategias cuantitativas y cualitativas).
	Tipo VII: simultáneo, investigación confirmatoria o exploratoria (datos cuantitativos y cualitativos con análisis cualitativo y cuantitativo).
	Tipo VIII: secuencial, por etapas. (una etapa un enfoque, la siguiente el otro, cada etapa fortalece la anterior).
Johnson et al., (2007); Onwuegbuzie y Leech (2006).	Modelo mixto (combina en una fase ambos métodos).
	Método mixto (método cuantitativo en una fase del estudio y cualitativo en otra).
	Estatus de igualdad: ningún método se prioriza sobre otro, solo varía el orden.
	Concurrente: CUAL + CUAN
	Secuencial: CUAL → CUAN y CUAN → CUAL
	Estatus dominante: según priorización de enfoques o interés del proponente.
	Concurrente: CUAL → cuan y CUAN → cual
	Secuencial: CUAL → cuan, Cual → CUAN, CUAN → cual y Cuan → CUAL.
Creswell y Clark, (2007)	Diseño de triangulación o convergencia: consigue y analiza datos cuantitativos y cualitativos con el fin de comprender mejor e incrementar la validez de resultados si se encuentra

Autores	Diseños Mixtos
	convergencia. No domina ningún método porque lo cuantitativo y cualitativo son igual de importantes. Diseño explicativo: son dos etapas: primero, recoge y analiza datos cuantitativos, después, recoge y analiza datos cualitativos para ayudar a explicar o profundizar en los resultados cuantitativos. Con lo cuantitativo, se proporcionan resultados generales, y lo cualitativo explica la visión general. Tiene más prioridad lo cuantitativo, pero, lo cualitativo puede tener la misma importancia o más. Diseño exploratorio: explora un fenómeno, usa análisis exploratorio previo para llevar a cabo el análisis con el otro método. El análisis exploratorio se desarrolla con indagación cualitativa y después, cuantitativa.
Creswell (2003).	Estrategia secuencial explicativa: los resultados del método cualitativo son para explicar resultados cuantitativos, el orden es cuantitativo y después cualitativo, se enfatiza que se explican e interpretar las relaciones. Estrategia secuencial exploratoria: los resultados cuantitativos son para explicar resultados cualitativos, primero es cualitativo con su análisis, después, lo cuantitativo, lo importante es explorar un fenómeno. Estrategia secuencial transformativa: comprende mejor un fenómeno y brinda voz a varios puntos de vista. Usa algún punto de vista teórico y se centra en la transformación. Estrategia concurrente de triangulación: busca confirmar, correlacionar o corroborar. Usa punto de vista teórico, respecto a la interpretación, quiere lograr la integración. Se recopilan datos cuantitativos y cualitativos a la par. Estrategia concurrente de nido: indaga varios grupos para lograr un punto de vista amplio. A la vez, se recolectan datos cuantitativos y cualitativos, integrándose en el análisis. Estrategia concurrente transformativa: usa un punto de vista teórico, acopia datos cuantitativos y cualitativos a la vez y se integran en el análisis.

Nota. La tabla evidencia tipos de diseño del método mixto con base en diversos autores.

Figura 3

Procedimiento del diseño mixto secuencial



(Creswell y Clark, 2011).

Nota. La figura evidencia el diseño mixto que se empleó en el estudio.

3.5. Población y Muestra

Para la fase uno (enfoque cuantitativo), la población fueron PM de 60 años, la muestra fue probabilística aleatoria simple; la psicóloga de casa hogar contaba con una lista de PM que vivían en dicha institución; con base en ello y de manera aleatoria elegía a los participantes.

Para las PMNI, se utilizó el mismo muestreo; se seleccionaron aleatoriamente PM que vivían en las colonias Ampliación Echeverría, Bethel y Constitución porque dicha población ha participado en investigaciones anteriores realizadas por el Cuerpo Académico "Trabajo Social y Desarrollo" de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano (UATSCDH). La muestra para la fase cuantitativa se conformó por 104 PMI (casa hogar) y 101 PMNI (colonias de la periferia sur). Para la fase dos (enfoque cualitativo), el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia (Flick, 2007).

Los criterios de inclusión establecían que los participantes debían ser personas mayores de 60 años o más, de ambos sexos, distribuidos en dos grupos: personas institucionalizadas registradas en la casa hogar de Ciudad Victoria, Tamaulipas, y personas no institucionalizadas residentes en las colonias Ampliación Echeverría, Bethel y Constitución.

Que su participación fuera voluntaria, que firmaran el consentimiento informado y que presentaran una salud mental adecuada que les permitiera contestar las cuestiones referidas en los instrumentos utilizados para la recogida de datos. (respecto a las PMI, con base en la información y experiencia de la psicóloga de casa hogar y las PMNI, de acuerdo con el conocimiento personal de cada sujeto de dicho grupo poblacional participante, porque anteriormente han participado en otras investigaciones).

Los criterios de exclusión fueron: PM que se negaran a participar en el estudio y que presentaran deterioro cognitivo. Se abordó a dos personas de cada grupo que obtuvieron medida alta y baja en su SM y CV. Al respecto, Creswell (2003), refiere que en los estudios cualitativos los intervalos de las muestras varían de uno a 50 casos.

3.6. Técnicas e Instrumentos de la Fase Cuantitativa y Cualitativa

En la fase uno (cuantitativa), se abordó la observación y la visita domiciliaria. Para la fase dos se utilizó la entrevista en profundidad (Ruiz e Ispizua, 1989), la visita domiciliaria y la observación. En cuanto a los instrumentos para la fase uno, se aplicó un cuestionario con el que se caracterizó la muestra (anexo 5). Después, se utilizaron cinco ítems de la escala SF-12 que conformaron la dimensión mental para este estudio (anexo 6) y la escala WHOQOL-BREF (anexo 7). Para la fase dos (cualitativa), se aplicó una guía de entrevista (anexo 8).

3.6.1. Encuesta SF-12 (Alonso et al., 1995)

El instrumento es de formato corto con medidas en escala dicotómica y Likert con diferente cifra de categorías de contestación entre tres y seis y a cada cuestión se le da un valor que se trasforma en una escala del 0 al 100. Consta de 12 ítems del SF-36: función física [2], función social [1], rol físico [2], rol emocional [2], salud mental [2]. Vitalidad [1], dolor corporal [1] y salud general [1] (Lizana et al., 2020; Alonso et al., 1995). Ocho dimensiones divididas en factores de salud mental y salud física (Ware et al., 1995, 1996). La encuesta es una medida viable y confiable (Gobierno de Chile Ministerio de Salud, 2006). Tanto en la escala original como en sus versiones de 12, 8 o 6 ítems (Monteagudo-Piqueras et al., 2011; Vinaccia, 2011).

Sin embargo, para este estudio, se consideró el componente mental (ítem de función social [1], rol emocional [2], salud mental [2] y vitalidad [1]), porque la validez de criterio del instrumento revela que la DM del SF-12 es medida útil para valorarla (Vera-Villarroel et al., 2014). Pero, al analizar la fiabilidad de dicha dimensión, se obtuvo una confiabilidad por debajo de .700. Por ello, se eliminó el ítem de función social, quedando el componente mental conformado por cinco ítems (rol emocional [2], salud mental [2] y vitalidad [1], resultando una confiabilidad

aceptable de .733. Los cuales, se analizaron de forma descriptiva para evidenciar la frecuencia y porcentaje de cada una de las cuestiones.

3.6.2. Escala WHOQOL-BREF (OMS, 2004)

El instrumento se conforma por 26 ítems; dos cuestiones independientes y generales sobre CV y la salud. Las otras 24 preguntas valoran cuatro dimensiones específicas de la calidad de vida (dimensión física abarca los ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18, dimensión psicológica contiene el 5, 6, 7, 11, 19, 26, dimensión social engloba el 20, 21 y 22 y dimensión ambiental los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25), cada uno de ellos se evalúa en escala de uno a cinco, mientras sea más alta la puntuación, más alta va a ser la calidad de vida (Skevington et al., 2004; Castillo et al., 2008). El puntaje va de 0 a 100; donde el resultado más alto, significa mejor calidad de vida y el más bajo, menor.

Sin embargo, se valoró la escala total de 24 ítems en nivel alto, medio y bajo, se sumaron los puntos de cada ítem; 24 se multiplicó por cinco, que es el valor máximo, mientras que para el valor mínimo, se multiplicó por uno. Obteniendo un nivel de calidad de vida bajo de 24 a 56, medio de 57 a 90 y calidad de vida alto de 91 a 120 puntos. Respecto a las cuatro dimensiones del instrumento, también se determinó el nivel bajo, medio y alto (tabla 6).

3.6.3. Guía de entrevista

La entrevista consta de siete preguntas (anexo 8), sobre la salud mental, la calidad de vida, los sentimientos y las estrategias que utilizaron las PM ante COVID-19. Con ello, se recuperaron las experiencias de los participantes, se identificaron tendencias y códigos que surgieron. El instrumento se validó por un experto, después, se aplicó a las PM que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio, porque ya habían participado en la fase cuantitativa.

3.7. Procedimiento e Ingreso al Campo

El desarrollo de la investigación se inició con el estado del arte. Porque es una estrategia metodológica (Guevara, 2016). La cual, brindó un panorama significativo del objeto de estudio. Se llevó a cabo una búsqueda del año 2019 a 2023 en Google Académico, PubMed, Cuadernos de Trabajo Social (Madrid), Trabajo Social Hoy (Madrid), Trabajo Social (Colombia), Revista de Trabajo Social (Chile), Prospectiva y AZARBE (Murcia).

Los términos que se tomaron en cuenta fueron: salud mental, calidad de vida, experiencias, COVID-19, PMI y PMNI. La búsqueda evidenció escasez de posturas mixtas; una minoría de investigaciones en trabajo social y en México respecto al tema planteado. Sin embargo, se encontró una mayoría de estudios multidisciplinares relacionados directa o indirectamente con el estudio.

Se revisaron 50 de ellos, que fueron útiles para entender la problemática actual del objeto y sujetos de estudio. Tras la revisión, se prosiguió con la redacción del capítulo uno y apartados correspondientes. Se continuó con la elección de instrumentos a utilizar. Para la primera fase, se abordó el componente mental de la escala SF-12 y la escala WHOQOL-BREF.

Respecto a la muestra cuantitativa, en la casa hogar fue probabilística, aleatoria simple; la psicóloga de casa hogar tenía una lista de PM. Con base en ella, aleatoriamente dicha profesional elegía a los participantes, participando al final 104 PMI. Para las PMNI se utilizó el mismo muestreo; se seleccionaron PM que viven en las colonias Ampliación Echeverría, Bethel y Constitución porque han participado en investigaciones anteriores.

Para la segunda fase, el muestreo para ambos grupos fue no probabilístico por conveniencia (Flick, 2007). Bajo criterios de inclusión y exclusión mencionados en un apartado anterior. Participaron dos personas de cada grupo etario que resultaron con medida alta y baja en su SM y CV. En este

sentido, Creswell (2003), refiere que en los estudios cualitativos los intervalos de las muestras pueden variar de uno a 50 casos.

Posteriormente, se llevó a cabo una prueba piloto a pesar de ser instrumentos validados y utilizados por diferentes investigadores (as). Pero en las PM que habitan en casa hogar y en las colonias mencionadas, no se habían aplicado. Previamente, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de casa hogar para ingresar a la institución (anexo 1). También se solicitó a la directora de la UATSCDH, el apoyo de estudiantes de trabajo social (anexo 2). Al recibir respuesta favorable por ambas partes, se capacitó e informó a los estudiantes sobre la investigación, el objetivo e instrumentos a utilizar. En este sentido, se supone que los estudiantes deben cumplir con tareas asignadas y atraen simpatía y ayuda (Taylor y Bogdan, 1987).

Se procedió a la aplicación de instrumentos y al no presentarse ningún problema, se consideró pertinente obtener la fiabilidad del SF-12 (componente mental), de la escala WHOQOL-BREF y de cada una de sus dimensiones mediante el coeficiente Alfa de Cronbach con el programa SPSS (tabla 7). Al culminar la prueba piloto, se prosiguió con el trabajo de campo del enfoque cuantitativo (fase uno), con las PMI a partir del 24 de abril del 2022 en la casa hogar. El acceso fue directo solicitando permiso a responsables (Taylor y Bogdan, 1987). Quienes asignaron a la psicóloga para guía y presentación de PM. La psicóloga brindó cordialidad y respeto; ofreció información sobre las PM. Decidía el momento y elegía aleatoriamente a los participantes de acuerdo con su lista y a la salud psicológica que presentaban las PM.

Proporcionó un espacio amplio con mesa grande y sillas, donde las PM llevan a cabo actividades y manualidades. La psicóloga llevaba a cada participante y estuvo presente en la aplicación. No permitió videos o fotografías y nunca dejó a las PM solas con los encuestadores. En cuanto al ingreso a campo de PMNI en la primera fase (cuantitativa), existe una interacción

cordial y natural con las PM de las colonias mencionadas, porque han participado en indagaciones anteriores. En este sentido, el investigador debe interactuar y relacionarse lo más posible con los sujetos que desea investigar, compartiendo con ellos sus costumbres, modos de vida, estilo y usos (Martínez, 2013). Cabe destacar que, en este ambiente, también participaron los estudiantes de trabajo social.

Al finalizar la fase uno (cuantitativa), se capturaron datos en el programa Microsoft Excel y software estadístico SPSS, para caracterizar la muestra y analizar datos obtenidos. En cuanto a la escala WHOQOL-BREF, el puntaje va de 0 a 100; donde el resultado más alto, significa mejor calidad de vida y el más bajo, menor.

Sin embargo, se valoró la escala total de 24 ítems en nivel alto, medio y bajo, se sumaron los puntos de cada ítem; 24 se multiplicó por cinco, que es el valor máximo, mientras que para el valor mínimo, se multiplicó por uno.

Obteniendo un nivel de calidad de vida bajo de 24 a 56, medio de 57 a 90 y calidad de vida alto de 91 a 120 puntos. Respecto a las cuatro dimensiones del instrumento, también se determinó el nivel bajo, medio y alto (tabla 6). Se aplicó un análisis descriptivo (media y desviación estándar) de la dimensión mental del SF-12 (cinco ítems) y de las dimensiones que conforman la calidad de vida para este estudio; se analizaron los ítems por separado y también se aplicó un análisis estadístico inferencial para encontrar las diferencias o asociaciones entre la salud mental y la calidad de vida de los grupos participantes.

Respecto al análisis de la fase dos (cualitativa), se llevó a cabo con apoyo del programa Atlas Ti. Se transcribieron entrevistas y preparó el material (Bassi, 2014). Se crearon categorías (Strauss y Corbin, 2002). También se identificaron temas, subtemas, vivencias, y significados de

las PM participantes. Se asignaron códigos (tabla 20), comentarios, memos, se agruparon códigos y crearon redes.

Tabla 6

Nivel de cada dimensión

	Dimensión	Bajo	Medio	Alto
1	Dimensión física (DIMFIS)	7-16	17-26	27-35
2	Dimensión psicológica (DIMPS)	6-14	15-22	23-30
3	Dimensión social (DIMSOC)	3-7	8-12	13-15
4	Dimensión ambiental (DIMAMB)	8-10	11-21	22-40

Nota. La tabla muestra los valores de las dimensiones del WHOQOL-BREF.

Tabla 7

Estadísticas de fiabilidad

Instrumento	No de elementos	Alfa de Cronbach
WHOQOL-BREF	26	.873
SF-12 (CM)	5	.733
Dimensión física	7	.811
Dimensión psicológica	6	.803
Dimensión social	3	.282
Dimensión ambiental	8	.701

Nota. La tabla muestra la fiabilidad del WHOQOL-BREF y el componente mental (CM) del SF-12.

3.7.1. Aplicación de Instrumentos

Para la fase cuantitativa en ambos contextos, la aplicación de instrumentos se llevó a cabo en la casa hogar y en las colonias Ampliación Echeverría, Bethel y Constitución del 17, específicamente en un lugar amplio que proporcionó la psicóloga de casa hogar y en las viviendas de PMNI de manera individual. Se dio lectura al consentimiento informado (anexo 4), brindando

información importante del estudio, enfatizando que tenían libertad de participar, expresarse y que su participación era confidencial.

Se les pidió sinceridad en las respuestas que brindaban. Una vez que aceptaron participar, se proporcionaron los instrumentos. Cada participante se llevó aproximadamente 20 minutos para contestar, la mayoría fueron apoyados por la investigadora y estudiantes, respetando las medidas sanitarias implementadas.

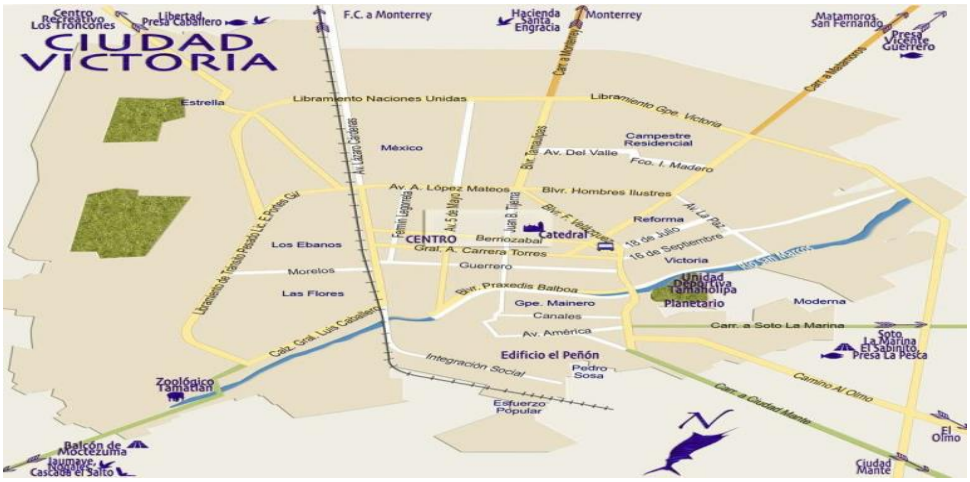
Para la segunda fase (cualitativa), y con base en resultados cuantitativos, la investigadora personalmente aplicó entrevistas en profundidad utilizando una guía de entrevista, grabadora de voz, observación y visita domiciliaria a dos PMI y dos PMNI que obtuvieron puntaje más alto y bajo en su salud mental y calidad de vida. Se enfatiza que las PMNI han participado en investigaciones anteriores. Sin embargo, se informó a la PM y su familia sobre la investigación.

3.7.2. Delimitación Espacial

El presente estudio se llevó a cabo en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. El cual, de acuerdo con el Gobierno del Estado de Tamaulipas (2022-2028), se ubica entre las coordenadas geográficas siguientes: 23°44´06´ de latitud norte y a 99°07´51´ de longitud oeste; a una altitud media de 321 metros sobre el nivel del mar, además, este municipio corresponde a la subregión del mismo nombre (Cd. Victoria) y se encuentra en la región centro del Estado de Tamaulipas encima de la cuenca hidrológica del río purificación y entre las montañas de la llamada Sierra Madre Oriental (figura 4).

Figura 4

Ubicación de Cd. Victoria, Tamaulipas



Nota. La figura muestra la ubicación de Cd. Victoria con base en: Programa Destinos México.

Cd. Victoria cuenta con una extensión territorial de 1538.25 kilómetros cuadrados y 187 localidades, colindando al norte con el municipio de Güémez, al sur con Llera, al este con el municipio de Casas y al oeste con Jaumave (Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2022-2028). De Cd. Victoria se abordaron dos grupos de población de PMI (casa Hogar) y PMNI (colonias). En cuanto a la casa hogar, es una institución gubernamental (figura 5).

Figura 5

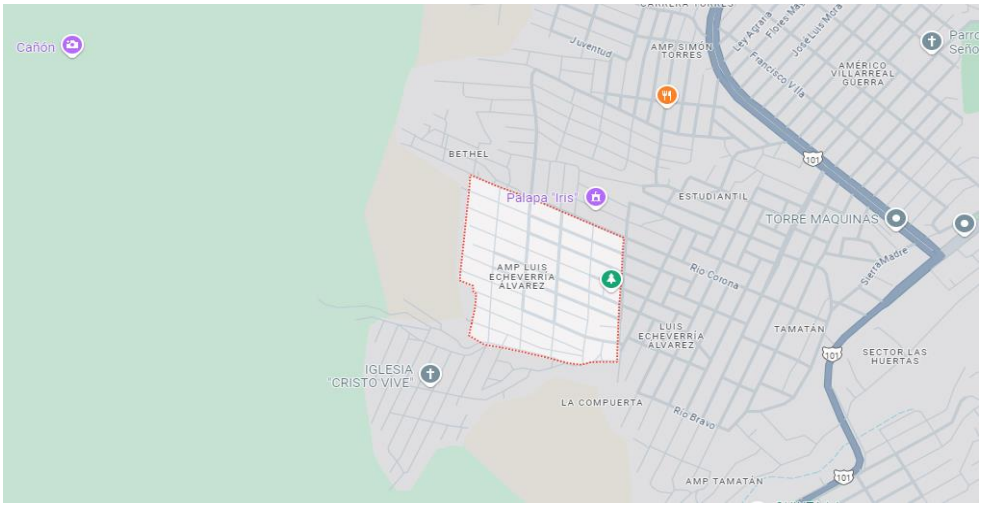
Ubicación de Casa Hogar

Nota. La figura muestra la ubicación de Casa Hogar con base en INEGI.

El segundo grupo etario se seleccionó aleatoriamente a PM que viven en las colonias Ampliación Echeverría, Bethel y Constitución (figura 6). Las cuales, son comunidades irregulares con escasez en los servicios públicos básicos y se localizan a orillas de la Sierra Madre de Cd. Victoria, Tamaulipas. Se enfatiza que se eligieron dichas colonias porque las PM que habitan en ellas, han participado en investigaciones anteriormente.

Figura 6

Ubicación de las colonias en las que habitan las PMNI



Nota. La figura muestra la ubicación de las colonias con base en INEGI.

3.8. Consideraciones Éticas

El presente estudio se llevó a cabo bajo un rigor científico en el que se contemplaron cuestiones éticas. Las cuales, guiaron al investigador a realizar el trabajo de campo de forma humanista y con respeto frente a lo complejo del objeto de estudio.

La investigación se llevó a cabo en Cd. Victoria, Tamaulipas y participaron PMI y PMNI. Las cuales no se encuentran en una institución de salud, sin embargo, se tomó en cuenta el artículo 13 del Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud (2014), que refiere que cuando una persona participa en una investigación, debe predominar respeto a su

dignidad y protección de sus derechos y bienestar. En relación, la psicóloga de casa hogar estuvo presente como responsable al momento de aplicar los instrumentos y, por ningún motivo, dejó solas a las PM; cuidando cada detalle y pendiente del bienestar de los participantes.

