



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO DEL TEMA:**

**AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19 Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO  
EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA  
ATAHUALPA, 2020-2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

**AUTOR:**

**BORBOR BERNABÉ ANGELO ALBERTO**

**TUTOR:**

**LCDA. ISOLED HERRERA PINEDA, PHD.**

**PERÍODO ACADÉMICO**

**2021-1**

## TRIBUNAL DE GRADO



---

Lcdo. Milton Gonzalez Santos, MSc.  
DECANO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD



---

Lcda. Alicia Cercado Mancero, PhD  
DIRECTORA DE LA CARRERA  
ENFERMERÍA

---

Lcda. Sara Ester Barros Rivera  
DOCENTE DE ÁREA

---

Lcda. Isolé Herrera Pineda, PhD.  
DOCENTE TUTOR

---

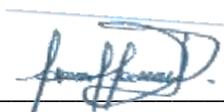
Abg. Victor Coronel Ortiz, MSc.  
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 28 de mayo del 2021

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor/a del proyecto de investigación, titulado: **“AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19 Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA ATAHUALPA, 2020-2021”**, elaborado por el estudiante **BORBOR BERNABÉ ANGELO ALBERTO**, de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la APRUEBO en todas sus partes.

**Atentamente.**



---

Lcda. Isold Herrera Pineda, PhD.

**DOCENTE TUTOR**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo está dedicado principalmente a todos los docentes que forman parte de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena y Enfermeros que formaron parte del internado rotativo, por compartir los conocimientos hacia los estudiantes, por la amabilidad, empatía y empeño en cada una de las clases, por el apoyo moral y emocional cuando se presentaron momentos difíciles en el ámbito estudiantil y personal, de manera especial a la licenciada Isoled Herrera, tutora del proyecto de investigación, al ingeniero Enrique Fariño, coordinador de titulación y docente y a la licenciada Zully Díaz.

A mis padres Carmen y Alberto, hermanos Andrea y Dalton; y abuelos Norma y Angel, por su ayuda, comprensión y por darme las fuerzas necesarias para continuar mis estudios y no darme por vencido cuando la situación lo ameritaba, por los consejos que me han brindado y las enseñanzas que conservo. A los seres queridos que ya no están presente y que anhelaban que consiguiera esto y más. A mis familiares más cercanos que forman parte de mi vida cotidiana y que siempre están presente en todo momento.

A mis amigos, y sus familias de manera especial a: Katuska Pozo, Juan González, Carlos Pancho, Abraham Anastacio y al equipo de personas que conforman TeamLags, por estar de forma incondicional, por demostrarme que no se necesita abundancia, sino lealtad, por no dejar que me rinda y porque su presencia ha influido en mi estado emocional y mental de forma positiva, brindándome momentos llenos de alegría y en los momentos de tristeza manteniéndose a mi lado.

Angelo Alberto Borbor Bernabé

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en primer lugar al grupo de docentes que guiaron el presente trabajo, y a los docentes que impartieron su conocimiento en las aulas de clases.

A mis padres y abuelos por su apoyo de forma incondicional y por sus consejos antes mis decisiones personales y educativas. Por sus palabras de aliento necesarias para continuar en mi formación académica y por la confianza que pusieron en mí y en mis capacidades.

Al grupo de adultos mayores que forman parte de la población en el trabajo de investigación, por ser una pieza importante para el desarrollo del mismo, por la colaboración y ayuda brindada con la información recolectada, y por compartir de forma abierta sus emociones y experiencias ante situaciones y momentos vividos.

Angelo Alberto Borbor Bernabé

## DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



---

**BORBOR BERNABÉ ANGELO ALBERTO**

**CI: 2450600982**

## ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO .....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
DECLARACIÓN .....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	X
RESUMEN .....	XI
ABSTRACT .....	XII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA.....	6
2. OBJETIVOS .....	6
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPITULO II.....	8
4. MARCO TEÓRICO .....	8
4.1. FUNDAMENTACIÓN REFERENCIAL.....	8
4.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	10
Coronavirus Disease 2019 – COVID-19 .....	10
Aspectos virológicos .....	10
Definición de casos .....	11
Manifestaciones clínicas .....	12
Toma de Muestra.....	13
Muestra.....	14
Muestras respiratorias .....	14
Espuito.....	14

Lavado bronco-alveolar y el aspirado traqueal: .....	15
Envejecimiento .....	15
Aspectos psicosociales del envejecimiento .....	15
Aislamiento social y Soledad .....	16
Efectos sobre la salud del aislamiento social y la soledad .....	16
Estado emocional y soledad .....	17
Funciones de las emociones .....	17
Emociones negativas .....	19
Problemas de salud mental en el adulto mayor .....	20
4.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	24
Constitución De La República Del Ecuador (2008).....	24
Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores (2019) .....	25
4.4. FUNDAMENTACIÓN DE ENFERMERÍA .....	26
4.4.1 Teoría de los cuidados transpersonales de Margaret Jean Watson....	26
2.2.1. El modelo de la conservación de Myra Estrin Levine .....	27
5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	28
5.1. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES .....	28
5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	29
CAPITULO III .....	30
6. DISEÑO METODOLÓGICO .....	30
6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
6.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN .....	30
6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	31
Población .....	31
Muestra .....	31
6.4. TIPO DE MUESTREO .....	31
6.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
6.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
6.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	32
CAPITULO IV .....	33
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	33
7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	33
7.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS .....	40
7.3. CONCLUSIONES .....	41

7.4. RECOMENDACIONES .....	42
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
9. ANEXOS .....	47

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de los coronavirus de importancia en la salud humana...	11
Tabla 2 Operacionalización de variables.....	29

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Estado emocional .....	33
Gráfico 2 Frecuencia de emociones dentro de la categoría Ansiedad .....	34
Gráfico 3 Frecuencia de emociones dentro de la categoría Depresión.....	34
Gráfico 4 Frecuencia de emociones dentro de la categoría Ira/Hostilidad.....	35
Gráfico 5 Frecuencia de emociones dentro de la categoría de Alegría .....	36
Gráfico 6 Riesgo de Aislamiento Social.....	36
Gráfico 7 Alegría/Riesgo de aislamiento.....	37
Gráfico 8 Depresión/Riesgo de aislamiento .....	38
Gráfico 9 Ansiedad/Riesgo de aislamiento .....	38
Gráfico 10 Ira-Hostilidad/Riesgo de aislamiento .....	39
Gráfico 11 Asociación estadística de las variables en estudio .....	40

## RESUMEN

El aislamiento social provocado por la pandemia por COVID 19 ha tenido un gran impacto y repercusión en la población en general, principalmente en grupos vulnerables como los adultos mayores afectando a su estado social, emocional, salud mental y física. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la influencia del aislamiento social por COVID-19 en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa. La metodología utilizada es cuantitativa y de tipo descriptiva, correlacional y transversal, aplicando dos escalas para la valoración de las dos variables de estudio, la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) como primer instrumento, que se conforma por 16 ítems correspondientes a sentimientos y emociones para determinar cuatro factores principales: ansiedad, depresión, alegría e ira/hostilidad, y la escala de apoyo social de Lubben (LSNS-R) que evalúa el riesgo de aislamiento en: bajo, moderado, alto y aislamiento social; aplicadas a 137 adultos mayores, el tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, para obtener la muestra se utilizó la forma de población finita. Los resultados obtenidos mediante el análisis de las escalas aplicadas determinaron que existe una relación entre el aislamiento social y el estado emocional, conclusión obtenida mediante la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson, en donde el 35% presento emociones relacionadas a la ansiedad, 32% a la depresión, 7% en la categoría de Ira/Hostilidad, por otro lado, el 26% sentimientos de alegría, en relación al aislamiento social se clasificó por riesgos; el 53% en la sección de riesgo bajo, 44% moderado o medio y el 3% con un riesgo alto. Concluyendo que: el 74% de la población presentó alteración en el estado emocional, entre los principales se encuentra la intranquilidad, el nerviosismo, la tristeza, y el enojo.

**Palabras clave:** Estado emocional, COVID, adultos mayores, aislamiento social.

## **ABSTRACT**

The social isolation caused by the COVID 19 pandemic has had a great impact and repercussion on the general population, mainly on vulnerable groups such as the elderly, affecting their social, emotional, mental and physical health. The objective of this research is to determine the influence of social isolation due to COVID-19 on the emotional state of older adults in the Atahualpa parish. The methodology used is quantitative and of descriptive, correlational and transversal type, applying two scales for the assessment of the two variables of study, the mood rating scale (EVEA) as the first instrument, which consists of 16 items corresponding to feelings and emotions to determine four main factors: anxiety, depression, joy and anger/hostility, and the Lubben social support scale (LSNS-R) that evaluates the risk of isolation in: low, moderate, high and social isolation; applied to 137 older adults, the type of sampling was non-probabilistic and by convenience, to obtain the sample the finite population form was used. The results obtained through the analysis of the scales applied determined that there is a relationship between social isolation and emotional state, a conclusion obtained through the application of Pearson's correlation coefficient, where 35% presented emotions related to anxiety, 32% to depression, 7% in the category of Anger/Hostility, on the other hand, 26% feelings of joy, in relation to social isolation was classified by risk; 53% in the low risk section, 44% moderate or medium and 3% with a high risk. In conclusion: 74% of the population presented alterations in their emotional state, the main ones being restlessness, nervousness, sadness and anger.

**Keywords:** emotional state, COVID, older adults, social isolation.

## INTRODUCCIÓN

El confinamiento por COVID-19 trajo consigo el estado de excepción en Ecuador como medida de prevención y propagación ante la enfermedad, provocando un distanciamiento y aislamiento social, esta decisión fue tomada por el Gobierno de la República del País el día 17 de marzo del año 2020 y teniendo una duración de varios meses, repercutiendo en el estilo de vida de los adultos mayores, grupo vulnerable ante la pandemia, cambiando o ajustando la rutina cotidiana.

Durante este periodo de tiempo, los adultos mayores experimentaron una amplia variedad de alteraciones psicológicas, las cuales influyen en la salud mental y emocional, estas alteraciones, propiciadas por el cambio que ha significado el estar en confinamiento y la interrupción de las actividades del diario vivir, a la cual dedican su mayor tiempo y energía, provoca síntomas psicológicos como: preocupación, tristeza, sentimientos de inutilidad, al igual que el miedo, inquietud, irritabilidad, así como pensamientos irracionales, creencias o puntos de vista negativos de la realidad o de sí mismo como persona. (Ugalde, 2020, párrafo 3).

Por consecuencia a lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación del aislamiento social por COVID-19 en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa?, teniendo en cuenta todas las perspectivas de la población, por un lado, algunas personas no recibían visitas por parte de sus familiares o personas cercanas, estando gran parte de este periodo de tiempo solos o con pocas visitas, por otro lado en el mismo contexto, casos en los que los familiares no pasaban tiempo con los mayores en casa, por trabajo u otras situaciones, se vieron obligados a estar todo el día en el hogar, compartiendo con todos los integrantes de la familia.

El objetivo general de la investigación es: determinar la influencia del aislamiento social por COVID-19 en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa. Para el cumplimiento del principal objetivo del trabajo se plantearon los siguientes objetivos específicos, valorar el estado emocional de los adultos mayores mediante la Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA), el cual evalúa cuatro principales aspectos emocionales: depresión, ansiedad, ira/hostilidad y alegría. El segundo objetivo específico es: identificar el riesgo de aislamiento que presentan los adultos mayores mediante la escala de apoyo social de Lubben (LSNS-R), una escala que permite evaluar el riesgo de aislamiento social, es una modificación específicamente para

este grupo etario, clasificando el riesgo desde: bajo, medio o moderado, alto y aislamiento social.

Como último objetivo específico se pretende establecer la asociación del aislamiento por COVID-19 en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa, mediante el análisis de los resultados obtenidos de las escalas aplicadas y a través de la correlación de Pearson, para comprobar si existe una relación entre las variables en estudio.

# CAPÍTULO I

## 1. El problema

### 1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a toda persona que sobrepase los 60 años de edad. En nuestro país, la ley vigente afirma que: “se considera persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad” (Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores, 2019, p. 6), por lo tanto, esta última será de referencia de edad para el presente trabajo de investigación.

El adulto mayor durante el envejecimiento denominado como: “un proceso heterogéneo de deterioro fisiológico gradual que todos los seres vivos experimentan con el tiempo” (Cerezo, 2019, p. 27), sufre cambios psicológicos, físicos y sociales, esto provoca situaciones que alteran la salud de los adultos mayores, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones solo se presta la atención necesaria a las patologías y afecciones físicas y se dejan de lado las alteraciones psicológicas, que estas a su vez, pueden tener un alto impacto en el estado emocional de los mismos de forma negativa.

En relación a lo anterior, la palabra emoción se deriva del latín *emovere*, que significa perturbar, apareciendo en bibliografías como: “sentimiento intenso, agradable o penoso y más o menos duradero, que influye poderosamente sobre numerosos órganos, cuya función aumenta, altera o disminuye o estado en el que predomina un sentimiento intenso, como excitación, angustia, felicidad, tristeza, amor, odio o cólera” (Millán, 2006, p. 477). Las emociones producen efectos subjetivos, corporales y fisiológicos.

Las emociones negativas pueden aparecer por agentes externos o por producto propio del envejecimiento, por lo general las causan enfermedades, alteraciones psicológicas o situaciones sociales a las que se enfrentan en el diario vivir. Según la OMS más del 20% de la población a nivel mundial considerada como adulta mayor padece algún tipo de alteración o trastorno mental, determinando la demencia y depresión como las patologías más comunes, por otro lado, los trastornos de ansiedad afectan al 17.2% del total de la población en países del primer mundo. (OMS, 2017, párrafo 2).

