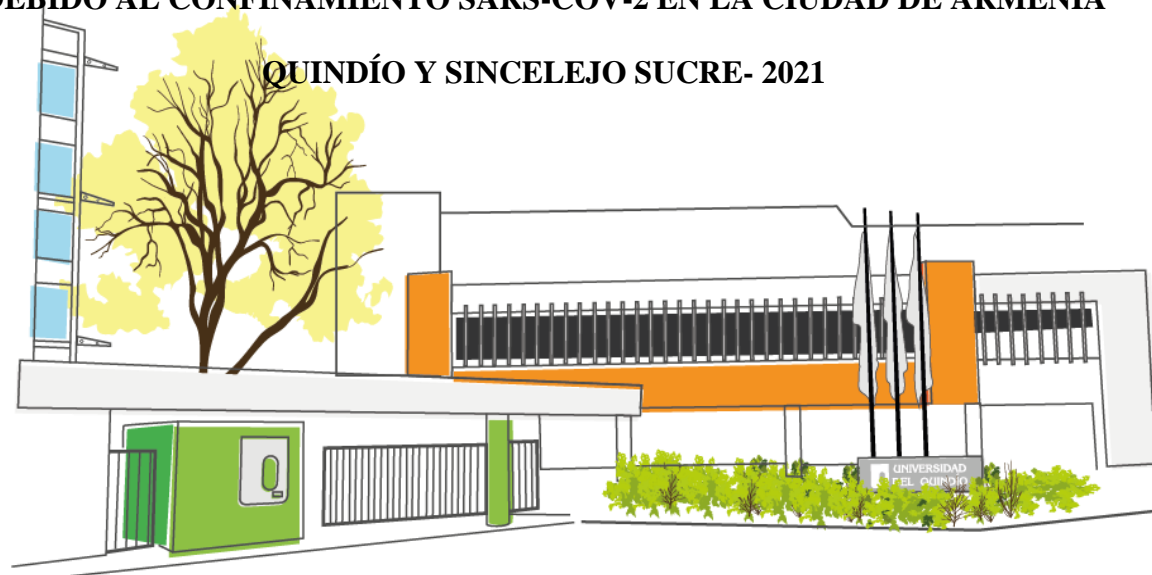




**PERCEPCIONES DE ADULTOS MAYORES SOBRE SU ESTADO DE SALUD
DEBIDO AL CONFINAMIENTO SARS-COV-2 EN LA CIUDAD DE ARMENIA
QUINDÍO Y SINCELEJO SUCRE- 2021**



Nombres de las estudiantes:

Natalia Bettin Ricardo y Mariana Ríos Londoño

Asesora: Lilia Inés López Cardozo

Universidad del Quindío

Ciencias de la Salud

Gerontología

Fecha: 10/ 12 / 2021

PERTINENTE CREATIVA INTEGRADORA

 @uniquindio  unquindioconectada  unquindioconectada

www.uniquindio.edu.co

Agradecimientos

Reconocimientos muy especiales a Dios por acompañarnos en este camino, a la Universidad del Quindío, la Facultad de Ciencias de la Salud, al Programa de Gerontología, a los profesores por las enseñanzas y guía constante, a la asesora Lilia Inés López Cardozo por su apoyo y conocimientos brindados, al comité de bioética y jurados por hacer posible la evaluación de este trabajo, a nuestras familias, seres queridos (amigos y allegados) y personas adultas mayores que participaron voluntariamente de esta investigación.

Dedicatoria

A Dios por ser nuestra razón de existir y espíritu en el estudio.

A todas las personas mayores y gerontólogos que con su presencia promueven el cuidado permitiendo enlazar experiencias con el fervor de la trayectoria en esta incierta vida en la inquietud de la cotidianidad.

Tabla de contenido

1. TÍTULO.....	8
2. RESUMEN.....	8
2.1 ABSTRACT.....	8
3. PALABRAS CLAVE.....	9
3.1 KEY WORDS.....	9
4. INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I	
5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	10
6. MARCO DE ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
6.1.1 INTERNACIONALES.....	11
6.1.2 NACIONALES.....	14
7. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
7.1 PREGUNTA GENERAL.....	18
7.2 PREGUNTAS ESPECÍFICAS.....	18
8. OBJETIVOS.....	18
8.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
9. JUSTIFICACIÓN.....	19
CAPÍTULO II	
10. MARCOS REFERENCIALES.....	21
10.1 MARCO CONCEPTUAL.....	21
10.2 MARCO TEÓRICO.....	25
10.3 MARCO CONTEXTUAL.....	28
10.4 MARCO LEGAL.....	29
CAPÍTULO III	
11. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.....	38
11.1 ENFOQUE.....	38
11.2 TIPO DE ESTUDIO.....	38
11.3 POBLACIÓN.....	38
11.4 MUESTRA.....	38

11.5 TIPO DE MUESTRA.	39
11.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	39
11.7 CRITEROS DE EXCLUSIÓN.	39
11.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	39
11.9 SISTEMATIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	40

CAPÍTULO IV

12. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	40
13. CONCLUSIONES.	90
14. RECOMENDACIONES.	91
15. ANEXOS.	93
15.1 ANEXO NO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	93
15.2 ANEXO NO 2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.	94
15.3 ANEXO NO. 3. SISTEMATIZACIÓN DE DATOS A NIVEL GENERAL.	96
15.4 ANEXO NO. 4. MATRICES SOBRE TRANSCRIPCIONES DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.	100
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRAFÍAS.	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla. No. 1: Clasificación de adultos mayores de acuerdo con la edad.	21
Tabla. No. 2: Síntesis de los datos sociodemográficos de Sincelejo	41
Tabla. No.3: Síntesis de los datos sociodemográficos de Armenia.	41
Tabla. No.4: Síntesis de los datos sociodemográficas a nivel de Sincelejo y Armenia. . .	42
Tabla. No.5: Síntesis de los datos sobre enfermedades crónicas de las personas mayores diagnosticadas por el sistema de salud de Sincelejo.	43
Tabla. No.6: Síntesis de los datos sobre enfermedades crónicas de las personas mayores diagnosticadas por el sistema de salud de Armenia.	44
Tabla. No.7: Síntesis de los datos sobre enfermedades crónicas de las personas mayores diagnosticadas por el sistema de salud de Armenia y Sincelejo.	46
Tabla. No.8: Síntesis de los datos sobre la modalidad de asistencia de las personas mayores al servicio de salud de Sincelejo durante la cuarentena.	48
Tabla. No.9: Síntesis de los datos sobre la modalidad de asistencia de las personas mayores al servicio de salud de Armenia durante la cuarentena.	49
Tabla. No.10: Síntesis de los datos sobre la modalidad de asistencia de las personas mayores al servicio de salud de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	51

Tabla. No.11: Síntesis de los datos sobre la frecuencia de consultas de las personas mayores al médico en Sincelejo durante la cuarentena.	51
Tabla. No.12: Síntesis de los datos sobre la frecuencia de consultas de las personas mayores al médico en Armenia durante la cuarentena.	52
Tabla. No.13: Síntesis de los datos sobre la frecuencia de consultas de las personas mayores al médico en Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	53
Tabla. No.14: Síntesis de los datos sobre la adherencia al tratamiento de las personas de Sincelejo durante la cuarentena.	54
Tabla. No.15: Síntesis de los datos sobre la adherencia al tratamiento de las personas de Armenia durante la cuarentena.	56
Tabla. No.16: Síntesis de los datos sobre la adherencia al tratamiento de las personas de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	56
Tabla. No.17: Síntesis de los datos sobre la presencia o ausencia de miedo de las personas de Sincelejo durante la cuarentena.	57
Tabla. No.18: Síntesis de los datos sobre la presencia o ausencia de miedo de las personas de Armenia durante la cuarentena.	59
Tabla. No.19: Síntesis de los datos sobre la presencia o ausencia de miedo de las personas de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	60
Tabla. No.20: Síntesis de los datos sobre los cambios en la vida de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.	61
Tabla. No.21: Síntesis de los datos sobre los cambios en la vida de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.	63
Tabla. No.22: Síntesis de los datos sobre los cambios en la vida de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	66
Tabla. No.23: Síntesis de los datos sobre los cambios de las relaciones familiares de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.	67
Tabla. No.24: Síntesis de los datos sobre los cambios de las relaciones familiares de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.	68
Tabla. No.25: Síntesis de los datos sobre los cambios las relaciones familiares de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	68
Tabla. No.26: Síntesis de los datos sobre el medio de comunicación usado por las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.	69
Tabla. No.27: Síntesis de los datos sobre el medio de comunicación usado por las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.	70
Tabla. No.28: Síntesis de los datos sobre el medio de comunicación usado por las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	71
Tabla. No.29: Síntesis de los datos sobre pérdida de interacción social de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.	72
Tabla. No.30: Síntesis de los datos sobre pérdida de interacción social de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.	73

Tabla. No.31: Síntesis de los datos sobre pérdida de interacción social de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	74
Tabla. No.32: Síntesis de los datos sobre las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.	74
Tabla. No.33: Síntesis de los datos sobre las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.	75
Tabla. No.34: Síntesis de los datos sobre las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	77
Tabla. No.35: Síntesis de los datos sobre las actividades en tiempo libre de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.	78
Tabla. No.36: Síntesis de los datos sobre las actividades en tiempo libre de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.	78
Tabla. No.37: Síntesis de los datos sobre las actividades en tiempo libre de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	79
Tabla. No.38: Síntesis de los datos sobre las actividades nuevas de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.	81
Tabla. No.39: Síntesis de los datos sobre las actividades nuevas de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.	82
Tabla. No.40: Síntesis de los datos sobre las actividades nuevas de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.	83
Tabla. No.41: Síntesis de los datos sobre los cambios en la percepción del estado de salud física y mental de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.	84
Tabla. No.42: Síntesis de los datos sobre los cambios en la percepción del estado de salud física y mental de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.	85
Tabla. No.43 Síntesis de los datos sobre los cambios en la percepción del estado de salud física y mental de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena. . .	86

ÍNDICE DE MATRICES

Matriz. No.1: Caracterización sociodemográfica a nivel general de Sincelejo y Armenia.	96
Matriz No.2. Sistematización general de las respuestas sobre antecedentes de salud (enfermedades crónicas) de las personas mayores diagnosticadas por el sistema de salud en Sincelejo y Armenia.	97
Matriz No.3. Sistematización general de las respuestas sobre la modalidad de asistencia al servicio de salud y adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores en Sincelejo durante la cuarentena.	98
Matriz No.4. Sistematización general de las respuestas sobre la modalidad de asistencia al servicio de salud y adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores en Armenia durante la cuarentena.	99

Matriz No.5. Salud subjetiva de las personas adultas mayores durante el confinamiento por el SARS-CoV-2 en la ciudad de Sincelejo.100

Matriz No.6. Salud subjetiva de las personas adultas mayores durante el confinamiento por el SARS-CoV-2 en la ciudad de Armenia. 101

1. Título

PERCEPCIONES DE ADULTOS MAYORES SOBRE SU ESTADO DE SALUD DEBIDO AL CONFINAMIENTO SARS-COV-2 EN LA CIUDAD DE ARMENIA QUINDÍO Y SINCELEJO SUCRE- 2021.

2. Resumen

Esta investigación de enfoque cualitativo se hizo con el objetivo de analizar las percepciones de los adultos mayores sobre su estado de salud, debido a los cambios acaecidos por confinamiento debido al SARS-CoV-2 en el año 2021 por medio de una metodología de análisis descriptivo se aplicó una entrevista semiestructurada en las ciudades de Sincelejo-Occidente y sur y Armenia –occidente. A partir de las respuestas se identificaron categorías y características, las cuales fueron analizadas e interpretadas mediante la revisión de literatura. Este estudio reflejó la heterogeneidad y contrastes en las personas adultas mayores de Armenia y Sincelejo, en esta última se presentaron menos pluripatologías, pero era población de mayor edad. El teléfono se resalta como medio de comunicación en común y también se reconoce que el teléfono ha sido un medio bastante usado durante el confinamiento para la atención a las enfermedades crónicas de las personas adultas mayores en los sistemas de salud, pero algunas de ellas manifestaron su inconformidad con este medio, porque prefieren una atención presencial. No obstante, casi todos dicen tomarse los medicamentos con responsabilidad. La mayoría siente que su vida ha seguido con normalidad y muchos no sienten temor de morir porque lo consideran algo que va a suceder en algún momento.

2.1 Abstract

This qualitative approach research was done with the aim of analyzing the perceptions of older adults about their state of health, due to the changes that occurred due to confinement due to SARS-CoV-2 in 2021 through a descriptive analysis methodology, a semi-structured interview was applied in the cities of Sincelejo-West and South and Armenia -West. From the answers, categories and characteristics were identified, which were analyzed and interpreted through the literature review. This study reflected the heterogeneity and contrasts in the elderly of Armenia and Sincelejo, in the latter there were fewer pluripathologies, but older population. The telephone is highlighted as a common means of communication and it is also recognized that the telephone has been a widely used means during confinement for the care of chronic diseases of the elderly in health systems, but some of them expressed their disagreement with this medium, because they prefer face-to-face care. However, almost all say they take their medications responsibly. Most feel that their life has continued normally and many are not afraid of dying because they consider it something that is going to happen at some point.

3. Palabras Clave

Confinamiento, persona adulta mayor, salud mental, enfermedades crónicas, SARS-CoV-2.

3.1 Key Words

Confinement, elderly person, mental health, chronic diseases, SARS-CoV-2

4. Introducción

Los coronavirus (CoV) son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA), es decir gripa, que pueden llegar a ser leve, moderada o grave. La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubrió el 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió reportes de presencia de neumonía, de origen desconocido, en la ciudad de Wuhan, en China.

Rápidamente, a principios de enero, las autoridades de este país identificaron la causa como una nueva cepa de coronavirus. La enfermedad ha ido expandiéndose hacia otros continentes como Asia, Europa y América. La enfermedad se propaga principalmente de persona a persona a través de las gotículas que salen despedidas de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar. Estas gotículas son relativamente pesadas, no llegan muy lejos y caen rápidamente al suelo. Una persona puede contraer la COVID-19 si inhala las gotículas procedentes de una persona infectada por el virus. Por eso debe mantenerse al menos a un metro de distancia de los demás. Estas gotículas pueden caer sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, como mesas, pomos y barandillas, de modo que otras personas pueden infectarse si tocan esos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca. Por ello es importante lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol.

En Bogotá, el 6 de marzo de 2020. El Ministerio de Salud y Protección Social confirma el primer caso de COVID-19 en el territorio nacional luego de los análisis practicados a una paciente de 19 años, procedente de Milán, Italia la cual presentó síntomas y acudió a los servicios de salud donde se le tomaron las muestras para el análisis respectivo. Ante esto, el Instituto Nacional de Salud confirmó resultados positivos a las pruebas. A la fecha de 22 de mayo se confirma que hay 3, 232,456 personas que han sido contagiados, con 110,882 activos, 3, 026,277 recuperados y 84,724 fallecidos. (Minsalud, 2021).

Las personas mayores durante la pandemia se enfrentaron al confinamiento dentro de sus hogares, ya sea voluntaria u obligatoriamente. Esta condición los ha expuesto a múltiples situaciones que van más allá del propio confinamiento, significativamente se reducen las redes sociales de apoyo, la inactividad, y sensaciones de temor y soledad; ante esta situación los adultos mayores son cada vez más vulnerables experimentando grandes niveles de

ansiedad. Uno de los factores que atribuyen a la exclusión del adulto mayor es el uso de tecnologías, ya que hoy en día estas son un medio imprescindible para gran parte de la población, siendo que a las personas mayores no le resulta tan beneficioso debido a las grandes brechas tecnológicas, dificultando así el acceso a insumos, mantener vínculos familiares y sociales (Valdivia, 2020, pág. 106 citado por Vaca et al. 2021. p.10).

En el presente trabajo se muestra en el capítulo I la línea de investigación, marco de antecedentes de la investigación, planteamiento y formulación del problema, objetivos y justificación. Enseguida en el capítulo II se abordan los marcos referenciales (conceptual, teórico, contextual y legal). Luego en el capítulo III están las estrategias metodológicas, el enfoque, tipo de estudio, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión, tipo de muestra, técnica de recolección, sistematización e interpretación de la información. Finalmente, en el capítulo IV se presentan los resultados, discusión y anexos.

5. Línea De Investigación

En la Universidad del Quindío se define la línea de investigación como una trayectoria Investigativa en una determinada temática científica, de desarrollo tecnológico o de innovación que origina proyectos, cuyos objetivos y resultados guardan relación entre sí y constituyen un sistema integrado a los programas de investigación. Proyecto Educativo de Programa. Universidad del Quindío (PEP, 2017).

Teniendo en cuenta lo anterior, este trabajo abarca la línea de **Investigación Desarrollo-Envejecimiento** del programa de gerontología donde se tiene que el adulto mayor se ha desarrollado en sus dimensiones básicas (física, cognoscitiva, emocional y social), en ellas interactúan una serie de factores ambientales y contextuales que determinan la autonomía e independencia, las cuales se ven implicadas la cultura (valores, roles, normas, ideologías, actitudes), interviene la familia, las relaciones sociales, el sujeto en su desarrollo afectivo, moral y actitudinal.

6. Marco De Antecedentes De La Investigación.

El SARS-CoV-2 es un virus que apareció recientemente, sin embargo, ha sido un tema de bastante interés para la salud pública, dado que ha tenido muchas repercusiones a nivel mundial, incluyendo las actividades de la vida diaria de las personas en sus diversas etapas del curso vital, por eso se han publicado varios estudios respecto al tema, en estos antecedentes se muestran algunos estudios relevantes que indican la trascendencia para la humanidad de la enfermedad COVID-19.

A continuación, se presentará el marco de antecedentes tanto internacionales como nacionales relacionado con el tema y el problema a investigar o afinidad entre los mismos:

6.1 Internacionales

- La investigación **denominada DETECCIÓN DE SARS-COV-2 ENTRE RESIDENTES Y MIEMBROS DEL PERSONAL DE UNA COMUNIDAD DE VIDA INDEPENDIENTE Y ASISTIDA PARA ADULTOS MAYORES** De los **autores** Roxby AC, Greninger AL, Hatfield KM, et al Allevada a cabo en el año 2020 en Washington, asoció la transmisión comunitaria de COVID-19 con rápida propagación y alta morbilidad y mortalidad entre adultos mayores en centros de enfermería especializada a largo plazo. COVID-19. Pruebas de todos los residentes y el personal los miembros encontraron pocos casos de COVID-19. Tres de cuatro residentes que tuvieron resultados positivos en las pruebas fueron asintomáticos. Es posible que la detección basada en síntomas no identifique el SARS-CoV-2. Infecciones en residentes de instalaciones de vida independiente y asistida. Subrayando la importancia de adherirse a la guía del centro para control y prevención de enfermedades (CDC) para evitar la transmisión de COVID-19 en comunidades de personas mayores. El derecho a la ciudad, el derecho a la subsistencia, el derecho a moverse, el derecho al trabajo, el derecho a estar en un lugar se ha visto interrumpido en los últimos meses. La crisis sin precedentes de la pandemia de COVID-19 ha provocado oleadas de ansiedad y pánico en todo el mundo.

Concluyendo que los adultos mayores se enfrentan al aislamiento social y necesitan mitigar sus efectos adversos. Los factores de riesgo potenciales son el aislamiento social, deterioro cognitivo, acontecimientos traumáticos de la vida y dependencia de abusadores, mala salud física y mental y apoyo social escaso. Debido a la pandemia de COVID-19 y las medidas sociales restrictivas resultantes, como el encierro en la mayoría de los lugares del mundo, el abuso de personas mayores ha aumentado en gran medida.

- Estudio **denominada SALUD, CÓMO NO LUCHAR CONTRA COVID-19 de los autores** Gavin Yamey y Simmone Shah llevado a cabo en Estados Unidos en el año 2020 señala que con el sistema de salud quebrantado por el coronavirus, los servicios para enfermedades como el cáncer, la diabetes, tratamiento a la adicción y enfermedades cardíacas serían interrumpidas, lo que podría dar lugar a un aumento de muertes por estas condiciones médicas preexistentes, podrían hacer más vulnerables al 2,7% de estadounidenses, llevando a la muerte al 10% de las personas mayores infectados e inevitablemente. La economía no puede ser saludable si su población está enferma.
- La investigación **denominada TELEPSIQUIATRÍA GERIÁTRICA: PROMOCIÓN DEL ACCESO A LA ATENCIÓN GERIÁTRICA DE SALUD MENTAL MÁS ALLÁ DE LAS BARRERAS FÍSICAS** de los **autores** Palanimuthu Thangaraju Sivakumar, et al. llevada a cabo en la India en el año 2020

revela que las enfermedades psiquiátricas son un importante contribuyente de morbilidad y mortalidad en adultos mayores. La falta de recursos humanos adecuados en atención de salud mental geriátrica agrava el problema. Telemedicina, es relativamente nuevo en la práctica de psiquiatría en la India, por la falta de pautas y regulaciones. Hay un reciente aumento de las teleconsultas en India similar a otros países desarrollados debido a la pandemia de COVID-19 con desafíos para los adultos mayores como la poca alfabetización digital, problemas sensoriales y cognitivos.

- En la investigación **denominada ATENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DURANTE EL CORONAVIRUS ENFERMEDAD (COVID-19) PANDEMIA: DESAFÍOS Y CAMINO POR DELANTE EN LA INDIA de los autores Mukku SSR, Sivakumar PT**, llevada a cabo en la India, en el año 2020 dice que la pandemia de COVID-19 tiene un impacto potencialmente enorme en la salud mental de todos, especialmente más riesgo para los adultos mayores. La atención de salud mental geriátrica limitada, la disminución de la flexibilidad entre ellos en adaptarse a las nuevas situaciones exigentes, contribuyen al aumento de sus niveles de estrés, sufrir de soledad y aislamiento, y las restricciones actuales para viajar en cuarentena para evitar al COVID-19. Muchos de los adultos mayores tienen una capacidad limitada para usar smartphones y métodos modernos de tecnología para la comunicación, empeoran las enfermedades físicas en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19. También, la falta de actividad física, falta de visitas programadas a los médicos, los hospitales están descuidando las situaciones que no son de emergencia. Igualmente, la mala salud física puede, contribuir a un mayor riesgo de enfermedad mental. Probablemente su nutrición e hidratación inadecuada, contribuyendo a mayor riesgo de delirio. Y aquellos con deterioro cognitivo es probable que tienen dificultad para seguir medidas restrictivas y mantenimiento de la higiene personal. El pobre apoyo familiar, limitaciones financieras, dependencia, y vivir son factores de riesgo de problemas de salud mental entre casi el 70% de las personas adultas mayores residen en las zonas rurales con servicios predominantemente limitados a las zonas urbanas. No obstante, la hipótesis de la inoculación establece que en la experiencia previa se adquieren la sabiduría de los aprendizajes en situación de desastres naturales o epidemias; lo que tiende a proteger o aislar a las personas de una fuerte reacción emocional a futuros desastres naturales.
- En el estudio **denominado EL RIESGO DE DIABETES (DM) EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS DE LOS PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019: UNA RETROSPECTIVA ESTUDIO DE COHORTE de los autores Seung Min et al.** Durante el año 2020 en Daegu, Corea del Sur. Tuvieron como objetivo determinar el papel de la diabetes mellitus (DM) en la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), explorando las características clínicas de los pacientes con DM y se compararon los factores de riesgo como la edad, el control glucémico y los medicamentos con los que no tenían. Para ello estudiaron

110 pacientes confirmados con COVID-19 en un hospital terciario concluyendo que los pacientes, especialmente los de edad avanzada con COVID-19 con DM presentaron mayor gravedad y crítico (SCO). Monitoreo intensivo y agresivo.

- En el estudio **denominado LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE LA COVID-19. De los autores** Xóchitl A. Ortiz-Jiménez, Ricardo Salinas Martínez y Daniel Gámez Treviño llevada a cabo en el año 2020 en México, concluyeron que La salud física y mental es el bien máspreciado que tenemos los seres humanos y puede verse amenazada por eventos adversos como el de la pandemia de la covid-19, y puede agravarse en el caso de los adultos mayores que experimentan alguna enfermedad neurodegenerativa como la demencia tipo Alzheimer. La pandemia requiere de nosotros respuestas adaptativas como en el caso de los pacientes que suelen depender del cuidado de otros, en la mayoría de los casos del cónyuge, quien también es un adulto mayor. Los adultos mayores son una población vulnerable que requieren el cuidado y atención del resto de la población, merecen un trato digno y tienen todo el derecho a acceder a la salud para tratar el malestar físico y mental. En estos momentos es de suma importancia mantener una red de apoyo comunitario y familiar para apoyar en el cuidado de pacientes y cuidadores de pacientes, quienes en muchos casos viven solos y no tienen a quien recurrir. Así mismo, la pandemia de la covid-19 trae nuevos retos para los diferentes actores del sector salud, médicos generales, médicos especialistas, psicólogos, neuropsicológicos, terapistas físicos y ocupacionales, pues ha mostrado que no estamos lo suficientemente preparados para afrontar con éxito los cambios o alteraciones que la cuarentena provoca en las personas sanas o en aquellas con una condición especial.
- La investigación **denominada AUTONOMÍA PERSONAL DEL ADULTO MAYOR DESPUÉS DE LOS 100 DÍAS DE CONFINAMIENTO POR COVID-19 de los autores** Gonzáles ME, Norabuena M, Olortegui, tuvo por objetivo determinar el grado de autonomía del adulto mayor después de los 100 días de confinamiento por COVID-19 en el Perú. La metodología utilizada fue de tipo transversal analítico, la población estuvo conformada por 71 adultos mayores comprendidos entre 60 y 100 años después de los 100 días de confinamiento obligatorio. Se realizó una encuesta virtual a través de las redes sociales del 1 de al 31 de julio del 2020 utilizando el índice de Barthel. Para el análisis estadístico se realizó el vaciado de datos al programa Microsoft Excel y, se utilizó posteriormente, el programa estadístico informático SPSS® Statistics, Versión25. Los resultados fueron que la autonomía personal del adulto mayor disminuyó ligeramente salvo en la actividad de desplazamiento; el 84.5% de los participantes reportó dolor musculoesquelético durante el confinamiento y el 66.2% de estos, dolor moderado.

Llegaron a la conclusión de que el confinamiento social conlleva a una disminución de la actividad física impactando negativamente en la autonomía personal del adulto mayor (González, Olortegui y Norabuena, 2020).

6.2 Nacionales

- La investigación **denominada CONDICIONES DE BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD DE NEIVA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19. De los autores** Cano Muñoz, L. V., Collazos González, D., Suárez Perdomo, C. D. y Villalba Orozco, L. V. llevada a cabo en el año 2020, tuvo por objetivos socializar y apoyar los resultados de la investigación sistémica realizada por la universidad cooperativa de Colombia UCC en el programa de Psicología durante el año 2020. Componentes que pueden ayudar a mitigar y combatir el temor en el personal adulto mayor, y la metodología utilizada fue la búsqueda sistemática de bibliografía publicada en el último año, en revistas indexadas, bases de datos científicas y páginas oficiales de información. y las conclusiones más relevantes fueron que los participantes en su mayoría presentaron buena convivencia, sin reportes de agresiones físicos o verbales por parte de sus acompañantes, esto difiere de lo referido por Sánchez Ramírez, María Cristina. Gómez Macfarland, Carla Angélica, (2020) donde indican que el número de personas víctimas de la violencia intrafamiliar de la tercera edad, aumentó por los efectos de la pandemia en América latina.
- El artículo académico producto de investigación **denominada LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. De los autores** Vega Rivero JA, Ruvalcaba Ledezma JC, Hernández Pacheco I, Acuña Gurrola MR, López Pontigo L realizada en el año 2020, tuvo el objetivo de analizar la situación de las personas adultas mayores ante la problemática del nuevo coronavirus y compilar las principales medidas de prevención general y específica para la protección de este grupo vulnerable. La metodología utilizada fue una revisión sistemática de artículos indexados, en PubMed, LATINDEX, Redalyc, Scielo, Scopus, Dialnet y Google Scholar y en fuentes oficiales nacionales e internacionales, usaron las palabras clave: COVID-19, SARS-Cov2, adulto mayor, medidas preventivas coronavirus, pandemia. Las conclusiones más relevantes fueron que los adultos mayores conforman el grupo de mayor impacto negativo por el SARS-Cov2, COVID-19, su vulnerabilidad ante esta pandemia proviene no solo de su edad, sino por la situación económica, laboral y enfermedades asociadas a su edad, su soledad le confiere mayor riesgo ya que tiene que salir a buscar sus víveres, de no apoyarles el impacto en su salud será indudablemente negativo.
- En el estudio **denominado ¿TENEMOS ELEMENTOS QUE NOS PERMITAN LA TOMA DE DECISIONES DIFÍCILES EN ADULTO**

MAYOR? realizado por los autores **Altamar G, Rojas-Zapata A.** realizado en Bogotá en el año 2020 en Colombia se concluye que la infección por SARS-CoV-2 ha demostrado presentarse de forma frecuente y severa en los adultos mayores, lo que conlleva la necesidad de tomar decisiones terapéuticas basadas en herramientas diagnósticas que no se basen única ni primariamente en la edad cronológica. Se requiere reconocer herramientas que permitan diagnóstico adecuado y reducción de la incertidumbre pronostica, apoyadas en la valoración geriátrica integral. En este artículo revisaremos la capacidad funcional, multimorbilidad y fragilidad como herramientas disponibles en la geriatría para la toma de decisiones en adultos mayores con COVID-19.