Cabe resaltar que, el equipo de trabajo para recolectar información también estuvo pendiente del bienestar de los participantes.

Retomando el Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud (2014), en la fracción V del artículo 14 se estipula que se debe contar con el consentimiento informado de los participantes en una investigación. En tal sentido, se debe entregar un escrito que brinde información concreta sobre la investigación en curso, pero, debe ser un lenguaje sencillo que se pueda entender (Restrepo,2016).

Documento mencionado también en los artículos 20, 21 y 22 de dicho reglamento. Por otro lado, el estudio se reservó la privacidad de las PM (Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud, 2014). Por lo anterior, se elaboró un consentimiento informado breve, claro y entendible para las PM.

Continuando con el mismo reglamento, el artículo tres, en su fracción I, comprende diversas acciones que coadyuvan al conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en las personas. En este sentido, al trabajar con PM es necesario mediante la investigación obtener datos e información al respecto.

En este caso, se obtuvo información sobre la salud mental y calidad de vida del grupo poblacional mencionado. Además, con base en el artículo cuatro del mismo reglamento, se pretende que esta indagación sea referente e impulso para desarrollar futuras investigaciones en los contextos mencionados. Por otra parte, el investigador se debe ganar la confianza de los sujetos de estudio, para ello debe tener una actitud prudente y serena. De este modo, establecerá relaciones

significativas (Restrepo, 2016). No ser un intruso extraño que intimida sin consentimiento alguno y que solo le interesa obtener información de cualquier manera.

En concordancia, es importante tomar en cuenta el tiempo de las personas, no ser indiferente a las situaciones que se observen (Restrepo,2016). Significa no ser inhumano, al contrario, ser sensible a las problemáticas o situaciones que presente y experimente cada una de las personas, coadyuvar y brindar el apoyo necesario.

En el caso de PMI, se solicitó permiso para realizar la investigación a las autoridades correspondientes de casa hogar. Con relación, algunas organizaciones son autoridades y deben respetarse, se debe ser transparente y honesto con las personas, siendo un principio de transparencia en lo que llevamos a cabo (Restrepo,2016).

Significa que no es ético llevar a cabo una indagación sin permiso de los participantes. Otra cuestión relevante es no grabar o tomar fotografías sin consentimiento. En tal sentido, en casa hogar se permitió el ingreso, pero, no se permitió tomar videos o fotografías, lo contrario ocurrió con las PMNI. Con ello, se protege la identidad de los participantes; se utiliza el anonimato para protegerlos (Restrepo,2016).

Se enfatiza el trato digno y respeto a las PM, procurando la protección a sus derechos y bienestar. Criterios mencionados del artículo 13 al 27 en el Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud (2014).

Sumando a lo anterior, el presente estudio se llevó a cabo bajo principios estipulados en el capítulo 3 del Código de ética profesional de la Federación Nacional de Colegios de Trabajo Social en México (2019), como: la honestidad, el respeto a la dignidad de los seres humanos, el respeto a la confidencialidad, además de un tratar a los seres humanos como un todo general y ecológico.

Bajo dichos principios, en el proceso de indagación se respetó en todo momento la dignidad de las PMI y de las PMNI, protegiendo sus nombres mediante el principio de la confidencialidad.

3.9. Conclusión de Trabajo de Campo Fase Cuantitativa y Cualitativa

3.9.1. Análisis Cuantitativo. Fase Uno

En un primer momento, se vaciaron y analizaron los datos en el programa estadístico Excel, después, se exportaron a una base de datos creada en el Programa SPSS y el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 22.0, IBM Corporation; Armonk, Nueva York). Una vez que se exportó la información, se llevó a cabo un análisis descriptivo (media y desviación estándar) de la dimensión mental del SF-12 (cinco ítems), los cuales, se analizaron por separado. Además, se analizaron las dimensiones que conforman la calidad de vida.

Del mismo modo, se aplicó un análisis estadístico inferencial mediante la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney con un intervalo de confianza al 95% (IC 95%) para muestras independientes y la frecuencia relativa para la estadística descriptiva. La significancia fue establecida en $P < 0.05$. Se calculó el tamaño del efecto (TE) entre grupos de acuerdo con la de Cohen's d. Para evaluar la magnitud del TE, umbrales de 0.20, 0.50 y ≥ 8.0 fueron establecidos para pequeño, moderado y grande, respectivamente (Hopkins et al., 2009).

3.9.2. Análisis Cualitativo. Fase Dos

Primero se entrevistaron a dos PMI y dos PMNI que obtuvieron evaluación más alta y baja en su salud mental y calidad de vida. Después, se llevó a cabo un análisis mediante el apoyo del programa Atlas Ti. Se transcribieron las entrevistas y se preparó el material (Bassi, 2014). En seguida, se crearon categorías (Strauss y Corbin, 2002). Asimismo, se identificaron temas, subtemas, vivencias, y significados de las PM participantes. Se continuo el análisis con la asignación y agrupación de códigos (tabla 23), comentarios, memos y finalmente, se crearon redes.

Capítulo 4.

Análisis de Resultados y Discusión

Tomando en cuenta la naturaleza de los datos cuantitativos e información cualitativa del estudio, se llevaron a cabo los análisis siguientes: la fase uno (cuantitativa), se realizó con el programa Excel y el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 22.0, IBM Corporation; Armonk, Nueva York). Para la fase dos (cualitativa), se utilizó el Programa Atlas ti. Evidenciando este capítulo en un primer momento, las características socio demográficas de los participantes. Después, se exponen resultados sobre la salud mental y calidad de vida que presentaron las PMI y las PMNI con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados en la investigación.

4.1. Características Sociodemográficas de los Participantes

Tabla 8

Sexo

	PMI	**PMNI**
	(F) (%)	**(F) (%)**
Participantes n (%)	104 (50.7%)	101 (49.3%)
Mujeres	79 (76.0%)	59 (58.4%)
Hombres	25 (24.0%)	42 (41.6%)
Total	**104 (100.0%)**	**101 (100.0%)**

Nota. La tabla evidencia el sexo de la muestra. F = frecuencia; % = porcentaje

El incremento demográfico de la población de PM de 60 años es un desafío importante que enfrenta la sociedad, familia, academia y Gobiernos. Porque al vivir un proceso de envejecimiento se origina una variedad de características propias de dicha edad que deterioran su salud física y mental. Ante tal escenario, las demandas de dicho grupo etario brindan apertura de indagar conocimiento sobre el objeto de estudio de la salud mental y calidad de vida de las PM. Grupo heterogéneo, porque cada PM es diferente. En este sentido, la realidad social debe ser la misma que determine esa diferencia, principalmente a partir de las variables: sexo, edad, estado civil y nivel educativo (López, 2005).

Se retoma lo de López porque las características que evidencian dichas variables en este estudio no difieren mucho de la realidad tamaulipeca, específicamente de la población de Ciudad Victoria. En tal sentido, en Tamaulipas habitan 3,527,735 personas, de las cuales 1,791,595 son mujeres y 1,736,140 son hombres, mientras que, en Ciudad Victoria viven 349,688, (48.4% hombres y 51.6% mujeres), en cuanto a los adultos mayores, viven en Tamaulipas 426,227 (53.5% mujeres y 46.5% hombres), representando un 12.1% de la población total del estado (INEGI, 2020).

Tomando de referencia dichas estadísticas, en este estudio predominó mayor presencia de mujeres. Coincidiendo con resultados de Callís et al., (2021); Herrera et al., (2021) y Tenorio y Mucha et al., (2021), quienes reportaron una mayoría de mujeres participantes en sus indagaciones.

Tabla 9

Edad de las PM participantes

	PMI	**PMNI**
	(F) (%)	**(F) (%)**
60-65 años	5 (4.8%)	55 (54.5%)
66-70 años	19 (18.3%)	26 (25.7%)
Más de 71 años	80 (76.9%)	20 (19.8%)
Total	**104 (100.0)**	**101 (100.0%)**

Nota. La tabla evidencia la caracterización de la muestra. F = frecuencia; % = porcentaje.

En cuanto a la edad, se denomina viejos-jóvenes a las personas de 60 a 74 años, viejos-viejos a los de 75 a 84, viejos-longevos a los de 85 a 99 y centenarios a los que tienen 100 años o más (Mendoza-Núñez, s. f.). Partiendo de dicha clasificación y con base en los resultados, se evidencia la presencia de dos grupos en este estudio; los viejos-jóvenes que inician la etapa de la vejez (60-74 años) y un porcentaje mínimo de viejos-longevos.

Tabla 10

Estado civil de los participantes

	PMI	**PMNI**
	(F) %	**(F) (%)**
Casado (a)	11 (10.6%)	52 (51.5%)
Soltero (a)	13 (12.5%)	21 (20.8%)
Separado (a)	22 (21.2%)	12 (11.9%)
Viudo (a)	58 (55.8%)	16 (15.8%)
Total	**104 (100.0%)**	**101(100.0%)**

Nota. La tabla evidencia la caracterización de la muestra. F = frecuencia; % = porcentaje.

Respecto al estado civil de los participantes, la tabla 10 puede evidenciar que un porcentaje considerable de PMNI están casadas, mientras que una proporción parecida de las PMI son viudas(os). En tal sentido, INEGI (2024), reporta que un 52.6% de las Personas Mayores de 60 años o más se encuentran casadas, mientras que un 23.2% refirió ser viudo (a).

Dichas estadísticas del INEGI coinciden con los resultados de las PMNI, al resultar porcentajes similares en las PMNI; la mayoría estaban casados, mientras que un aproximado al 20% presentaban un estado civil de viudez en el escenario del COVID-19. Lo contrario sucedió con las PMI, quienes más del 50% se encontraban viudas y solo un 10.6% estaban casadas.

Tabla 11

Escolaridad de los participantes

	PMI	**PMNI**
	(f) (%)	**(f) (%)**
Primaria	60 (57.7%)	67 (66.3%)
Secundaria	20 (19.2%)	34 (33.7%)
Preparatoria	5 (4.8%)	0
Universidad	19 (18.3%)	0
Total	**104 (100.0%)**	**101 (100.0%)**

Nota. La tabla evidencia la caracterización de la muestra. F = frecuencia; % = porcentaje.

En el nivel educativo, las PMNI no acudieron a la preparatoria ni a la universidad a comparación de las PMI, quienes cursaron nivel medio y superior. Por ello, las PMI son parte del

17.9%, de las PM de 53 años en México que cuentan con estudios posteriores a la secundaria (10 o más años), de acuerdo con INEGI (2023).

Tabla 12

PM pensionadas o jubiladas

	PMI	**PMNI**
	(F) (%)	**(F) (%)**
Sí	49 (47.1%)	53 (52.5%)
No	55 (52.9%)	48 (47.5%)
Total	**104 (100.0%**	**101 (100.0%)**

Nota. La tabla evidencia la caracterización de la muestra. F = frecuencia; % = porcentaje.

La tabla 12 muestra que un aproximado al 50% de PMI cuentan con pensión o se jubilaron, además, la institución se encarga de brindarles lo que demanden en cuestiones médicas, alimentación, vestido, etcétera. Un porcentaje parecido de PMNI también se pensionó o jubiló. Pero, el resto se colocan en un estado mayor de vulnerabilidad económica porque aumenta su condición de pobreza, carecen de seguridad social y son dependientes económicamente de terceras personas. En este sentido, la pobreza es la expresión de desigualdad al final de la última fase de la vida (Huenchuan y Guzmán, s. f.).

Tabla 13

Enfermedad diagnosticada de los participantes

	PMI	**PMNI**
	(F) (%)	**(F) (%)**
Ninguna	23 (22.1%)	48 (47.5%)
Colesterol alto	4 (3.8%)	2 (2.0%)
Hipertensión	45 (43.3%)	23 (23.8%)
Diabetes	32 (30.8%)	28 (26.7%)
Total	**104 (100.0%)**	**101 (100.0%)**

Nota. La tabla evidencia la caracterización de la muestra. F = frecuencia; % = porcentaje.

Con relación a las enfermedades, un aproximado al 50% de PMI presenta hipertensión y diabetes, mientras que, cerca del 50% de PMNI manifestó estar sano. Esto explica que existe una

diferencia significativa entre la salud de ambos grupos. Sin embargo, un poco más del 50% de las PMNI tiene diabetes e hipertensión. Enfermedades que resultaron en las PM de los estudios de Sotomayor-Preciado et al., (2021); Fontes et al., (2020) y Tenorio y Mucha et al., (2021).

Padecimientos de base que presenta dicho grupo poblacional (Bonanad et al., 2020). El cual, presenta mayor riesgo a padecer enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, hipertensión y otras (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas, 2021).

Lo anterior, evidencia que la población mexicana de adultos mayores se caracteriza por alta prevalencia de diabetes e hipertensión, situándolos en una condición personal, ya que se encuentran en una fase de la vida de cambios biológicos, físicos, sociales, psicológicos y emocionales y también, afrontarán el impacto de dichas enfermedades en su vida (Carrera-Lara y González-Chávez, 2017).

En tal sentido, la diabetes es uno de los padecimientos con más prevalencia en el mundo (INEGI, 2023). Por lo anterior, dicha enfermedad al ser crónico degenerativa afectará la capacidad física y mental de las PM por el deterioro gradual que se va presentando y, por ende, afectará su salud mental y calidad de vida.

Tabla 14

Se contagió de COVID-19

	PMI (F) (%)	**PMNI (F) (%)**
Sí	12 (11.5%)	23 (22.8%)
No	92 (88.5%)	78 (77.2%)
Total	**104 (100.0%)**	**101 (100.0%)**

Nota. La tabla evidencia la caracterización de la muestra. F = frecuencia; % = porcentaje.

En la tabla 14 se puede evidenciar que una mayoría significativa de las PMI y de las PMNI no se contagió de COVID-19. Podría ser porque ambos grupos poblacionales atendieron las

indicaciones de salud para su cuidado en su contexto determinado, ya sea en la institución o en su vivienda. En adición, el personal y la familia fueron clave para evitar la infección debido a los cuidados que se les brindaron.

Por lo anterior y de manera general, los grupos participantes a pesar de estar inmersos en ambientes diferentes tienen características socio demográficas en común; predominan las mujeres, se encuentran en el inicio del envejecimiento y otros son viejos-longevos, significa que se encuentran en rangos de edad que inician una fase de transición.

Bajo este criterio, se puede explicar que Tamaulipas no tiene un porcentaje significativo de adultos mayores. Porque solamente el 12.1% de la población total del estado de Tamaulipas representa este grupo poblacional (INEGI, 2020a).

Ambos grupos no son analfabetos (as), son pensionados o jubilados, presentan en porcentajes importantes las mismas enfermedades. Sumando a lo anterior, en el escenario de COVID-19 las PMI y PMNI recibieron una atención y cuidado importante en casa hogar y en casa (familia) de parte de sus cuidadores (as) primarios para evitar contagios y por ende la muerte, porque en ambos grupos el porcentaje de contagio por COVID-19 fue mínimo.

Resultado contrario al de Callís et al., (2020); Cataldi, (2020) y Gallegos et al., (2020), quienes mencionaron que las PM de 60 años fueron las más afectadas por COVID-19 en las Américas y consideradas vulnerables y principal grupo de riesgo ante contagio.

Con lo planteado en la caracterización de los participantes de este estudio, se considera al envejecimiento y a la vejez como un objeto de estudio pertinente y un problema social del siglo XXI.

4.2. Fase Cuantitativa

El apartado muestra el resultado del análisis descriptivo del componente mental general de la escala SF-12 y de cada uno de los ítems que lo conforman en ambos grupos, se identifican los niveles de las dimensiones física, psicológica, social y ambiental. Las cuales, conforman la calidad de vida de la escala WHOQOL-BREF. También se presenta el resultado del análisis estadístico inferencial mediante la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes.

4.2.1. Salud Mental de las PMI y de las PMNI

El apartado da respuesta al objetivo específico número uno: identificar la percepción respecto a la salud mental de las PMI y de las PMNI ante el COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Evidenciando la tabla 5 los ítems del componente mental de ambos grupos poblacionales.

Tabla 15

Ítems del componente mental del instrumento SF-12

		Frecuencia	**Porcentaje**
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?			
Válido	Sí	30	28.8
	No	74	71.2
PMI	**Total**	**104**	**100.0**
¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?			
Válido	Sí	26	25.0
	No	78	75.0
PMI	**Total**	**104**	**100.0**
¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?			
Válido	Siempre	26	25.0
	Casi siempre	77	74.0
	Algunas veces	1	1.0
PMI	**Total**	**104**	**100.0**

		Frecuencia	Porcentaje
	¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?		
Válido	Siempre	10	9.6
	Casi siempre	52	50.0
	Algunas veces	41	39.4
	Muchas veces	1	1.0
PMI	**Total**	**104**	**100.0**
	¿Se sintió desanimado y triste?		
Válido	Siempre	1	1.0
	Casi siempre	5	4.8
	Algunas veces	36	34.6
	Muchas veces	15	14.4
	Solo alguna vez	35	33.7
	Nunca	12	11.5
PMI	**Total**	**104**	**100.0**
	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?		
Válido	Sí	29	28.7
	No	72	71.3
PMNI	**Total**	**101**	**100.0**
	¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?		
Válido	Sí	32	31.7
	No	69	68.3
PMNI	**Total**	**101**	**100.0**
	¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?		
Válido	Siempre	32	31.7
	Casi siempre	68	67.3
	Algunas veces	1	1.0
PMNI	**Total**	**101**	**100.0**
	¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?		
Válido	Siempre	22	21.8
	Casi siempre	63	62.4
	Algunas veces	16	15.8
PMNI	**Total**	**101**	**100.0**
	¿Se sintió desanimado y triste?		
	Siempre	2	2.0
Válido	Casi siempre	6	5.9
	Algunas veces	49	48.5
	Muchas veces	18	17.8
	Solo alguna vez	23	22.8
	Nunca	3	3.0
PMNI	**Total**	**101**	**100.0**

Nota. Análisis del ítem seis de la dimensión mental del SF-12.

Al analizar por separado los cinco ítems del componente mental del SF-12, la tabla 15 destaca que la mayoría de las PMI hicieron lo que hubieran querido hacer sin estar tristes, deprimidos o nerviosos; porcentaje similar se obtuvo en las PMNI. Sin embargo, un número considerable en ambos grupos realizaron lo que quisieron hacer presentando problemas emocionales como estar triste, deprimido o nervioso.

En cuanto a no realizar su trabajo o actividades diarias cuidadosamente como de costumbre por estar triste, deprimido o nervioso, un porcentaje menor de las PMI y de las PMNI no presentaron los sentimientos referidos. En cuanto al ítem sobre la calma y tranquilidad, una gran cantidad de las PMI y de las PMNI participantes casi siempre y siempre estuvieron calmados y tranquilos ante el COVID-19. Este resultado puede explicarse porque las PM han vivido en el transcurso de su vida otras epidemias, dejando en este grupo etario aprendizajes significativos y la capacidad resiliente para afrontar el COVID-19.

Coincidiendo con Osorio-Parraguez et al., (2021), quienes refieren que las PM tienen diferentes fortalezas y capacidad de agencia que han obtenido a partir de su experiencia biográfica, permitiéndoles enfrentar la crisis sociosanitaria. Cabe destacar que la mayoría casi siempre y algunas veces presentaron mucha energía ante el COVID-19, mientras que porcentajes similares de las PMNI contestó siempre y casi siempre. Significa que no existió fatiga en las PM ante el COVID-19, sino, todo lo contario.

Resultado que coincide con Tenorio-Mucha et al., (2021), quienes destacan que menos del 25% de las PM participantes en su estudio presentó sensación de fatiga durante la pandemia por COVID-19. A pesar de lo planteado, el resultado muestra que algunas veces y muchas veces, un aproximado a la mitad de las PMI refirió sentirse desanimada y triste, por su parte, una mayoría de las PMNI, algunas veces y muchas veces presentaron desánimo y tristeza ante COVID-19.

Esto explica que, a pesar de realizar sus actividades sin mostrar problemas emocionales, estar calmadas, tranquilas y con mucha energía, en algún momento de su vida ante el COVID-19, las PM participantes presentaron desánimo y tristeza. Coincidiendo con lo que evidenció en su mayoría el estado del arte construido en esta indagación; que COVID-19 afectó la salud mental de las PM de manera significativa (Kessler y Bowen, 2020; Rodríguez et al., 2022; Buitrago et al., 2021; Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina, 2021 y otros).

Por lo anterior, el resultado respecto a los cinco ítems del componente mental es aparentemente un poco alentador, sin embargo, se identificó que un porcentaje considerable de las PMI y de las PMNI presentaron desánimo y tristeza ante COVID-19. Por lo tanto, su percepción respecto a la salud mental ante COVID-19, no fue buena en su totalidad.

Si bien ambos grupos de participantes enfrentaron la pandemia de COVID-19, sus experiencias fueron distintas debido a sus diferentes entornos y rutinas diarias. Según Lebrasseur et al. (2021), los síntomas psicológicos, el deterioro físico y la reducción de actividades cotidianas suelen asociarse con una disminución en la calidad de vida. Esto evidencia el papel fundamental que juega la salud mental en el bienestar general de las personas mayores.

4.2.2. Calidad de Vida y Salud General de las PMI y de las PMNI

El apartado muestra el resultado de los dos primeros ítems del instrumento WHOQOL-BREF, enseguida se da respuesta al objetivo específico dos: identificar el nivel de calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica, social y ambiental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19 en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

Tabla 16

Calidad de vida y salud general de las PM (escala WHOQOL-BREF)

Calidad de vida	**PMI**		**PMNI**		**Salud**	**PMI**		**PMNI**	
	F	%	F	%		F	%	F	%
Muy mala	1	1.0	2	2.0	Muy insatisfecho/a	5	4.8	2	2.0
Regular	23	22.1	23	22.8	Un poco insatisfecho/a	50	48.1	17	16.8
Normal	55	52.9	55	54.5	Lo normal	30	28.8	56	55.4
Bastante buena	21	20.2	14	13.9	Bastante satisfecho/a	16	15.4	18	17.8
Muy buena	4	3.8	7	6.9	Muy satisfecho/a	3	2.9	8	7.9
Total	**104**	**100.0**	**101**	**100.0**	**Total**	**104**	**100.0**	**101**	**100.0**

Nota. La tabla evidencia el análisis del ítem uno y dos del instrumento WHOQOL-BREF

Se puede identificar en la tabla 16 que un poco más de la mitad de las PMI y de las PMNI participantes calificaron su calidad de vida normal. Los resultados coinciden con los de Oscco y Silva, (2021); Chinchay y Rodríguez, (2021); Quiroga-Sanzana et al., (2022); Fernández y Urgiles (2023), debido a que las PM participantes en sus respectivas indagaciones, estimaron su calidad de vida con un nivel medio/normal/intermedia ante COVID-19. Dicho resultado puede ser por la experiencia de las PM ante diferentes situaciones complejas que se les han presentado en el transcurso de su vida, además, la capacidad de resiliencia en los adultos mayores participantes de este estudio es significativa frente a escenarios como el COVID-19.