Otra situación que altera el estado emocional es el aislamiento social independientemente de la edad, sin embargo, los adultos mayores son los más afectados por esta situación. En México el aislamiento social en adultos mayores representa un alto porcentaje que cubre desde el 7% al 49% de toda la población de dicho país, en donde

presentaron alteración del estado emocional o trastornos mentales. (Salud Pública de México, 2017, p. 119).

En Ecuador se considera que el 11% de este grupo etario vive en situación de aislamiento, en la región costa asciende a 12.4% (El Telégrafo, 2021, párrafo 3). Se considera que estas cifras aumentaron debido al estado de excepción impuesto por el gobierno ecuatoriano.

El estado de excepción fue una medida para evitar la propagación de la enfermedad por Coronavirus-19, la cual fue tomada por el gobierno de la República del Ecuador teniendo una duración de varios meses, el aislamiento social que esta medida provocó tuvo un impacto en la población en general, en especial en los adultos mayores. El aislamiento social se define textualmente como: “una situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos” (Gené et al., 2016, p. 605).

El aislamiento social por COVID-19 provocó varias situaciones desde perspectivas diferentes, por un lado, beneficio a ciertos adultos mayores, haciendo que los familiares que no pasaban tiempo en el hogar lo hicieran, teniendo en cuenta las situaciones que pudieron conllevar, como maltrato por parte de los mismos hacia los ancianos. Este grupo sufre el 95% de maltrato psicológico, el 85% sufre de ofensas por parte de sus familiares, el 40% sufre amenazas de muerte y el 48.8% sufre de rechazo, de sus familiares y amigos más cercanos. (Calvopiña et al., 2020, sección Violencia contra adultos mayores). Por otro lado, los adultos mayores que ya residían solos no recibían ningún tipo de visita por parte de sus familiares además del temor a la enfermedad.

Los coronavirus son una amplia familia de virus, algunos de estos tienen la capacidad de transmitirse desde los animales hacia las personas. El cuadro clínico va desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. El actual coronavirus tiene como nombre Corona Virus Disease 2019 (COVID-19), fue detectado por primera vez en el mes de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. (MSP, 2020, párrafo 1).

A nivel mundial hasta el mes de febrero, los casos de COVID-19 se han mantenido en aproximadamente 2,4 millones de nuevos casos, mientras que las nuevas muertes se mantienen en 66 000. Esto eleva las cifras acumuladas a más de 110,7 millones de casos notificados y 2,4 millones de muertes en todo el mundo desde el inicio de la pandemia. (OMS, 2020, sección de Overview).

Hasta el día 8 de marzo del 2021 en América Latina y el Caribe se ha registrado un total de 22.082.983 casos confirmados de COVID-19. (Ríos, 2021, sección de América Latina y el Caribe). Dentro de los países más afectados por la pandemia por COVID 19 además se encuentran: Argentina, Perú, Chile y Panamá. En Ecuador según cifras oficiales existen 200.379 casos confirmados con prueba PCR, 13.850 fallecidos, de los cuales a la provincia de Santa Elena le corresponde el 1.2% de casos con un total de 2.387. (MSP, 2020, p. 1).

La situación de abandono o de aislamiento ha aumentado debido al confinamiento por COVID19, incrementando el riesgo de que los adultos mayores desencadenen problemas emocionales deteriorando su integridad psicológica y salud mental. En la parroquia Atahualpa gracias a datos proporcionados por el gobierno autónomo de la localidad y al programa de vacunación por COVID-19 se tiene un registro de 213 personas adultas mayores.

En la parroquia Atahualpa no se han realizado estudios que relacionen el estado emocional con el aislamiento social por COVID-19, por experiencias personales se ha evidenciado que los adultos mayores de esta localidad en ocasiones sufren malos tratos por parte de sus familiares, desde insultos o denigraciones hasta abandono, en ocasiones incluso pueden verse afectados emocionalmente por situaciones que viven en sus hogares y que no lo involucren directamente.

El aislamiento social es una problemática que se puede observar en la actualidad y se ha evidenciado que afecta de forma negativa al estado de salud y calidad de vida de los adultos mayores. Esta investigación es de importancia, debido a que con los resultados obtenidos podrían ejercerse acciones para evitar el desarrollo de alteraciones que causen patologías de tratamiento complejo como la depresión o ansiedad y para evitar un aislamiento social.

## **1.2. Formulación de problema**

¿Cuál es la relación del aislamiento social por COVID19 en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa?

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Determinar la influencia del aislamiento social por COVID19 en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa.

### **2.2. Objetivos específicos**

- ✓ Valorar el estado emocional de los adultos mayores mediante la Escala de valoración del estado emocional (EVEA)
- ✓ Identificar el riesgo de aislamiento social que presentan los adultos mayores mediante la Escala de Apoyo Social de Lubben (LSNS-R)
- ✓ Establecer la asociación del aislamiento por COVID-19 en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa.

### **3. Justificación**

El presente trabajo de investigación tienen como principal finalidad dar a conocer como el aislamiento social por COVID-19 influye en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa, y a su vez brindar información importante para el desarrollo de estrategias para el manejo de este grupo etario de una manera eficaz, de igual manera concientizar que las alteraciones emocionales en los adultos mayores es un tema de salud pública y que necesita atención como todas las demás patologías.

Los adultos mayores experimentan sentimientos y emociones como la angustia, la tristeza, el miedo, el estrés, la impotencia, la desesperanza y el aislamiento, los cuales dan a entender como las situaciones y experiencias que atraviesan durante el envejecimiento impactan directamente en todas las dimensiones del ser humano.

A diario crece el abandono del adulto por parte de sus familiares, en ocasiones por no tener la responsabilidad de ser los cuidadores. Las alteraciones en el estado emocional y salud psicológica de los adultos mayores provocan trastornos leves como, tristeza, desesperanza o estrés, hasta patologías como; depresión, ansiedad, conductas suicidas, trastorno bipolar, demencia, insomnio, entre otros.

Es importante dar a conocer a la población en general el impacto que tienen las situaciones cotidianas específicamente en este caso el aislamiento social por COVID-19 en el estado de ánimo de los adultos mayores, debido a que en la mayoría de los casos se tiende a evadir la salud mental, y se centran en atender los problemas de salud física, el ser humano para considerarse saludable tiene que encontrarse en un estado total o casi completo de bienestar físico, psicológico y social.

Los resultados obtenidos de esta investigación servirán de base para futuras investigaciones y para implementar acciones e intervenciones para mejorar el estado de salud mental o tratar las alteraciones en el estado emocional de los adultos mayores no solo de la parroquia Atahualpa, sino para la población en general y así evitar el desarrollo de patologías mentales que ameriten un tratamiento más complejo y lleguen a comprometer la integridad de los adultos mayores.

## **CAPITULO II**

### **4. Marco Teórico**

#### **4.1. Fundamentación referencial**

Durante la elaboración del presente trabajo investigativo se realizó el análisis de documentos de importancia y correlacionales a las variables presentadas, sumando un valor bibliográfico que sirve como base para el desarrollo de la investigación, los estudios presentados se relacionan y aportan de forma directa debido a que examinan y evalúan las variables en estudio en el mismo grupo etario y el análisis de sus resultados fue de importancia para la comprobación de la existencia de alteraciones en el estado emocional, agregando que la situación debido a la pandemia por COVID-19 fue de impacto general para la sociedad.

En España, Fernández Roció realizó un estudio en noviembre del año 2020 presentando como título: Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. El cual tenía como objetivo, determinar el impacto del COVID-19 y las medidas tomadas por el gobierno para el control, enfocándose principalmente en la población adulta mayor, de tipo transversal en donde se aplicó un cuestionario de 43 preguntas sobre datos socio-demográficos, salud y comportamientos nocivos, estado emocional, relaciones sociales y afrontamiento de la situación, la población evaluada con un total de 315 personas con un rango de edad entre los 60 y 93 años, en el cual el 17.5% de la población estudiada viven solos. Los resultados con respecto al estado emocional reflejaron que: el 46.8% presento irritabilidad, el 42% depresión, ansiedad 22.3% y el 23.6% miedo ante la situación. (Fernández et al., 2020, pp. 166-168)

En los Estados Unidos de América Emerson Kerstin, realizo una investigación en el 2020 titulado: Afrontamiento de la cuarentena y el distanciamiento social durante la pandemia por COVID-19 en los mayores de 60 años en los Estados Unidos, con metodología cualitativa de tipo transversal, su principal objetivo era evaluar el impacto de la indicación de quedarse en casa y el distanciamiento social en los adultos mayores de 60 años o más durante el brote de COVID-19, la muestra consistió en 833 personas en donde completaron una encuesta por internet, el 42.5% de la población estaba en soledad, el 36% presentaba miedo, el 24.5% presentaron estrés moderado y el 12% de forma grave, el 31% presentaba alteraciones generales del estado emocional o mental. Se puede

determinar que el distanciamiento social afecta de forma significativa a la población estadounidense de adultos mayores. (Emerson, 2020, pp. 2-3)

A nivel nacional se han realizado investigaciones relacionadas con las variables en estudio del presente trabajo.

Aldas y Contreras en el año 2020 realizaron una investigación titulada: El envejecimiento activo y aislamiento social por COVID-19: Percepciones de los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil y Santa Elena. El objetivo principal se centra en identificar los efectos del aislamiento social preventivo por causa del COVID-19 en los adultos mayores, con un enfoque cualitativo pretendiendo conocer la realidad de la situación, y de tipo exploratorio y descriptivo. Como muestra participaron 3 adultos mayores del cantón Guayaquil y 3 del cantón Santa Elena. Como instrumento se utilizó una entrevista enfocada a analizar la calidad de vida, factores sociales, soledad y confinamiento. Los resultados de forma general detallan que desarrollaron sentimientos de tristeza y nerviosismo. (Aldás et al., 2020, pp. 16, 48, 49, 67). Se podría considerar que el confinamiento genera situaciones de alteraciones emocionales negativas para los adultos mayores.

En la ciudad de Puyo, provincia Pastaza, Alcívar y Revelo efectuaron una investigación denominada: Efecto de la pandemia COVID-19 en la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Puyo, teniendo como objetivo principal “analizar los efectos del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad del Puyo”, bajo el método mixto o cuasi-cuantitativo, de tipo descriptivo exploratorio, para el estudio se tomó una muestra de 95 adultos mayores residentes en esta ciudad, como instrumento de recolección de información se utilizó una adaptación de la evaluación de la calidad de vida en personas mayores FUMAT, en la que se abarca 8 dimensiones, y se realizó una entrevista semiestructurada con el fin de obtener información en relación al COVID-19 y su influencia en su estado de salud. Los resultados obtenidos determinan que los adultos mayores presentaron un nivel alto de estrés y ansiedad con respecto al bienestar emocional de los mismos, teniendo como factor predisponente el abandono por parte de sus familiares. (Alcívar et, al., 2020, pp. 21, 44, 46, 54).

## 4.2. Fundamentación teórica

### *Coronavirus Disease 2019 – COVID-19*

En el mes de diciembre del año 2019, un brote de casos de neumonía grave se inició en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Los primeros estudios epidemiológicos mostraron que la enfermedad se expandía de manera rápida, que en los adultos entre 30 y 79 años de edad eran los más afectados con una letalidad global de 2,3%. Los primeros casos de contagio se reportaron en personas que asistían o frecuentaban el mercado de comidas que lleva de nombre “Huanan Seafood Wholesale Market”.

El Brote se extendió rápidamente por diferentes regiones de China durante los meses de enero y febrero del año 2020. Actualmente conocida como COVID-19 por las siglas en inglés que corresponden a Coronavirus disease-2019, continuó propagándose a otros países asiáticos y posteriormente a los demás continentes. El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como pandemia a la enfermedad, para que todos los países aumentaran medidas de control y evitar la propagación de lo que ahora es la mayor emergencia sanitaria a nivel mundial de los últimos tiempos. (Díaz et al., 2020, p. 184).

#### *Aspectos virológicos*

En relación a la microbiología, el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae. Estos son virus ARN monocatenarios con envoltura (con dos glicoproteínas virales, S [ricamente glicosilada] y M [proteína matricial transmembrana localizada en el interior de la envoltura]). Los coronavirus, incluidos el OC43, NL63, 229E y HKU1, que afectan al ser humano de forma común, ocasionan infecciones respiratorias leves. Agentes virales como el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARSCoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERSCoV), aparecen como agentes infecciosos de tipo zoonóticos que de alguna manera lograron afectar al ser humano debido a mutaciones, presuntamente es la causa por la cual se originó la infección por COVID-19 (Farfán, 2020, pp. 4-5).

La familia Coronaviridae se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Los anteriores mencionados son causantes de enfermedades en animales domésticos, por lo tanto, son de interés veterinario. Desde el punto de vista epidemiológico se pueden clasificar en dos grupos:

coronavirus adquiridos en la comunidad o coronavirus humanos (HCoV) y coronavirus zoonóticos. (Díaz et al., 2020)

**Tabla 1**

*Clasificación de los coronavirus de importancia en la salud humana*

Adquiridos en la comunidad (asociados con enfermedad respiratoria leve)
<ul style="list-style-type: none"><li>• HCoV 229E</li><li>• HCoV OC43</li><li>• HCoV NL63</li><li>• HCoV HKU-1</li></ul>
Zoonóticos (asociados con enfermedad respiratoria grave)
<ul style="list-style-type: none"><li>• SARS-CoV. Coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS)</li><li>• MERS-CoV. Coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS)</li><li>• SARS-CoV-2. Coronavirus de COVID-19</li></ul>
CoV: coronavirus; HCoV: coronavirus humano.

*Nota.* <sup>a</sup>Díaz et al. (2020, p. 185).

*Definición de casos*

De acuerdo con la OMS, las definiciones de los casos se establecen de la siguiente manera.