- La investigación **denominada ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RAZONES PARA VIVIR EN PACIENTES CON enfermedades crónicas no transmisibles ECNT DURANTE EL COVID-19 De la autora Perdomo y Caro,** llevada a cabo en el año 2020 en Colombia, tuvo por objetivo identificar el nivel de adherencia al tratamiento y las razones para vivir que presentan personas con enfermedades crónicas no transmisibles en medio del confinamiento por COVID-19. La metodología utilizada fue cuantitativa de carácter descriptivo, un cuestionario digital basado en la prueba sobre adherencia al tratamiento farmacológico Morisky Green, el Inventario de Razones para Vivir y el Test de Bonilla y De Reales sobre adherencia al tratamiento no farmacológico. Muestreo no probabilístico por bola de nieve no discriminatorio exponencial en el cual participaron 96 personas (58,3% mujeres, 40,6% hombres) entre los 18 y 80 años, diagnosticados con alguna ECNT, herramientas de software SPSS 18.0 y Graphpad prism 6.0. Se encontró que los participantes tienen bastantes y múltiples razones para vivir y a su vez presentan riesgo moderado de adherencia al tratamiento no farmacológico y niveles bajos y medios de adherencia farmacológica. Por ende, se concluye que los factores sociales asociados a la COVID-19 y la ECNT no constituyen un factor de riesgo para la ideación suicida, pero si para la no adherencia farmacológica y no farmacológica.

7. Planteamiento Y Formulación Del Problema

El problema que se identifica es el desconocimiento que se tiene a cerca de la percepción de los adultos mayores de las ciudades de Armenia Quindío y Sucre Sincelejo sobre su estado de salud, debido a los cambios acaecidos en la salud física, emocional, adherencia al tratamiento y la interacción social por el confinamiento debido al SARS-CoV-2. Es por ese motivo que este trabajo investigativo se interesó en profundizar e identificar las consecuencias de esta pandemia, pues se han visto afectados de una u otra manera las dimensiones de nuestros adultos mayores, durante el año 2021.

Hasta la fecha se conoce que la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020, P.3) señala que a mayor edad el riesgo de morir o de enfermar gravemente tras la infección es significativamente mayor, y la mortalidad en mayores de 80 años quintuplica la media. Se estima que el 66 % de las personas de 70 años en adelante tiene al menos una enfermedad preexistente, lo que incrementa el riesgo de que sufran los efectos graves de la COVID-19, junto con la dependencia aumenta la presión y riesgo de contraer coronavirus las desigualdades sociales, para tratamientos vitales en la pandemia también conlleva a una reducción en el acceso a servicios.

Akın, Büyük y Keskin (2020) mencionan que el SARS-CoV-2 provoca síndrome respiratorio agudo severo, 7, 637,288 infectados al 12 de junio de 2020. A dicha fecha, ha causado 424,758 casos y muertes. Es altamente contagioso, aunque esta infección es leve o asintomática en el 80% de los casos, requiere hospitalización.

La mortalidad se desarrolla en el 3,5% de los casos. La mortalidad generalmente no se observa en la población joven. Hombres, mayores de 50 años; personas con hipertensión, enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En Ecuador, El 49 % de las personas adultas mayores poseen opiniones negativas respecto a las disposiciones del Gobierno para enfrentar la pandemia, manifiestan falta de ayuda oportuna del Estado a través de las diferentes instituciones; disposiciones inadecuadas que han dejado sin empleo a muchas personas, empobreciendo aún más a la población, afectando a los negocios, un incumplimiento de lo que establece la Constitución respecto a grupos de atención prioritaria, limitación de movilidad y tránsito, vulneración de derechos principalmente el de salud por falta de medicación, atención con calidad y calidez, sentimiento de abandono, invisibilización y marginación por parte del Gobierno, falta de apoyo a personas con discapacidad y de otro origen nacional, soledad y depresión producto del aislamiento y encierro, la disposición de quedarse en casa no es factible para las personas adultas mayores del sector rural que tienen que cuidar sus cultivos y animales, desatención a las personas que viven solas y no tienen quien compre sus alimentos, en situación de abandono, pobreza, o que trabajan en el sector informal, complicaciones en el cobro de pensiones, situación que produce un sentimiento de desprotección (sin la pensión no es posible satisfacer sus principales necesidades), direccionamiento de ayudas solo a ciertas provincias, suspensión de los bonos de desarrollo humano, las personas adultas mayores manifestaron que a pesar de tener derechos estos no se respetan ni se garantizan por parte de las autoridades del Estado. De manera similar las opiniones de las personas adultas mayores respecto a las medidas adoptadas por las autoridades a nivel local en un 49,08 % son negativas, como lo es la falta de coordinación adecuada entre las instituciones del Estado, poca atención psicosocial para que puedan enfrentar la crisis, ausencia de políticas reales para enfrentar la pandemia especialmente en salud, deficiencia de mascarillas y otros artículos de aseo que ayudan a la desinfección, preocupación por la falta de presupuesto y la

corrupción en plena emergencia y falta de interés y control por parte de algunas autoridades locales (Caicedo, Jiménez y Gallardo, 2021. P.18-27).

Por otra parte, el autor (Kerstin Gerst, 2020) mediante la revista de la Organización Panamericana de la Salud, manifiesta los resultados de una encuesta por internet a 833 adultos mayores de 60 años cuyo objetivo era plasmar el distanciamiento social en cuanto a los cambios comportamentales. Esta muestra informó que el 36 % de los adultos sufría de estrés, mientras que el 42,5 % de soledad, de los cuales el un tercio manifestaron que su soledad aumentó a partir del distanciamiento social. Los adultos mayores encuestados manifestaron que realizaban muchas actividades solitarias y menos presenciales, utilizan los mensajes de texto y correo electrónico con mayor frecuencia y usaban más los medios tecnológicos como computadoras y celulares. Alrededor de los dos tercios de los adultos mayores manifestaron que usan las redes sociales más que antes, al igual que los cambios en la contextura física, insomnio y el consumo de drogas y alcohol (Vaca et al. 2021. p.10).

Por esto, ante una situación como es el confinamiento por la presencia de un virus altamente contagioso como el causante de la covid-19, las personas pueden reaccionar de formas muy diversas, con manifestaciones que van desde el miedo, la indiferencia o el fatalismo. Algunos autores mencionan que un nivel moderado de miedo o ansiedad puede motivar a las personas a hacer frente a las amenazas contra la salud, pero la angustia severa puede ser debilitante. Las manifestaciones emocionales debidas al confinamiento por la covid-19 pueden resolverse en algunas personas pasada la pandemia, pero en otros no, y persistir por más tiempo. En este sentido, debemos considerar que en la mayoría de los casos de pacientes con demencia es el cónyuge quien ejerce como cuidador principal, por lo que tenemos en realidad dos pacientes viviendo una misma situación de manera diferente. Por un lado, el cuidador está transitando con la angustia e incertidumbre de cuándo se resolverá la situación. No puede salir con frecuencia para abastecerse de cosas por pertenecer al grupo de mayor vulnerabilidad. Lidia con tratar de mantener una rutina para su paciente y, al mismo tiempo, temer que no sea suficiente para mantenerlo estable, el paciente con demencia sufre un cambio en su rutina habitual, la que en algunos casos implicaba asistir a un centro de día para recibir terapia ocupacional y/o cognitiva dos o tres veces por semana; tal vez antes solía salir de compras al supermercado por lo menos una vez a la semana e interactuar con más gente, acudir a la iglesia o recibir visitas de los nietos. Todo esto ya no es posible debido al confinamiento y los cuidadores empiezan a reportar cambios en el ciclo sueño-vigilia, disminución del efecto de fármacos, apatía y mayor falta de iniciativa, inclusive, para realizar las actividades básicas de la vida diaria como el bañarse o mantener el control de esfínteres (Xóchitl, Salinas y Gámez, 2020. p.139).

Además de todo esto, la pandemia por COVID-19 modificó las rutinas de las personas, incluidas aquellas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), quienes, por su condición de salud, pueden sufrir cambios sobre sus hábitos y ver afectada la adherencia al

tratamiento. Adicionalmente, la pandemia trajo consecuencias sociales y económicas que pueden desencadenar problemas psicológicos relacionados con el suicidio (Perdomo, 2020, p.14).

En las personas con comorbilidades como la enfermedad renal son grupos vulnerables al COVID-19 se han producido muchas pérdidas, por lo que se han tomado medidas de aislamiento temprano para este grupo en prevención primaria.

Por lo tanto, a continuación, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

7.1 Pregunta general:

¿Qué percepciones tienen los adultos mayores sobre su estado de salud, debido a los cambios acaecidos por confinamiento debido al SARS-CoV-2 en las ciudades de Armenia Quindío y Sincelejo Sucre 2021?

7.2 Preguntas específicas:

- ¿Cuál es la caracterización de la población objeto de estudio de ambas ciudades?
- ¿De qué manera se ha afectado la salud física y emocional por falta de interacción social en los adultos mayores como consecuencia del confinamiento por el SARS-CoV-2?
- ¿Cómo se han visto afectado las enfermedades crónicas de los adultos mayores durante la pandemia del SARS-CoV-2 por no frecuentar los servicios de salud?
- ¿Existen diferencias entre el estado de salud de los adultos mayores de las ciudades de Armenia y Sincelejo debido a la pandemia SARS-CoV-2?

8. Objetivos

8.1 Objetivo general

Analizar las percepciones de las personas adultas mayores sobre su estado de salud, debido a los cambios acaecidos por confinamiento debido al SARS-CoV-2 en las ciudades de Armenia y Sincelejo 2021.

8.2 Objetivos Específicos

- I. Describir la caracterización socio demográfica de la población objeto de estudio de ambas ciudades.
- II. Identificar si las enfermedades crónicas de las personas adultas mayores se afectaron durante el confinamiento en la pandemia del SARS-CoV-2 por no frecuentar los servicios de salud.

- III. Describir la percepción en la salud física y emocional por falta de interacción social en las personas adultas mayores como consecuencia del confinamiento por el SARS-CoV-2
- IV. Identificar si hay diferencias entre el estado de salud de las personas adultas mayores de la ciudad de Armenia y Sincelejo debido a la pandemia SARS-CoV-2.

9. Justificación

Se resalta la importancia de esta investigación, teniendo en cuenta el Informe de políticas de la ONU (2020, p.2) donde menciona que la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) está causando un miedo y un sufrimiento indecibles a las personas de edad en todo el mundo. El 26 de abril, el virus ya había arrebatado la vida de cerca de 193.710 personas y la tasa de letalidad de la enfermedad entre las personas de más de 80 años quintuplicaba el promedio mundial.

Esto ha traído problemas en la atención sanitaria para trastornos no relacionados con la COVID-19; el descuido y el maltrato en instituciones y centros residenciales; el aumento de la pobreza y el desempleo; los efectos devastadores de la pandemia en el bienestar y la salud mental; y el trauma que supone el estigma y la discriminación pone en peligro la vida y la seguridad de las personas de edad, sus redes sociales, su acceso a los servicios de salud, sus empleos y sus pensiones.

Los períodos prolongados de aislamiento podrían tener graves repercusiones en la salud mental de las personas de edad, puesto que su inclusión digital es menos probable. Los efectos sobre los ingresos y el desempleo serán también considerables, dado que, a nivel mundial, la proporción de personas de edad entre la población activa ha aumentado casi un 10 % en los últimos tres decenios. Las personas de edad que pasan la cuarentena o el confinamiento con sus familiares o cuidadores pueden también estar expuestas a un riesgo mayor de sufrir violencia, malos tratos y descuido.

Una de cada seis personas de edad había sufrido malos tratos en 2017 desde el inicio de la epidemia, se han generalizado las denuncias relativas al aumento de los índices de violencia contra las mujeres y, en particular, de violencia doméstica, exacerbada por las condiciones del confinamiento. Corremos el riesgo de que la COVID-19 agrave la exclusión social de las personas de edad con medidas para restringir la circulación y los contactos, como las restricciones que imponen la permanencia en el domicilio, las cuarentenas y los confinamientos. Si bien se trata de medidas cruciales para garantizar la seguridad de todos, es necesario que en la medida de lo posible tengan en cuenta las realidades a las que se enfrentan las personas de edad, a fin de no aumentar su nivel de aislamiento social y empeorar su estado de salud. Los riesgos se amplifican si esas medidas permanecen en vigor durante períodos prolongados y no permiten las interacciones sociales en persona u otras medidas de

mitigación. Muchas personas de edad dependen de servicios y apoyo domiciliarios y comunitarios, en particular las que viven solas, las medidas de distanciamiento físico que limitan las visitas y las actividades en grupo pueden perjudicar la salud física y mental y el bienestar de estas personas, en particular las que padecen deterioro cognitivo o demencia y tienen un grado de dependencia elevado (ONU, 2020, p.12).

De manera similar (Solano Ulloa, 2020) menciona que la pandemia provoca un incremento en los síntomas de: estrés percibido (62,8%), ansiedad (23,3%) y depresión (26,4%); así como empeoramiento del estado cognitivo y cambios de comportamiento. Como medidas de prevención, debe garantizarse que no haya interrupción de la atención en salud mental, mediante consulta presencial, visitas domiciliarias, teleconsultas y/o educación al cuidador. Igualmente, es posible que los adultos mayores no reciban un tratamiento adecuado, especialmente en territorios donde las actividades de los servicios de psiquiatría están drásticamente restringidas debido a la pandemia y solo se permite un acceso limitado a los servicios de internet y teléfonos inteligentes (Vaca et al. 2021. p.2).

Conveniencia

Es conveniente porque se abordará un tema transversal indispensable para el bienestar del adulto mayor y las percepciones que este tiene sobre su propia salud e interacción social dado a que la pandemia ha modificado los hábitos de vida por el confinamiento obligatorio.

Relevancia social

Este trabajo es importante para la comunidad dado que permitirá un acercamiento con el adulto mayor y expresar la importancia de su salud física emocional frente a la situación que se vive en la actualidad debido a la pandemia. También es relevante para reflexionar sobre las condiciones de adherencia al tratamiento en las cuales se encuentran los adultos mayores.

Implicaciones prácticas

Se contribuye con un trabajo más dónde se visibilice la problemática de este grupo poblacional, puesto que el adulto mayor tiene características que lo hacen vulnerable a las enfermedades y es de gran importancia realizar esta investigación ya que podremos identificar cuales fueron esos cambios que presentaron nuestros adultos mayores en la pandemia a causa del SARS-CoV-2, con base a estos resultados se pueden realizar planes de trabajos para ayudar a afrontar los problemas emergentes o reemergentes que trajo consigo en especial a las ciudades a estudiar (armenia y Sincelejo). Por otro lado, también nos puede ayudar educar a nuestra sociedad sobre los manejos adecuados que se deben de tener al momento de vivir este tipo de situaciones o problemas.

Valor teórico con la investigación

Además de ello, no se han encontrado estudios respecto al tema de esta investigación enfocado a la población adulta mayor de Armenia Quindío, ni de Sincelejo Sucre; hasta la fecha, por tanto, se ampliará el conocimiento sobre el adulto mayor en sus actividades de la vida diaria, salud y bienestar.

Teniendo en cuenta la metodología de entrevista semiestructurada que se diseñará y los conocimientos que se adquirirán con el desarrollo de este trabajo.

Utilidad metodológica

Por último, este trabajo es de gran apoyo para los gerontólogos que quieran realizar otro trabajo investigativo sobre los cambios en las dimensiones anteriormente mencionadas, desde el método utilizado para tal fin.

10. Marcos Referenciales

10.1 Marco Conceptual

El marco conceptual permitirá la utilización de los términos que están relacionados con el tema del presente estudio y sus implicaciones en las personas adultas mayores.

Adulto mayor: “Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad” (Minsalud, s. f), “un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 60 años de edad” (Florencia U, 2013.).

La Asociación Internacional de Psicogeriatría en un consenso seccionó a la población de adultos mayores para que exista una menor aplicación en cuanto a diagnósticos, programas de desarrollo y tratamientos con la finalidad de facilitar el manejo de estos. Siendo su clasificación aquella que revela:

Tabla. No. 1: Clasificación de adultos mayores de acuerdo con la edad.

Clasificación de adultos mayores de acuerdo con la edad	
Adulto mayor joven	55-64 años
Adulto mayor maduro	65-74 años
Adulto mayor	75-84 años
Nonagenarios y centenarios	Mayores a 85 años

(García & García Ortiz, 2005 citado por Zanabria y Molina, 2021. P.30)

Aislamiento: “Es la acción y efecto de aislar. Este verbo refiere a dejar algo solo y separado de otras cosas; apartar a una persona de la comunicación y el trato con los demás; abstraer la realidad inmediata de la mente o de los sentidos; o impedir el paso o la transmisión del calor,

el sonido, etc.”(Flores, 2009).Estar aislado significa encontrarse separado de las demás personas, a ser posible en un centro médico donde se pueda recibir atención clínica. Si no se puede llevar a cabo el aislamiento en un centro médico y la persona no pertenece a un grupo con un alto riesgo de desarrollar una enfermedad grave, puede pasarlo en su casa. Si la persona tiene síntomas, debe permanecer aislada durante al menos 10 días, a los que hay que añadir otros 3 días sin síntomas. Si la persona infectada no presenta síntomas, debe permanecer aislada durante 10 días a partir del momento en que haya dado positivo en la prueba” (OMS, 2020). Aislamiento Es la separación de un individuo de las demás personas, con el fin de prevenir la propagación de una enfermedad contagiosa y/o contaminación entre las personas sanas. (Namihira & Namihira, 2020, p. 3), el autoaislamiento es una de las estrategias más efectivas para reducir la tasa de contagio de una enfermedad y detener rápidamente los brotes (p.4).

Ansiedad: Es un trastorno afectivo que puede estar presente en esta etapa de la vida, aunque es menos prevalente en adultos mayores que en poblaciones más jóvenes, su presencia, en muchas ocasiones de forma subclínica, es elevada. Suelen pasar desapercibidos, son incorrectamente diagnosticados y no son tratados o lo son de forma inadecuada. Clínicamente suele expresarse como ansiedad generalizada y con frecuencia se acompaña de síntomas depresivos (Xóchitl, Salinas y Gámez, 2020. p.139).

Contacto con el exterior: Mantenerse en contacto con hijos, nietos, vecinos a través de videollamadas o llamadas telefónicas. Ponerse de acuerdo para tener una cena o comida virtual Xóchitl, Salinas y Gámez, 2020. p.141).

Covid-19: “Los coronavirus (CoV) son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA), es decir gripe, que pueden llegar a ser leve, moderada o grave. El nuevo Coronavirus (COVID-19) ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII).” (Minsalud, 2020).

Cuarentena: “Separación y restricción de movimientos de personas que estuvieron expuestas a una enfermedad infecciosa, pero que no tienen síntomas, para observar si desarrollan la enfermedad.” (Universidad del desarrollo, 2020). La cuarentena significa que dicha persona permanece separada de las demás porque ha estado expuesta al virus y es posible que esté infectada, y puede tener lugar en un centro especialmente destinado a ello o en su casa. En el caso de la COVID-19, hay que permanecer en el centro o en casa durante 14 días (OMS, 2020).

Depresión: Es el trastorno del estado de ánimo más frecuente en los adultos mayores con una prevalencia de 1 al 3% como trastorno depresivo mayor (TDM), con base en criterios diagnósticos del manual diagnóstico (DSM-V). Sin embargo, hasta un 10 a 50% de adultos

mayores presentan síntomas depresivos que no cumplen con los criterios completos cuando se utiliza el manual, subdiagnosticando el trastorno (Blazer et al., 2003). El uso de fármacos para el tratamiento de los síntomas depresivos es más frecuente en este grupo de edad, comparado con los demás grupos de edad, y a mayor edad mayor riesgo de depresión con un incremento del 5 al 13% y el 52% de los adultos mayores con síntomas depresivos están bajo tratamiento farmacológico. La relevancia de los síntomas depresivos y depresión mayor se asocia con el aumento del riesgo de dependencia y alteraciones en las actividades instrumentales de la vida diaria (Ávila Funes et al., 2003 (Enasem) citado por Xóchitl, Salinas y Gámez, 2020. p.139).

Enfermedad crónica: Enfermedad de larga duración y progresión lenta y enfermedad emergente es una enfermedad nueva, de aparición repentina, causada por un agente infeccioso recientemente identificado (por ejemplo, COVID-19) (p.7).

Envejecimiento: El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo. (Minsalud, s.f), asimismo Castanedo et al. (2006) afirman que el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

Patologías: El diccionario de la Real Academia Española (RAE) le atribuye al concepto de patología dos significados: uno lo presenta como la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y, el otro, como el grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia. (Pérez y Gardey, 2008).

Percepción: De acuerdo con la teoría de la Gestalt percepción se define como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante (Oviedo, 2004, p.90).

Pluripatologías: “Aquellos pacientes que presentan dos o más enfermedades, y también una especial susceptibilidad y fragilidad clínica, y serviría para identificar desde aquellos pacientes que, como consecuencia de su enfermedad, presentan un riesgo elevado de caer en la cascada de la dependencia y la discapacidad, hasta aquellos que, aun sin dependencia franca, presentan diferentes enfermedades crónicas con síntomas continuos y agudizaciones frecuentes.” (Sociedades científicas Sociedad Española de Medicina Interna, 2003) o es “entendida como la aparición de dos o más enfermedades crónicas en un mismo paciente

cada vez es más frecuente en nuestra sociedad debido al aumento en la esperanza de vida y al envejecimiento de la población (Akker, Buntinx y Roos, 2001).

Salud emocional: La salud emocional es el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; reconociéndolos, dándoles un nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando la energía vital que generan para que estén al servicio de los valores. Las personas emocionalmente sanas controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de sí mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana (Velásquez, 2021, p.4).

Salud Física: La Salud Física, debe entenderse como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con nuestro cuerpo; con nuestro caparazón y vehículo el cual nos ha transportado desde el día que nacimos y lo hará hasta el día de nuestra muerte. Para asegurarnos de que sí vamos a llegar lo más lejos posible en la vida, tenemos que cuidar a nuestro cuerpo de la mejor manera. Dicha salud física, se logra con ejercicio o deporte, buena alimentación y con una buena salud mental (Velásquez, 2021, p.4).

Salud: El concepto de salud que se adopta en esta publicación es el que la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ elaboró en 1947, que afirma que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OPS, 2018, p.9), Los indicadores se consideran positivos cuando mantienen una relación, asociación o correlación directa con el estado de salud. Cuanto mayor sea su magnitud, mejor será el estado de salud de los sujetos de esa población. Los indicadores se consideran negativos cuando mantienen una relación, asociación o correlación inversa con el estado de salud. Cuanto mayor sea su magnitud, peor será el estado de salud de los sujetos de esa población (p. 13).

Sedentarismo: “Es la falta de actividad física regular, definida como: “menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana”. La conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas. Sin embargo, la inactividad física no es simplemente el resultado del modo de vida elegido por una persona: la falta de acceso a espacios abiertos seguros, a instalaciones deportivas y a terrenos de juegos escolares; así como los escasos conocimientos sobre los beneficios de la actividad física y la insuficiencia de presupuestos para promover la actividad física y educar al ciudadano puede hacer difícil, si no imposible, empezar a moverse.” (Madrid salud, 2018). Desde el punto de vista semiológico, el término “sedentario” proviene del latín *sedentarius*, de *sedere*, estar sentado; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002, lo definió como: “la poca agitación o movimiento”. En términos de gasto energético, se considera que una persona es sedentaria cuando en sus actividades cotidianas no aumenta más del 10% la energía que gasta en reposo (metabolismo basal). Este gasto de energía se mide en MET's

(unidad de equivalencia metabólica), durante la realización de diferentes actividades físicas como caminar, podar el pasto, hacer el aseo de la casa, subir y bajar escaleras, entre otras. Según un reporte del US Surgeon General, un individuo es sedentario cuando el total de energía utilizada es menor a 150 Kcal. (Kilocalorías) por día, en actividades de intensidad moderada (aquella que gasta de 3 a 4 Equivalentes metabólicos (MET's) (Universidad del Rosario, 2002).

Síndrome de la soledad: Rodríguez cita la definición de Álvarez (1996) referente al síndrome de la soledad como un “estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida” (2009).

Vejez: “Representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas” (Minsalud, s. f), otro aporte de vejez, es una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados” (Cardona D, Agudelo H, 2006).

10.2 Marco Teórico

Algunos aspectos demográficos

Los avances tecnológicos y la transición demográfica, facilitan hoy en día, un rápido incremento de la población adulta mayor, que en nuestro país corresponde a los de 60 años en adelante, en Colombia se ha concebido un incremento de adultos mayores en los últimos años de acuerdo a las proyecciones del censo elaborado por DANE (2018), para el 2020 se estimó un total de 6.808.641 personas mayores de 60 años, lo que representa el 13,5% de la Población Colombiana igualmente proyectada (Min salud, 2020, p. 3). Por otro lado, la ciudad de Armenia Quindío es considerado una ciudad “Madura” según el departamento nacional de planeación y según el DANE del 2018 se estimó que habrá 106.427 adultos mayores que equivale al 19,2% dentro del total de la entidad territorial (Minsalud, 2020, p. 4). Con base a todos estos datos nos hemos interesado en realizar este trabajo investigativo.

Vejez y COVID-19

Cuando hablamos de las dimensiones del ser humano, son todas aquellas esferas que encierran las potencialidades propias de los hombres y mujeres, es decir, a las diferentes áreas de la vida que constituyen nuestra existencia y que podemos cultivar en un mayor o menor grado. El desarrollo de estas potencialidades se entiende por en el crecimiento personal, integral y completo del ser humano. La etapa de la adultez mayor trae consigo numerosos cambios en estas dimensiones, entre ellos la pérdida de algunas capacidades y, por ende, de su autonomía funcional, hecho que conlleva a que aumente la necesidad de asistencia de

cuidadores, sean estos familiares o personales de la salud (Tello, 2001). Por otro lado, también se puede identificar que van disminuyendo sus habilidades funcionales, esto se debe a la aparición de diversas enfermedades crónicas, cambios psicosociales o deterioros cognitivos que les convierte en una dificultad para realizar diversas actividades de la vida diaria como lo es bañarse, alimentarse, cuidar su higiene personal y aseo, entre otros.

Durante la pandemia del Covid- 19 que se presentó a nivel mundial, una de las poblaciones con más riesgo de contraer y presentar graves síntomas incluso provocar la muerte es la población de adultos mayores y eso se basa fundamentalmente por la presencia de patologías donde se incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de los individuos. “De hecho, desde el inicio de la epidemia del coronavirus, se comprobó que el grupo de edad más vulnerable son los adultos mayores, ya que estos enfrentan un mayor riesgo por su inmunidad reducida y porque poseen una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas/comorbilidades, como la diabetes, el cáncer o la hipertensión enfermedades cardiovasculares y coronarias. En caso de contraer el virus, la probabilidad de sufrir complicaciones severas e incluso la muerte es considerable” (Taco, 2020).

En Colombia como medida de prevención y control entro en estado de confinamiento obligatorio que inicio el 23 de marzo del 2020 y se extendió hasta el 31 de agosto del mismo año (5 meses y 7 días), obligando a toda la población a permanecer en sus viviendas sin tener contacto físico con sus familiares o amistades que no vivan con ellos, esto genero muchos cambios a nivel social, salud, físicos y psicológico. En cuanto a nuestra población estudiada se vio afectada en su salud mental ya que el confinamiento disminuye la comunicación interpersonal con sus familiares y amigo, esto provoca la sensación de sentirse aislados, crear baja autoestima e incluso ansiedad social. Por otro lado, las malas noticias con respecto a la pérdida de seres queridos producen depresión, desesperación, pérdida de apetito y problemas para dormir.

Por otra parte, también es crucial tener en cuenta que los ejercicios en el hogar permiten usar estructuras que se encuentran en casa como, subir-bajar escaleras, pararse-sentarse de una silla, control postural sobre superficies inestables (una almohada en el suelo), también se recomienda hacer uso de las plataformas virtuales para incentivar actividad física, debido a que se he incentivado la permanencia en el hogar para limitar el contagio del coronavirus (Antilao, 2020, P.1).

Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas

El ciclo vital y la adherencia al tratamiento en personas con enfermedades ya sean infectocontagiosas o crónicas, hacen parte de los mayores retos que atraviesa la sociedad, entre ellos velar por la salud y el bienestar, por ello en este marco teórico se resalta la interacción social y su relación con la salud emocional en tiempos de pandemia.

