

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA SEDE QUITO
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGO

TEMA:

**NIVEL DE ANSIEDAD POR COVID-19 Y APOYO SOCIAL
PERCIBIDO EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEL DISTRITO
METROPOLITANO DE QUITO, AL AÑO DE LA DECLARACIÓN
DE PANDEMIA**

AUTOR:

JAIME ANDRÉS BALAREZO BUSTILLOS

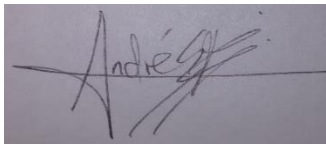
DOCENTE TUTOR:

XIMENA DEL CONSUELO ANDRADE CÁCERES

Quito, agosto 2022

Cesión de derechos de autor

Yo/Nosotros, Jaime Andrés Balarezo Bustillos, con documento de identificación N°1723205967 manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy el autor del trabajo de grado/titulación intitulado: “Nivel de Ansiedad por COVID-19 y Apoyo Social Percibido en Población Adulta Mayor del Distrito Metropolitano de Quito, al Año de la Declaración de Pandemia”, mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicólogo en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor/es me/nos reservo/reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is cursive and appears to read 'Jaime Andrés Balarezo Bustillos'.

Jaime Andrés Balarezo Bustillos

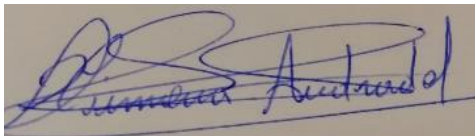
C.I.: 1723205967

Agosto, 2022

Declaratoria de coautoría del docente tutor

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de titulación de intervención, “Nivel de Ansiedad por COVID-19 y Apoyo Social Percibido en Población Adulta Mayor del Distrito Metropolitano de Quito, al Año de la Declaración de Pandemia” realizado por el estudiante: Jaime Andrés Balarezo Bustillos, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, agosto del 2022



XIMENA DEL CONSUELO ANDRADE CÁCERES

1710020122

Índice de Contenido

Resumen.....	9
Abstract.....	10
1 Introducción.....	1
2 Planteamiento del problema	2
3 Justificación y relevancia.....	8
4 Objetivos.....	10
5 Marco conceptual	11
5.1 Adulto mayor en el Ecuador.....	11
5.2 COVID-19 y adulto mayor.....	13
5.3 Efectos psicológicos de la COVID-19	14
5.4 Ansiedad.....	16
5.5 Teoría del Apoyo social:	17
6 Variables o dimensiones	21
7 Hipótesis o supuestos.....	22
8 Marco metodológico.....	23
8.1 Perspectiva metodológica.....	23
8.2 Diseño de investigación:	23
8.3 Tipo de investigación:	24
8.4 Instrumentos y técnicas de Producción de datos:.....	24
8.5 Plan de análisis:.....	25
9 Población y muestra.....	26
9.1 Población.....	26
9.2 Tipo de muestra.....	26
9.3 Criterios de la muestra:	27
9.3.1 Criterios de inclusión:	27
9.3.2 Criterios de exclusión:	27
9.4 Fundamentación de la muestra:.....	27
9.5 Muestra:.....	28
10 Descripción de los datos producidos.....	28
11 Presentación de los resultados descriptivos	29

11.1	Reporte de datos sociodemográficos.....	29
11.2	Resultados de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS).....	36
11.3	Cruce entre variables sociodemográficas y presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	37
11.4	Resultados del Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11).....	41
11.5	Cruce de variables sociodemográficas y nivel de apoyo social percibido	41
11.6	Resultados de correlaciones entre variables sociodemográficas y presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19.....	45
11.7	Correlación entre variables presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 y nivel de apoyo social percibido.....	48
12	Análisis de los resultados.....	49
13	Interpretación de los resultados	52
14	Conclusiones	56
15	Referencias bibliográficas.....	59
16	Anexos	66

Índice de tablas

Tabla 1	36
Tabla 2	37
Tabla 3	38
Tabla 4	39
Tabla 5	40
Tabla 6	40
Tabla 7	41
Tabla 8	41
Tabla 9	42
Tabla 10	42
Tabla 11	43
Tabla 12	44
Tabla 13	44
Tabla 14	45
Tabla 15	45
Tabla 16	46
Tabla 17	46
Tabla 18	47
Tabla 19	47
Tabla 20	48

Índice de figuras

Figura 1	29
Figura 2	29
Figura 3	30
Figura 4	30
Figura 5	31
Figura 6	31
Figura 7	32
Figura 8	32
Figura 9	33
Figura 10	33
Figura 11	34
Figura 12	34
Figura 13	35
Figura 14	35

Índice de anexos

Anexo 1 Ficha Socio-Demográfica.....	66
Anexo 2 Cuestionario Duke UNC-11	71
Anexo 3 Escala de Ansiedad por Coronavirus.....	75

Resumen

En marzo del año 2020, la Organización Mundial de la Salud declara el brote de COVID-19 como pandemia global, por lo cual en el Ecuador se declara estado de emergencia por la epidemia aplicando medidas públicas sin precedentes, tal como el aislamiento físico, para combatir la propagación de esta novedosa enfermedad. A un año de declarada la pandemia, la investigación centrada en explorar la incidencia de la enfermedad y sus repercusiones en la población mundial es limitada, sobre todo respecto a su impacto psicológico en las personas de avanzada edad, grupo etario señalado como el de mayor proclividad a mostrar efectos adversos derivados de la COVID-19. El objetivo de este estudio es conocer si existe relación entre nivel de ansiedad ante la COVID-19 y apoyo social percibido, que reportan los adultos mayores del Distrito Metropolitano de Quito, al año de declarada de pandemia mundial. Esto se realizó mediante la aplicación de un cuestionario compuesto por una ficha sociodemográfica, el Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11) y la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) a una muestra compuesta por 189 adultos mayores del distrito metropolitano de Quito. Los resultados de esta investigación indican que existe una ligera correlación negativa entre ambas variables estudiadas en la población objetivo (Coeficiente Pearsons= -0.086)

Palabras Clave:

COVID-19, Adulto Mayor, Apoyo Social, Ansiedad

Abstract

In March 2020, the World Health Organization declared the COVID-19 outbreak a global pandemic, for which a state of emergency was declared in Ecuador due to the epidemic, applying unprecedented public measures, such as physical isolation, to combat the spread of this novel disease. One year after the pandemic was declared, research focused on exploring the incidence of the disease and its repercussions on the world population is limited, especially with respect to its psychological impact on the elderly, the age group indicated as the most prone to show adverse effects derived from COVID-19. The objective of this study is to find out if there is a relationship between the level of anxiety in the face of COVID-19 and perceived social support, reported by older adults in the Metropolitan District of Quito, a year after the declaration of a global pandemic. This was done by applying a questionnaire made up of a sociodemographic record, the Functional Social Support Questionnaire (Duke-UNC-11) and the Coronavirus Anxiety Scale (CAS) to a sample made up of 189 older adults from the metropolitan district of Quito. The results of this research indicate that there is a slight negative correlation between both variables studied in the target population (Pearsons Coefficient = -0.086)

Keywords: COVID-19 Older Adult Social Support Anxiety

1 Introducción

La presente investigación pretende explorar la relación entre la ansiedad ante la COVID-19 y el apoyo social percibido en población adulta mayor del Distrito Metropolitano de Quito, mediante los resultados obtenidos en la aplicación de la escala Covid Anxiety Scale (CAS) que mide el nivel de ansiedad respecto a la actual pandemia y el Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11) para medir el apoyo social percibido; utilizados en diferentes contextos a nivel regional y mundial.

La pandemia se caracteriza como una situación catastrófica, que origina condiciones ambientales desfavorables y desorganización de los patrones cotidianos de la vida, así como sufrimiento humano, amenazando la integridad física y mental de quienes resultan afectados. En especial, la salud mental ha sido afectada ampliamente en la población mundial, la literatura expone una alta prevalencia de trastornos de estrés, depresión y en especial ansiedad.

Se conoce que el apoyo social actúa como un moderador del estrés en situaciones de crisis, por lo tanto, es esencial para la población en general fomentar nuestras relaciones sociales; la adultez tardía representa una variedad de cambios entre los cuales destaca el deterioro de los vínculos afectivos, aislamiento, situaciones de pérdida significativa, así como el aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades que afectan sobre la calidad de vida, por lo que, la formación de redes sociales y el fomento del apoyo social son fundamentales.

Las relaciones que se pueden trazar entre ambas variables generan gran interés y permiten comprobar el rol amortiguador del apoyo social frente a situaciones críticas en la vida de las personas, como lo ha sido la pandemia por COVID-19.

2 Planteamiento del problema

En diciembre de 2019, se reportó un brote atípico de neumonía en la ciudad de Wuhan, China, cuyo origen sería atribuido al novedoso virus COVID SARS-2, desde entonces, el número de contagios ha seguido aumentando exponencialmente (WHO, 2020). Para finales de enero del 2020 la enfermedad se había extendido a 34 regiones de China y, además, se reportaban 98 casos confirmados distribuidos en 18 países incluyendo a Japón, Estados Unidos y Alemania; por lo cual, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de la enfermedad COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional por su alto riesgo de diseminación a otros países del mundo (WHO, 2020).

En marzo del 2020, la OMS decide que el brote de la enfermedad COVID-19 puede ser caracterizado como una pandemia global (OPS, 2020). Como respuesta a esta crisis sanitaria, autoridades de salud pública de todo el mundo han realizado notables esfuerzos para contener las consecuencias negativas derivadas de esta crisis implementando una serie de medidas dirigidas a limitar la propagación de esta enfermedad y prevenir los casos fatales (Ritchie, y otros, 2020). No obstante, hasta el 1 de febrero del 2021 la cifra global de casos confirmados ascendía a 105 millones de casos confirmados y más de 2 millones de casos fatales, siendo el continente americano el más afectado con más de 47 millones de contagiados y más de 1 millón de muertes, seguido por Europa con aproximadamente 700 mil casos fatales (WHO, 2020).

El impacto global de esta pandemia, permite caracterizarla como una situación catastrófica, definida como un evento natural o causado por el hombre, de tal magnitud, que origina condiciones ambientales desfavorables y desorganización súbita de los patrones cotidianos de la vida, así como sufrimiento humano, amenazando la integridad física y mental de quienes resultan afectados; es decir, que implican consecuencias identificables en la salud física y mental de quienes se encuentran inmersos dentro de este contexto (Díaz, Reyes, & Sosa, 2016; Goldmann & Galea, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Si bien la OMS ha manifestado de forma reiterada que la enfermedad COVID-19 afecta a personas de todas las edades y no está aislada de ningún origen étnico, estrato socioeconómico o género (WHO, 2020), también reporta que las personas mayores tienen mayor posibilidad de enfermar gravemente si se infectan, presentándose una tasa de mortalidad cinco veces mayor que la media con personas infectadas mayores a 80 años de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Para mediados de abril países como Reino Unido y España reportaron gran cantidad de contagios y fallecimientos en residencias de larga estancia para adultos mayores, específicamente en Francia se reportaron 14.967 fallecidos correspondientes a este grupo etario (BBC News Mundo, 2020), mientras que Italia, reportaba que el 83% de fallecidos tenían más de 60 años (Geiss, 2020). Por otra parte, en América los datos revelaban una realidad similar; en Canadá el 80% de las muertes por COVID-19 correspondía a adultos mayores de residencias o centros de atención a largo plazo.

Por su parte, las cifras disponibles a octubre de 2020 sostienen que, en América Latina, con excepción de Uruguay y Paraguay, el impacto de la COVID-19 es más severo comparado con países europeos y Estados Unidos (Berniell, 2020), y que las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 2020). El país más afectado de la región es Brasil, el cual reportó que 76% de fallecidos por COVID-19 eran adultos mayores (OPS, 2020). En tanto que, en el Ecuador para septiembre del 2020, el porcentaje de adultos mayores fallecidos por esta enfermedad alcanzó 59,6% del total de muertes reportadas (Quiroz, 2020). Para finales del mes de enero del 2021, se registró una cifra aproximada de 9.100 fallecidos correspondiente al grupo etario mayor a 65 años, entre 31.964 casos confirmados y probables de COVID-19 (Ministerio de Salud Pública , 2021)

En congruencia con estos datos, las investigaciones realizadas durante la crisis sanitaria exponen que la población adulta mayor constituye un grupo etario especialmente vulnerable a padecer los efectos negativos que conlleva el COVID-19 en la salud física y mental de una persona, incluyendo deterioro orgánico y efectos psicológicos tales como el autoaislamiento y la aparición de cuadros de ansiedad o depresión (LaFave, 2020; Javadi & Nateghi, 2020); una tendencia que se vuelve aún más evidente cuando los adultos mayores presentan condiciones médicas preexistentes tales como diabetes, hipertensión y enfermedades vasculares (Geiss, 2020; Huang, y otros, 2020; Javadi & Nateghi, 2020). Más allá de los indicadores epidemiológicos, debemos resaltar que el impacto psicológico y social de esta crisis sanitaria es indiscutible; no solo porque

que ha generado condiciones insólitas al momento de estimar las consecuencias psicológicas y emocionales de la pandemia (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, & Idoiaga-Mondragon, 2020), sino que también ha producido un entorno hostil sin precedentes, cuyos efectos adversos en la salud mental probablemente continuarán durante algún tiempo (McCleskey & Gruda, 2020).

Enfocados en el grupo etario mayor, las autoras Díaz, Reyes, & Sosa (2016) mencionan que los eventos catastróficos, en conjunción con la historia personal y las condiciones biopsicosociales preexistentes, constituyen factores desencadenantes y reactivadores de síntomas o malestares cognitivos y conductuales ligados directamente a las vivencias impactantes que cada adulto mayor ha experimentado durante su vida. Además, la literatura sostiene que las manifestaciones psicosociales observadas con mayor frecuencia durante la fase aguda de los desastres, comprenden trastornos depresivos y ansiosos, así como cuadros de estrés agudo y el consumo excesivo de alcohol en la población adulta en general (OPS, 2002); mientras que, las manifestaciones psicosociales más frecuentes halladas en adultos mayores, víctimas de algún evento catastrófico, son los cuadros depresivos, ansiedad e irritabilidad, los cuales suelen acompañarse de sensaciones de soledad, desprotección, carencia de apoyo familiar y amenaza de muerte (Chong, 2012; Díaz, Reyes, & Sosa, 2016)

Es este punto, es de suma importancia resaltar que un evento catastrófico puede alterar el significado y hasta el propósito de la vida de quienes lo experimentan, por lo tanto, es necesario que estas experiencias adquieran diferentes formas de expresión, aceptables para su contexto sociocultural (León-Amenero & Huarcaya-Victoria, 2020). La respuesta más frecuente es la de un duelo caracterizado por ser directamente proporcional a la magnitud de la pérdida o el desastre, que se resuelve progresivamente en los meses posteriores, cuyas manifestaciones en adultos, comúnmente se asocian a la ansiedad, fatiga, frustración, sensación de abandono, inseguridad; estas expresiones pueden representar respuesta comprensible ante las experiencias traumáticas vividas, pero también pueden ser indicadores de una condición patológica, por lo que es necesario

evaluar a los afectados en su contexto (León-Amenero & Huarcaya-Victoria, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Como se expuso previamente, la ansiedad, comprendida como un “estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, preocupación y por la activación del sistema nervioso autónomo” (Spielberger, 1972), se ha identificado como un efecto negativo en la población adulta mayor a consecuencia de la pandemia (Javadi & Nateghi, 2020; LaFave, 2020) respecto a la ansiedad, las investigaciones se han enfocado en recopilar datos que expongan las respuestas psicológicas de la población adulta en general durante la etapa inicial de la pandemia, por ejemplo, Wang y colaboradores (2020) aplicaron la escala DASS-21 en población adulta de China con el fin de analizar el impacto psicológico derivado de esta crisis sanitaria; los resultados de este estudio exponían que el 8.1% de la población evaluada reportaban niveles de estrés, mientras que un 16,5% de los participantes presentaban síntomas depresivos y un 28,8% de la muestra informaba acerca de sintomatología relacionada a ansiedad, además, el 53,8% de los evaluados percibieron el impacto psicológico del brote como moderado o severo (Wang, y otros, 2020). Sin embargo, en la literatura revisada no se han hallado estudios de seguimiento o actualizaciones de los mismos.