Sin embargo, el resultado discrepa de Soto (2021) y Espinosa (2021), quienes reportaron en sus estudios una CV regular en las PM ante COVID-19. Significa que cada PM se encontraba

inmersa en diferentes contextos, pero en un escenario complejo de COVID-19. Por lo tanto, cada uno de los Adultos Mayores percibe su calidad de vida y salud de manera diferente.

Respecto al ítem dos del instrumento WHOQOL-BREF, un aproximado al 50% de las PMI, percibió su salud general un poco insatisfecha ante COVID-19. Coincidiendo con resultados de Herrera et al., (2021), quienes encontraron que debido al COVID-19, el estado de salud en general de sus participantes empeoró. Sin embargo, Quiroga-Sanzana et al., (2022) y Fernández y Urgiles (2023), reportaron que un aproximado al 50% de las PM, percibieron su salud general normal e intermedia ante COVID-19. Pero, cerca del 60% las PMNI percibieron su salud normal.

De acuerdo con lo planteado, al pasar los años en las personas y llegar a la fase de la vejez, las enfermedades no mitigan, sino, todo lo contrario, siguen en aumento y las que ya están, van deteriorando la salud mental y, por ende, la calidad de vida de las PM.

Por lo anterior, se considera que existe una relación entre la salud y la calidad de vida general en el sentido de que, si un ser humano se siente enfermo, puede generar cambios en dimensiones que componen su calidad de vida como la familia, su trabajo, inclusive su entorno psíquico y sociopolítico (García-Viniegras, 2005). Dicha relación se complementa con lo que refiere la OMS (2024), al definir la salud como un completo estado de bienestar corporal, cerebral y social y, no solamente, como una carencia de enfermedad.

4.2.3. Dimensión Física, Psicológica, Social y Ambiental de las PMI y PMNI

El apartado brinda respuesta al objetivo específico número dos, porque se identifica el nivel de la calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica, social y ambiental de las PMI y de las PMNI ante COVID-19.

Tabla 17

Dimensión física, psicológica, social y ambiental (escala WHOQOL-BREF)

Nivel	F	%	F	%
	PMI		PMNI	
	Dimensión física			
Bajo	17	16.3	7	6.9
Medio	71	68.3	72	71.3
Alto	16	15.4	22	21.8
Total	**104**	**100.0**	**101**	**100.0**
	Dimensión psicológica			
Bajo	9	8.7	6	5.9
Medio	75	72.1	64	63.4
Alto	20	19.2	31	30.7
Total	**104**	**100.0**	**101**	**100.0**
	Dimensión social			
Bajo	48	46.2	21	20.8
Medio	56	53.8	76	75.2
Alto			4	4.0
Total	**104**	**100.0**	**101**	**100.0**
	Dimensión ambiental			
Bajo	1	1.0	25	24.8
Medio	103	99.0	76	75.2
Alto				
Total	**104**	**100.0**	**101**	**100.0**

Nota. Se muestra el resultado del análisis de la dimensión física, psicológica, social y ambiental de las PMI y de las PMNI.

Para dar respuesta al objetivo planteado, es necesario explicar que teóricamente, la calidad de vida se aborda por una cantidad considerable de investigadores y diversas áreas; es un constructo complejo que implica diferentes dimensiones. En concordancia, existe un aumento importante en el uso y dificultades al delimitar las dimensiones de la calidad de vida (Urzúa y Craqueo, 2012).

En tal sentido, Romero et al., (2010), consideran la dimensión física, la dimensión psicológica y la dimensión social. Por su parte, Verdugo et al., (2009), contemplan el bienestar físico, emocional, material, las relaciones interpersonales, la inclusión social, el desarrollo personal, la autodeterminación y los derechos. Para este estudio, se retomó la dimensión física, psicológica, social y ambiental.

Sin embargo, a pesar de las dimensiones planteadas, se enfatiza que las PM son seres únicos inmersos en un tiempo y ambiente determinado; donde de manera particular le dan más valor a una dimensión que a otra; percibiendo su calidad de vida diferente. Desde este punto de vista, la tabla 17 muestra que una mayoría significativa de las PM percibió un nivel medio en su dimensión física, psicológica, social y ambiental.

Este resultado coincide con Oscco y Silva (2021) y Buitrago et al., (2021), quienes encontraron que más del 50% de las PM que participaron en su estudio, presentaron un nivel medio en el bienestar emocional y bienestar físico. Pero, difiere con Soto (2021), quien evidenció que un 78% de las PM percibieron “regular” su dimensión física, psicología y social, así mismo, Espinoza (2021), refiere que las dimensiones de la CV en las PM estuvieron muy débiles. Significa que COVID-19 dejó efectos más significativos en las PM participantes de Soto (2021) y Espinoza (2021) que en las PM participantes de este estudio.

En tal sentido, el distanciamiento social disminuyó los niveles de actividad física y podría impactar negativamente en la salud física (Castañeda-Babarro et al., 2020). Mostrando que la pandemia dejó limitaciones de movilidad (Nicola et al., 2020). Afectando la salud física y mental de las PM ante el COVID-19 (Oscco y Silva, 2021). Sin embargo, al acatar la medida establecida y emergente (distanciamiento social), se evitaron contagios y, por ende, la muerte.

Por su parte, el Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina (2021), refiere que un 73% de las PM participantes en el estudio que llevaron a cabo, sufrió un nivel de impacto en lo físico, emocional, social o salud por la pandemia. Sumando a lo anterior, Guerrero et al., (2022), mencionaron un impacto notable del COVID-19 en la salud física, emocional y social de las PM. Sin embargo, dichos autores no mencionan cuánto fue el impacto.

Por otro lado, es importante destacar el resultado que se observa en la tabla 18 respecto a la dimensión ambiental, porque se identificó que una gran mayoría de los participantes percibieron un nivel medio y ninguna persona refirió un nivel alto en dicha dimensión. Dicho resultado difiere con Quiroga-Sanzana et al., (2022), quienes encontraron una buena percepción en las PM ante COVID-19 respecto a la dimensión señalada.

Por su parte, Soto (2021), reportó que las PM participantes en su indagación percibieron un nivel regular. Explicando con ello, que el ambiente es relevante en la apreciación de la CV de las PM. Significa que las PM ante el COVID-19, se fueron adaptando forzosamente en su contexto a vivir bajo las medidas implementadas.

Lo anterior, se puede explicar desde la teoría ecológica y de sistemas sociales, porque dicha población se encuentra en un tiempo y contexto determinado, en el cual, interactúa y se relaciona con el ambiente y otros sistemas (personal y familia), ya que, en las PM las relaciones sociales se disiparon ante el COVID-19. Pero, fueron más estrechas con el microsistema más cercano; en este

caso, las personas de la institución (PMI) y la familia (PMNI) se posicionaron como el primer y significativo vínculo de apoyo.

Al respecto Bronfenbrenner (1979), refiere que esta adecuación se va creando mediante un proceso afectado por las relaciones que se constituyen en los ambientes donde participa el ser humano y los contextos más amplios en los que esos entornos se incluye. Significa que ante el COVID-19, el trato, la atención, el cuidado, la infraestructura, la relación, e interacción que existió en los dos contextos en los que estaban inmersas las PM (casa hogar y familiares), a pesar de las medidas implementadas fueron determinantes para dicho resultado.

Con lo mencionado, se confirma el postulado de la teoría ecológica. El cual menciona que el desarrollo del individuo comprende un estudio científico de la progresiva acomodación recíproca entre el ser humano activo y propiedades cambiantes de los contextos en los que viven (Bronfenbrenner, 1979). Con base en lo anterior, la teoría ecológica explica la calidad de vida de las PM tomando en cuenta el ambiente en el que se encuentra inmerso el adulto mayor y el grado de competencia del sujeto, denominándolo sistema persona-ambiente.

Más específicamente, la institución y la vivienda fueron el microsistema de las PM participantes; lugares donde pasaron su mayor tiempo ante el COVID-19. Por lo tanto, la seguridad en los microsistemas mencionados fue significativa para llevar a cabo actividades físicas (dimensión física). En tal sentido, las PMI solo se mantenían en los dormitorios, mientras que las PMNI con el uso de cubrebocas podían salir al patio de su casa, acudir a la tienda de la esquina y con ello, no se encontraban sedentarios ante el COVID-19.

En cuanto al mesosistema y la dimensión física, las PM participantes interactuaron con diversos microsistemas; en el caso de las PMI se relacionaron con el personal de la institución, mientras que la relación entre la vivienda, fueron los microsistemas de las PMNI ante el COVID-

19. Respecto al exosistema, ciertas políticas influyeron en el acceso a recursos físicos necesarios para una mejor calidad de vida. Por último, el macrosistema implicó las acciones culturales hacia la vejez, así como la infraestructura pública diseñada en casa hogar y en la vivienda. Lo mencionado, influyó en el resultado de la percepción de un nivel medio en la mayoría de los participantes en la dimensión física.

Tocante al microsistema y la dimensión psicológica, las relaciones más cercanas de las PMI ante el COVID-19, fueron con el personal de la institución, mientras que las PMNI se relacionaron con su familia. Sin embargo, dichas interacciones debieron ser de calidad (mesosistema) en los dos entornos abordados en este estudio. Por otro lado, las redes de apoyo social y servicios (exosistema), tanto de la institución como del hogar de las PM jugaron un papel importante al brindar los recursos necesarios y pertinentes para un bienestar mental adecuado.

Igualmente, las normativas, políticas y actitudes culturales (macrosistema) sobre la salud mental influyeron en el acceso y búsqueda de apoyo psicológico ante la pandemia en la institución (PMI) y en el centro de salud (PMI). Destacando los niveles mencionados de la teoría ecológica como cruciales en el nivel medio que se identificó en la dimensión psicológica de una mayoría de los participantes.

Con relación a la dimensión social, el microsistema de las PMI fueron las relaciones directas que existieron ante el COVID-19; el personal de la institución y sus cuidadores por turno para las PMI, mientras que, para las PMNI las relaciones directas fueron su familia, sus vecinos y amistades. Formando dichas relaciones una base de apoyo social para las PM. El nivel del mesosistema se centró en la interconexión que se dio entre los sistemas mencionados y los servicios sociales, los cuales, fueron un apoyo primordial para que los participantes vivieran en un entorno de apoyo ante un escenario complejo de pandemia.

Se enfatiza, además, la estructura de la institución y del hogar de los participantes (exosistema), ya que brindaron ante la pandemia una oportunidad de interacción social y apoyo aún frente a las medidas de aislamiento y distanciamiento social. Cabe destacar que existieron en la institución programas y políticas sociales (macrosistema) que promovieron la inclusión social, aunque fuera en el dormitorio (PMI). Por lo tanto, los niveles mencionados fueron determinantes para la percepción de un nivel medio en la dimensión social de la mayoría de las PMI y de las PMNI.

Con respecto a la dimensión mental, el entorno inmediato como la institución y el hogar (microsistema) fueron relevantes en la salud mental y calidad de vida de las PM ante COVID-19. La interacción que se dio entre los diversos entornos físicos (mesosistema) de cada grupo como la relación en casa hogar (PMI) y en la vivienda (PMNI), afectó de manera positiva o negativa la movilidad y acceso a los recursos de los participantes. Mientras que las políticas sobre urbanidad y recursos comunitarios e institucionales disponibles en pandemia inquietaron de alguna manera el entorno en el que se encontraban las PM. Las normas y valores (macrosistema) culturales que existieron ante el COVID-19 en cuanto al cuidado del ambiente que los rodeaba influyó en las condiciones de vida en las que se encontraban ambos grupos etarios porque se identificó un nivel medio en la dimensión mental.

Resumiendo, en este estudio la teoría ecológica y de sistemas sociales brindaron un marco pertinente para explicar cómo las dimensiones de la calidad de vida abordadas en las PM participantes se interrelacionaron y fueron influenciadas por diversos niveles de su entorno (casa hogar y vivienda). Se considera que dicho enfoque integral es significativo en la salud mental y calidad de vida de las PM. Evidenciando el proceso-persona-contexto-tiempo (PPCT), que refiere

la teoría ecológica. Mostrando, además el acoplamiento estructural de los sistemas (PM) en su diferente entorno en un tiempo de COVID-19.

Tabla 18

Análisis de la calidad de vida mediante la escala WHOQOL-BREF

Calidad de vida total (24 ítems)				
	PMI		PMNI	
	F	%	F	%
Bajo	3	2.9	5	5.0
Medio	90	86.5	84	83.2
Alto	11	10.6	12	11.9
Total	**104**	**100.0**	**101**	**100.0**

Nota. Se muestra la frecuencia (F) y porcentaje (%) del nivel de la calidad de vida total.

En la tabla 18 se puede evidenciar que la mayoría de las PM participantes percibió su calidad de vida (24 ítems) con un nivel medio. Coincidiendo con resultados de Oscco y Silva (2021), donde un porcentaje parecido de PM evaluó su CV media. Por su parte, Chinchay y Rodríguez (2021), mostraron un nivel medio en las PM respecto a su satisfacción con la vida, pero en menor porcentaje (37.1%). Mientras que Fernández y Urgiles (2023), mencionaron que las PM percibieron una calidad de vida ni satisfecha ni insatisfecha ante COVID-19.

4.2.4. Salud Mental de las PMI y de las PMNI ante el COVID-19

En el análisis y resultado que se muestra en la tabla 19, se brinda respuesta al objetivo tres de comparar la salud mental de las PMI y de las PMNI ante el COVID-19. Dicho análisis se realizó mediante los rangos promedios.

Tabla 19

Diferencias entre la salud mental de las PM (componente mental del SF-12)

	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Salud mental	PMI	104	115.23	11983.50
	PMNI	101	90.41	9131.50
	Total	**205**		

Nota. La tabla evidencia el análisis inferencial mediante la prueba de Man Whitney.

En la tabla 19 se muestra que el rango promedio de las PMI resultó más alto que las PMNI. Este resultado evidencia que fue mejor la salud mental ante el COVID-19 de las PMI que la de las PMNI. Lo cual, puede explicarse porque las PMI ya estaban encerradas y aisladas en la institución antes del COVID-19 porque tienen tiempo considerado y se han adaptado de manera forzosa a vivir cotidianamente encerrados dentro de la casa hogar.

4.2.5. Calidad de vida de las PMI y de las PMNI ante el COVID-19

El análisis y resultado que se muestra en la tabla 20 brinda respuesta al objetivo número cuatro: comparar la dimensión física, psicológica, social y ambiental de las PMI y de las PMNI ante el COVID-19.

Tabla 19

Diferencias en cuanto a la CV y dimensiones (WHOQOL-BREF)

	PMI (N=104)					PMNI (N=101)					Estadísticos de prueba[a]				
Variable	Media	±	DE	Rango promedio	Suma de rangos	Media	±	DE	Rango promedio	Suma de rangos	Z	U	*p*	1- β	*d*
CV	76.1	±	9.5	99.1	10311.0	77. 0	±	11.4	107.0	10804.0	-0.95	4851.0	0.345	0.09	0.085
DF	20.4	±	4.7	84.6	8794.5	23.2	±	4.4	122.0	12320.5	-4.53	3334.5	0.001	0.99	0.615
DP	19.3	±	3.3	88.7	9229.5	20.9	±	3.6	117.7	11885.5	-3.50	3769.5	0.001	0.90	0.463
DS	7.9	±	1.2	84.3	8762.0	9.0	±	2.1	122.3	12353.0	-4.72	3302.0	0.001	0.99	0.643
DA	28.5	±	2.8	139.2	14476.5	23.8	±	3.6	65.7	6638.5	-8.89	1487.5	0.001	1.00	1.457

Nota. Z = valor Z; U = valor U; *p* = valor de significancia; 1-β = potencia estadística con análisis post hoc; *d* = tamaño del efecto con estadístico Cohen´s; [a] Prueba U de Mann-Whitney para datos no paramétricos para grupos independientes; CV = calidad de vida; DF = dimensión física; DP = dimensión psicológica; DS = dimensión social; DA = dimensión ambiental.

Se destaca que la tabla 20 muestra las diferencias en los rangos promedios en cuanto a la calidad de vida y las dimensiones que la conforman; en relación con la calidad de vida, se evidencia un rango promedio superior en las PMNI. Significa que dicho grupo poblacional percibió mejor calidad de vida general que las PMI ante el COVID-19.

Referente a la dimensión física, se observa una diferencia estadísticamente significativa porque el rango promedio más alto se observa en las PMNI, esto se podría explicar porque antes del COVID-19, ya contaban con una rutina habitual, salían de casa, interactuaban y socializaban con su familia, vecinos, amigos, etc. que quizá no se alteró ante la pandemia de manera significativa porque se sentaban y caminaban fuera de casa a pesar de las medidas implementadas, salían a la tienda de la esquina con su cubrebocas.

Esto significa que aún ante la pandemia, seguían en movimiento físico. No estaban postrados en cama. Lo contrario sucedió con las PMI ante el COVID-19, debido a que en la institución se cancelaron las actividades físicas y debían acatar las medidas implementadas porque eran vigilados constantemente. Además, debían permanecer en su habitación, volviéndolos sedentarios ante dicha pandemia con espacios limitados sin tener múltiples y variadas opciones de llevar a cabo actividades físicas.

Por lo tanto, su actividad física si se afectó considerablemente, evidenciando un rango promedio inferior al de las PMNI. Por lo tanto, se evidencia que la dimensión física de las PMNI fue mejor que la de las PMI ante COVID-19.

Tocante a la dimensión psicológica, el rango promedio más alto se observa en las PMNI, porque al vivir en ambientes diferentes, es desigual su vida cotidiana; las PMNI antes del COVID-19 interactuaban con una cantidad considerable de personas como sus pares, su familia, sus amigos y vecinos; recibiendo con ello un afecto o cariño significativo, además, las redes mencionadas se

preocupaban y estaban pendientes de dicho grupo poblacional. Lo contrario ocurrió con las PMI ante el COVID-19, debido a que solo interactuaban brevemente con el personal en turno; no generando un apego con una sola persona, debido a la rotación de personal y diversos turnos laborales.

Durante la pandemia, la institución intensificó las restricciones de visitas familiares, grupales y de voluntariado, las cuales ya eran limitadas antes de la crisis sanitaria. Esta situación profundizó la carencia de contacto afectivo en las personas mayores institucionalizadas, afectando su sensación de protección y cariño. No obstante, el personal de la institución mantuvo una atención continua y dedicada, garantizando cuidados las 24 horas del día mediante la rotación de turnos matutinos y vespertinos.

Por lo mencionado, se puede decir que la dimensión psicológica no fue buena en su totalidad, confirmándolo con resultados de los ítems del componente mental del instrumento SF-12, en los que se identificaron sentimientos de desánimo y tristeza en ambos grupos poblacionales.

Referente a la dimensión social, el rango promedio más alto resultó en las PMNI, esto podría deberse a que los adultos mayores continuaban socializando con los integrantes de su familia, con los vecinos o amistades a pesar del distanciamiento, pero con las medidas necesarias (cubrebocas y guardando la distancia). Lo contrario ocurrió con las PMI, debido a que se presentó una dimensión social muy diferente a las PMNI; viviendo una adaptación forzosa en su vida dentro de la institución; donde solo existía el personal porque ni a sus pares les permitían ver ante el COVID-19, se restringieron visitas familiares y de estudiantes que realizaban su servicio social o prácticas profesionales. Enfatizando un doble encierro ante dicha pandemia.

Concerniente a la dimensión ambiental de las PM ante el COVID-19, se muestra una diferencia estadísticamente significativa porque el rango promedio más alto se evidenció en las

PMI. Significa que dicho grupo etario se encontraba satisfecho con las condiciones del lugar en el que vivía ante el COVID-19. Mientras que las PMNI, no percibieron lo mismo porque el rango promedio que resultó en dicha dimensión estuvo por debajo del obtenido en las PMI. Quizá las PMNI eran libres, salían de casa, interactuaban con los vecinos, etc. Sin embargo, en ciertos casos, las condiciones de su vivienda y colonia no eran las adecuadas, debido a la escasez de agua potable y entubada, calles empedradas, falta de alumbrado público, etc.

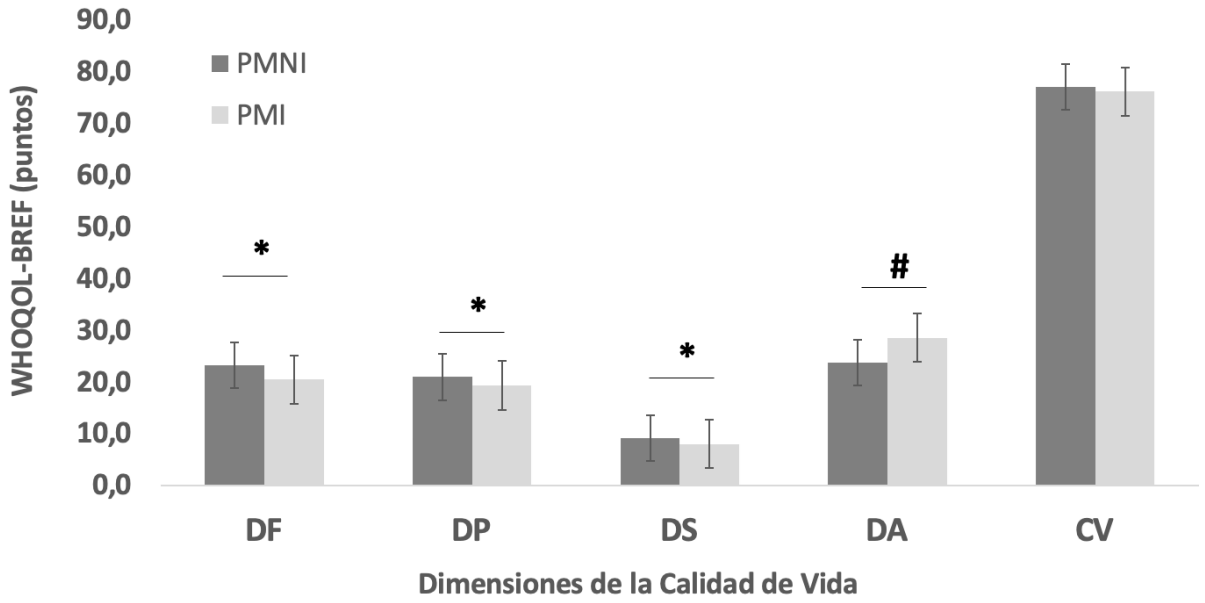
Por lo descrito respecto a los rangos promedio de las dimensiones de la calidad de vida de las PMI y de las PMNI, se puede observar diferencias. Sin embargo, es necesario destacar cuánta es la significancia entre ambos grupos. Por ello, la tabla 20 también muestra los estadísticos de prueba para datos no paramétricos, en los cuales, se observan valores de significancia (*p*) menores a 0.05.