Por otro lado, el COVID 19 modificó la rutina de las personas incluso de aquellas con enfermedades crónicas ya que esta al ser vulnerable no puede salir a las clínicas hospitales a realizarse los tratamientos de su enfermedad, algunos tienen la oportunidad de solicitar una

visita domiciliaria a su vivienda, pero otras recibirán información por teleconsulta. También el temor de contagiarse ya que ellos presentar enfermedades crónicas trae mucha ansiedad, desesperación, estrés, y depresión que afecta de manera directa la adherencia al tratamiento. La falta de adherencia es un problema mundial cada vez mayor y aumentan el gasto sanitario. Esta adherencia se identifica desde la farmacia comunitaria por medio del protocolo de la guía ADHe+ de dispensación y uso racional del medicamento, que clasifica a los pacientes no adherentes en tres perfiles (confundido, desconfiado y banalizado), subraya que el momento actual de pandemia por COVID-19 está cambiando el paradigma de la cronicidad; dado que el miedo al contagio, la ralentización de los procesos asistenciales por las nuevas medidas de higiene, la telemedicina, el confinamiento y el desconocimiento de la nueva situación por parte de pacientes y sanitarios afectan mucho a la adherencia terapéutica (García, Murillo y Prats, 2020. P. 51).

Salud mental, aislamiento y personas adultas mayores

“En España, Romero et al., observaron que, hasta el 19,9% de los adultos mayores con COVID-19, presentaron manifestaciones neuropsiquiátricas, con un predominio del insomnio (13%), ansiedad (8,1%), depresión (5,2%) y psicosis (1,3%).

Por su parte Cagning et al., describe que, en personas con demencia, hubo empeoramiento de síntomas psiquiátricos y de comportamiento, como irritabilidad (40,2%), apatía (34,5%), agitación (30,7%), ansiedad (29%), depresión (25,1%), trastornos del sueño (24%), agresividad (18,4%), deambulación (12,4%), reducción del apetito (11,0%), ideas delirantes (9,8%), y alucinaciones (9,9%) en el contexto de COVID-19. También describe, dentro de los síntomas asociados a la infección por SARS los trastornos del sueño (24%), irritabilidad (20,6%), agitación (18,3%), apatía (17,1%), reducción del apetito (16%), ansiedad (13%), agresividad (13%), depresión (12,5%), ideas delirantes (10%), deambulación (9%), y alucinaciones (9,7%)” (Vaca et al. 2021. p.8-9).

Igualmente, “Maurik et al.,¹⁸ mencionan que, el aislamiento social, en el contexto de la pandemia por COVID-19, incrementa el deterioro cognitivo en el 14% de los adultos mayores con antecedentes de psicopatología. Estos autores describen como efectos psicológicos en los pacientes con psicopatología sintomáticos, un incremento de los síntomas de depresión, ansiedad, incertidumbre y soledad (46%); adicionalmente, estos autores describen la aparición de estos síntomas hasta en el 48% de los pacientes adultos mayores con psicopatología asintomáticos. Las condiciones de aislamiento, por la pandemia por COVID-19, intervienen con cambios importantes en el comportamiento de los adultos mayores con psicopatología previa, con un 75% de incremento en las alteraciones del comportamiento, apatía (54%), alteración en los patrones de sueño (48%), comportamiento repetitivo (34%) y agresividad (30%). Boland et al.,¹⁹ describe, entre los pacientes adultos mayores que fallecieron con diagnóstico de COVID-19; la presencia de síntomas psiquiátricos como agresividad, hiperreactividad, comportamiento agitado, trastornos cognitivos, alucinaciones, delirium, depresión y limitación para realizar las actividades de la

vida diaria; siendo estos síntomas bastante menos frecuentes entre los pacientes que sobrevivieron al COVID-19. Así Rutherford et al., en una serie de adultos mayores con trastornos de estrés postraumático, determinaron que la cuarentena o el diagnóstico de COVID-19 no se relacionó con un agravamiento de los síntomas en los pacientes con estrés postraumáticos. Los pacientes con estrés postraumático experimentaron una disminución de los síntomas durante la pandemia; mientras que, el grupo control, experimentó un incremento de los síntomas de estrés durante la pandemia” (Vaca et al. 2021. p.10).

Todo esto señala que el coronavirus ha afectado negativamente la salud mental de las personas adultas mayores.

10.3 Marco Contextual

Armenia es la capital del Quindío, uno de los 32 departamentos de Colombia. Ubicada en el Eje Cafetero, uno de los principales núcleos de la economía nacional y parte de la llamada región paisa que señala una subcultura colombiana. La ciudad está situada en las coordenadas 4,5170 ° de latitud norte, 75,6830 ° oeste, 290 kilómetros al oeste de Bogotá. Armenia es una ciudad de tamaño medio ubicada entre Bogotá, Medellín y Cali, las 3 más grandes ciudades de Colombia. Su rápido desarrollo la ha hecho nombrar como la ciudad milagro de Colombia. Posee uno de los mejores niveles de calidad de vida en el país. Su clima, con una temperatura media que ronda los 20°C, además de sus atractivos urbanos y los de sus alrededores la han convertido en uno de los centros turísticos más reconocidos de la región occidental colombiana. Está clasificado político administrativamente en diez (10) comunas. El Quindío cerró según el DANE 2018 con una población total de 539.904 y según Minsalud este es uno de los departamentos con mayor índice de envejecimiento en Colombia 19,2% (boletín poblacional: Personas Adultas Mayores de 60 años, 2020).

En Armenia la proyección social según datos del DANE (2016) tiene un aproximado de 471.910 habitantes, 52,6% son mujeres y 47,4% hombres, la población mayor de 60 años es de 30.692 personas aproximadamente 16.143 mujeres y 14.549 hombres (Giraldo y López, 2019. P. 19).

En Armenia la población de estudio su ubicó en el occidente (barrio la Arboleda), lugar elegido porque se tuvo consentimiento previo de las personas mayores que fueron parte del estudio y por cercanía con el domicilio.

La Ciudad de Sincelejo es la capital del Departamento de Sucre ubicada en el centro subregional del sistema urbano del Caribe Colombiano. Se encuentra ubicada a una altura sobre el nivel del mar de 213 metros y limita al sur con el municipio de Sampedra y con el Departamento de Córdoba; por el oeste con los Municipios de Palmito y Tolu; por el norte con los Municipios de Tolu y Tolu Viejo y por el este con los Municipios de Corozal y Morroa. Sincelejo está dividida en la zona urbana por nueve (9) comunas y la zona rural se

divide en veintiún (21) corregimiento. La mayor parte de este territorio es plano, tiene un piso térmico cálido como el que corresponde a las extensas sabanas de las llanuras del Caribe. La población de Sincelejo es de aproximadamente 290.000 habitantes, de los cuales cerca de 120.000 personas se encuentran en situación de vulnerabilidad, con altos índices de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), lo que representa cerca del 42% de los Sincelejanos. Esta población se encuentra ubicada principalmente en la zona urbana con el 93,2% y 6,8% se encuentra ubicada en la zona rural. (Gómez, 2020, P. 3- 4).

En Sincelejo se eligieron barrios del Centro, occidente y sur de la ciudad (El socorro, la Terraza, Majagual), el estudio se realizó en estos debido al consentimiento previo de los adultos mayores que aceptaron ser parte de este estudio.

10.4 Marco Legal

En Colombia existen leyes para la protección, reconocimiento y respeto de su dignidad, de los adultos mayores desde la constitución política, hasta Decretos y Resoluciones, en este marco legal, se exponen algunas leyes del adulto mayor y las medidas tomadas por el gobierno de Colombia frente al SARS-Cov-2, entre la cuales se encuentra el confinamiento y la cuarentena.

- **El artículo 46 de la Constitución Política** de Colombia contempla que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y les garantizará los servicios de seguridad social integra.
- Que el artículo 7 de la citada **Ley 1251 de 2008**, estableció al Estado como "responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de las acciones encaminadas al desarrollo íntegra/ del adulto mayor", para lo cual debía elaborar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, teniendo en cuenta dentro de sus objetivos, entre otros, aquel dirigido a "Construir mecanismos de concertación, coordinación y cooperación en las distintas instancias del poder público y de la sociedad civil en la promoción, protección, restablecimiento y garantía de los derechos de los adultos mayores".
- **En el marco de la garantía a la participación ciudadana**, como fin esencial del Estado consagrado constitucionalmente, a partir de diciembre de 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social inició la convocatoria de representantes en envejecimiento humano y vejez de la sociedad civil, de las sociedades científicas y de la academia, así como de la institucionalidad definida en el artículo 29 de la Ley 1251 de 2008, con el fin de obtener insumos orientados a la definición de la agenda 2020 de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.
- **El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022**, la Ley 2040 de 2020 sobre trabajo para adultos mayores, y la cercana adhesión de Colombia a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que se materializó mediante Ley 2055 de 2020 "por medio de la cual se

aprueba la «Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

- **La política colombiana de envejecimiento humano y Vejez 2015-2024** tiene los ejes de: Protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores, Protección social integral, Envejecimiento activo, satisfactorio y saludable y el eje de Formación de talento humano e investigación, dentro de estos. como resultado de la actualización de aquella definida en 2007, contempla, una línea de acción dirigida a "fortalecer los espacios, mecanismos e instancias de participación social de las personas adultas mayores y vincular a otros actores y organizaciones sociales en el reconocimiento del papel protagónico que han tenido estas personas organizadas ante el Estado, para exigir sus derechos.
- **Cabe resaltar que, dentro de la protección social integral, la Ley 789 de 2002** estableció el Sistema de Protección Social en Colombia y lo define como “El conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”. El sistema de protección social en Colombia ha migrado de un enfoque de asistencia social, entendida como caridad, a un enfoque de asistencia y previsión social como derecho, en el cual se enfatiza la igualdad, la democratización, la ampliación de oportunidades, realizaciones y capacidades y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales mediante estrategias, políticas, planes, programas y proyectos públicos dirigidos a personas, familias y comunidades insertas en procesos de desigualdad social. Se asume la Protección Social Integral y no la Protección Social en Salud, con el propósito de integrar a otros sectores del desarrollo en un marco de derechos para lograr intervenciones pertinentes, articuladas y potenciadoras del desarrollo económico y social de las personas y colectivos sujetos de esta política.
- **Constituyen escenarios de la protección social integral:** además de la seguridad de ingresos, la seguridad social en salud y la organización de servicios de cuidado, la Promoción y Asistencia Social, Vivienda, Seguridad Alimentaria y Educación. Constituye un reto fundamental para este eje estratégico de la Política, movilizar acciones tendientes a la no discriminación laboral, a generar estrategias para una vida laboral más duradera.

A la gestión integral de las instituciones para transformar su gestión, hacia un modelo que garantice el ejercicio efectivo de los derechos. Sus líneas de acción son la ampliación de la seguridad en el ingreso Esta línea propone erradicar la pobreza extrema de las personas adultas mayores, mejorar el bienestar social e individual, reducir las desigualdades derivadas de la falta de ingresos o empleo, y generar mayor equidad. Busca identificar estrategias que permitan reducir la pobreza en

forma efectiva y duradera, superar el impacto del endeudamiento individual, la falta de ahorro y la escasa de ingesta de alimentos nutritivos.

Igualmente generar estrategias para mantener y mejorar los medios de vida, el acceso al sistema de pensiones, a condiciones de educación y de vivienda adecuados, a transporte seguro y a entornos saludables y seguros para las personas adultas mayores. Pretende desarrollar metodologías e instrumentos que favorezcan la solidaridad intergeneracional, familiar y comunitaria para con las personas adultas mayores. Busca promover en la familia el desarrollo de capacidades para garantizar su autonomía económica y financiera y la protección en períodos de desempleo. Cuando se envejece con buena salud, se espera que los trabajadores permanezcan activos mucho más tiempo, su actividad laboral por lo tanto debe ser más duradera. Este aspecto es tal vez uno de los mayores retos para la protección social integral. Protección y garantía del derecho a la salud En esta línea se busca garantizar el derecho a la salud de los colectivos y personas adultas mayores en términos de disponibilidad de infraestructuras y servicios, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, acceso a servicios de salud adecuados y calidad en la prestación integral de los servicios de salud; a diseñar e implantar un modelo de atención basado en Atención Primaria de Salud, al desarrollo de instrumentos, guías, normas técnicas para la intervención de la dependencia funcional y de las enfermedades prevalentes en las personas adultas mayores. Pretende esta Línea Estratégica proponer modificaciones de sistema y servicios de salud que garanticen una atención integral, mejor acceso de las personas adultas mayores a la prestación de servicios acorde con sus perfiles de morbimortalidad, a garantizar una vida digna para ellas y sus cuidadores y a construir una vejez con bajas prevalencias de dependencia funcional y discapacidad. El acceso a la Seguridad Social en Salud pretende disminuir el impacto social de la enfermedad sobre los individuos y las familias, especialmente sobre el gasto de bolsillo, sobre el impacto en las finanzas familiares que una enfermedad catastrófica pueda causar. Desarrollo de la promoción y asistencia social El ámbito de desarrollo y gestión de esta estrategia está enmarcado en garantizar a la población en situación de extrema pobreza, condiciones de acceso a una alimentación adecuada; busca crear, fortalecer y consolidar las redes de apoyo social, reconociendo que son evidentes en el país las condiciones de desigualdad e injusticia social. Desarrollar capacidades en las familias que favorezcan la consolidación económica, la solidaridad entre sus miembros, la protección de las personas adultas mayores y generación de tejido social a favor de las personas adultas mayores, con base en la generación de confianza, legitimidad e integración social. Fomento de la seguridad alimentaria y nutricional Esta línea de acción de la Política pretende orientar las acciones dirigidas a las personas adultas mayores y al conjunto de las y los colombianos en concordancia con las acciones de la Política Nacional del

Seguridad Alimentaria. Entendiendo a la “seguridad alimentaria y nutricional” como la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica para llevar una vida saludable y activa” (Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2013) Promoción de vivienda digna y saludable La vivienda se ha considerado una necesidad humana esencial, no sólo representa alojamiento y un techo bajo el cual resguardarse de las inclemencias del clima, sino también un lugar con una representación social, donde se encuentra la familia. La vivienda está directamente relacionada con las características sociales, económicas, geográficas y climáticas. Sus características se relacionan con las condiciones de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (1990) la relación entre vivienda y salud humana se plasma en seis principios “Protección contra las enfermedades transmisibles, protección contra los traumatismos, las intoxicaciones y las enfermedades crónicas, reducción al mínimo de los factores de estrés psicológicos y sociales, mejoría del entorno habitacional, uso adecuado de la vivienda y protección de personas especialmente expuestas”. Un caso excepcional lo constituye el grupo humano integrado por personas habitantes de calle, para quienes habría que considerar medidas diferenciales y formas más autónomas y solidarias de resolver la carencia de vivienda. Las personas habitantes de calle pueden construir el territorio como un hábitat móvil, habitar la calle por abandono en la vejez o ser personas habitantes en calle que enfrentan procesos de envejecimientos complejos y ruinosos (por ejemplo, transgeneristas, cisgeneristas o personas en ejercicio de la prostitución). Reconocimiento y protección del envejecimiento rural El envejecimiento humano y la vejez en entornos rurales presentan características propias tales como los mayores niveles de respeto por las personas adultas mayores, la centralidad de sus roles en las familias rurales y el papel cultural de transmisores de saberes. Estas personas generalmente continúan siendo activas y productivas hasta edades muy avanzadas y buscan prácticas productivas respetuosas y equilibradas con el medio ambiente. En consecuencia, esta línea de acción promueve el reconocimiento y la protección de los derechos de las personas adultas mayores que habitan en los entornos rurales de nuestro país.

- Teniendo en cuenta el eje de envejecimiento activo cuya visión de futuro, con el que se pretenden crear las condiciones para una vida autónoma, digna, larga, y saludable en condiciones de seguridad social integral para toda la población. Es un eje con visión de largo plazo, que debe permitir al país actuar en forma oportuna ante el crecimiento del índice de envejecimiento poblacional; pretende este eje que el aumento de las personas de 60 años o más, no se considere como una crisis social y económica. Es un proceso evidente, que trae consigo múltiples retos a la sociedad colombiana para garantizar mejores condiciones de vida a las personas adultas

mayores. Las estrategias que desarrollará el Eje de envejecimiento activo se fundamentan en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pretenden garantizar autonomía y desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas. Esta línea está dirigida a todas y todos los colombianos, busca fomentar estilos de vida saludables y lograr cambios en los hábitos de las personas para garantizar calidad de vida a lo largo de las diferentes trayectorias de vida; busca mantener a las y los colombianos sanos y productivos. Busca influir en los currículos de la educación básica, media y de formación profesional en el área de ciencias de la salud, ciencias sociales, ciencias económicas, y otras afines como arquitectura e ingeniería, para la inclusión de contenidos dirigidos al desarrollo de capacidades y competencias para el auto cuidado, de planificación en escenarios sociales con condiciones de envejecimiento intermedio y avanzado, de ciudades amables y seguras para las y los ciudadanos, de desmitificación de la vejez como problema y de creación y consolidación de culturas del envejecimiento humano. Promover espacios y entornos saludables para la población, crear ambientes seguros para todos, crear una cultura que provea espacios reales de participación de las personas adultas mayores, sin discriminación, superar los estereotipos de la vejez y crear un imaginario positivo de la vejez. El gran reto es construir una sociedad con mayores niveles de autonomía de sus ciudadanos y ciudadanas, menores tasas de dependencia funcional, mejores estándares de participación social y seguridad humana para todas y todos los colombianos.

- **Dentro del Plan Decenal de Salud 2012-2021** se presente la dimensión prioritaria de convivencia social y salud mental, la cual es un espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria, que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos. Y también se encuentra la dimensión prioritaria saludable y condiciones no transmisibles que busca garantizar el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. Posee una **RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD**

MENTAL. Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

Además, esta ley en el **art. 27** habla de la **garantía de participación** en el marco de la Constitución Política, la ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental. Y en su artículo 28 menciona las asociaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores. Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental.

Mientras que en el **art. 34** habla de **salud mental positiva** donde el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, priorizará en la Política Pública Nacional de Salud Mental, la salud mental positiva, promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas.

- El Ministerio de Salud y Protección Social en uso de las competencias previstas en el **Decreto 4107 de 2011** y con motivo de la pandemia mundial de Coronavirus (COVID-19), considera necesario impartir instrucciones para la prevención, contención y mitigación de dicho virus en personas adultas mayores, teniendo en cuenta que, según los reportes internacionales, es una de las poblaciones más vulnerables frente al Coronavirus (COVID-19). En el marco de la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la **Circular 05 de 2020**, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud, la **Circular 011 de 2020** proferida junto con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, la **Circular 015 de 2020** sobre grupos étnicos, con el Ministerio del Interior y la **Circular 018 de 2020** expedida conjuntamente con el Ministerio del Trabajo y el Departamento

Administrativo de la Función Pública. A su vez, a través de la Resolución 380 de 2020 “Por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID-2019 y se dictan otras disposiciones”, la Resolución 385 de 2020 “Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa de coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus”. En específico, para personas mayores fueron expedidas la **Resolución 464 de 2020** “Por la cual se adopta la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años”, y la **Resolución 470 de 2020** “Por la cual se adoptan las medidas sanitarias obligatorias de aislamiento preventivo de personas adultas mayores en centros de larga estancia y de cierre parcial de actividades de centros vida y centros día”. Se adoptaron disposiciones frente a la actual situación de riesgo en salud generada por el COVID-19 así como los lineamientos para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por sars-cov-2 (COVID-19). Adicionalmente, el Gobierno Nacional en el marco del **Decreto 417 de 2020**, mediante el cual se declaró la emergencia económica, social y ecológica, expidió el **Decreto 457 de 22 de marzo de 2020**, con el que ordenó el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia a partir del 25 de marzo. Conforme a la evolución de la Pandemia por COVID-19 en el país y con el objeto de continuar con la garantía de la debida protección a la vida, la integridad física y la salud de los habitantes en todo el territorio nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la **Resolución 844 del 26 de mayo de 2020**,: (i) prorrogó la emergencia sanitaria declarada mediante la **Resolución 385 del 12 de marzo de 2020**, hasta el 31 de agosto de 2020, (ii) extendió hasta el 31 de agosto de 2020, las medidas sanitarias de aislamiento y cuarentena preventivo para las personas mayores de 70 años, previsto en la **Resolución 464 de 2020**, y (iii) extendió hasta el 31 de agosto de 2020 la medida sanitaria obligatoria de cierre parcial de actividades en centros vida y centros día, a excepción del servicio de alimentación, que deberá ser prestado de manera domiciliaria. En armonía, el Gobierno Nacional mediante **Decreto 749 de 2020** "Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público" determinó en el Artículo 3. Garantías para /a medida de aislamiento, favoreciendo el derecho a la vida, a la salud en conexidad con la vida y la supervivencia, que los Gobernadores/as y alcaldes/as permitirán el derecho a la circulación citando expresamente en su numeral 35 lo siguiente: El desarrollo de actividades físicas y de ejercicio al aire libre de los adultos mayores de 70 años, tres (3) veces a la semana, media hora al día.

- En consecuencia y con el ánimo de armonizar las diferentes disposiciones y orientaciones expedidas sobre la materia, se considera necesario orientar a la población del país frente a las acciones y cuidados que se requieren implementar en el aislamiento preventivo definido para personas mayores, considerando que es posible que se presenten reacciones emocionales y alteraciones conductuales que

pueden incluir, entre otros: aumento en ansiedad/angustia generada por la incertidumbre, temor a enfermarse o morir, sensación de impotencia por no poder proteger a los seres queridos, temor de acercarse a servicios de salud por riesgo de enfermarse, desesperanza, aburrimiento, soledad, miedo de perder dinero u objetos materiales, miedo de ser socialmente excluido, miedo de revivir la experiencia de una enfermedad previa, insomnio, reducción en la percepción de seguridad, irritabilidad y negación por atribución a terceros, entre otros.

Así mitigar los efectos de un aislamiento preventivo obligatorio para la salud mental y física de las personas adultas mayores, reconociendo también su autonomía como la capacidad de tomar decisiones informadas de manera responsable y disciplinada; este Ministerio emite las orientaciones necesarias tanto para la implementación de las medidas de aislamiento en el hogar para la prevención, contención y mitigación del Coronavirus (COVID-19), como para implementar las medidas de flexibilización que permitan a las personas adultas mayores el disfrute de la salida al espacio público por varias horas a la semana a realizar caminatas cerca de casa, previniendo así el deterioro físico, emocional y cognitivo; tomando en consideración tanto la garantía de derechos de las personas adultas mayores como los indicadores de la evolución epidemiológica del virus y afectación de la población.

- No realizar traslados a los proveedores de servicios de salud, a menos que sea absolutamente necesario; las autorizaciones de servicios médicos para adultos mayores será un trámite entre las EPS y las IPS, sin que sea necesaria la intervención de la persona, y las mismas pueden ser notificadas a través de canales virtuales (Artículo 105 del Decreto 2106 de 2019). 2.1.6. Hacer uso de los centros de atención telefónica, medios virtuales, telesalud y atención domiciliaria, en desarrollo de lo establecido en la Resolución 521 de 2020, se es persona adulta mayor de 70 años o personas persona adulta mayor con patología crónica de base, hipertensión o diabetes mellitus controlada con o sin Enfermedad Renal Crónica estadios 1,2 y 3; enfermedad respiratoria crónica de las vías inferiores (EPOC o asma) controlada; VIH u otras inmunodeficiencias en cumplimiento de metas terapéuticas; artritis reumatoidea u otras enfermedades autoinmunes sin evidencia de actividad; tuberculosis o Hepatitis C bajo tratamiento directamente observado y adherentes al tratamiento. 2.1.7. Mantener y disponer de los medicamentos para enfermedades crónicas, acorde con la prescripción médica. En la medida de lo posible restringir las visitas; cuando tenga visitantes en su casa, intercambiar "saludos de dos metros", como una reverencia o un guiño.
- Las personas mayores que requieran movilizarse en el marco de las excepciones contempladas en las Resoluciones 464 y 844 de 2020 o del Decreto 749 de 2020, o las normas que los modifiquen o sustituyan, deberán hacerlo procurando que se desarrollen en un entorno favorable. En caso de requerir movilizarse en el marco de las excepciones contempladas en la Resolución 844 de 2020 o del Decreto 749 de

2020, o las normas que los modifiquen o sustituyan, deberán hacerlo procurando que se desarrollen en un entorno favorable.

- En este momento, el país atraviesa por el pico de infección respiratoria aguda que afecta de manera importante a las personas adultas mayores. Aunque según el Boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Salud INS a nivel nacional en la semana epidemiológica 17 del 2020 se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA), en los servicios de consulta externa y urgencias y en las hospitalizaciones en sala general; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRA en unidad de cuidados intensivos correspondiente; por tanto es fundamental que las personas adultas mayores se vacunen contra la influenza ya que la salida a espacios públicos aumentaría la probabilidad de transmisión, morbilidad y potencial mortalidad asociada a este tipo de enfermedades.

La medida aplica para personas adultas mayores de 70 años que no tengan comorbilidades de base que implican alto riesgo de infección respiratoria aguda (IRA) y COVID-19 tales como: cardiopatías incluyendo hipertensión arterial, neumopatías crónicas desde asma, enfermedad pulmonar crónica-EPOC, fibrosis quística, etc.; inmunodeficiencias primarias y secundarias incluido VIH, cáncer, uso prolongado de esteroides, inmunosupresores o quimioterapia, insuficiencia renal; y condiciones metabólicas como diabetes, desnutrición, entre otros. En el caso de personas adultas mayores con condiciones neurológicas crónicas con manifestaciones conductuales tales como demencia senil, Alzheimer, discapacidad cognitiva, se considera que la salida a espacios abiertos puede disminuir las conductas disruptivas y la ansiedad generada por el cambio en sus rutinas y, por lo tanto, dichas condiciones o comorbilidades no se consideran motivo para exceptuarlos de la medida. No se deben generar barreras para su salida, solicitando certificados de salud.

- Las personas adultas mayores afectadas por COVID-19 pueden presentarse como asintomáticos o con sintomatología leve (en Colombia de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Salud INS del 29 de mayo de 2020) entre las personas adultas mayores confirmados el porcentaje de asintomáticos ha oscilado entre 6 al 8%; lo que puede favorecer que hagan parte de la cadena de transmisión, la cual no está exenta de ser interrumpida por las medidas apropiadas de prevención y autocuidado.
- El decreto 457, mediante el cual se imparten instrucciones para el cumplimiento del Aislamiento Preventivo Obligatorio que deroga el Decreto 420 del 18 de marzo de 2020. Donde el presidente Iván Duque y los ministros de su gabinete, ordena el Aislamiento Preventivo Obligatorio o cuarentena “de todas las personas habitantes de la República de Colombia” durante el periodo de tiempo establecido y como medida para enfrentar la pandemia, “limita totalmente la libre circulación de personas y vehículos en el territorio nacional”, con 34 excepciones que buscan garantizar el derecho a la vida, a la salud y la supervivencia de los habitantes del país.

11. Estrategias Metodológicas

11.1 Enfoque Investigación Cualitativo.

De acuerdo con Hernández Sampieri (2014) la investigación cualitativa busca principalmente la “dispersión o expansión” de los datos e información, se fundamenta primordialmente en sí mismo; permite que el investigador se forme creencias propias sobre el fenómeno estudiado, como lo sería un grupo de personas únicas o un proceso particular con una realidad que descubrir, construir e interpretar. La realidad es la mente donde existen varias realidades subjetivas construidas en la investigación, las cuales varían en su forma y contenido entre individuos, grupos y culturas. Por ello, el investigador Cualitativo parte de la premisa de que el mundo social es “relativo” y sólo puede ser entendido desde el punto de vista de los actores estudiados.

11.2 Tipo De Estudio

Descriptivo, ya que según Sampieri (2014) se consideran al fenómeno estudiado y sus componentes, su propósito es dar un panorama (contar con una “fotografía”) del fenómeno al que se hace referencia, busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.

11.3 Población: Nuestra población comprendió personas mayores de 60 años en adelante y que residían en la ciudad de Armenia y Sincelejo la población estuvo representada por un número que alcanzó el punto de saturación de categorías de la información (16, siendo 8 por cada ciudad).

11.4 Muestra: Muestra en el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia. la muestra ocurre desde el planteamiento mismo y cuando seleccionamos el contexto, en el cual esperamos encontrar los casos que nos interesan. En las investigaciones cualitativas nos preguntamos: ¿qué casos nos interesan inicialmente y dónde podemos encontrarlos? Por lo general son tres los factores que intervienen para “determinar” (sugerir) el número de casos: 1. Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que dispongamos). 2. El entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación, que más adelante se denominará “saturación de categorías”). 3. La naturaleza del fenómeno bajo análisis (si los casos son frecuentes y accesibles o no, si el recolectar información sobre éstos lleva relativamente poco o mucho tiempo). Sampieri (2010, p.436).

La muestra definitiva estuvo conformada por (8) personas mayores de la ciudad de Sincelejo y (8) de la ciudad de Armenia, en sectores elegidos para la aplicación de la entrevista semiestructurada (Sincelejo- Occidente y sur) (Armenia -occidente) en barrios elegidos por las investigadora por ser conocidos de éstas y haber aceptado previamente la participación en la investigación, previo aplicación del consentimiento informado, cabe anotar que se realizaron las entrevistas en sus respectivos domicilios, aplicando los protocolos de bioseguridad.

11.5 Tipo De Muestra: Muestras por conveniencia: simplemente casos disponibles a los cuales se tuvo acceso. De allí se justifica los adultos mayores por cada ciudad, puesto que son los que se tienen previamente detectados y que desean participar de la investigación, para la aplicación de la técnica de recolección de la información (T.R.I.) se acudió a personas adultas mayores conocidos y del vecindario por medio de la voz a voz.