En el contexto español, se analizaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión, mediante la aplicación de la Escala DASS, clasificando los resultados según edad, cronicidad y confinamiento durante la fase inicial de la pandemia; este estudio reveló que los niveles de sintomatología han sido bajos, sin embargo la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, & Idoiaga-Mondragon, 2020). Otro estudio a mencionarse expone que, durante las primeras fases de la pandemia en el contexto japonés, el miedo a lo desconocido y a la incertidumbre pueden llevar al desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión, somatización y estrés, así como el aumento del consumo de sustancias como alcohol o tabaco (Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa, & Benedek, 2020).

En el contexto local los autores Tusev, Tonon, & Capella (2020) aplicaron la Escala DASS en algunas provincias del Ecuador durante los primeros meses de la pandemia con el objetivo de

indagar la presencia de síntomas asociados con ansiedad, depresión y estrés; sus resultados informan que en su muestra existían niveles severos o extremadamente severos de estos tres síntomas, donde la ansiedad era el de mayor prevalencia con un 19.4%. En este punto cabe resaltar que estas investigaciones revisadas hasta el momento se desarrollaron durante los primeros meses después de declarada la pandemia mundial por la COVID-19, sin embargo, no se han hallado estudios de seguimiento o actualizaciones de los mismos.

Por otro lado, para esta investigación resulta relevante indagar el rol que juega el apoyo social en la salud mental de los adultos mayores durante el contexto de pandemia, concepto entendido como transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación que pueden ser de tipo material, instrumentales, emocional o cognitivas (Khan & Antonucci, 1980). Según Bagés y colaboradores (2008) “el apoyo social puede darse a través de todos aquellos que rodean a la persona y los recursos que le brindan, lo cual proporciona un soporte emocional tangible” (p.740), cuya dimensión subjetiva, como percepción y significado otorgado por el individuo, constituye un factor protector de la salud mental que ha sido ampliamente estudiado; la literatura evidencia que la posibilidad de compartir un problema con otros ayuda a resolverlo y promueve estados más satisfactorios de bienestar (Cornejo & Lucero, 2005). Otras investigaciones afirman que la percepción de apoyo social ejerce un efecto indirecto en la salud mental, ya que su influencia estaría mediada por la promoción de recursos personales y habilidades de afrontamiento (Bovier, Chamot, & Perneger, 2004); también hay quienes defienden el modelo amortiguador o moderador del apoyo social, argumentando que, ante circunstancias vitales percibidas como adversas, la suficiencia de apoyo puede contribuir a la salud mental, asegurando una autoevaluación positiva y amortiguando los síntomas ansiosos y depresivos (García, Martínez, & Maya, 2001).

De forma congruente, según Prince y colaboradores (1997) el apoyo social, estudiado en adultos mayores con alguna discapacidad, desempeña claramente un rol moderador de los eventos estresantes en la vida de una persona y su estado de salud; por ejemplo, estos mismos autores mencionan que las tasas de mortalidad entre esta población aumentan entre las personas con escaso apoyo social. Los resultados de una investigación llevada a cabo en Bolivia revelan que los adultos mayores transcurren por una variedad de cambios referentes a su etapa de vida entre estos cabe mencionarse el deterioro de los vínculos afectivos, aislamiento, situaciones de pérdida significativa, así como el aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades que afectan la

calidad de vida, por lo que, la formación de redes sociales y el fomento del apoyo social son fundamentales, al ser factores protectores para el bienestar psicológico, permitiendo el desarrollo funcional de los adultos mayores, mediante el incremento de sentimientos de pertenencia e identidad (Sánchez, 2012).

Además, la literatura presenta variedad de estudios que ponen en evidencia que, a menor percepción de apoyo social, mayor es la incidencia de síntomas depresivos (Dean & Ensel, 1982; Habif & Lahey, 1980; Lin & Ensel, 1984). Por ejemplo, se ha encontrado que existe una correlación significativa entre un bajo apoyo social y la presencia de síntomas relacionados con ansiedad, depresión y disfunción social (Carballeira, Ibáñez, López, Matad, & Marrero, 2002). Paralelamente, otras investigaciones plantean la una relación significativa entre el estado de la salud del una persona y la calidad de sus relaciones sociales desarrollando la hipótesis de que las personas más aisladas, tienden a presentar mayores problemáticas respecto de su salud psicológica (González & Landero, 2006). Otras investigaciones revelan que existe una correlación positiva entre el apoyo social y la salud física de los adultos mayores (Khan & Antonucci, 1980), así como un gran impacto del apoyo social percibido sobre la autoestima y la percepción de estabilidad de los adultos mayores (Lemos y Fernández, 1990). Por su parte, Castellano (2014) investigó en población adulta mayor española la Influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento, concluyendo que se presenta una relación positiva entre estas variables.

Tomando en cuenta que la pandemia mundial plantea condiciones extraordinarias que nunca antes se han analizado, y que ha impactado de forma especial a la población adulta mayor (Geiss, 2020), las investigaciones que aborden las distintas problemáticas derivadas de este contexto tendrán que enfocarse en aquellas variables que permitan responder de forma adaptativa frente a otras posibles crisis sanitarias; por lo tanto, es crucial generar evidencia de calidad sobre los impactos sobre la población mayor y las posibles intervenciones para prevenirlos, revertirlos o paliarlos (Pinazo-Hernandis, 2020). Además, debido a las relaciones existentes entre el apoyo social y la salud que muestra la literatura revisada, es substancial conocer cómo los adultos mayores perciben esta variable, ya que su manejo posibilita la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de diferentes problemas de salud, por ejemplo, fortaleciendo las relaciones intrafamiliares (Bellón et al., 1996).

Consecuentemente, el presente estudio busca responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre el nivel de ansiedad ante la COVID-19, y apoyo social percibido en población adulta mayor del Distrito Metropolitano de Quito, al año de haber sido declarada la pandemia?

3 Justificación y relevancia

Tomando en cuenta que la literatura revisada para desarrollar este trabajo de investigación enfatiza que, en el Ecuador y el mundo, la población adulta mayor constituye un grupo etario especialmente vulnerable frente a la enfermedad COVID-19 (Geiss, 2020; Jordan, Adab, & Cheng, 2020; Rothan & Byrareddy, 2020; Wang, Tang, & Wei, 2020) y que, además, existe una amplia variedad de estudios enfocados en abordar las respuestas emocionales inmediatas en la primera fase de la crisis sanitaria tales como depresión, ansiedad y estrés tanto en China (Wang, y otros, 2020) como en España (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, & Idoiaga-Mondragon, 2020), e inclusive en el contexto local (Tusev, Tonon, & Capella, 2020); así como gran cantidad de estudios centradas en apoyo social percibido por el adulto mayor y su relación con variables como estrés, ansiedad y bienestar psicológico (Barrera, 1986); el presente trabajo de investigación justifica su importancia por su carácter novedoso, puesto que, a nivel local, no se han encontrado artículos que aborden directamente las formas en las que se relacionan las variables apoyo social percibido y niveles de ansiedad específicamente en adultos mayores del Ecuador

Por otro lado, es sumamente importante señalar que este estudio no solo investiga una correlación entre dos variables, sino que se centra en una variable salugénica, como el apoyo social en su modelo amortiguador del estrés (Carballeira, Ibáñez, López, Matad, & Marrero, 2002; Cobb, 1976; Dean & Ensel, 1982) debido a su impacto en la evaluación subjetiva que realiza el individuo respecto de sus recursos disponibles en su entorno (Vivaldi & Barra, 2012), sobre todo en la actualidad donde las condiciones que ha impuesto la pandemia por COVID-19 han generado gran cantidad de problemáticas en la salud mental en la población en general (Javadi & Nateghi, 2020). Además, el presente estudio aborda las correlaciones entre estas variables, un año después de que

la OMS declare el brote de la COVID-19 como una pandemia mundial utilizando instrumentos específicos, que no han sido aplicados por otras investigaciones a nivel local, como es el caso de la Covid Anxiety Scale, instrumento desarrollado en el año 2020 (Lee, 2020). Por lo tanto, esta investigación busca aportar datos significativos relacionados a factores protectores de la población objetivo frente a una enfermedad cuyas características y efectos se estudian continuamente conforme progresa la crisis sanitaria mediante el uso de instrumentos específicos para el contexto que plantea la COVID-19 en la sociedad.

Los resultados obtenidos respecto a la relación entre ambas variables estudiadas en esta investigación permitirán a futuros estudios ampliar la comprensión de la realidad del adulto mayor del DMQ, durante la pandemia por COVID-19. También se considera que la temática abordada puede ser útil en la formación de futuros profesionales de la carrera de psicología en la UPS, brindando aportaciones que vinculan la profesión con la pandemia, ampliando el conocimiento acerca de variables relacionadas no solo al malestar físico, sino también salugénicas en la población objetivo dentro de una fase distinta de la actual crisis sanitaria.

4 Objetivos

Objetivo general:

Conocer si existe relación entre nivel de ansiedad ante la COVID-19 y apoyo social percibido, que reportan los adultos mayores del Distrito Metropolitano de Quito, al año de declarada de pandemia mundial.

Objetivos específicos:

1. **Describir** el perfil sociodemográfico de la muestra.
2. **Identificar** los niveles de ansiedad ante la COVID-19, que reportan los adultos mayores del Distrito Metropolitano de Quito, al año de declarada de pandemia mundial.
3. **Conocer** los niveles de apoyo social percibido que reportan los adultos mayores del Distrito Metropolitano de Quito, al año de declarada de pandemia mundial.
4. **Indagar** la relación estadística entre los niveles de ansiedad y apoyo social percibido en adultos mayores del Distrito Metropolitano de Quito, al año de declarada la pandemia.

5 Marco conceptual

5.1 Adulto mayor en el Ecuador

De acuerdo al Art. 5 de la (Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, 2019) “se considera persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad”; por su parte El Art. 36 de la Constitución de la República enuncia que “las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia”, mientras que el Art. 37 de la Constitución de la República ampara que el Estado garantizará a las personas adultas mayores varios derechos como atención gratuita de salud y acceso de medicinas, trabajo remunerado, jubilación universal, descuentos para el acceso de servicios públicos, entre otros (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

A su vez, el Art. 38 menciona que el Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, fomentando el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas” (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

En particular, la Constitución de la Republica del ecuador (2008) estipula que el Estado se centrara en:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica, fomentando la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a potenciar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

Según datos del Instituto de Estadísticas y Censos (Instituto nacional de estadísticas y censos INEC, 2020), la población de adultos mayores en Ecuador llegará hasta finales del año 2020 a 1,3 millones. Eso significará un 33% más que en 2010, año en el que se realizó el último Censo de Población y Vivienda.

Según la Organización Mundial de la Salud (2016-2017) el envejecimiento de la población es un fenómeno global, sus estimaciones desarrolladas para el 2050 se calcula que 2.000 millones de personas habrán cumplido 60 años o más en todo el mundo, fenómeno que ocurre principalmente gracias al avance en la medicina, ya que actualmente se pueden controlar o curar enfermedades que eran consideradas mortales hace varias décadas, y a la mejoría las condiciones de vida de la población.

Actualmente, los datos estiman que la cifra de adultos mayores de ambos sexos en la ciudad de Quito es de 90.628, es decir, un 5,9% del total de la población en la ciudad, este número se compone por 40.967 hombres y 49.660 mujeres, es decir, un 5,5% y 6,4% de la población total de Quito respectivamente (Instituto nacional de estadísticas y censos INEC, 2020).

5.2 COVID-19 y adulto mayor

A nivel mundial, la OMS reporta una cifra de aproximadamente 2,2 millones de casos fatales relacionados a esta novedosa enfermedad, las investigaciones epidemiológicas al respecto de esta enfermedad señalan que el factor más importante para predecir las posibilidades de superar la enfermedad COVID-19 es la edad, especialmente después de los 65 años (Jordan, Adab, & Cheng, 2020). Según la literatura, la población adulta mayor constituye un grupo de alto riesgo ya que, con el paso del tiempo, el sistema inmunológico del ser humano va deteriorándose, disminuyendo su capacidad de responder con eficacia a patógenos ambientales; además, este grupo etario es más proclive a presentar un amplio repertorio de enfermedades preexistentes, como la diabetes (Huang, y otros, 2020), razones por las cuales el agente infeccioso tiene mayor potencial de mortalidad en personas de edad más avanzada (Geiss, 2020; Porcheddu, Serra, Kelvin, Kelvin, & Rubino, 2020).

Los datos que arrojaron las primeras investigaciones en China, y posteriormente en Italia, muestran que las personas infectadas durante sus 60 años tienen un 0,4% de posibilidades de fallecimiento, mientras que las personas infectadas durante sus 70 años tienen un 1,3% de posibilidades de fallecer y aquellos pacientes mayores de 80 tienen un 3,6% de posibilidades de fallecimiento (Porcheddu, Serra, Kelvin, Kelvin, & Rubino, 2020). Las cifras en Estados Unidos también demostraron una alta incidencia de personas fallecidas que se encontraban entre los 30 y 40 años, sin embargo, este índice de mortalidad no superó las cifras de adultos mayores a 60 años fallecidos (Geiss, 2020). Si bien esto puede no parecer una alta probabilidad de muerte, durante el brote producido en Italia a mediados de marzo del 2020 el 83% de fallecidos a causa de la infección por COVID-19 tenían más de 60 años (Porcheddu, Serra, Kelvin, Kelvin, & Rubino, 2020). En el contexto local, para el mes de septiembre de 2020 en el Ecuador, se reportó que de los 10.922 fallecidos confirmados o bajo sospecha de COVID-19, 6.510 (59,6%) de los fallecidos tenían más de 65 años, siendo el grupo etario más afectado (Quiroz, 2020); mientras que para finales de enero el Ministerio de Salud Pública (2021) registraba una cifra aproximada de 9.100 fallecidos del grupo etario mayor a 65 años, entre casos confirmados y probables de COVID-19, de un total de 31.964 adultos mayores contagiados.