En tal sentido, los resultados de la tabla 20 muestran que las PMNI presentaron valores significativos más altos en la dimensión física, psicológica y social (p=0.05). Además, estas tres dimensiones de la calidad de vida presentaron un tamaño de efecto de moderado a grande (Cohen, 1992). También, se destaca otro aspecto importante respecto a que se logró una potencia de 0.99, 0.90 y 0.99. Por lo tanto, existen diferencias significativas entre las dimensiones física, psicológica, social y ambiental de las PMI y de las PMNI. Mientras que en la calidad de vida total (26 ítems) no resultó significancia.

Por otra parte, se consideró pertinente mostrar las diferencias que existen entre las medias grupales que resultaron al llevar a cabo el análisis en cuanto a la calidad de vida (26 ítems), así como de la dimensión física, psicológica, social y ambiental. Las cuales, se pueden observar en la figura 7.

Figura 7

Medias grupales de las dimensiones de la CV de la escala WHOQOL-BREF en las PMI y PMNI



Nota. * $p < 0.05$ diferencias significativamente mayores en la dimensión física, psicológica y social en las PMNI que en las PMI; # $p < 0.05$ diferencia significativamente mayor en la dimensión ambiental en las PMI que en las PMNI. PMI = Personas Mayores Institucionalizadas; PMNI = Personas Mayores no Institucionalizadas; CV = calidad de vida; DF = dimensión física; DP = dimensión psicológica; DS = dimensión social; DA = dimensión ambiental.

Por lo tanto y con base en los resultados obtenidos en el enfoque cuantitativo (fase 1), se puede decir que se acepta la hipótesis de investigación planteada porque las PMI presentaron mayor afectación en su salud mental y calidad de vida que las PMNI ante COVID-19. Además, se identificó en ambos grupos un nivel medio en la calidad de vida total (26 ítems) y en las dimensiones mencionadas. Sumando a lo anterior, es significativo señalar que, aunque se encontraban en contextos desiguales, vivieron las PMI y las PMNI en un escenario complejo y mortal de COVID-19.

4.3. Fase Cualitativa

Figura 8

Nube de palabras

Nota. La figura evidencia las palabras significativas mencionadas por las PM participantes en la investigación.

Cabe destacar que, al realizar el análisis cualitativo surgieron las categorías: “dependencia”, “afrontamiento”, “muerte”, “religión”, “resiliencia” y “redes de apoyo”. Siendo los hallazgos más significativos las redes de apoyo y la resiliencia (tabla 22).

4.3.1. Experiencias Gratas y no Gratas de las PMI y de las PMNI

La categoría “experiencia” se clasificó en gratas y no gratas con el fin de dar respuesta al objetivo específico número cinco del enfoque cualitativo de la investigación que menciona: explorar las experiencias vividas ante COVID-19 desde la perspectiva de las PMI y de las PMNI de Cd. Victoria, Tamaulipas, México.

Tabla 20

Experiencias vividas

	Experiencias
	Actividades individuales [estrategias] Leer, tejer y ver televisión y escuchar música. Fuller y Huseth-Zosel (2020), los participantes se mantuvieron ocupados. Estrategias emergentes de afrontamiento ante a la situación (Pisula et al., (2020). Apoyo familiar y de amigos (red de apoyo). Personal de la institución, familia y amistades. Redes de contención Pisula et al., (2020).
Gratas	Cuidados Personal Casa Hogar y familia. Adaptación (resiliencia) Experiencias del ámbito social, emocional y cambios en su cotidianidad, llevando a una adaptación forzada (Nah-Escamilla et al., 2023). Optimismo (resiliencia). Fuller y Huseth-Zosel (2020), los participantes tuvieron mentalidad positiva
No gratas	Cambios significativos en ambos grupos. Cambio drástico en la CV de PM por covid-19 Espinoza (2021). Sentimientos negativos Miedo, depresión, ansiedad, incertidumbre, tristeza Iraizoz et al., (2021; Fernández-Ballesteros et al., 2020). Dependencia Es probable que dejar de realizar algo por COVI-19, cause problemas de salud mental como miedo, ansiedad y frustración (Pastor, 2020). Alteraciones familiares. Alteración de dinámicas familiares y sociales generando efectos psicológicos significativos (Gonzales-Soto, 2021). Aislamiento y distanciamiento. Pérdidas, muerte.

Experiencias
La pérdida de un ser querido involucra un periodo posterior de adaptación (Bermejo et al., 2016).

Nota. La tabla muestra las experiencias vividas ante COVID-19 de ambos grupos.

4.3.2. Libro de Códigos

Tabla 21

Libro de códigos

Código	Definición	Ejemplo (fragmento de las experiencias recuperadas)
Aislamiento y distanciamiento social	Estado en el que las personas pierden contacto directo o indirecto con las personas o instituciones de la sociedad, manifestando escaza o nula interacción e interrelación (Calle-Rodriguez et al., 2021).	"estar encerrada, la incertidumbre…todo eso, pues si, si me afecto".
Apoyo social	Acción, conducta o comunicación que tiene la intención de proteger o ayudar a otro u otros a enfrentar circunstancias problemáticas individuales, grupales o sociales (Ander Egg, 2008).	"que me ayudaron en mi proceso de progreso, de con mis hijas cuando yo me fui a México a estudiar"
Bienestar	Estado ideal que toda persona desea (Madrid-Ramírez, 2017).	"aaaaaa k rico, ya me quité todo eso…"
Conflictos familiares	Discusión entre dos o más integrantes de la familia porque existen diferentes maneras de pensar y no se llega a un acuerdo.	"me afectaban más la conducta de mis hijas, que eran muy exageradas…"
Cuidados	Atención y apoyo necesarios a lo largo de la vida de las personas, desde la niñez hasta la vejez, asimismo en instantes de padecimiento o dependencia (OPS, 2023).	"seguiría las indicaciones que dieran en la Secretaría de Salud…me vacunaría inmediatamente si hubiera la oportunidad"
Dios	Creador del universo.	ay válgame dios esto... Dios mío
Familia	Grupo de personas unidas por lazos sanguíneos y afectivos.	"gracias a Dios ningún familiar"

Código	Definición	Ejemplo (fragmento de las experiencias recuperadas)
Dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable (Raja et al., 2020).	"me dejó una huella… mmm por las personas que perdí …"
Duelo	Realidad que se presenta en la vida de las personas en un momento determinado y que, en momentos, un afrontamiento que no sea adecuado lleva a sufrir un duelo complejo (Bermejo et al., 2016).	"la pérdida de mis amigos, de mis amistades…que perdí no se me olvida, nunca nuncaaa lo voy a olvidar …"
Edad	Años que tiene una persona a partir de su nacimiento.	"ya viví muchos años"
Efectos de COVID-19	Consecuencias que dejó la pandemia.	"todo eso pues si me afecto, si me afecto medianamente"
Experiencia	Conocimiento al que las personas acceden objetivamente, es lo que se conoce con certeza, se limita a experiencias empíricas particulares, es decir, a lo que se experimenta de hecho (Gómez, 2022).	"ya viví muchos años y la muerte es una amiga que le viene a uno a quitar los sufrimientos…"
Resiliencia	Capacidad que tienen los seres humanos para adaptarse, superar momentos difíciles y hacerlos más fuertes.	"sobrevivimos… somos triunfadores …"
Fragilidad	Síndrome geriátrico previo a la aparición de dependencia funcional, que permite identificar personas con más riesgo de dependencia, institucionalización, efectos adversos de medicinas, mortandad y otros sucesos negativos de la salud (Acosta-Benito y Martín-Lesende (2022).	"somos frágiles yyy…ni modo…"
Incertidumbre	Falta de confianza, seguridad o certeza sobre lo que se decía de COVID-19 y todo lo que implicaba la enfermedad, contagios y muerte.	"la incertidumbre…todo eso, pues si, si me afectó"
Independiente	Persona que lleva a cabo sus actividades sin apoyo de nadie.	"me previ desde antes a hacer mis compras mmm"
Conocimiento	Información que se obtiene de diversos medios.	"cuántos muertos se iban sumando cada día y cada día iban aumentando más los miles de muertos... en las noticias que en

Código	Definición	Ejemplo (fragmento de las experiencias recuperadas)
		china que ya van dos, que acá, que ayayay…"
Malestar	Sensación subjetiva por parte del ser humano de que su bienestar físico o mental está ausente o mermado, así que, no puede desenvolverse normalmente en la vida cotidiana (Salazar y Sempere, 2012).	"me afectaban más la conducta de mis hijas, que eran muy exageradas…todo eso pues si me afecto, si me afecto medianamente"
Miedo	Emoción que se basa en una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o pasado (Psicóloga et al., 2021).	"pues si sentí temor…. sentí temor…claro que sí…"
Muerte	Según la cultura, la muerte puede incitar grados variables de fascinación, reverencia y temor, sin embargo, causa mucha incertidumbre para los familiares de los individuos que han muerto, pero, sobre todo ante la capacidad de seguir afrontando la vida sin la persona que falleció (Salazar, 2018).	"se iban amigos y se iban otros y compañeros de trabajo y todo eso"
Remedios y medicamentos	Formas de curar que usan las personas.	"aaay pero yo con remedios, con pastillas, con jarabes, con todo me las quité"
Síntomas	Señales físicas que se presentan en una persona y definen una enfermedad.	"me agarró una toooosn… después de eso, un ardor de gargantaaa"
Tristeza	Afecto o sentimiento que surge directamente de una circunstancia dolorosa; la tristeza es de fiar y revela una verdad del sujeto (Álvarez, 2013).	"sí me afecto muchísimo…me dejó una huella… mmm por las personas que perdí ...de mis amistades"
Vacunas	Productos biológicos que se usan para incitar una inmunización específica activa (Instituto de salud pública de Chile, s. f.).	"me pusieron cinco vacunas y si me ponen otra sexta, tambiéeen me la aplico…"
Ver televisión	Acción que realizan las personas al sentarse frente a un televisor y observar.	"viendo la televisión, las noticas, y pues eso nada más…así…mmmm viendo la televisión nada más"

Código	Definición	Ejemplo (fragmento de las experiencias recuperadas)
Vulnerabilidad	Se refiere a peligros a los que se encuentra expuesto y depende del ambiente propio, familiar, socioeconómico y hasta político. (Aquino-Camchari et al., 2020).	"somos frágiles yyy…ni modo…"

Nota. La tabla muestra los códigos, definición y fragmentos de las experiencias recuperadas.

Es importante mencionar que las redes de apoyo fueron importantes para las PMI y las PMNI ante COVID-19; en casa hogar el personal se preocupaba por ellas. Al respecto una de las entrevistadas refiere: "estaban pendiente de nosotros, nos cuidaban mucho, pero se extraña a la familia" Sin embargo, para las PMNI el excesivo cuidado de los hijos significó acoso porque no eran libres de hacer lo que ellos querían, aunque este cuidado era para su bien y que no se contagiaran de COVID-19. En relación, la entrevistada refiere "me afectaba más la conducta de mis hijas, que eran muy exageradas".

En adición, las medidas establecidas reducen contagios, pero acarrean edificación de un contexto de vida nuevo, caracterizado por alteración de dinámicas familiares y sociales generando efectos psicológicos significativos (Gonzales-Soto, 2021). Estas medidas ocasionaron que la familia conviviera 24 horas por largo tiempo (Brooks et al., 2020).

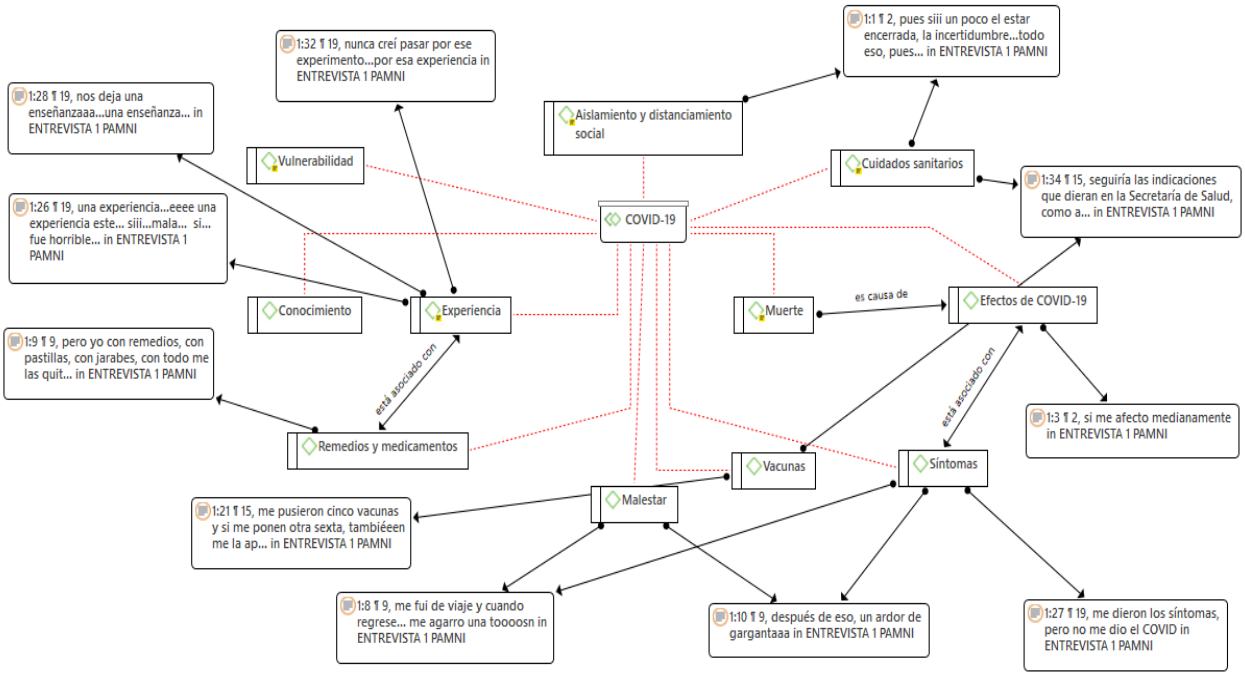
En este caso, para la PMNI entrevistada, la conducta de sus hijos al cuidarla no le permitía hacer lo que quería.

Con su información, se brinda respuesta también al objetivo de investigación de la fase uno (cuantitativa), donde refiere: "todo eso …pues sí me afectó, sí me afectó… medianamente". Coincidiendo con datos estadísticos (nivel medio), que resultó en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida. Por su parte la PMI, refirió "mi calidad de vida aquí la considero que no es buena, pero tampoco mala. Significa que su calidad de vida es media, evidenciando la integración de ambos datos (Creswell, 2003).

A continuación, se puede observar en la figura 8 información que se relaciona a las categorías principales de investigación, así como de las categorías que emergieron. Dicha información se presenta mediante las redes de grupos de códigos creadas con el apoyo del programa Atlas ti.

Figura 9

Grupo COVID-19



Nota. En la figura 9 denominada Grupo COVID-19, se puede destacar que, dicho virus ha sido una pandemia mortal que dañó nuestras vidas de manera impresionante, que ya nada será igual, quedará en nuestra memoria los sucesos de muerte, contagios, medias sanitarias; quedará un dolor en el alma que ningún medicamento o remedio quitará debido al cambio drástico de nuestras vidas, pero, sobre todo, por la pérdida de nuestros seres queridos.

En relación, las entrevistadas mencionan en su narración la muerte, vacunas, cuidados sanitarios, conocimientos, experiencia, vulnerabilidad, malestar, síntomas y efectos del COVID-19. Sin embargo, es importante resaltar que las participantes también siguieron las indicaciones

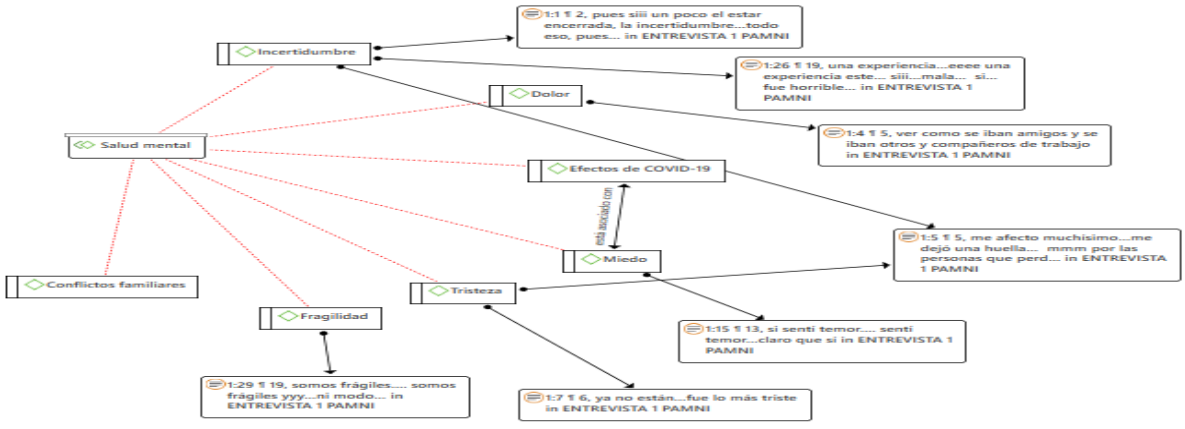
del sector salud en cuanto a vacunarse, cuidarse y permanecer en casa. Al respecto, una de las entrevistadas de casa hogar refirió "cuidarme y hacer caso a las indicaciones del doctor". Significa que, al vivir aislada y obedecer las indicaciones establecidas evitó contagiarse y sobrevivir al virus mortal de COVID-19.

Por otro lado, al presentarse síntomas del virus como la tos y dolor de garganta en una de las entrevistadas de las PMNI, refiere que se medicó, sin embargo, también utilizó remedios para aminorar o eliminar los síntomas expresando los siguiente: "pero, yo con remedios, con jarabes, con todo eso me las quité".

Dejando entrever con estas acciones que, aún siguen arraigados diversos remedios de nuestros antepasados como la miel con limón, te de eucalipto, te de buganvilia, tequila con limón, entre otros. Los cuales sirven para aliviar las sintomatologías de la tos, así como el dolor de garganta. En cuanto a las PMI, una de las participantes entrevistadas mencionó: "si alguien enfermaba de gripa o tos, rápido lo atendían por separado y lo alejaban de nosotros". Evidenciando con ello, que la institución (casa hogar), estaba al pendiente de sus residentes, brindando la atención inmediata ante los primeros síntomas de COVID-19.

Figura 10

Grupo Salud mental



Nota. En la figura 10 se puede evidenciar la red sobre la salud mental. En la cual, se puede observar que las PMI participantes expresaron miedo, incertidumbre, tristeza y ansiedad ante COVID-19. Coincidiendo con los resultados de Greenwood-Hickman et al., (2021), quienes evidenciaron mal humor, ansiedad, altos niveles de estrés, miedo y/o enojo en las PM participantes de su estudio.

Esta incertidumbre atrajo al escenario sanitario tensiones y posibilidades de la salud mental como un componente sustantivo para la vida del ser humano, la calidad de vida y todos los sistemas de salud en el universo (Álvarez y Toro, 2021). Sumando a lo anterior, las PMNI mencionaron una profunda tristeza por las personas queridas que perdieron por COVID-19.

Viviendo con dichas pérdidas, experiencias significativas ante la muerte. La cual, causa incertidumbre para los familiares de los individuos que han muerto, pero, sobre todo, ante la capacidad de seguir afrontando la vida sin la persona que falleció (Salazar, 2018). Porque ya nada volverá a ser como antes del COVID-19.

En relación, la participante entrevistada uno refiere: "ya no están…fue lo más triste". Sumando a ello, quienes perdieron un ser querido por COVID-19, no se pudieron despedir porque no se llevó a cabo el ritual de muerte acostumbrado en nuestro país. Dicho ritual ayuda a despedirse de los que se quedan llevan a cabo acciones como; poner una foto para prender una vela, despedirse en silencio o voz alta, expresando el cariño y experiencias que dejó esa relación (Ceberio, 2021), viviendo con ello, un proceso de duelo inconcluso.

En este sentido, las personas que perdieron un ser querido durante COVID-19, viven un proceso de duelo complejo e inacabado (Bermejo et al., 2016). En concordancia, una de las entrevistadas refiere "me dejo una huella…mmm por las personas que perdí". En adición, otra de

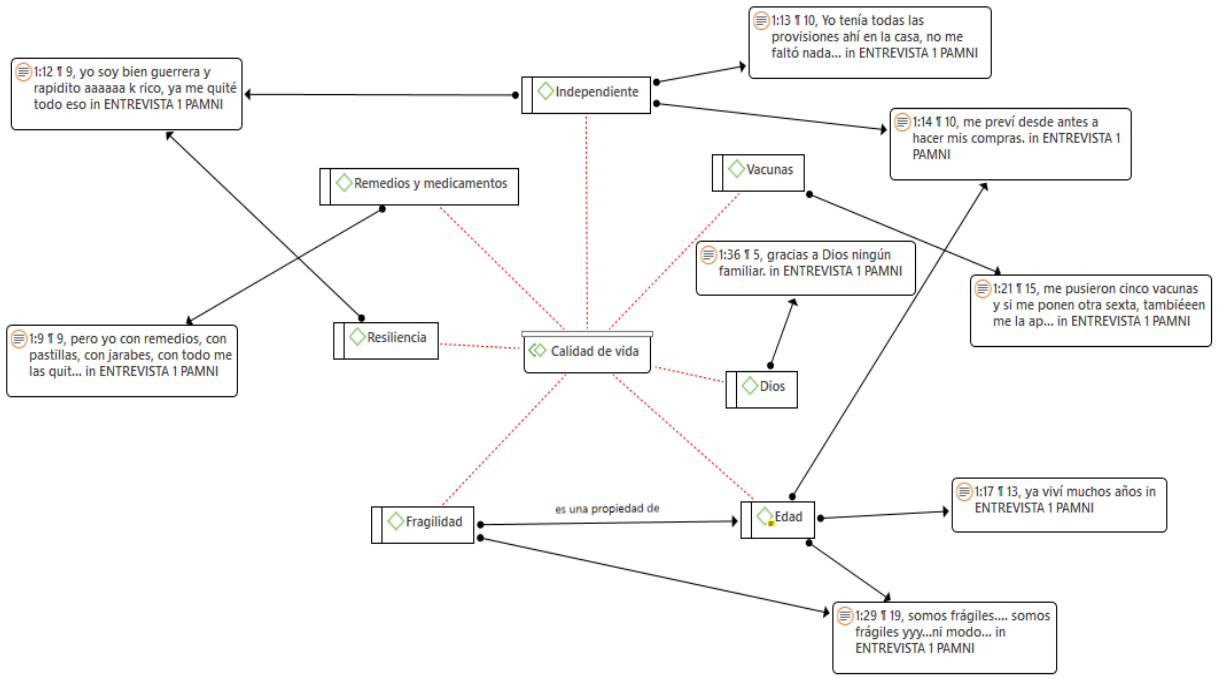
las participantes señala: “se me fueron tantas amistades, vecinos que los quería mucho y que crecimos como hermanos”.