11.6 Criterios De Inclusión: Por efecto del Coronavirus este trabajo investigativo se realizó con personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticadas por el sistema de salud, pertenecientes a barrios aledaños a los domicilios de las investigadoras mediante la técnica del voz a voz que conocieran personas adultas mayores de 60 años en adelante de las ciudades de Armenia - Quindío y Sincelejo - Sucre, los cuales una vez identificados se contactaron por medio de los amigos o conocidos, se presentó la intencionalidad del proyecto y posterior aplicación del consentimiento informado, enviado a estos adultos mayores de 60 años .

11.7 Criterios De Exclusión: Aquellas personas que no son mayores de 60 años, que no estén de acuerdo con el consentimiento informado, que no tengan enfermedades crónicas no transmisibles de base, que no vivan en Armenia o Sincelejo.

11.8 Técnica De Recolección De La Información (T.R.I): Entrevista semiestructurada. La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa (Savin-Baden y Major, 2013; y King y Horrocks, 2010). Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998). Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información.

Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla, son abiertas y de tipo “piloto” y van estructurándose conforme avanza el trabajo de campo. Regularmente el propio investigador conduce las entrevistas. Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad (Hernández, 2014. P.303).

Para este estudio se aplicó una entrevista semiestructurada, según disponibilidad de cada adulto mayor, siendo esta presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad (distanciamiento social de 2 metros, protocolos el lavado de manos con agua y jabón mínimo de 20 segundos, la aplicación de alcohol glicerina y el uso tapabocas).

Cabe anotar que inicialmente se ejecutó una prueba piloto con (5) personas mayores en cada ciudad (Armenia y Sincelejo) con el propósito de verificar la claridad en cuanto a las preguntas de la entrevista; lo cual fue muy significativo, ya que salieron unas preguntas y se ajustaron otras.

11.9 Sistematización E Interpretación De La Información.

Se sistematizó por medio del diseño de matrices donde se ubicaron las respuestas de manera ordenada acorde a los objetivos propuestos, posteriormente se efectuó la transcripción de la información, luego la interpretación estuvo dada por la identificación de categorías y características (subcategorías) previa codificación de cada persona adulta mayor entrevistada y se ordenó para facilitar la comprensión de la información a partir de la aplicación de la matriz según datos analizados previamente. Se analizaron las transcripciones de las entrevistas, adoptando un enfoque analítico para el análisis del discurso (Cicourel, 1964; Garfinkel, 1967) cuya premisa básica es que la realidad social se crea y recrea de forma constante en las interacciones sociales de los miembros de una sociedad y, por este motivo, para entender esa realidad social es preciso analizar en detalle los ‘procedimientos’ que los individuos emplean en sus interacciones. Uno de estos procedimientos es el de describir o ‘categorizar’ el entorno social en el que participan de manera más o menos directa (Cots, Irún y Llurda, 2004).

12. Resultados y Discusión

Resultados del Objetivo I. Descripción de la caracterización de la Población objeto de estudio de ambas ciudades. La población que se entrevistó pertenece a grupo de personas adultas mayores que según el MINSALUD es a partir de los 60 años de edad en adelante, que se encuentren dentro de nuestro círculo social ya sean vecinos o amigos cercanos.

Tabla. No: 2 Caracterización socio demográfica a nivel general de Sincelejo.

Género	Característica	Totales
	Masculino	2
	Femenino	6
Nivel educativo	Primaria incompleta	0
	Primaria completa	4
	Secundaria incompleta	1
	Secundaria completa	2
	Técnico	1
Edad	60 – 69	1
	70 y 79	2
	80-86	5
Estrato social	2	3
	3	4
	4	1

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los datos sociodemográficos en la ciudad de Sincelejo se entrevistó a (6) personas mayores femeninas y (2) masculinas para un total de 8 personas mayores entrevistadas. Cuyos niveles educativos fueron: (4) realizaron primaria completa, (3) secundaria completa y (1) secundaria incompleta. Por otro lado, contamos con (1) persona entre la edad de 60- 69, (2) entre la edad de 70- 79 y (5) entre la edad de 80-89. Para finalizar, en cuanto a su estrato económico tenemos a (3) personas adultas mayores con estrato económico 2, (4) en estrato social 3 y (1) con un nivel de estrato económico 4.

Tabla. No.3: Caracterización socio demográfica a nivel general de Armenia.

Género	Característica	Totales
	Masculino	2
	Femenino	6
Nivel educativo	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	2
	Secundaria incompleta	2
	Secundaria completa	1
	Técnico	1
Edad	60- 69	1
	70 y 79	7
Estrato social	1	7
	3	1

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los datos sociodemográficos en la ciudad de Armenia se entrevistó a (6) personas mayores femeninas y (2) masculinas para un total de 8 personas mayores entrevistadas. Cuyos niveles educativos fueron: (2) realizaron primaria incompleta, (2) primaria completa, (2) secundaria incompleta. Por otro lado, contamos con (1) persona entre la edad de 60- 69 años, (7) entre la edad de 70- 79. Para finalizar, en cuanto a su estrato económico tenemos a (7) personas adultas mayores con estrato económico 1, (1) en estrato social 3.

Tabla. No.4: Síntesis de los datos sociodemográficas a nivel de Sincelejo y Armenia.

Género	Característica	Totales
	Masculino	4
	Femenino	12
Nivel educativo	Primaria completa	6
	Primaria incompleta	2
	Secundaria completa	3
	Secundaria incompleta	3
	Técnico	2
Edad	(60- 69)	2
	(70 y 79)	9
	(80- 89)	5
Estrato social	1	7
	2	3
	3	5
	4	1

Fuente: Elaboración propia.

En Sincelejo se entrevistaron personas mayores de estrato más alto que en Armenia, lo que pudo verse observado en la tabla 2 y 3. En cuanto a la sistematización de datos sociodemográficos la mayoría de la población estudiada de personas mayores de Sincelejo y Armenia fueron mujeres el 60%, en Sincelejo la mayoría con un nivel de primaria completa, mientras que en Armenia la población estaba distribuida en primaria completa, incompleta y secundaria incompleta. Según la encuesta SABE (2015. p. 2) “los bajos niveles educativos aumentan con la edad y son mayores en la zona Atlántica”.

Resultados del Objetivo II. Identificar si las enfermedades crónicas de los adultos mayores se afectaron durante el confinamiento en la pandemia del SARS-CoV-2 por no frecuentar los servicios de salud.

Tabla. No.5: Datos sobre enfermedades crónicas de las personas mayores diagnosticadas por el sistema de salud de Sincelejo.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
1. Enfermedades crónicas diagnosticadas por su sistema de salud.	Hipertensión	3
	Artritis	3
	Diabetes e insuficiencia renal	1
	Artrosis e hipertensión	1
2. ¿Hace cuánto tiempo padece de esa enfermedad?	1-10 años	5
	11- 15	3
	16-20	1
3. ¿Está vacunado de COVID?	Si	6
	No	2
4. ¿Por cuánto tiempo usted ha permanecido en confinamiento?	Hasta que el gobierno dio autorización	2
	Todavía sigo en confinamiento	4
	Solo salgo cuando es necesario	2

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a enfermedades crónicas diagnosticadas en la ciudad de Sincelejo la mayoría de los adultos mayores tenían hipertensión o artritis, en su mayor parte el tiempo que han padecido la enfermedad es de 1 a 10 años, casi todos manifestaron estar vacunados y los que no han sido vacunado refirieron que no lo han hecho debido a que les dio COVID *“no me he puesto la vacuna ya que me dio COVID, entonces me toca ponérmela a los tres meses de que me haya dado el virus ese, mi hija no me deja salir hasta que tenga la vacuna”* (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

Para finalizar recientemente la mayoría de las personas mayores entrevistadas afirman que aún continúa en confinamiento por decisión propia *“yo todavía estoy en confinamiento ya que no me gusta salir y mis hijos no dejan que lleguen muchas personas de la calle”* (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Yo sigo en confinamiento, solo salgo cuando tengo que ir a donde el doctor” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo) esto demuestra que les preocupa la salud.

“Acá es como si siguiera en confinamiento ya que no salgo mucho” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

“Yo siento que sigo en cuarentena porque no salgo de mi casa” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

“Yo duré el tiempo que dijo el gobierno ya cuando se abrió todo no salía casi, pero si a veces salía a dar una vuelta y me siento frente de mi casa” (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo).

Los autores Vordenberg y Zikmund determinaron si las personas adultos mayores evitarían ir a la farmacia por la restricción en la entrega de medicamentos; mediante un estudio transversal dirigido a personas adultas mayores estadounidenses utilizando la plataforma Dynata, la mayoría de los participantes (84%) dijeron permanecer confinados, el 12% informó haber intentado obtener medicamentos adicionales; ellos informaron que irían más a la farmacia para obtener cada medicamento (desde tramadol 48,9% hasta insulina 64,9%) excepto zolpidem, que tenían más probabilidades de restringir (45,4%). Pese a tener comorbilidades o no, el riesgo de COVID-19 era tan probable que fueran a la farmacia como los que no lo tenían, las mujeres y los participantes de mayor edad tenían más probabilidades de buscar la entrega de medicamentos. La restricción de medicamentos fue más común para 2 medicamentos centrados en los síntomas (tramadol y zolpidem), y tanto factores demográficos (por ejemplo, género) como creencias (por ejemplo, médicos preferencias maximizadoras-minimizadoras) se asociaron con tales decisiones (2020 p. 915).

Tabla. No.6: Datos sobre enfermedades crónicas de las personas mayores diagnosticadas por el sistema de salud de Armenia.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
1.Enfermedades crónicas diagnosticadas por su sistema de salud	Hipertensión, escoliosis, vejiga caída, cálculos en la vesícula	1
	Diabetes e hipertensión	1
	Diabetes, hipertensión y artrosis	1
	Hipertensión	2
	Hipotiroidismo, osteopenia tuvo 5 operaciones umbilicales, una hernia y 2 operaciones de la vista	1

	Hipotiroidismo	1
	Osteoporosis, principios de artrosis	1
2. ¿Hace cuánto tiempo padece de esa enfermedad?	1 a 9 años	10
	10 a 19 años	2
	20 a 29 años	1
	30 a 50 años	2
	Mucho tiempo	2
3. Está vacunado de COVID	Si	6
	No	2
4. ¿Por cuánto tiempo usted ha permanecido en confinamiento?	3 meses	4
	5 meses	2
	1 año	2

Fuente: Elaboración propia.

En Armenia se encontraron más personas mayores con hipertensión, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad en su mayoría fue de 1 a 9 años, casi todos están vacunados contra el coronavirus, pero uno de ellos “*no se ha vacunado porque tiene hipotiroidismo*” (C.15 hombre de 74 años de Armenia). De forma similar en una investigación de Ecuador se encontró que los familiares de las personas adultas mayores a los cuales les inocularon la vacuna contra el coronavirus, estuvieron de acuerdo con la vacunación y sintieron tranquilidad para volver a salir por la protección que confiere la vacuna, pero al mismo tiempo temor por efectos colaterales (Changoluisa y Guarate, 2021, p.2558-2566).

En Armenia en su mayoría las personas adultas mayores estuvieron 3 meses en confinamiento.

Se halló que una persona adulta mayor de Armenia; manifestó tener problema de visión lo que se ha publicado en estudios que hablan de que estas personas son propensas a experimentar impedimentos como visión y audición deficiente, jubilación, duelo que aumentan la soledad. Esto, cuando se combina con la desconexión social causada por la pandemia por COVID-19 en la que las familias no pudieron reunirse con sus parientes mayores debido a la restricción de movilidad y aislamiento, es probable que aumente el riesgo de soledad percibido que conduce a un mayor riesgo de depresión y ansiedad. (Vaca et al. 2021. p.16).

De manera similar se estima que una de cada tres personas entre 65 y 74 años tiene dificultad para oír, y la mitad de las mayores de 74 tiene dificultad para oír, las personas adultas mayores con discapacidad auditiva tienen una mayor probabilidad de deprimirse debido a que se sienten frustrados y avergonzados por no comprender lo que es (Banskota, Healy y Goldberg, 2020 p.521).

Tabla. No.7: Síntesis de datos sobre enfermedades crónicas de las personas mayores diagnosticadas por el sistema de salud de Armenia y Sincelejo.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
1. Enfermedades crónicas diagnosticadas por su sistema de salud.	Hipertensión	5
	Artritis	3
	Diabetes e insuficiencia renal	1
	Artrosis e hipertensión	1
	Hipertensión, escoliosis, vejiga caída, cálculos en la vesícula	1
	Diabetes e hipertensión	1
	Diabetes, hipertensión y artrosis	1
	Hipotiroidismo, osteopenia tuvo 5 operaciones umbilicales, una hernia y 2 operaciones de la vista	1
	Hipotiroidismo	1
	Osteoporosis, principios de artrosis	1
2. ¿Hace cuánto tiempo padece de esa enfermedad?	1- 10 años	14
	11- 19 años	4
	20- 29 años	3
	30- 50 años	3
3. ¿Está vacunado de COVID?	Si	11
	No	5
	Hasta que el gobierno dio autorización (3 meses)	6

4. ¿Por cuánto tiempo usted ha permanecido en confinamiento?	5 meses	5
	1 año	2
	Todavía sigo en confinamiento	4
	Solo salgo cuando es necesario	2

Fuente: Elaboración propia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que las personas que superan los 65 años y tienen enfermedades cardíacas, respiratorias, hipertensión o diabetes, son un grupo de alto peligro ante la pandemia del covid-19, lo que además aumenta los casos de mortalidad (Briones, Moya y Condo, 2020. p.10).

En Armenia y Sincelejo la enfermedad crónica que más poseían las personas mayores fue hipertensión, el 87.5% (14 de 16) con un tiempo de padecimiento de enfermedades crónicas de 1 a 10 años, casi todos estuvieron 3 o 5 meses en confinamiento debido al coronavirus. Se observó que, en la ciudad de Armenia, aunque los adultos mayores entrevistados fueron más jóvenes que los de Sincelejo, en Armenia sus enfermedades crónicas fueron diagnosticadas en edad más temprana, por lo que se podría pensar que en Sincelejo los adultos mayores son más saludables.

En otras investigaciones se ha publicado que, hasta ahora en España, la comorbilidad que más se asocia con la infección por COVID-19 es la hipertensión arterial (HTA), seguido por la diabetes mellitus (DM), en un estudio encontraron una prevalencia de HTA, enfermedad cardiovascular (ECV) y DM fue del 17,1, del 16,4 y del 9,7%, respectivamente, con una mortalidad en personas con diabetes y coronavirus del 7.3% (Pallarés, Górriz, Morillas, Llisterri y Gorriz, 2020. p. 87).

Así mismo, en Sincelejo se encontró que la mayoría de adultos mayores presentaron artritis e hipertensión, pero en Sincelejo la mayoría de personas mayores presentaron una sola enfermedad crónica, mientras que en Armenia la mayoría tenían pluripatologías, siendo más frecuente la hipertensión e hipertensión acompañada de artrosis. En la encuesta SABE (2015.p.5) dice que el 60,7% de prevalencia total es la hipertensión arterial en la población adulta mayor femenina, en áreas urbanas y en estratos socioeconómicos bajos.

En la Encuesta SABE (2015. p.5) se muestra que “el 84,8% de la población de personas mayores de Colombia, padece de más de una condición crónica de salud (multimorbilidad) estando en mayor frecuencia la hipertensión arterial acompañada de depresión”. En este estudio ninguno de los adultos mayores entrevistado manifestó tener cáncer, mientras que en la encuesta SABE (2015. p. 5) había el 5,3% prevalencia total de cáncer. Los entrevistados dijeron que iban responsablemente a sus controles médicos, lo que concuerda con la encuesta

SABE (2015, P. 5) donde hace referencia de que el 46% acude a las instituciones del asegurador donde está afiliado y el 45,5% tiene presión arterial controlada.

Las personas con hipotiroidismo se encontraron en Armenia y esta se diagnosticó en edades jóvenes, también en Armenia la diabetes se presentó acompañada de hipertensión, mientras que en Sincelejo se presentó acompañada de insuficiencia renal, en la encuesta SABE aparece “el 18,5% de, prevalencia de diabetes mellitus, mayor en mujeres, de estratos 4 y 5, de zonas urbanas”.

En Sincelejo se encontró que la mitad de personas mayores (4) presentaron artrosis o artritis, en Armenia 3 personas mayores, dato similar al mostrado en la encuesta SABE (2015, P. 5) del “25,8% que presentó artritis-artrosis (segunda condición crónica más frecuentemente encontrada), mayor en mujeres, en zonas urbanas y en estratos altos socioeconómicos altos”.

La osteoporosis solo se presentó en 2 mujeres entrevistadas de Armenia, similar a lo expresado en la encuesta SABE (2015 P. 5) donde señala un 11,8% de prevalencia total de osteoporosis, mayor en mujeres y aumentó en la medida que se incrementó la edad, mayor en los estratos 3 y 4 de áreas urbanas”.

Por otro lado, en cuanto al tiempo de confinamiento “*Lo que dijo el gobierno, pero iba al supermercado a comprar lo que quería, casi un año*” (C.09 mujer de 60 años de Armenia).

“*Un año 3 meses encerrada hasta que abrieron acá*” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

“*Ni me acuerdo, hace poco salgo este año*” (C.16 mujer de 79 años de Armenia).

Tabla. No.8: Modalidad de asistencia de las personas mayores al servicio de salud de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
1. ¿Durante su cuarentena de qué manera se le brindó el servicio de control para sus enfermedades crónicas (personal médico, telemedicina, vía telefónica, particular)?	Teléfono	0
	Presencial	2
	Telefónicas y presencial	5
	No se me brindó ningún servicio porque no estoy afiliada	1

Fuente: Elaboración propia.

Se visualizó que el servicio de salud en la ciudad de Sincelejo fue brindado en su mayoría por llamadas telefónicas y de forma presencial y solo a una persona no se le brindó servicios de salud ya que no se encuentra afiliada a una EPS. “*No se me brindó ningún servicio porque no estoy afiliada a ningún seguro*” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

“Venían las enfermeras todos los días hacerme las diálisis, luego capacitaron a mi hija para que ella me las hiciera y los medicamentos me los mandaban a la puerta de mi casa”

(C.01 hombre de 86 años de Sincelejo).

“Me tocó ir al médico cardiólogo tres veces, del resto todo fue por tele consulta y mis medicamentos me los enviaban a la casa o a veces mandábamos al muchacho que nos hace todo los mandaos” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo).

“El médico venía a verme con todos los protocolos, me venían hacer los exámenes y en cuanto a los medicamentos me los enviaban a la casa” (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Yo pagué médico particular y compré mis medicamentos porque si los pedía por la IPS me demoraba mucho para entregarlos y las citas me las daban para mucho tiempo y no aguantaba el dolor” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

“Por tele consulta y yo fui dos una vez al médico por el control, en cuanto a mis medicamentos me los mandaban a mi casa” (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo).

“Algunas consultas fueron por teléfono las otras me toco ir a la clínica” (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo).

“Para mi hipertensión tuve citas por medio de llamadas telefónicas y como a mí me dio COVID vino mi médico de la EPS una vez a visitarme y particular vinieron dos médicos y tuve como 6 citas con ello presencial.” (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

Tabla. No.9: Modalidad de asistencia de las personas mayores al servicio de salud de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
1. ¿Durante su cuarentena de qué manera se le brindó el servicio de control para sus enfermedades crónicas (personal médico, telemedicina, vía telefónica, particular)?	Teléfono	4
	Presencial	1
	Teléfono y presencial	3

Fuente: Elaboración propia

Aquí se visualiza que las personas adultas mayores fueron responsables con su asistencia médica, por medio de medios como el teléfono y la ayuda la familia, la cual es de gran importancia para el cuidado y protección de personas mayores, pues les recuerdan el control que deben tener en su salud y les facilitan el cuidado y la adquisición de medicamentos así lo manifestaron:

“Solo pedía la cita de riesgo cardiovascular, me atendían por teléfono y me ordenaban la medicina cada 3 meses por lo del riesgo cardiovascular” (C.09 mujer de 60 años de Armenia).

“Me tocaba, claro, que es un control demorado de cada 3 meses, que si iba con el médico llevaba un papel del centro de salud y la fecha. Me daban la cita virtual, pero yo iba a allá” (C.10 hombre de 73 años de Armenia).

“Por teléfono me mandaban medicamentos y el doctor viene cada 3 meses a visitarme (mi hija me ayuda)” (C.11 mujer de 75 años de Armenia). En contraposición a esto, en un estudio estadounidense, muchos adultos mayores tuvieron la intención de seguir yendo a la farmacia para obtener sus medicamentos durante una pandemia, incluso aquellos que tienen problemas de salud que aumentan aún más su riesgo de COVID-19 (Vordenberg y Zikmund, 2020 p. 915).

Esto indica que lo notable es la obtención de medicamentos para evitar que se descuide la salud de personas con ENT, aunque se tenga que disponer de diversos medios para obtenerlos, ya sea por el apoyo de la familia, o por el hecho de que las mismas personas mayores acudan a reclamarlos teniendo en cuenta protocolos de bioseguridad para prevenir el coronavirus, o por su envío domiciliario.

“Todo por teléfono, me hicieron examen y después EPS, me llamaban a decir que no tome líquido, información por teléfono. Control de tiroides, ya a lo último yo dije que no; que nada me ganaba con exámenes del corazón y a lo último quise presencial, pero me tocó pagar 3 particulares, tenía antes de la epidemia citas en Pereira y al final por teléfono” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

“Por teléfono, virtual, cada mes consulta, en caso de emergencia como accidente, me toca ir allá, al médico, mis hijos me traen las drogas” (C.15 hombre de 74 años de Armenia).

De hecho, el uso de las TICs permite que más personas adultas mayores se mantengan ocupadas y satisfacer necesidades a pesar de limitaciones físicas o de independencia, facilitando la comunicación entre individuos con sus amigos o familiares, generando espacios de encuentro donde se generan lazos interpersonales, promoviendo el capital social en cuanto al intercambio de información y experiencias, ofreciendo servicios como compras a distancia, tramites sociales, pagos de servicios, consultas legales (Giraldo y López, 2019. P. 42-43). En este estudio fue evidenciado en la asistencia en salud y comunicación con familiares.

Tabla. No.10: Síntesis de los datos sobre la modalidad de asistencia de las personas mayores al servicio de salud de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
1. ¿Durante su cuarentena de qué manera se le brindó el servicio de control para sus enfermedades crónicas (personal médico, telemedicina, vía telefónica, particular)?	Teléfono	4
	Presencial	3
	Teléfono y presencial	8
	No se me brindo ningún servicio porque no estoy afiliada.	1

Fuente: Elaboración propia.

Sánchez y Sánchez (2020.p.2) “En España han encontrado que el 69% de los mayores de 60 años poseen frágiles sistemas de salud, muchas dificultades para acceder a estos servicios” lo que se evidenció en la respuesta de aquella persona entrevistada (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo) la cual no posee afiliación al sistema de salud en Sincelejo.

No obstante, los demás entrevistados de Sincelejo tuvieron una atención sanitaria por medio de llamada telefónica y presencial, mientras que en Armenia la mayoría de la atención en salud se dio por teléfono, en total la población entrevistada fue de 12 de 16 (75%) adultos mayores que hicieron uso de la teleasistencia. Lo que coincide con Sánchez y Sánchez (2020.p.3) que enfatiza sobre “los sistemas de telesalud han creado y perfeccionado diversas vías para que las personas adultas mayores pudieran seguir teniendo acceso a la prestación de servicios sanitarios”.

Pero cabe resaltar que algunos entrevistados comentaron que no les gustaba el servicio por teleconsulta, porque mostraban escepticismo y no creían que les era de ayuda.

Vale la pena mencionar que las personas adultas mayores entrevistadas en este estudio no manifestaron tener problemas de salud mental lo que fue bueno, pues mostraron mantener buena adherencia al tratamiento.

Tabla. No.11: Consultas de las personas mayores al médico en Sincelejo durante la cuarentena

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
2. ¿Durante la cuarentena cuántas veces consultó al médico por qué?	Casi todos los días	1
	3 a 5 veces al mes	4
	1 o 2 vez al mes	2
	Ninguna vez	1

Fuente: Elaboración propia.

En la ciudad de Sincelejo se evidenció que la mayoría de las personas mayores consultaron a su médico durante la cuarentena de 3 a 5 veces al mes, otras consultaron 1 o 2 meses al mes y solo una consultaba todos los días debido a problemas de salud *“Venían las enfermeras todos los días hacerme las diálisis; casi todos los días porque tuve una recaída en mi enfermedad renal y cuando me dio COVID mi nieta vino a atenderme ya que ella es médica”* (C.01 hombre de 86 años de Sincelejo).

“Al cardiólogo porque me enfermé” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo).

“Ninguna porque no estoy afiliada a ninguna EPS y gracias a Dios no me enfermé” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo)

“Me vinieron a visitar varias veces yo diría que 3 veces” (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Dos o tres veces vino el médico particular a mi casa porque me dolía mucho mis articulaciones” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

“Una vez para el control de hipertenso y fui al médico por problemas cardiovasculares” (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo).

“Dos veces por el problema de mi rodilla, me dolía mucho” (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo).

“Para mi hipertensión una vez y porque me dio COVID tuve unas 7 visitas de médicos tanto de la EPS como particulares” (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

Tabla. No.12: Consultas de las personas mayores al médico en Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
2. ¿Dura te la cuarentena cuántas veces consultó al médico por qué?	Cada mes por controles	5
	3 veces/hipertensión	2
	1 vez por artrosis	1

Fuente: Elaboración propia.

La frecuencia de consultas se vio influenciada por las directrices del gobierno y por la situación de salud, pues debido a la necesidad de un control al tener enfermedades crónicas diagnosticadas, las personas mayores manifestaron autoconciencia y autonomía para reclamar los medicamentos, lo cual es muy preponderante para el bienestar y mantenimiento de la salud de las personas mayores expresiones como las siguientes así lo confirman:

“Apenas ahora empezó a verme el doctor porque lo demás estaba frenado (no era prioritario). Fue 2-3 veces, 1 por el riesgo cardiovascular.” (C.09 mujer de 60 años de Armenia).

Esto se sustenta con una revisión que señala que en muchos países han realizado cambios en el manejo de rutina de los pacientes con ENT, por ejemplo, cancelando las visitas ambulatorias no urgentes, que tendrá implicaciones importantes para el manejo de las ENT, el diagnóstico de ENT de nueva aparición, la adherencia a la medicación y progresión de las ENT lo que ha puesto en peligro la sostenibilidad de los sistemas sanitarios (Palmer, Mónaco, Kivipelto et al. 2020. P. 1191).

“Al menos 3 veces por la hipertensión” (C.10 hombre de 73 años de Armenia).

“(Pagué 3 citas particulares)” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

“Mensual el control, las mismas pastas” (C.13 mujer de 71 años de Armenia).

“Hace 2 meses fui donde el naturista homeópata y me recetó gotas. Me llaman a dormir y estoy dormida.” (C.14 mujer de 78 años de Armenia).

Tabla. No.13: Síntesis de los datos sobre la frecuencia de consultas de las personas mayores al médico en Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
2. ¿Dura te la cuarentena cuántas veces consultó al médico por qué?	Casi todos los días	1
	Cada mes	5
	3 a 5 veces al mes	6
	1 o 2 vez al mes	3
	Ninguna vez	1

Fuente: Elaboración propia.

Se pudo evidenciar que la frecuencia en la que las personas adultas mayores consultaron a su médico fue alta ya que se identificó que 6 de cada 8 necesito estos servicios más de 3 veces al mes y solo 1 necesitaba de estos servicios todos los días debido a su enfermedad “Casi todos los días porque tuve una recaída en mi enfermedad renal y cuando me dio COVID mi nieta vino a atenderme ya que ella es médico” (C.01 hombre de 86 años de Sincelejo) Por otro lado, encontramos un factor de riesgo muy grave en una persona adulta mayor ya que ella no se encuentra afiliado a ninguna EPS y presenta dos enfermedades crónicas. “Ninguna porque no estoy afiliada a ninguna EPS y gracias a Dios no me enfermé.” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

Tabla. No.14: Adherencia al tratamiento de las personas de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
3. ¿Usted se ha tomado sus medicamentos de manera responsable como lo indicó su médico de cabecera?	Si	6
	No tomo medicamentos	1
	Me tomo los medicamentos que veo en la televisión	1

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la toma de medicamentos de manera responsable encontramos que la mayoría de personas mayores lo hacen adecuadamente (hora y dosis), por otro lado, encontramos un factor de riesgo ya que una persona mayor refirió que toma cualquier medicamento que les recomiendan para su enfermedad “*Yo me tomo los medicamentos que veo en televisión y que digan que sirven para mi artritis, pero para la hipertensión no tomo nada*” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo) esto es preocupante, porque esta persona se está automedicando lo que podría traerle problemas de salud (intoxicación, efectos secundarios, reacciones adversas, dependencia).

“*Todos los días me los tomo a tiempo, me realizo las diálisis que me refiere mi médico*” (C.01 hombre de 86 años de Sincelejo).

“*Si, soy muy puntual y mi hija está muy pendiente de mis medicamentos*” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo).

