

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“IMPACTO SOCIAL, MÉDICO, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL RELACIONADO  
AL GRADO DE CONFINAMIENTO POR COVID 19 EN EL ADULTO MAYOR”**

**Por**

**DRA. MARIANA GAMBOA ESPARZA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA CÍNICA**

**DICIEMBRE 2021**

**"IMPACTO SOCIAL, MÉDICO, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL RELACIONADO  
AL GRADO DE CONFINAMIENTO POR COVID 19 EN EL ADULTO MAYOR"**

**Aprobación de la tesis:**



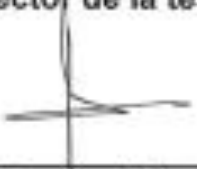
---

**Dr. Juan Francisco Torres Pérez**  
**Director de la tesis**



---

**Dra. Rocio Morales Delgado**  
**Co-Director de la tesis**



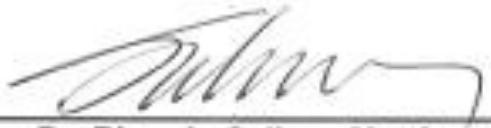
---

**Dr. Abraham Antonio Vázquez García**  
**Coordinador de Enseñanza**



---

**Dra. Rocio Morales Delgado**  
**Coordinador de Investigación**



---

**Dr. Ricardo Salinas Martínez**  
**Profesor Titular del Programa**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## DEDICATORIA

Según Adrienne Rich, poeta americana feminista, las conexiones entre mujeres son las más temidas, las más problemáticas y la fuerza potencialmente transformadora del planeta.

**Este trabajo lo dedico a todas las mujeres que me rodean.**

- Las maestras que me inspiraron:
  - Dra. Rocío Morales Delgado
  - Dra. Sara G. Yeverino Castro
  - Dra. Dania L. Quintanilla Flores
  
- Las estudiantes que realizaron este trabajo de investigación conmigo:
  - Dra. Céllica R. González Galván
  - Dra. Daniela Garza Moreno
  - Dra. Melissa Burnes Lucio
  - Dra. Hazel Badillo Rodríguez
  
- Las amigas que me empoderaron:
  - Dra. Estefania Villarreal Garza
  - Dra. Angélica L. Sireno Ledezma
  - Dra. Karla A. Violante Cumpa
  
- Las amigas del CREAM que me acompañaron en esta etapa de mi vida:
  - Cecy, Mariela, Yaz, Jessy, Paty, Brenda, Lulu, Blanca
  
- A mis pacientes y sus cuidadoras
  
- A mi mamá Yvonne L. Esparza y a mi hermana Carla Gamboa que me escucharon, me abrazaron y me enseñaron a inspirar a otros

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN .....	9
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN .....	11
Capítulo III	
3. MARCO TEÓRICO .....	14
Capítulo IV	
4. INVESTIGACIÓN .....	18
4.1 Justificación	18
4.2 Originalidad	18
4.3 Contribución	18
4.4 Hipótesis	19
4.5 Objetivo general	19
4.6 Objetivos secundarios	19
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS .....	21
5.1 Tipo de estudio	21
5.2 Aprobación comité de ética	21
5.3 Lugar de estudio	21
5.4 Población de estudio	21
5.5 Criterios de inclusión	21
5.6 Criterios de exclusión	22
5.7 Criterios de eliminación	22
5.8 Metodología	22
5.8.1 Cribado de pacientes	22
5.8.2 Reclutamiento y asentimiento	22
5.8.3 Recolección de la información	23
5.8.4 Descripción de la evaluación de las variables	24
5.9 Cálculo del tamaño de muestra	30
5.10 Análisis estadístico	30
Capítulo VI	
6. RESULTADOS .....	32
6.1 Características demográficas y experiencias de COVID-19	32

6.2 Impacto social	34
6.3 Impacto médico	37
6.4 Impacto emocional	39
6.5 Impacto espiritual	40
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN .....	42
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN .....	48
Capítulo IX	
9. ANEXOS. ....	49
9.1 Cuestionario para pacientes	
Capítulo X	
10.BIBLIOGRAFÍA .....	60
Capítulo XI	
11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	67

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Tabla para calcular PASE .....	27
2. Tabla de conversión PASE .....	27
3. Estimación del tamaño muestral.....	30
4. Características demográficas de la población .....	34
5. Variables para evaluar impacto social y emocional .....	35
6. Variables para evaluar impacto médico .....	38
7. Variables para evaluar impacto espiritual .....	40

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Diagrama de flujo de reclutamiento de pacientes .....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CCI** Charlson Comorbidity Index / Escala de comorbilidades de Charlson

**COVID-19** Enfermedad causada por SARS-CoV-2

**CREAM** Centro Regional del Estudio del Adulto Mayor

**DUREL** Duke University Religion Index / Índice de Religión de la Universidad de Duke

**NORA** Non-Organizational Religious Activities / Actividades Religiosas No Organizacionales

**ORA** Organizational Religious Activities / Actividades Religiosas Organizacionales

**PASE** Physical Activity Scale for the Elderly / Escala de Actividad Física para Ancianos

**PHQ-9** Patient Health Questionnaire-9/ Cuestionario de Salud del Paciente-9

**TC** Teleconsulta



## CAPÍTULO I

### RESUMEN

**Dra. Mariana Gamboa Esparza**

**Diciembre de 2021**

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

**Título:** Impacto social, médico, emocional y espiritual relacionado al grado de confinamiento por COVID 19 en el adulto mayor

**Número de páginas:** 67 páginas

**Candidato al grado de MÉDICO ESPECIALISTA en Geriátrica Clínica**

**Área de estudio:** Ciencias de la Salud

**Objetivo:** Investigar si el estado de confinamiento por COVID-19 tiene un impacto en los aspectos sociales, médicos, emocionales y espirituales en las personas mayores.