Caso sospechoso:

- Paciente con enfermedad respiratoria aguda (con fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, como tos, disnea, etc.), Y con historia de viaje o de residencia en un área en la que se haya reportado transmisión comunitaria de COVID-19, en los 14 días previos a la aparición de los síntomas.
- Paciente con enfermedad respiratoria aguda, Y que haya estado en contacto con un caso probable o confirmado de COVID-19, en los 14 días previos a la aparición de los síntomas.
- Paciente con enfermedad respiratoria aguda severa (con fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria severa, como tos, disnea,

etc.), Y que requiera hospitalización, Y que no tenga otra alternativa diagnóstica que pueda justificar la clínica. (Díaz et al., 2020, p. 189).

Caso probable:

- Caso sospechoso con resultados no concluyentes en las pruebas para la detección de SARS-CoV-2.
- Caso sospechoso en quien no se haya podido realizar una prueba diagnóstica. (Díaz et al., 2020, p. 189).

Caso confirmado: paciente con prueba positiva de laboratorio para SARSCoV-2, sin importar su situación clínica. (Díaz et al., 2020, p. 190).

Contacto: un contacto es una persona que haya tenido exposición a un caso probable o confirmado en los dos días previos o en los 14 días posteriores al comienzo de los síntomas de este caso, de una de las siguientes formas:

- Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado a menos de un metro de distancia y por más de 15 minutos.
- Contacto físico directo con un caso probable o confirmado.
- Estar al cuidado de un paciente con enfermedad COVID-19 probable o confirmada, sin utilizar el equipo de protección adecuado.
- Cualquier otra situación señalada como un riesgo a nivel local (Díaz et al., 2020, p. 190).

### *Manifestaciones clínicas*

El curso de COVID-19 es variable, desde una infección asintomática hasta una neumonía grave que requiere ventilación asistida y, a menudo, es mortal. En niños, adolescentes y adultos jóvenes, las formas asintomáticas y las manifestaciones leves son más frecuentes, en tanto que las formas graves se observan más en los mayores de 65 años y en personas con condiciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, e hipertensión, entre otras. (Díaz et al., 2020, p. 193).

Los síntomas más comunes, fiebre y tos, están presentes en la mayoría de los pacientes, pero no en todos los casos sintomáticos. La fiebre puede ser alta y prolongada, lo que se asocia a desenlace desfavorable. La tos puede ser seca o productiva con igual frecuencia, y a veces se acompaña de hemoptisis. La fatiga es común, con mialgias y dolores de cabeza que ocurren en el 10% al 20% de los casos. Según los informes, la

frecuencia de la disnea varía mucho, desde el 8% hasta más del 60%, según los criterios de inclusión de cada estudio. La dificultad para respirar puede comenzar al día siguiente, pero puede tardar hasta 17 días. Este evento tardío parece estar relacionado con un pronóstico más severo. Menos del 15% de los casos presentan otros síntomas de afectación del tracto respiratorio superior, como dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea. (Guan et al., 2020, sección Results).

Las manifestaciones gastrointestinales, como náuseas, vómitos, malestar abdominal y diarrea, aparecen temprano en el 10 al 20% de los pacientes. La anorexia ocurre en una cuarta parte de los casos y es más común después de la segunda semana de la enfermedad. Estos síntomas del sistema digestivo están asociados con una mayor frecuencia de detección y una mayor carga viral en las heces. Las alteraciones del gusto (ageusia) y del olfato (anosmia) también son frecuentes. (Díaz et al., 2020, p. 193).

Entre las complicaciones más comunes del COVID-19, la neumonía, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), la miocarditis, el daño renal agudo y la sobreinfección bacteriana están presentes en casi todos los casos graves, generalmente en forma de shock séptico. El tiempo de protrombina prolongado, el aumento de los dímeros D y la disminución del recuento de plaquetas mostraron trastornos de la coagulación que han llevado a las personas a creer que la coagulación intravascular difusa es uno de los fenómenos comunes en los casos graves, y algunas personas recomiendan la anticoagulación lo antes posible. El compromiso de múltiples órganos involucrados se expresa a través de pruebas bioquímicas alteradas, como transaminasas elevadas, lactato deshidrogenasa, creatinina, troponina, proteína C reactiva y procalcitonina. (Díaz et al., 2020, p. 193).

#### *Toma de Muestra*

Estrategia para priorizar la toma de muestras: Todas las personas que cumplen con la definición de caso sospechoso. En todos los hospitales, tome muestras de sospechas de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y trate el COVID-19. En el caso de transmisión comunitaria, si la capacidad de diagnóstico es insuficiente, se realizará un muestreo del grupo prioritario que cumpla con las siguientes condiciones:

- Personas que corren el riesgo de desarrollar enfermedades graves (ancianos, morbilidades, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, inmunodeficiencia, enfermedades autoinmunes) y personas susceptibles (PPL, gestantes, RN), requiriendo hospitalización y cuidados en UCI por COVID-19.

- Pacientes hospitalizados con enfermedades respiratorias agudas graves sin otras causas conocidas.

- Trabajadores de la salud (incluido el personal de los servicios de emergencia y el personal no clínico).

- Casos sintomáticos en la población cautiva (como escuelas, hogares de acogida, cárceles, hospitales, centros geriátricos) para detectar rápidamente la epidemia y mantener medidas de contención/mitigación. (ETDNVE, 2020, p. 9).

### *Muestra*

El muestreo debe ser tomado por personal capacitado, y se deben considerar todas las instrucciones de bioseguridad, incluido el uso de equipo de protección personal (EPP) para los estándares, las precauciones de contacto y de transmisión aérea. En particular, los trabajadores deben llevar una higiene de manos adecuada, bata, respiradores (N95 o FFP2), gafas protectoras o gafas de protección facial y guantes. (ETDNVE, 2020, p. 10).

### *Muestras respiratorias*

Hisopados Nasofaríngeo y Orofaringeo: Combinación (los hisopos deben colocarse en un solo tubo que contenga un virus o medio de transporte universal y transportarse). Se da prioridad a los pacientes hospitalizados y aquellos que tienen dificultades para recoger otra muestra (niños y ancianos o discapacitados, especialmente discapacitados) Si no hay hisopo, solo se puede usar un hisopo nasofaríngeo prioritario. (ETDNVE, 2020, p. 10).

### *Espujo*

En caso de no poder realizar hisopados en medios de transporte viral para el diagnóstico, se recomienda tomar una muestra de espujo y dar prioridad a la muestra de la clínica domiciliaria. Las muestras de espujo deben recolectarse a las 6 a.m. sin desayuno, y recolectarse en un frasco de boca ancha con tapón sellado y tapón de rosca (se recomienda un frasco estéril para las muestras de orina). La cantidad de espujo es de 1 a 4 ml; evite la saliva ya que tanto como sea posible. (ETDNVE, 2020, p. 10).

### *Lavado bronco-alveolar y el aspirado traqueal:*

Son muestras útiles, sin embargo, estas medidas deben tomarse de acuerdo con los estándares médicos y deben garantizarse todas las medidas de bioseguridad necesarias.

- Si el paciente se encuentra en UCI o con intubación, se puede realizar aspiración nasofaríngea, aspiración traqueal o lavado broncoalveolar.
- Para recién nacidos: hisopos orofaríngeos y muestras de orina.
- Mujeres embarazadas: muestras de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo o esputo

En caso de fallecimiento: no tomar muestras (ETDNVE, 2020, p. 10).

### *Envejecimiento*

El envejecimiento es un proceso natural, que se presenta de forma gradual y universal, conlleva cambios en todos los aspectos de la vida humana, tanto a nivel biológico, psicológico y social. Algunas funciones se deterioran progresivamente durante el envejecimiento, algunas otras se mantienen estables hasta etapas tardías y otras no solo se deterioran, al contrario, mejoran con el paso de los años. (Millán, 2011, p. 113).

### *Aspectos psicosociales del envejecimiento*

El envejecimiento psicológico exitoso se evidencia en la capacidad de adaptación de las personas mayores a las pérdidas físicas, sociales y emocionales. Debido a que los cambios en las situaciones cotidianas son inevitables con el paso del tiempo, los adultos mayores necesitan ser flexibles y adaptabilidad para afrontarse a tensiones y cambios. Aunque las actitudes y el trato hacia los ancianos dependen de cada grupo étnico, el perjuicio hacia ellos o la discriminación aún está presente en nuestra sociedad, en la que hay mitos acerca del envejecimiento. La discriminación por edad se basa en los estereotipos, creencias que a menudo son inciertas. (Hinkle et al., 2019, p. 552).

El miedo al envejecimiento y la incapacidad de muchas personas para afrontarlo de forma adecuada puede causar creencias de todo tipo. El retiro o la nula producción también forma parte de los sentimientos negativos debido a que los trabajadores más jóvenes pueden creer, que los adultos mayores no aportan nada a la sociedad y solo consumen recursos económicos. En la sociedad actual es frecuente ver este tipo de imágenes negativas sobre este grupo etario. Comprender de forma correcta el envejecimiento puede evitar este tipo de mitos. (Hinkle et al., 2019, p. 553).

### *Aislamiento social y Soledad*

El envejecimiento genera una serie de cambios en la actividad social del adulto mayor, en algunas ocasiones tiene implicaciones cognitivas ya afectivas en los mismos. Estos se enfrentan a diferentes situaciones que implican no solo cambios en sus rutinas o relaciones sociales, sino también en la mayoría de casos disminución de la capacidad para realizar actividades cotidianas para el ingreso económico y, por lo tanto, abandono por parte de su círculo social más cercano. (Abizanda et al., 2020, p. 183).

Los investigadores han separado los conceptos de vivir solo, aislamiento social y soledad. El aislamiento social es una situación en donde se tiene mínimo contactos o simplemente no existe interacción social con otras personas sean amigos o familiares. La soledad en cambio, es la sensación subjetiva de tener poco o menos afecto o cercanía de la deseada con normalidad o denominada también como soledad emocional, y de experimentar poca proximidad con amigos o familiares o soledad relacional, por otro lado, la soledad colectiva se refiere a sentirse socialmente poco valorado. (Gené et al., 2016, p. 605).

Vivir solo no implica que el individuo padezca de aislamiento social ni soledad. Para muchas personas esto significa poder gozar de comodidad manteniendo una vida familiar activa y social. Por otro lado, algunas personas que viven en compañía de sus familiares o amigos llegan a sentirse muy solitarios si la relación es inadecuada con aquellas personas. Por lo tanto, no solo interesa saber si un adulto mayor mantiene una relación social, si no comprobar que esta interacción sea de buena calidad. (Gené et al., 2016, p. 605).

### *Efectos sobre la salud del aislamiento social y la soledad*

Desde hace varios años se sabe que las relaciones sociales están estrechamente vinculadas con la salud mental y física. Estos dos factores influyen en el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores. Una adecuada red social promueve conductas y hábitos saludables. Por esta razón, la soledad y aislamiento social aumenta el riesgo de sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol y de una dieta inadecuada. El sueño también se ve afectado en cantidad y calidad causando así un cansancio y fatiga mayor durante el transcurso del día. (Gené et al., 2016, p. 606)

Aumentan el riesgo de ciertas enfermedades, desde alteraciones cardiovasculares, hasta simples resfriados. La fisiopatología explica que estas enfermedades podrían presentarse por el aumento de los hábitos no saludables y desequilibrios biológicos

provocados por la soledad o por el aislamiento social. Algunos mecanismos neurobiológicos explican que se debe a los cambios relacionados con la edad en respuesta a alteraciones del sistema endocrino, cardiovascular e inflamatorio; la resistencia vascular elevada, la presión arterial y la actividad adrenocortical del eje hipotálamo-hipófisis, al igual que un menor control de la respuesta inflamatoria e inmune. (Gené et al., 2016, p. 606).

El sentimiento de soledad, más que el aislamiento deduce la aparición de demencia de forma independiente a otros factores de riesgo. Los adultos mayores en situación de aislamiento social tienen mayor riesgo de padecer un deterioro cognitivo. Los síntomas de depresión también se manifiestan debido a esta situación, y en caso de los hombres se evidencia una mayor tasa de riesgo de suicidio. La población anciana tiene un riesgo de caídas mayor, ingresos hospitalarios recurrentes y más atención domiciliaria. (Gené et al., 2016, p. 606).

#### *Estado emocional y soledad*

La vida emocional y afectiva del adulto mayor se determina por el aumento de las pérdidas, entendidas como vivencias, por este motivo, llegan a sentir una falta por algo significativo para su vida, generando así sentimientos de soledad. En este contexto las mismas hacen referencias a la pérdida de autonomía, economía o jubilación, muerte de la pareja y de los seres queridos o personas cercanas. (Valarezo et al., 2020, p. 3).

Se estima que del sentimiento de soledad aparecen de forma repentina patologías como la depresión y ansiedad. Se evidencia un menor grado de sensaciones de placer y la dificultad para procesar la información emocional aumenta. La ansiedad estimulada por la soledad se puede manifestar con síntomas cognitivos y emocionales, conductuales o somáticos, tales como angustia, temor, preocupación, falta de concentración, estrés, síntomas digestivos, cardíacos y respiratorios, y en caso de depresión se caracteriza por una tristeza dependiendo del grado de afección. (Valarezo et al., 2020, p. 4).

#### *Funciones de las emociones*

Todas las emociones cumplen alguna función que actúa sobre la eficacia de las reacciones conductuales apropiadas, incluida las emociones desagradables tienen funciones de importancia para la adaptación social y el ajuste personal, se considera que las emociones tienen tres principales funciones: función adaptativa, función social y motivacional. (Piqueras et al., 2009, p. 88).

Funciones Adaptativas: se considera una de las funciones más importantes, debido a que prepara al organismo para efectuar conductas adecuadas a las condiciones ambientales, requiriendo energía para esto, al igual que dirigiendo la conducta hacia un objetivo determinado. Se considera que las emociones conllevan a diferentes lenguajes funcionales: por ejemplo: el miedo genera protección, la ira: destrucción, alegría: reproducción, tristeza: reintegración, confianza: afiliación y el asco provoca rechazo. (Piqueras et al., 2009, p. 88).