5.3 Efectos psicológicos de la COVID-19

La aparición generalizada de enfermedades infecciosas, como la COVID-19, está estrechamente relacionada con síntomas de angustia psicológica, enfermedad mental y dolor físico (Bao, Sun, Meng, Shi, & Lu, 2020). Durante experiencias previas con patologías de esta naturaleza, tales como el MERS (síndrome respiratorio de Oriente Medio) y el SARS (síndrome respiratorio agudo severo), se ha observado que el número de personas mentalmente afectadas por la pandemia supera el número de personas infectadas por la enfermedad, lo que indica la enorme influencia de la patología sobre la salud mental (Reardon, 2015). De forma congruente, se ha comprobado una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos después de los desastres, además, las epidemias se relacionan con una serie de trastornos psiquiátricos comórbidos que incluyen ansiedad, pánico, depresión y trastornos relacionados con traumas (Chaudhury, Salujha, Walia, & Gupta, 2019; Tucci, y otros, 2017). También se debe tomar en cuenta que un proceso de cuarentena está asociado al apareamiento de mayores niveles de estrés, irritabilidad, depresión, insomnio, estrés agudo y trastornos relacionados con traumas (Brooks , y otros, 2020).

De forma congruente, los estudios realizados durante la pandemia por COVID-19 demostraban los efectos adversos significativos de la enfermedad en la salud mental, por ejemplo en un estudio realizado en población española encontró que el 52,6% de las mujeres y el 34,3% de los hombres adultos resultaron ser casos probables de algún malestar emocional, siendo la conducta de evitación la respuesta psicológica más frecuente, seguida de la depresión; contrariamente a la hipótesis planteada por los investigadores que llevaron a cabo, pese al alto porcentaje de angustia emocional que se encontró en los adultos mayores, especialmente en las mujeres, en realidad este grupo etario presentaba un menor riesgo de desarrollar consecuencias depresivas y de estrés por COVID-19 y el confinamiento que los menores de 60 años (García-Portilla, y otros, 2021).

En el contexto chino, se realizó un estudio incluyendo 1210 encuestados de 194 ciudades de China, aplicando la escala DASS, los investigadores encontraron que un 12,2% de participantes padecía de depresión moderada; y un 4,3% sufría de depresión grave y extremadamente grave, un 20,4% de los participantes padecían ansiedad moderada; y 8,4% informaban ansiedad severa y extremadamente severa, mientras que un 5,5% de la muestra reportaba estrés moderado; y 2,6%

informó estrés severo y extremadamente severo, además, la aplicación de la escala IES-R reveló que la mayoría de participantes, un 53.8%, calificaron el impacto psicológico del brote de COVID-19 como moderado o severo (Wang, y otros, 2020).

Por su parte, en España, se analizaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión mediante la escala DASS en una muestra de 976 a la llegada del virus, se recopilaron datos de la sintomatología asociada con estas problemáticas según edad, cronicidad y confinamiento, donde las cifras encontradas demuestran que, pese a los bajos niveles encontrados, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población, además, se detectó un mayor nivel de sintomatología a partir del confinamiento obligatorio, donde las personas tienen prohibido salir de sus casas (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, & Idoiaga-Mondragon, 2020).

En el contexto local, un estudio aplicó la escala DASS a 789 personas de diferentes provincias del Ecuador, con el objetivo de indagar factores de riesgo que contribuyen a la angustia psicológica durante la epidemia de COVID-19, sus resultados evidenciaron que un número significativo de personas en Ecuador informaron niveles severos o extremadamente severos de depresión (10.3%), ansiedad (19.4%) y estrés (13.5%), además, las personas con un bajo nivel socio económico o aquellos participantes que creen que es probable que contraigan COVID-19 o haber estado en contacto con alguien con COVID-19 se asociaron con puntajes significativamente más altos en las tres subescalas (Tusev, Tonon, & Capella, 2020).

Con respecto al impacto psicológico de la pandemia estudiado específicamente en los adultos mayores, estudios en China han encontrado que este grupo etario es vulnerable al comienzo de los desastres naturales y las crisis, especialmente aquellos que padecen demencia o tienen acceso limitado a información y datos precisos sobre la pandemia de COVID-19, además, los problemas de salud mental son comunes en los adultos chinos mayores a 55 años, siendo la prevalencia de síntomas depresivos es del 23,6 % en esta población; concluyendo que la rápida transmisión del coronavirus y la alta tasa de mortalidad podrían exacerbar el riesgo de problemas de salud mental y empeorar los síntomas psiquiátricos existentes, afectando aún más su funcionamiento diario y su cognición (Kontoangelos, Economou , & Papageorgiou, 2020).

5.4 Ansiedad

La ansiedad es un estado que, según sus dimensiones de intensidad y frecuencia, puede clasificarse en:

- a) Ansiedad no patológica: es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos (Iruarrizaga, Gómez-Segura, Criado, Zuaz, & Sastre, 1997), la cual se presenta comúnmente ante determinadas situaciones cotidianas estresantes
- b) Ansiedad patológica: el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) la define como la anticipación aprensiva de una amenaza futura, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión, cuyo foco puede ser interno o externo.

Los principales síntomas de este estado pueden clasificarse en físico, que incluyen sudoración, sequedad de boca, tensión muscular, taquicardias o palpitaciones, náuseas, micción frecuente, entre otras manifestaciones; y psicológicos, cómo preocupación, agobio, sensación de muerte inminente, irritabilidad, inquietud, conductas de evitación, pensamientos intrusivos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2015).

Según (Moreno, 2020) un estudio cognitivo de la ansiedad, propuesto por Dugas en el año 1995, revela cuatro procesos cognitivos en el mantenimiento de la ansiedad: 1) Intolerancia a la incertidumbre 2) La tendencia a sobreestimar la utilidad de la preocupación 3) Orientación ineficaz frente a los problemas y 4) la evitación cognitiva; por consiguiente, la pandemia del COVID-19, al aparecer de manera repentina y al desconocer el tiempo de control de la misma, predice un futuro negativo y, por lo tanto, ansiedad.

Por su parte, Quezada (2020) menciona que el brote de COVID-19 es una amenaza para la integridad física y psicológica propia y de los otros que representa un riesgo ambiguo sobre el cual tenemos bajo control, es decir, no sabemos si realmente nos vamos a contagiar, si las medidas que tomamos a nivel individual y social serán efectivas para controlar la propagación, no se puede predecir con exactitud cuándo ni cómo lograremos superar la pandemia, ni las consecuencias a gran escala que esto tendrá en la salud, la educación, la economía, la política, etc. “Estamos ante una situación de peligro potencial altamente impredecible e incontrolable, dos condiciones que favorecen la emergencia de ansiedad y diversas psicopatologías” (Mineka & Kihlstrom, 1978).

Una gran cantidad de estudios apoyan la hipótesis de que la experiencia repetida con situaciones adversas y percibidas como impredecibles e incontrolables, conduce a una sensación de ansiedad y desesperanza (Wang, Zhang, & Zhang, 2017).

5.5 Teoría del Apoyo social:

Según Song, Son, & Lin (2011), existen múltiples enfoques desde los cuales se ha desarrollado este cuerpo teórico, sin embargo, históricamente podríamos ubicar su apogeo durante la década de 1970 gracias al trabajo de los epidemiólogos John Cassel y Sidney Cobb, quienes recopilaron evidencia del impacto que tienen los factores sociales relacionales en el mantenimiento y la promoción de la salud. El trabajo de ambos investigadores permitió establecer una relación entre los recursos sociales, el apoyo social y el riesgo de enfermedad mediante dos dimensiones, por un lado, el efecto protector que éste ejerce ante situaciones de estrés y por otro, su influencia en la susceptibilidad para la enfermedad (Fernandez, 2015).

Por un lado, la perspectiva funcionalista desarrollada por Cassel organiza las condiciones sociales relevantes para la salud según su función, un grupo de condiciones se relaciona a un aumento en la proclividad del sujeto a enfermar, mientras que otro grupo protege al individuo frente a las consecuencias fisiológicas o psicológicas negativas provenientes de la exposición a una situación estresante (Song, Son, & Lin, 2011). Por otro lado, la perspectiva comunicacional desarrollada por Cobb concibe al apoyo social como información que le permite al sujeto percibirse como: apoyado emocionalmente, estimado y perteneciente a una red de apoyo con obligación mutua; permitiendo un efecto amortiguador ante situaciones estresantes, especialmente en los procesos de salud y enfermedad. Un apoyo social adecuado puede proteger a personas en crisis de una amplia variedad de estados patológicos como depresión o alcoholismo y, además, acelerar los procesos de recuperación (Cobb, 1976).

De forma complementaria, el psiquiatra Gerald Caplan (1974) construye un concepto de sistema de apoyo definiéndolo como “un patrón perdurable de lazos, continuos o intermitentes, que poseen un rol importante en el mantenimiento de la integridad física y psicológica del individuo a lo largo del tiempo”. Este patrón puede mediar en la vida de un sujeto mediante tres actividades: movilizándolo los recursos psicológicos para manejar las

cargas emocionales del individuo; compartir creencias y tareas; y brindar suministros tales como materiales, herramientas y orientación cognitiva para mejorar el manejo de la situación del sujeto (Song, Son, & Lin, 2011).

Si bien la teoría del apoyo social se relaciona directamente con otros conceptos como la redes sociales, cohesión social o capital social, existen autores que subrayan las diferencias existentes entre una y otra conceptualización; por ejemplo, los autores Lin, Dean, & Ensel, (1981) mencionan que las redes sociales describen lazos directos e indirectos que permiten unificar a un grupo con base en algún criterio definible, como el parentesco por ejemplo, mientras que “el apoyo social se extiende más allá de las características estructurales de las redes sociales e identifica los recursos que están disponibles para el individuo en una crisis”; es decir, las redes sociales proporcionan el marco estructural dentro del cual el apoyo puede o no ser accesible para un individuo (Fernandez, 2015). Sin embargo, estas distinciones entre los diferentes factores relacionados al apoyo social, han enriquecido la teoría volviéndola más amplia, lo cual permite englobar las diversas características de la red social (integración, cohesión, capital social, etc.) bajo un mismo paraguas teórico, es decir que el apoyo social puede concebirse como un factor posterior al funcionamiento de las características de la red (Song, Son, & Lin, 2011).

Posteriormente, la mayoría de conceptualizaciones convergen en formas multifacéticas de apoyo social que se pueden categorizar de diferentes maneras, por ejemplo, para autores como Barrera (1986), existe una tipología que se plantea en base a las condiciones bajo las cuales el apoyo social opera las cuales pueden organizarse en tres categorías: integración social, apoyo social percibido y apoyo recibido:

En primer lugar, la integración social es aquel concepto que hace referencia a las conexiones que el individuo tiene con otras personas importantes en su entorno social (Barrera, 1986); estar socialmente integrado es un elemento central en el sentido psicológico de comunidad pues constituye la otra cara del aislamiento social (Gottlieb, 1983). En segundo lugar, el apoyo social percibido se define como la evaluación cognitiva de estar conectado de manera confiable con los demás y la ayuda disponible que existe en ese medio social cuando una persona se encuentra en una crisis (Barrera, 1986); este concepto también se ajusta a los modelos cognitivos del estrés y los procesos de afrontamiento que enfatizan la valoración de situaciones y recursos

potencialmente amenazantes que se pueden incorporar en los esfuerzos de afrontamiento (Folkman, Schaefer, & Lazarus, 1979), por lo tanto la percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros significativos, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo sea percibida de forma reducida (Barrera, 1986). Finalmente, el apoyo social recibido se describe como la capacidad que poseen los demás para brindar asistencia cuando una persona se encuentra bajo condiciones de estrés o enfrenta una crisis, es decir, aquellas acciones que realizan otros cuando prestan asistencia a una persona en particular (Barrera, 1986).

Otros autores proponen que el concepto se puede organizar en apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo instrumental; es decir que se categoriza según el contenido (Song, Son, & Lin, 2011). El apoyo emocional se relaciona con el mantenimiento de la autoestima y representa un recurso interpersonal con un gran efecto para contrarrestar las amenazas hacia la misma, mediante las relaciones los contactos sociales incluyendo la escucha atenta por parte del otro, ofrecer simpatía, confianza y compartir experiencias, por lo tanto, este tipo de apoyo es sumamente efectivo en casos donde las personas se encuentran bajo un estrés considerable (Song, Son, & Lin, 2011).

El apoyo informacional representa la información, orientación y asesoramiento que es brindada por otras personas; cuando los factores estresores exceden el conocimiento disponible por el individuo y la habilidad para solucionar los problemas, se hace necesaria una información y guía adicional, lo cual resalta la función amortiguadora de este tipo de apoyo (Song, Son, & Lin, 2011). Finalmente, el apoyo instrumental incluye un amplio rango de actividades prácticas, por ejemplo, aquellas que el individuo no puede realizar cuando se encuentra enfermo y en las que también ejercería un efecto amortiguador; ayudas concretas de este tipo incluyen la ayuda en las actividades del hogar, cuidado de niños, ayuda en el transporte o el autocuidado (Song, Son, & Lin, 2011).

Con base en estos avances conceptuales presentados anteriormente, se han construido dos modelos para identificar las condiciones bajo las cuales el apoyo social influye en la salud: el modelo de efecto principal (Main Effect Model) y el modelo amortiguador (Stress Buffering Model) (Barrera, 1986; Fernandez, 2015):

El primer modelo, hace referencia al efecto directo del apoyo social sobre la salud física y psicológica, ya que integrarse a una red social constituye una fuente de afectos positivos, sentido de pertenencia y seguridad, reduciendo así, el malestar psicológico, además de promover la motivación para el autocuidado, beneficiar la respuesta neuroendocrina y mejorar la función inmune (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000). Se puede decir también que el acceso a diversos vínculos sociales facilita el acceso a fuentes de información diversa que a su vez puede influir en los comportamientos de salud o ayudar a minimizar las situaciones estresantes (Fernandez, 2015).

El segundo modelo opera a través de la prevención de las respuestas a los acontecimientos estresantes que son contrarias a la salud (Cobb, 1976); esto se debe por un lado a la creencia de que otros pueden proporcionar recursos necesarios y a que el apoyo puede reducir o eliminar las reacciones afectivas ante un acontecimiento estresante, amortiguando las respuestas fisiológicas al evento o bien, e impidiendo o alterando las respuestas de comportamiento desadaptativas (Fernandez, 2015). Con el fin de cumplir con los objetivos de esta investigación, se tomará como referencia conceptual la de apoyo social percibido y al modelo amortiguador o de prevención del estrés.

6 Variables o dimensiones

En el presente trabajo de investigación se analizarán las variables: **apoyo social percibido** en adultos mayores del Distrito Metropolitano de Quito, calculado mediante el cuestionario Duke-UNC-11, y **ansiedad** por COVID-19, medido mediante la escala CAS.

7 Hipótesis o supuestos

Según la literatura revisada, se hipotetiza.

Hipótesis 1: A mayor percepción de apoyo social, menor será la ansiedad reportada en la población objetivo.

8 Marco metodológico

8.1 Perspectiva metodológica

Esta investigación utilizó una metodología de tipo cuantitativa, la cual permitió estimar o mensurar magnitudes de un problema de investigación delimitado y concreto, pero no estático. Para los autores Hernández , Fernández, & Baptista (2010) esta perspectiva se describe como un conjunto de procesos de naturaleza secuencial y probatoria con los cuales se recolectan datos de forma sistemática con el fin de poner a prueba las distintas hipótesis mediante métodos basados en la medición numérica y el análisis estadístico, lo que permite al investigador establecer patrones o relaciones causales que configuran la realidad donde se desarrolla el objeto de investigación. Por otro lado, los mismos autores señalan que, una investigación de corte cuantitativo sigue una serie de fases o procesos que siempre tienen como foco un problema delimitado y concreto a abordarse. Para este estudio se observaron las relaciones que surgen entre los niveles de ansiedad por riesgo de contagio de la COVID-19 y el apoyo social percibido.