Por lo anterior, ante dicho dolor tan grande, las PM seguirán su vida, su rutina diaria y deben adaptarse a vivir sin esa persona que perdió, aunque ese dolor se quede en el alma. En concordancia, la pérdida de un ser querido involucra siempre un periodo posterior de adaptación (Bermejo et al., 2016). Coincidiendo con lo que mencionó una de las participantes: “poco a poco me fui tranquilizando y pues me adapté a vivir encerrada y con pandemia”.

En cuanto a las PMI, una de las participantes refiere que, si murieron compañeros, pero se enteraron hasta después debido a aislamiento en el que se encontraban dentro de la institución. Refiriendo: “más encierro”. Esto explica que, al vivir institucionalizadas dentro de casa hogar, ya se encontraban en condiciones de encierro y con las medidas implementadas debido al COVID-19, el encierro fue doble para dicho grupo poblacional.

Figura 11

Grupo calidad de vida



Nota. Como se puede observar, la figura 11 evidencia el grupo de la calidad de vida, en el cual, se destaca que las PM institucionalizadas y las no institucionalizadas viven una fase de la vida en la cual deberían estar lo mejor atendidas en todos los aspectos de su vida, esto incluye la dimensión física, psicológica, social y ambiental.

Para ello es necesario, por un lado, que las instituciones y, por otro lado, que las familias se encuentren preparadas con el fin de atender lo que este grupo poblacional requiera y con ello, vivan de manera digna y adecuada, porque en esta fase de la vida, presentan características propias de la edad, resaltando un deterioro físico y mental conforme avanza la edad. Perdiendo la dependencia y presentado un estado de vulnerabilidad considerable.

Sumando a esto, una de las PMI participantes refiere: "somos frágiles yyy… ni modo". Sin embargo, a pesar de esa fragilidad que percibe, es un ser humano independiente que se compró las provisiones para enfrentar y sobrevivir al encierro en casa. Significa que la experiencia vivida en las fases anteriores de la vida les ha brindado el aprendizaje necesario para afrontar las situaciones que se les presenten.

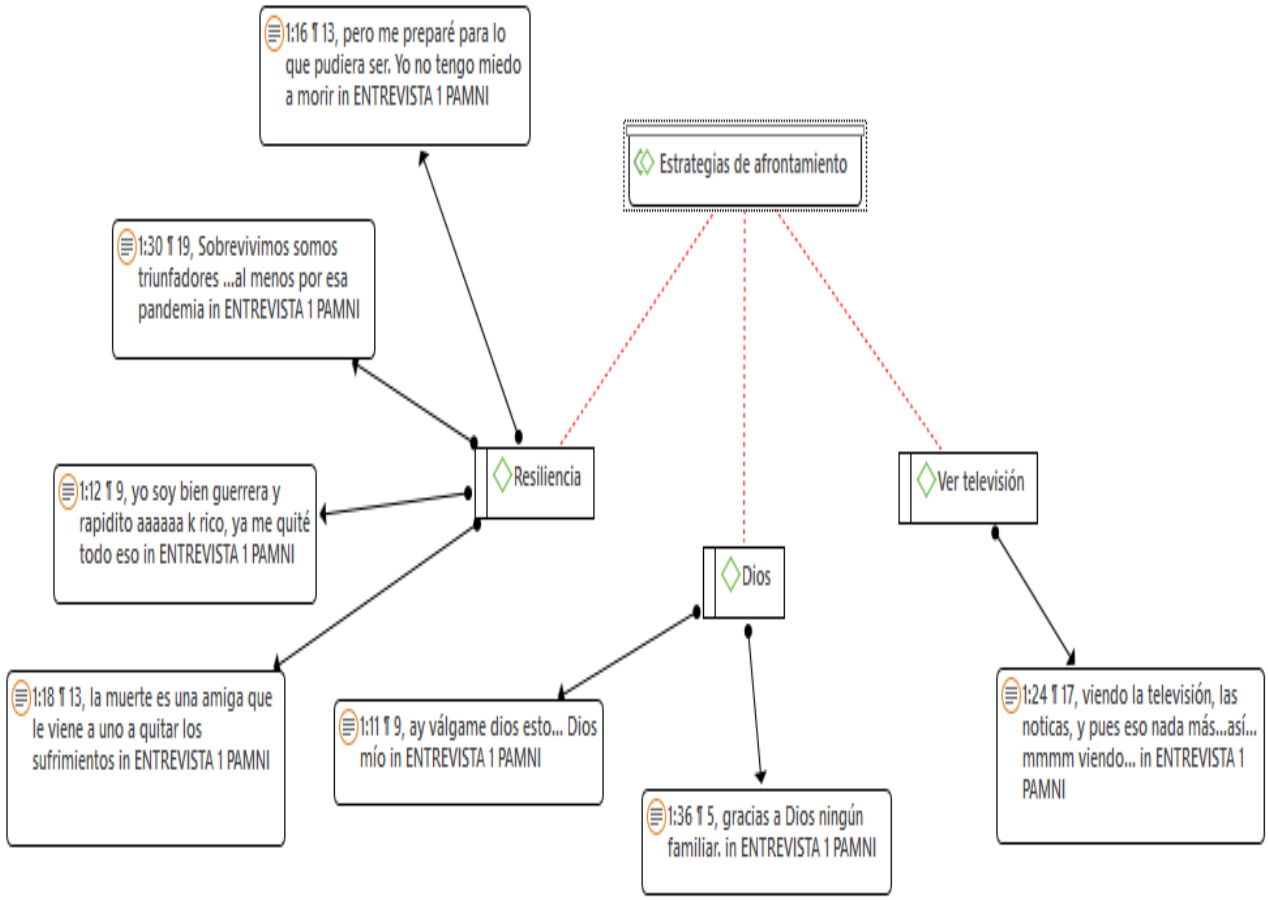
Además, con la experiencia adquirida con el paso del tiempo, una mayoría de las Personas Mayores cuentan con una capacidad resiliente impresionante. En este sentido, Osorio-Parraguez et al., (2021), refieren que las PM tienen diversas fortalezas y capacidad de agencia que con su experiencia biográfica han adquirido, permitiendo hacer frente a la crisis sanitaria desde su postura como personas vulnerables y de gran riesgo.

Sumando a lo anterior, la voz de la participante se escucha con orgullo y segura de sí misma al decir "yo soy bien guerrera". Destacando con ello, el papel de la resiliencia como un factor protector frente a los procesos de duelo, reflexionando además sobre cómo la intervención en el duelo parece potenciar la resiliencia (Fernández-Fernández y Gómez-Díaz, 2022).

Por lo mencionado, es pertinente y necesario visualizar a las personas mayores no solamente como un grupo etario frágil, sino como un ser humano que tiene un gran conjunto de experiencias y conocimientos que ha adquirido a lo largo de su vida, las cuales, puede trasmitir a otros grupos poblacionales, además, aún puede ser útil a su familia y a la sociedad.

Figura 12

Grupo estrategias de afrontamiento



Nota. La figura 12 muestra el grupo de estrategias de afrontamiento. La cual, no fue una categoría principal, sin embargo, surgió en el transcurso de la investigación y en el estado del arte.

En este sentido, es importante destacar que un elemento de apoyo significativo en este estudio es la teoría de la actividad.

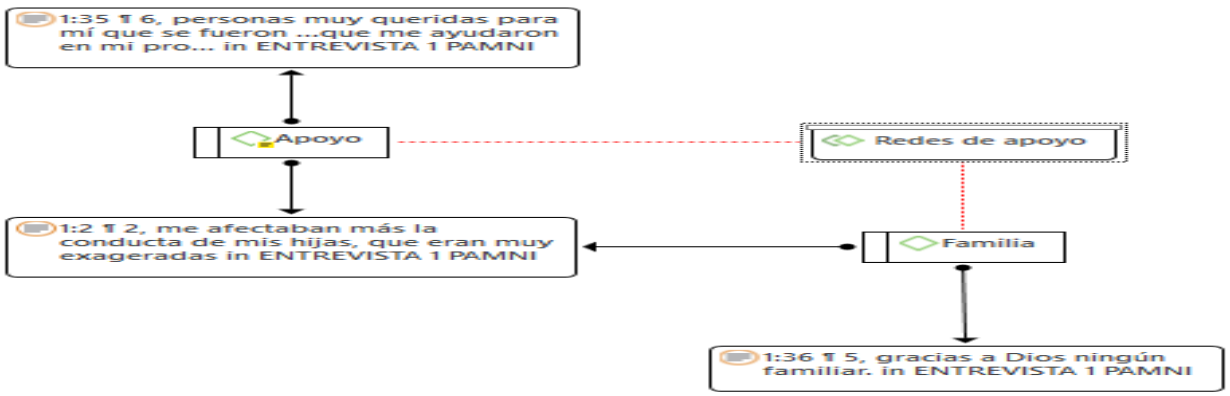
Dicha teoría, considera que la vejez se conforma por actividades o nuevos trabajos, que en palabras de Belando (2006), son actividades como hobbies, ser parte de clubs o asociaciones, etc., estas y otras actividades reemplazarán a las que llevaban a cabo antes. Sin embargo, dichas actividades no se llevaron a cabo debido a la pandemia por COVID-19. Pero, los participantes mencionaron ver televisión (las noticias), tejer, leer, entre otras.

Sumando a lo anterior, la resiliencia forma parte de las estrategias de afrontamiento, porque de acuerdo con una de las entrevistadas de las PMNI, sobrevivir a la pandemia es ser triunfadora. Y aunque mencionó temor, también refiere: “la muerte es una amiga que le viene a quitar los sufrimientos”. Por lo tanto, en algunos casos en la fase de la vejez, las PM tienen conocimiento que se aproxima la muerte; suceso inevitable del ser humano.

Respecto a las PMI, vieron televisión y escucharon música. Estrategias emergentes de afrontamiento ante a la situación (Pisula et al., (2020). Dichas estrategias de afrontamiento utilizadas por las entrevistadas coinciden con resultados de Greenwood-Hickman et al., (2021), quienes encontraron que sus participantes se dedicaron a leer, tejer y ver televisión.

Figura 13

Grupo redes de apoyo



Nota. Otra categoría que surgió en este estudio, son las redes de apoyo con las que contaron las PM ante COVID-19. Pisula et al., (2020), las denomina redes de contención. Es importante destacar que, a pesar del tiempo la red de apoyo que tuvieron, no se les olvida. Significa que los participantes saben agradecer a las personas que las apoyaron cuando lo necesitaban. En la participante uno, cuidaron de sus hijas para que partiera a estudiar a otro lugar.

Las redes de apoyo fundamentales para las personas mayores se constituyen principalmente por las amistades y la familia. Como señalan Herrera et al. (2021), el núcleo familiar en particular desempeña un papel crucial como soporte para el bienestar de las personas mayores. Este hallazgo concuerda con lo reportado en el estudio de Quiroga-Sanzana et al., (2022), quienes destacan el vínculo familiar por encima de otras redes de apoyo como los vecinos y las amistades.

Para las PMI fue el personal de casa hogar, quienes brindaron atención y cuidados necesarios para evitar contagios y por ende la muerte. En este sentido, el apoyo y la solidaridad son relevantes para las personas mayores Callís et al., (2021).

Sin embargo, a la PMNI no le pareció agradable la conducta de sus hijas al cuidarla. Aunque para ellas era significativo proteger y cuidar a su madre de contagio o muerte. Para la PMNI significó depender de alguien y no poder hacer lo que quisiera. Al respecto, es probable que la alteración en la rutina diaria por COVID-19, cause problemas de salud mental como miedo, ansiedad y frustración por dejar de realizar algo (Pastor, 2020).

Por lo anterior, se puede decir que las PM participantes cuentan con redes de apoyo suficientes. Vivieron experiencias significativas gratas y no gratas ante COVID-19, porque presentaron temor, tristeza e incertidumbre, pero, tuvieron la capacidad de resiliencia para adaptarse y continuar con su vida como triunfadoras y guerreras como lo señaló una de las participantes.

Una de las PMNI mencionó que la experiencia la capitalizó para aconsejar a cada uno de sus familiares. Mientras que una PMI refiere “ha sido una experiencia muy fea por el miedo a lo desconocido”. Por los resultados cualitativos planteados, se puede mencionar que se acepta el supuesto de investigación planteado porque las PMI y las PMNI vivieron experiencias significativas ante el COVID-19.

4.4. Integraciòn de Ambas Fases

De acuerdo con el procedimiento mixto secuencial, Creswell y Clark, (2011), refieren una integración de resultados de la fase uno (cuantitativa) con la fase dos (cualitativa), la cual, es una estrategia que consiste en una comparación de similitudes y diferencias, yuxtaponiéndolos en una tabla. Dicha integración de ambas fases se evidencia en una matriz (tabla 24).

Describiendo después la integración de resultados cuantitativos y cualitativos. Los ejes horizontales son resultados cuantitativos, resultados cualitativos y la interpretación, mientras que los verticales son las variables cuantitativas y categoría cualitativa.

Tabla 22

Integración de ambas fases

	Resultado cuantitativo	**Resultado cualitativo**	**Interpretación o decisión**
SM	PMI y PMNI: la mayoría algunas veces se sintieron desanimados y tristes.	Miedo, incertidumbre, tristeza, ansiedad y pérdidas (muerte).	En ciertos casos, el COVID-19 dejó efectos importantes en la salud mental de las PM.
CV	PMI: nivel medio PMNI: nivel medio	Alteración en la rutina diaria en ambos contextos.	El cuidado excesivo significó dependencia y provocó molestia.
DF	PMI: nivel medio PMNI: nivel medio	Dejaron de hacer actividades que llevaban a cabo antes de COVID-19.	Llevaron a cabo actividades donde permanecían sentados y no existían actividades físicas.

DP	PMI: nivel medio PMNI: nivel medio	Miedo, incertidumbre, tristeza y ansiedad.	Ante COVID-19, las PM presentaron sentimientos negativos.
DS	PMI: nivel medio PMNI: nivel medio	Interacción y relación entre PMI con personal de la institución y las PMNI con su familia.	La interacción y relación no fue la suficiente a la que estaban acostumbrados antes de COVID-19
DA	PMI: nivel medio PMNI: nivel medio	Las condiciones de vida de ambos grupos fueron desiguales.	Las PM participantes en el estudio presentaron condiciones de vida diferentes ante COVID-19, debido a los ambientes en los que se encontraban inmersos (institución y vivienda).
Exp	Gratas y no gratas.	"Una experiencia muy fea por el miedo a lo desconocido". La experiencia la capitalizó para aconsejar a sus familiares.	Vivieron experiencias gratas porque realizaron actividades individuales, tuvieron apoyo y cuidados, se adaptaron a vivir en pandemia y existió mentalidad positiva en ciertos casos. También vivieron experiencias negativas como cambios drásticos, Pérdida de seres queridos y amistades, alteraciones en su vida cotidiana y en la dinámica familiar, presentaron sentimientos negativos y dependieron de otras personas ante el aislamiento y distanciamiento por el COVID-19.

Nota. Elaboración propia con base en Creswell y Clark, (2011). SM = salud mental; CVG = calidad de vida general; SG = salud general; DF = dimensión física; DP = dimensión psicológica; DA = dimensión ambiental; CVT = calidad de vida total; Exp = experiencias.

La matriz (tabla 23), muestra que el COVID-19 dejó una afectación importante en la salud mental y calidad de vida general de ambos grupos. En cuanto a la salud mental, porcentajes mínimos de PMI y PMNI no hicieron menos de lo que hubieran querido hacer o no hicieron su trabajo o actividades diarias por presentar problemas emocionales como estar triste, deprimido o nervioso.

Por lo tanto, un porcentaje alto de dicho grupo poblacional se sintió calmado y tranquilo ante el COVID-19 y casi siempre tenían energía. Pero, aunque no fue mayoría, resultaron porcentajes importantes que revelaron que algunas veces se sintieron desanimadas y tristes. Sentimientos que evidenciaron las entrevistadas como tristeza, incertidumbre y miedo ante el COVID-19.

Respecto a la calidad de vida, se identificó un nivel medio. Resultado similar al que se obtuvo con el instrumento cualitativo, porque una de las entrevistadas refirió que el COVID-19 afectó "medianamente" su calidad de vida. En relación con la dimensión física, se observó un efecto significativo en las PM participantes, porque antes de la pandemia llevaban a cabo diversas actividades. Las cuales, se cancelaron por las medidas implementadas; implicando aislamiento y distanciamiento doble para las PMI.

En cuanto a la dimensión psicológica, fue percibida con un nivel medio por los participantes. Coincidiendo con los sentimientos negativos ante el COVID-19 que mencionaron las entrevistadas como temor, tristeza e incertidumbre.

La dimensión social de las PMI y de las PMNI también fue percibida con un nivel medio ante el COVID-19, debido a que no se obtuvo un nivel alto en ambos grupos etarios a pesar de la interacción y relación entre pares, enfermeras, cuidadoras, familia, etcétera. Destacando la interacción social mediante dispositivos móviles, llegando a ser consejeros en su familia, como lo expresó una entrevistada.

En la dimensión ambiental se identificó en ambos grupos etarios un nivel medio. Sin embargo, las condiciones de vida de ambos grupos participantes fueron desiguales ante el COVID-19. En relación, una de las PMNI refirió que se preparó te de buganvilia y miel con limón ante los

primeros síntomas del COVID-19, evidenciando el conocimiento respecto a remedios naturales y tradicionales para aminorar o eliminar cualquier síntoma relacionado con el virus.

Lo contrario sucedía con las PMI, porque una de las entrevistadas mencionó que los atendían a la brevedad al presentar síntomas del COVID-19. Significa que la institución cuenta con el personal adecuado para atender a las PMI ante situaciones de pandemia como la presentada con el COVID-19.

Según lo anterior, la integración del enfoque cuantitativo y cualitativo muestra de manera general que si existieron diferencias entre la salud mental y calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica y social de las PMI y de las PMNI ante COVID-19. Además, se evidenció en su mayoría un nivel medio en la calidad de vida (26 ítems) y en las dimensiones que conformaron dicha categoría. Asimismo, en algún momento de su vida, las PM presentaron sentimientos negativos ante el COVID-19.

Conclusiones

Con el presente estudio y de manera general es posible concluir que ante el escenario de COVID-19, estadísticamente las PMI y las PMNI fueron un grupo de riesgo significativo desde que inició la pandemia. Su vida cotidiana dio un giro de 380 grados porque cambió totalmente.

Las PMI vivieron un doble distanciamiento y aislamiento social, porque se evitó la cercanía personal y visitas en la institución para impedir contagios y muerte; las PMI ya estaban encerradas y excluidas. Por su parte, las PMNI fueron aisladas de manera emergente y obligatoria para acatar las medidas implementadas y por su bienestar.

Los resultados mostrados son consistentes con la teoría de la desvinculación, que sostiene que las PM deben aislarse y desvincularse. Situación forzada y emergente por COVID-19 debido a las restricciones de movilidad, sin embargo, en consonancia con la teoría de la actividad, las PM participantes llevaron a cabo diversas actividades ante el COVID-19.

En relación, las teorías psicosociales proponen que las PM que están en la vejez y como una forma para superar los desafíos a los que se enfrentan, pueden sostener una visión optimista frente a sus experiencias vividas, confianza en sí mismos, aceptación, autonomía y otras fuerzas positivas.

Respecto a la salud mental, se concluye que ante el COVID-19, las PMI y las PMNI presentaron sentimientos negativos (desánimo, miedo, incertidumbre y tristeza).

Esto podría explicarse porque son un grupo poblacional que ya se encuentran en un estado de vulnerabilidad debido a las características propias de la edad y ante escenarios mortales como el COVID-19, incrementa aún más.

Además, este estudio permitió entender y comprender que el ambiente en el que se encuentran inmersas las PMI y las PMNI es diferente (casa hogar y familia); se relacionan e

interactúan con otros sistemas. Siendo este proceso un determinante ya sea positivo o negativo en su salud mental.

Tocante a las dimensiones de la calidad de vida que se abordaron, se concluye que no fue buena en su totalidad ante el COVID-19 en ambos grupos poblacionales porque resultó un nivel medio en la calidad de vida y sus dimensiones (física, psicológica, social y ambiental) de las PMI y de las PMNI. Esto se podría explicar porque antes de la pandemia; las PM participantes vivían de manera diferente. La pandemia les cambió su cotidianidad de manera relevante, afectando con ello su salud mental y por ende su calidad de vida.

Con relación a la dimensión física, al restringir las visitas en la institución ya no se llevaron a cabo actividades físicas, viviendo un sedentarismo las PMI. Mientras que las PMNI, padecieron la misma situación. Sin embargo, podían caminar dentro de su hogar, salir a la tienda con las medidas necesarias (cubrebocas y guardando distancia).

En cuanto a la dimensión psicológica, es importante centrarnos siempre en el ámbito psicológico de las PM y no solo antes o después de una pandemia mortal como el COVID-19, porque no se percibió un nivel alto en dicha dimensión de ambos grupos.

Podría explicarse porque las PMI se relacionan con el personal de la institución, el cual, es cambiante diariamente y, por ende, no tienen apego a una sola persona, además, la necesidad de ser escuchados por sus pares, por su familia o por el personal de la institución ante un escenario del COVID-19, también les afectó considerablemente. Mientras que las PMNI, contaron con el afecto y cariño de su familia.

En relación con la dimensión social, se concluye que el COVID-19 disminuyó los contactos e interacciones sociales y personales de las PMI y de las PMNI; se generaron cambios y

problemáticas en los roles, en las funciones, en la dinámica institucional y familiar, significando para las PM en ciertos casos, incomprensión y dependencia.

Sin embargo, el ambiente en el que se desenvolvieron a pesar del aislamiento y distanciamiento social fue un elemento importante para los participantes. En este sentido, la naturaleza es un referente humano muy significativo, y en la totalidad de las experiencias es un referido de la salud mental (Romero, 2021).