Funciones Sociales: su principal propósito es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las mismas permite un comportamiento asociado, lo cual tienen un valor considerable en los procesos de relaciones interpersonales. Facilita la interacción social, controlar la conducta de las demás personas, permite la comunicación de afectividad. La felicidad favorece al fortalecimiento de los vínculos sociales, mientras que la ira puede provocar evitación o confrontación entre individuos. De una u otra forma, la expresión de las emociones se considera como una serie de estímulos para la adecuada conducta por parte de los demás. (Piqueras et al., 2009, p. 89).

La represión de las emociones provoca una evidente interacción en la función social. En un principio puede tratarse de un proceso adaptativo, por lo que en ocasiones es necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales que pueden causar un déficit de las relaciones sociales y afectar la estructura y funcionamiento de grupos o sistemas de organización social. Por otro lado, en ciertos casos, la expresión de las emociones puede provocar en las demás personas altruismo y conducta pro social, mientras que la inhibición de las mismas puede inducir a malos entendidos y reacciones pocas adecuadas, reacciones que podrían haberse evitado si los demás conocieran el estado emocional en el que se encontraba dicha persona. (Piqueras et al., 2009, p. 89).

Por último, si bien en la mayoría de casos la expresión de las emociones es saludable y beneficiosa, tanto que reduce el trabajo fisiológico, como el hecho que favorece la adaptación de una red de apoyo social ante la persona afectada, para las demás personas puede llegar a ser perjudicial, este hecho se evidencia en aquellos proveedores de apoyo social que presentan trastornos físicos y mentales con mucha frecuencia. (Piqueras et al., 2009, p. 89).

Funciones motivacionales: se considera que la relación entre la emoción y la motivación es muy estrecha, debido a que se trata de una experiencia presente en casi todas las actividades. La emoción provoca una conducta motivada. Una conducta con un

peso emocional por lo general se realiza de forma más vigorosa. Con respecto a la función adaptativa de facilitar la conducta necesaria para cada situación. Así, el enojo o la cólera facilita las reacciones defensivas, la felicidad la atracción interpersonal, sorpresa la atención ante novedades, etc. (Piqueras et al., 2009, p. 89)

La función motivacional y emocional no se limita al hecho de que en toda conducta se producen reacciones emocionales, sino más bien, que una emoción determina la aparición de la propia conducta motivada.

### *Emociones negativas*

**Tristeza:** La tristeza aparece en todo lo que implique una pérdida de algo apreciado o importante para una persona. Existen muchos tipos de pérdidas, especialmente la de un ser querido, el alejamiento de alguien, pérdida de algo material, disminución de alguna capacidad o función, por la pérdida de salud o de alguna parte de nuestro cuerpo, la pérdida de confianza o por no haber conseguido un objetivo que anhelábamos. No hay mal en sentirse triste de vez en cuando, por algunos días o sin razones, pero si la tristeza dura meses podría tratarse de algo más grave como una depresión (Sales, 2019, pp. 97, 101).

La función adaptativa de la tristeza es la reintegración, permitiendo que las personas se recuperen emocionalmente de la pérdida y la creación de nuevas estrategias y planes de vida, la tristeza permite aceptar la pérdida, centrarse en nosotros mismos, reflexionar y valorar lo importante. (Sales, 2019, p. 98).

La tristeza se puede manifestar de diferentes formas, a nivel corporal aparece una disminución de la frecuencia cardíaca, disminución de la actividad motora, llanto, opresión en el pecho, poca energía, metabolismo corporal reducido, aislamiento social, etc. (Sales, 2019, p. 102).

**Miedo:** Aparece ante situaciones de peligro que se interpretan como amenazas para la integridad física o psicológica, la intensidad puede oscilar entre una ligera preocupación o intranquilidad a una fobia. También suele surgir ante la anticipación de alguna consecuencia o hecho negativo. Se lo considera ansiedad y puede etiquetarse como estrés persistente. La función adaptativa del miedo es la protección, se encarga de asegurar la integridad de nuestro organismo, estar pendiente de amenazas, reaccionar ante ellas. (Sales, 2019, pp. 108, 113).

Puede manifestarse de diferentes formas: la glándula suprarrenal descarga adrenalina, la frecuencia cardíaca aumenta, la actividad cerebral se altera, existe una

bronco-dilatación para aumentar los niveles de oxígeno, hiperventilación, aumenta la presión arterial, la temperatura puede descender, sudoración y escalofríos, tensión muscular, temblor de las extremidades, en casos extremos, los esfínteres pueden relajarse, etc. (Sales, 2019, pp. 115, 116).

Ira: la ira puede ir desde un enojo, hasta la rabia manifestada con la violencia, surge cuando existe una diferencia no deseada entre situaciones que disgustan a la persona, por algún obstáculo a algún objetivo, cuando existe una amenaza a la integridad física por la impotencia de no poder realizar alguna actividad. También aparece cuando alguien intenta alterarnos psicológicamente con insultos o provocando sentimientos de inferioridad, en ocasiones se acompaña de otras emociones como el miedo, o de la tristeza cuando existe algún tipo de rechazo. (Sales, 2019, p. 121).

La función adaptativa de la ira es la autodefensa, ayuda a las personas a eliminar obstáculos o para inhibir reacciones no deseadas de otras personas cuando se considera que está afectada nuestra integridad, también se asocia con el proceso de pérdida. Se considera un excelente factor de motivación. Permite de cierta forma razonar de manera clara siempre y cuando no sea excesiva y provoque agresiones, puede ayudar a cumplir objetivos que son interrumpidos. (Sales, 2019, p. 123).

Existe una liberación de la adrenalina y noradrenalina que provocan un aumento de energía, aumenta la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal y la presión sanguínea, puede existir una impulsividad para actuar de manera física o verbal, aumenta la capacidad cerebral, pero puede provocar incapacidad para la realización de ciertos procesos cognitivos. (Sales, 2019, p. 126).

#### *Problemas de salud mental en el adulto mayor*

Los cambios en la capacidad cognitiva, los olvidos frecuentes y los cambios gástricos del estado de ánimo no forman parte del envejecimiento saludable. Estas alteraciones no deben ser relacionados con la edad de las personas ni evitar tratarse. Los cambios del estado mental suelen estar relacionados con varios factores, como por ejemplo una dieta no adecuada, el desequilibrio de líquidos y electrolitos, la hipertermia, o las concentraciones bajas de oxígeno relacionadas con enfermedades cardíacas y pulmonares. (Hinkle et al., 2019, p. 563).

#### *Depresión*

Caracterizado como uno de los principales problemas en la salud mental durante el envejecimiento, en los adultos mayores puede ser considerada más que una

enfermedad, un cuadro sindrómico con la aparición de varios síntomas; tristeza, decaimiento, irritabilidad, impotencia ante situaciones cotidianas, estrés. Se relaciona con una serie de situaciones sean físicas o sociales, además de ser factores para desencadenarla, dificultan la detección y tratamiento. Es necesario el tratamiento adecuado y a tiempo, incluso de ser necesario con terapia electroconvulsiva (TEC). (Abizanda et al., 2020, p. 515).

La depresión entre los ancianos puede relacionarse con una pérdida importante y a menudo con enfermedades crónicas o dolor. También puede desarrollarse como reacción adversa a medicamentos o alguna afección física sin diagnosticar. A diferencias de otro grupo de edades no se observa una tristeza evidente, sino más bien fatiga, disminución de la memoria y concentración, sentimientos de inutilidad, cambios en el patrón del sueño, cambios en la dieta y apetito, inquietud e ideas suicidas. (Hinkle et al., 2019, p. 564).

La terapia inicial implica la evaluación de los medicamentos a usar y los que en ese momento estén siendo consumidos por el adulto mayor. Para la depresión leve se suelen usar medidas no farmacológicas, como el ejercicio, iluminación brillante, la mejora y aumento de relaciones sociales, la terapia cognitiva y de reminiscencia. En cambio, para la depresión mayor son utilizados los antidepresivos como el bromhidrato de bupropión, clorhidrato de venlafaxina y mirtazapina, al igual que los inhibidores de la recaptación de serotonina, como el clorhidrato de paroxetina. Los antidepresivos tricíclicos pueden ser eficaces para algunos pacientes. Y la TEC es muy eficaz cuando el paciente no tolera los medicamentos o significan un riesgo para su salud. (Hinkle et al., 2019, p. 564).

### *Ansiedad*

La ansiedad es un trastorno emocional que se caracteriza por ser una respuesta adaptativa a estímulos amenazantes, actuando como advertencia para el individuo. Esta respuesta es de forma exagerada ante situaciones irrelevantes o escasamente amenazantes, con una disminución del umbral ante eventos que no deberían provocar una situación de ansiedad. Los síntomas más frecuentes en los adultos mayores son; irritabilidad, contracciones musculares, inquietud, resequedad bucal, tensión, sudoración, falta de aliento, taquicardias, mareos y náuseas, diarreas, escalofríos, urgencia urinaria, dificultad para deglutir, miedo, poca concentración y preocupaciones por conciliar o mantener el sueño. (Abizanda et al., 2020, p. 523).

Los datos epidemiológicos indican que este grupo mayor a los 65 años de edad alcanzan un porcentaje del 29% en algún momento de la vida en esta etapa. Los más habituales son la fobia simple, agorafobia, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo (TOC). La coexistencia entre la ansiedad y depresión es frecuente en los adultos mayores, de forma que hasta un tercio de los que padecen ansiedad cumplen con los criterios para depresión. (Abizanda et al., 2020, p. 523).

Para establecer un diagnóstico en trastornos de ansiedad se utiliza la entrevista semiestructurada clínica. Se debe considerar la posibilidad de la existencia de otras enfermedades o uso de fármacos que consuma el adulto mayor. Para el tratamiento farmacológico se utiliza benzodiacepinas de corta o media vida. Se debe tener en cuenta la existencia de posibles interacciones con otros fármacos o sustancias que deprimen el sistema nervioso, como el alcohol o hipnóticos. Por lo general estas interacciones provocan efectos como la sedación. (Abizanda et al., 2020, p. 524).

### *Delirio*

Se produce como numerosas causas, que incluyen patologías físicas, cirugías, intoxicación por medicamentos o alcohol, deshidratación, desnutrición, infecciones, traumatismo craneoencefálico y privación o sobrecarga sensorial. Una vez diagnosticado el tratamiento se basa en la causa, es decir varían dependiendo la fuente, tiene que existir un entorno tranquilo y calmado para mantener la comodidad del adulto mayor. Si el problema subyacente se trata de forma adecuada, el paciente regresa a su estado inicial en un corto periodo de tiempo. (Hinkle et al., 2019, p. 567).

El delirio trae consigo diferentes consecuencias para el adulto mayor, ya que incrementa el riesgo de caídas y es por eso la importancia de brindar los cuidados necesarios para atender la seguridad del paciente y los problemas conductuales.

### *Demencias*

La demencia se define como un trastorno de la memoria que se acompaña de una o más de las siguientes alteraciones: apraxia, afasia, agnosia y deterioro de la función ejecutiva que da paso a un deterioro de la función previa de realizar aspectos laborales o sociales. Estos cambios no se presentan en el delirio, aunque en el cuadro clínico se podría evidenciar alguna patología general. Se puede clasificar de diversas maneras, pero, la más común es con respecto a la localización: cortical o enfermedad de Alzheimer (EA) y subcortical, vascular o enfermedad de Parkinson. (d'Hyver et al., 2019, p. 419).

### *Enfermedad de Alzheimer*

Es un trastorno neurodegenerativo que afecta en primer lugar a adultos mayores. Se caracteriza por la pérdida gradual de la función cognitiva y trastornos del comportamiento, aumenta drásticamente con la edad. Se puede clasificar en tipo: familiar y esporádica o de inicio tardío. El primero tipo es infrecuente y representa menos del 1% de los casos. Si existe algún otro miembro de la familia con EA se puede considerar un componente familiar. (Hinkle et al., 2019, p. 572).

En cuanto a las manifestaciones clínicas se presenta el olvido y pérdida sutil de la memoria en las primeras etapas de la patología. En una etapa más avanzada los olvidos se presentan en más ocasiones y situaciones diarias, perdiendo así la capacidad de recordar caras, lugares y objetos familiares y pueden perderse en un ambiente conocido, tienden a repetir historias o realizar las mismas preguntas de forma reiterada. Es muy común que los pacientes no logren reconocer las consecuencias de las acciones que toman. Los cambios de personalidad pueden estar presente. Se deprimen, se vuelven paranoicos, hostiles e incluso actúan a la defensiva. En etapas tardías suelen perder la habilidad del habla, y tienden a deambular por la noche. En la etapa terminal los adultos mayores suelen permanecer inmóviles y necesitan una atención total para sus actividades cotidianas. (Hinkle et al., 2019, p. 573).

### *Enfermedad por cuerpos de lewy y demencia asociada a Parkinson*

La EP puede causar alteraciones cognoscitivas y neuropsiquiátricas desde las primeras etapas de la enfermedad, y en ocasiones antes de poder diagnosticarse. El principal rasgo es la disfunción ejecutiva, incluyendo síntomas como problemas con la planificación, falta de flexibilidad mental o pensamiento abstracto. Las alteraciones en la atención también son frecuentes, la memoria, en especial para recordar lo aprendido recientemente. Entre el 50 y 80% terminan por presentar demencia en los 10 años posteriores al diagnóstico. Los síntomas que distinguen a la enfermedad por cuerpos de Lewy (ECL) de las otras demencias son: alucinaciones visuales intensas, estado de alerta cambiante y trastornos del sueño por movimientos oculares rápidos. (Abizanda Soler et al., 2020, p. 493).