8.2 Diseño de investigación:

El diseño de investigación se define como aquella estrategia con la cual se planea obtener la información necesaria para llevar a cabo un estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Esta investigación utilizó un diseño no experimental transversal correlacional, el cual tiene como objetivo describir las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado en términos correlacionales o en función de la relación causa-efecto; es decir, que este tipo de diseños pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010); las variables en las cuales se enfoca este estudio son los niveles de ansiedad por riesgo de contagio de la COVID-19 y el apoyo social percibido.

8.3 Tipo de investigación:

El alcance que se propuso para este estudio es de tipo correlacional, el cual se caracteriza por evaluar el grado de asociación entre dos o más variables presuntamente relacionadas para cuantificarlas y analizar su vinculación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

8.4 Instrumentos y técnicas de Producción de datos:

En esta investigación se aplicaron tres instrumentos:

En primer lugar, se utilizó una ficha sociodemográfica (ad hoc) que recogió datos acerca de las características demográficas de la población (edad, sexo, nivel de instrucción, presencia de enfermedades crónicas), incluyendo una pregunta acerca del estatus de contagio de la COVID-19.

El Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNK) (Broadhead, Gehlbach, Degruy, & Kaplan, 1988), el cual fue aplicado en su versión validada al español del Duke-UNC-11 (Bellón, Delgado, Luna del Castillo, & Lardelli, 1996) que consta de un cuestionario compuesto por 11 ítems que utiliza una escala Likert puntuando de uno (mucho menos de lo que deseo) a cinco (tanto como deseo); cuyo análisis factorial refleja dos variables, el apoyo confidencial y el apoyo afectivo. Su rango es un reflejo del apoyo percibido, no del real, y oscila entre 11 y 55 puntos; la adaptación española opta por un punto de corte en el percentil 15, equivalente a una puntuación mayor a 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo; este instrumento posee una confiabilidad de hasta 0.92 cuando el test fue auto administrado (Bellón, Delgado, Luna del Castillo, & Lardelli, 1996).

Finalmente se utilizó la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) (Lee, 2020), una escala breve que evalúa la ansiedad asociada a la COVID-19 y está compuesta por cinco ítems que evalúan los mareos, las alteraciones del sueño, la inmovilidad tónica, la pérdida de apetito y la náusea o dolor abdominal medidos mediante una escala Likert que va desde los valores de cero (de ninguna manera) a cuatro puntos (casi todos los días), donde resultados iguales a 9 puntos indican probable ansiedad disfuncional frente a la COVID-19 mientras que valores mayores a 9

indican síntomas problemáticos que sugieren un tratamiento. Para este estudio se utilizó la versión validada al español realizada por los investigadores Caycho, Barboza, Ventura, Carbajal, Noé, Gallegos, Reyes & Vivanco (2020). Este instrumento posee propiedades psicométricas sólidas como una estructura factorial estable e invariable con cualidades diagnósticas comparables a otras pruebas de detección psiquiátrica, cuenta con un 89% de confiabilidad; esta herramienta se diseñó para autoadministrarse de forma remota en el contexto norteamericano.

Todos los instrumentos fueron distribuidos mediante la plataforma de mensajería WhatsApp, respetando así las condiciones de prevención en el contexto de la pandemia, y aplicados de forma remota mediante la plataforma digital Google Forms, Este cuestionario estuvo disponible para ser respondido de forma anónima durante el mes de marzo del año 2021. Todos los encuestados recibieron, previamente, información sobre el objetivo del estudio y se les comentó que los datos serán tratados bajo estricta confidencialidad y que serán recopilados de forma anónima; todos los participantes aceptaron las condiciones propuestas aceptando un consentimiento informado.

8.5 Plan de análisis:

Una vez que los participantes aceptaron las condiciones propuestas en la investigación, los resultados de los instrumentos aplicados fueron trasladados desde la plataforma Google Forms hacia el programa SPSS (versión 18.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.) donde se recopilaron los resultados de las variables demográficas de la muestra, mediante estadísticas descriptivas.

Después, se obtuvieron las medidas de tendencia central, para realizar procedimientos de estadística inferencial para obtener indicadores de los niveles de ansiedad por COVID-19 y apoyo social percibido. Después se relacionaron varios indicadores demográficos con cada una de las variables estudiadas y, después, se puso a prueba la validez de la hipótesis planteada relacionando los resultados obtenidos mediante la aplicación del coeficiente de correlación Pearson. Finalmente se interpretaron las correlaciones encontradas durante los análisis estadísticos mencionados previamente.

9 Población y muestra

9.1 Población

Lepkowski (2008, como se citó en Hernández, Fernández y Baptista, 2014) define la población como «el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones»; en concordancia con esta definición y con los objetivos planteados en este estudio, el presente trabajo de investigación se estableció como población objetivo a los adultos mayores que viven en el Distrito Metropolitano de Quito en el año 2021.

9.2 Tipo de muestra

Para este estudio se delimitó una muestra de tipo no probabilística, intencional, seleccionada bajo el paradigma bola de nieve de tipo exponencial (Atkinson & Flint, 2004; Sun, Yang, Zhang, & Cheng, 2020), proceso en el cual se optó por contactar con un grupo de personas que cumplan con los criterios de inclusión (edad, localización, voluntad de participación) que estén dispuestas a colaborar con la investigación; para este trabajo se buscó que la muestra tenga un mínimo de 100 adultos mayores, los cuales se obtuvieron escogiendo grupos de estudiantes de psicología quienes a su vez socializaron los cuestionarios con aquellas personas que cumplían con los criterios de inclusión. Estos sujetos referidos fueron informados directamente del objetivo y condiciones de privacidad que se plantean para este trabajo de investigación.

9.3 Criterios de la muestra:

9.3.1 Criterios de inclusión:

- Edad: adultos mayores quienes tengan cumplidos 65 años, o más, hasta febrero de 2021.
- Localización: habitantes del Distrito Metropolitano de Quito.
- Voluntad de participación: se les invitará los participantes escogidos a responder voluntariamente, una encuesta en línea. Cada uno de ellos deberá socializar la invitación con 5 participantes más cada uno.

9.3.2 Criterios de exclusión:

- Personas menores a 65 años, que estén institucionalizadas, que viven fuera del Distrito Metropolitano de Quito, que presenten algún trastorno neurodegenerativo, y que no deseen participar en el presente estudio, no serán consideradas parte de la muestra

9.4 Fundamentación de la muestra:

La muestra se ha delimitado de esta manera ya que el tema de la investigación refiere al cómo están respondiendo los adultos mayores frente a las condiciones adversas que ha configurado la pandemia mundial. Debido a que estas circunstancias han restringido el acceso a grupos e instituciones de adultos mayores, la muestra será evaluada de forma virtual respetando las medidas de prevención y control de la COVID-19. Además, esta muestra se ha seleccionado bajo un criterio de conveniencia para cumplir los objetivos de la investigación, ya que su desarrollo requiere obtener gran cantidad de casos, con el fin de que la muestra sea representativa.

9.5 Muestra:

Consecuentemente la muestra, definida como un subgrupo representativo y delimitado de la población de interés sobre el cual se recolectan los datos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), la muestra del presente estudio se compuso por un grupo que superaba los 100 adultos y adultas mayores residentes del Distrito Metropolitano de Quito, quienes voluntariamente decidieron colaborar en la investigación de forma virtual.

10 Descripción de los datos producidos

Para el presente estudio la muestra quedó constituida por un total de 189 participantes. El cuestionario fue generado en la plataforma Google Forms y posteriormente socializado de forma virtual mediante la plataforma WhatsApp con adultos mayores y sus familiares contactados por el investigador y con el apoyo de estudiantes de la carrera de Psicología de una universidad privada del Distrito Metropolitano de Quito. Este cuestionario estuvo disponible para ser respondido de forma anónima desde el 19 al 24 de mayo del año 2021.

Mediante una ficha sociodemográfica se recopilaban datos acerca de la edad, sexo, nivel de instrucción, presencia de enfermedades crónicas y diagnóstico de COVID-19, de los participantes. Se aplicó la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) (Lee, 2020), con el fin de explorar los niveles de ansiedad asociados a la COVID-19 en la muestra. Por su parte, se administró el Cuestionario de Apoyo Social funcional en su versión validada al español (Duke-UNC-11) (Bellón, Delgado, Luna del Castillo, & Lardelli, 1996), el cual permitió recoger datos respecto al apoyo social percibido en la muestra.

Todos los datos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS a través de tablas de frecuencia, tablas de contingencia e índices de correlación entre variables, para cumplir con los objetivos establecidos en la investigación.

11 Presentación de los resultados descriptivos

En este apartado se presentarán los datos obtenidos de forma descriptiva, ordenados según el instrumento aplicado:

11.1 Reporte de datos sociodemográficos

Figura 1

Edad de los participantes.

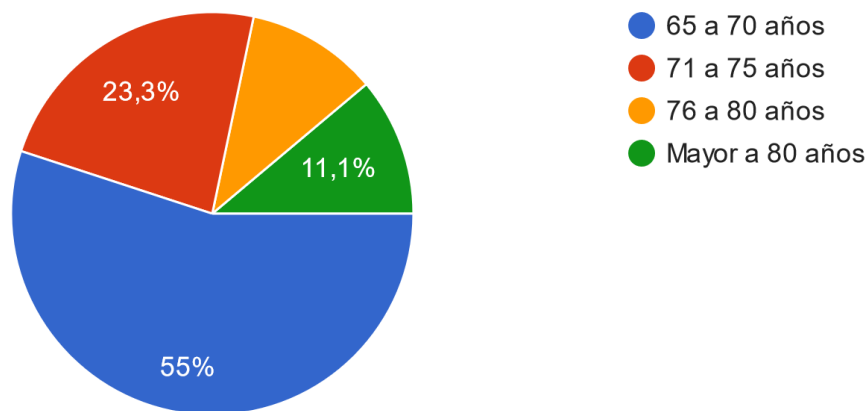


Figura 2

Sexo de los participantes.

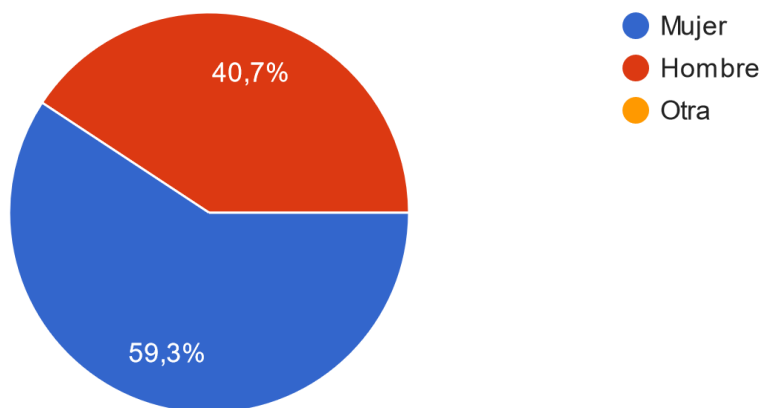


Figura 3

Estado civil de los participantes.

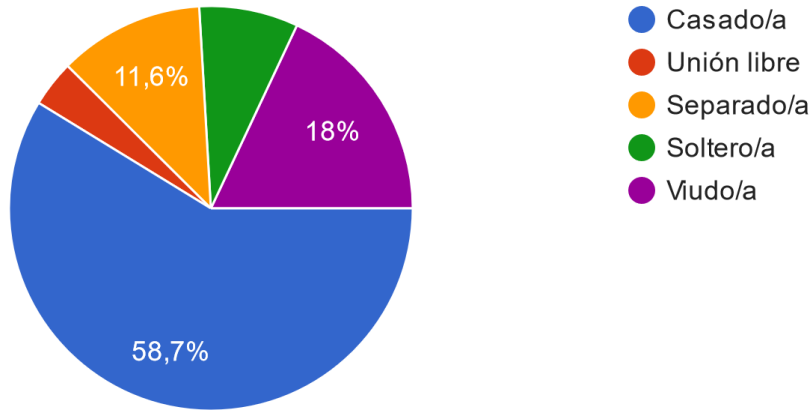


Figura 4

Personas con quienes viven los participantes.

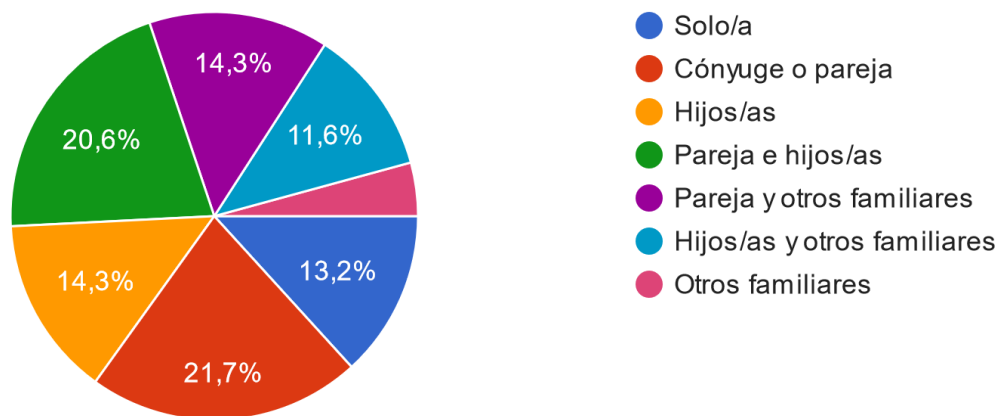


Figura 5

Tipo de vivienda que habitan los participantes.

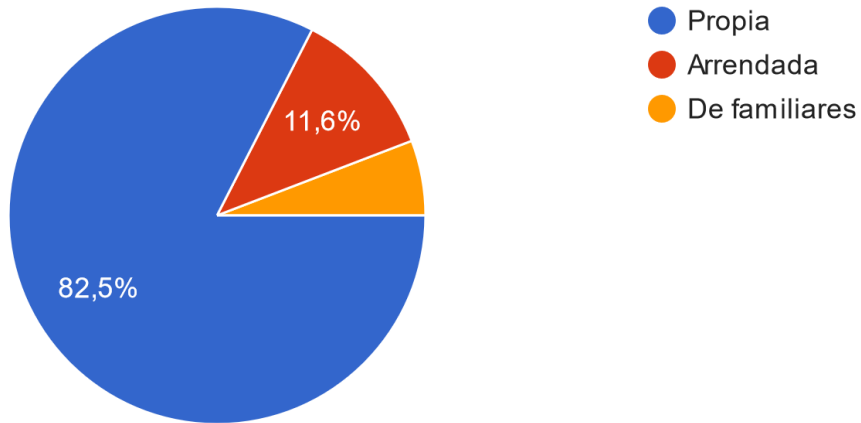


Figura 6

Sector de la vivienda donde habitan los participantes.