**Métodos:** Estudio transversal, de septiembre a octubre de 2020 en Nuevo León, México, que incluyó a un total de 247 adultos mayores de  $\geq 60$  años que viven en la comunidad, que asisten a una clínica geriátrica. Los participantes completaron un instrumento estructurado de recopilación de datos vía telefónica, documentando datos demográficos, experiencias con COVID-19 y telesalud, el Inventario de Recursos Sociales Díaz-Veiga, la Escala de Actividad Física para Ancianos (PASE), el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), el Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL). Los participantes se dividieron en dos grupos según su estado de confinamiento: grupo Confinado y No confinado.

**Resultados:** De 247 participantes, el 20.6% conformó el grupo no confinado y el 79.4% el grupo confinado. La edad media fue de  $71.9 \pm 8.2$  años. Las mujeres (59%,  $p=0.01$ ) están más confinadas y las que viven solas (10.5%,  $p=0,001$ ) estaban menos confinadas. El grupo no confinado fue consultado en menor proporción (80,4%,  $p<0,001$ ). Los participantes confinados se sintieron más satisfechos con la consulta de telesalud (87,2%,  $p<0,001$ ). Nuestra población no mostró una diferencia significativa en las puntuaciones de depresión. Se utilizaron actividades religiosas no organizacionales (NORA) diarias para hacer frente al confinamiento (67%,  $p=0,04$ ).

**Conclusiones:** El confinamiento tuvo un impacto en el aspecto social, médico y espiritual de las personas mayores. Nuestro estudio demostró que los adultos mayores que viven en la comunidad se adaptan al nuevo acceso a la atención médica, permaneciendo resilientes, autónomos y satisfaciendo las necesidades espirituales a pesar del confinamiento.

**Palabras clave:** Adultos mayores, Confinamiento, COVID-19, Teleconsulta

## **CAPÍTULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

Desde diciembre de 2019 en hospitales de la ciudad de Wuhan, se encontraron múltiples casos de neumonía no explicada, que asociaron a un nuevo coronavirus aislado. Desde entonces se describe una nueva enfermedad por coronavirus o COVID-19 por sus siglas en inglés (Guan 2020). Con el incremento de casos, se observó que una de las poblaciones más vulnerables es la de los adultos mayores. Es por eso que se implementaron medidas de salud pública con el objetivo principal de prevenir el contagio persona a persona, al separar a las personas para interrumpir la transmisión.

Las cuatro medidas son: el aislamiento de casos activos; cuarentena de personas que estuvieron expuestas a casos, pero no están enfermos; distanciamiento social en el contexto de transmisión comunitaria y finalmente el confinamiento de la comunidad (Wilder-Smith 2020). Este último consiste en reducir la interacción personal de toda la comunidad, ciudad o región, excepto por interacción mínima para garantizar recursos indispensables.

En el estado de Nuevo León se presentó el primer caso de COVID-19 el día 11 de marzo de 2020 (Gobierno de Nuevo León, 2020). Desde entonces se implementó el distanciamiento social. El confinamiento se implementó en Nuevo León desde el 17 de marzo de 2020, a pesar de que no se ha utilizado la fuerza pública o multas como en otros países. A nivel nacional, se estableció la Jornada

Nacional de Sana Distancia a partir del 23 de marzo de 2020. Esta consiste en distanciamiento social, lavado frecuente de manos, saludo a distancia, etiqueta respiratoria y recuperación efectiva.

A todo paciente adulto mayor se le realiza una valoración geriátrica integral en la consulta de primera vez cuando acuden con un geriatra, por lo que este es el cuidado usual. En el caso de los adultos mayores podemos describir 4 ámbitos: social, médico, emocional y espiritual. Los efectos del confinamiento en estos ámbitos aún son inciertos en los adultos mayores. Richardson et al enlistó las prioridades en investigación en adultos mayores durante la pandemia: manejo de COVID y sus complicaciones, epidemiología, impacto social, consecuencias de la pandemia en el sistema de salud, cuidado en casa, intervenciones de salud pública, comunicación en situación de pandemia, fisiopatología de COVID en adulto mayor y metodología de la investigación (2020).

Un punto importante a mencionar, es que ha habido cambios en la manera en la que se diseñan las investigaciones y la atención médica para adultos mayores cuando el movimiento y el contacto cara a cara no es posible. Respecto a la atención médica, ha surgido la telemedicina en un esfuerzo por seguir proveyendo cuidados de salud sobre todo a las poblaciones más vulnerables (Richardson 2020). Telemedicina puede ser a través de videoconferencia en alguna plataforma especializada. Los servicios médicos particulares han implementado esto en el seguimiento de sus pacientes para minimizar la movilización de los mismos a una unidad médica (DiGiovanni et al. 2020). Respecto a la investigación, al día de hoy

se han utilizado aplicaciones en celulares inteligentes, formatos por correo electrónico. Sin embargo, en la población mexicana aún hay una brecha tecnológica, por lo que el teléfono es más accesible para los adultos mayores. La brecha tecnológica es aquella que existe entre las personas que tienen acceso a la tecnología y aquellas que no tienen el acceso (Francis et al. 2019). Los adultos mayores tienen menor conocimiento digital y es menos probable el acceso al internet, pueden tener pérdida sensorial, deterioro cognitivo o pueden no entender el inglés (idioma más utilizado en estas aplicaciones) (De Biase 2019).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO TEÓRICO**

Desde el 2017, Gerst-Emerson de la Universidad de Georgia en Atenas, describió que los adultos mayores que reportan soledad o “crónicamente solos”, son los que más acuden con proveedores de la salud para tener contacto social (2015). La mayoría de los médicos no están entrenados para detectar que la soledad es un factor a considerar como un problema coexistente al igual que otras enfermedades. Es por eso que se deben implementar medidas para detectar a estos pacientes como un grupo vulnerable en un momento como la emergencia sanitaria por SARS-COV2. Si se dividiera a los adultos mayores en confinamiento en dos grupos: los que tienen familiares y los que están solos, ¿habría diferencia entre el efecto que tiene el confinamiento en ellos?