### **4.3. Fundamentación legal**

Constitución De La República Del Ecuador (2008)

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 36.- 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. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar 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. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
6. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
7. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

Art. 22.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a. El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley;
- b. Los malos tratos dados por familiares o particulares;
- c. La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;
- d. La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas;
- e. La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad;

Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores (2019)

Art. 16.- Derecho a la vida digna

Garantizar la protección integral que el Estado, sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito de lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal. Para asegurar el derecho a una vida digna, a todas las personas adultas mayores se les asegurará el cuidado y protección de sus familiares, para lo cual, en caso de no existir consenso entre los obligados, el juez de familia, mujer, niñez

y adolescencia, dispondrá su custodia y regulará las visitas. En todos los casos se respetará la opinión de la persona adulta mayor, cuando esté en capacidad de emitirla. El Juez podrá impartir medidas de protección hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, de conformidad a lo establecido en la presente Ley y su Reglamento.

Sección XI del Derecho a la Salud Integral, Física, Mental, Sexual y Reproductiva  
Art. 42.- Del derecho a la salud integral.

El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales, en las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. El Estado desarrollará acciones que optimicen las capacidades intrínsecas y funcionales de las personas mayores, con especial énfasis en actividades de promoción de la salud mental, salud sexual y salud reproductiva, nutrición, actividad física y recreativa en la población adulto mayor. De conformidad con la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica se prohíbe a dichas empresas negar el servicio a las personas adultas mayores, a quienes deberá darse atención preferencial y especializada. En caso de incumplimiento, se procederá conforme a los procedimientos y sanciones establecidos en la mencionada ley

Título IV Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las personas Adultas Mayores.

Art. 89.- Modalidades para la atención integral. Deberán implementarse progresivamente las siguientes modalidades de atención:

c) Espacios de socialización y de encuentro: Son servicios destinados a propiciar el encuentro, la socialización y la recreación de personas adultas mayores que conserven su autonomía; tendientes a la convivencia, participación y solidaridad, así como la promoción del envejecimiento positivo y saludable

#### **4.4. Fundamentación de enfermería**

##### ***4.4.1 Teoría de los cuidados transpersonales de Margaret Jean Watson.***

La teoría de Jean Watson se basa en enlazar la ciencia con las humanidades para que así los enfermeros entiendan otras culturas como requisito para ejercer el arte de

cuidar y un concepto mente-cuerpo-espíritu, teniendo una creencia de que el estudio de las humanidades amplía la mente y mejora las habilidades para el pensamiento. Jean Watson describe que el enfermero tiene que facilitar y ayudar, manteniendo y respetando los valores, creencias, estilo de vida y cultura de todas las personas. (Raile, 2014, pp 80-83.)

En base a esto, la teoría expuesta es fundamental para la atención de las personas adultas mayores, debido a que mantienen sus creencias y costumbres impregnadas en su diario vivir, y así acomodarnos a su forma de vida para poder aplicar un cuidado holístico e interactuar de manera correcta en el cuidado de este grupo etario, interviniendo y mejorando su salud desde todas las perspectivas, en especial la salud mental.

### ***2.2.1. El modelo de la conservación de Myra Estrin Levine***

Myra Estrin relacionó la salud con el proceso de conservación y dejó claro que este modelo considera que la salud es uno de los principales elementos, y el tratamiento se centra en la integridad y en la unidad de la persona, los conceptos principales de este modelo son; Globalidad: definida como una integridad del individuo, y poder explorarlo como un todo, Adaptación: explica como la persona se ajusta a las realidades de su entorno externo e interno, Conservación: describe el modo en que los sistemas complejos se adaptan a circunstancias difíciles para seguir en funcionamiento. (Raile, 2014, p. 201)

Los principios de la conservación son cuatro: conservación de la energía, conservación de la integridad estructural, conservación de la integridad personal y la conservación de la integridad social. Esta última menciona que los enfermeros deben cumplir la función de ayudar a las familias o individuos, para proporcionar asistencia en aspectos religiosos y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales de los pacientes para conservar la integridad social. (Raile, 2014, pp. 201,202.)

En relación con lo anterior este modelo nos da paso al personal de enfermería para poder entender la importancia de mantener el ámbito social, evitando que los adultos mayores desarrollen emociones negativas debido a la alteración de las relaciones sociales y aislamiento social, de igual manera la necesidad de fortalecer un vínculo entre el cuidador y el paciente para lograr la conservación de sus funciones vitales y lograr una integridad total de los individuos.

## **5. Formulación de la hipótesis**

El aislamiento social por COVID19 influye en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa.

### **5.1. Identificación y clasificación de variables**

**Variable independiente:** Aislamiento social por COVID-19

**Variable dependiente:** Estado emocional de los adultos mayores

## 5.2. Operacionalización de variable

**Tabla 2**

*Operacionalización de variables*

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
			DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS
El aislamiento social por COVID19 influye en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa causando alteraciones en el estado psicológico de los mismos.	VI: Aislamiento social por COVID-19	Situación de aislamiento en el hogar debido a la pandemia por COVID-19	Riesgo de aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo</li> <li>• Medio</li> <li>• Alto</li> <li>• Aislamiento</li> </ul>	Escala de apoyo social de Lubben revisada. (LSNS-R) Para personas adultas mayores.
	VD: Estado emocional de los adultos mayores	Actitud o disposición en la vida emocional. No es una situación emocional transitoria. Es un estado, cuya duración es prolongada y destiñe sobre el resto del mundo psíquico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ira/Hostilidad</li> <li>• Alegría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansioso, intranquilo, nervioso, tenso</li> <li>• Triste, melancólico, apagado, alicaído</li> <li>• Irritado, molesto, enojado, enfadado</li> <li>• Contento, alegre, optimista, jovial</li> </ul>	Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA)

**Elaborado por:** Borbor Bernabé Angelo

## **CAPITULO III**

### **6. Diseño metodológico**

#### **6.1. Tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación se plantea de tipo descriptiva debido a que, se pretende determinar la influencia del aislamiento social en el estado emocional de los adultos mayores y así, describir la situación en la que se encuentran con respecto a su estado mental y a su vez, las probables alteraciones encontradas en este grupo de estudio.

La investigación descriptiva es aquella que se destaca en las características o los rasgos de cada situación del objeto de estudio. (Bernal, 2010, p. 113). La presente investigación se basa esencialmente en la aplicación de técnicas como la encuesta, la entrevista, la observación y la revisión documental, para realizar el análisis de los resultados y detallar cada uno de ellos.

De igual manera se considera de tipo correlacional debido a que se pretende buscar la relación entre dos variables, en este caso en cómo influye un estado de aislamiento social causado provocado por la pandemia por COVID-19 en el estado emocional de los adultos mayores, uno de los puntos importantes respecto a la investigación correlacional es examinar relaciones entre variables o sus resultados mediante varios métodos como por ejemplo el coeficiente correlacional de Pearson.

Por último, la investigación es de tipo transversal debido a que se realiza en un determinado periodo de tiempo, en este caso durante algunos meses en el año 2020 al 2021.

#### **6.2. Métodos de investigación**

La investigación presente es de método cuantitativo debido a que vamos a evaluar emociones y estado mental de los adultos mayores mediante escalas con puntajes y datos numéricos, para posteriormente analizar los resultados y determinar la existencia de alteraciones emocionales debido al aislamiento social por la pandemia actual COVID19. El enfoque cuantitativo es un conjunto de procesos, secuencial y probatorio, en la cual la recolección de datos se basa en la medición de las variables de la investigación, en donde los datos son productos de mediciones los cuales se representan con números. (Hernández, 2014, pp. 5-6).

### 6.3. Población y muestra

#### *Población*

La población es el total de personas a las que se incluirá en el proceso investigativo, cumpliendo una serie de características las cuales serán evaluadas durante la investigación. En este caso, la población a estudiar se enfocó en los adultos mayores de la parroquia Atahualpa independientemente de la situación social, los datos fueron obtenidos gracias al Gobierno Autónomo Descentralizado de la localidad. Obteniendo un total de 213 adultos mayores que formaran parte de la población de estudio.

#### *Muestra*

Para obtener la muestra se utilizó la fórmula de muestra finita.

$$n = \frac{N * Z^2 * p (q)}{(N - 1) * e^2 + z^2 * p * (q)}$$
$$n = \frac{213 * (1,96)^2 * 0,5 (0,5)}{(213 - 1) (0,05)^2 + 1,96^2 * 0,5 * (0,5)}$$
$$n = \frac{213 * 3,84 * 0,5 (0,5)}{212 (0,0025) + 3,84 (0,5)(0,5)}$$
$$n = \frac{213 * 3,84 * 0,25}{0,53 + 0,96}$$
$$n = \frac{204,48}{1,49}$$
$$n = 137,23$$
$$n = \mathbf{137}$$

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5% se obtuvo como resultado una muestra total de 137 adultos mayores, los cuales se convierten en la unidad de estudio.

### 6.4. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo a emplear en la investigación es por conveniencia, que se encuentra dentro del tipo no probabilístico. Se seleccionarán los sujetos de estudio de forma que sea accesible para la investigación, independientemente de datos sociológicos, teniendo en cuenta a toda la población a evaluar que corresponden a los adultos mayores de la localidad. Abarcando toda la localidad hasta completar el número de la muestra.

## **6.5. Técnica de recolección de datos**

Las técnicas que se emplean en la investigación es una encuesta directa a la muestra en estudio, en este caso, los adultos mayores, basados en dos escalas para la evaluación de las variables, de igual forma la observación directa, se trabaja directamente con las personas evaluadas en su lugar de residencia.

Para la recolección de bibliografía se utilizó fuentes secundarias, investigaciones anteriores, artículos, revistas y libros.

## **6.6. Instrumento de recolección de datos**

Las encuestas empleadas se basan en dos escalas que permiten evaluar diferentes factores de la población.

Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) elaborada por el autor Jesús Sanz en el año 2001. La cual nos permite evaluar el estado emocional actual, pero también en circunstancias específicas de algún momento. Basándose en 16 preguntas, cada una con una puntuación de 0 como ausencia de dicha emoción y 10 como presencia máxima. Dentro de la escala se aprecian cuatro principales emociones: tristeza-depresión, ansiedad, ira-hostilidad y alegría. Todas siendo obtenidas mediante otras escalas que evalúa todas las anteriores de forma independiente. El tiempo de empleo es corto y sencillo de responder para cualquier grupo poblacional. (del Pino et al., 2010, pp. 19-21).

Escala de apoyo social de Lubben Revisada (LSNS-R) para personas adultas mayores. Es un conjunto de instrumentos que evalúa el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento a dicho grupo de edad. Existen 3 variables más de la escala por el autor Lubben. Consta de 12 ítems, los 6 primeros evalúan la relación familiar, los 6 siguientes la relación social con amigos, personas cercanas, etc. Cada ítem en relación con la respuesta proporcionada por el investigador tiene un puntaje que determina el riesgo de aislamiento, siendo así: bajo >30, moderado 26-30, alto 21-25, aislamiento social  $\leq 20$ . (Menéndez et al., 2019, p. 1).

## **6.7. Aspectos éticos**

Para la recolección de información no fue necesario una solicitud ni permiso para llevar a cabo la investigación en la localidad, a los sujetos de estudio se pido la aprobación para el uso de la información proporcionada por los mismos mediante un consentimiento informado, al igual que la explicación del trabajo, manteniendo la confidencialidad de cada uno de los adultos mayores.

## CAPITULO IV

### 7. Presentación de resultados

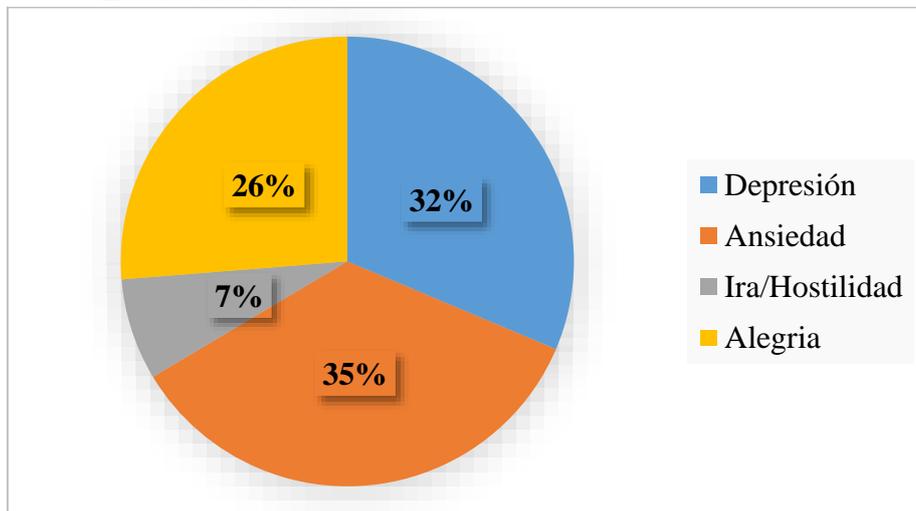
#### 7.1. Análisis e interpretación de resultados

Los resultados obtenidos aplicando ambas escalas a los 137 adultos mayores de la parroquia Atahualpa y que cumplen con los objetivos de la investigación fueron los siguientes:

Mediante la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) y el uso del software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) se obtuvo el porcentaje y valores de las 4 emociones que valora la escala.