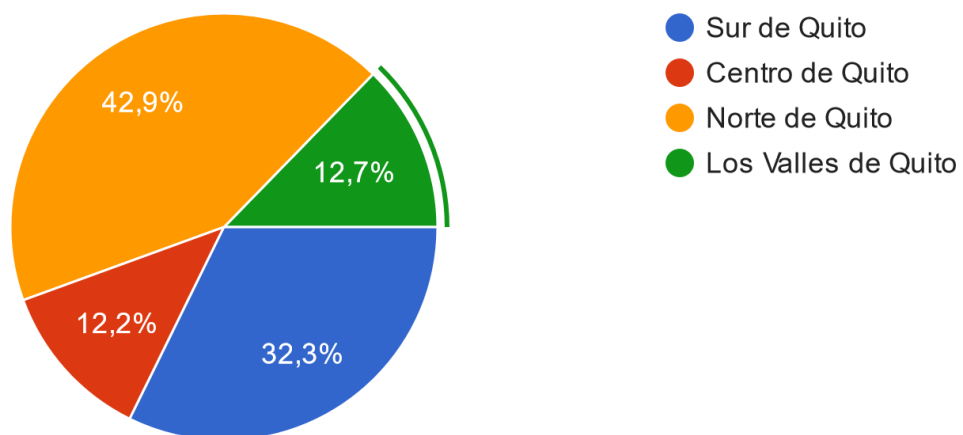


Figura 7

Medios de comunicación más utilizados por los participantes para comunicarse con su red de apoyo social durante la pandemia por COVID-19.

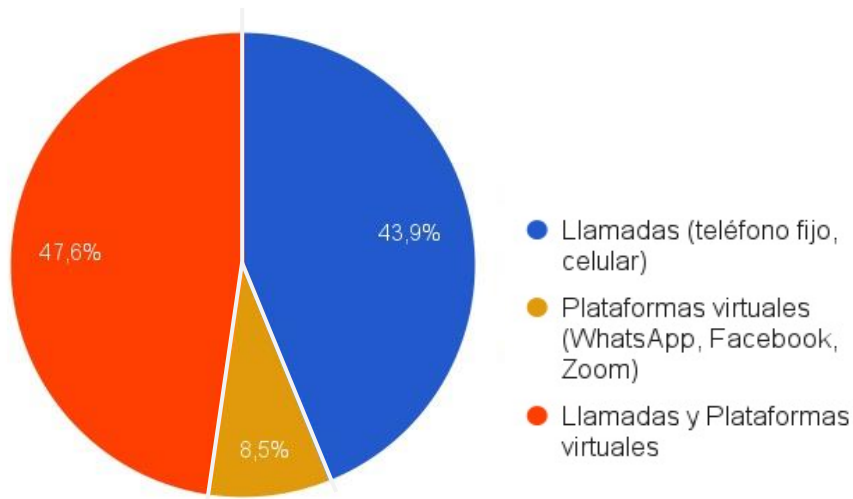


Figura 8

Nivel de instrucción de los participantes.

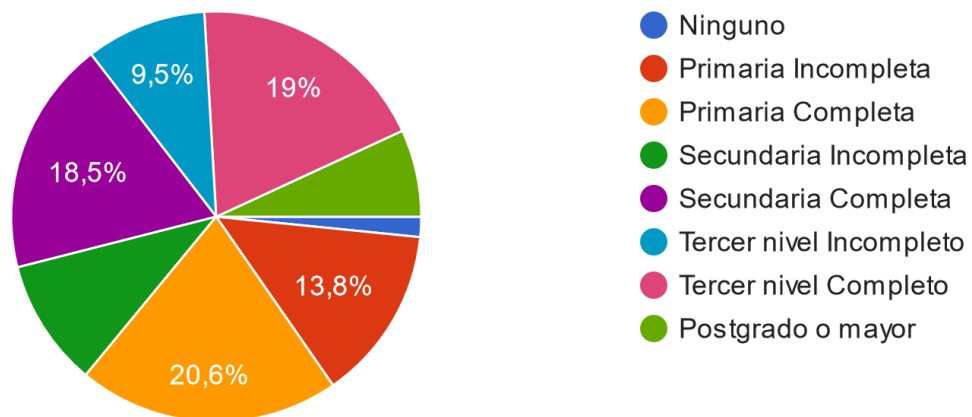


Figura 9

Presencia de diagnóstico de enfermedades pulmonares, cardíacas, diabetes o cáncer.

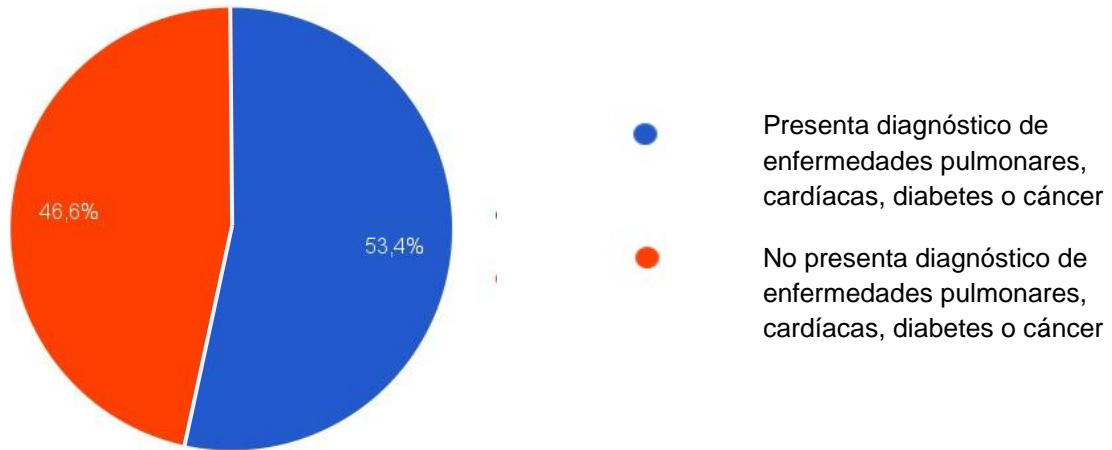


Figura 10

Diagnóstico de otras enfermedades importantes.

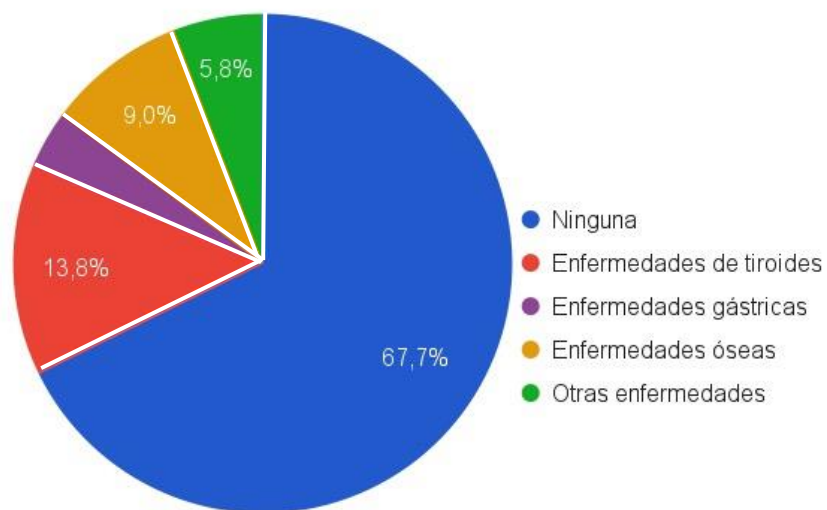


Figura 11

Presencia de diagnóstico de COVID-19 en participantes.

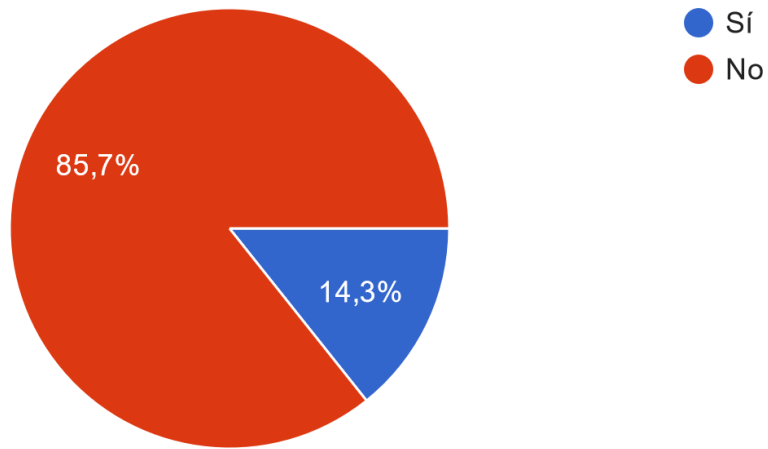


Figura 12

Nivel socioeconómico de los participantes.

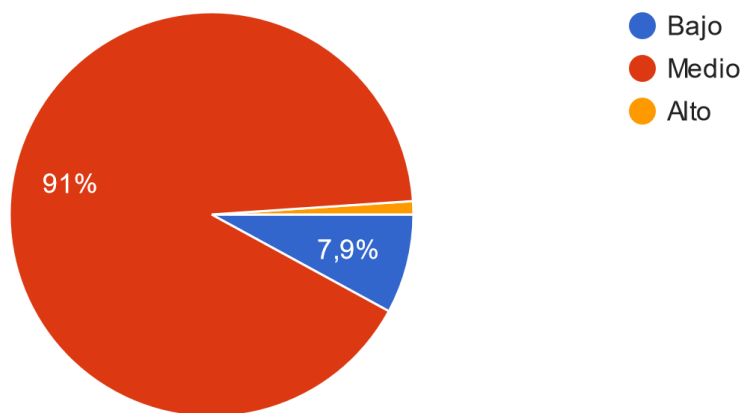


Figura 13

Situación ocupacional de los participantes.

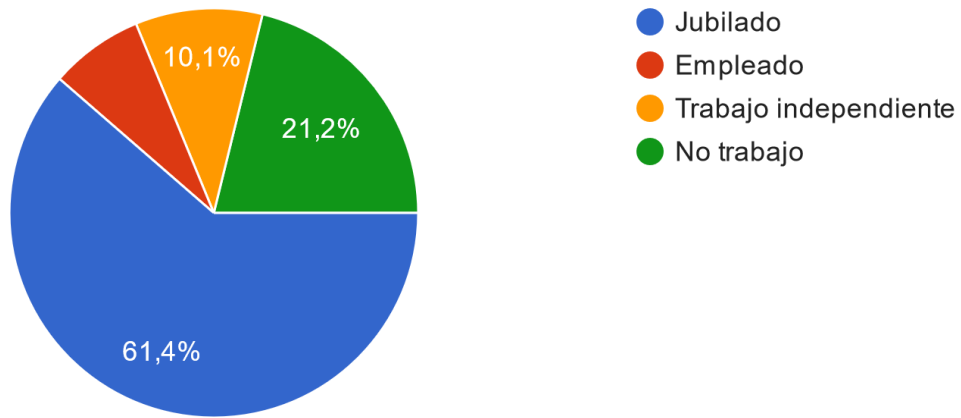
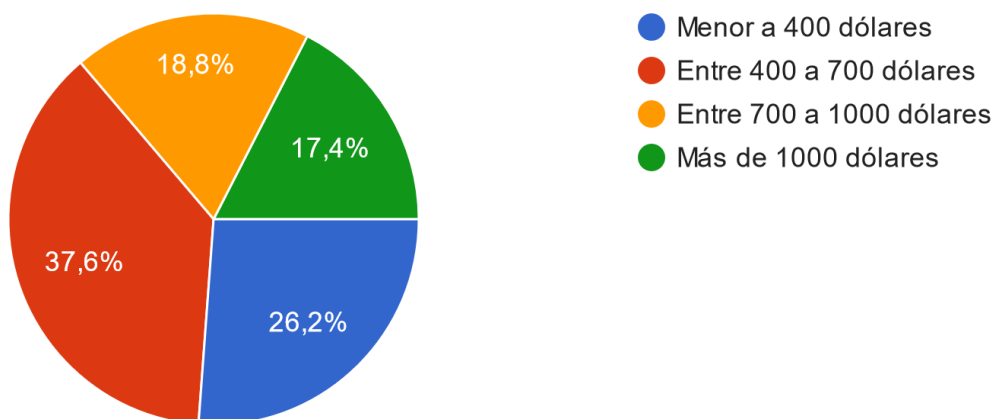


Figura 14

Ingresos de los participantes jubilados, empleados y trabajadores independientes.



11.2 Resultados de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS)

Tabla 1

Resultados Escala de Ansiedad por Coronavirus

	Frecuencia	Porcentaje
Válido No presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	169	89,4
Presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	20	10,6
Total	189	100,0

11.3 Cruce entre variables sociodemográficas y presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19

Tabla 2

*Cruce de variables: Edad * Presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19*

		<i>Resultados Escala de Ansiedad por Coronavirus</i>			
		<i>No presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19</i>	<i>Presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19</i>	<i>Total</i>	
Edad	65 a 70 años	Recuento	94	10	104
		% del Total	49,7%	5,3%	55,0%
	71 a 75 años	Recuento	37	7	44
		% del Total	19,6%	3,7%	23,3%
	76 a 80 años	Recuento	15	5	20
		% del Total	7,9%	2,6%	10,6%
	mayor a 80 años	Recuento	17	4	21
		% del Total	9,0%	2,1%	11,1%
Total		Recuento	163	26	189
		% del Total	86,2%	13,8%	100,0%

Tabla 3*Cruce de variables: Sexo * Presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19*

		<i>Resultados Escala de Ansiedad por Coronavirus</i>			
		<i>No presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19</i>	<i>Presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID- 19</i>	<i>Total</i>	
Sexo	Mujer	Recuento	95	17	112
		% del Total	50,3%	9,0%	59,3%
	Hombre	Recuento	68	9	77
		% del Total	36,0%	4,8%	40,7%
Total		Recuento	163	26	189
		% del Total	86,2%	13,8%	100,0%

Tabla 4

*Cruce de variables: Personas con quienes viven los participantes * Presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19*

		<i>Resultados Escala de Ansiedad por Coronavirus</i>			
		No presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	Presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	Total	
Personas con quienes viven los participantes	Solo	Recuento	25	2	27
		% del Total	13,2%	1,1%	14,3%
	Pareja	Recuento	36	3	39
		% del Total	19,0%	1,6%	20,6%
	Hijos	Recuento	20	8	28
		% del Total	10,6%	4,2%	14,8%
	Pareja e hijos	Recuento	34	1	35
		% del Total	18,0%	,5%	18,5%
	Pareja y otros familiares	Recuento	20	6	26
		% del Total	10,6%	3,2%	13,8%
	Hijos/as y otros familiares	Recuento	20	6	26
		% del Total	10,6%	3,2%	13,8%
	Otros familiares	Recuento	8	0	8
		% del Total	4,2%	,0%	4,2%
Total		Recuento	163	26	189
		% del Total	86,2%	13,8%	100,0%

Tabla 5

*Cruce de variables: Diagnóstico de enfermedades * Presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19*