Goodman-Casanova, et al realizaron un estudio transversal de encuestas telefónicas para explorar los efectos del confinamiento en la salud y bienestar de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve (2020). Además, estudiaron los efectos de una intervención por la televisión. Describieron una óptima salud mental y bienestar para la mayoría de los pacientes, sin embargo, estaban más afectados quienes vivían solos. A pesar de que las encuestas telefónicas son la opción más segura para pacientes con deterioro cognitivo, se recomienda que sea de manera estructurada para evitar sobresaturar al adulto mayor.

Sepúlveda-Loyola et al realizó una revisión de 10 estudios transversales para ver el impacto físico y mental en los adultos mayores de la comunidad, así como las recomendaciones a los pacientes, cuidadores y proveedores de la salud (2020). Los resultados más reportados son ansiedad, depresión, pobre calidad de sueño e inactividad física. En 6 estudios puntualizaron un aumento en el estrés psicológico, sin embargo, en 2 estudios reportaron menos niveles de ansiedad o estrés leve. Además, reportaron que la actividad física disminuyó drásticamente, sobre todo la actividad vigorosa y el tiempo caminando. Asimismo, en un estudio de Ríos-González et al reportaron una prevalencia de ansiedad del 43% en la emergencia sanitaria por COVID-19 (2020).

El envejecimiento fisiológico se asocia a un declive físico: disminución de la agudeza visual y auditiva, función inmune, resiliencia (McNally 2017). La pérdida de habilidades puede resultar en inactividad, y esto la lleva a requerir mayor cuidado social. Se ha descrito que, en los adultos mayores hospitalizados, hasta el 33% presentará un deterioro funcional al menos en una de las actividades de la vida diaria y se incrementa hasta un 50% cuando son mayores de 80 años (Ibarra et al. 2018). ¿El confinamiento puede tener efecto físico similar a una hospitalización? En las hospitalizaciones aumenta el tiempo que están en cama, disminuyen el contacto social, hay perturbación del sueño, ingesta nutricional deficiente, polifarmacia, dolor. Para disminuir los efectos deletéreos de la hospitalización, se recurre a la rehabilitación física durante la misma. El ejercicio puede revertir el estado de declive y mantener a una persona arriba del umbral de necesitar cuidados asistenciales. Al haber iniciado el confinamiento, los promotores de la actividad física se han

enfocado en hacer llegar los programas de ejercicio multicomponente que se puede realizar en casa (Izquierdo et al. 2019).

Armitage y Nellmus, como parte de la División de Epidemiología y Salud Pública en la Universidad de Nottingham, describieron que el confinamiento impuesto en mayores de 60 años protege a los sistemas de salud saturados, para limitar la cantidad de casos de insuficiencia respiratoria severa por SARS-COV2. (2020). Esto tiene implicaciones en múltiples dominios, ya que previo a la pandemia, una proporción de adultos mayores dependía de centros comunitarios, centros de culto y guarderías para tener contacto social. Asimismo, insisten en acciones urgentes que mitiguen las consecuencias mentales y físicas del confinamiento.

Durante la semana posterior al ataque terrorista 9/11, 90% de los americanos se refugiaron en la religión para hacer frente al estrés. En una situación global crítica como la que surgió con la emergencia sanitaria por SARS-CoV2, la práctica de creencias religiosas provee de un ambiente esperanzador, sobre todo para adultos mayores (Koenig 2020). La Asociación Americana de Psiquiatría Geriátrica publicó en julio de 2020 un comentario acerca de las pautas que podemos utilizar para proteger a los adultos mayores religiosos de las consecuencias del COVID-19. El INEGI en la última encuesta aplicada en 2010, reporta que el 89% de la población mexicana practica la religión católica, 8% religión protestante y evangélica, y 2.5% religión bíblica diferente a la protestante (2010). A pesar de que la población mexicana es conocida por practicar la religión, la brecha tecnológica y el confinamiento han cambiado la manera en la que profesan la religión. Es importante



describir cómo estas prácticas han cambiado en nuestra población. Ante todas estas implicaciones, el objetivo de este estudio es describir si existen diferencias en los ámbitos social, médico, emocional y espiritual en el adulto mayor dependiendo del grado de confinamiento por COVID-19.

## **CAPÍTULO IV**

### **INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 Justificación**

La magnitud del problema es que los adultos mayores son la población más vulnerable al confinamiento por COVID-19, ya que sus condiciones crónicas pueden ser agravadas. Algunas discrepancias que han surgido, es que al menos en el estudio de Goodman-Casanova, et al (2020), describieron una óptima salud mental y bienestar para la mayoría de los adultos mayores. Esto a pesar de conocerse el riesgo incrementado de complicaciones en salud. Al describir cómo están lidiando los adultos mayores con el confinamiento en los múltiples ámbitos (social, médico, emocional y espiritual), en un futuro se pueden diseñar intervenciones terapéuticas y de rehabilitación para disminuir las complicaciones en este grupo vulnerable, así como técnicas de prevención y mejorar la calidad de vida.