**Gráfico 1**

*Estado emocional*



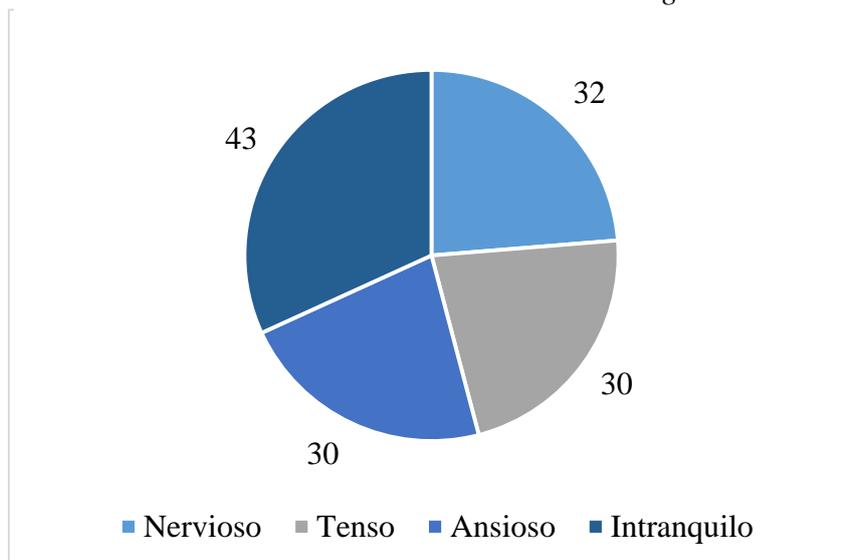
Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En cumplimiento con el primer objetivo específico: Valorar el estado emocional de los adultos mayores; en el gráfico #1 se puede evidenciar el porcentaje de las emociones que evalúa la EVEA, obteniendo como mayor representación en un 35% que corresponde a 48 individuos emociones relacionadas con la ansiedad, así mismo una cifra elevada obtiene las emociones en relación a la depresión con un 32% siendo así 43 adultos mayores, por otro lado, las cifras de alegría representan un 26% o 36 personas y la ira equivale al menor porcentaje obtenido, 7% o 10 sujetos de estudio.

Con relación al estado emocional presentado en el gráfico anterior se presentan las diferentes emociones por cada una de ellas:

## Gráfico 2

*Frecuencia de emociones dentro de la categoría Ansiedad*

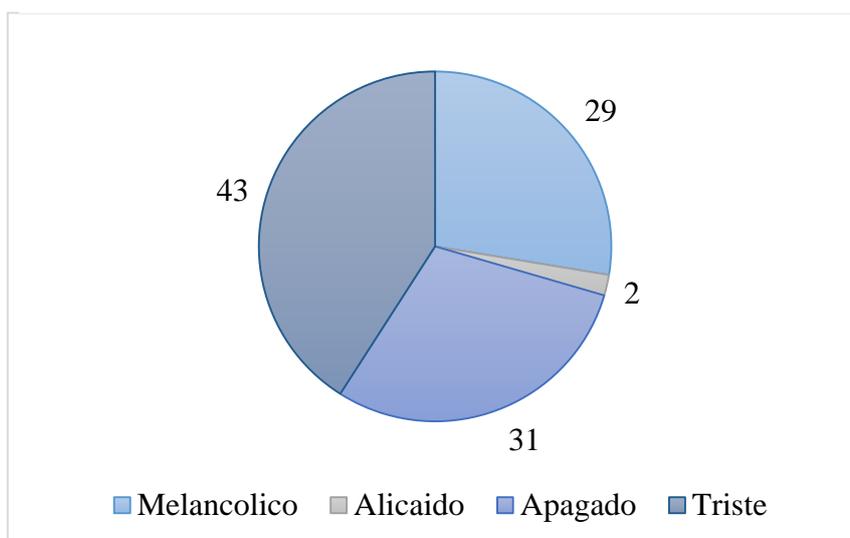


Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En cumplimiento con el primer objetivo específico: Valorar el estado emocional de los adultos mayores; en el gráfico #2 se evidencia las frecuencias de las diferentes emociones o sentimientos dentro de la categoría Ansiedad, la mayor cantidad expresada por los adultos mayores fue la intranquilidad, 43 de 48 personas respondieron que sentían esta emoción, 32 de 48 nerviosismo y en igual cantidad 30 de 48 las emociones de tenso y ansioso.

## Gráfico 3

*Frecuencia de emociones dentro de la categoría Depresión*

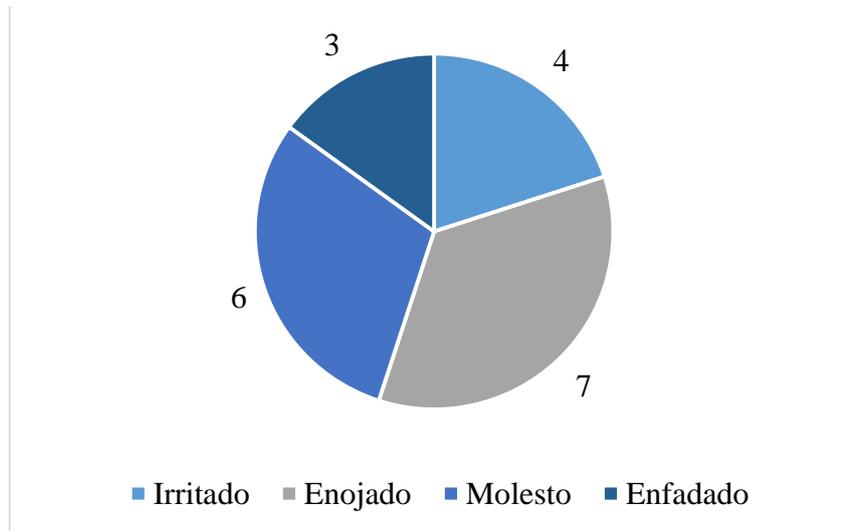


Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En la categoría de depresión se apreció que todos los 43 participantes presentaron sentimientos de tristeza, por otro lado 31 personas expresaron sentirse apagados, 29 de los adultos mayores manifestaron sentimientos de melancolía y con una menor cifra, 2 personas manifestaron sentirse alicaídos.

**Gráfico 4**

*Frecuencia de emociones dentro de la categoría Ira/Hostilidad*

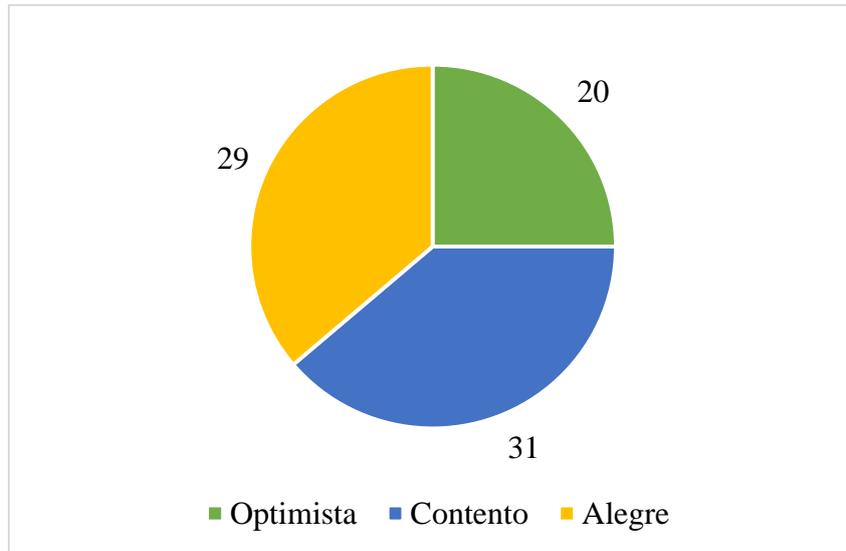


Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** Se evidencia números bajos en este conjunto de emociones; 7 personas manifestaron sentir enojo y 6 signos de molestia, 4 personas se mostraron emocionalmente irritados y 3 de ellas enfadadas. Convirtiéndose en la categoría con menor número de frecuencia en la investigación siendo un total de 10 personas que presentaron estas emociones.

### Gráfico 5

*Frecuencia de emociones dentro de la categoría de Alegría*

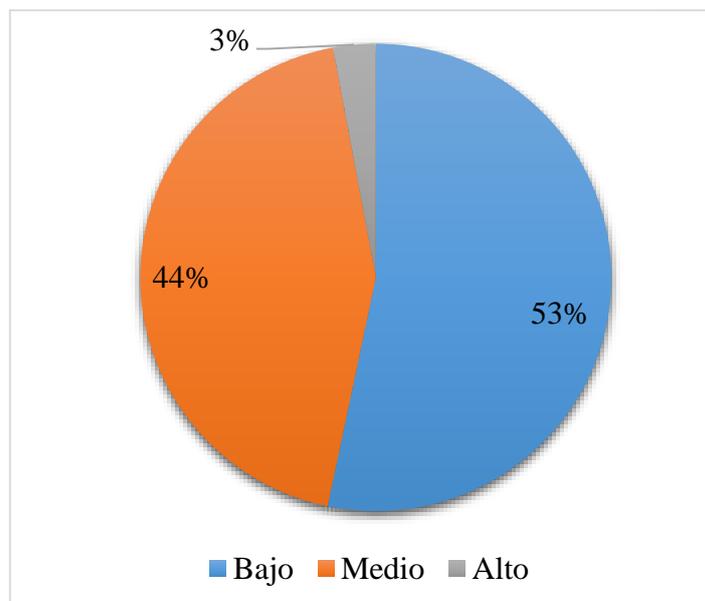


Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En cumplimiento con el primer objetivo específico; en el gráfico #5 se evidencia los sentimientos de la categoría Alegría, teniendo un total de 36 personas, 31 de los adultos mayores manifestaron sentirse contentos, 29 alegres y 20 optimistas, a diferencia de las demás categorías, esta se considera positiva, por encima de la categoría Ira/Hostilidad, representando un total del 26% del total de las emociones.

### Gráfico 6

*Riesgo de Aislamiento Social*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En cumplimiento con el segundo objetivo específico: Identificar el riesgo de aislamiento social que presentan los adultos mayores; se utilizó el software SPSS y el uso de la escala de Lubben-R para obtener la frecuencia y porcentajes del riesgo, obteniendo como resultados: un 3% presentó un riesgo alto de aislamiento, con una cifra mayor, el 44% representa un riesgo moderado o medio, y con una cifra significativa del 53% que pertenece a la categoría de riesgo bajo. Ningún adulto mayor se encuentra en aislamiento social.

**Gráfico 7**

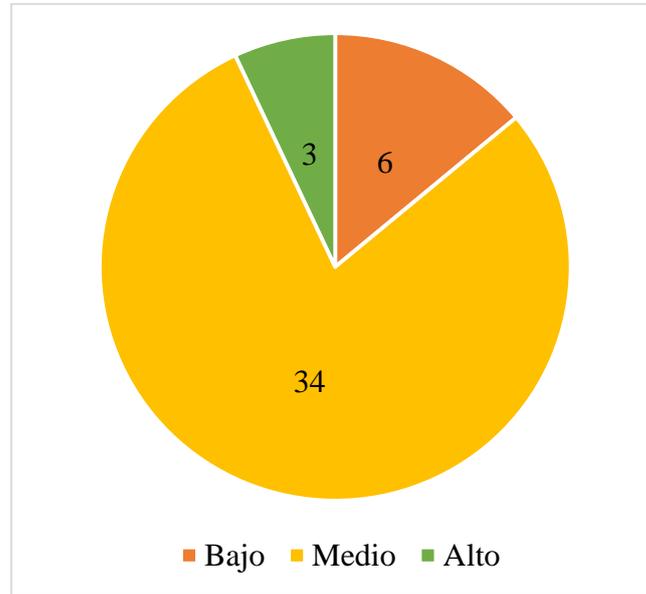


Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En cumplimiento con el tercer objetivo específico: Establecer la asociación del aislamiento por COVID-19 en el estado emocional; en el gráfico #7 se evidencia que la categoría alegría solo se presentó en un nivel de riesgo bajo, y no existe presencia en los otros niveles, siendo un total de 36 adultos mayores y comprendiendo el 26% del total en relación al estado emocional, y un 49% en la categoría baja del riesgo de aislamiento

### Gráfico 8

*Depresión/Riesgo de aislamiento*

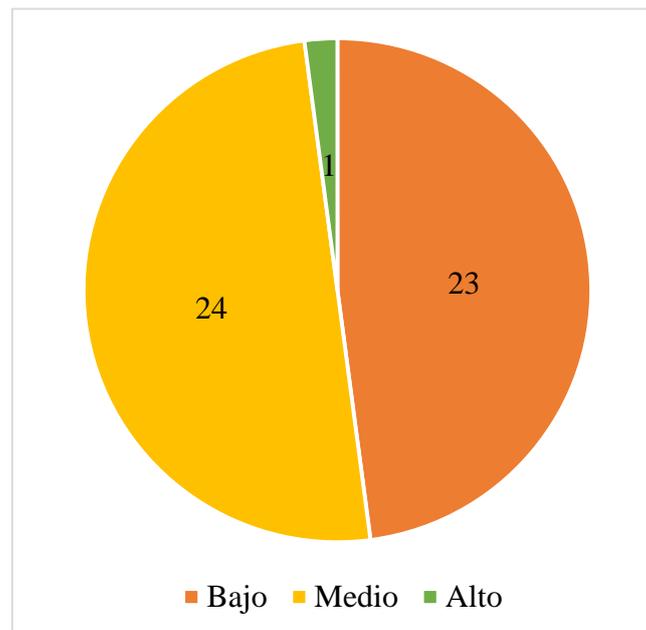


Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En el gráfico #8 se compara la cantidad de la categoría depresión por los niveles de riesgo de aislamiento, siendo así; 6 personas en el riesgo bajo de aislamiento, correspondiendo al 8% en esta categoría, 34 adultos mayores en el nivel medio o el 57%, y 3 personas significando el 75% en riesgo alto de aislamiento social.