Referente a las diferencias estadísticamente significativas entre la salud mental y calidad de vida de las PMI y de las PMNI, se concluye que si existieron. A pesar de que cada grupo poblacional estaba inmerso en un ambiente determinado y diferente, ambos grupos vivieron el escenario mortal del COVID-19 en un tiempo determinado.

Por otra parte, mediante la teoría fenomenológica, se exploraron las experiencias vividas ante el COVID-19, desde la perspectiva de las PM y no de intermediarios. Evidenciando en ciertos casos, PM con una mirada de esperanza en el futuro después de sobrevivir ante COVID-19.

Sumando a lo anterior, las PM participantes vivieron experiencias gratas y no gratas ante el COVID-19; porque las PM participantes se adaptaron forzosamente al nuevo escenario de COVID-19 y todo lo que implicaba (aislamiento y distanciamiento social), pero, se alteró su vida cotidiana, presentaron incertidumbre, miedo de contagiarse, tristeza, etc., perdieron su autonomía en las actividades que llevaban a cabo.

Y, por si fuera poco, las PM que enfrentaron la muerte de un ser querido vivieron experiencias dolorosas porque no se despidieron y no existió el ritual acostumbrado, dejando en los dolientes un duelo inacabado y una huella profunda en su vida.

Cabe destacar que, los aportes de las PM participantes son valiosos y significativos porque fueron vividos en primera persona y porque han servido para comprender que cada PM vivió un escenario de pandemia diferente.

Significa que cada PM percibió su salud mental y calidad de vida de manera diferente con base a los sucesos y experiencias vividas ante el COVID-19. Por lo tanto, el supuesto de investigación planteado es aceptado.

A pesar de lo planteado, las PM llevaron a cabo diversas estrategias de afrontamiento que les permitieron adaptarse y pasar el tiempo, tuvieron la capacidad de resiliencia y las redes de apoyo suficientes para afrontar el COVID-19.

Lo mencionado hace referencia específicamente al hallazgo significativo de las redes de apoyo para las PM; para las PMI, el personal fue la principal red con la que contaron, mientras que las PMNI, tenían el apoyo de la familia.

Dichas redes de apoyo mantuvieron contacto presencial con precaución hacia las PM. En este sentido, el apoyo social se relaciona con el bienestar físico (Cohen, 2020) y el bienestar psicológico en la vejez (Gyasi et al., 2019).

Por lo indicado, se abren nuevas posibilidades a la comprensión e implicancias de las redes sociales, especialmente de los apoyos que se pueden conceder a las PM en contextos diversos y complejos como el COVID-19.

Por ello, se enfatiza el hallazgo significativo de la percepción positiva respecto a las redes de apoyo con las que contaron las PM. En relación, el uso de las redes sociales favorece una mejor percepción de la calidad de vida en la vejez (Rivoir et al., 2019).

Cabe destacar que, llevar a cabo la presente indagación ha sido una experiencia significativa y gratificante en mi formación profesional y personal, porque aproximarme al

contexto donde se encuentran inmersas las PM, he ido más allá; esa aproximación cara a cara con las medidas necesarias y a pesar de las medidas implementadas ha dejado un aprendizaje relevante por la fortaleza que presentaron algunas PM; se mantienen fuertes como robles ante COVID-19.

Pero, también existe el lado opuesto de los participantes; PM frágiles, vulnerables y sensibles ante COVID-19, por la pérdida de un ser querido que murió por dicho virus: su semblante triste con la mirada cabizbaja, se frotaban sus manos, su voz era entrecortada y a punto de brotar las lágrimas…después un silencio.

Siendo una experiencia personal y profesional compleja, porque antes de ser profesional soy un ser humano con sentimientos que se me complica dejarlos de lado.

5.1. Limitaciones del Estudio

Cabe destacar que, el presente estudio se inició en el año 2021, el cual fue significativo por el escenario de la pandemia por COVID-19. En cuanto a las PMI, se acudió con el tiempo suficiente y necesario una cantidad considerable de ocasiones a la institución (casa hogar). Donde a pesar de las medidas emergentes implementadas, las autoridades correspondientes autorizaron el ingreso a la institución después del proceso protocolario y administrativo.

Respecto al contexto de las PMNI, el ingreso fue permitido siempre y cuando se cuidaran a las PM participantes y un integrante de la familia estuviera presente. Por otro lado, el acercamiento fue distante; evitando brindar un abrazo o una palmadita en su hombro para confortar en los momentos cuando los sentimientos de las PM estaban a flor de piel o sus ojos se cristalizaban a punto de derramar las lágrimas.

Por otra parte, en el transcurso de la indagación, fue complejo abordar un enfoque mixto debido al escaso conocimiento por parte de la estudiante debido a que la mayoría de las investigaciones en trabajo social se llevan a cabo enmarcadas en un enfoque cualitativo.

Sin embargo, se llevó a cabo análisis de contenido respecto al enfoque, el método y diseño de investigación mixto. Además de abordar a investigadores expertos en el tema con la finalidad de justificar el enfoque mencionado en este estudio.

5.2. Recomendaciones

Con base en la investigación realizada se considera pertinente las siguientes recomendaciones:

1.- Retomar la temática desde una mirada multidisciplinar donde esté inmersa la profesión de trabajo social con la finalidad de abordar a las personas mayores de 60 años en la investigación o intervención de una manera integral. Esto significa no solo centrarse en la dimensión social, sino, todas las demás (mental, espiritual, económica, física, etcétera).

2.- Llevar a cabo indagaciones y sistematizaciones desde trabajo social en las instituciones donde se atiendan a las personas mayores (centro de día o casa Hogar), con el objetivo de abonar conocimiento respecto al tema.

3.- Que los trabajadores sociales realicen actualizaciones o especializaciones en gerontología para que se tenga el conocimiento necesario al indagar o intervenir con dicha población.

4.- Que los trabajadores sociales se preparen o actualicen en el enfoque y método mixto con el objetivo de llevar a cabo indagaciones enmarcadas en dicho enfoque y dejar la zona de confort de solo hacer estudios desde un abordaje cualitativo.

5.- Concientizar a los estudiantes de trabajo social para que aborden temas de indagación respecto a las PM de 60 años, ya que, es una población en aumento a nivel mundial; es una realidad compleja que requiere ser abordada desde nuestra profesión.

6.- Abordar estudios o intervenciones con PM, pero también centrarse en las redes de apoyo con las que cuenta este grupo poblacional, específicamente en los cuidadores primarios.

5.3. Futuras líneas de Investigación

Este estudio puede abrir una línea de investigación en la que se podría considerar una base para investigaciones futuras en la temática planteada desde la perspectiva del trabajo social.

Se propone y considera pertinente que las futuras indagaciones se concentren en el trabajo social gerontologico centrado, por un lado, en la PM, pero también en los cuidadores primarios, red más significativa porque si ellos se encuentran bien de su salud mental y calidad de vida, brindarán un cuidado y una atención adecuada a las PM que estén a su cargo, ya sea en una institución o en casa.

Por otro lado, esta indagación representa un referente significativo para el trabajo social, porque se abordó un enfoque mixto en función del objeto y sujetos de estudio. El cual, es escaso desde dicha disciplina, ya que, la mayoría de las investigaciones abordan un enfoque cualitativo.

Sin embargo, se considera que al utilizar ambos enfoques (cuantitativo-cualitativo) puede brindarse una profundidad rica en estadísticas, pero también en las experiencias recuperadas de propia voz de los participantes. Significa integrar el método positivista y el método fenomenológico.

Se considera pertinente profundizar en otros estudios cuestiones como: ¿Qué ocurre en el microsistema de amistades de las PM? ¿Quién de las redes de apoyo ejerce el rol de cuidador primario? ¿Será adecuada la salud mental y la calidad de vida de los cuidadores primarios de las PM?.

En adición, la situación de pandemia que se vivió a nivel mundial afectó a todas las personas, específicamente a las PMI y las PMNI, fue un escenario nuevo y mortal. Por ello, es necesario estudios que demuestren la relación que existe entre variables como la salud mental, la calidad de vida, estrategias de afrontamiento, redes de apoyo, cuidadores primarios de las PM,

entre otras, porque con los resultados que se difundan, se puede estar preparado para enfrentar otra pandemia como el COVID-19.

Uno de los desafíos ante situaciones como la vivida, es la salud mental y la calidad de vida del cuidador primario, pero también de las Personas Mayores, que dicha población sea el centro de atención como sucede en otros países y no la institución o centro de día.

Sin embargo, este reto puede ser parte de una estrategia sobre la implementación de políticas sociales o públicas con una visión más extensa e integral a beneficio de las personas mencionadas. Porque en un futuro, el envejecimiento y todo lo que implica esta fase de la vida no será un escenario nada alentador.

Bibliografía

Abaunza, F. C. I., Mendoza, M. M., Bustos, B. P., Paredes, A. G., Enriquez, W. K. y Padilla, M. A. (2011). *Concepción del adulto mayor*. Universidad del Rosario. https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007

Acero, S. C. (1988). La investigación en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, *1*, 35-46.

Acosta-Benito, M. A. y Martín-Lesende, I. (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Atención primaria (54),* 1-9. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395

Aguilar, M. J. (2013). *Trabajo Social Concepto y Metodología*. Ediciones Paraninfo.

Alegría, G. P. (1947). *Manual de Trabajo Social*. Editorial Escuela de Salubridad e Higiene.

Almirón, L. (2008). Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 14(4),* 56-65.

Alonso, J., Prieto, L, & Antó J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey the SF-36 health questionnaire: an instrument for measuring clinical results. *Med clínica, 104*(20); 771-6.

Álvarez, C. P. (02 de junio del 2015). *La teoría ecológica de Urie Bronferbrenner*. Psicología y Mente. https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner

Álvarez, J. M. (2013). La tristeza y sus matices. *Temas de psicoanálisis (6),* 1-14.

Álvarez, P. C. y Toro, B. J. (2021). Impacto del COVID-19 en la salud mental: revisión de la literatura. *Repertorio de Medicina y Cirugía, 30*(1), 21-29. https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1180

Alves, R. J. (2013). *Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-054/544.pdf

Amengual, G. (2007). El concepto de experiencia: De Kant a Hegel. *Tópicos 15*, 5-30.

Ander Egg, E. (2008). *Los grupos de autoayuda y el apoyo social*. Editorial Máster Bolivia.

Aquino-Camchari, C. R., Quispe-Arrieta., R. C. y Huaman, C. K. (2020). "Covid-19 y su relación con poblaciones vulnerables". *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *19*(1), e3341.

Aranguren, P. G. (2022). El distanciamiento social y físico durante la pandemia del COVID – 19 y el papel de la Escuela Inteligente. *REXE 21*(46), 398-414. https://doi.org/10.21703/0718-5162.v21.n46.2022.022

Araujo P. G. T. (2009). *Cuidado de la salud del adulto mayor*. https://insp.mx/images/stories/INSP/Docs/cts/cts_nov.pdf

Arias-González, J. (2021). *Proyecto de tesis guía para la elaboración.* https://www.researchgate.net/publication/350072280_Proyecto_de_Tesis_guia_para_la_elaboracion

Arias, S. M., González, G. C. y Amador, A. J. (2021). Salud mental de los adultos mayores a raíz de la pandemia del COVID-19. En Fuentes, L. N., Tereso R. L. Amador A. J. (Comps.), *Género, familia y vejez Abordajes disciplinares en las investigaciones de Trabajo Social* (159-180). ACANITS A. C. https://www.acanits.org/assets/img/libros/Genero%20familia%20y%20vejez2.pdf

Arita, W. B. (2015). *Modelo sistémico de percepción de la calidad de vida*. Universidad Autónoma de Sinaloa.

Armitage, R. & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet. Public health, 5*(5), e256. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X

Atchley, R. C. (1975). Adjustment to loss of job at retirement. *International Journal of Aging and Human Development, 6*(1), 17-27. https://doi.org/10.2190/EHU3-VCRV-VCRJ-04NU

Banco Mundial (2022). *Capítulo 1. Los impactos económicos de la pandemia y los nuevos riesgos para la recuperación.*https://www.bancomundial.org/es/publication/wdr2022/brief/chapter-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19-crisis

Banerjee, D. (2020). The impact f Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 35*(12), 1466-1467. https://doi.org/10.1002/gps.5320

Barbera, N. e Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Revista Multiciencias 12*(2), 199-205.

Barranco, C. (2009). Trabajo Social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia, IX*(2), 133-145.

Bassi, F. J. (2014). Cuali/Cuanti: La distinción paleozoica [113 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung, 15*(2), s. p.

Bautista, S. K. Z. y Marcelo A. E. (2020). *Salud mental por dimensiones en trabajadores de un hospital de Ferreñafe, categoría II-1, de septiembre a diciembre, 2019* [Tesis de grado,

Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2856

Bernáldez-Jaimes, G. B., Oudhof-van-Barneveld, J., Robles-Estrada, E., Domínguez-Espinosa, A. Variables que inciden en el trastorno de síntomas somáticos: un modelo de regresión logística. *Duazary, 17*(4): 33-45. https://doi.org/10.21676/2389783X.3598

Belando Montoro, M. (2006). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios: reconstruyendo identidades: una visión desde el ámbito educativo. *Comunicación e ciudadanía Revista Internacional de Xornalismo Social, 2*, 127-144.

Bermejo, J. C., Villacieros, M. y Fernández-Quijano, I. (2016). Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica. *Acción Psicológica, 13*(2), 129-142. https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.15965

Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F. J., Díez-Villanueva, P., Ayesta, A., Sanchis, F. J., Vidán-Austiz, M., Formiga, F., Ariza-Solé, A. y Martínez-Sellés, M. (2020). Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Revista Española de Cardiología 73*(7), 569-576. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027

Boumans, J., Scheffelaar, A. van Druten, V. P., Hendriksen, T., Nahar-van Venrooij, L. & Rozema, A. D. (2021). Coping startegies used by older adults to deal with contact isolation in the hospital during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental research and public health 18*(14), 7317. https://doi.org/10.3390/ijerph18147317

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development Experiments by Natura and Design.* Harvard University Press. https://khoerulanwarbk.wordpress.com/wp-

content/uploads/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet (London, England), 395*(10227), 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Brown, S. & Schuman, D. L. (2021). Suicide in the Time of COVID-19: A perfect Storm. *The Journal of Rural Health: oficial journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association, 37(1), 211-214*. https://doi.org/10.1111/jrh.12458

Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: ¿how is it done? *Qualitative Research, 6*(1), 97-113. https://doi.org/10.1177/1468794106058877

Bryman, A., Becker, S. & Sempik, J. (2008). Quality criteria for quantitative, qualitative, and mixed methods research: A view from social policy. *International Journal Social Research Methodology, 11*(4), 261-276. https://doi.org/10.1080/13645570701401644

Buitrago, R. F., Ciurana, M. R. Fernández, A. M. y Tizón, G. J. (2021). Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. *Atención primaria 53,* 1-3. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102143

Caballero de Aragón, N. (2006). Nuevas perspectivas epistemológicas en Trabajo Social. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social, (11),* 35-44. https://doi.org/10.25100/prts.v0i11.7203

Calle-Rodriguez, A. B., Fernández-Aucapiña, N. Y., Flores-Lazo, E. T. y Urgiles-León, S. J. (2021). Aislamiento social del adulto mayor frente al COVID-19, en el Centro Gerontológico de Atención Diurno del Cantón Sevilla de Oro: Apuntes desde el Trabajo Social. *Polo del Conocimiento, 6*(2), 125-139. http://dx.doi.org/10.23857/pc.v6i2.2241

Calleja, J. J. P. (2022). El Trabajo Social en la lucha contra la COVID-19. Las labores en el rastreo de contactos y el refuerzo al sistema sanitario. *Cuadernos de Trabajo Social, 35*(1), 61-70. https://dx.doi.org/10.5209/cuts.74481

Callís, F. S., Guarton, O. O., Cruz, S. V. De Armas, F. A., Negret, D. J. y Moraguez, R. D. (2021). *Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19.* [Presentación de ponencia]. Segundo Congreso virtual de Ciencias Básicas Biomédicas, Granma Manzanillo. https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/139/72

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (02 de abril del 2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.* https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (14 de junio del 2024). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.* https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (22 de marzo del 2024). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917* http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (07 de junio del 2024). *Ley General de Salud.* https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

Cardona-Arias, J. A. y Higuita-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública, 40*(2), 175-189.

Carrera-Lara, C. M., y González-Chávez, A.S. (2017). *Calidad de vida en el paciente adulto y adulto mayor con diabetes mellitus e hipertensión arterial* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo]. http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4189/1/UNACH-ECFCS-ENF-2017-0011.pdf

Casas, F. y Aymerich, A. M. (2005). *Calidad de vida de las personas mayores, Gerontología, actualización, innovación y propuestas.* Editorial Pearson Prentice Hall.

Castañeda-babarro A., Arbillaga-Etxarri, A., Gutiérrez-Santamaria, B. & Coca, A. (2020). Impact of COVID-19 confinement on the time and intensity of physical activity in the Spanish population. *Research Square*, 1–14. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-26074/v1

Castañeda, G. C. y Ramos, S. G. (2020). Principales pandemias en la historia de la humanidad. *Revista Cubana de Pediatría 92*, 1-24.

Castillo, E. A. y Álvarez, N. A. (2020). El Funcionalismo en los estudios en comunicación en Europa: su rol fundacional para la crítica y sus intentos de perpetuidad. En Oliveira, P. F., Kaplún, G., Mariño, M. V. y Custódio, L. (Eds.), *Tradiciones de investigación en dialogo Estudios sobre comunicación en América Latina y Europa* (47-69). *Media XXI.*

https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47060/Tradiciones-de-Investigacion-en-Dialogo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castillo, G. A., Arocha, M. C., Armas, R. N., Castillo, A. I., Cueto, C. M. y Herrera, G. M. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 27*, 3-4.

Castro, G. M., Garza, S. R. I. y Reyna, T. C. Y. (2017). Trabajo Social, beneficencia y calidad de vida; un análisis retrospectivo en México. *Revista Lugares de Educación [RLE], Bananeiras-PB, 7*(15), 26-41.

Cataldi, M. (2020). El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la pandemia de coronavirus COVID-19. *Margen Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, (97),* 1-6.

Ceberio, M. R. (2021). COVID-19: la muerte en soledad aislamiento, miedo al contagio y duelo en pandemia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, *19*(2), 248-268.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (diciembre de 2020). Informes COVID-19. *Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19*. https://www.cepal.org/es/publicaciones/46487-desafios-la-proteccion-personas-mayores-sus-derechos-frente-la-pandemia-covid-19

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES, PUBLISHERS. *https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf*

Cohen S. (2020). Vulnerabilidades psicosociales a las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias superiores: implicaciones para la susceptibilidad a la enfermedad por coronavirus 2019 (covid-19). *Perspectivas sobre la ciencia psicológica*, *16*(1), 161-174. https://doi.org/10.1177/1745691620942516

Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Litwin, Ch, Hsu, A. T., Lemmon, E., Henderson, D. y Fernández, J. L. (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. *International Long-Term Care Policy Network*, 1-29.

Consejo Nacional de Población. (2020). *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.* https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050

Corsi, G., Esposito, E. y Baraldi, C. (1996). *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. Universidad Iberoamericana A. C. https://ceducativa.weebly.com/uploads/1/5/0/9/15091428/glosario-sobre-teoria-social-de-luhmann.pdf

Crespo, A. R. (2020). *Efecto COVID en las empresas comerciales: caso ciudad victoria. [Presentación de ponencia]. 5° Congreso Internacional sobre Desigualdad Social, Género y Precarización: Mujeres en acción. México.* https://www.eumed.net/actas/20/desigualdad/3-efecto-covid-en-las-empresas-comerciales.pdf

Creswell, J. W. (1999). Mixed-methods research: Introduction and application. In G. Cizek (Ed.), *Handbook of educational policy* (p. 455-472). San Diego: Academic Press.

Creswell, J. W. (2003). *Diseño de investigación. Enfoques cualitativos, cuantitativos y métodos mixtos* 2ª edición. Sage, Publications Inc. https://pdfcoffee.com/creswell-1-2-pdf-free.html

Creswell, J. W. (2007). *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage (4ª edición). https://fe.unj.ac.id/wp-content/uploads/2019/08/Research-Design_Qualitative-Quantitative-and-Mixed-Methods-Approaches.pdf

Creswell, J. W., y Clark, P. V. L. (2007). *Designing and conducting Mixed Methods research.* Sage. https://books.google.com.gt/books?id=FnY0BV-q-hYC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false

Creswell, J. W. y Clark, V. L. P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2e ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage.

Cruz, S. J. J. (2017). *El concepto de experiencia en Víctor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre Antropología Social, Historia y Sociología*.

Cubillos, A. J., Matamoros, C. M. y Perea, C. S. (2020). *Boletines Poblacionales 1: Personas Adultas Mayores de 60 años.* Minsalud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf

Cumming, E. y Henrry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Basic Books

Cummins, R. (1997). *Comprehensive Quality of life scale*-intellectual/cognitive disability Australia: School of Psychology, Deakin University. https://sid-inico.usal.es/idocs/F5/EVA66/ComQol_I5.pdf

Chacón, D. E., Xatruch De la C., Fernández, L. M. y Murillo, A. R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula 35*(1), 23-36

Chavez, R. M. P., Da Silva, M. R. y López, F. J. L. (2016). La vitalidad y la vejez. *Revista IGT na Rede, 13*(24), 114-133.

Chinchay, L. J. y Rodríguez, C. Y. (2021). *Satisfacción con la vida durante la pandemia por Covid-19 en adultos mayores que residen en el Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, 2021*. [Tesis de grado, Universidad de Ciencias y Humanidades Facultad de Ciencias de la Salud]. https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/617/Chinchay_JR_Rodriguez_Y_tesis_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dáttilo, W., Castro, A., Guevara, R. MacGregor, F. I. & Pontes, R. S. (2020). COVID-19, most vulnerable Mexican cities lack the public health infrastructure to face the pandemic: new temporally-explicit model. *Physical Sciences*, 1-23. https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20061192

Davidson, P. M. & Szanton, S. L. (2020). Nursing homes and COVID-19: We can and should do better. *Journal of Clinical Nurs, 29*, 2758-2759. https://doi.org/10.1111/jocn.15297

Decade of Healthy Ageing (01 de octubre del 2020). *La COVID-19 y el decenio del envejecimiento saludable.* World Health Organization.

https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_covid_envejecimiento_/eu_def/adjuntos/decade-connection-series-covid-19-es_d4.pdf

DeCuir-Gunby, J., & Schutz, P. (2017). Chapter 6 mixed methods designs: frameworks for organizing your research methods. In J. DeCuir-Gunby & P. Schutz (Eds.), *Developing a mixed methods proposal: A practical guide for beginning researchers* (pp. 83-106). Sage. https://doi.org/10.4135/9781483399980.n10

Derrer-Merk, E., Reyes-Rodriguez, M. F., Soulsby, L. K., Roper, L., & Bennett, K. M. (2023). Older adults' experiences during the COVID-19 pandemic: a qualitative systematic literature review. *BMC geriatrics*, *23*(1), 580. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04282-6

Emerson, K. G. (2020). Coping with being cooped up: Social distancing COVID-19 among 60+ in the United States. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *44*(e81). https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81

Espinoza, C. E. (2021). *Calidad de vida de los adultos mayores en tiempos de COVID-19*. [Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales]. https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32927/1/BJCS-TS-348.pdf

Federación Nacional de Colegios de Trabajo Social en México (2019). *Código de Ética Profesional de la Federación Nacional de Colegios de Trabajo Social en México.* https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/07/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-Federaci%C3%B3n-TSMX-.pdf

Fernández, A. N. Y., y Urgiles, L. S. J. (2023). Calidad de vida en adultos mayores de una parroquia rural de Ecuador durante la pandemia COVID-19. *Revista Conrado, 19*(S1), 155-165.