		<i>Resultados Escala de Ansiedad por Coronavirus</i>			
			No presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	Presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	Total
Diagnóstico enfermedades	Enfermedades cardíacas, pulmonares, diabetes o cáncer	Recuento	85	16	101
		% del Total	45,0%	8,5%	53,4%
	Ninguna	Recuento	78	10	88
		% del Total	41,3%	5,3%	46,6%
Total		Recuento	163	26	189
		% del Total	86,2%	13,8%	100,0%

Tabla 6

*Cruce de variables: Diagnóstico de COVID-19 * Presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19*

		<i>Resultados Escala de Ansiedad por Coronavirus</i>			
			No presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	Presenta síntomas de ansiedad asociada a COVID-19	Total
Diagnóstico de COVID-19	Si	Recuento	18	9	27
		% del Total	9,5%	4,8%	14,3%
	No	Recuento	145	17	162
		% del Total	76,7%	9,0%	85,7%
Total		Recuento	163	26	189
		% del Total	86,2%	13,8%	100,0%

11.4 Resultados del Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)

Tabla 7

Resultados Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Bajo nivel de apoyo social percibido	46	24,3
Nivel normal de apoyo social percibido	143	75,7
Total	189	100,0

11.5 Cruce de variables sociodemográficas y nivel de apoyo social percibido

Tabla 8

*Cruce de variables: Edad * Nivel de apoyo social percibido*

		Resultados Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)			
		Bajo nivel de apoyo social percibido	Nivel normal de apoyo social percibido	Total	
Edad	65 a 70 años	Recuento	28	76	104
		% del Total	14,8%	40,2%	55,0%
	71 a 75 años	Recuento	11	33	44
		% del Total	5,8%	17,5%	23,3%
	76 a 80 años	Recuento	6	14	20
		% del Total	3,2%	7,4%	10,6%
	mayor a 80 años	Recuento	1	20	21
		% del Total	,5%	10,6%	11,1%
Total		Recuento	46	143	189
		% del Total	24,3%	75,7%	100,0%

Tabla 9*Cruce de variables: Sexo * Nivel de apoyo social percibido*

		Resultados Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)			
		Bajo nivel de apoyo social percibido	Nivel normal de apoyo social percibido	Total	
Sexo	Mujer	Recuento	22	90	112
		% del Total	11,6%	47,6%	59,3%
	Hombre	Recuento	24	53	77
		% del Total	12,7%	28,0%	40,7%
Total		Recuento	46	143	189
		% del Total	24,3%	75,7%	100,0%

Tabla 10*Cruce de variables: Estado civil * Nivel de apoyo social percibido*

		Resultados Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)			
		Bajo nivel de apoyo social percibido	Nivel normal de apoyo social percibido	Total	
Estado civil	Casado	Recuento	24	87	111
		% del Total	12,7%	46,0%	58,7%
	Unión libre	Recuento	2	10	12
		% del Total	1,1%	5,3%	6,3%
	Separado	Recuento	9	8	17
		% del Total	4,8%	4,2%	9,0%
	Soltero	Recuento	5	10	15
		% del Total	2,6%	5,3%	7,9%
	Viudo	Recuento	6	28	34
		% del Total	3,2%	14,8%	18,0%
Total		Recuento	46	143	189
		% del Total	24,3%	75,7%	100,0%

Tabla 11

*Cruce de variables: Personas con quienes viven los participantes * Nivel de apoyo social percibido*

		Resultados Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)			
		Bajo nivel de apoyo social percibido	Nivel normal de apoyo social percibido	Total	
Personas con quienes viven los participantes	Solo	Recuento	12	15	27
		% del Total	6,3%	7,9%	14,3%
	Pareja	Recuento	6	33	39
		% del Total	3,2%	17,5%	20,6%
	Hijos	Recuento	6	22	28
		% del Total	3,2%	11,6%	14,8%
	Pareja e hijos	Recuento	8	27	35
		% del Total	4,2%	14,3%	18,5%
	Pareja y otros familiares	Recuento	10	16	26
		% del Total	5,3%	8,5%	13,8%
	Hijos/as y otros familiares	Recuento	3	23	26
		% del Total	1,6%	12,2%	13,8%
	Otros familiares	Recuento	1	7	8
		% del Total	,5%	3,7%	4,2%
Total		Recuento	46	143	189
		% del Total	24,3%	75,7%	100,0%

Tabla 12*Cruce de variables: Diagnóstico de enfermedades * Nivel de apoyo social percibido*

		Resultados Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)			
			Bajo nivel de apoyo social percibido	Nivel normal de apoyo social percibido	Total
Diagnóstico de enfermedades	Diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, cáncer	Recuento	21	80	101
		% del Total	11,1%	42,3%	53,4%
	Ninguna	Recuento	25	63	88
		% del Total	13,2%	33,3%	46,6%
Total		Recuento	46	143	189
		% del Total	24,3%	75,7%	100,0%

Tabla 13*Cruce de variables: Diagnóstico COVID-19 * Nivel de apoyo social percibido*

		Resultados Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)			
			Bajo nivel de apoyo social percibido	Nivel normal de apoyo social percibido	Total
Diagnóstico COVID-19	Si	Recuento	11	16	27
		% del Total	5,8%	8,5%	14,3%
	No	Recuento	35	127	162
		% del Total	18,5%	67,2%	85,7%
Total		Recuento	46	143	189
		% del Total	24,3%	75,7%	100,0%

Tabla 14*Cruce de variables: Situación ocupacional * Nivel de apoyo social percibido*

		Resultados Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)			Total
		Bajo nivel de apoyo social percibido		Nivel normal de apoyo social percibido	
		Recuento			
Situación ocupacional	Jubilado	Recuento	30	86	116
		% del Total	15,9%	45,5%	61,4%
	Empleado	Recuento	7	7	14
		% del Total	3,7%	3,7%	7,4%
	Trabajo independiente	Recuento	4	15	19
		% del Total	2,1%	7,9%	10,1%
	No trabajo	Recuento	5	35	40
		% del Total	2,6%	18,5%	21,2%
Total		Recuento	46	143	189
		% del Total	24,3%	75,7%	100,0%

11.6 Resultados de correlaciones entre variables sociodemográficas y presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19

Tabla 15*Correlación entre variables: presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 y edad de los participantes*

		TOTAL	
		CAS	Edad
TOTAL	Correlación Pearson	1	,090
CAS	Sig. (2-tailed)		,220
	N	189	189
Edad	Correlación Pearson	,090	1
	Sig. (2-tailed)	,220	
	N	189	189

Tabla 16

Correlación entre variables sexo de los participantes y presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19)

	Suma de cuadrados	df	Media de los cuadrados	F	Sig.
Entre Grupos	44,598	1	44,598	2,441	,120
Dentro de los Grupos	3416,354	187	18,269		
Total	3460,952	188			

Tabla 17

Correlación entre variables con quien viven los participantes y presencia de síntomas de ansiedad asociados a COVID-19

	Suma de los cuadrados	df	Media de los cuadrados	F	Sig.
Entre Grupos	417,059	6	69,510	4,156	,001
Dentro de los Grupos	3043,893	182	16,725		
Total	3460,952	188			

Tabla 18

Correlación entre variables presencia de diagnóstico de enfermedades (cardíacas, pulmonares, cáncer o diabetes) y presencia de síntomas de ansiedad asociados a COVID-19

	Suma de los cuadrados	df	Media de los cuadrados	F	Sig.
Entre Grupos	40,872	1	40,872	2,235	,137
Dentro de los Grupos	3420,081	187	18,289		
Total	3460,952	188			

Tabla 19

Correlación entre variables presencia de diagnóstico de COVID-19 y presencia de síntomas de ansiedad asociados a COVID-19

	Suma de los cuadrados	df	Media de los cuadrados	F	Sig.
Entre Grupos	185,786	1	185,786	10,608	,001
Dentro de los Grupos	3275,167	187	17,514		
Total	3460,952	188			

11.7 Correlación entre variables presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 y nivel de apoyo social percibido

Tabla 20

Correlación entre variables: presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 y nivel de apoyo social percibido

		TOTAL Duke- UNC-11	TOTAL CAS
TOTAL Duke- UNC-11	Pearson Correlation	1	-,086
	Sig. (2-tailed)		,239
	N	189	189
TOTAL CAS	Pearson Correlation	-,086	1
	Sig. (2-tailed)	,239	
	N	189	189

12 Análisis de los resultados

En este apartado se presentará el análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos descritos en el apartado anterior, los cuales permiten construir un perfil sociodemográfico de la muestra que presenta las siguientes características: en cuanto al sexo de los participantes los resultados exponen que el 59,3% son mujeres y el 40,7% son hombres; 55% de los participantes pertenece al rango de edad entre 65 a 70 años y en su mayoría (58,7%) informa estar casado. Un porcentaje correspondiente al 20,6% indica que ha completado sus estudios de la primaria, seguido por un 19% que ha completado un tercer nivel de instrucción.

Cabe mencionar que la muestra del presente estudio estuvo compuesta por 189 adultos mayores, de los cuales 112 (59,2%) son mujeres y 77 son hombres (40,7%); cifras que se aproximan fielmente a la realidad de la población objetivo (adultos mayores que pertenezcan al Distrito Metropolitano de Quito y no estén institucionalizados) en la cual el 51% es población femenina y un 49% masculina (INEC, 2020).

En cuanto al tipo de vivienda, un 82,5% menciona que posee una vivienda propia y el 42,9% informa que vive en el sector norte de Quito seguido por un 32,3% que habita en el sur de la ciudad. El 21,7% de los encuestados reporta que vive con su cónyuge o pareja seguido por un 20,6% que indica convivir con su pareja e hijo/as. Un alto porcentaje (91%) considera que pertenece a un nivel socioeconómico medio; mientras que, el 61,4% menciona estar jubilado actualmente; en cuanto a los ingresos, un 37,6% indica que recibe un sueldo mensual que oscila entre los 400 y 700 dólares. En este contexto, el 47,6% de los participantes mencionan que durante la pandemia por COVID-19 han utilizado tanto llamadas (teléfono fijo, celular) y plataformas virtuales (WhatsApp, Facebook, Zoom) como medios principales de comunicación con su red de apoyo social.

Respecto al estado de salud de los colaboradores, un 53,4% de los encuestados manifiestan haber sido diagnosticados con enfermedades pulmonares, cardíacas, diabetes o cáncer; mientras que un 13,8% informa deficiencias en la tiroides como diagnóstico de otras enfermedades, distintas a las anteriormente mencionadas. Las cifras obtenidas en el presente estudio permiten evidenciar que un 85,7% de los participantes no ha sido diagnosticado con COVID-19, mientras que un 14,3% ha padecido la enfermedad.

Con respecto a los resultados de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS), tan solo un 10,6% de la muestra reportó presentar síntomas de ansiedad asociada a COVID-19; al momento de cruzar esta variable con las características del perfil sociodemográfico se puede mencionar que la mayoría de estos encuestados eran mujeres, 9% del total de participantes, y se encontraban en el rango de edad entre los 65 a 70 años representando una cifra igual al 5,3% de la muestra. Además, entre el grupo de personas que reportó presentar síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 en su mayoría, un 4,2% de la muestra, informaba vivir solamente con sus hijos, porcentaje seguido por aquellas personas que informaron vivir con su pareja y otros familiares y con sus hijos/as y otros familiares, 3,2% de la muestra para ambas categorías.

Por su parte, la cifra de encuestados que presentaban síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 informaron haber sido diagnosticados con algún tipo de enfermedad cardíaca, pulmonar, diabetes o cáncer (8,5% de la muestra), fue mayor a quienes no informaron ningún diagnóstico, (5,3% del total de participantes). En contraste con estos resultados, la cantidad de participantes que informaron presentar síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 y habían sido diagnosticados con esta enfermedad, 4,8% de la muestra, era bastante menor comparado al grupo de colaboradores quienes no habían sido diagnosticados con COVID-19, 9% de la muestra. Es decir que aquellas personas que presentaban diagnósticos de enfermedades crónicas, pero que no habían sido diagnosticadas de COVID-19, manifestaban síntomas de ansiedad asociada a esta enfermedad.

En cuanto a las correlaciones entre variables sociodemográficas y los resultados de la escala CAS, debemos resaltar que tanto la edad, como el sexo, la presencia de diagnóstico de enfermedades (cardíacas, pulmonares, cáncer o diabetes) y presencia de diagnóstico de COVID-19 fueron variables que no se relacionaron estadísticamente de forma significativa con la presencia de síntomas de ansiedad asociados a COVID-19; sin embargo, la variable que describe con quien vive el adulto mayor mostró estar relacionada significativamente con la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad asociados a COVID-19, lo cual implica que aquellos participantes que viven con sus hijos e hijas y otros familiares experimentaron, en menor cantidad, síntomas de ansiedad relacionada a esta enfermedad, en comparación con las otras categorías.

Por otro lado, los resultados del Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11) indican que el 75.7% del total de participantes percibieron niveles normales de apoyo social, quienes en su mayoría eran mujeres de entre los 65 a 70 años de edad, en matrimonio y que vivían acompañadas de cónyuge, hijos/as y otros familiares. Por su parte, aquellos participantes que informaron vivir solos fueron quienes reportaron con mayor frecuencia un bajo nivel de apoyo social percibido en comparación con otros grupos.

Consecuentemente, respecto al estado de salud y nivel de apoyo social percibido, del 75.7% que reportó niveles normales de apoyo social percibido, el 42.3% de los participantes había sido diagnosticado con enfermedades cardíacas, pulmonares, diabetes o cáncer y reportaban niveles normales de apoyo social percibido, mientras que el 33.3% no presentaba diagnóstico de estas enfermedades.

Finalmente, en cuanto a la correlación entre los resultados de la escala CAS y el cuestionario Duke-UNC-11, los resultados manifiestan que el nivel de asociación entre las variables presencia de síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 y nivel de apoyo social percibido no es significativa estadísticamente; sin embargo el valor $p = -0.086$ denota la existencia de una relación inversa o negativa respecto de las variables estudiadas; es decir que a mayor nivel de apoyo social percibido, menor será la presencia de síntomas relacionados con ansiedad frente a COVID-19. Por lo tanto, la hipótesis planteada en este estudio, a saber: a mayor percepción de apoyo social, menor presencia de síntomas de ansiedad asociados a COVID-19 en la población objetivo, fue comprobada.

13 Interpretación de los resultados

Respecto al perfil sociodemográfico de los participantes se puede mencionar que la mayoría de la muestra estuvo constituida por mujeres, dentro del rango de edad entre los 65 a 70 años, personas que en su mayoría estaban casadas y habían cursado la primaria; además, la mayor parte de los participantes reportaban estar jubilados o estar desempleados y vivir acompañado de pareja, hijas/os o ambos. Estos datos son congruentes con las cifras levantadas por el INEC (2008), en las cuales se expone que la realidad del adulto mayor dentro del Distrito Metropolitano de Quito corresponde a estas características, así como concuerdan con las manifestaciones psicosociales observadas con mayor frecuencia durante eventos catastróficos donde trastornos depresivos y ansiosos son bastante frecuentes en la fase aguda de la crisis, sobre todo en mujeres; aunque se debe resaltar que en ninguna investigación se ha encontrado que la edad sea un factor de riesgo o predisponente a la manifestación de sintomatología ansiosa o depresiva (Chong, 2012; Díaz, Reyes, & Sosa, 2016; OPS, 2002).