### Gráfico 9

*Ansiedad/Riesgo de aislamiento*

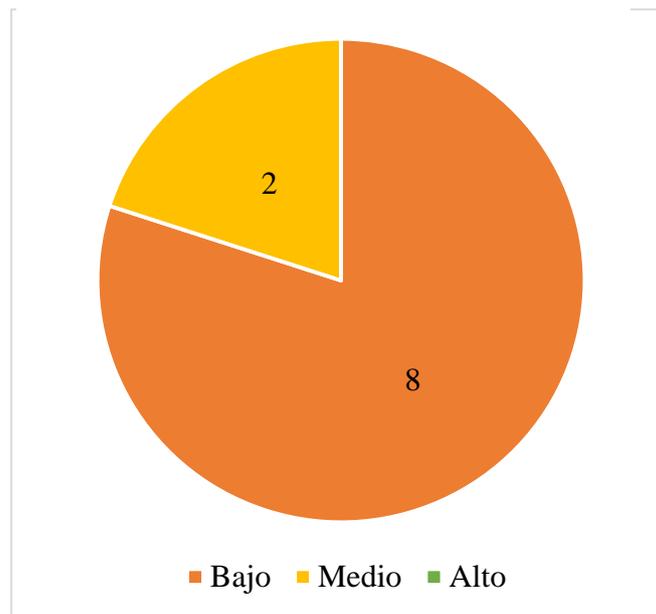


Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En el gráfico #9 se puede apreciar que con respecto a la ansiedad entre el riesgo de aislamiento se comportó de la siguiente manera: 23 personas clasificadas en el riesgo bajo, presentándose en el 32% del total en esta categoría, 24 personas en el nivel medio significando un 40% en el total del riesgo de aislamiento medio, por último, 1 adulto mayor en la categoría alta representando el 25% del total de emociones presentadas en esta clasificación.

**Gráfico 10**

*Ira-Hostilidad/Riesgo de aislamiento*

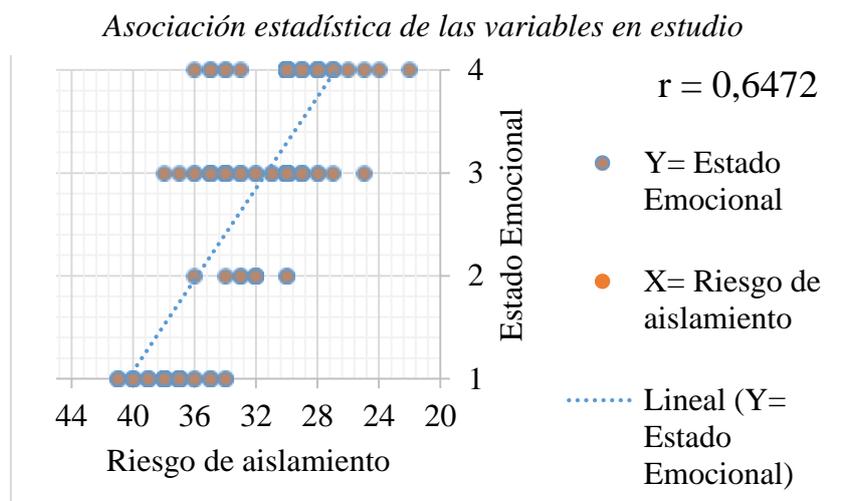


Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** En el gráfico #10 se compara la relación entre Ira/Hostilidad y el riesgo de aislamiento, con un total de 10 personas, 8 de ellas se encuentran en la categoría de bajo riesgo, siendo un total de 11% en la misma, para finalizar, 2 personas en el riesgo medio de aislamiento, correspondiendo un total del 3% en esta categoría.

Mediante el coeficiente de correlación de Pearson, en el que se ha utilizado los resultados obtenidos mediante ambas escalas en la investigación se obtuvo el siguiente resultado:

**Gráfico 11**



Fuente: Coeficiente de correlación de Pearson.  
Elaborado por: Borbor Angelo

**Análisis:** El resultado de la correlación fue de 0,6472, el cual se interpreta como una relación positiva entre ambas variables: el estado emocional y el riesgo de aislamiento social. De esta forma se da cumplimiento al objetivo general de la investigación, de igual forma dando respuesta a la interrogante e hipótesis anteriormente planteada.

## 7.2. Comprobación de hipótesis

Se comprueba que la hipótesis de la investigación: El aislamiento social por COVID19 influye en el estado emocional de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa; es acertada, debido al valor de la correlación de Pearson y a las tablas de comparación realizadas entre un variable y otra mediante los resultados obtenidos de las escalas aplicadas.

### **7.3. Conclusiones**

Como conclusiones del presente trabajo investigativo, después del análisis de los resultados obtenidos mediante las encuestas se determina que: el 74% de la población estudiada presentan alteración del estado emocional, y el 47% de los mismos un riesgo moderado y alto de aislamiento social.

Con relación al primer objetivo específico, mediante el análisis de los resultados se evidencia los diferentes porcentajes de las emociones más frecuentes en los adultos mayores de la parroquia Atahualpa, Con una proporción elevada, los principales estados emocionales fueron: la ansiedad con el 35% y depresión con 33%, la intranquilidad, el nerviosismo, la tristeza, sentirse decaídos, el enojo y la molestia fueron las emociones con mayor presencia en la población, por otro lado, sentimientos de alegría se manifestaron en 36 personas.

Continuando con el segundo objetivo específico, el gráfico #6 muestra que más de la mitad de los adultos mayores presentan un riesgo bajo de aislamiento social siendo un total de 73 personas, 60 personas presentaron un riesgo moderado, mientras que, 4 personas entraron a la categoría de alto. Existiendo mayor frecuencia en las dos primeras categorías y no existiendo personas que cumplan los criterios para definirse en un aislamiento social.

En relación al tercer objetivo específico con el análisis del gráfico #11, se concluye que, a mayor riesgo de aislamiento social mayor es la alteración del estado emocional, 23 personas con emociones relacionadas con la ansiedad, 6 a depresión y 8 a Ira, presentaron un riesgo bajo de aislamiento social, en la categoría de riesgo moderado se apreciaron: 34 personas con sentimientos relacionados con la depresión, 24 adultos mayores a la ansiedad y 2 con la Ira, las 4 personas que se evidenciaron con riesgo alto se distribuyen de la siguiente forma, 3 individuos con estado emocional relacionado a la depresión y 1 a la ansiedad. Por otro lado, todas las personas que se presentaron con emociones positivas, se encuentran con un nivel bajo de aislamiento, siendo un total de 36 adultos mayores.

#### **7.4. Recomendaciones**

Como recomendaciones con base en el análisis de la investigación se sugiere que:

Se realice e implemente estrategias en el centro de salud del primer nivel de atención de la parroquia Atahualpa en conjunto con el Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) de la localidad, para reducir la presencia de emociones negativas y el riesgo de aislamiento social.

Aumentar las actividades de recreación social de los adultos mayores, manteniendo los protocolos y seguridad social debido a la pandemia por COVID-19, aumentando la visita domiciliaria por parte de los grupos de apoyo social existentes, o implementar un nuevo programa para la integración social de los adultos mayores impulsado por el GAD de la comunidad. De igual forma es importante la capacitación de las personas que estén a cargo de esta actividad en la comunidad para que puedan realizar un mejor abordaje con los adultos mayores.

Los profesionales de la salud encargados del primer nivel de atención deben tener en cuenta la importancia de mantener un estado de salud mental adecuado, debido a que las alteraciones del estado emocional repercuten de forma directa sobre esta, abarcando la atención hacia los adultos mayores de forma holística, manteniendo y respetando sus costumbres, cultura y creencias, buscando la forma eficaz de solucionar las problemáticas.

Es importante realizar un seguimiento continuo a los adultos mayores que se vean más afectados en relación al estado emocional, y así evitar el desarrollo de patologías que necesiten un tratamiento más complejo y puedan afectar el diario vivir y el desarrollo normal de la persona.

Realizar capacitaciones y asesorías a las personas en general, sobre la importancia de mantener un estado emocional saludable y una interacción social adecuada, al igual que los riesgos y consecuencias que podrían presentar los adultos mayores debido a los malos tratos, al igual que mejorar el fortalecimiento de las relaciones familiares de los mismos.

## 8. Referencias bibliográficas

Fernández Ballesteros, R., & Sánchez Izquierdo, M. (2020). Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: Algunos Resultados y Reflexiones. *Clínica y Salud*, 165-169.

Abizanda Soler, P., & Rodríguez Mañas, L. (2020). *Tratado de MEDICINA GERIÁTRICA - Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.U.

Alcívar García, M., & Revelo Vergara, B. (15 de septiembre de 2020). *Efectos de la pandemia COVID-19 en la calidad de vida de adultos mayores de la ciudad de Puyo*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15592/1/T-UCSG-PRE-JUR-MD-TSO-64.pdf>

Aldás Pincay, O., & Contreras Pazmiño, F. (16 de 09 de 2020). *El envejecimiento activo y aislamiento social por Covid-19: Percepciones de los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil y Santa Elena*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15635/1/T-UCSG-PRE-JUR-TSO-142.pdf#page=31&zoom=100,148,538>

Alvarado García, A., & Salazar Maya, Á. (2016). *SciELO*. Obtenido de Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000400003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003&lng=es&tlng=es).

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Colombia: PEARSON EDUCACIÓN.

Calvopiña, E., García, I., Pérez, M. Á., Vaca, K., & Villarreal, B. (23 de 07 de 2020). *INREDH*. Obtenido de Ecuador: personas de la tercera edad frente al COVID-19: <https://www.inredh.org/index.php/archivo/derechos-humanos-ecuador/1494-ecuador-personas-de-la-tercera-edad-frente-al-covid-19>

Cerezo Huerta, K. (2019). *Trastornos neurocognitivos en el adulto mayor: evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica*. Ciudad de México: El Manual Moderno S.A. de C.V.

d'Hyver, C., & Gutiérrez Robledo, L. (2019). *Geriatría* (4ta ed.). México, D.F: Manual Moderno.

del Pino Sedeño, T., Wenceslao, P., & Bethencourt, J. (2010). *La escala de valoración del estado de ánimo (evea): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo*. Obtenido de [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6066/La\\_escala\\_de\\_valoracion\\_del\\_estado\\_de\\_animo.pdf?](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6066/La_escala_de_valoracion_del_estado_de_animo.pdf?)

Díaz Castrillón, F. J., & Toro Montoya, A. I. (2020). *SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia*. Medellín, Colombia.: Editora Médica Colombiana S.A., 2020©.

El Telégrafo. (2021). *Soledad y aislamiento marcan las vidas de los adultos mayores*. Obtenido de <https://www.eltelgrafo.com.ec/noticias/palabra/1/soledad-y-aislamiento-marcan-las-vidas-de-los-adultos-mayores#:~:text=Palabra%20Mayor-,Soledad%20y%20aislamiento%20marcan%20las%20vidas%20de%20los%20adultos%20mayores,mayor%20inversi%C3%B3n%20de%20los%20Es>

Emerson, K. (2020). Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Pan American Journal of Public Health*.

Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (04 de 08 de 2020). *Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Lineamientos\\_generales\\_COVID-19-04-08-2020-FE-DE-ERRATAS.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Lineamientos_generales_COVID-19-04-08-2020-FE-DE-ERRATAS.pdf)

Farfán Cano, G. G. (2020). Perspectiva acerca de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *Revista Científica INSPILIP*, 4-5.

Gené Badia, J., Ruiz Sánchez, M., Obiols Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>

Guan, Wei-jie et al. (18 de febrero de 2020). *Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China*. Obtenido de N Engl J Med: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México : McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Hinkle, J., & Cheever, K. (2019). *BRUNNER Y SUDDARTH Enfermería Medicoquirúrgica*. Barcelona, España: Wolters Kluwer.

Ley Organica De Las Personas Adultas Mayores. (29 de abril de 2019). *Registro Oficial Suplemento 484*. Obtenido de <http://www.eeq.com.ec:8080/documents/10180/24600865/LEY+ORG%C3%81NICA+DE+LAS+PERSONAS+ADULTAS+MAYORES/09bf36e9-43eb-4b3f-96d8-b527bb1205f8>

Menéndez, S., & Pérez Padilla. (2019). *La Escala de Apoyo Social de Lubben Revisada (LSNS-R) para personas mayores*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/342764011\\_LSNS-R\\_ESCALA\\_DE\\_APOYO\\_SOCIAL\\_DE\\_LUBBEN\\_REVISADA\\_PARA\\_PERSONAS\\_MAYORES](https://www.researchgate.net/publication/342764011_LSNS-R_ESCALA_DE_APOYO_SOCIAL_DE_LUBBEN_REVISADA_PARA_PERSONAS_MAYORES)

Millán Calenti, J. C. (2011). *Gerontología y Geriatría*. Madrid : McGRAW-HILL - INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Coronavirus COVID-19*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid-19/>

Ministerio de Salud Pública. (10 de Diciembre de 2020). *SITUACIÓN NACIONAL POR COVID-19 INFOGRAFÍA N°287*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/INFOGRAFIA-NACIONALCOVID19-COE-NACIONAL-08h00-10122020.pdf>

OMS. (2020). *Weekly epidemiological update - 23 February 2021*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---23-february-2021>

Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Piqueras Rodríguez, J., Ramos Linares, V., & Martínez González, A. (2009). *Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física*. Bogotá, Colombia: Suma Psicológica.

Raile Alligood, M. (2014). *Modelos y teorías EN ENFERMERÍA*. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.