“*Nadie está pendiente a mis medicamentos porque yo soy muy puntual*” (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“*Total, siempre me los tomo puntual ya que yo me cuido mucho en ese tema*” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo)

“*Sí, mis pastillas son muy puntuales y cuando me dio el COVID también me los tomaba a la hora ya que mi hija está muy pendiente*”. (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

En China publicaron en otro estudio que, durante la pandemia, la adherencia a la medicación en pacientes con EPOC fue similar a la habitual y se relacionó significativamente con la combinación de fármacos, la supervisión del médico y los trastornos del estado de ánimo que la acompañan. Una forma eficaz de mejorar la adherencia del paciente y el control de la enfermedad podría ser fortalecer la educación de seguimiento y diagnosticar y tratar la depresión y otras complicaciones (Zhang, Lin, Guo, et al. 2020. P. 8).

Hasta ahora, también se tiene en cuenta los comportamientos autocuidado, de hecho en Suiza examinaron si las capacidades cognitivas específicas predicen la adherencia a las conductas protectoras de COVID-19 en adultos mayores, encontrando que la probabilidad de adherirse a comportamientos para protegerse contra este virus por cada aumento de unidad

en la recuperación inmediata y diferida, aumenta en un 47% y un 69%, respectivamente, sin asociación entre la medida de la memoria de trabajo la adherencia O'Shea, D. M., Davis, J. D. & Tremont, G. (2021. P.5-6).

No obstante, es de señalar que en esta investigación las personas adultas mayores no manifestaron tener enfermedades mentales ni trastornos psiquiátricos diagnosticados por su sistema de salud, por ello, la mayoría expresó tener una adecuada adherencia al tratamiento a excepción de 2 personas que dijeron: *"No estoy tomando ningún medicamento ya que no tengo ninguna enfermedad"* (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo). *"Yo me tomo los medicamentos que veo en televisión y que digan que sirven para mi artritis, pero para la hipertensión no tomo nada."* (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

A la inversa en China, Li, W., Zhao, N., Yan, X. et al. (2021) estudiaron en un estudio multicéntrico transversal el impacto de la pandemia de COVID-19 en pacientes mayores clínicamente estables con trastornos psiquiátricos diagnosticados, los pacientes con síntomas depresivos y de ansiedad tenían una calidad de vida significativamente más baja. El hecho de tener síntomas depresivos se asoció positivamente con insomnio más severo y dolor, asociados negativamente con otros diagnósticos psiquiátricos (excepto para el trastorno depresivo mayor, esquizofrenia y trastorno mental orgánico, mientras que tener síntomas de ansiedad se asoció positivamente con severas enfermedades físicas, mala adherencia al tratamiento e insomnio más severo y dolor. Tener síntomas combinados de depresión y ansiedad tuvo asociación positiva con una mala adherencia al tratamiento, insomnio severo, asociado negativamente con esquizofrenia, estando los síntomas depresivos y de ansiedad comunes en pacientes mayores clínicamente estables con trastornos psiquiátricos durante la pandemia de COVID-19. Considerando el impacto negativo de estos síntomas en la calidad de vida.

Lo que también concuerda con el estudio longitudinal realizado en Chicago-Estados Unidos donde los adultos mayores auto informaron estrés con respecto a COVID-19 en la última semana, midieron la adherencia se midió mediante la encuesta ASK-12 encontrando que la mayoría de los participantes informaron sentirse estresados "algunas veces" (54,0%), mientras que el 18,2% se sintieron estresados "la mayor parte" o "todo el tiempo" y el 27,8% "nunca" se sintieron estresados. Es de notar que los participantes que informaron estar estresados "la mayor parte" o "todo el tiempo" tuvieron una peor adherencia a la medicación que los participantes que informaron estar estresados "algunas veces" o "nunca", además aquellos que informaron sentirse estresados "la mayor parte" o "todo el tiempo" tuvieron un peor cumplimiento que aquellos que "nunca" se sintieron estresados (Zhao, Batio, Lovett et al. 2021. P.1895).

Esto nos permite interpretar que la ausencia de enfermedades mentales y un estado de ánimo positivo facilita la adherencia al tratamiento ante enfermedades crónicas no transmisibles ya diagnosticadas antes de la pandemia.

Tabla. No.15: Adherencia al tratamiento de las personas de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
3. ¿Usted se ha tomado sus medicamentos de manera responsable como lo indicó su médico de cabecera?	Tiene anotado	1
	Lo recuerda	7

Fuente: Elaboración propia.

Las personas adultas mayores de la ciudad de Armenia se han tomado los medicamentos de manera responsable como lo indicó el médico, estas personas respondieron: “*Si, cada 24 horas una pasta de losartán*” (C.10 hombre de 73 años de Armenia), “*Si (4 pastas por la mañana 1 al medio día, 3 por la tarde)*” (C.11 mujer de 75 años de Armenia), “*Sí, porque no he perdido el coco, eso es lo que me mantiene estable; todavía me acuerdo*” (C.16 mujer de 79 años de Armenia). Esto indica que la adherencia al tratamiento ha sido buena, lo que contradice al estudio de Pallarés et al. (2020. P.85) que menciona en la situación de la pandemia por el miedo y la incertidumbre de la época post COVID-19 no han buscado atención médica, lo que exige la intensificación en el control y seguimiento de la enfermedad cardiovascular y renal.

Relacionado con esto, en una investigación en pacientes tratados en un hospital general primario en Shanghai China durante la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19) de 2019 los cuales poseían enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), encontraron que la adherencia a la medicación fue buena tanto en tiempos normales como durante los últimos 2 meses de la pandemia, y el 88,8% de los pacientes no presentaron exacerbaciones agudas durante la pandemia. La combinación de fármacos y la supervisión del médico fueron factores favorables que afectaron la adherencia a la medicación durante los 2 meses de la pandemia, mientras que la posible depresión fue un factor desfavorable (Zhang, Lin, Guo, et al. 2020. p. 4).

Tabla. No.16: Síntesis de los datos sobre la adherencia al tratamiento de las personas de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
3. ¿Usted se ha tomado sus medicamentos de manera responsable como lo indicó su médico de cabecera?	Tiene anotado	1
	Lo recuerda	13
	No toma medicamentos	1
	Me tomo los medicamentos que veo en la televisión	1

Fuente: Elaboración propia.

Se pudo evidenciar que la mayoría de las personas adultas mayores se toman sus medicamentos de manera responsable ya sea por cuenta propia o porque sus familiares están muy pendientes a ellos *“Si mis pastillas son muy puntuales y cuando me dio el COVID también me los tomaba a la hora ya que mi hija está muy pendiente”* (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

“Sí, porque no he perdido el coco, eso es lo que me mantiene estable; todavía me acuerdo.” (C18 mujer de 79 años de Armenia).

Solo 1 de 16 personas adultas mayores se toma sus medicamentos porque los tiene apuntados, este es una técnica de memoria (mnemotecnia).

Por otra parte, se evidenció un factor de riesgo en una persona adulta mayor, ya que toma cualquier medicamento que le recomienden para su enfermedad *“Yo me tomo los medicamentos que veo en televisión y que digan que sirven para mi artritis, pero para la hipertensión no tomo nada.”* (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

En este sentido, la autoconciencia y la educación juegan un papel importante en términos de la adherencia al tratamiento, como el estudio transversal de Vaishali, Neeti, Ankit, et al. Los cuales aplicaron el cuestionario HLS-EU-Q47 en pacientes registrados en un centro de salud primario en la zona urbana de Jodhpur, Rajasthan-India, donde encontraron que el conocimiento de COVID-19, el comportamiento preventivo y el cumplimiento del manejo farmacológico están asociados con la alfabetización en salud entre los pacientes de enfermedades crónicas que se benefician de los servicios del establecimiento de salud primaria. Pero la mayoría (65,8%) de los pacientes con enfermedades crónicas que reciben atención desde el nivel primario no poseen suficientes conocimientos sobre salud; solo alrededor de la mitad de los participantes obtuvieron puntajes por encima de la mediana en conocimiento de COVID-19 (55,1%) y comportamiento preventivo (45,1%). Por ello, es relevante que la alfabetización en salud es un predictor considerable del comportamiento preventivo de COVID-19 y la adherencia al manejo farmacológico, pero no para la actividad física. Por lo tanto, centrarse en la alfabetización en salud podría ser una intervención estratégica esencial que produzca beneficios a largo plazo (2021. p.205).

Tabla. No.17: Presencia o ausencia de miedo de las personas de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total	Razones
4. ¿Sintió algún tipo de temor o miedo durante la cuarentena?	No	3	• Confianza en Dios
	Si	5	• Miedo a contagiarse porque a los adultos mayores les da más

			<p>fuerte y empeoran las enfermedades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo de morir. • Sentía pena por la pérdida de mis vecinos y no dar el pésame.
--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia.

En la ciudad de Sincelejo se identificó que 5 de 8 de las personas mayores entrevistadas sintieron algún tipo de temor o miedo durante la cuarentena *“Sentí temor por el tema del contagio, no quería contagiarme, pero cuando me dio no quería pegárselo a el resto de mis familiares”* (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo).

“Tenía miedo de que mis enfermedades empeoraran” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo)

Esto coincide a lo encontrado por Zambrano et al. en Santo Domingo-Ecuador donde se publica sobre las emociones negativas y cambio radical de humor, actitud y mayor temor, por ejemplo, un adulto mayor dijo *“En caso de que yo llegara a contagiarme no podría superar esta enfermedad debido a mi edad avanzada”* (2021 p.1466).

En contraste a esto, una persona entrevistada expresó *“Sentía miedo de morirme, yo pensé que el COVID me iba a llevar ya que dicen que a nosotros los viejitos nos da duro, pero en realidad a mí no me dio tan duro y más que tenía muchos médicos que me venían a visitar y a revisar”* (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo). Esto demuestra resiliencia y capacidad de autocuidado, pues se percibe que este presenta una red de apoyo formal con visitas domiciliarias médicas, a pesar del miedo infundado por las noticias.

Por otro lado solo 3 no experimentaron ningún tipo de temor debido a sus creencias *“Ninguno ya que siempre le pido a Dios que nos cuide y que nos proteja”* (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo).

Para ampliar, en Países Bajos se reportó que las medidas de la sociedad en el contexto del brote de COVID-19 han obligado a transformar nuestro esquema de tratamiento diurno basado en la terapia para adultos mayores con trastornos crónicos afectivos y problemas de personalidad en un programa en línea, las capacidades en línea pacientes geriátricos de salud mental fueron positivas ante los terapeutas, pues mostraron tener resistencia para adaptarse a la nueva situación de la pandemia, se contrarrestaron los prejuicios sobre la efectividad limitada de la psicoterapia en línea, enviaron tareas por correo electrónico lo cual facilitó la adherencia a la terapia al mismo tiempo que la terapia no verbal fue importante para estimular el proceso de grupo en línea (Van Dijk, Bouman, Folmer, Den Held, et al. 2020. P.983).

Por otra parte, en cuanto a los sentimientos, se vieron afectados lo cual se detectó por expresiones como: *“Sentí pena porque muchos vecinos fallecieron y no pude asistir ya que me tenía que cuidar, pero yo no les presté mucha atención a las noticias porque eso me*

estresa más, solo me ponía a realizar mis manualidades” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

En otras investigaciones del Perú se ha identificado que las mujeres están más predispuestas a ideas fatalistas, al leer redes sociales y televisión sobre el coronavirus, la familia y vecinos exageran información, e invierten en ofertas de tratamientos poco efectivos contra el coronavirus; pero aquellos con estudios superiores, tienen menos miedo y no tener creencias erróneas mejora la prevención según estudios de Perú y China (en residentes mayores rurales), también en Irán vieron que el conocimiento y da mayor control hacia la enfermedad y el modelo de creencias sobre la salud (HBM) habla que los factores de percepción erróneos pueden generar distorsiones cognitivas sobre la alta susceptibilidad a infecciones, la percepción de baja autoeficacia de las medidas preventivas y resultados negativos en el comportamiento (Lope, et al 2020. P.37).

Los sistemas de salud no pueden encontrar una solución o cura para la infección por COVID-19, han surgido varios hechos, que tienen poca validez y se están convirtiendo gradualmente en posibles creencias relacionados con COVID-19. Así, para adoptar un comportamiento preventivo y/o evitar riesgos de enfermedades, la población debe: creer que es susceptible a la enfermedad, que la enfermedad tendrá un impacto negativo en su vida, adoptar comportamientos beneficiosos para reducir su exposición al contagio y superar las barreras psicológicas del miedo (Lope et al. 2020. P.38-39).

Tabla. No.18: Presencia o ausencia de miedo de las personas de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total	Razones
4. ¿Sintió algún tipo de temor o miedo durante la cuarentena?	No	5	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en Dios • Viene de todas maneras • Es algo que toca • seguro se muere, nace con el letrero en la frente.
	Si	3	<ul style="list-style-type: none"> • El contagio que muestran en las noticias. • se le pegue el mal (ni los ricos se escaparon de esa, quedamos todos parecidos a como son los ricos). • Zozobra por tantos muertos

Fuente: Elaboración propia.

En un estudio realizado en Perú, el 65,4% de los pobladores no tenían miedo al COVID-19 en el 82,7% (Lope, López, Noriega y Valenzuela, 2020. P.37), estos mismos autores citan a (Ruiz, Ruiz, Diaz y Ortiz, 2020) y mencionan que los adultos peruanos expresan “tarde o temprano todos vamos a morir” y “hay vida después de la muerte”, en lo que hay afinidad con respuestas de la presente investigación como:

“Para nada, confiaba en que Dios nos iba a cuidar” (C.09 mujer de 60 años de Armenia).

“No me da miedo ni de la muerte, si va a llegar viene de todas maneras” (C.11 mujer de 75 años de Armenia).

“Nunca le he tenido miedo a la muerte, si uno se muere porque ya tocó. Sentí puñalada en la columna y se me subió como chuzada hasta el cerebro, me fui a un camino oscuro y lleno de humo, graduales, luego llegué a las nubes oscureciéndose, bajo la imagen blanca de una persona blanca dijo (vení, vení, vení a mi) la imagen estaba helada, se echó pa atrás volví a estar caliente, y me había metido en un ataúd, y me pelé. Escuché que dijeron “tírenle una sábana y el bebé está por allá en unos costales en algodones” sáquenla lentamente, costales, estopados negros, impresión, tarro en el cerebro” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

“Siempre, en la zozobra de pedía a Dios, por tantos muertos y lo que ocurre, Dios que me diera mucha tranquilidad, le pedía a Dios por mi familia” (C.15 hombre de 74 años de Armenia).

“No, de algo se tiene que morir uno. Todo lo que uno tiene que pasar pa morir, seguro se muere, nace con el letrero en la frente” (C.16 mujer de 79 años de Armenia).

Tabla. No.19: Síntesis de los datos sobre la presencia o ausencia de miedo de las personas de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total	Razones
4. ¿Sintió algún tipo de temor o miedo durante la cuarentena?	No	10	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en Dios • Viene de todas maneras • Es algo que toca • seguro se muere, nace con el letrero en la frente.
	Si	6	<ul style="list-style-type: none"> • El contagio que muestran en las noticias. • se le pegue el mal (ni los ricos se escaparon de esa, quedamos todos parecidos a como son los ricos). • Zozobra por tantos muertos

			<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a morir. • Sentía pena por la pérdida de mis vecinos y no darles el pésame.
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Los entrevistados de Sincelejo 5 de 8 (62.5%) contestaron que sintieron temor debido al coronavirus, lo que coincide con el estudio de Broche et al. (2020.p.7) los cuales citan a Girdhar y Sethi (2020) y dicen que “debido al confinamiento por el COVID se reporta la existencia de miedo recurrente a la muerte, miedo a la separación de la familia, insomnio, pesadillas, síntomas de ansiedad generalizada”.

Una persona dijo “Claro, miedo a que se contagie viendo uno lo que pasan en las noticias lo indispone a uno” (C.13 mujer de 71 años de Armenia), por eso es importante tener en cuenta las recomendaciones de la OMS (2020. P.2) que dicen “minimice el tiempo que dedica a mirar, leer o escuchar noticias que le causen ansiedad o angustia”.

Esto se asemeja a lo encontrado por Zambrano et al. que mencionan que algunos adultos mayores de Santo Domingo-Ecuador expresaron el “temor al contagio debido a lo que veían en las noticias o por las medidas que tomaba el gobierno ante esta situación, provocando angustia, preocupación excesiva por la salud y enfermedades catastróficas ya diagnosticadas” (2021 p.1466). Por ello es fundamental tomar medidas para proteger a las personas mayores ante su salud mental y tener en cuenta que se debe manejar la información sin exagerarla, especialmente hacer a las personas adultas mayores parte de la comunidad que pese a las noticias, se sientan prevenidos, pero al mismo tiempo con confianza hacia ellos mismos.

Resultados del Objetivo III. Describir la percepción en la salud física y emocional por falta de interacción social en las personas adultas mayores como consecuencia del confinamiento por el SARS-CoV-2

Tabla. No.20: Cambios en la vida de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.

5. ¿De qué manera siente que su vida ha cambiado en la cuarenta?		
Categoría	Característica	Total
Físico	Aislamiento social	2
Emocional	Nostalgia	1
Social	Comunicación por TICs	1
Económico	Cambio de trabajo	1

	Desempleo	1
Ninguno	Ninguno	2

Fuente: Elaboración propia.

En Sincelejo la mayoría de las personas adultas mayores sintieron que su vida ha cambiado por aislamiento social como lo afirman *“Me cambió mucho ya que yo solía salir mucho a caminar y hablar con mis amigos y vecinos”* (C.01 hombre 86 años de Sincelejo) por otro lado algunos sienten que su vida no ha tenido ningún cambio *“No cambió en nada porque yo me distraje mucho tejiendo y cocinando para mi familia; lo único que cambió es que deje de vender almuerzos”* (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo), otro aspecto que se identificó un cambio fue en la parte económica *“Antes podía salir y hacer mis negocios de comercio, pero la cuarentena me obligó a buscar otra forma de trabajar”* (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo).

En algunos autores hablan sobre recomendaciones prácticas para evitar el des acondicionamiento físico durante el confinamiento por pandemia asociada a COVID-19 donde resaltan que *“se debe prestar especial atención en salud a aquellas personas que dejan de trabajar durante el aislamiento y que eran físicamente activas y debieron suspender o disminuir su nivel de acondicionamiento físico, puesto que podrían ver más afectada su condición de bienestar general, En el caso de los adultos mayores, uno de los principales objetivos es disminuir el riesgo de caídas, puede implicar mayor demanda de los servicios de salud, y limita el cumplimiento del aislamiento establecido particularmente para esta población, dado que son considerados más vulnerables”* (Mera, Tabares, Montoya, Muñoz y Monsalve, 2020 p. 170-171).

“Me sentí muy mal, muy atribulada como si estuviera enjaulada (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo). Esto es aunado a lo declarado por Almonacid y Almonacid que mencionan *“para los adultos mayores, el aislamiento producto de las prolongadas cuarentenas puede ser más doloroso, debilitando su capacidad de adaptación y reacción, produciendo respuestas emocionales como los sentimientos de soledad, que repercuten en el estado de equilibrio mental”* (2021, p.953).

Por el contrario, hay otras personas adultas mayores a las cual no les afectó significativamente el confinamiento, debido a sus gustos, costumbres y alternativas digitales como por ejemplo lo que expresó *“Lo único que cambió fue en la forma de escuchar mis prédicas en la iglesia ya que fue virtual y yo antes iba a los cultos, pero ahora me acostumbre a verlas desde el computador”* (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Siento que no me cambió mucho ya que no salía mucho” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo).

“No cambió mucho ya que me gusta estar sola” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo)

“Me sentí raro porque había nostalgia por los demás, pero yo siempre he sabido que mi puesto es en la casa, pero no me deprimí” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

Estas respuestas se contradicen con Velasco y López que demostraron índices altos de incidencia en el bienestar psicosocial, un 13,79% se ubicó en un alto nivel de bienestar psicosocial, el 57% en un nivel medio y el 27% se ubicó en un nivel bajo. Ellos concluyeron que el (COVID-19) ha afectado a la salud mental y bienestar psicosocial en la población de adultos mayores, reflejando problemas de estrés, falta del vínculo familiar, sentido de aislamiento, y pérdida del propósito de vida así, la vinculación social y la falta de proyectos para la vida evidencian los problemas psicosociales que la población adulta mayor mantiene, en un centro geriátrico de España, se detectó que el encierro por la pandemia refleja un estado de soledad, alejamiento de sus familias y por ende su bienestar psicosocial independientemente de su salud o estado mental fue afectado, con lo cual se puede entender que el COVID-19 representa una serie de factores de riesgos que perjudica el sentido de afecto y percepción de acompañamiento a los adultos mayores, puesto que las condiciones de este grupo generalmente no interactúa como las personas más jóvenes haciendo uso de las redes sociales y otras plataformas de comunicación a distancia” (2021.p.9).

Tabla. No.21: Cambios en la vida de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.

5. ¿De qué manera siente que su vida ha cambiado en la cuarenta?		
Categoría	Característica	Total
Físico	Aislamiento social	3
	Inactividad física	2
Económico	Desempleo	1
	Necesidades cubiertas	1
Ninguno	Ninguno	1

Fuente: Elaboración propia.

Se deduce que la actividad física se relaciona con el ámbito social, pero no necesariamente se percibieron cambios en el entrevistado pues acostumbra andar poco y visitar poco a su familia, dijo *“siguió igual porque no volví a ver con frecuencia a mi familia, relativamente mantengo muy encerrada, no soy de andar en la calle”*. (C.09 mujer de 60 años de Armenia).

En cuanto si la vida ha cambiado en la cuarenta un entrevistado expresó: *“me cambió para bien, porque nunca me ha hecho falta nada, tengo todo ahí para sostenerme”* (C.15 hombre de 74 años de Armenia). esto es contrario a lo reportado por Sánchez y Sánchez (2020.p.2)

que habla sobre “los factores económicos están afectando seriamente la situación derivada del Covid-19 y se ha incrementado la dificultad para obtener alimentos u otros insumos básicos”.

“Claro, horrible, todo cambió alrededor, antes todo era más fácil, uno salía, se rebuscaba, hoy tiene que ir todo uno abrigado, no se puede confiar en nada. En diciembre me dio COVID, pero no muy fuerte. A mi esposo lo llevaron al hospital bronco y pulmones, le dio COVID completo. Yo con cosas naturistas, pa qué salir a buscar lo que no se me perdió. El tapabocas me asfixia, entonces me retiro donde no hay mucha multitud. En casa me mantengo haciendo obras manuales, cuadros de primera y segunda dimensión (uno encima de otra), floristería, manualidades, cuadros de collage, con harina de trigo, santos, de todo, obras manuales, costura, hago mi ropa, arreglos navideños, cuadros, ahora me molestan las vistas, hago bordado sin aguja en icopor, navideños, trineos, papá Noel, comic. Hoy día nadie lo aprecia (quieren fideos) ahora no fio, el material es caro, entonces uno hace pa uno, pisan lo que encargan, no lo quieren después. Pido que traigan el material y cobro la mano de obra. Antes todo lo que hacía lo vendía y luego de la epidemia todo se acabó (que no tienen trabajo, estamos sin trabajo, mi hija lleva 2 años sin trabajo) a veces los vecinos me piden pintar la casa, me dicen que le arregle la casa, arregla las llaves” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

Todo esto indica que “la vida diaria puede ser distinta para personas que experimentan diferentes variables de fondo. Esto refuerza el concepto de heterogeneidad en el envejecimiento, el cual refleja patrones de actividad, roles de género y preferencias personales” (Nourhashémi, Andrieu, Gillete-Guyonnet et al. 2001 citado por Acosta y González. 2021. p.399).

Conforme a esta situación, se señala que “en Ecuador, las familias han tenido que someterse a cambios estrictos en el manejo de sus finanzas, lo que ha generado problemas a nivel intrafamiliar; en la encuesta Oikonomics, el 51% de ciudadanos consideran que su situación económica empeoró hace un mes, y el 66% considera que en el mes de mayo será peor” (Briones et al. Citan El Universo 2020. P.8). Entonces se puede ver que en otros países también la situación económica se ha visto afectada negativamente, todo esto va encaminado a generar dificultades en la interacción social y el sustento de algunas personas mayores que no sean pensionadas, llevando consigo a una mayor dependencia económica.

Al mismo tiempo que la expresión de “Mucho encierro” (C.13 mujer de 71 años de Armenia), indica que se ha coartado la libertad poniendo sobre ella, el derecho a la salud, en prevención al contagio del coronavirus, pero se ha dejado a un lado la salud mental del adulto mayor, que siente que ha dejado de lado algunas actividades sociales que acostumbraba hacer, por ejemplo, la vida ha cambiado de acuerdo a lo expresado: “sí, yo era una persona muy activa,

mantenía en grupos, pero con este problema, ya no, como también sufro del corazón, pero ahora ya no” (C.16 mujer de 79 años de Armenia), lo que ha llevado a disminución de la actividad fuera de la casa y dificultando el funcionamiento de grupos del adulto mayor.

Asimismo, la siguiente frase: *“Nada, esta uno como un perro enjaulado”* (C.10 hombre de 73 años de Armenia) apunta a que en ocasiones las personas mayores expresan sus percepciones con contradicción, pues al parecer para esta persona la vida no le ha cambiado, pero también se siente limitado, como si no fuera libre, esto es por el confinamiento, por esta razón se piensa que el confinamiento trajo consigo problemas de desorientación, abandono y dificultades para expresarse libremente.

De forma similar, otro entrevistado enunció: *“Sí, porque uno ya no sale al centro, a uno le hace falta salir a comprar las arepas para calentarse, me da frío, ahora voy a la galería, a hacerle las sopas de pollo a mi mamá”* (C.14 mujer de 78 años de Armenia), otra manifestó *“yo era una persona muy activa, mantenía en grupos, pero con este problema, ya no”* (C.16 mujer de 79 años de Armenia), lo que demuestra que disminuyó su actividad física e interacción social. Sánchez y Sánchez (2020.p.3) cita a Dell y Natsuki (2020) habla del aislamiento al que se somete al adulto mayor en la cuarentena provoca una desconexión social lo que aumenta los problemas relacionados con la depresión y la ansiedad.

Estos relatos se interpretan como si ya no pudiera efectuar actividades que antes de la pandemia acostumbraba hacer y eran de su agrado, por ejemplo, recibir el sol, aire puro y caminar; todo esto muestra que la restricción ha afectado la interacción social hacer compras y la actividad física en algunas personas mayores de Armenia.

Es importante tener en cuenta que “para las personas adultas mayores con movilidad reducida, se sugiere incluir actividades de equilibrio y propiocepción tres o más días a la semana, a fin de prevenir caídas; es muy pertinente la vigilancia y acompañamiento constante (Mera et al. 2020, p.170).

Por ello es de recalcar que lo que encontraron los autores Almonacid y Almonacid, que “en las personas mayores que realizaban actividad física con frecuencia durante la semana, se redujo la sensación de olvido y la distancia con las personas de su convivencia” (2021, p.954). Esto significa que la actividad física sirve como técnica de entrenamiento cognitivo y el vivir en compañía.

Por el contrario, otra persona mayor reveló: *“Me cambió para bien, porque nunca me ha hecho falta nada, tengo todo ahí para sostenerme”* (C.15 hombre de 74 años de Armenia), como si el confinamiento no hubiera afectado negativamente a esta persona mayor, sino que le ha permitido permanecer con su sustento diario, debido a que esta persona es un jardinero que tiene una pequeña granja y su economía depende de esta.

Tabla. No.22: Síntesis de los datos sobre los cambios en la vida de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.

5. ¿De qué manera siente que su vida ha cambiado en la cuarenta?		
Categoría	Característica	Total
Físico	Aislamiento social	5
	Inactividad física	2
Económico	Desempleo	2
	Cambio de trabajo	1
	Necesidades cubiertas	1
Emocional	Nostalgia	1
Social	Comunicación por TICs	1
Ninguno	X	3

Fuente: Elaboración propia.

En algunos casos las personas expresaron no tener cambios en su vida durante el confinamiento por la pandemia, por ejemplo, dijeron: *“Igual, estar en la casa, hacer de la casa, lo que se quiere”* (C.09 mujer de 60 años de Armenia). *“No he tenido cambios de ninguna clase”* (C.11 mujer de 75 años de Armenia).

Por otra parte, en mayor medida manifestaron que su vida había cambiado por el aislamiento social. Igualmente se halló afectación económica como pérdida de trabajo y cambio de trabajo en 3 de 16 entrevistados, lo que también menciona Broche et al. (2020. P. 8) *“las finanzas, las dificultades económicas son reportadas como la principal causa de alteraciones psicológicas en el periodo posterior a la cuarentena, predominando por esta causa las manifestaciones de ansiedad, ira y depresión”*.