#### **4.2 Originalidad**

Es el primer estudio en México, que describe el impacto del confinamiento en los múltiples ámbitos de la vida diaria de los adultos mayores.

#### **4.3 Contribución**

Al detectar cómo lidian los adultos mayores con el confinamiento, se pueden implementar medidas e intervenciones para mejorar la calidad de vida de los mismos.

#### **4.4 Hipótesis**

##### *Hipótesis alterna*

A mayor grado de confinamiento por COVID-19 hay mayor impacto social, médico, emocional y espiritual en el adulto mayor

##### *Hipótesis nula*

A mayor grado de confinamiento por COVID-19 no hay mayor impacto social, médico, emocional y espiritual en el adulto mayor

#### **4.5 Objetivo general**

Describir si existen diferencias en los ámbitos social, médico, emocional y espiritual en el adulto mayor dependiendo del grado de confinamiento por COVID 19

#### **4.6 Objetivos secundarios**

- Identificar si el grado de confinamiento se ve influenciado por la experiencia de una defunción o familiar enfermo por COVID 19
- Identificar el grado de confinamiento más frecuente en los adultos mayores
- Identificar los recursos sociales más frecuentes en los adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19
- Identificar si existen modificaciones en el acceso a servicios médicos durante el confinamiento por COVID-19

- Identificar el grado de actividad física de los adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19
- Identificar la prevalencia de depresión de los adultos mayores dependiendo del grado de confinamiento por COVID-19
- Identificar si las actividades espirituales se han modificado durante el confinamiento por COVID-19
- Identificar si las actividades espirituales ayudan a los adultos mayores a sobrellevar el confinamiento por COVID-19
- Describir la percepción del adulto mayor que recibe atención por telemedicina durante el confinamiento por COVID-19

## **CAPÍTULO V**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **5.1 Tipo de estudio**

Observacional analítico transversal

#### **5.2 Aprobación comité de ética**

GE20-00006

#### **5.3 Lugar de estudio**

Centro Regional del Estudio del Adulto Mayor (CREAM) del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” y Consulta de Geriatría de Unidad Médica de Grupo Financiero Banorte

#### **5.4 Población de estudio**

Pacientes de 60 años o más, que forman parte de la base de datos de la Consulta de Geriatría de Unidad Médica de Grupo Financiero Banorte

#### **5.5 Criterios de inclusión:**

- Pacientes de 60 años o más

- Pacientes de la Consulta de Geriátría de Unidad Médica de Grupo Financiero Banorte

#### **5.6 Criterio de exclusión:**

- Pacientes con síndrome demencial
- Pacientes con dificultad para hablar (afasia, disartria)
- Pacientes que viven en una residencia geriátrica

#### **5.7 Criterios de eliminación**

- Sujetos con datos faltantes
- Solicitud para retirarse del estudio por parte del paciente o familiares del paciente

#### **5.8 Metodología**

##### **5.8.1 Cribado de pacientes**

Partiendo de la base de datos de la Consulta de Geriátría de Unidad Médica de Grupo Financiero Banorte, se descartaron aquellos pacientes quienes no cumplieran con los criterios de inclusión o que tengan algún criterio de exclusión, previamente mencionados. Esta información se obtuvo del expediente clínico.

##### **5.8.2 Reclutamiento y asentimiento**

Habiendo realizado el cribado, el equipo de investigación abordó al paciente con una llamada telefónica para presentación del protocolo de estudio e invitación

al mismo. En caso de querer participar, se obtuvo consentimiento informado verbal a todos los participantes. Aquellos pacientes cuya condición mental, de salud o social que comprometa la completa comprensión de la participación en el estudio, no se incluyeron en el estudio. Debido a que los adultos mayores son una población en riesgo para COVID-19, que no puede asistir de manera presencial para participar en protocolos de investigación por la emergencia sanitaria y debido a que el riesgo en esta investigación es nulo, sólo se realizó consentimiento informado verbal. A todos los pacientes se les leerá un discurso que explique el objetivo de la investigación, su responsabilidad como sujeto de investigación y que la participación de su estudio finalizará cuando la llamada termine, ya que es un estudio trasversal.

### **5.8.3 Recolección de la información**

Se aplicó el cuestionario “Impacto social, médico, emocional y espiritual relacionado al grado de confinamiento por COVID 19 en el adulto mayor” en una misma llamada. Si por algún motivo se cortaba la llamada por causas ajenas al encuestador o al sujeto de investigación, se realizaba nuevamente la llamada en ese momento, para continuarla a partir desde la última pregunta que haya respondido. Esto debe ocurrir en el mismo día del reclutamiento y asentimiento del paciente. Este cuestionario consiste en 73 preguntas con opción múltiple. En caso de no escuchar la pregunta, se repetía la misma pregunta. El cuestionario tiene 9 apartados: Datos generales, Experiencias respecto a COVID-19, Inventario de recursos sociales en ancianos Diaz Veiga, Escala de Charlson, Enfermedades crónicas y acceso a servicios médicos durante confinamiento por COVID-19, Escala

de Actividad Física del Adulto Mayor (PASE), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Ámbito espiritual durante confinamiento por COVID-19, y Respecto a la consulta a distancia.

#### **5.8.4 Descripción de la evaluación de las variables**

A. Variable independiente: Grado de confinamiento

B. Variable dependiente: Impacto social, médico, emocional y espiritual

##### **A. Variable independiente: Grado de confinamiento**

En la pregunta 4 del apartado “Experiencias respecto a COVID-19” se hace alusión al grado de confinamiento que tiene el sujeto de investigación. Existen 6 posibles respuestas, y con éstas se clasificará a los sujetos de investigación en 2 grupos.