Ríos, A. (13 de Enero de 2021). *statista*. Obtenido de América Latina y el Caribe: número de casos de COVID-19 por país: <https://es.statista.com/estadisticas/1105121/numero-casos-covid-19-america-latina-caribe-pais/>

- Sales, I. (2019). *LA CARA POSITIVA DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS*. Profit Editorial I., S.L.
- Salud Pública de México. (2017). *Vol. 59 Núm. 2, mar-abr (2017)*. Ciudad de México. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2017.v59n2/119-120>
- Ugalde Pérez, M. (21 de Junio de 2020). *Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas*. Obtenido de Salud mental y adultos mayores en tiempos de covid-19: <https://instituciones.sld.cu/psicologiadelasalud/salud-mental-y-adultos-mayores-en-tiempos-de-covid-19/>
- Valarezo Carrión, J., Silva Maldonado , J., & Medina Muñoz , R. (2020). Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica. *REVISTA ESPACIOS*, 3-4.
- World Health Organization. (16 de Abril de 2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation*. Obtenido de [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200415-sitrep-86-covid-19.pdf?sfvrsn=c615ea20\\_6](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200415-sitrep-86-covid-19.pdf?sfvrsn=c615ea20_6)

## 9. Anexos

### ANEXO #1 Escala de valoración del estado de ánimo EVEA

A continuación, encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos.

	Nada	Mucho
Me siento nervioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento irritado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento alegre	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento melancólico	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento tenso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento optimista	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento alicaído	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento enojado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento ansioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento apagado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento molesto	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento jovial	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento intranquilo	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento enfadado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento contento	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento triste	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

## **ANEXO #2 Escala de apoyo social de Lubben (LSNS-R) Revisada para adultos mayores.**

**A continuación, piense en los miembros de su familia y en la relación que mantiene habitualmente con ellos:**

1. ¿Con cuántos de sus familiares se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?  
 ninguno     uno     dos     tres o cuatro     de cinco a ocho     nueve o más
2. Del familiar con el que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él?  
 menos de una vez por mes     mensualmente     algunas veces al mes     semanalmente     varias veces por semana     diariamente
3. ¿Con cuántos de sus familiares se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?  
 ninguno     uno     dos     tres o cuatro     de cinco a ocho     nueve o más
4. ¿A cuántos de sus familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?  
 ninguno     uno     dos     tres o cuatro     de cinco a ocho     nueve o más
5. Cuando uno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?  
 siempre     con mucha frecuencia     con frecuencia     a veces     rara vez     nunca
6. ¿Con qué frecuencia alguno de sus familiares está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?  
 siempre     con mucha frecuencia     con frecuencia     a veces     rara vez     nunca

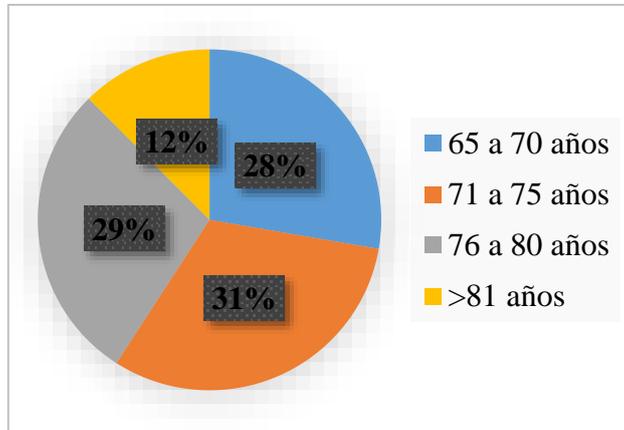
**Ahora piense en las personas cercanas e importantes para usted pero que no son miembros de su familia (amigos, vecinos, etc.) y en la relación que mantiene con ellos:**

7. ¿Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?  
 ninguno     uno     dos     tres o cuatro     de cinco a ocho     nueve o más
8. ¿Con qué frecuencia se ve o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?  
 menos de una vez por mes     mensualmente     algunas veces al mes     semanalmente     varias veces por semana     diariamente
9. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?  
 ninguno     uno     dos     tres o cuatro     de cinco a ocho     nueve o más
10. ¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?  
 ninguno     uno     dos     tres o cuatro     de cinco a ocho     nueve o más
11. Cuando uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?  
 siempre     con mucha frecuencia     con frecuencia     a veces     rara vez     nunca
12. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?  
 siempre     con mucha frecuencia     con frecuencia     a veces     rara vez     nunca

## ANEXO #3 Gráficos estadísticos

**Gráfico 12**

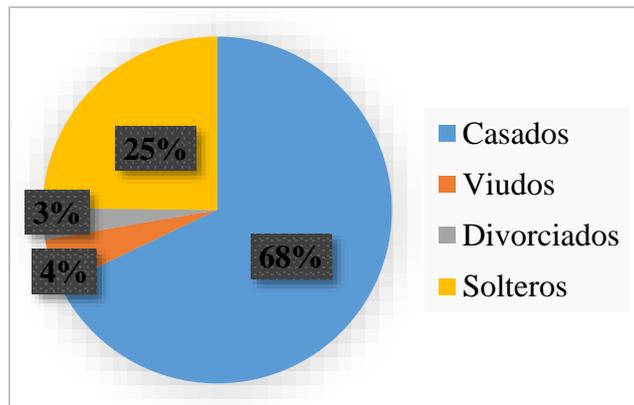
*Edad*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Gráfico 13**

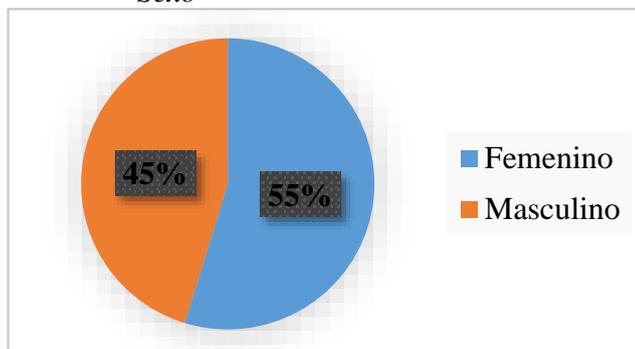
*Estado Civil*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Gráfico 14**

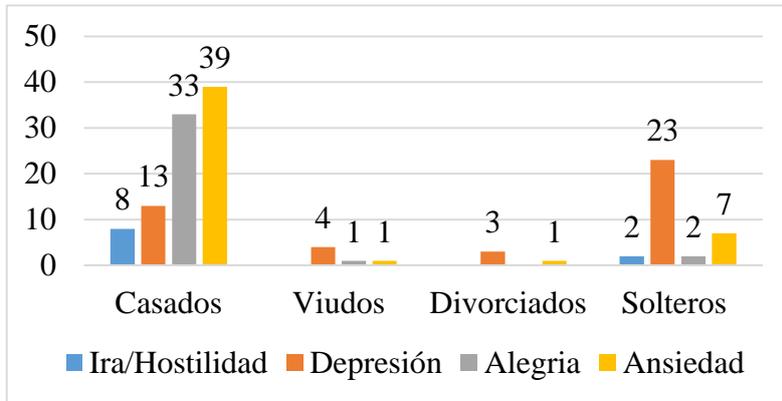
*Sexo*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Gráfico 15**

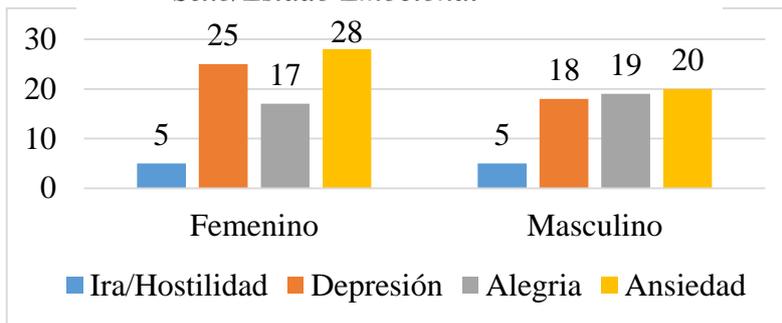
*Estado Civil/Estado Emocional*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Gráfico 16**

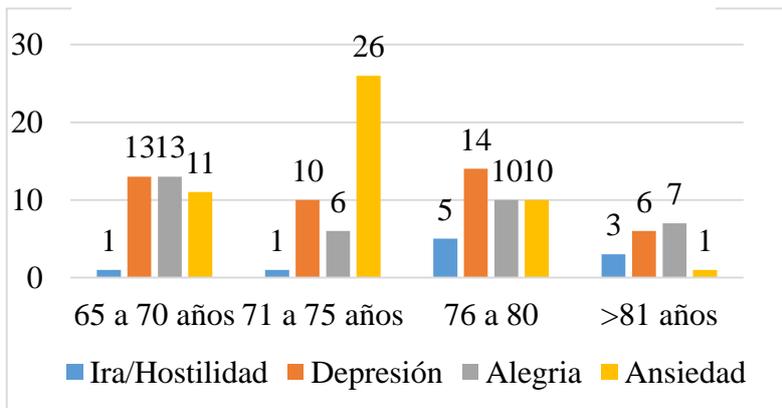
*Sexo/Estado Emocional*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Gráfico 17**

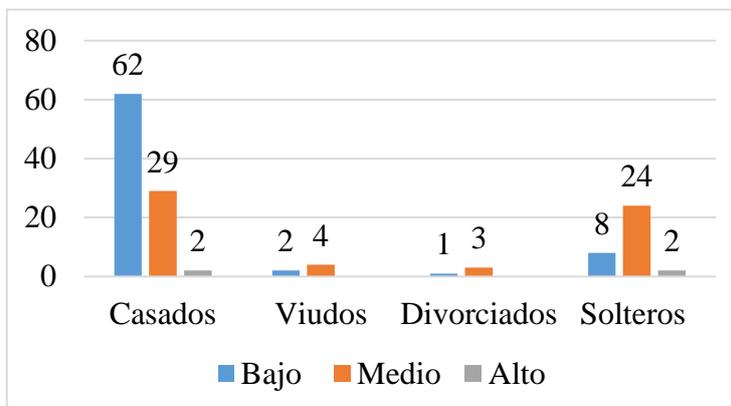
*Edad/Estado Emocional*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Gráfico 18**

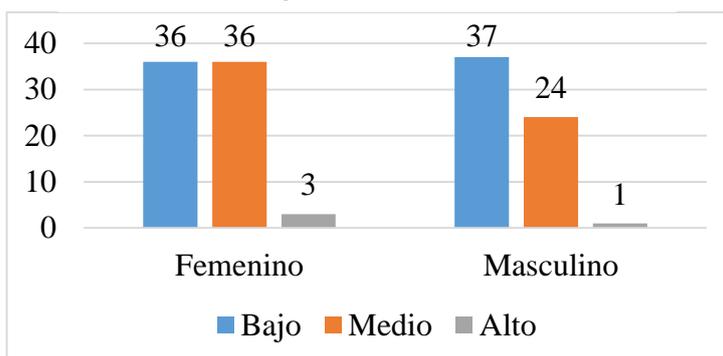
*Estado Civil/Riesgo de aislamiento*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Gráfico 19**

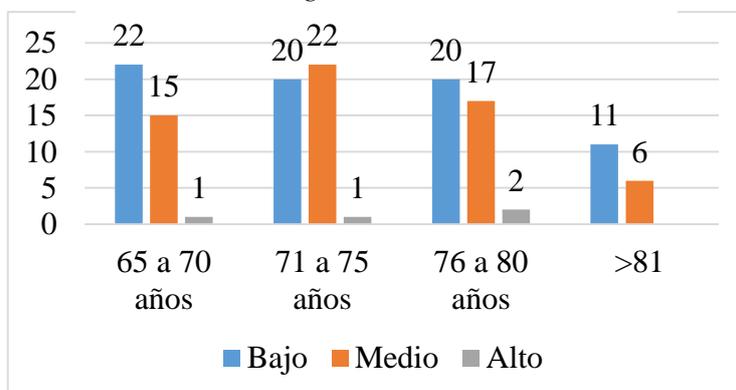
*Sexo/Riesgo de aislamiento*



Elaborado por: Borbor Angelo

**Gráfico 20**

*Edad/Riesgo de aislamiento*



Elaborado por: Borbor Angelo

## ANEXO #4 Evidencia Fotográfica



*Figura 3:* Ejecución del instrumento de investigación.  
Elaborado por: Borbor Bernabé Angelo



*Figura 2:* Ejecución del instrumento de investigación.  
Elaborado por: Borbor Bernabé Angelo



*Figura 1:* Ejecución del instrumento de investigación.  
Elaborado por: Borbor Bernabé Angelo

## ANEXO #5 Certificado Antiplagio



Universidad Estatal  
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 25 de mayo del 2021.

### CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR (IHP)-2021

En calidad de tutor del Trabajo de Investigación denominado Aislamiento Social por COVID-19 y su influencia en el estado emocional de los adultos mayores de la Parroquia Atahualpa 2020-2021. Elaborado por el estudiante Borbor Bernabé Angelo Alberto egresado de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo ejecutado, se encuentra con 3 % de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



Herrera Pineda Isoled.  
Apellidos y Nombres

C.I.: 0962064192

DOCENTE TUTOR



## Reporte Urkund.



### Document Information

Analyzed document	URKUND ANGELO.docx (D106439691)
Submitted	5/26/2021 12:18:00 AM
Submitted by	isoled herrera
Submitter email	iherrera@upse.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	iherrera.upse@analysis.orkund.com

## Fuentes de similitud

### Sources included in the report

<b>W</b>	URL: <a href="https://library.co/document/eqo75r0z-aspectos-psicologicos-de-los-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-anciano-1.html">https://library.co/document/eqo75r0z-aspectos-psicologicos-de-los-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-anciano-1.html</a> Fetched: 7/4/2020 2:48:33 AM	 1
<b>SA</b>	<b>BerMar 23 de junio por revisar.docx</b> Document BerMar 23 de junio por revisar.docx (D75537412)	 2
<b>SA</b>	<b>TESIS - DENISSE LLUAY LINDAO.docx</b> Document TESIS - DENISSE LLUAY LINDAO.docx (D81219502)	 1
<b>SA</b>	<b>Proy.Tesis. Joisy Lorena Abanto Banda APROBADO.docx</b> Document Proy.Tesis. Joisy Lorena Abanto Banda APROBADO.docx (D91074704)	 1