Añadiendo a esto, la persona entrevistada manifestó *“Hoy día nadie lo aprecia (quieren fiao) ahora no fio, el material es caro, entonces uno hace pa uno, pisan lo que encargan, no lo quieren después. Pido que traigan el material y cobro la mano de obra. Antes todo lo que hacía lo vendía y luego de la epidemia todo se acabó (que no tienen trabajo, estamos sin trabajo, mi hija lleva 2 años sin trabajo)”* (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

Sobre la manera siente que la vida de las personas mayores ha cambiado en cuarentena, 5 de 16 (31.52%) personas sintieron que al aislamiento social ha llegado a sus vidas, por ejemplo la persona entrevistada de Sincelejo indicó *“Me sentí muy mal, muy atribulada como si estuviera enjaulada”*, igualmente en Armenia el entrevistado con código 10 declaró *“esta uno como un perro enjaulado”* (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo), otra dijo *“horrible, todo cambió alrededor, antes todo era más fácil, uno salía, se rebuscaba, hoy tiene que ir todo uno abrigado, no se puede confiar en nada.”* (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

Tabla. No.23: Cambios de las relaciones familiares de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
6. ¿Con quién vivía antes y durante de la cuarentena?	Esposo o esposa e hijos	3
	Esposa o esposo e hijos y nietos	2
	Hijos	2
	Nietos	1

Fuente: Elaboración propia.

En Sincelejo la mayoría de personas mayores vivían con el esposo e hijos antes y durante la cuarentena, o también con sus nietos. Pero en menor medida únicamente con algún nieto.

Una persona mencionó “*Antes vivía con mi hija y mi esposa y en la cuarentena se vino mi nieta a vivir con nosotros porque tuve una recaída en mi problema renal*” (C.01 hombre de 86 años de Sincelejo). Y otra dijo “*Vivo con mi hija y mi esposo y en la cuarentena llego mi nieta a cuidar a mi esposo que tuvo una recaída y ella es médica*” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo).

Esto se ve sustentado en lo que dice Almoacid y Almoacid sobre que “las enfermedades propias de la vejez conspiran contra el desarrollo de la actividad física diaria, la compañía del esposo o esposa es vital, ya que puede ser la única compañía de que puedan disfrutar en tiempos de Covid-19” (2021, p.953). esta afirmación señala que los vínculos se hacen más fuertes cuando las personas mayores poseen una red de apoyo fortalecida, lo cual permite el desarrollo e interacción social de las personas adultas mayores a pesar de las adversidades que se presenten a lo largo de la vida.

Además de ello, estas respuestas se reafirman con lo aseverado en un estudio chileno de Almonacid y Almonacid, donde declaran que “la familia tiene un lugar fundamental en la vida y relaciones de las personas adultas mayores y en ocasiones no se reconoce como familia solamente con quienes se comparte la consanguineidad, sino también a aquellos con quienes se vive en un momento determinado de su vida” (2021, p.953). Lo que nos exhorta que la familia no solo es compañía sino también es cuidado y apoyo en situaciones difíciles, dado que los nietos han apoyado a sus abuelos enfermos en Sincelejo.

Tabla. No.24: Cambios de las relaciones familiares de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.

Categoría	Característica	Total
6. ¿Con quién vivía antes y durante de la cuarentena?	Solo	3
	Hijos	2
	Madre e hijo	1
	Esposo e hija	1
	Madre hija, nieta, hermana, sobrino	1

Fuente: Elaboración propia.

Antes y durante la cuarentena la mayoría de personas mayores de Armenia vivía solo (37.5%), seguido aquellos que vivían únicamente con sus hijos (25%).

Esto se reafirma con la investigación de Almonacid y Almonacid que menciona acerca de que las personas mayores han realizado actividad física acompañados de familiares, en tiempos de cuarentena se han encontrado aislados de ellos, realizando actividades solo con familiares directos (esposo o esposa) (2021, p.953).

Tabla. No.25: Síntesis de los datos sobre los cambios de las relaciones familiares de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
6. ¿Con quién vivía antes y durante de la cuarentena?	Esposa o esposo e hijos	4
	Esposa o esposo e hijos y nietos	2
	Hijos	4
	Nietos	1
	Madre e hijo	1
	Solo	3
	Madre, hija, nieta, hermana y sobrino.	1

Fuente: Elaboración propia.

Cabe señalar que en Sincelejo ninguna persona mayor entrevistada vivía sola, mientras que en Armenia la mayoría, este contraste en las relaciones familiares podría intervenir en la interacción social y sentimientos de soledad y formas de comunicarse. Pero en su mayoría se encontró que las personas entrevistadas vivían el 25% con su esposo e hijos y el 25% con su hijo.

Frente a esto es de resaltar que la familia es considerada como la unidad de la sociedad que influencia a la salud y situación social, debido a la pandemia la OMS advierte que se las autoridades adoptaron medidas estrictas de prevención y contención que alteraron el funcionamiento cotidiano de las familias, por lo cual se ha evidenciado durante el confinamiento un impacto en las relaciones familiares funcionales y negativas, trayendo consigo el aumento de la violencia familiar, abuso sexual e infantil, sumado a ello el Tele Trabajo ha generado sobrecarga laboral para los padres o cuidadores de los niños, niñas y adultos mayores. (Briones, et al. citan El Telégrafo, 2020. p.8).

En consecuencia, no necesariamente quiere decir que en la pandemia haya modificado el hecho de que las personas adultas mayores vivan con algunos familiares. Por ejemplo, una persona manifestó: *“Con mi esposo, mi hija trabaja en Bienestar Familiar, yo le cuido la niña de 5 años a veces (de lunes a lunes la tengo yo). Mi esposo jubilado estuvo enfermo, no mantiene en casa, se va a las 6:30 a las 12:30 viene a almorzar, a las 3 pm se va hasta las 6 pm”* (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

Tabla. No.26: Medio de comunicación usado por las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
7. ¿Durante la cuarentena con qué frecuencia hablaba y por qué medio con sus familiares y amigos?	Teléfono	5
	Video llamadas y llamadas telefónicas	3

Fuente: Elaboración propia.

En Sincelejo la mayoría de personas adultas mayores usaron el teléfono como medio de comunicación durante la cuarentena ya que este se les facilitaba debido que la mayoría no saben usar las herramientas de las TIC *“Casi todos los días ellos me llamaban por llamada telefónica y a veces por video llamada que mi hijo era el que sabía”* (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Todos los días por medio de llamadas telefónicas, ellos me llamaban mucho para saber sobre nosotros” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo).

Entretanto el mantenimiento del bienestar, la atención médica y la conexión social son cruciales para los adultos mayores, por el aislamiento social adoptado como medida contra el coronavirus, han hecho más visible que la tecnología móvil, como las aplicaciones (apps), proporcionan herramientas valiosas, económicas y accesibles para ayudar a las familias a mantenerse conectadas y ayudar a las personas adultas mayores a mantener su movilidad y

vincularlos a recursos que fomenten el bienestar físico y mental, junto con aplicaciones para abordar las deficiencias cognitivas, visuales y auditivas, se ha divulgado que estas personas pueden usar teléfonos inteligentes cuando se les proporciona la capacitación necesaria, igualmente hay un aumento en el uso de teléfonos inteligentes en la población que envejece (Banskota, S., Healy, M. y Goldberg, E. M. 2020 p.514).

Tabla. No.27: Medio de comunicación usado por las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
7. ¿Durante la cuarentena con qué frecuencia hablaba y por qué medio con sus familiares y amigos?	Teléfono	4
	Personalmente a vecinos	1
	Va a visitar	1
	Vienen a visitar	2

Fuente: Elaboración propia.

En Armenia el 50% de personas adultas mayores manifestó usar el teléfono como medio de comunicación durante la cuarentena y el 25% de personas adultas mayores dijo que los vienen a visitar.

“Frecuentemente utilizo el teléfono, a diario me llamaban” (C.09 mujer de 60 años de Armenia).

“Cada rato, casi diario con los vecinos personalmente” (C.10 hombre de 73 años de Armenia).

“Por celular, teléfono, no permitimos visitas ni hacíamos” (C.13 mujer de 71 años de Armenia).

“No llamo a nadie y nadie me llamó. Esporádicamente hablo con sobrinos que están en España y Estados Unidos, pero no es que se mueran por llamarlo a uno. No recibí visitas” (C.14 mujer de 78 años de Armenia).

“Por celular todos los días, a veces visitas, siempre protegiéndonos todos” (C.15 hombre de 74 años de Armenia).

“Escogidos, venían mis hermanos, por teléfono, hermanos y vecinos” (C.16 mujer de 79 años de Armenia)

“Sí, común y corriente, venían mis hermanas y tíos de la finca, antes venían ya no, mi hermana mantiene aburrída sin trabajo, pero ya no. Solo las 2 hijas que mantienen aquí cerquita por la cuarentena. Antes venían a visitarme mi familia desde Barcelona, Medellín, Bogotá, nadie viene desde la cuarentena. A veces se siente uno solitario pa todo” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

Esto se sustenta por el hecho de que los adultos mayores se han visto especialmente afectados por la pandemia actual, relacionada a COVID-19, los largos periodos de aislamiento, pueden

desencadenar una serie de impactos que incluyen el aumento de la soledad, la interrupción de las rutinas y actividades diarias, así como una disminución al acceso de servicios esenciales como las visitas al médico (Vaca et al. 2021. p.8-9).

Teniendo en cuenta la utilidad del teléfono, es indiscutible su valioso beneficio y conveniencia en época de pandemia, en Armenia fue relevante para mantenerse informado y se denotó su uso cotidiano. Esto se apoya por lo siguiente:

“En este punto, el contacto virtual puede no ser cualitativamente igual que el contacto cara a cara, pero es un facilitador de la unión social en tiempos de pandemia” (Almonacid y Almonacid, 2021, p.954).

Tabla. No.28: Síntesis de los datos sobre el medio de comunicación usado por las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
7. ¿Durante la cuarentena con qué frecuencia hablaba y por qué medio con sus familiares y amigos?	Teléfono	9
	Video llamas y llamadas telefónicas	3
	Personalmente a vecinos	1
	Va a visitar	1
	Vienen a visitar	2

Fuente: Elaboración propia.

El 56.25% de personas adultas mayores de Armenia y Sincelejo, usó el teléfono durante la cuarentena para comunicarse, en menor medida van a visitar o hablan personalmente con sus vecinos.

El medio de comunicación y la frecuencia de uso, podría depender de la extensión familiar y el tamaño de la red de apoyo, una persona frecuentará más con recursos para comunicarse cuanto mayor sea su red social.

Teniendo en cuenta la frecuencia con que hablaba con sus familiares y amigos, y el medio es importante el uso del teléfono para la continuidad de la comunicación de las personas mayores, esto coincide con las consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 de la OMS (2020. P.3) en sus numerales 9,10,27 son útiles los medios digitales que ofrecen una buena manera de mantener el contacto regular con sus seres queridos (por ejemplo, por teléfono), es recomendable que la persona mayor aprenda ejercicios físicos simples que pueda realizar a diario en su casa, en cuarentena o en aislamiento para mantener la movilidad y reducir el aburrimiento. Además de mantener una rutina y los horarios habituales en la medida de lo posible, incluyendo el ejercicio regular, la limpieza y las tareas domésticas diarias, y otras actividades como cantar y bailar.

Es de destacar que las personas adultas mayores eligen herramientas de comunicación virtuales con videoconferencias para expresarse con sonido, video, sincronía, por falta de destreza para escribir en el teclado y porque asemeja estar en el mismo lugar con sus parientes, lo cual les transmite confianza, canalizar emociones teniendo el uso de la internet como herramienta para su apoyo emocional y afectivo, siendo prácticas que fortalecen su comunicación verbal y no verbal; la comunicación se hace fluida por la separación familiar y buscan más tiempo para ello, pero al mismo tiempo la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2015), OCDE menciona que hay una brecha digital por la edad, acceso a la tecnología y educación, viéndose esta afectada por un bajo nivel de escolaridad en Colombia (López, Leal y Giraldo, 2017. P. 92-94).

A la vez, el aprendizaje de las TICs aporta mejora de la autoestima, autonomía, crecimiento personal, autoconcepto y autorrealización, valores y pautas de comportamiento fuente de sentido e identidad personal que influyen de manera positiva en el bienestar y estado emocional de las personas mayores (Giraldo y López, 2019. P. 96).

Tabla. No.29: Pérdida de interacción social de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
8. ¿Ha perdido amigos, o familiares por fallecimiento, le ha afectado considerablemente, disminuyó la comunicación por el confinamiento de la cuarentena?	Disminución de la comunicación y por fallecimiento	3
	Pérdida por fallecimiento	5

Fuente: Elaboración propia.

Las personas adultas mayores entrevistadas de la ciudad de Sincelejo tuvieron pérdidas por fallecimiento de sus familiares en un 62,5% y el 37,5% restante tuvo pérdidas por fallecimiento de algún familiar, acompañado de la pérdida de amistades que conlleva a la disminución en la interacción social. Dichas pérdidas pudieron afectar negativamente su estado de ánimo, pero se evidenció que estos sucesos no les afectó por mucho tiempo “*Varios conocidos fallecieron, pero no deje que me afectara con personas por eso no tengo muchos amigos*” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

De igual importancia, Gómez, Pérez y Vila (2001) citado por (Uribe et al. 2007. P.80) establecen que el apoyo social se relaciona con la salud física y psicológica, los trastornos psicológicos no se presentan de forma intensa o continua, sino esporádica, y que sus vidas se ven afectadas temporalmente por un problema de salud temporal o por una pérdida de un ser querido (Uribe y Buena-Casal, 2006 citado por Uribe et al. 2007. P.80).

“Han fallecido vecinos y conocidos, pero no me dejé deprimir y siento que no he perdido amigos ya que yo no soy de hablar mucho con ellos, pero si me vuelvo a ver con ellos yo creo que esa amistad seguiría” (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Si he perdido amigos y vecinos porque han fallecido y también siento que dejé de hablar con mis hermanas ya que yo les aconsejé que fuera a Venezuela a orar a un santo que se llama san Gregorio para que la sanara de una bola que le salió en la cara y ella me dijeron que ese señor era un brujo y eso me dio rabia” (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo).

“Perdí 4 amigas por fallecimiento y por falta de comunicación ya que seguro cambiaron de teléfono y perdí esos contactos y en cuanto a mis familiares perdí pocos por fallecimiento y por falta de comunicación no perdí a ninguno porque con la mayoría hablábamos con los que no hablaba yo creo que nos vemos y hablamos normal porque somos familia, en la familia no hay rencor” (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

Tabla. No.30: Pérdida de interacción social de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
8. ¿Ha perdido amigos, o familiares por fallecimiento, le ha afectado considerablemente, disminuyó la comunicación por el confinamiento de la cuarentena?	No	4
	Pérdida por fallecimiento	3
	Disminuyó la comunicación	1

Fuente: Elaboración propia.

En Armenia la mitad de personas mayores entrevistadas no perdieron amigos o familiares, pero el 37.5% tuvo pérdida por fallecimiento durante la cuarentena así lo manifestaron:

“En este año murió una hermana y este otra por cáncer de la tiroides. Antes hace años, el hijo mayor murió de infarto fulminante”. Sí, porque hay mucha epidemia, ya están en el campo” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

“Hace poquito perdimos al papá de una sobrina, por COVID, sí hemos perdido algunas amistades, porque se han enfriado por el distanciamiento (no es que se pierdan, se enfrían)” (C.13 mujer de 71 años de Armenia)

“Nosotros nunca nos comunicábamos con el esposo de una sobrina que murió de COVID, el pastor de la Asamblea de Dios murió de COVID, me afectó porque nos daba la palabra, conocimos la palabra de Dios por él. Tengo sobrinas, pero no nos visitan” (C.14 mujer de 78 años de Armenia).

Tabla. No.31: Síntesis de los datos sobre pérdida de interacción social de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
8. ¿Ha perdido amigos, o familiares por fallecimiento, le ha afectado considerablemente, disminuyó la comunicación por el confinamiento de la cuarentena?	No	4
	Pérdida por fallecimiento y disminución de la comunicación	3
	Pérdida por fallecimiento	8
	Disminuyó la comunicación	1

Fuente: Elaboración propia.

La mitad de personas adultas mayores de Sincelejo y Armenia entrevistadas tuvieron pérdida por fallecimiento de familiares o amigos durante la cuarentena. Según estadísticas de la Universidad Johns Hopkins el 17 de noviembre del año 2021 se han reportado en Sucre 59.580 casos de personas infectadas con coronavirus y 1.627 muertes, de manera similar en el Quindío se registraron 57.555 infectados y 1.776 fallecidos por coronavirus. Lo que nos muestra que en ambas ciudades se registraron estadísticas cercanas.

En cuanto a la interacción social de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena todos los entrevistados de la ciudad de Sincelejo expresaron haber perdido familiares, amigos y conocidos durante la pandemia, lo que de alguna manera los afectó, dado que a algunos les causó tristeza, a otro le recordó la muerte de otro familiar, otro se sintió mal por no poder asistir a sus vecinos con su dolor. Sin embargo, en Armenia solo perdieron seres queridos por fallecimiento 3 de 8 entrevistados (37,5%), uno de los cuales se vio muy afectado porque la persona fallecida era un pastor que le hablaba de Dios.

Esto se refuta por lo mencionado por (Goveas y Sehar, 2020) citado por Sánchez y Sánchez (2020.p.3) los cuales sugieren complicaciones asociadas a la elaboración del duelo y sobre todo una serie de factores de riesgo de PGD (trastorno de duelo prolongado) asociados con la muerte por el COVID-19. Estos elementos agravantes se han asociado a estar solo, el miedo al contagio y ser el cuidador.

Tabla. No.32: Actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
9. ¿Cómo era su actividad diaria antes de la cuarentena?	Oficios caseros	3
	Televisión	1

	Salir a caminar	1
	Ir a la iglesia	2
	Hacer negocios independientes	2
	Manualidades	2

Fuente: Elaboración propia.

Las actividades instrumentales de la vida diaria que hacían las personas mayores de Sincelejo antes de la cuarentena fueron oficios caseros, seguido de hacer manualidades, ir a la iglesia y hacer negocios independientes. En referencia a cómo era la ocupación diaria

“Era muy activo ya que salía todos días a caminar y a visitar a mis amigos o vecinos, también hacia manualidades en totumos” (C.01 hombre de 86 años de Sincelejo).

“No tenía mucha actividad porque no salida mucho, solo veo programas religiosos por televisión” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo).

“Mi actividad es ser ama de casa, cocinar y hacer aseo a la casa y en la cuarentena hice lo mismo, desde que tengo mis hijos a eso es lo que me dedico.” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

“Antes iba a la iglesia los domingos y venían mis familiares a verme entre semana eso era lo único porque no soy de salir mucho de casa” (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Hacía mucha manualidad y bueno sigo haciendo porque la verdad me gusta mucho y siento que tengo buenas condiciones para hacerlo, yo mismo enebro mis agujas” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

“Antes salía hacer mis negocios ya que soy comerciante independiente y también ayudo en las tareas de la casa” (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo)

“Antes vendía almuerzos y desayunos en la gobernación de sucre a los vigilantes de allá, me iba temprano vendía los chicharrones y llegaba hacer los almuerzos” (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo)

“Mis actividades diarias eran ayudar a cocinar y hacer los quehaceres de la casa, salía al templo a escuchar la palabra y a compartirla, a bueno antes también bordaba a mano tapetes para la mesa y televisores, pero mi hija me dijo que dejara de hacerlo porque eso botaba pelusas y eso se me metía mucho a los ojos”. (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

Tabla. No.33: Actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
9. ¿Cómo era su actividad diaria antes de la cuarentena?	Oficios caseros	2
	Leer	2
	Televisión	1

	Grupos de adulto mayor	2
	Mirar almacenes	1
	Caminar	1
	Ir a la iglesia	1

Fuente: Elaboración propia.

Las actividades instrumentales de la vida diaria que hacían las personas mayores de Armenia antes de la cuarentena fueron oficios caseros, leer e ir a grupos del adulto mayor como lo manifestaron:

“Yo solo salía, iba a 4 partes, salía al centro a mirar almacenes, iba a grupos de la tercera edad (miércoles, jueves y lunes), ya no, los cerraron por la epidemia.” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

“Tenía una vida activa en varios grupos, hacía de comer” (C.16 mujer de 79 años de Armenia).

“Antes salía a caminar, íbamos a la iglesia, salíamos”. (C.13 mujer de 71 años de Armenia).

“Lo normal de una persona en la casa, oficio, mercar, todo por teléfono, lo engañan a uno porque uno pide una cosa y le dan otra, o más caro (el empleado se equivoca) pero me ha tocado ir a cambiarlo”. (C.14 mujer de 78 años de Armenia).

La disminución de las relaciones sociales durante la pandemia ha afectado significativamente al adulto mayor, siendo necesario el apoyo de las personas más cercanas como familiares y amigos, sobre todo en situaciones difíciles como la que se está pasando debido al brote del virus SARS-CoV-2. Las redes sociales son indispensables para mitigar el confinamiento del adulto mayor, conformándose como un tiempo prolongado de aislamiento el cual puede estar envuelto de emociones negativas por parte del adulto mayor desencadenando posibles alteraciones psicológicas (Bendala Rodríguez, 2020).

De esta manera, los autores Mena Pozo & Ocaña Velazco, (2020) manifiestan los efectos sociales de los adultos mayores jubilados dentro de la provincia de Pichincha. El 91% de esta población menciona que no vive solo, sin embargo, la relación y el contacto que tienen con su familia hoy en día es poco frecuente.

A causa del confinamiento los adultos mayores quedan restringidos al acceso social, siendo este un impedimento hacia las redes de actividades recreativas y familiares que se realizaba con regularidad antes de la pandemia de afectación mundial. Muchas personas adultas mayores viven solas o con su pareja de la misma edad, en varios casos esto limita las condiciones de acceso a la socialización como las videollamadas y el uso de páginas de comunicación dentro de la web (Zanabria, y Molina, 2021. P.48-49).

Tabla. No.34: Síntesis de los datos sobre las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
9. ¿Cómo era su actividad diaria antes de la cuarentena?	Oficios caseros	5
	Televisión	2
	Salir a caminar	2
	Ir a la iglesia	3
	Hacía negocios independientes	2
	Manualidades	2
	Ir a grupos de adultos mayores	2
	Mirar almacenes	1

Fuente: Elaboración propia.

En Sincelejo y Armenia las actividades instrumentales de la vida diaria que hacían las personas mayores antes de la cuarentena fueron en su mayoría fueron oficios caseros 26,31% seguido de ir a la iglesia 15,78 %, luego ver televisión, ir a grupos, hacer negocios independientes y hacer manualidades 10,52%.

Como lo exterioriza Acosta y González (2021 p.399) las actividades de la vida diaria son de gran importancia porque promueven o estimulan la autonomía e independencia de las personas adultas mayores “les proporcionan autoevaluación y autopercepción subjetivas más positivas y una mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que constituyen al envejecimiento exitoso: gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital” (Horgas et al., 1998 citado por Acosta y González, 2021 p.399).

Esto demuestra que, pese a los efectos del confinamiento en la pandemia, las personas adultas mayores de Sincelejo y Armenia continuaron realizando sus actividades instrumentales de la vida diaria. Por tanto, en ambas ciudades se pudo identificar que las personas adultas mayores entrevistadas cuentan con un nivel alto de autonomía e independencia para realizar sus actividades de la vida diaria, lo que nos da a entender que tienen un autoconcepto positivo de ellos mismos y esto mejora su autoestima.

Tabla. No.35: Actividades en tiempo libre de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
10. ¿Qué actividades de ocio y tiempo libre realizaba en la cuarentena?	Ver televisión o escuchar radio	5
	Leer	3
	Ver televisión	3
	Oficios caseros	3
	Obras manuales	2
	Leer (biblia)	1
	Caminar	1
	Juegos de mesa	1
	Orar	1
	Escuchar prédicas por internet	1

Fuente: Elaboración propia.

Las actividades de tiempo libre que más hacían las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena fueron ver televisión o escuchar radio 23,8% seguido de leer, ver televisión, oficios caseros 14,18% y obras manuales 9,52%.

“Solo me dedicaba hacer las cosas de la casa como cocinar, lavar y hacer el aseo y cuando me desocupaba me pongo a escuchar música y arreglarme las uñas o descansar un poco”. (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

“Siempre me ha gustado hacer manualidades y algo nuevo que hice es hacer figuras de gallina en botellas plásticas y también hice sobrecamas” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

“jugar juegos de mesa con mi hija y mi sobrina y algunas tareas de la casa” (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo).

“Me ponía a ver televisión y a medio ayudara mi hija en las cosas de la casa ya que deje de bordar” (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

Tabla. No.36: Actividades en tiempo libre de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
10. ¿Qué actividades de ocio y tiempo libre realizaba en la cuarentena?	Leer	3
	Ver televisión	3

	Quehaceres de la casa	3
	Manualidades	2
	Juegos de mesa	1
	Caminar	1
	Jardinería	1
	Orar	1
	Jugar sopa de letra	1

Fuente: Elaboración propia.

En la ciudad de Armenia se pudo identificar que la actividad de ocio y tiempo libre más frecuente de las personas adultas mayores entrevistadas es leer, ver televisión y realizar los quehaceres de la casa, ninguno refirió no hacer nada lo que nos da a entender que todos ocupan su tiempo en actividades que les trae satisfacción y autonomía. Por ejemplo, uno de ellas expresó *“Leer un poquito, ver algo de televisión, de todo un poco durmiendo, haciendo aguapanela”* (C.10 hombre de 73 años de Armenia), otra persona *“Hacía obras manuales por entretenerme, sino me acostaba, al no hacer más que podía hacer uno”* (C.12 mujer de 73 años de Armenia). Otra dijo: *“Arreglando acá el jardín, a uno le vienen a comprar maticas. Salía a comprarle la comida a los animalitos, siempre encerrado, solo salía a hacer el aseo, no me gustaba que me visitaran porque a veces viene la gente sin tapabocas”* (C.15 hombre de 74 años de Armenia).

Esto coincide con lo reportado en un estudio en Chile, cuyo propósito era comprender el significado que le otorgan adultos mayores al periodo de la pandemia Covid-19 respecto a la salud y al ejercicio físico, mediante metodología cualitativa usando el paradigma interpretativo-comprensivo; donde encontraron que, a pesar de la pandemia, los adultos mayores han mantenido hábitos saludables (Almonacid y Almonacid, 2021, p.948).

Tabla. No.37: Síntesis de los datos sobre las actividades en tiempo libre de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
10. ¿Qué actividades de ocio y tiempo libre realizaba en la cuarentena?	Leer	6
	Ver televisión	6
	Orar	2
	Quehaceres de la casa	6

	Juegos de mesa	2
	Manualidades	4
	Caminar	2
	Jardinería	1
	Jugar sopa de letra	1
	Escuchar predicaciones por internet	1

Fuente: Elaboración propia.

Se identificó que en ambas ciudades las actividades de ocio y tiempo más frecuentes de las personas adultas mayores son leer, ver televisión y realizar los quehaceres de la casa y las actividades menos frecuentes son jugar sopa de letra, jardinería y escuchar predicaciones por internet. Esto coincide con lo que cita (Almonacid y Almonacid) sobre “la calidad de vida de las personas mayores relacionada con la autonomía de las actividades diarias y de ocio, la satisfacción de los deseos presentes y futuros, la interacción social, y lo bien que se está mentalmente consigo mismo (Vanleerberghe et al., 2017; Chou, Hwang, & Wu, 2012; Villarreal-Angeles, Moncada-Jimenez & Ruiz-Juan, 2021) (2021, p.948).

Conviene subrayar que “los quehaceres de la casa se debe a que las personas adultas mayores se sienten más autónomas y más incluidos al realizar estas tareas donde se les da un papel importante en el hogar, teniendo en cuenta que estas actividades no sean de riesgo en particular subir escaleras domésticas, martillar, subir al techo, lavar baños con jabón), respecto a la actividad física es uno de los elementos que permite evitar la prevalencia de riesgo al desarrollo de la sarcopenia, para sentirse mejor, vivir más tiempo y desacelerar el proceso de envejecimiento (Ochoa, Ángel, Gutierrez, 2021, p.100).

Teniendo en cuenta las expresiones de las personas: “*Ver mis programas religiosos por televisión y rezar* (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo), “*Leer la biblia, orar y ver predicaciones por internet*” (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo), se destaca lo propuesto por (Almonacid y Almonacid, que apunta a que “en tiempos de crisis cuando el ser humano es resistente, y actúa con altruismo y cooperación, para superar estas adversidades existenciales, es posible recurrir a pasatiempos, ejercicios físicos, lecturas, películas, meditaciones, oraciones, prácticas amorosas, labores domésticas, entre otras actividades, tal como lo presentan los relatos de los sujetos investigados por ellos” (2021, p.953). Esto demuestra que las prácticas religiosas hacen parte las actividades que muchas personas mayores practican en su tiempo libre.

En una investigación de la ciudad de Guadalajara-México los autores Barragán, Aguilar y Ramírez encontraron que “el 96% de los participantes modificaron totalmente su estilo de vida, al grado de no poder realizar actividad física, debido a los espacios reducidos y al

confinamiento, sobre todo para este grupo de edad quienes se encuentran dentro de la población en riesgo” (P. 12, 2021).

Estos autores citan (Hu et al., 2020), expresando que en “un estudio realizado en China revela que el 41% de los participantes se mantiene inactivo, frente al 59% que se mantuvo activo” (P. 12, 2021) mientras que en Chile dicen que “el contexto de aislamiento social por COVID-19 tiende a aumentar la probabilidad de adquirir estilos de vida no saludables, como la presencia de inactividad física y el aumento de la conducta sedentaria, lo que podría incrementar el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles a largo plazo, su descontrol cuando ya se tienen y traer consecuencias negativas para la salud frente a la pandemia de la COVID-19, poniendo en más riesgo a la población” (Bravo et al., 2020 citado por Barragán, Aguilar y Ramírez. P. 12, 2021).