Grupo: No Confinado

Si eligen la opción 1,2,3,4 (“Ninguno, sigo haciendo mi vida normal”, “Tomo medidas de precaución, pero sigo saliendo y haciendo mis cosas”, “Salgo lo menos posible, pero sigo viendo a mis amigos y familia” y “Tomo en cuenta las medidas, salgo a trabajar, regreso y limito otras salidas”).

Grupo: Confinados



Si eligen la opción 5 y opción 6. (“Bastante aislado, sólo salgo por comida/medicamentos y limito el contacto con otras personas” y “Estoy en cuarentena total, nadie entra ni sale de mi casa, pido alimentos a domicilio”).

## **B. Variable dependiente: Impacto social, médico, emocional y espiritual**

### Ámbito social

Se utilizó el Inventario de recursos sociales en ancianos Diaz Veiga (Avila et al, 2020), que consiste en 16 preguntas función de la frecuencia con la que se ve y habla con cónyuge/hijos/familiares próximos/amigos, tipo de apoyo recibido y grado de satisfacción con cónyuge/hijos/familiares próximos/amigos. Este inventario no genera un puntaje, sólo se evaluará por frecuencias y porcentajes. En la pregunta del tipo de apoyo que reciben los pacientes, el inventario sólo tiene 2 opciones como respuesta: Apoyo económico y Apoyo Instrumental. Esto se modificó en el cuestionario, ya que el equipo de investigación consideró agregar la opción de “Ningún apoyo”. Esto permitirá establecer si los sujetos de investigación tienen pobre red social de apoyo.

### Ámbito médico

Se evaluó el estado de salud con la Escala de comorbilidades de Charlson (CCI), Escala de Actividad Física del Adulto Mayor (PASE) y se hicieron preguntas respecto a enfermedades crónicas y al acceso a servicios médicos.

La CCI (Avila et al 2020) muestra un listado de 20 diferentes comorbilidades que se pueden recabar del expediente clínico del sujeto de investigación. Cada respuesta genera un puntaje diferente, que puede variar desde 1-6 puntos. Sólo en esta pregunta se pueden elegir varias respuestas. Al final se suman los puntajes de cada comorbilidad declarada. De acuerdo al puntaje, se estratifica el grado de comorbilidad de la siguiente manera: Ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, Comorbilidad baja: 2 puntos y Alta comorbilidad  $\geq 3$  puntos.

El PASE (Washburn et al 1993) es una herramienta validada para medir el grado de actividad física que tienen los adultos mayores. Son 10 preguntas que tiene incisos para preguntar cantidad de días y cantidad de horas que se invierten en realizar ciertas actividades, en los últimos 7 días. Las respuestas se vacían a una tabla de cálculo (Tabla 1) ya establecida. La pregunta 1 de esta escala, no genera puntaje, pero determina cuántas horas invierte el paciente en actividades sentado. El resto de las preguntas sí generan puntaje de acuerdo a la tabla 1. El puntaje va desde 0 a más de 400. Se redondea al número entero más cercano. A mayor puntaje, mayor actividad física.

Valores de frecuencia de actividad:

a) Utilizar tabla de conversión de horas por día. (Tabla 2)

b) 1 = Actividad reportada en la última semana, 0 = Actividad no reportada

c) Dividir las horas trabajadas en el 10a entre 7. Si no hay horas de trabajo o si el trabajo involucra estar sentado con ligero movimiento de manos, entonces  $10a=1$ , para que la frecuencia de la actividad sea 0.

**Tabla 1. Tabla para calcular PASE**

Ítem PASE	Tipo de actividad	Peso de la actividad	Frecuencia de la actividad	Peso de la actividad por la frecuencia
2	Caminar fuera de casa	20	a	
3	Deporte ligero	21	a	
4	Deporte moderado	23	a	
5	Deporte intenso	23	a	
6	Ejercicios para aumentar masa muscular y resistencia	30	a	
7	Quehacer ligero	25	b	
8	Quehacer pesado	25	b	
9a	Reparaciones del hogar	30	b	
9b	Limpiar el patio	36	b	
9c	Cuidados en el jardín	20	b	
9d	Cuidar a otra persona	35	b	
10	Trabajo remunerado o voluntariado	21	c	
			Puntaje PASE	

**Tabla 2. Tabla de conversión PASE**

Días de actividad	Horas por día de actividad	Horas por día
0. Nunca		0
1. Rara vez	1. Menos de 1 hora	0.11
	2. 1 pero menos de 2 horas	0.32
		0.64
	3. 2 a 4 horas	1.07

	4. Más de 4 horas	
2. A veces	1. Menos de 1 hora	0.25
	2. 1 pero menos de 2 horas	0.75
	3. 2 a 4 horas	1.50
	4. Más de 4 horas	2.50
3. A menudo	1. Menos de 1 hora	0.43
	2. 1 pero menos de 2 horas	1.29
	3. 2 a 4 horas	2.57
	4. Más de 4 horas	4.29

El resto de las preguntas son respecto a la percepción del control de sus enfermedades crónicas, realización de estudios de control, cantidad de consultas médicas, uso de medicamentos, surtimiento de medicamentos y tipo de consulta que ha tenido durante el confinamiento por COVID-19. Estas se evaluarán por frecuencias y porcentajes.

### Ámbito emocional

Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) (Kroenke et al 2001) es una herramienta validada para detectar severidad de depresión. Son 9 preguntas que tienen 4 opciones cada una. Éstas generan un puntaje que varía desde 0 a 27 puntos. La clasificación de acuerdo al puntaje es la siguiente: Nivel de depresión mínima (1-4 puntos), Leve (5-9 puntos), Moderada (10-14), Moderadamente severa (15-19), Severa (20-27).