Fernández, B. J. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental. *Revista de Trabajo Social, 145*, 48-58.

Fernández-Ballesteros, R. y Sánchez-Izquierdo, M. (2020). Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud 31*(3). https://doi.org/10.5093/clysa2020a25

Fernández-Fernández, J. A., y Gómez-Díaz, M. (2022). Resiliencia y duelo ante la pérdida de un ser querido: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *27*(2). https://doi.org/10.5944/rppc.27762

Finlay, J. M., Kler, J. S., O'Shea, B. Q., Eastman, M. R., Vinson, Y. R., y Kobayashi, L. C. (2021). Coping During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study of Older Adults Across the United States. *Frontiers in public health*, *9*, 643807. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.643807

Flick, U. (1992). Triangulatioin revisited: ¿Strategy of validation or alternative? *Journal for the Theory of Social Behaviour*, *22(*2), 175-198. https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1992.tb00215.x

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa.* MORATA (2ª edición). http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/103/2013/03/INVESTIGACIONCUALITATIVAFLICK.pdf

Flores, V. M., Colunga, R. C., González, M. A., Vega, L. M. y Cervantes, C. G. (2013). Salud mental y calidad de vida en el anciano. *Varicha*, *10*(21), 1-13.

Fontes, W., Alves, J. J., Carvalho D. C., Gleidiston, L. C. & Vieira, G. M. (2020). Impacts of the SARS-CoV-2 Pandemic on the Mental Health of the Elderly. *Frontiers in Psychiatry, 11*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00841

Fuller H. R. & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in Resilience: Initial Coping Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *The Gerontologist, 61*(1), 114-125. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170

Gallegos, M., Zalaquettd, C., Luna, S. S., Mazo-Zea, R., Ortiz, T. B., Penagos-Corzo, J., Portillo, N., Torres, F. I., Urzúa, A., Morgan, C. M., Polanco, F., Flórez, A. y López, M. R. (2020). Cómo afrontar la pandemia del coronavirus (COVID-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology, 54*(1), e1304.

García, F. P. (2015). Trabajo Social y Calidad de Vida: una (in)visible relación. *Servicios Sociales y Política Social. XXXII(109),* 139-150.

García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P. D., Padilla, S. & Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 28(*10), 1040-1045. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.027

García, J. y Sales, F. (2011). *Bienestar y calidad de vida en México*. México. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H. Cámara de Diputados, LXI Legislatura, Universidad de Monterrey.

García, M. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. *Revista digital. Buenos Aires, 51,* 1-4.

García-Viniegras, C. R. V. y González Blanco, M., Fernández Garrido, J. y Ruiz Ros, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *8*(3), 1-16.

Girdhar, R., Srivastava, V., Sethi, S. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Care and Research*, *7*(1), 29-32.

Gobierno del Estado de México (07 de octubre de 2024). *28 de agosto, día del adulto mayor*. https://edomex.gob.mx/adulto_mayor

Gobierno de México. (s.f.). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ¿Qué hacemos?* https://www.gob.mx/inapam/que-hacemos

Gobierno de México. (2020). *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*. https://www.gob.mx/difnacional#6090

Gobierno de México. (2020a). *Instituto Nacional de Geriatría* http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/ensenanza/educacion-continua.html

Gobierno de México (2022). 034. *En México, 83.3 millones de personas vacunadas contra COVID-19*. https://www.gob.mx/salud/prensa/034-en-mexico-83-3-millones-de-personas-vacunadas-contra-covid-19?idiom=es

Gobierno de México. (19 de agosto de 2022a). *Pensión para el bienestar de las personas adultas mayores.* *https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/pension-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores-296817*

Gobierno del Estado de Tamaulipas (2022-2028). *Victoria*. https://www.tamaulipas.gob.mx/estado/municipios/victoria/

Gobierno de Chile Ministerio de Salud. *(2006). ¿Cómo estamos? Calidad de vida en Chile Región de los lagos II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile, 2006.* https://epes.cl/wp-content/uploads/2022/03/cuadernillo_Calidad_de_Vida_X_region_pub2007_compressed.pdf

Gómez, A. J. E. (2021). Covid-19: reflexiones filosóficas y gerontológicas desde la adaptabilidad y calidad de vida. *Medicina y ética*, *32*(1), 137-157. https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.04

Gómez G. K. (2022). *Dinámicas Familiares en Tiempo de Pandemia por Covid 19 en Cartago*. [Tesis de grado, Universidad Antonio Nariño, Colombia]. http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/6747/2/2022Kelly%20Gomez.pdf

Gómez, L. (junio 2022). *Definición de experiencia.* Significado. Com https://significado.com/experiencia/

González, A. y Falla, R. U. (2021). La intervención de Trabajo Social en tiempos de covid-19. Una apuesta de proyección social universitaria desde el enfoque sindémico. *Revista de Trabajo Social 24*(1), 193-216. Doi: 10.15446/ts.v24n1.94821

González-Soto, C. E., Agüero-Grande, J. A., Mazatán-Ochoa, C.I. y Guerrero-Castañeda, R.F. (2021). Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia COVID-19-nueva normalidad. *Cogitare Enferm, 26*. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.78463

Greenwood-Hickman, M. A., Dahlquist, J., Cooper, J., Holden, E., McClure, J. B., Mettert, K. D. Perry, S. R. y Rosenberg, D. E. (2021). “They´re going to zoom it”: A qualitative investigation of impacts and coping strategies during the COVID-19 pandemic among

older adults. *Frontiers in public health, 9,* 679976. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679976

Guerrero, C. R. F., Luna, R. T. G., Paramo, R. S. V., Razo, M. L. A., Vega, V. I. E. y Chávez, P. S. (2022). Experiencia vivida del cuidado de la salud mental en el adulto mayor durante el aislamiento por COVID-19. *ACC CIETNA: Revista para el cuidado de la salud, 9*(1), 68-82. https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.723

Guerrero, N. y Yépez, M. C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev Univ Salud; 17*(1), 121-131.

Guevara P. R. (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? *Revista Folios, (44),* 165-179.

Gutiérrez, B. C. (s. f.). La noción de experiencia en Kant. *Revistas UNAL*.

Gutiérrez, C. P. C. y Hernández-Lara, O. G. (2021). Covid-19 en la vejez institucionalizada: cuidados de las personas mayores en la frontera norte de México. *Revista Kairòs-Gerontologia*, *24*(30), 115-148. http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i

Gutiérrez, L. S. y Rivas, A. M. F (2015). El trabajo social en la salud mental: la relevancia de lo social dentro de lo clínico. [Tesis de grado, Facultad de Educación y Trabajo Social Universidad de Valladolid]. https://core.ac.uk/download/pdf/211097948.pdf

Gyasi, R., Phillips, D. y Abass, K. (2019). Redes de apoyo social y bienestar psicológico en cohortes de personas mayores de Ghana que viven en la comunidad. *International Psychogeriatrics*, 31(7), 1047-1057. https://doi.org/10.1017/S1041610218001539

Guzmán, G. C. y Saucedo, R. C. (2015). Experiencias. Vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 20*(67), 1019-1054.

Haddini, J. y Hernández, C. M. (2020). La Tercera edad y el COVID-19. La Acción Social. *Revista de Política Social y Servicios Sociales, 7*(IV), 1-8.

Havighurst, R. J. (1963). Successful againg. En R. H. Williams, C. Tibbitts y W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (299-332). Atherton Press.

Hernández, M., R., Gimeno-López, S., Mesado-Villarroya, M, Baquero-Lozano, E. y Llorente-Romeo, P. (2023). Vivencias de las personas mayores de una residencia durante el confinamiento por la COVID-19: un estudio cualitativo. *Gerokomos*, *34*(1), 9-14.

Hernández, R. J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Revista Científica Villa Clara, 24*(3), 578-594.

Herrera, P. M., Elgueta, R. R., Fernández, L. M., Giacoman, H. C., Leal, V. D., Rubio, A. M. Marshall, D. P. y Bustamante, P. F. (2021). *Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19*. Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo del Gobierno de Chile. https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro_calidad-de-vida-pm-y-covid-19-.pdf

Herrmann-Lucke, M., Figueroa, M. C. y Parra, H. F. (2022). Caminando por el barrio: Comprendiendo las experiencias de las personas mayores en un Santiago adverso, en tiempos de pandemia. *Revista Urbano 25*(44), 112-121. https://doi.org/10.22320/07183607.2022.25.45.09

Hopkins, W. G., Marshall, S. W., Batterham, A. M. & Hanin, J. (2009). Progressive statistics for studies in sports medicine and excercise science. *Medicine and science in sports and exercise*, *47*(1), 3-13. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31818cb278

Huberman, M. y Miles, M. (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. En: Denman, C. Haro, J. (Comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (253-300). *El Colegio de Sonora.* https://biblioteca.colson.edu.mx/e-docs/RED/Por_los_rincones-DENMAN_HARO.pdf

Huenchuan, H. S. y Guzmán, J. M. (s. f.). COVID-19: *Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/huenchuan_guzman_ppt.pdf*

Instituto del Cáncer (s. f.). https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/covid-19

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2020). *Número de habitantes.* https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/tam/poblacion/default.aspx?tema

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2020a). *Población de Tamaulipas en 2020.* https://telencuestas.com/censos-de-poblacion/mexico/2020/tamaulipas

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021). *Salud mental.* https://www.inegi.org.mx/temas/salud/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (06 de julio de 2023). *Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva*

*2021*https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (12 de febrero de 2024). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero (datos nacionales).* https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_14F.pdf

International Federation of Social Workers. (2024). *Definición global del Trabajo Social.* https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/

Instituto de salud pública de Chile (s. f.). *Productos Biológicos.* https://www.ispch.gob.cl/anamed/medicamentos/seccion-productos-biologicos/#:~:text=Vacunas%3A%20Productos%20biol%C3%B3gicos%20que%20han,para%20provocar%20una%20inmunidad%20pasiva

Instituto Nacional de Salud Pública (09 de octubre de 2023). *10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental.* https://www.insp.mx/avisos/10-octubre-dia-mundial-de-la-salud-mental

Iraizoz, B. A., García, M. V., Brito, S. G., Santos, L. J., León, G. G. y Jaramillo, S. R. (2021). Salud mental, seguridad y calidad de vida del adulto mayor en tiempos de COVID-19. *Revista Cubana de Medicina General Integral. 37*, e2056.

Ituarte, T. A. (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico.* Siglo XXI de España, Editores. https://libreria.tirant.com/es/libro/procedimiento-y-proceso-en-trabajo-social-clinico-amaya-ituarte-tellaeche-9788432307607

Jiménez, G. G., Calixto, J. P. y Flores, R. M. (2021). Grado de dependencia o independencia de los adultos mayores en las actividades básicas de la vida diaria. En Fuentes, L. N., Tereso R. L. Amador A. J. (Comps.). *Género, familia y vejez Abordajes disciplinares en las investigaciones de Trabajo Social* (159-180). ACANITS A. C. https://www.acanits.org/assets/img/libros/Genero%20familia%20y%20vejez2.pdf

Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Sage Journals, 33*(7), 14-26. https://doi.org/10.3102/0013189X033007014

Johnson, R. B., Onewuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(2), 112-133. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1558689806298224

Junco, M. F., Galindo, S. J., Maya, P. E., Ortega, J. M. (2022). Percepción del bienestar del adulto mayor durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19. Societas. *Revista de Ciencias Sociales y Humanísticas, 24*(1), 207-226.

Kessler, E. M. y Bowen, C. (2020). Covid ageism as a public mental health. *The Lancet Healthy Longevity, 1*(1), e12. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30002-7

Kreitler S, Nive D. (2007). Quality of life and coping in chronic pain patients. En Kreitler SBD, LAyND. *The handbook of chronic pain*. USA: Nova.

Krzeimen. (2001). *Calidad de vida y participación.* Mar del plata: Universidad Nacional del Mar del Plata.

Lacub, R., Arias, Ch., Kass, A., Herrmann, B., Val, S. Slipakoff, L. & Gil de Muro, M. (2020). Aspectos emocionales de las personas mayores durante la pandemia COVID 19. *Anuario de investigaciones XXVII*, 137-145.

Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Raymond, E., Bussieres, E. L., Lapierre, N., Faieta, J., Vincent, C., Duchesne, L., Ouellet, MC., Gagnon, E., Tourigny, A., Lamontagne, M. E. & Routhier, F. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. *JMIR Aging 4*(2), 1-17. https://doi.org/10.2196/26474

Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial: población, ambiente y calidad de la vida.* El Manual Moderno. https://search.worldcat.org/es/formats-editions/1010886721

Lizana, P. A., Vega-Fernández, G, & Lera, L. (2020). Association Between Chronic Health Conditions and Quality of Life in Rural Teachers. *Frontiers* in *Psychology, 10*: 2898. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02898

López D, J. (2005). Siglo XXI, siglo de poblaciones que envejecen. En S. Pinazo Hernandis y M. Sánchez Martínez (Dirs.). *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*. Pearson Prentice Hall.

Lucas-Zambrano, I., Buitrón-Álvarez, V., Sánchez, Sánchez, E. y Castelo-Rivas, W. (2021). Efectos emocionales negativos en los adultos mayores a lo largo de la cuarentena por COVID-19 en Santo Domingo. *Polo del Conocimiento, 6*(9), 1458-1470. DOI: 10.23857/pc.v6i9.3122

Macaya, S. X. C., Pihan, V. Rolando, y Vicente, P. B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, *18*(2), 338-355.

Madrid-Ramírez, R. (2017). La noción del bienestar subjetivo y el concepto de derecho. A propósito del vínculo entre normas jurídicas y felicidad humana. *Díkaion, 26*(1), 31-52. doi: 10.5294/dika.2017.26.1.3

Marcelo, V. y Marino, J. (2018). *Apoyo familiar percibido y calidad de vida en el adulto mayor, Centro de salud El Pallar, Huamachuco* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Trujillo].https://www.academia.edu/75474948/Apoyo_familiar_percibido_y_calidad_de_vida_en_el_adulto_mayor_centro_de_salud_El_Pallar_Huamachuco?ri_id=1362210

Martínez, M. M. (2013). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología 9*(1), 123-146. https://doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4033

Martínez, R. A. y Campos, F. W. (2015). Correlación entre actividades de interacción social registradas con nuevas tecnologías y el grado de aislamiento social en los adultos mayores. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica, 36*(3), 181-191. https://doi.org/10.17488/RMIB.36.3.4

Médicos sin fronteras. (21 de agosto de 2020). *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España.* MSF. https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf

Mejía, G. (2021). *Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor Una lectura de amor propio para dar mejor sentido a la vida.* Editorial del pueblo. https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20FELICIDAD%20EN%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf

MedlinePlus (2023). *Depresión*. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm

Mendoza de Carmona, Y. (2019). Fenomenología y hermenéutica: perspectivas epistemológicas para producción interpretativa-comprensiva de conocimiento gerencial. *Sapienza Organizacional 6*(12), 76-107.

Mendoza-Nuñez (s. f.). V. M. Envejecimiento. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/148/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf

Mero, N. M. M. y Sánchez, V. D C. (2021). *Afrontamiento en adultos mayores con covid-19.* [Tesis de grado, Universidad de Guayaquil. Ecuador]. https://repositorio.ug.edu.ec/items/78817705-292c-4218-89a1-313542e7b630

Milagros, M. (2001). *Envejecimiento y cambios psicológicos.* Tiempo. El portal de la psicogerontología. https://www.psicomundo.com/tiempo/monografias/cambios.htm

Monteagudo-Piqueras O, Hernando-Arizaleta L, Palomar-Rodríguez J. (2011). Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12v2 para la Región de Murcia. *Gac Sanit, 25*(1), 50-61.

Morley, J. E. & Vellas, B. (2020). COVID-19 and Older Adults. *J Nutr Health Aging, 24*(4), 364-365. Morley, J. E., & Vellas, B. (2020). Editorial: COVID-19 and Older Adults. *The journal of nutrition, health & aging*, *24*(4), 364–365. https://doi.org/10.1007/s12603-020-1349-9

Naciones Unidas (s. f.) *Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano*. https://www.un.org/es/global-issues/ageing

Naciones Unidas (2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos.* https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Naciones Unidas (mayo de 2020). *Informe de políticas: los efectos de la COVID-19 en las personas de edad.* https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/old_persons_spanish.pdf

Nah-Escamilla, C. Cetina-Chab, J. Reyes-Pisté, N. Medina-Fernández, J. Canul-Chi, R. y Méndez-Domínguez, M. I. (2023). Mi vida durante la pandemia de COVID-19: experiencias en adultos mayores de una zona rural de México. *Ciencia Acierta 19*(73), 140-151.

Naranjo-Hernández, Y., Mayor-Waltonll, S. De la Rivera-García, O., González-Bernal, R. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista de Investigación Científica, 100*(2), 1-10.

Navarro, B. N. (2017). Áreas de acción profesional del Trabajo Social Gerontológico. *Revista costarricense de Trabajo Social, 29*, 65-81.

Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (Seventh th). Pearson New International Edition. https://letrunghieutvu.yolasite.com/resources/w-lawrence-neuman-social-research-methods_-qualitative-and-quantitative-approaches-pearson-education-limited-2013.pdf

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Losifidis, C., Agha, M. y Agha, R. (2020). The socio-ecnomic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of surgery, 78,* 185-193. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.04.018

Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. (2021). *Enfermedades Crónicas*. https://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/

Observatorio Humanitario de la Cruz Roja Argentina (s. f.). *Los adultos mayores en Argentina*. https://drive.google.com/file/d/1_bAQphOZm8Wuk0hpHGR1bSJ9TFgp-OXw/view

Olmos, V. E., Arias, S. M. y Covarrubias, O. E. (2015). Los Adultos Mayores: una población vulnerable en Arias, S. M y Alcaraz, M. C. [Coords.], *Grupos Vulnerables*. Universidad de Colima, Facultad de Trabajo Social.

Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2006). Linking research questions to mixed methods data analysis procedures. *The Qualitative Report, 11*(3), 474–498.

Ordaz H., M. B., Pacheco, B. A. y Guillén, A. A. (2021). La economía familiar en el contexto del covid-19. *Revista Activos, 19*(2), 85-105. https://doi.org/10.15332/25005278.7291

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Programa de Salud Mental *WHOQOL Calidad de vida*. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1° de octubre de 2022). *Envejecimiento y Salud.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022a). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Mundial de la Salud. (08 de junio de 2022b). *Trastornos mentales.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Organización Mundial de la Salud. (20 de octubre del 2023). *Salud mental de los adultos mayores.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

Organización Mundial de la Salud. (2024). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución* https://www.who.int/es/about/governance/constitution

Organización Mundial de la Salud (2024b). *Más información sobre la pandemia de COVID-19. (2024).* https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud (2004). Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores *Promoción de la Salud y Envejecimiento Activo*. Serie Materiales de Capacitación No 1. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaClinicaAPS2004.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (8 de octubre de 2020). *No hay salud sin salud mental*. https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental#:~:text=Los%20trastornos%20mentales%2C%20neurol%C3%B3gicos%20y,diagnosticado%20con%20un%20trastorno%20mental

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud mental.* https://www.paho.org/es/temas/salud-mental

Organización Panamericana de la Salud. (11 de marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia.* https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia

Organización Panamericana de la Salud. (30 de septiembre del 2020a). *Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas.* https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Actualización diaria de COVID-19 de la OPS: 5 de noviembre de 2021*. https://www.paho.org/en/documents/paho-daily-covid-19-update-19-october-2021-0

Organización Panamericana de la Salud. (26 de septiembre de 2022). *Preguntas frecuentes: Vacunas contra la COVID-19.* https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19/preguntas-frecuentes-vacunas-contra-covid-19

Organización Panamericana de la Salud. (11 de septiembre del 2023). *Semana del Bienestar: OPS pide abordar los cuidados como un derecho humano y una responsabilidad social.* https://www.paho.org/es/noticias/11-9-2023-semana-bienestar-ops-pide-abordar-cuidados-como-derecho-humano-responsabilidad#:~:text=El%20concepto%20de%20cuidados%20abarca,momentos%20de%20enfermedad%20o%20dependencia.

Oscco, G. y Silva, M. M. V. (2021). *Calidad de vida en adultos mayores en tiempos de pandemia por la Covid19.* [Tesis de grado, Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91873/Mart%c3%adnez_OG_Silva_MMV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

O´Shea E. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.* Universidad Nacional de Irlanda, Galway. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf

Osorio-Parraguez, P. Jorquera, P. y Araya, T. M. (2021). Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios. *Horizontes Antropológicos, 27(59)*, 227-243. https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100012

Parra, E. L. (2021). Habilidades cognitivas: Mecanismo para el proceso de aprendizaje y la resolución de problemas. En Parra, E. L. (Comp.), *Habilidades para la vida Aproximaciones conceptuales* (44-62). Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/702_Habilidades_para_la_vida_Aproximaciones_conceptuales.pdf#page=31

Parra, S. M. (2005). *Fundamentos epistemológicos, metodológicos y teóricos que sustentan un modelo de investigación cualitativa en las ciencias sociales* [Tesis de grado, Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Facultad de Filosofía y Humanidades]. https://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/parra_m/sources/parra_m.pdf

Pastor, J. C. (2020). Los efectos psicológicos del Covid-19. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, 95*(9), 417-418. https://doi.org/10.1016/j.oftal.2020.06.010

Pérez, S. L., Maza, P. B., y De Lara, L. G. (2021). 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, 7*(e183), 1-11. http://dx.doi.org/10.24016/2021.