En cuanto a la ansiedad relacionada a COVID-19, los resultados del presente estudio indican que una minoría de participantes reportó presentar síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 (10,6%), quienes en su mayoría eran mujeres entre los 65 a 70 años de edad. Estas cifras concuerdan con investigaciones locales y en otros contextos, como España y China, en las cuales se ha encontrado una correlación positiva entre el género femenino y mayores niveles de ansiedad durante el contexto de pandemia; por otro lado, es interesante resaltar que las enfermedades pulmonares, cardíacas, diabetes o cáncer son consideradas en la literatura como patologías crónicas que se han relacionado positivamente con mayores niveles de ansiedad o su sintomatología a nivel local, regional y mundial (Ozamiz-Etxebarria, et al., 2020; Tusev, Tonon, & Capella, 2020; Wang et al., 2020) condiciones que a nivel local son de suma importancia ya que estas enfermedades constituyen algunas de las principales causas de mortalidad general en adultos mayores (INEC, 2008), y por lo tanto, representan factores de riesgo importantes asociados a mayores niveles de ansiedad en personas adultas mayores (Administration on Aging, 2016).

Por el contrario, hay que resaltar que las cifras obtenidas en este estudio denotan que la mayoría de participantes que presentaba síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 no había sido diagnosticado con esta novedosa enfermedad, lo difiere con la literatura revisada misma que reporta que quienes han sido diagnosticados con COVID-19 se asocian a mayores niveles de ansiedad relacionada con esta enfermedad (Lee, 2020). Este contraste se explica puesto que este estudio se enfoca directamente en adultos mayores, grupo etario que en otras investigaciones reportan menores niveles de ansiedad que las cohortes más jóvenes con las que fueron comparados (Ozamiz-Etxebarria, et al., 2020). La baja tasa de participantes que presentaba síntomas de ansiedad asociada a COVID-19 puede estar relacionado al momento en el cual se desarrolló la presente investigación, en la actualidad el decrecimiento de la tasa de nuevos contagios y de fallecimientos asociados a esta novedosa enfermedad en conjunto con las masivas campañas de vacunación a nivel mundial que han alcanzado un aproximado del 25,3% de la población mundial (Our World in Data, 2021) nos revelan que los países de a poco están superando la fase de mayor criticidad, etapa que concuerda el período entre el apareamiento de la crisis hasta los 12 primeros meses, en la cual las investigaciones señalan que es esperable que exista un considerable aumento de cuadros psicopatológicos relacionados a ansiedad, depresión y consumo problemático de sustancias (Javadi & Nateghi, 2020).

De forma congruente, estos resultados se acercan a los postulados de la teoría de la resiliencia en la cual se ha investigado que la habilidad para hacer frente a las crisis aprendiendo como sobrellevarla, no disminuye con la edad y tampoco se han encontrado diferencias importantes entre adultos más jóvenes y las cohorte de mayor antigüedad (Centre for Policy on Ageing, 2014); otros estudios resaltan que la capacidad de los adultos mayores para sobrellevar los eventos críticos subyace en la experiencia de los adultos mayores, ya que ya se han afrontado previamente a diversas situaciones críticas que los grupos etarios más jóvenes no han experimentado, estas vivencias previas permitirían desarrollar diversos recursos de afrontamiento que podrían resultar efectivos para reducir los efectos de un evento traumático y para la recuperación después del desastre (Centre for Policy on Ageing, 2014; Ozamiz-Etxebarria, et al., 2020; Wang et al., 2020). Por ende, los adultos mayores resaltan en su rol de memoria histórica, modelos de cómo se han afrontado situaciones críticas anteriores que, desde un papel activo pueden desarrollar y promover un comportamiento resiliente en su comunidad (Díaz, Reyes, & Sosa, 2016).

En cuanto al nivel de apoyo social percibido, los resultados del Cuestionario de apoyo social (Duke-UNC-11) denotan que menos de una cuarta parte de la muestra reportaba un nivel bajo de apoyo social percibido, lo cual puede explicarse debido a que la gran mayoría de participantes reportaba vivir acompañado por algún integrante de su familia nuclear, este factor es señalado por la literatura como un predictor de percepción normal de apoyo social, siempre y cuando no se presenten disfunciones en la esfera familiar (Bellón et al., 1996); de igual forma el grupo de participantes que reportaron vivir solos también informó en mayor cantidad niveles bajos de apoyo social percibido. Por otra parte, todos los participantes reportaron utilizar al menos un medio de comunicación, sincrónico o digital, con los cuales mantenían contacto con sus allegados, lo cual puede relacionarse a que, en su mayoría, la muestra no presente bajos niveles de apoyo social percibido (Bellón et al., 1996).

En contraste con lo presentado, resulta sumamente curioso que la literatura revisada menciona que un bajo apoyo social percibido estaba asociado significativamente a: ser mayor de 40 años, estar viudo o divorciado, peor salud subjetiva y mayor morbilidad crónica (Bellón et al., 1996), características que difieren del perfil sociodemográfico de la muestra en la que se realizó esta investigación; esto podría explicarse debido al contexto que ha propuesto esta crisis sanitaria, donde las exigencias para evitar el contagio de la enfermedad han promovido el aislamiento social, exacerbando problemáticas psicosociales preexistentes y planteando condiciones de hostilidad sin precedentes, cuyos efectos adversos en la salud mental probablemente continuarán durante algún tiempo (McCleskey & Gruda, 2020). Esto puede explicarse ya que la literatura revisada se desarrolló en contextos donde se había decretado cuarentena como una medida para evitar la propagación de esta enfermedad, sin embargo, un año después de declarada la pandemia, en el contexto local las restricciones de movilización y contacto social se flexibilizaron, permitiendo que la población objetivo mantenga mayor contacto con sus redes de apoyo; esto es congruente con el modelo amortiguador de la teoría del apoyo social (Cobb, 1976) ya que esta sostiene que el apoyo social funciona como un mediador para prevenir, reducir o eliminar las respuestas que atentan contra la salud frente a situaciones de crisis.

Finalmente, los datos descriptivos nos permiten observar una pequeña parte de la muestra presenta síntomas de ansiedad asociados a COVID-19 y un bajo nivel de apoyo social, lo cual en primera instancia parecería indicar de una relación inversa entre ambas variables apoyando la hipótesis planteada: a mayor nivel de apoyo social, menor es el nivel de presencia de sintomatología ansiosa asociada a COVID-19; según los resultados del análisis estadístico existe una correlación negativa importante, sin embargo, no presentó evidencia a favor de que esta sea estadísticamente significativa, por lo tanto ambas variables investigadas se relacionan de forma inversa aportando evidencia a favor de la hipótesis planteada en este estudio.

Esto último posiblemente puede explicarse por la especificidad de la Escala de Ansiedad por Coronavirus cuyos puntajes más altos, se relacionaban fuerte y positivamente con deterioro funcional en un contexto específico que responde a las desafiantes condiciones que plantea la actual crisis sanitaria (Lee, 2020), mientras que el Cuestionario Duke-UNC-11, fue diseñado con el fin de explorar los niveles de apoyo social percibido en población adulta de forma general, no específicamente dentro de un contexto de pandemia. Por otro lado, con respecto a la metodología se puede mencionar que tal vez el número de participantes que conformaron la muestra no era suficientemente amplio como para evidenciar una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables analizadas en este estudio.

14 Conclusiones

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, se concluye que:

El perfil sociodemográfico construido a partir de la muestra escogida es congruente con las cifras levantadas por el INEC en el último censo poblacional, es decir que las condiciones sociodemográficas de la muestra responden fielmente a la realidad del adulto mayor dentro del Distrito Metropolitano de Quito; por ende, los resultados de esta investigación permiten acercarnos a la realidad de la población a un año de iniciada la pandemia por COVID-19.

Por otro lado, la aplicación de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS, 2020) mostró que un porcentaje minoritario de la muestra presentaba síntomas de ansiedad asociada a COVID-19, lo cual podría corresponder al momento en el cual se desarrolló esta investigación ya que en la actualidad el decrecimiento de la tasa de nuevos contagios y de fallecimientos asociados a esta novedosa enfermedad, en conjunto con las masivas campañas de vacunación a nivel mundial, nos permiten intuir que la crisis ya no se encuentra en su fase más aguda donde los cuadros depresivos y de ansiedad se presentan con gran frecuencia; sin embargo, quienes reportaron presentar esta sintomatología eran en su mayoría mujeres a quienes se les había diagnosticado enfermedades crónicas con anterioridad (pulmonares, cardíacas, cáncer o diabetes), lo cual es congruente con la literatura revisada. Aunque debemos señalar que dentro de las cohortes estudiadas, la que presentaba mayores cifras de síntomas de ansiedad relacionados con COVID-19 eran adultos mayores más jóvenes, lo cual también se ha reportado en otras investigaciones donde se compara la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva entre varios grupos etarios, donde un menor índice de síntomas fueron encontrados en las cohortes de mayor edad, lo cual podría significar que la edad actúa como un factor protector o predisponente cuando las personas se encuentran en situaciones de estrés o críticas; posiblemente esto esté relacionado con la forma en la que los diferentes grupos etarios perciben apoyo social en los diversos grupos a los que pertenecen.

Adicionalmente, se debe subrayar que los datos obtenidos en estudio develan que gran parte de adultos mayores participantes viven acompañados de familiares y una cantidad muy similar perciben niveles suficientes de apoyo social, en contraste, una cantidad minoritaria de los participantes reportan ansiedad específica por COVID-19, lo cual podría explicarse debido al rol amortiguador que tiene el apoyo social durante las situaciones de crisis; se ha demostrado ampliamente desde el modelo de amortiguamiento del estrés, que la percepción de apoyo es un moderador fundamental en el procesamiento de experiencias que representan una situación crítica, es decir, que puede actuar como un factor protector o como un predisponente en la aparición de trastornos en la salud mental de las personas. Además, esto es congruente con la literatura revisada donde se encontró que un factor de riesgo para presentar mayor sintomatología de tipo depresiva y ansiosa en población adulta mayor inmersa en situaciones de desastre es el vivir solo o carecer de redes sociales de apoyo (Castellano, 2014; Javadi & Nateghi, 2020; Wang, y otros, 2020).

En contraste, se pudo observar que los resultados de esta investigación difieren puesto que no se encontró una asociación entre diagnóstico positivo de COVID-19 y presencia de síntomas de ansiedad asociados a esta enfermedad lo cual se explica puesto que este estudio se enfoca directamente en adultos mayores, grupo etario que en otras investigaciones reportan menores niveles de ansiedad que las cohortes más jóvenes con las que fueron comparados (Ozamiz-Etxebarria, et. al, 2020).

Respecto de la aplicación del Cuestionario de apoyo social (Duke-UNC-11, 1996), las cifras obtenidas denotan que un porcentaje minoritario de la muestra reporta bajo nivel de apoyo social percibido, sin embargo, los resultados del presente estudio no concuerdan con el perfil sociodemográfico de la literatura revisada, la cual relaciona factores como ser mayor a 40 años, estar divorciado o viudo y mayor morbilidad crónica con bajos niveles de apoyo social percibido; en esta muestra solo se evidenció una asociación positiva entre los participantes que reportaron vivir solos y bajos niveles de apoyo social percibido, lo cual probablemente refleja que los adultos mayores tienen una percepción más amplia del apoyo social lo cual permite analizar a la edad y el apoyo social percibido como un factores protectores que necesitan analizarse profundamente mediante otro tipo de estudios, cualitativos y mixtos, para extender sus relaciones con la salud y la enfermedad.

Un hallazgo importante a ser mencionado es que los datos reflejan que existe una correlación negativa entre ambas variables estudiadas, sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ellas. En primera instancia los datos descriptivos indican que mientras una de las variables aumenta la otra disminuye lo cual aporta evidencia de que la hipótesis planteada en este estudio tiene validez en el contexto estudiado. Por otro lado, el que esta correlación inversa no pueda ser tomada como estadísticamente significativa puede explicarse debido a que, posiblemente, la especificidad en el diseño de la Escala de Ansiedad por Coronavirus, centrada en reconocer la presencia o ausencia de marcadores fisiológicos relacionados a sintomatología ansiosa, no es congruente con las variables que busca medir el Cuestionario de Apoyo Social, pese a que los resultados adaptativos de este último instrumento, es decir un nivel normal de apoyo social percibido, estaban indirectamente relacionados con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa de forma general.

Por su parte, el presente estudio podría estar limitado por la extensión de la muestra con la que se trabajó, ya que pudo haber incidido de forma negativa en la correlación analizada entre ambas variables; además, al utilizarse un instrumento tan específico para explorar la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad asociados a COVID- 19, no se puede comparar de forma extensiva con otros estudios en el contexto regional y local. En concordancia con lo expuesto, se sugiere que el modelo de esta investigación pueda ser replicado con distintas cohortes de edad utilizando muestras más numerosas, lo cual permitirá observar cómo se comportan ambas variables estudiadas de forma generalizada en el país y comparar como se manifiestan estas variables en los distintos grupos etarios que conforman la población ecuatoriana, refutando o aportando evidencia a los diversos estudios que se han realizado durante el contexto de pandemia.

También se debe reconocer como limitación del presente estudio que se aplicaron instrumentos que no han sido validados específicamente para el contexto local; debido a la urgencia que planteaba la novedosa enfermedad COVID-19 y la necesidad de recopilar datos en el contexto local al año de declarada la pandemia, se utilizaron las versiones más aplicadas a nivel regional, así como aquellas validadas al español por equipos de investigación hispanohablantes. La validación al contexto local de los instrumentos puede ser un trabajo de investigación per se, el cual conlleva la ejecución de otro tipo de investigaciones que se sugieren realizar en un futuro.

15 Referencias bibliográficas

- Administration on Aging. (2016). Issue Brief 6: Depression and Anxiety: Screening and Intervention. *OLDER AMERICANS BEHAVIORAL HEALTH* , 1-5. Obtenido de OLDER AMERICANS BEHAVIORAL HEALTH Issue Brief 6.
- Asociación Americana de Psiquiatría. . (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Panamericana.
- Bagés, N., Chacón-Puignau, G., DePablo, D., Feldman, L., & Zaragoza, L. G. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psicológica*, 739-751.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *Lancet*, e37–e38.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. *Assesment Issues*, 69-96.
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*.
- BBC News Mundo. (14 de Abril de 2020). *Coronavirus: las muertes de miles de ancianos que no están siendo contabilizadas en las estadísticas de los fallecidos por covid-19 en Europa*. Obtenido de BBC Web site: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52283394>
- Bellón, J., Delgado, A., Luna del Castillo, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención primaria* .
- Berniell, L. (09 de octubre de 2020). *Demografía y pandemia: qué revelan las muertes por Covid-19 en América Latina: Banco de Desarrollo de América Latina* . Obtenido de sitio Web Banco de Desarrollo de América Latina: <https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2020/10/demografia-y-pandemia/>
- Bovier, P., Chamot, E., & Perneger, T. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 161-170.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., Degruy, F., & Kaplan, B. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. . *Medical Care*, 709-723.
- Brooks , S., Webster , R., Smith , L., Woodland , L., Wessely , S., Greenberg , N., & Gideon, J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* , 912-920.
- Caplan, G. (1974). Support Systems and Community Mental Health. *Behavioral Publications* .