### Ámbito espiritual

Este apartado son 13 preguntas. De las cuales, se utilizarán las primeras 2 preguntas de la Escala de Religiosidad de la Universidad de Duke (DUREL) (Koenig 2010). Ya que evalúan la Actividad Organizacional Religiosa (ORA) y la Actividad Religiosa No Organizacional (NORA). Estas se evaluarán por frecuencias y porcentajes. El resto de las preguntas fueron formuladas por el equipo de investigación, y hacen referencia a las actividades espirituales como actividad social y como recurso para satisfacer necesidades espirituales durante el confinamiento. Éstas no generan un puntaje. Se analizarán por frecuencias y porcentajes.

Adicionalmente hay un apartado “Respecto a la consulta a distancia” que hace referencia a la percepción y satisfacción que tienen de la consulta a distancia, así como las complicaciones que han tenido con las mismas.

### **5.8.5 Clasificación en grupos por grado de confinamiento**

Al haber reclutado el número de sujetos de investigación para la muestra, se clasificaron en 2 grupos: Grupo confinado y Grupo no confinado. De tal manera se realizó el análisis de la información.

### **5.8.6 Manejo de la información**

La información recolectada de los cuestionarios estará almacenada de manera digital para su resguardo y correcta identificación dentro de las instalaciones del Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. El

acceso a dichos formatos físicos y electrónicos será restringido exclusivamente a miembros autorizados del equipo de investigación, con las medidas de confidencialidad y manejo señaladas en guías de buena práctica clínica.

### 5.9 Cálculo del tamaño de muestra

Se estimó un tamaño de muestra considerando una población conocida de 539 derechohabientes mayores de 60 años en la Consulta de Geriátrica de Unidad Médica de Grupo Financiero Banorte y una prevalencia de trastornos de ansiedad en el adulto mayor del 43% de acuerdo a lo reportado por Ríos-González. Se consideró una precisión del 5% y un nivel de seguridad del 95. Además, se ajustó a un 10% de pérdidas, resultando en una población total de 247 pacientes.

**Tabla 3. Estimación del tamaño muestral**

Total de la población (N)	539
Nivel de confianza o seguridad (1- $\alpha$ )	95%
Precisión (d)	5%
Proporción	43%
Tamaño muestral (n)	222
Proporción esperada de pérdidas (R)	10%
Muestra ajustada a las pérdidas	<b>247</b>

### 5.10 Análisis estadístico

En la estadística descriptiva, se utilizarán frecuencias y porcentajes para aquellas variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para aquellas cuantitativas. Para la estadística inferencial, se utilizará  $\chi^2$  para evaluar las diferencias en las variables cualitativas entre grupos. Se analizará la

distribución de los datos cuantitativos utilizando la prueba Kolmogorov-Smirnov y se explorará su homocedasticidad con Test de Levene. Se compararán los datos entre grupos utilizando T de Student o U de Mann-Whitney, según corresponda. Se considerarán significativos aquellos valores de  $p < 0.05$ . El análisis se llevará a cabo utilizando IBM SPSS Statistics v23.