Pinazo-Hernandis. S. (2020). Impacto psicosocial de la Covid-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología 55*(5), 249-252. https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006

Piña, M. M. (2006). *Trabajo Social Gerontológico: investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores [Presentación de ponencia]*. 33º Congreso Mundial de Escuelas de Trabajo Social. Chile. https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/PonenciaMarceloPinaMoran.pdf

Pisula, P., Aldana, S. J., Baez, G. N., Loza, C. A., Valverdi, R., Discacciati, V., Granero, M., Pizzorno, S. X. & Ariel, F. J. (2021). A qualitative study on the elderly and mental health during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 1. *Medwave, 21*(4), e8186. https://doi.org/10.5867/medwave.2021.04.8186

Popper, K. R., Adorno, T. W., Dahren, R. y Habermas, J. (2008). *La lógica de las Ciencias Sociales.* Editorial Colofón.

Porcel-Gálvez, A. M., Badanta, B., Barrientos-Trigo, S. y Lima-Serrano, M. (2021). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enfermería Clínica 31*, S18-S23. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004

Poudel, A. N., Zhu, S., Cooper, N., Roderick, P., Alwan, N., Tarrant, C., Ziauddeen, N., y Yao, G. L. (2021). Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. *PloS one*, *16*(10), e0259164. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259164

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (06 de abril de 2020). *Los impactos económicos de la pandemia de COVID-19 y las desigualdades de género*

Recomendaciones y lineamientos de políticas públicas. https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/los-impactos-economicos-del-covid-19-y-las-desigualdades-de-genero-recomendaciones-y-lineamiento-de-politicas-publicas

Psicóloga, E., Gómez, Daza, A., Ángeles, S. y Barbosa, R. (2021). *PSICOLOGIA DEL MIEDO*. Boletín de la Universidad de Granada. Universidad de Granada. 10.25062/0120-0631.2390

Quiroga-Sanzana, C. E., Parra-Monje, G. R., Moyano-Sepúlveda, C. J. y Díaz-Bravo, M. A. (2022). Percepción de apoyo social y calidad de vida: la visión de personas mayores chilenas en el contexto de pandemia durante el 2020. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social 33,* 57-74. https://doi.org/10.25100/prts.v0i33.11544

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9), 1976–1982. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

Ramírez-Coronel, A. A., Malo-Larrea, A., Martínez-Suarez, P. C., Montánchez-Torres, M. L., Torracchi-Carrasco, E. y González-León, F. M. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *39* (8), 954-959. https://doi.org/10.5281/zenodo.4543649

Ramírez, H. I. y Posadas, D. R. (2022). Adultos mayores en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, *6*(1), 1928-1950 https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1620

Ramos, G. C. (2020). Los alcances de una investigación. CienciaAmerica 9(3), http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336

Reason, P. y Bradbury, H. (2008). *The SAGE handbook of action research*. Editorial Sage.

Restrepo, H. y Málaga, E. (2001). *Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud.* Editorial Médica panamericana. https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud.%20C%C3%B3mo%20construir%20vidad%20saludable.pdf

Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Envión Editores https://www.ram-wan.net/restrepo/documentos/libro-etnografia.pdf

Ríos, J., Grajales, J. y Valle, L. (2016). Influencia de la institucionalización del adulto mayor en el desempeño de la memoria declarativa Visuo-Verbal asociada a contenido emocional. *Katharsis, 22*, 35-62. https://doi.org/10.25057/25005731.814

Riveros, P. M. A. (2021). *Una aproximación a la experiencia de personas mayores vulnerables en Cajicá, Cundinamarca durante la pandemia del Covid-19*. [Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana]. https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/54779/Trabajo%20de%20Grado.pdf?sequence=1

Rivoir, A., Morales, M. J., y Casamayou, A. (2019). Usos y percepciones de las tecnologías digitales en personas mayores. Limitaciones y beneficios para su calidad de vida. *Revista Austral De Ciencias Sociales*, (36), 295–313. https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2019.n36-15

Rizo, G. M., (2004). Reseña de "El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea" de Leonor Arfuch. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, XLVI*(190), 232-238.

Rocco, T., Bliss, L., Gallagher, S. & Pérez-Prado, A. (2003). Taking the Next Step: Mixed Methods Research in Organizational Systems. *Information Technology, Learning, and Performance Journal, 21*(1), 19-29.

Rodríguez, N. G., Yun, H. C., Su, Y., Klainin-Yovas, P. & Wu, X. V. (2022). Psychological impacts and online interventions of social isolation amongst older adults during COVID-19 pandemic: A scoping review. *Jan leadyng global Nursing Research, 78,* 609-644. https://doi.org/10.1111/jan.15063

Rojas, V. B., Soto, H. J., Cuadros, O. V. y Barrionuevo, T. C. (2021). Vivencias y sentido de vida del adulto mayor víctima de violencia familiar en tiempos de COVID-19. *Revista Universidad y Sociedad, 13*(49), 499-504.

Romero, M. E., Acosta, O. S., Carmona, C. I., Jaimes, S. A. Masco, M. M., Áez, G. A. y Vega, J. Ch. (2010). Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas, 12*(5), 190-198.

Romero, H. (2021). *Medio ambiente y salud mental: ¿cuál es su relación?* https://uchile.cl/noticias/176358/medio-ambiente-y-salud-mental-cual-es-su-relacion

Ruiz, J. & Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=225435

Salazar, F. J. y Sempere, V. E. (2012). *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria.* Generalitat Conselleria de Sanitat. https://consaludmental.org/publicaciones/Malestaremocionalmanualpractico.pdf

Salazar P. L. E. (2018). *La resiliencia como herramienta de afrontamiento, dentro del proceso de duelo.* (Tesis de grado, Universidad Nacional, Abierta y a Distancia. https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/21037/63456308.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salinas, R. J. (2020). *Covid-19 Hacia la nueva normalidad: Una pandemia anunciada*. Malbec. https://books.google.com.mx/books?id=X7nkDwAAQBAJ&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Sánchez, S. C. D. (2005). *Gerontología Social*. Espacio Editorial.

Sángari, Y. (2016). *Adultos mayores institucionalizados: Iconos del abandono y soledad.* Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [FIAPAM]. https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-iconos-del-abandono-y-la-soledad/

Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo: ciclo vital,* décima edición. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Secretaría de Gobernación (27 de septiembre del 2019). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA3-2018 Asistencia Social. Prestación de Servicios de Asistencia Social a Adultos y Adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.* https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019#gsc.tab=0

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tamaulipas (2022). *Infórmate sobre el COVID-19*. https://coronavirus.tamaulipas.gob.mx/

Semo, B. W. & Frissa, S. M. (2020). The Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic: Implications for Sub Saharan África. *Psychology research and behavior management, 13,* 713-720. https://doi.org/10.2147/PRBM.S264286

Sempere, G., G., Méndez, M., I., y Ruiz-Esteban, C. (2023). Calidad de vida de mayores institucionalizados tras el confinamiento por la COVID-19. *Revista de psicología de la salud, 11*(1), 61-69. https://doi.org/10.21134/pssa.v11i1.310

Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Toralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and Physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health y Aging, 24*(9), 938-947. https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2

Sepulveda-Loyola, W., Ganz, F., Tricanico, R., Lopes, R., Negri, P., Solorza, E. González-Caro, H. & Probst, V. (2020). Social participation in associated with better functionality, health status and educational level in elderly women. *Revista Brasileña de Desarrollo 6*(4), 20690-20701. https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-299

Sigerist, H. E. (1941). Medicine and Human Welfare. *Anal de la Academia Americana de Ciencias Sociales y Políticas 223*(1), (35-43). https://doi.org/10.1177/000271624222300199

Simel, G. (2002). *Cuestiones fundamentales de sociología.* Editorial Gedisa.

Simón, F. D. (2023). *El valor de la vida humana y la espiritualidad en tiempos de la COVID-19: experiencias de adultos mayores en una residencia geriátrica privada de Lima 2022*. [Tesis

de grado, Universidad Católica Sedes Sapientiae. Lima, Perú]. https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/2099/1.-%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Skevington, S., Lotfy, M. y O´Connell, K. (2004). Evaluación de calidad de vida WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud: propiedades psicométricas y resultados del ensayo de campo internacional. Un informe del grupo WHOQOL. *Qual Life Res 13,* 299-310. https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00

Soto, A. l. (2021). *Calidad de vida del adulto mayor en tiempos del COVID-19, 2021* [Tesis de grado, Facultad de ciencias de la salud. Universidad Continental]. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11263/1/IV_FCS_507_TE_Soto_Aymara_2021.pdf

Sotomayor-Preciado, A. M., Espinoza-Carrión, F. M., Rodríguez-Sotomayor, J. y Campoverde-Ponce, M. (2021). Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. *Polo del Conocimiento, 6*(1), 362-380.

Strauss, A.; Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Editorial Contus.

Tahull, F. J. (2021). ¿Cómo han vivido los adultos mayores la pandemia del Covid19? *Cuadernos de Filosofía Latinoamericana, 42*(125). https://doi.org/10.15332/25005375.xxxx

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2010). Mixed Methods in Social & Behavioural R*esearch.* SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781506335193

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Ediciones Paidós. https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf

Tenorio-Mucha, J., Romero-Albino, Z., Roncal-Vidal, V. y Cuba-Fuentes, M. (2021). Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COIV-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 14*(1), 41-48. https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1165

Tenorio, R. y Hernández, M. N. (2005). Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). *Salud Mental, 28*(4), 18-32.

Tonon, G. (2010). Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva. *Psicodebate, 10*, 73-82. https://doi.org/10.18682/pd.v10i0.389

Torres, H. E., Martínez, P. R., Díaz, O. A., Bezerra, C. R. (2023). Experiencias del adulto mayor en tiempos de pandemia de Covid-19. *INDEX de enfermería 23*(1). https://doi.org/10.58807/indexenferm16342

Torres N. J. (2007). *Niklas Luhmann La sociedad de la sociedad.* Editorial Herder, S. de R. L. de C. V.

Urueña Hidalgo, A. (2006). La especialidad: un requerimiento para el Trabajo Social en la salud mental. *Revista de Trabajo Social, 178*, 35-41.

Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica, 30*(1), 61-71.

Vannini, P., Gagliardi, G. P., Kuppe, M. Dossett, M. L., Donovan, N. J., Gatchel, J. R., Quiroz, Y. T., Premnath, P. Y., Amariglio, R., Sperling, R. A. & Marshall, G. A. (2021). Stress, resilience, and coping strategies in a simple of community-dwelling older adults during COVID-19. *Revista de Investigación Psiquiátrica, 138,* 176-185. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.05

Vázquez, R. (2020). *Covid-19 y residencias de mayores: la urgencia de anticipar riesgos.* Balance Sociosanitario. https://www.balancesociosanitario.com/opinion/covid-19-y-residencias-de-mayores-la-urgencia-de-anticipar-riesgos/

Veenhoven, R. (1991). Is happines relative? *Social Indicators Research, 24,* 1-34 https://doi.org/10.1007/BF00292648

Velandia, A. (28 de septiembre del 2011). *Investigación en salud y calidad de vida.* Publicaciones & Reflexiones Ana Luisa Velandia Mora. http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html

Vera-Villarroel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K. y Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista médica de Chile*, *142*(10), 1275-1283. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007

Verdugo, A. M., Gómez, S. L. y Arias, M. B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores: La escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

Villa, I. C., Zuluaga, C. & Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *31*(3), 532-545.

Villarreal, A. M., Moncada, J. J. Ochoa, M. P. y Hall, L. J. (2021). Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos 41,* 480-484. https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.58937

Vinaccia S, Quiceno J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC. *Terapia Psicológica, 29* (1), 65-76. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100007

Ware, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1995). *SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales.* The Health Institute, New England Medical Center. https://www.researchgate.net/profile/John-Ware-6/publication/291994160_How_to_score_SF-12_items/links/58dfc42f92851c369548e04e/How-to-score-SF-12-items.pdf

Ware, J., Konsinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care 34*(3), 220-233. https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003

Whitehead, B. R. & Torossian, E. (2021). Older Adults' Experience of the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Analysis of Stresses and Joys. *The Gerontologist, 61*(1), 36–47. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa126

Williams, P. (2020). *Enfermería Geriátrica.* GEA CONSULTORIA EDITORIAL. S.L. https://books.google.com.mx/books?id=45buDwAAQBAJ&pg=PA1&dq=teoria+del+desgaste+natural&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false

Yan, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T. & Xiang, Y. T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry, 7*(4), e19. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1

Yirda, A. (2021). *Experiencia*. Concepto Definición. https://conceptodefinicion.de/experiencia

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

LIC. PAULINA ZARATE GRACIA
DIRECTORA DE CENTROS ASISTENCIALES DE DIF TAMAULIPAS
P R E S E N T E. –

Cordialmente lo saludo y a su vez me permito solicitarle el apoyo que le pueda brindar a la MC. Porfiria Calixto Juárez estudiante del Doctorado en Trabajo social, de la Facultad de Trabajo Social para desarrollar el proyecto de investigación "experiencias del adulto mayor que afectan su bienestar en tiempos de covid-19", esto con la finalidad de posteriormente aplicar instrumentos de investigación a los usuarios.

Agradeciendo de antemano su atención y en espera de su colaboración me despido, quedando a sus apreciables órdenes.

DIF 9:20
06 DIC. 2021
RECIBIDO
DIRECCIÓN DE CENTROS ASISTENCIALES

ATENTAMENTE
"SURSUM VERSUS"
Culiacán de rosales, Sinaloa, a 17 de noviembre de 2021.

Recibí:
Mónica González Rodarte
28-09-22

DRA. GLORIA ISABEL CAMACHO BEJARANO

Facultad de Trabajo Social
Posgrado

Anexo 2

Cd. Victoria, Tamaulipas a 30 de marzo del 2022.

Dra. Guillermina De la Cruz Jiménez Godínez
Directora de la UATSCDH
P r e s e n t e.-

ATN: Maestra Norma Alicia Nieto Reyes
Secretaria Académica de la UATSCDH

Por este conducto comunico que curso el Programa de Doctorado en Trabajo Social, impartida por la Facultad de Trabajo Social Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa y llevo a cabo el estudio denominado "Salud mental y Calidad de Vida en Personas Adultas Mayores Institucionalizadas". Motivo por el cual solicito ante Usted un equipo de estudiantes que les interese trabajar con Adultos Mayores y realice prácticas en Casa Hogar del Adulto Mayor, ubicada en Fraccionamiento Barrio de Pajaritos #0 de Ciudad Victoria, Tamaulipas con el fin de llevar a cabo la investigación y aplicar instrumentos para valorar las categorías señaladas y comprender la experiencia vivida en su vida cotidiana en el escenario de pandemia por COVID-19. Cabe señalar, que se guiará y apoyará al equipo asignado en cada una de las actividades de su asignatura e informe social.

Agradeciendo de antemano sus finas atenciones quedo de usted.

Atentamente,

Calixto Juárez P.

Porfiria Calixto Juárez

Anexo 3

Cd. Victoria, Tamaulipas a 15 de mayo de 2023

Dr. Hugo Tirado Medina
Profesor PTC de la UATSCDH y Candidato SNI
P r e s e n t e.-

Asunto: Validación de instrumento.

Mi nombre es Porfiria Calixto Juárez, soy estudiante del Doctorado en Trabajo Social en la Facultad de Trabajo Social, Campus Culiacán y llevo a cabo la investigación denominada: "COVID-19, salud mental y calidad de vida en personas adultas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de Ciudad Victoria, Tamaulipas: efectos y experiencias".

Por lo anterior y para continuar con el apartado de metodología e instrumentos, requiero de su colaboración y validación de experto para dar validez a la guía de entrevista que le envío mediante Google Forms, porque considero que su experiencia en el ámbito psicológico de la investigación será un aporte significativo para el instrumento que pretendo abordar.

Esperando una respuesta favorable y agradeciendo de antemano sus finas atenciones quedo de usted.

Atentamente

Porfiria Calixto Juárez

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es importante que Usted tenga conocimiento que existen estudiantes que llevan a cabo investigaciones para después proponer solución a los problemas que perciban las Personas Adultas Mayores, quienes fueron las más afectadas debido a la pandemia por COVID-19. Para ello se necesita la participación de Usted para que comparta sus experiencias vividas ante COVID-19.

Así que, como estudiante de Trabajo Social le informo que lleva a cabo la investigación "COVID-19, SALUD MENTAL, CALIDAD DE VIDA Y EXPERIENCIAS VIVIDAS EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS"

Cabe resaltar, que no es obligatorio participar. Se respetará la decisión que Usted tome al respecto. Si desea hacerlo, la información que brinde será confidencial y en el momento que ya no quiera participar, solo lo comunica.

Es importante decir que, si Usted requiere alguna información, estoy en la mejor disposición de brindarla.

Atentamente

_____

MTS Porfiria Calixto Juárez

Responsable de la investigación

_____

Nombre y firma del participante

Estoy de acuerdo en participar en la investigación señalada

Anexo 5

Cuestionario de Variables Sociodemográficas

Datos generales: Folio __

1.- Sexo 1 Mujer __ 2 Hombre __

2.- Edad __

3.- Estado civil: Soltero (a) __ Casado (a) __ Divorciado (a) __ Viudo (a)__ Unión libre __

4.- Escolaridad: Primaria (1) __Secundaria (2) __Preparatoria (3) __Universidad (4) __

5.- Pensionado/jubilado Sí__ 2 No __

6.- ¿Enfermedad diagnosticada? _____

7.- ¿Se contagió de COVID? Sí __ No __

Anexo 6

Componente mental del SF-12 (5 ítems)

6.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional?

Sí ◯ No ◯

7.- No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional

Sí ◯ No ◯

9.- ¿Se sintió calmado(a) y tranquilo(a)?

Siempre ◯ Casi siempre ◯ Muchas veces ◯ Algunas veces ◯ Solo alguna vez ◯ Nunca ◯

10.- ¿Tuvo mucha energía?

Siempre ◯ Casi siempre ◯ Muchas veces ◯ Algunas veces ◯ Solo alguna vez ◯ Nunca ◯

11.- ¿Se sintió desanimado(a) y triste?

Siempre ◯ Casi siempre ◯ Muchas veces ◯ Algunas veces ◯ Solo alguna vez ◯ Nunca ◯

Anexo 7

WHOQOL-BREF

1.- ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
	1	2	3	4	5
2.- ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3.- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.- ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5.- ¿Cuánto disfruta de la vida?					
6.- ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7.- ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8.- ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9.- ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10.- ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11.- ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12.- ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13.- ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14.- ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?					
15.- ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

	Muy insatisfecho(a)	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16.- ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17.- ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18.- ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19.- ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?					
20.- ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21.- ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?					
22.- ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?					
23.- ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24.- ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25.- ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?					

Nota. elaboración propia con base en WHOQOL-BREF

Anexo 8

Guía de entrevista

1.- Todo lo que implicó COVID-19, ¿de qué manera afectó su salud mental y calidad de vida?

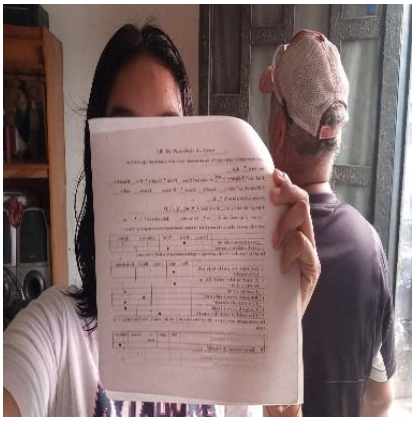
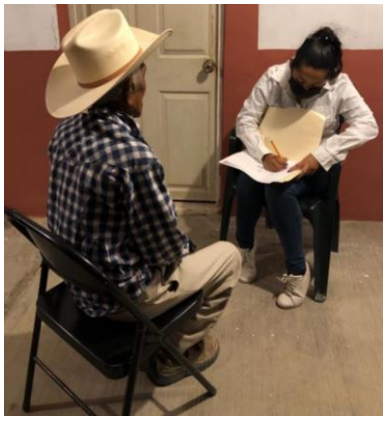
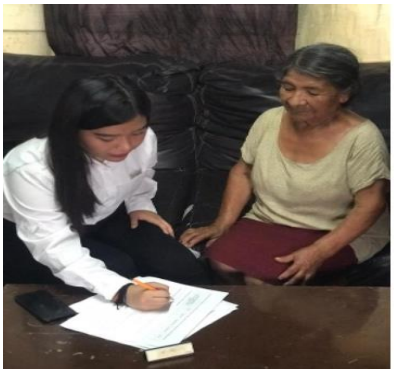
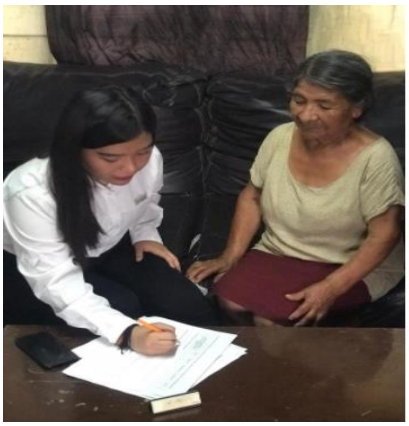
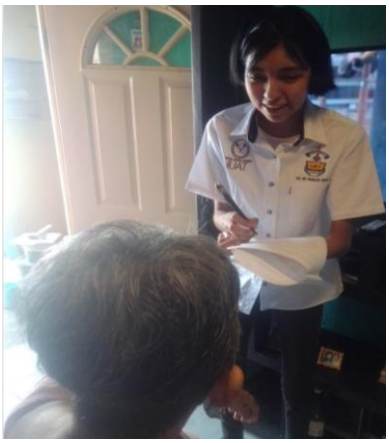
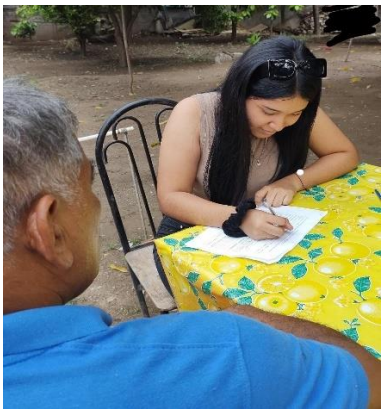
2.- ¿Qué le viene a su mente cuando escucha la palabra COVID-19?

3.- ¿Cuáles son sus recuerdos más importantes de ese acontecimiento que vivimos?

4.- ¿Qué sintió cuando se enteró que COVID-19 era más dañino y peligroso para adultos mayores?

5.- ¿Qué haría diferente si se presentara una nueva Pandemia?

6.- ¿Qué estrategias utilizó para superar la pandemia de COVID-19?

7.- ¿Puede relatarme cómo ha sido la experiencia que le ha dejado COVID-19?

Anexo 9