- Carballeira, M., Ibáñez, I., López, M., Matad, P., & Marrero, R. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 32-37.
- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 365-377.
- Centre for Policy on Ageing. (mayo de 2014). *Resilience in Older Age CPA Organization*. Obtenido de CPA Organization: <http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-Rapid-Review-Resilience-and-recovery.pdf>
- Chaudhury, S., Salujha, S., Walia, T., & Gupta, A. (2019). Psychosocial consequences of disaster: Presentations, assessment and intervention. En S. Ojha, M. Asthana, & U. Ojha, *Spirituality and Health: Emerging Issues* (págs. 223-249.). New Delhi: Shree Publishers and Distributors.
- Chong, D. A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana Med Gen Integr.*
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 300–314.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, B. Gottlieb, & L. Underwood, *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists* (págs. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Constitución de la República del Ecuador. (20 de 10 de 2008). [Const]. Ecuador.
- Cornejo, M., & Lucero, M. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 143-153.
- Dávila, A., & Ruiz, R. (2010). *Niveles de Ansiedad, Depresión y Percepción de Apoyo Social en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile*. Universidad de Chile.
- Dean, A., & Ensel, W. (1982). Modelling social support, life events, competence, and depression in the context of sex and age. *Journal of Community Psychology*.
- Del Canto, E., & Silva, A. (2013). METODOLOGIA CUANTITATIVA: ABORDAJE DESDE LA COMPLEMENTARIEDAD EN CIENCIAS SOCIALES. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 25-34.
- Díaz, E., Reyes, E., & Sosa, A. (2016). Comportamiento del anciano ante situaciones de desastres. *MEDISAN*, 390-394.
- Falconí, J. G. (14 de junio de 2011). *DerechoEcuador.com*. Obtenido de Los Derechos de los Adultos Mayores: <https://www.derechoecuador.com/los-derechos-de-los-adultos-mayores>
- Fernandez, R. (2015). *El estudio del apoyo social y la calidad de vida desde las redes personales: el caso del dolor crónico [Tesis de Doctorado Inédita]*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

- Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. En V. Hamilton, & D. Warburton, *Human stress and cognition: An information-processing approach* (págs. 265-268). Londres: Wiley.
- García, M., Martínez, M., & Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Universidad de Sevilla. Psicothema*, 605-610.
- García-Portilla, P., de la Fuente Tomás, L., Bobes-Bascarán, T., Jiménez Treviño, L., Zurrón Madera, P., Suárez Álvarez, M., . . . Bobes, J. (2021). Are older adults also at higher psychological risk from COVID-19? *Aging & Mental Health*, 1297-1304. doi:10.1080/13607863.2020.1805723
- Geiss, B. (2020). Older people are at more risk from COVID-19 because of how the immune system ages. *The Conversation*. Obtenido de <https://theconversation.com/older-people-are-at-more-risk-from-covid-19-because-of-how-the-immune-system-ages-133899>
- Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*, 169-83.
- González, M., & Landero, R. (2006). Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 16-30.
- Gottlieb, B. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. SAGE.
- Habif, V., & Lahey, B. (1980). Assessment of the life stress-depression relationship: The use of social support as moderator variable. *Journal of Behavioral Assessment*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., . . . Gu, X. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 497-506. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Instituto nacional de estadísticas y censos INEC. (2020). Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
- Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuaz, M., & Sastre, E. (1997). REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD A TRAVÉS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. *R.E.M.E.*
- Javadi, S., & Nateghi, N. (2020). COVID-19 and Its Psychological Effects on the Elderly Population. *Society for Disaster Medicine and Public Health*, 40-41.
- Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. K. (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ*, 1-2. doi:doi:10.1136/bmj.m1198
- Khan, R., & Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support. En P. Baltes, & O. Brim, *Life-span Development and Behavior*. Boston: Lexington.

- Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry investigation*, 491–505. doi:10.30773/pi.2020.0161
- Lee, S. (2020). Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 1-9.
- León-Amenero, D., & Huarcaya-Victoria, J. (2020). Salud mental en situaciones de desastres. *Horizonte Médico*, 73-80.
- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. (2019). Última Reforma: Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 484, 9-V-2019).
- Lin, N., & Ensel, W. (1984). Depression-morbidity and its social etiology: The role of life events and social support. *Journal of Health and Social Behaviour*.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1981). Social support scales: a methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 73–89. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7233114>
- McCleskey, J., & Gruda, D. (2020). Risk-taking, resilience, and state anxiety during the COVID-19 pandemic: A coming of (old) age story. *Personality and Individual Differences*, 1-6.
- Mineka, S., & Kihlstrom, J. (1978). Unpredictable and uncontrollable events: a new perspective on experimental neurosis. *Journal of Abnormal Psychology* 87, 256–271., 5.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (Diciembre de 2013). *Dirección Población Adulta Mayor*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Ministerio de Salud Pública. (31 de enero de 2021). *Informes de Situación e Infografías – COVID 19 – desde el 29 de Febrero del 2020: sitio web Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Sitio web Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2021/02/INFOGRAFIA-NACIONALCOVID19-COE-NACIONAL-08h00-01022021.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2015). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Moreno, G. (2020). PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS Y ANSIEDAD GENERALIZADA EN COVID-19. *CienciAmérica*, 4.
- OPS. (18 de marzo de 2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*. Obtenido de OPS: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52571/OPSWNMHMHCCovid-1920040_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud. (2016-2017). Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2016-2017. *Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (30 de septiembre de 2020). *Noticias: Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de sitio Web Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>
- Our World in Data. (Julio de 2021). *Statistics and Research COVID-19*. Obtenido de Our World in Data Web site: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. . *Cadernos de Saúde Pública*.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial del COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. . *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.
- Porcheddu, R., Serra, C., Kelvin, D., Kelvin, N., & Rubino, S. (2020). Similarity in Case Fatality Rates (CFR) of COVID-19/SARS-COV-2 in Italy and China. *Journal of Infection in Developing Countries*, 125-128.
- Prince, M., Harwood, R., Blizard, R., Thomas, A., & Mann, R. (1997). Impairment, Disability and Handicap as Risk Factors for Depression in Old Age. *The Fospel Oak Project V. Psychological Medicine*, 311-321.
- Quezada, V. (2020). MIEDO Y PSICOPATOLOGÍA: LA AMENAZA QUE OCULTA EL COVID-19. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 3.
- Quiroz, G. (27 de septiembre de 2020). *6 de cada 10 fallecidos por covid-19 son adultos mayores*. Obtenido de ELCOMERCIO Web site: <https://www.elcomercio.com/actualidad/fallecidos-covid19-ecuador-adultos-mayores.html>
- Reardon, S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa: Health-care workers struggle to help people who have been traumatized by the epidemic. *Nature* , 13–15.
- Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Beltekian, D., Mathieu, E., Hasell, J., Macdonald, B., . . . Roser, M. (2020). *Policy Responses to the Coronavirus Pandemic: Our World in Data*. Obtenido de Our World in Data Web site: <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid>
- Rothan, H., & Byrareddy, S. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109.

- Sánchez, M. (2012). *Psicología del adulto mayor. (Primera ed., Vol. 1). Lima, Perú: MIRBET*, 6-9.
- Shigemura, J., Ursano, R., Morganstein, J., Kurosawa, M., & Benedek, D. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clinical Neuroscience*.
- Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa, & Benedek. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74:281-2.
- Song, L., Son, J., & Lin, N. (2011). Social Support. En J. Scott , & P. Carrington, *The Sage Handbook of Social Network* (págs. 116-128). SAGE .
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. Tallahassee: Elsevier Ltd.
- Statista. (28 de Enero de 2021). *Número de personas fallecidas a consecuencia del coronavirus a nivel mundial a fecha de 28 de enero de 2021, por continente; statista*. Obtenido de Statista Web site: <https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region/>
- Sun, Z., Yang, B., Zhang, R., & Cheng, X. (2020). Influencing Factors of Understanding COVID-19 Risks and Coping Behaviors among the Elderly Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-16.
- Tucci , V., Moukaddam , N., Meadows , J., Shah , S., Galwankar , S., & Kapur , B. (2017). The forgotten plague: Psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and emerging infectious diseases. *Journal of Global Infectious Diseases*, 151-344.
- Tusev, A., Tonon, L., & Capella, M. (2020). Efectos Iniciales en la Salud Mental por la Pandemia de . *INVESTIGATIO*, 11-22.
- Tusev, A., Tonon, L., & Capella, M. (2020). Efectos Iniciales en la Salud Mental por la Pandemia de Covid-19 en algunas Provincias de Ecuador. *INVESTIGATIO*, 11-22.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *SciELO*, 5-8.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & al., e. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17-29.
- Wang, C., Zhang, K., & Zhang, M. (2017). Dysfunctional attitudes, learned helplessness, and coping styles among men with substance use disorders. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 45(2), 269-280., 8.

Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*, 441–447.

WHO. (11 de 2020). *Timeline: WHO's COVID-19 response: World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization Web site: World Health Organization

WHO. (12 de 11 de 2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Obtenido de WHO Web Site: <https://covid19.who.int/>

Anexo 1 Ficha Socio-Demográfica

Nivel de ansiedad por COVID-19 y apoyo social percibido en población adulta mayor del Distrito Metropolitano de Quito, al año de la declaración de pandemia.

Reciba un cordial saludo.

Este cuestionario forma parte de una investigación académica planteada como producto para la obtención de título de grado en Psicología. Su objetivo es conocer la relación entre apoyo social percibido y nivel de ansiedad por COVID-19 reportado en adultos mayores del Distrito Metropolitano de Quito, al año de declarada la pandemia mundial. Por este motivo, solicito su colaboración libre y voluntaria en este estudio.

Al participar en esta investigación, podrá responder una serie de preguntas organizadas en tres instrumentos: una ficha sociodemográfica, el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 y la Escala de Ansiedad por Coronavirus. Todos los datos obtenidos serán utilizados bajo estricto anonimato y se utilizará solo con fines académicos, de acuerdo con los objetivos de esta investigación. Además, está en la libertad de retirarse de la investigación cuando así lo desee.

Si desea colaborar con el estudio por favor lea con atención las instrucciones, así como cada una de las preguntas, y responda a cada una de ellas con la mayor sinceridad. Agradezco su colaboración.

***Obligatorio**

1. He leído las condiciones del estudio y deseo participar de forma voluntaria en la investigación *

Marca solo un óvalo.

- Sí Salta a la pregunta 2
- No Salta a la sección 6 (Gracias por su tiempo)

Ficha sociodemográfica

Lea detenidamente y responda a cada una de las siguientes preguntas

2. Indique su edad de acuerdo a los rangos que se indican a continuación *

Marca solo un óvalo.

- 65 a 70 años
 71 a 75 años
 76 a 80 años
 Mayor a 80 años

3. Señale su sexo *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
 Hombre
 Otra

4. Indique su estado civil actual *

Marca solo un óvalo.

- Casado/a
 Unión libre
 Separado/a
 Soltero/a
 Viudo/a

5. Señale con quién vive actualmente *

Marca solo un óvalo.

- Solo/a
- Cónyuge o pareja
- Hijos/as
- Pareja e hijos/as
- Pareja y otros familiares
- Hijos/as y otros familiares
- Otros familiares

6. Señale el tipo de vivienda en la que ha vivido durante la pandemia *

Marca solo un óvalo.

- Propia
- Arrendada
- De familiares

7. Indique su sector de residencia *

Marca solo un óvalo.

- Sur de Quito
- Centro de Quito
- Norte de Quito
- Los Valles de Quito

-
8. Elija cuales han sido los medios de comunicación que más ha utilizado para contactarse con sus amigos y familiares durante la pandemia *

Selecciona todos los que correspondan.

- Teléfono fijo
- Celular (llamadas)
- Correo electrónico
- Facebook
- Whatsapp
- Zoom

9. Señale el nivel de instrucción que posee *

Marca solo un óvalo.

- Ninguno
- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Tercer nivel Incompleto
- Tercer nivel Completo
- Postgrado o mayor

10. Indique si padece alguna de las siguientes enfermedades, siempre que haya sido diagnosticada por un médico *

Selecciona todos los que correspondan.

- Diabetes
- Enfermedades Cardíacas (hipertensión, insuficiencia cardíaca, etc.)
- Enfermedades Pulmonares y/o Respiratorias (asma, EPOC, etc.)
- Cáncer
- Ninguna

11. ¿Qué otras enfermedades importantes le han sido diagnosticadas por un profesional de salud?

12. ¿Ha sido diagnosticado/a con COVID-19 por profesionales de salud? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

13. A cual de los siguientes niveles socioeconómicos usted considera que pertenece *

Marca solo un óvalo.

Bajo

Medio

Alto

14. Actualmente, ¿cual es su situación ocupacional? *

Marca solo un óvalo.

Jubilado *Salta a la pregunta 15*

Empleado *Salta a la pregunta 15*

Trabajo independiente *Salta a la pregunta 15*

No trabajo *Salta a la pregunta 16*

Nivel socioeconómico

15. Indique el nivel de ingresos que recibe *

Marca solo un óvalo.

- Menor a 400 dólares
- Entre 400 a 700 dólares
- Entre 700 a 1000 dólares
- Más de 1000 dólares

Anexo 2 Cuestionario Duke UNC-11

Cuestionario Duke-UNC-11

INSTRUCCIONES: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

16. Recibo visitas de mis amigos y familiares *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
- Menos de lo que deseo
- Ni mucho ni poco
- Casi como deseo
- Tanto como deseo

17. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
- Menos de lo que deseo
- Ni mucho ni poco
- Casi como lo deseo
- Tanto como deseo

18. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
- Menos de lo que deseo
- Ni mucho ni poco
- Casi como deseo
- Tanto como deseo

19. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
- Menos de lo que deseo
- Ni mucho ni poco
- Casi como deseo
- Tanto como deseo

20. Recibo amor y afecto *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
- Menos de lo que deseo
- Ni mucho ni poco
- Casi como deseo
- Tanto como deseo

21. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
- Menos de lo que deseo
- Ni mucho ni poco
- Casi como deseo
- Tanto como deseo

22. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
- Menos de lo que deseo
- Ni mucho ni poco
- Casi como deseo
- Tanto como deseo

23. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
 Menos de lo que deseo
 Ni mucho ni poco
 Casi como deseo
 Tanto como deseo

24. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
 Menos de lo que deseo
 Ni mucho ni poco
 Casi como deseo
 Tanto como deseo

25. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
 Menos de lo que deseo
 Ni mucho ni poco
 Casi como deseo

26. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama *

Marca solo un óvalo.

- Mucho menos de lo que deseo
 Menos de lo que deseo
 Ni mucho ni poco
 Casi como deseo
 Tanto como deseo

Anexo 4 Escala de Ansiedad por Coronavirus

Escala de Ansiedad por Coronavirus

INSTRUCCIONES: ¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes molestias en las últimas dos semanas?

27. Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus. *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna
- Menos de un día o dos
- Varios días
- Más de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

28. Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus. *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna
- Menos de un día o dos
- Varios días
- Más de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

29. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.

Marca solo un óvalo.

- Ninguna
- Menos de un día o dos
- Varios días
- Más de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

30. Perdi interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna
- Menos de un día o dos
- Varios días
- Más de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

31. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensé o estaba expuesto a información sobre el coronavirus. *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna
- Menos de un día o dos
- Varios días
- Más de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

Gracias por su tiempo