## CAPÍTULO VI

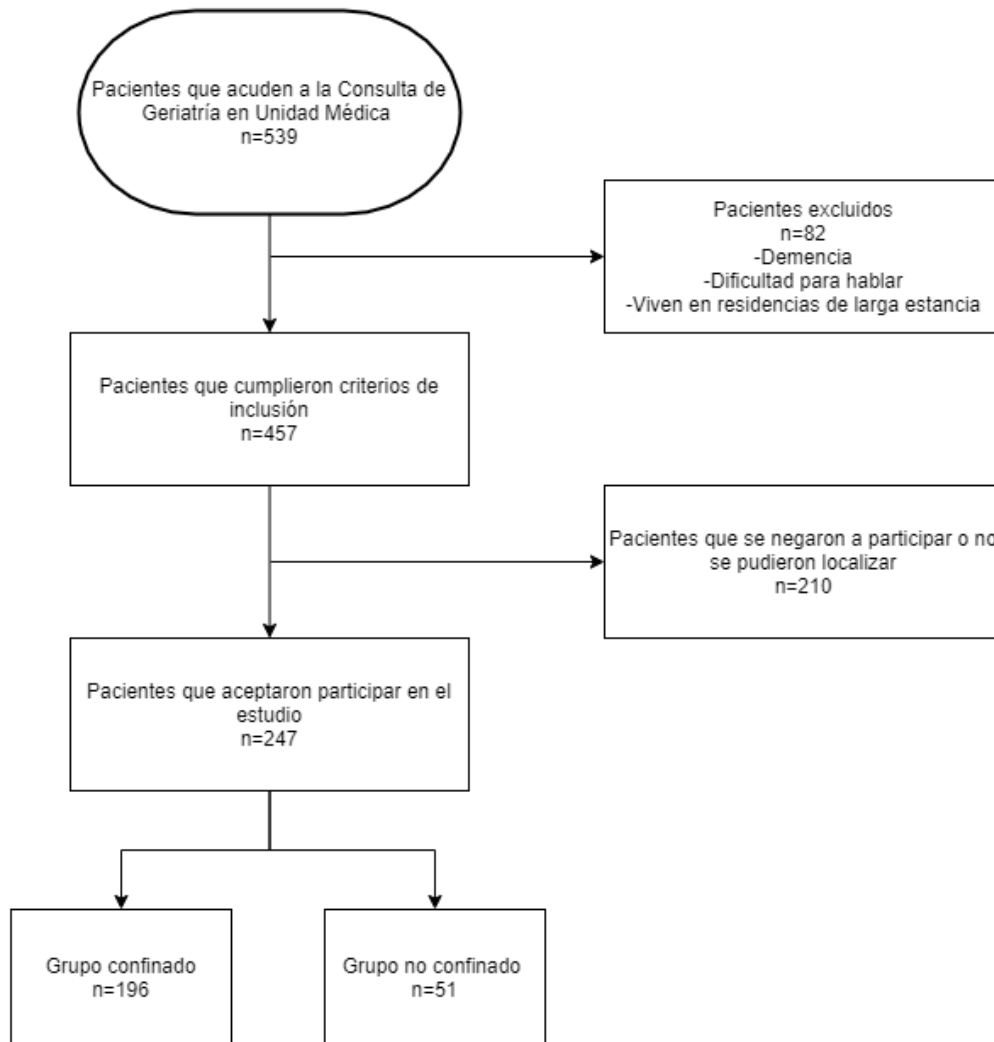
### RESULTADOS

#### 6.1 Características demográficas y experiencias de COVID-19

En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo donde desglosa cómo se reclutaron 247 participantes, y cuyas características basales se presentan en la Tabla 4. Cincuenta y un participantes (20,6%) se clasificaron en el grupo no confinado, y 196 participantes (79,0%) en el grupo confinado. La edad media fue de 71,9 ( $\pm 8,2$  años), y el 59,1% (n=143) fueron mujeres. Se encontró una mayor proporción de mujeres en el grupo confinado (63,3%) en comparación con el grupo no confinado (43,1%) ( $p=0,01$ ). La mayoría de los participantes estaban casados (70,8%) o viudos (14,6%) y con un título de educación superior (31,2% de escuela secundaria, 38,5% de licenciatura y 3,2% de maestría). En cuanto a los arreglos de vivienda, la mayoría de los participantes vivían con su pareja (42,5%) o con más de 2 familiares (47%). En particular, más sujetos en el grupo no confinado vivían solos en comparación con los del grupo confinado ( $p = 0,001$ ). Con respecto a las experiencias de COVID-19, la mayoría de los sujetos pensaron que el confinamiento era una medida de salud pública adecuada, 71 participantes (28.7%) han tenido o han conocido a alguien con COVID-19 y 30 sujetos (12.1%) conocieron a alguien que tuvo muerte relacionada con COVID-19. No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos. Un total de 161 participantes (65,2%) tenían miedo al contagio. De estos, 136 (69,4%) estaban en el grupo confinado y 25 (49,0%) en el grupo no confinado, con una diferencia significativa entre ambos grupos ( $p=0,01$ ).



Figura 1. Diagrama de flujo de reclutamiento de pacientes



**Tabla 4. Características demográficas de la población**

	Total (n=247)	Grupo no confinado (n=51)	Grupo confinado (n=196)	Valor <i>p</i>
Edad – años, Media±DS	71.9±8.2	70.3±7.9	72.3±8.3	0.11
Femenino, n(%)	146 (59)	22 (43)	124 (63)	0.01*
Casados, n(%)	173 (70)	34 (66.7)	139 (70.9)	0.65
Escolaridad				0.28
<i>Ninguna</i> n(%)	4 (1.6)	1 (2)	3 (1.5)	
<i>Primaria</i> , n(%)	39 (15.8)	8 (15.7)	31 (15.8)	
<i>Secundaria</i> , n(%)	24 (9.7)	4 (7.8)	20 (10.2)	
<i>Preparatoria</i> , n(%)	77 (31.2)	10 (19.6)	67 (34.2)	
<i>Licenciatura</i> , n(%)	95 (38.5)	25 (49)	70 (35.7)	
<i>Posgrado</i> , n(%)	8 (3.2)	3 (5.9)	5 (2.6)	
Arreglos de vivienda				
<i>Vivir solo</i> , n(%)	26 (10.5)	12 (23.5)	14 (7.1)	0.001*
<i>Pareja</i> , n(%)	105 (42.5)	21 (41.2)	84 (42.9)	0.83
<i>Más de 2 familiares</i> , n(%)	116 (47)	18 (35.3)	98 (50)	0.06
Percepción del confinamiento como medida de salud pública, n(% adecuada)	228 (92.3)	45 (88.2)	183 (93.4)	0.46
Conocer alguien con diagnóstico de COVID- 19, n(%)	71 (28.7)	19 (37.3)	52 (26.5)	0.13
Conocer a alguien que murió por COVID-19, n(%)	30 (12.1)	8 (15.7)	22 (11.2)	0.39
Miedo al contagio, n(%)	161 (65.2)	25 (49)	136 (69.4)	0.01*

## 6.2 Impacto social

La Tabla 5 muestra las diferencias en los aspectos sociales y emocionales debido al estado de confinamiento por COVID-19 en las personas mayores. Se encontró contacto al menos una vez a la semana en 149 participantes (80%) con su cónyuge, 162 (70,4%) con sus hijos, 90 (39%) con otros familiares y 54 (34,2%) con amigos. En los pacientes que mantuvieron contacto con sus amigos y familiares, encontramos un alto apoyo emocional independientemente del tipo de familia: 91,4% de su pareja, 85,7% de sus hijos, 85,2% de otros familiares y 85,4% de sus amigos. El grado de satisfacción con su relación fue alto con su pareja (96,9%) y su descendencia (97,0%), sin embargo, encontramos tasas más bajas con sus otros familiares (67,8%) y amigos (72,2%). No hubo diferencias significativas entre los grupos.