Todo esto muestra que en Sincelejo y Armenia las personas adultas mayores no pueden descuidar sus actividades instrumentales de la vida diaria y deben planear sus acciones para ocupar su tiempo de acuerdo con sus motivaciones, para evitar pensar en sus enfermedades crónicas y así atenuar el efecto del confinamiento previniendo el sedentarismo.

Tabla. No.38: Actividades nuevas de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
11. ¿Qué experiencias nuevas realizó durante la cuarentena?	Caminar en casa	1
	Ninguna	4
	Manualidades nuevas	1
	Crucigramas	1
	Nuevo negocio (vender queso)	1

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las experiencias nuevas que realizaron las personas mayores de la ciudad de Sincelejo se identificó que la mayoría no realizó nuevas experiencias, otras tuvieron experiencias nuevas como caminar en casa, hacer manualidades nuevas, crucigramas e incluso reinvertírsela con una forma nueva de hacer negocios “*Antes podía salir y hacer mis negocios de comercio, pero la cuarentena me obligó a buscar otra forma de trabajar y empecé a vender queso, ya que tenía que trabajar en algo*” (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo).

“*Empecé a caminar en la casa ya que antes lo hacía en el barrio*” (C.01 hombre de 86 años de Sincelejo). Así pues, Ochoa et al. determinaron que la práctica de actividad física moderada entre 30 minutos al día, cinco (5) veces por semana, o actividad física vigorosa de 20 minutos diarios, mínimo tres (3) días a la semana tiene beneficios en la salud sobre adultos mayores que tengan riesgos cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles

(Zhang-Xu, Vivanco, Zapata, Málaga y Loza, 2011 citado por Ochoa, Ángel, Gutierrez, 2021, p.100).

Esto se defiende por Andrade & Pizarro, (2017) que señalan que el ejercicio físico en los adultos mayores es muy fundamental puesto que ayuda a mejorar la calidad de vida y mantener una buena salud. La inactividad física en el adulto mayor es perjudicial y poco saludable ya que pueden llegar (Zanabria y Molina, 2021. P.51).

“Mi nieta me ponía hacer crucigramas y ponerme a arreglar la ropa”. (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Realicé las manualidades en las botellas y las sobrecamas” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

Tabla. No.39: Actividades nuevas de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
11. ¿Qué experiencias nuevas realizó durante la cuarentena?	Desinfección, constante	1
	Ausencia de actividad social	2
	Disminución de actividad debido al ahogo por tapabocas	1
	Deporte en bicicleta	1
	Ninguna	3

Fuente: Elaboración propia.

Las personas adultas mayores expresaron: *“me volví paranoica, cualquier cosa que tocaba, le echaba alcohol”* (C.09 mujer de 60 años de Armenia), lo que se ratifica por Broche et al. (2020.p.7) los cuales hacen alusión a la aparición de síntomas depresivos, aparición de sintomatología obsesiva (lavarse las manos y el aseo frecuente de objetos de uso personal) a causa del COVID.

También se ha divulgado en estudios actuales que los adultos mayores durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19 sufren de un profundo deterioro mental, algunos diagnósticos reportan la incidencia de miedo recurrente a la muerte, separación de la familia, pesadillas, insomnio, síntomas depresivos, ansiedad generalizada, síntomas de estrés postraumático, sintomatología obsesiva (es recurrente el lavado de manos y de artículos de uso personal), también se muestra el incremento de ingesta de alcohol.

(Molina y Zanabria, 2021. P.40).

Otra afirmación como: *“El tapabocas me asfixia, entonces me retiro donde no hay mucha multitud”* (C.12 mujer de 73 años de Armenia). Y la manifestación de inconformidad sobre: *“El encierro mortal, a uno le hace falta salir, es algo muy necesario, yo dejo de salir y siento*

que me ahogo, no estar libre, estas máscaras son mortales y se va uno como acostumbrando” (C.13 mujer de 71 años de Armenia).

Expresan un resultado similar a otras investigaciones como la investigación realizada en (Santo Domingo) Ecuador sobre efectos emocionales negativos en los adultos mayores a lo largo de la cuarentena por COVID-19 que nos muestra que los adultos mayores formularon no presentar problemas con el uso de mascarillas ni el alcohol, no obstante al inicio se les complicó acostumbrarse “debido a la dificultad que presenta la mascarilla para respirar, pero con el tiempo se fue convirtiendo en una costumbre” (Zambrano, Álvarez, Sánchez y Castelo 2021 p.1466).

Es de resaltar que Almonacid y Almonacid hablan de la permanencia a la práctica de ejercicio y actividad física que benefician a los adultos mayores (actividades de resistencia, o aeróbicas, aumentan la capacidad aeróbica) (2021, p.952).

Sin embargo, solo se encontró que una persona Adulta mayor de Armenia comenzó a montar bicicleta durante la cuarentena, por ello es importante incentivar y educar a las personas mayores sobre los efectos positivos de la actividad física en la salud.

Por otra parte, algunas personas expresaron: *“No sale uno, lo único”* (C.14 mujer de 78 años de Armenia). Otra dijo: *“La vida normal y no podíamos salir y distanciados de las personas”* (C.16 mujer de 79 años de Armenia).

Según estas respuestas se puede observar que hay diferencias en la situación de confinamiento, ya que para algunas personas mayores no las afectó, mientras que otras sintieron carencias, falta de libertad, como un gran cambio que golpeó sus vidas, aumentando su dependencia, coincide con Broche et al. (2020. P.8).

“El estigma social fue reportado por personas que padecieron la enfermedad, refieren la existencia de rechazo de los demás hacia ellos, evitación del contacto directo, separación súbita de los miembros de un grupo cuando ellos se aproximaban, disminución de las visitas”.

Tabla. No.40: Síntesis actividades nuevas de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
11. ¿Qué experiencias nuevas realizó durante la cuarentena?	Desinfección, constante	1
	Ausencia de actividad social	2
	Disminución de actividad debido al ahogo por tapabocas	1
	Deporte en bicicleta	1
	Ninguna	7

	Caminar en casa	1
	Manualidades nuevas	1
	Crucigramas	1
	Nuevos negocios	1

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las nuevas que experimentaron las personas adultas mayores se identificó que la mayoría no realizó actividades nuevas y solo 2 de 16 se sintieron aisladas como se puede identificar en su respuesta *“Horrible, no poder ir a la calle, ni a salir a comprar un pan (una vez la policía casi me hecha a la ola (hace 50 años se le llamaba así a la patrulla)”* (C.10 hombre de 73 años de Armenia).

“El encierro mortal, a uno le hace falta salir, es algo muy necesario, yo dejo de salir y siento que me ahogo, no estar libre” (C.13 mujer de 71 años de Armenia).

Estas expresiones de aislamiento social demuestran que este interfiere negativamente en las emociones de las personas adultas mayores. Así vale la pena resaltar que el aislamiento social establecido a nivel mundial para evitar la propagación del COVID-19 delimita a los adultos mayores a realizar ejercicios al aire libre; mundialmente este fenómeno ha generado niveles bajos de actividad física y ha aumentado el sedentarismo siendo una reacción inevitable ante la actual situación. Sin embargo, las consecuencias a mediano y largo plazo pueden ser perjudiciales (Celis Morales, Salas Bravo, & Yáñez, 2020). (Zanabria y Molina, 2021. P.51).

Tabla. No.41: Cambios en la percepción del estado de salud física y mental de las personas mayores de Sincelejo durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
12. ¿Cómo sintió su salud física y mental en el confinamiento?	No afectó (normal)	5
	Me afectó un poco o regular	2
	Me afectó mucho (porque no salía mucho de casa, Dios nos cuida.)	1

Fuente: Elaboración propia.

En la ciudad de Sincelejo se pudo evidenciar que el confinamiento no afectó de manera significativa la salud física y mental de las personas adultas mayores como lo afirma una entrevistada *“Todo estuvo normal, tan normal que creo que me dio COVID y no me afectó en nada.”* (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo), por otro lado solo 1 de 8 afirmó que le afectó mucho y solo 2 de 8 les afectó regularmente como podremos evidenciar en sus respuestas:

“Física empeoró un poco ya que tuve una recaída de mi enfermedad renal y me dio COVID, a mi nieta le toco venia ayudarnos ya que ella es médico.” (C.01 hombre de 86 años de Sincelejo).

“No me sentí tan mal, pero me afectó un poco porque me sentía muy encerrada, pero del resto todo bien.” (C.08 mujer de 86 años de Sincelejo).

“A mí el encierro me dio igual ya que no soy de salir mucho, soy más de estar en casa viendo televisión” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo)

“Todo estuvo normal, tan normal que creo que me dio COVID y no me afectó en nada” (C.03 mujer de 63 años de Sincelejo).

“Todo estuvo muy bien porque yo no me dejé ganar de la depresión o de la angustia al contrario estaba muy tranquila y me gustaba estar sola ya que podía orar” (C.04 mujer de 76 años de Sincelejo).

“Mental no cambió mucho, pero física si cambió porque me he deteriorado por mi artritis, pero no me dejé vencer, pagué un médico particular y venía a ayudarme con el dolor” (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo).

“No ha cambiado mucho porque me dio COVID, pero no me dio fuerte ya que yo me preparaba mis bebidas naturales” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

“No cambió mucho ya que yo no me preocupé porque todos estamos en las manos de nuestro Dios” (C.07 mujer de 84 años de Sincelejo).

En contraposición a las expresiones anteriores encontradas en las personas adultas mayores de la ciudad de Sincelejo. Almonacid y Almonacid, en su estudio chileno escriben que “la soledad fue una de las quejas más frecuentes, seguida de las enfermedades emocionales y psicológicas causadas por la distancia o la pérdida de familiares, la impotencia, el miedo a la muerte o incluso la negligencia de los familiares hacia los adultos mayores” (2021, p.954). En consecuencia, no se puede generalizar bajo un estudio cualitativo y menos en este caso donde se encuentran contrastes tan marcados en las expresiones donde muchos manifestaron que no sintieron cambios en el confinamiento.

Tabla. No.42: Cambios la percepción del estado de salud física y mental de las personas mayores de Armenia durante la cuarentena.

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
	No afecta (normal)	6

12. ¿Cómo sintió su salud física y mental en el del confinamiento?	Muy mal	2
--	---------	---

Fuente: Elaboración propia.

En la ciudad de Armenia se identificó que el confinamiento no afectó de manera significativa ya que 6 de 8 personas mayores entrevistadas afirmaron que el confinamiento no afectó su salud física y mental como lo afirma:

“Bien, seguí mi vida normal tomando los remedios” (C.18 mujer de 78 años de Armenia). Por otro lado, se identificó que solo a 2 de 8 personas les afectó de mane significativa”

“Muy decaída, cuando a uno le da la enfermedad (COVID), las secuelas, dolor de cabeza, de cerebro, caderas; cansancio. Estuve 3 veces en urgencias, por vientos encajados, mucha tos, me quemé mucho la garganta. (a muchos les dio vómito, diarrea, a mi esposo, no se podía mover, le pusieron 2 pipas de gas oxígeno) siente uno dolor de garganta, cansancio, sueño, presión en el cerebro, no quisiera levantarme, mal interno. Ya se me quitó el dolor de cabeza, cerebro.” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

Tabla. No.43 Síntesis de los datos sobre los cambios la percepción del estado de salud física y mental de las personas mayores de Sincelejo y Armenia durante la cuarentena

Pregunta Y Categorías	Característica	Total
12. ¿Cómo sintió su salud física y mental en el confinamiento?	No afecta (normal)	11
	Muy mal	3
	Me afectó un poco o regular	2

Fuente: Elaboración propia.

A veces, aunque se tengan enfermedades crónicas, no significa que no se tenga bienestar, pues algunos entrevistados con enfermedades crónicas controladas contestaron que se sienten bien. Por ello es importante dar un buen manejo a las enfermedades crónicas, pensando en el mantenimiento de la salud y la reserva funcional. En la ciudad de Sincelejo se identificó que en su mayoría las personas mayores no se sintieron afectadas, a otras no les afectó mucho y solo a una la afectó mucho.

El estrato social en su mayoría fue en estrato 1 en Armenia y 3 en Sincelejo. Por lo que pudieron encontrarse diferencias en las condiciones de calidad de vida y necesidades básicas cubiertas. El 87,5% (7 de 8) personas mayores de la ciudad de Sincelejo, respondieron que sintieron que su salud mental durante el confinamiento no cambió, ya que se sentían igual que antes, pero la afectación física se vio en 3 personas de 8 en (37,5%). Así lo expresaron: *“Normal, no me afecta, ni me achicopala. Descanso en Dios esas cosas son secundarias”* (C.09 mujer de 60 años de Armenia). Y otra persona dijo *“sí, bien, común y corriente, normal,*

no me he sentido triste nunca” (C.11 mujer de 75 años de Armenia), otro entrevistado dijo, *“estuve muy bien, no necesité citas médicas, ni nada, normal”* (C.13 mujer de 71 años de Armenia) *“normal, es lo mismo la enfermedad, yo me acuesto y descanso, me duele cuando estoy sentada, al caminar no”* (C.14 mujer de 78 años de Armenia), *“bien, no empeoró mi salud”* (C.15 hombre de 74 años de Armenia), *“bien, seguí mi vida normal tomando los remedios”* (C.16 mujer de 79 años de Armenia).

Por otra parte, algunas personas adultas mayores sintieron un deterioro en su bienestar, pues indicaron estar *“muy mal, mucho estrés, nervios y de todo con ganas de mucho y con ganas de nada. En mi salud regular, no muy aliviado ni nada. Igual porque la hipertensión la maneja uno mismo en la forma de comer, no fumar, no trago. Las enfermedades las controla uno, no el médico”* (C.10 hombre de 73 años de Armenia).

“Muy decaída, cuando a uno le da la enfermedad (COVID), las secuelas, dolor de cabeza, de cerebro, caderas; cansancio. Estuve 3 veces en urgencias, por vientos encajados, mucha tos, me quemé mucho la garganta. (a muchos les dio vómito, diarrea, a mi esposo, no se podía mover, le pusieron 2 pipas de gas oxígeno) siente uno dolor de garganta, cansancio, sueño, presión en el cerebro, no quisiera levantarme, mal interno. Ya se me quitó el dolor de cabeza, cerebro” (C.12 mujer de 73 años de Armenia).

La presencia de pluripatologías especialmente ENT, de esta persona entrevistada, demuestra el malestar general que le ha traído el coronavirus, además de la afectación de familiares cercanos, por esta enfermedad, esto se evidencia también en un estudio, donde Palmer, Mónaco, Kivipelto et al. analizaron el impacto potencial a largo plazo del brote de COVID-19 en pacientes con enfermedades no transmisibles en Europa en las personas con enfermedades no transmisibles (ENT), ciertas ENT aumentaron la gravedad de COVID-19 y riesgo de mortalidad, la infección por SARS-CoV-2 en supervivientes con ENT también puede afectar la progresión de sus síntomas clínicos preexistentes, pues las medidas de contención de infecciones traen consecuencias sustanciales a corto y largo plazo; como el distanciamiento social y las restricciones de cuarentena que redujeron la actividad física y aumentaron otros estilos de vida poco saludables, aumentando así los factores de riesgo de ENT, empeorando los síntomas clínicos, los niveles de vitamina D disminuyen y puede haber un aumento en los trastornos de salud mental (2020. P.1190-1191).

Este resultado contradice al estudio de Cuba cuyos autores Broche, Fernández y Reyes (2020. P.7) los cuales citan a Girdhar y Sethi (2020 donde concluyen que *“el efecto del confinamiento en los adultos mayores, durante la pandemia de COVID-19 ha conllevado a su profundo deterioro de la salud mental y han observado un agravamiento de condiciones preexistentes, como la diabetes, hipertensión arterial, angina de pecho y eventos cardiacos, así como de condiciones psiquiátricas (trastornos depresivos, ansiosos, obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias y déficit neurocognitivos)”*.

Es por ello que es importante tener en cuenta el concepto de salud que tenga el adulto mayor, pues se relacionará de manera determinante con una valoración de la salud subjetiva; es decir, que “además de los cambios físicos visibles, éste percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente” (Ávila Funes et al., 2003 (Enasem); (Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004 citado por Uribe, Valderrrama y Molina, 2007. P.76).

Resultados del Objetivo IV. Identificar si hay diferencias entre el estado de salud de las personas adultas mayores de la ciudad de Armenia y Sincelejo debido a la pandemia SARS-CoV-2.

Se hallaron pocas diferencias entre el estado de salud de las personas adultas mayores de la ciudad de Armenia y Sincelejo, según los datos sobre las enfermedades crónicas diagnosticadas por el sistema de salud previo a la pandemia por coronavirus, cuyas diferencias consistían según la tabla 5 y 6 en que en Armenia habían 2 personas con hipotiroidismo diagnosticado hace años, mientras que en Sincelejo no se presenció ninguno con esta enfermedad, sin embargo existe una clara similitud en cuanto a la prevalencia de hipertensión y artritis, ya que en ambas ciudades se presentó por lo menos la mitad de la población (4 personas de 8) con hipertensión, cabe destacar que la mayoría de personas de Sincelejo fue diagnosticada de alguna enfermedad crónica hace 1-10 años, lo mismo que sucedió en Armenia donde la mayoría de enfermedades crónicas se diagnosticaron hace este mismo rango de tiempo. Pese a estas similitudes, se identifica que hay mayores comorbilidades en Armenia, con una población más joven.

En cuanto a la salud percibida (subjetiva) debido a los cambios acaecidos por la pandemia SARS-CoV-2, descubrimos que, de acuerdo con las tablas 20 y 21 la vida de las personas adultas mayores varió en ambas ciudades de acuerdo con la situación de aislamiento social y desempleo que el coronavirus trajo consigo, pero en Armenia a diferencia de Sincelejo, una persona manifestó tener sus necesidades cubiertas, no obstante otras 2 dijeron que el cambio se vio reflejado en la inactividad física, pero en Sincelejo fue la nostalgia.

Al observar las tablas 23 y 24 se evidencia que en Sincelejo las personas tenían una red de apoyo más amplia que en Armenia, pues en Sincelejo todos vivan acompañados de algún familiar prevaleciendo el esposo/a e hijos, mientras que en Armenia la mayoría de personas adultas mayores vivían solas. Dependiendo de tales relaciones se mejora o mantiene la salud, pues la autonomía e independencia se ven influenciadas por las relaciones sociales y la red de apoyo.

También las pérdidas por fallecimiento (tabla 29 y30) afectaron la salud mental, pues algunas personas adultas mayores expresaron:

“Fallecieron muchos amigos y conocidos y eso me afectaba por un rato porque me da tristeza, pero luego se me pasaba y mi comunicación con mis amigos disminuyó, pero luego de la cuarentena seguimos en contacto” (C.01 hombre de 86 años de Sincelejo).

“Varios vecinos y amigos de la familia murieron, pero no me dejé afectar de eso ya que a mí me recuerda la muerte de mi hijo” (C.02 mujer de 85 años de Sincelejo).

“Si por acá murieron varios vecinos y me daba pena que no podía ir a darles el pésame porque me tenía que cuidarme, pero eso sí fue duro y pues amigos por siguen igual a pesar de que no hablamos yo pienso que de eso se trata la amistad, de ver a esa persona y hablar un rato, pero no verse y llamarse todos los días” (C.05 mujer de 82 años de Sincelejo).

“Varios amigos fallecieron y con muchos dejé de hablar, pero la amistad no se pierde porque donde nos veamos nos saludamos y hablamos” (C.06 hombre de 71 años de Sincelejo).

Lo que muestra que la pandemia por coronavirus trajo sentimientos de tristeza, recuerdos indeseados y penas por no poder acudir a sus seres queridos, también limitaciones en las relaciones con los amigos, lo cual se vio más aseverado en Sincelejo donde todas las personas adultas mayores tuvieron pérdidas por fallecimiento de algún familiar o amigo, en contraste, en Armenia la mitad no tuvo pérdidas de familiares o amigos ni manifestaron tristeza por tal hecho.

En suma, en Sincelejo los cambios en la percepción del estado de salud física y mental de las personas mayores durante la cuarentena fueron pocos, ya que solo una persona de 8 (12,5%) dijo que le afectó mucho el no poder salir de casa, lo mismo que en Armenia donde las personas adultas mayores manifestaron que todo siguió normal, solo 2 personas de 8 (25%) se sintieron muy mal y decaídas (tabla 41 y 42).

13. Conclusiones

- Se realizaron 16 entrevistas correspondientes a la ciudad de Sincelejo y Armenia, donde las personas mayores expresaron sus percepciones debido al confinamiento por el coronavirus y su estado de salud física mental, junto a la modalidad en su asistencia al servicio de salud para los tratamientos de sus enfermedades crónicas encontrándose que la pandemia trajo cambios en la modalidad de atención del sistema de salud ahora por teléfono, no obstante algunas personas mayores se ven afectados porque prefieren la atención presencial.
- Con referencia a la caracterización socio demográfica de la población objeto de estudio se encontró que las personas mayores de Armenia tuvieron edades que oscilaban entre 60-79 años siendo de mayor edad en Sincelejo con edades entre 63-86, en ambos casos la proporción de sexos fue de 3:1 mujeres y hombres respectivamente, en cuanto al nivel educativo de las personas en su mayoría fue primaria completa en Sincelejo, mientras que en Armenia se encontró distribuido por igual entre primaria incompleta, primaria completa y secundaria incompleta, teniendo en cada ciudad una persona con nivel educativo técnico. En Sincelejo predominó el estrato social 3 pero en Armenia fue el estrato 1.
- En cuanto al hecho de que las enfermedades crónicas se vieran afectadas por no frecuentar los servicios de salud durante el confinamiento en la pandemia por el SARS-CoV-2 no se encontró afectación hacia la adherencia al tratamiento, aunque sí un poco de inconformidad por la adopción de la nueva modalidad de tele asistencia y el uso del teléfono que desplazaron las citas presenciales, pero las personas mayores continuaron pendientes de sus medicinas y la atención médica para los controles de sus enfermedades crónicas. De esta manera la mayoría de los adultos mayores consultaron a su médico más de tres veces al mes por tele consultas y por visitas presenciales estos refieren que su salud y sus enfermedades crónicas no fueron afectadas por el confinamiento, también afirmaron que tomaron sus medicamentos de forma responsable por cuenta propia o porque sus familiares estaban muy pendientes de ellos. De la misma manera, concluimos que la ausencia de enfermedades mentales facilita la adherencia al tratamiento.
- Respecto a la percepción en la salud física y emocional se evidenció falta de interacción social en las personas adultas mayores como consecuencia del confinamiento por el SARS-CoV-2, no obstante muchas manifestaron ser solitarias y salir poco previo a la pandemia, presentaron pérdidas en su mayoría por la muerte de seres queridos, la percepción de las personas adultas mayores sobre su estado de salud debido al confinamiento en ambas ciudades fue en su mayoría positiva, ya que no evidenciaron muchos cambios en su rutina de la vida diaria y manifestaban sentirse

normal sin cambios. Asimismo, la creencia en Dios les sirve a algunas personas adultas mayores como apoyo para resistir en época de confinamiento y los fortalece dándoles esperanzas, descanso, confianza, cuidado y tranquilidad. Por ello la afectación por la situación de la pandemia depende en gran medida de la esfera espiritual y no necesariamente las personas dicen sentirse mal, al contrario, aunque tengan enfermedades crónicas diagnosticadas, la mayoría dijo que no afectó su salud física, aunque a algunos los afectó a nivel emocional. Se encontró que la familia es una fuente importante de compañía y cuidado para las personas adultas mayores, por ello es importante fortalecer su comunicación y lazos.

- Se identificaron diferencias entre el estado de salud de las personas adultas mayores de la ciudad de Armenia y Sincelejo debido a la pandemia SARS-CoV-2, entre ellas, todas las personas adultas mayores de Sincelejo sufrieron la pérdida de algún familiar, en Armenia fueron menos, pero a casi ninguno lo afectó emocionalmente. Sin embargo, la pérdida de empleo interfirió en la dimensión emocional haciendo que las personas se sintieran en una situación difícil. Añadiendo a esto, las personas adultas mayores de la ciudad de Sincelejo a pesar de ser de mayor edad que las de Armenia, presentaron menos pluripatologías, por lo tanto, se concluye que en Sincelejo las personas adultas mayores tuvieron un estado de salud mejor que en Armenia. No obstante, en ambas ciudades se presentó por lo menos la mitad de la población con hipertensión, pese a estas similitudes, se identificó que hay mayores comorbilidades en Armenia, con una población más joven.
- A decir verdad, fueron pocas las diferencias encontradas respecto a los cambios en la percepción del estado de salud física y mental de las personas mayores durante la cuarentena, ya que en Sincelejo solo una persona de 8 (12,5%) dijo que le afectó mucho el no poder salir de casa, de manera similar que en Armenia donde las personas adultas mayores manifestaron que todo siguió normal, solo 2 personas de 8 (25%). De hecho, en Sincelejo todas las personas adultas mayores tuvieron pérdidas por fallecimiento de algún familiar o amigo, en contraste, en Armenia la mitad no tuvo pérdidas de familiares o amigos ni manifestaron tristeza por tal hecho.

14. Recomendaciones

- Se sugiere que se siga investigando en este campo de las percepciones que las personas mayores tienen sobre su estado de salud física y mental, para obtener un acercamiento sobre su el estado de salud y bienestar, que visualice su autocuidado en el manejo ya atención que prestan a sus enfermedades crónicas diagnosticadas por el sistema de salud, mediante los resultados y mayor toma de conciencia para este grupo poblacional en la responsabilidad en la administración de su salud.
- Se advierte que este estudio resalta la labor del gerontólogo como oyente y receptor de las percepciones de las personas mayores, en miras a divulgar información que les permita reflexionar sobre sus emociones y responsabilidad en la adherencia al tratamiento.
- Se recomienda que esta investigación se aplique con un enfoque cuantitativo, en poblaciones con alto número de habitantes con el propósito de acercarse a mayor representatividad a escala más amplia de los adultos mayores.
- Sería interesante realizar un estudio similar a este en otros lugares y contrastar entre más sitios para analizar las condiciones que la pandemia trajo consigo en la población de personas adultas mayores y sus implicaciones en la interacción social y modalidad de telemedicina. Al mismo tiempo que anexar un genograma donde se muestren las relaciones sociales entre la familia y calidad de las mismas.
- Esta investigación podría verse apoyada por futuros estudios, creación de manuales y divulgación acerca de estrategias de afrontamiento sugeridas por la OMS junto al manejo de la información exagerada (infodemia) dada en las noticias sobre el COVID; para aquellas personas mayores afectadas negativamente por el confinamiento en pandemia COVID, en los casos donde las personas adultas mayores experimentaron zozobra y desesperanza.
- Se recomienda el acompañamiento familiar y velar por facilitar la comunicación por medio del uso de dispositivos como el teléfono para proteger las redes de apoyo de las personas adultas mayores durante el confinamiento y mantener su interacción social protegiéndolos al mismo tiempo del COVID.
- Sería bueno continuar explorando alternativas que detecten las percepciones de las personas adultas mayores en su salud subjetiva ya que esto nos podría dar señales y signos del bienestar y una óptima calidad de vida para esta población con la promoción de redes de apoyo tanto formales como informales.

15. ANEXOS

15.1 Anexo No 1. Consentimiento informado

El presente documento de Consentimiento Informado, tiene como propósito participarlo a usted de la investigación titulada: **LAS PERCEPCIONES DE ADULTOS MAYORES SOBRE SU ESTADO DE SALUD DEBIDO AL CONFINAMIENTO SARS-COV-2 EN LA CIUDAD DE ARMENIA QUINDÍO Y SINCELEJO SUCRE 2021.** De las autoras: Mariana Ríos Londoño y Natalia Bettin Ricardo.

Estudiantes de noveno semestre del Programa de Gerontología, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Quindío. La investigación tiene por objetivo general: Analizar las percepciones de los adultos mayores sobre el cambio en su estado de salud por el confinamiento debido al SARS-COV-2 en la ciudad de Armenia y Sincelejo. En función de lo anterior es muy conveniente su participación para colaborar de manera voluntaria previo visto bueno y firma del CONSENTIMIENTO INFORMADO para diligenciar la ENTREVISTA relacionada con la investigación y que está directamente relacionada con su calidad de vida.

Por lo tanto, las autoras solicitan a usted de manera respetuosa su consentimiento informado con el fin de fortalecer el proceso investigativo y así dar crecimiento teórico al estudio. Es de suma importancia, asimismo, dejar claridad en que el fin de la información que se recopile, en el marco de la investigación, será exclusivamente con propósitos académicos; de igual forma, la información se usará con la mayor confidencialidad y no tendrá otro propósito diferente al estipulado en esta investigación.

Es de resaltar que, si se tiene alguna duda sobre el estudio o en las preguntas puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación comunicándose con las investigadoras a los números telefónicos: MARIANA RÍOS: 3125456475 y NATALIA BETTIN: 3235262517 y si lo que dure la ejecución de la investigación tiene alguna inconformidad usted tiene el pleno derecho de hacérselo saber a las investigadoras.

Para diligenciar la entrevista usted puede hacer uso de la misma en el momento y el tiempo que lo considere necesario en su propio lugar de domicilio, para lo cual usted puede convocarnos para acompañarla en el momento más pertinente, o en su defecto podemos pactar hora y lugar para acompañarle y guiarle en el desarrollo de la entrevista, dando cumplimiento con todos los protocolos de bioseguridad. (lavado de manos, uso del alcohol de manera permanente, distanciamiento, uso de tapabocas, espacio aireado).

Desde ya el grupo investigador agradece su participación.

Yo _____ identificado con la cedula de ciudadanía _____ de _____ acepto participar voluntariamente en la investigación: Percepción de los adultos mayores sobre su estado de salud por el confinamiento debido al COVID- 19 en la ciudad de Armenia y Sincelejo, que es dirigida por: Mariana Ríos Londoño y Natalia Bettin Ricardo estudiantes del Programa de Gerontología, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Quindío.

Acepto que he sido informado que el objetivo general de este estudio es: **Analizar Percepciones De Adultos Mayores Sobre Su Estado De Salud Debido Al Confinamiento Sars-Cov-2 En La Ciudad De Armenia Y Sincelejo 2021.**

También, reconozco que la información que yo provea, en el transcurso de esta investigación, es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro fin fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento; asimismo, entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido,

FIRMA

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

C.C

15.2 Anexo No 2. Entrevista semiestructurada

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA
N°001

Título de la investigación. **PERCEPCIONES DE ADULTOS MAYORES SOBRE SU ESTADO DE SALUD DEBIDO AL CONFINAMIENTO SARS-COV-2 EN LA CIUDAD DE ARMENIA Y SINCELEJO 2021.**

Objetivo general: **ANALIZAR LAS PERCEPCIONES DE ADULTOS MAYORES SOBRE SU ESTADO DE SALUD DEBIDO AL CONFINAMIENTO SARS-COV-2 EN LA CIUDAD DE ARMENIA QUINDÍO Y SINCELEJO SUCRE 2021.**

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

I. Caracterización de la población:

Nombre y apellido:

Sexo F__ M__ Nivel educativo: _____ Edad_____

Enfermedades crónicas diagnosticadas por su sistema de salud (diabetes, hipertensión, cardíaco, artritis ...): _____

Hace cuánto tiempo padece de esa enfermedad:

Barrio: _____ Estrato socioeconómico _____ vacunado COVID: _____

II. Identificar si las enfermedades crónicas de los adultos mayores se afectaron durante el confinamiento en la pandemia del SARS-CoV-2 por no frecuentar los servicios de salud

1. ¿Durante su cuarentena de qué manera se le brindó el servicio de control para sus enfermedades crónicas (personal médico, telemedicina, vía telefónica, particular)?

2. ¿Durante la cuarentena cuántas veces consultó al médico por qué?

3. ¿Usted se ha tomado sus medicamentos de manera responsable como lo indicó su médico de cabecera?

4. ¿Sintió algún tipo de temor o miedo durante la cuarentena?

III. Describir la percepción en la salud física y emocional por falta de interacción social en las personas adultas mayores como consecuencia del confinamiento por el SARS-CoV-2

1. ¿Por cuánto tiempo usted ha permanecido en confinamiento?

2. ¿De qué manera siente que su vida ha cambiado en la cuarenta?

3. ¿Con quién vivía antes y durante de la cuarentena?:

4. ¿Durante la cuarentena con qué frecuencia hablaba y por qué medio con sus familiares y amigos?

5. ¿Ha perdido amigos, o familiares por fallecimiento, le ha afectado considerablemente; disminuyó la comunicación por el confinamiento de la cuarentena? _____

6. ¿Cómo era su actividad diaria antes de la cuarentena?:

7. ¿Qué actividades de ocio y tiempo libre realizaba en la cuarentena?

8. ¿Qué experiencias nuevas realizó durante la cuarentena?:

9. ¿Cómo sintió su salud física y mental en el del confinamiento?

15.3 Anexo No. 3. Sistematización de datos a nivel general

I. Caracterización sociodemográfica de los adultos mayores entrevistados

Matriz. No.1: Caracterización socio demográfica a nivel general de Sincelejo y Armenia

Caracterización socio demográfica a nivel general de Sincelejo				
Código	Género	Nivel educativo	Edad	Estrato social
01	M	Primaria completa	86	3
02	F	Primaria completa	85	3
03	F	Técnico	63	2

04	F	Secundaria incompleta	76	2
05	F	Secundaria completa	82	3
06	M	Secundaria completa	71	3
07	F	Primaria completa	84	2
08	F	Primaria completa	86	4
Caracterización socio demográfica a nivel general de Armenia				
Código	Género	Nivel educativo	Edad	Estrato social
09	F	Secundaria completa	60	1
10	M	Primaria completa	73	1
11	F	Primaria incompleta	75	1
12	F	Secundaria incompleta	73	3
13	F	Técnico	71	1
14	F	Secundaria incompleta	78	1
15	M	Primaria completa	74	1
16	F	Primaria incompleta	79	1

Fuente de elaboración propia.

II. Identificar si las enfermedades crónicas de las personas adultas mayores se afectaron durante el confinamiento en la pandemia del SARS-CoV-2 por no frecuentar los servicios de salud

Matriz No.2. Sistematización general de las respuestas sobre antecedentes de salud (enfermedades crónicas) de las personas mayores diagnosticadas por el sistema de salud en Sincelejo y Armenia.

Datos antecedentes de salud de las personas adultas mayores de Sincelejo								
COD.	01	02	03	04	05	06	07	08
PREGUNTAS								
1. Enfermedades crónicas diagnosticadas por su sistema de salud								

2. ¿Hace cuánto tiempo padece de esa enfermedad?								
3. Está vacunado de COVID								
Datos antecedentes de salud de las personas adultas mayores de Armenia								
COD.	01	02	03	04	05	06	07	08
PREGUNTAS								
1. Enfermedades crónicas diagnosticadas por su sistema de salud								
2. ¿Hace cuánto tiempo padece de esa enfermedad?								
3. Está vacunado de COVID								

Matriz No.3. Sistematización general de las respuestas sobre la modalidad de asistencia al servicio de salud y adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores en Sincelejo durante la cuarentena

COD.	01	02	03	04	05	06	07	08
PREGUNTAS								
1. ¿Durante su cuarentena de qué manera se le brindó el servicio de control para sus enfermedades crónicas (personal médico, telemedicina, vía telefónica, particular)?								
2. ¿Dura te la cuarentena cuántas veces consultó al médico por qué?								

3. ¿Usted se ha tomado sus medicamentos de manera responsable como lo indicó su médico de cabecera?								
4. ¿Sintió algún tipo de temor o miedo durante la cuarentena?								

Fuente: Elaboración propia.

Matriz No.4. Sistematización general de las respuestas sobre la modalidad de asistencia al servicio de salud y adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores en Armenia durante la cuarentena

COD. PREGUNTAS	09	10	11	12	13	14	15	16
5. ¿Durante su cuarentena de qué manera se le brindó el servicio de control para sus enfermedades crónicas (personal médico, telemedicina, vía telefónica, particular)?								
6. ¿Dura te la cuarentena cuántas veces consultó al médico por qué?								
7. ¿Usted se ha tomado sus medicamentos de manera responsable como lo indicó su médico de cabecera?								

8. ¿Sintió algún tipo de temor o miedo durante la cuarentena?								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

15.4 Anexo No. 4. Matrices sobre transcripciones de la entrevista semiestructurada.

III. Describir la percepción en la salud física y emocional por falta de interacción social en las personas adultas mayores como consecuencia del confinamiento por el SARS-CoV-2.

Matriz No.5. Salud subjetiva de las personas adultas mayores durante el confinamiento por el SARS-CoV-2 en la ciudad de Sincelejo.

COD. PREGUNTAS	01	02	03	04	05	06	07	08
1. ¿Por cuánto tiempo usted ha permanecido en confinamiento?								
2. ¿De qué manera siente que su vida ha cambiado en la cuarenta?								
3. ¿Con quién vivía antes y durante de la cuarentena?								
4. ¿Durante la cuarentena con qué frecuencia hablaba y por qué medio con sus familiares y amigos?								
5. ¿Ha perdido amigos, o familiares por fallecimiento, le ha afectado considerablemente; disminuyó la comunicación por el confinamiento de la cuarentena?								

6. ¿Cómo era su actividad diaria antes de la cuarentena?								
7. ¿Qué actividades de ocio y tiempo libre realizaba en la cuarentena?								
8. ¿Qué experiencias nuevas realizó durante la cuarentena?								
9. ¿Cómo sintió su salud física y mental en el del confinamiento?								

Fuente: Elaboración propia.

Matriz No.6. Salud subjetiva de las personas adultas mayores durante el confinamiento por el SARS-CoV-2 en la ciudad de Armenia.

COD. PREGUNTAS	09	10	11	12	13	14	15	16
1. ¿Por cuánto tiempo usted ha permanecido en confinamiento?								
2. ¿De qué manera siente que su vida ha cambiado en la cuarenta?								
3. ¿Con quién vivía antes y durante de la cuarentena?								
4. ¿Durante la cuarentena con qué frecuencia hablaba y por qué medio con sus familiares y amigos?								
5. ¿Ha perdido amigos, o familiares por fallecimiento, le ha afectado								

considerablemente disminuyó la comunicación por el confinamiento de la cuarentena?								
6. ¿Cómo era su actividad diaria antes de la cuarentena?								
7. ¿Qué actividades de ocio y tiempo libre realizaba en la cuarentena?								
8. ¿Qué experiencias nuevas realizó durante la cuarentena?								
9. ¿Cómo sintió su salud física y mental en el del confinamiento?								

Fuente: Elaboración propia.

16. REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS O WEBGRAFÍAS

1. Acosta Quiroz, Christian Oswaldo, & González-Celis Rangel, Ana Luisa Mónica (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2),393-401. [Consultado 24 de noviembre de 2021]. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980010>
2. Akın S, Büyük B, Keskin Ö. Una descripción general de los pacientes de edad avanzada y sus comorbilidades en la pandemia COVID-19. *Clínicas del Sur de Estambul Eurasia* [Internet]. 2 de septiembre de 2020 [consultado el 2 de marzo de 2021]; 86–9. Consultado 2021: <http://crai.referencistas.com:2061/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=148271448&lang=es&site=eds-live&scope=site>
3. Almonacid-Fierro, A., & Almonacid Fierro, M. (2021). Percepción de adultos mayores chilenos en relación a la salud y el ejercicio físico en pandemia Covid-19). *Retos*, 42, 947-957. <https://doi.org/10.47197/retos.v42i0.89678>
4. Altamar G, Rojas-Zapata A. ¿Tenemos elementos que nos permitan la toma de decisiones difíciles en adulto mayor con COVID-19? *Revista ACGG*. 2020; 34 (1):37-50.
5. Antilao P., Luis. (2020). Actividad física y brote de Coronavirus ¿Qué medidas se adoptarán para el adulto mayor en Chile? *Revista médica de Chile*, 148(2), 271-272. Consultado 2021 <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200271>
6. Barragán, Esther & Aguilar-Aldrete, María & Ramírez García, Sergio. (2021). El covid-19 y su impacto en la salud pública. Universidad de Guadalajara. ISBN: 978-607-571-008-2. Consultado 2021 https://www.researchgate.net/publication/349043864_El_covid-19_y_su_impacto_en_la_salud_publica_Universidad_de_Guadalajara_ISBN_978-607-571-008-2
7. Banskota, S., Healy, M. y Goldberg, E. M. (2020). 15 aplicaciones para teléfonos inteligentes para que los adultos mayores usen mientras están aislados durante la pandemia COVID-19. *Revista occidental de medicina de emergencia*, 21 (3), 514-525. Consultado 2021 <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47372>
8. Briones Santos, Jailene Joana; Moya Suárez, Ana María y Condo Tamayo, Cecilia. Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID19. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en trabajo social. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.14 de septiembre del 2020. Consultado <http://201.159.223.180/bitstream/3317/15607/1/T-UCSG-PRE-JUR-TSO-132.pdf>
9. Broche Pérez, Y., Fernández Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la

- pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46. Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/248>
10. Caicedo Susana del Carmen, Jiménez Aracely A, Gallardo Erika V et al. Informe de percepciones de las personas adultas mayores de Ecuador sobre el COVID-19. Mecanismo de Promoción y Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de la Defensoría del Pueblo de Ecuador. Agosto 2021. Ed. Dirección Nacional de Administración del Conocimiento. Juan León Mera N21-152 y Roca. Consultado 2021 <http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2969/1/PE-006-DPE-2021.pdf>
 11. Cano Muñoz, L. V., Collazos González, D., Suárez Perdomo, C. D. y Villalba Orozco, L. V. (2020). Condiciones de bienestar de los adultos mayores en la ciudad de Neiva durante el confinamiento por COVID-19 [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/28727>
 12. Changoluisa Tiglla, L., & Guarate Coronado, Y. (2021). Percepción de los Familiares de Adultos Mayores ante la Aplicación de la Vacuna Contra el Covid-19 en la Comunidad de Patutan Provincia Cotopaxi. *Polo del Conocimiento*, 6(9), 2557-2576. Consultado 2021 doi:<http://dx.doi.org/10.23857/pc.v6i9.3205>
 13. Cots, Joshep, Irún Montse y Llurda, Enric. (2004) Un enfoque etnometodológico en el análisis del discurso reflexivo del profesorado. Universidad de Lérida. España. Consultado 2021 <https://www.um.es/lacell/aesla/contenido/pdf/2/cots.pdf>
 14. De JHU CSSE COVID-19. Consultado 2021. <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
 15. García-Zaragoza E, Gil-Girbau M, Murillo MD, Prats R, Vergoñós A. Farmacia comunitaria, adherencia al tratamiento y COVID-19. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2020 Jul 22; 12 (3): 51-57 DOI: 10.33620/FC.2173-9218. (2020/Vol12).003.05
 16. Giraldo, G. A. & López, L. I. (2019). *Las TIC y los adultos mayores: Un asunto de inclusión social*. (Primera ed.). Universidad del Quindío. Colombia.
 17. Gonzáles ME, Norabuena M, Olortegui A. Autonomía personal del adulto mayor después de los 100 días de confinamiento por COVID-19. Perú. *CASUS*.2020;5(3): 138-144.DOI:10.35626/casus.3.2020.287 Consultado 2021 <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/287/179>
 18. Gonzáles, ME. Norabuena, M,y OlorteguiA. Autonomía personal del adulto mayor después de los 100 días de confinamiento por COVID-19. *CASUS*.2020;5(3):138-144. Consultado 2021 <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/287/179>
 19. Li, W., Zhao, N., Yan, X. et al. La prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad y sus asociaciones con la calidad de vida entre pacientes mayores clínicamente estables con trastornos psiquiátricos durante la pandemia de COVID-19. *Rev. Psiquiatría Transl* 11, 75 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01196-y>

20. Lino, A. Téllez, B. (2021). Ser adulto mayor en tiempos de COVID-19. Consultado 2021 <https://elementos.buap.mx/directus/storage/uploads/00000005925.pdf>
21. Lope Paola, López Michelle, Noriega Edda, Valenzuela Percy. Creencias y miedo al COVID-19 asociados a las habilidades preventivas de los pobladores del Centro poblado Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021. Universidad Peruana La Unión. Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima, mayo del 2020. Consultado octubre 2021 http://200.121.226.32:8080/bitstream/handle/20.500.12840/4461/Paola_Tesis_Licenciatura_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. López, L.I; Leal, S. & Giraldo, L. (2017). *Internet, migración y adulto mayor*. (Primera ed.). Universidad del Quindío. Colombia.
23. Mejia, C., Quispe-Sancho, A., Rodriguez - Alarcon, J., -Ccasa-Valero, L., Ponce-López, V., Varela-Villanueva, E., Marticorena-Flores, R., Chamorro-Espinoza, S., Avalos-Reyes, M., & Vera-Gonzales, J. (2020). Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), e3233. Consultado 2021 <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3233/2559>
24. Mera-Mamián AY, Tabares González E, Montoya-González S, Muñoz Rodríguez D, Monsalve F. *Recomendaciones prácticas para evitar el desacondicionamiento físico durante el confinamiento por la pandemia asociada a COVID-19. Univ. Salud. 2020;22(2):166-177. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202202.188>*
25. Ministerio de comercio, industria y turismo. Marzo 23 2020. Decreto 457, mediante el cual se imparten instrucciones para el cumplimiento del Aislamiento Preventivo Obligatorio. Consultado 2021 <https://www.mincit.gov.co/prensa/noticias/general/decreto-457-mediante-el-cual-se-imparten-instrucciones-para-el-cumplimiento-del-aislamiento-preventivo-obligatorio>
26. Ministerio de salud y protección social. ABC del plan Decenal de salud pública. La salud en Colombia la construyes tú. 2012-2021 Consultado 2021 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. Consultado 2021 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
28. Moreno, C. (2020). Caracterización de la ansiedad en el adulto mayor. Consultado 2021 <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8998/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000381.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Mukku, S. S. R., & Sivakumar, P. T. T. (2020). Atención de salud mental de los adultos mayores durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19):

- desafíos y camino a seguir en la India. *Revista India de Medicina Psicológica*, 42(5), 495–496. Consultado 2021 <https://doi.org/10.1177/0253717620944824>
<https://crai.referencistas.com:2093/10.1177/0253717620944824>
30. Namihira & Namihira. (2020). Glosario epidemiológico 2020 para entender la pandemia COVID-19. Consultado 2021 https://www.uv.mx/plandecontingencia/files/2020/05/Glosario_Epidemiologico_90520.pdf
 31. Nieto Clemencia. Lineamientos para la prevención, contención y mitigación del coronavirus (covid-19) en personas adultas mayores. ministerio de salud y protección social oficina de promoción social Bogotá, junio de 2020. Consultado 2021 <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS01.pdf>
 32. Nogueira, A., Barata, A., Rojas, A., Araya, A., Assis, A., Silva, A., Leitón, Z. (2021) El Cuidado del Adulto Mayor en la Atención Primaria en Salud en Tiempos de COVID-19. Consultado 2021 <file:///C:/Users/DELLY/Desktop/El%20cuidado%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20atencion%20primaria%20en%20salud%20en%20tiempos%20de%20covid-19.pdf>
 33. Ochoa Páez, B., Ángel Rodríguez, J., & Gutiérrez Gómez, C. (2021). Análisis de los niveles de actividad física en un grupo de adultos mayores durante la cuarentena COVID-19 en Bogotá. *Germina*, 3(3), 92–109. <https://doi.org/10.52948/germina.v3i3.237>
 34. Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2020). Informe de políticas: Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad. Consultado 2021 https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_spanish.pdf
 35. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe de políticas: Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad. Mayo de 2020. Consultado abril 2021 https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_spanish.pdf
 36. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones de salud mental durante el brote de COVID 19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 06 de marzo 2020. (Citado el 29 de octubre del 2021) Disponible en: <https://yotambien.mx/consideraciones-de-la-oms-de-salud-mental-durante-el-brote-de-covid-19>
 37. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018) Indicadores de salud Aspectos conceptuales Y operativos. Consultado 2021 <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/4072-indicadores-de-salud-aspectos-conceptuales-y-operativos-2018/file>
 38. Ortiz, X. Salinas, R., y Gámez D. (2020). La salud en el adulto mayor en tiempos de la covid-19. Consultado 2021

[http://www.revista.ibd.senado.gob.mx/index.php/PluralidadyConsenso/article/view
File/677/635](http://www.revista.ibd.senado.gob.mx/index.php/PluralidadyConsenso/article/view/File/677/635)

39. O'Shea, D. M., Davis, J. D. & Tremont, G. (2021). La memoria verbal se asocia con la adherencia a los comportamientos protectores de COVID-19 en adultos mayores que viven en la comunidad. *Rev. Investigación clínica y experimental sobre el envejecimiento*, 33 (7), 2043-2051. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01905-z>
40. Oviedo G. L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, No. 18, agosto de 2004, 89-96. Consultado 2021 <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>
41. Pallarés Carratalá, V., Górriz-Zambrano, C., Morillas Ariño, C., Llisterri Caro, J. L., & Górriz, J. L. (2020). COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? *Semergen*, 46 Suppl 1, 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.005>
42. Palmer, K., Monaco, A., Kivipelto, M., Onder, G., Maggi, S., Michel, J. P., Prieto, R., Sykara, G. y Donde, S. (2020). El impacto potencial a largo plazo del brote de COVID-19 en pacientes con enfermedades no transmisibles en Europa: consecuencias para un envejecimiento saludable. *Rev. Investigación clínica y experimental sobre el envejecimiento*, 32 (7), 1189-1194. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01601-4>
43. Percepción. Consultado 2021 <https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
44. Perdomo Jurado, Yury Estefanía. Y Caro Delgado Angela Gisette (2020). Adherencia al tratamiento y razones para vivir en pacientes con ECNT durante el COVID-19. Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano. Colombia. Consultado 2021 https://www.researchgate.net/profile/Yury-Perdomo-Jurado/publication/351492358_Adherencia_al_tratamiento_y_razones_para_vivir_en_pacientes_con_ECNT_durante_el_COVID/links/609a96ca458515d315120daf/Adherencia-al-tratamiento-y-razones-para-vivir-en-pacientes-con-ECNT-durante-el-COVID.pdf
45. Rodríguez Martín, Marta. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166. Recuperado en 25 de noviembre de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es.
46. Roxby AC, Greninger AL, Hatfield KM, et al. Detección de SARS-CoV-2 entre residentes y miembros del personal de una comunidad de vida independiente y asistida para adultos mayores — Seattle, Washington, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:416-418. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6914e2external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6914e2external%20icon).

47. Ruíz Gómez Fernando. Decreto 163 de 2021(febrero 16). El ministro de salud y protección social consultado 2021
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=158706>
48. SABE. Colombia. 2015. Estudio Nacional de Salud, Bienestar Y Envejecimiento. Consultado noviembre 2020.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
49. Sánchez, R., Sánchez, J. (2020). El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. *Studia Zamorensia*, Vol. XIX. Consultado 2021 file:///C:/Users/DELLY/Desktop/29364-69578-1-PB.pdf
50. Sánchez-Ordóñez, R., & Sánchez-Vázquez, J. F. (2021). El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. *Studia Zamorensia (segunda Etapa)*, 19, 33–41. Recuperado a partir de <http://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29364>
51. Seung Min Chung, Yin Young Lee, Eunyeong Ha, Ji Sung Yoon, Kyu Chang Won, Hyoung Woo Lee, et al. El riesgo de diabetes en los resultados clínicos en pacientes con enfermedad por coronavirus 2019: un estudio de cohorte retrospectivo. *Revista de diabetes y metabolismo* [Internet]. 2020 Jun [consultado 2021 Mar 2]; 44(3):405–13. Disponible: <http://crai.referencistas.com:2061/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=144414634&lang=es&site=eds-live&scope=site>
52. Sivakumar PT, Mukku SSR, Kar N, Manjunatha N, Phutane VH, Sinha P, et al. Telepsiquiatría geriátrica: promoción del acceso a la atención de salud mental geriátrica más allá de las barreras físicas. *Revista India de Medicina Psicológica* [Internet]. 2 de octubre de 2020 [consultado el 2 de marzo de 2021]; 42: 41S – 46S. Disponible DOI:10.1177/0253717620958380 <http://crai.referencistas.com:2061/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=146811076&lang=es&site=eds-live&scope=site>
53. Uribe Rodríguez, Ana Fernanda, Valderrama Orbeago, Laura Juliana, & Molina Linde, Juan Máximo. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 75-81. Consultado noviembre 19, 2021, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000100008&lng=en&tlng=es.
54. Vaca Christian, Flores Hernán y Estévez Luis. (2021). Psicopatología en el adulto mayor e infección por covid-19. Revisión sistemática [tesis para optar un Título de Especialista en Psiquiatría]. Universidad Central Del Ecuador. Facultad De Ciencias Médicas. Consultado 2021
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23369/1/UCE-FCM-CPO-VACA%20CHRISTIAN.pdf>
55. Vaishali Gautam, Dilepan S, Neeti Rustagi, Ankit Mittal, Mehul Patel, Shazia Shafi, Prasanna Thirunavukkarasu, Pankaja Raghav, Alfabetización en salud,

- comportamiento preventivo de COVID 19 y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas durante el encierro entre los pacientes registrados en un centro de salud primario en la zona urbana de Jodhpur, Rajasthan, Diabetes y síndrome metabólico: investigaciones clínicas y revisiones, Volumen 15, Número 1, 2021, Páginas 205-211, ISSN 1871-4021, <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.12.023>. Consultado 2021 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187140212030518X>)
56. Van Dijk Silvia Dian Maria, Renske Bouman, Ewa H. Folmer, Roos C. den Held, Janet E. Warringa, Radboud M. Marijnissen, Richard C. Oude Voshaar, (Vi) Se incorporó rápidamente al tratamiento diurno basado en la terapia de esquema grupal para adultos mayores por el brote de COVID-19 en los Países Bajos, Revista Estadounidense de Psiquiatría Geriátrica, Volumen 28, Número 9, 2020, Páginas 983-988, ISSN 1064-7481, <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.028>. Consultado 2021 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748120303675>)
 57. Vega Rivero JA, Ruvalcaba Ledezma JC, Hernández Pacheco I, Acuña Gurrola MR, López Pontigo L. La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de COVID-19. JONNPR. 2020; 5(7):726-39. DOI:10.19230/jonnpr.3772
 58. Velasco Jessica y López Grace. (2021). Bienestar psicosocial del adulto mayor durante la pandemia covid-19 en la comunidad de Patutan provincia de Cotopaxi [Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera de Enfermería Ecuador. Consultado 2021 en <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/33734/1/VELASCO%20TIPAN%20QUIZA%20JESSICA%20ABIGAIL%20%28SELLO%29.pdf>
 59. Velásquez Cortés Suhail. Programa institucional actividades de educación para una vida saludable. Unidad 3. Salud física y emocional. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. Consultado abril 2021 https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT100.pdf
 60. Vordenberg, Sarah E & Zikmund-Fisher, Brian J. Las estrategias de los adultos mayores para obtener resurtidos de medicamentos en escenarios hipotéticos frente al riesgo de COVID-19, Revista de la Asociación Estadounidense de Farmacéuticos, Volumen 60, Número 6, 2020, Páginas 915-922.e4, ISSN 1544-3191, <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.06.016>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S154431912030282X>)
 61. Xóchitl A. Ortiz-Jiménez, Ricardo Salinas Martínez y Daniel Gámez Treviño. La salud en el adulto mayor en tiempos de la covid-19. Rev. Pluralidad y Consenso. Año 10, No. 44, abril-junio 2020. Enfoque médico. Consultado 2021 <http://www.revista.ibd.senado.gob.mx/index.php/PluralidadyConsenso/article/view/677/635>
 62. Yamey G, Shah S. Cómo no combatir el COVID-19. Revista TIME [Internet]. 2 de noviembre de 2020 [consultado el 2 de marzo de 2021]; 196 (16/17): 27–8.

Consultado 2021:
[http://crai.referencistas.com:2061/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=146567584
&lang=es&site=eds-live&scope=site](http://crai.referencistas.com:2061/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=146567584&lang=es&site=eds-live&scope=site)

- 63.** Zabala, N. (2021). “Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ecnt) en adultos con covid-19 de calderón. Quito”. consultado 2021
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10982/2/06%20NUT%20376%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- 64.** Zambrano -Lucas, -Álvare I-Buitrónz, V., Sánchez-Sánchez, E., & Rivas, W. Castelo- (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:<http://dx.doi.org/10.23857/pc.v6i9.3122>
- 65.** Zanafria, Demetrio y Molina, Jeniffer. (2021) Efectos psicológicos, sociales y físicos de los adultos mayores en época de COVID 19. [tesis para optar un Título de Licenciada en Terapia Ocupacional]. Universidad Central Del Ecuador Facultad De Ciencias De La Discapacidad, Atención Prehospitalaria Y Desastres Carrera De Terapia Ocupacional. Consultado 2021
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24032/1/UCE-FCDAPD-CTO-MOLINA%20JENIFFER.pdf>
- 66.** Zhang, H. Q., Lin, J. Y., Guo, Y., Pang, S., Jiang, R. y Cheng, Q. J. (2020). Adherencia a la medicación entre pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tratados en un hospital general de atención primaria durante la pandemia de COVID-19. *Anales de Medicina Traslacional*, 8 (18), 1179. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6016>
- 67.** Zhao, C., Batio, S., Lovett, R., Pack, A. P., Wolf, M. S. y Bailey, S. C. (2021). La relación entre el estrés relacionado con COVID-19 y la adherencia a los medicamentos entre adultos de alto riesgo durante la fase de aceleración del brote en EE. UU. *Preferencia y adherencia del paciente*, 15, 1895-1902. <https://doi.org/10.2147/PPA.S310613>



PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA
Universidad del Quindío

Tel: (57) 6 735 9300 Ext
Carrera 15 Calle 12 Norte
Armenia, Quindío – Colombia
lillal@uniquindio.edu.co
nbettinr@uqvirtual.edu.co
mriosl@uqvirtual.edu.co

PERTINENTE CREATIVA INTEGRADORA

 @uniquindio

 uniquindioconectada

 uniquindioconectada