**Tabla 5. Variables para evaluar impacto social y emocional**

	Total (n=247)	Grupo no confinado (n=51)	Grupo confinado (n=196)	Valor <i>p</i>
<b>SOCIAL</b>				
<i>Con pareja, n(%)</i>	175 (70.0)	35 (20.0)	140 (80.0)	0.69
<i>Frecuencia de contacto con la pareja, n(% al menos una vez por semana)</i>	149 (80)	29 (82.9)	120 (85.7)	0.73
<i>Apoyo emocional de la pareja, n(%)</i>	160 (91.4)	33 (94.3)	127 (90.7)	0.05
<i>Satisfacción de la relación con la pareja, n(% muy satisfecho)</i>	169 (96.6)	33 (94.3)	136 (97.1)	0.70

<i>Con hijos, n(%)</i>	230 (93.0)	47 (20.0)	183 (80.0)	0.76
<i>Frecuencia de contacto con los hijos, n(% al menos una vez por semana)</i>	162 (70.4)	33 (70.2)	129 (70.5)	0.88
<i>Apoyo emocional de los hijos, n(%)</i>	197 (85.7)	44 (93.6)	153 (83.6)	0.23
<i>Satisfacción de la relación con los hijos, n(% muy satisfecho)</i>	223 (97)	44 (93.6)	179 (97.9)	0.24
<i>Con otros familiares, n(%)</i>	230 (93.0)	47 (20.0)	183 (80.0)	0.76
<i>Frecuencia de contacto con otros familiares, n(% al menos una vez por semana)</i>	90 (39)	14 (29.8)	76 (41.5)	0.33
<i>Apoyo emocional de otros familiares, n(%)</i>	196 (85.2)	40 (85.1)	156 (85.2)	0.69
<i>Satisfacción de la relación con otros familiares, n(% muy satisfecho)</i>	156 (67.8)	29 (61.7)	127 (69.4)	0.58
<i>Con amigos, n(%)</i>	158 (64)	30 (19)	128 (81)	0.39
<i>Frecuencia de contacto con amigos, n(% al menos una vez por semana)</i>	54 (34.2)	13 (43.3)	41 (32)	0.91
<i>Apoyo emocional de amigos, n(%)</i>	135 (85.4)	27 (90)	108 (84.4)	0.63
<i>Satisfacción de la relación con amigos, n(% muy satisfecho)</i>	114 (72.2)	23 (76.7)	91 (71.1)	0.97
<b>EMOCIONAL</b>				
<sup>a</sup> PHQ-9, n(% depresión mínima)	193 (78.1)	41 (80.4)	152 (77.6)	0.83
<sup>a</sup> PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9.				

### 6.3 Impacto médico

La Tabla 6 revela las diferencias en el aspecto médico debido al estado de confinamiento. La mayoría de los pacientes (55,9%) no informaron cambios de peso, mientras que el 16,6% aumentó y el 25,9% disminuyó su peso. La percepción de un control metabólico adecuado estuvo presente en todos los participantes. El 66,8% de los pacientes disminuyó la frecuencia de las pruebas de laboratorio y el 57,5% disminuyó la frecuencia de las visitas médicas, y esta última fue más frecuente en el grupo no confinado ( $p < 0,001$ ).

Un total de 202 participantes (81%) tenían al menos una teleconsulta, y esto fue más común en el grupo confinado ( $p < 0,001$ ). La llamada telefónica fue el tipo de teleconsulta más frecuentes (74,5%). Un mayor grado de satisfacción con la teleconsulta fue prevalente en el grupo confinado ( $p = 0,01$ ). La satisfacción con la teleconsulta se relacionó con la sensación de seguridad de quedarse en casa (97%) y la percepción de tener la misma atención que una consulta presencial (84%). Solo el veintiséis por ciento de los participantes informaron que se sentían inseguros con la teleconsulta debido a la ausencia de un examen físico.

La mayoría de los participantes (96%) mantuvieron sus medicamentos habituales durante el confinamiento. La mayoría de los participantes (54,2%) tenían a alguien más para suministrar su tratamiento, siendo esto más común en el grupo confinado ( $p < 0,001$ ). El grado de actividad física fue similar entre los grupos

confinados y no confinados, independientemente del grupo de edad, tanto en mujeres como en hombres. El grupo confinado tendió a tener puntuaciones de actividad física más altas que el grupo no confinado, sin alcanzar significación estadística.

**Tabla 6. Variables para evaluar impacto médico**

	Total (n=247), Media±DS o No. (%)	Grupo no confinado (n=51), Media±DS o No. (%)	Grupo confinado (n=196), Media±DS o No. (%)	Valor p
<b>MÉDICO</b>				
<i>Escala de Charlson, n(%), no comorbilidad)</i>	187 (75.7)	40 (78.4)	147 (75.0)	0.44
<i>Mantuvieron peso, n(%)</i>	138 (55.9)	33 (64.7)	105 (53.6)	0.18
<i>Percepción del control metabólico, n(% excelente)</i>	247 (100.0)	51 (100.0)	196 (100.0)	1
<i>Menos estudios de laboratorio, n(%)</i>	165 (66.8)	39 (76.5)	126 (64.3)	0.26
<i>Menos consultas médicas, n(%)</i>	142 (57.5)	41 (80.4)	101 (51.5)	<0.001*
<i>Mantuvieron mismo tratamiento, n(%)</i>	237 (96.0)	49 (96.0)	188 (95.9)	0.79
<i>Surtir prescripción, n(% no presencial)</i>	134 (54.2)	13 (25.4)	121 (61.5)	<0.001*

<i>TC<sup>a</sup>, n(%)</i>	202 (81.8)	31 (60.8)	171 (87.2)	<0.001*
<i>Tipo de consulta, n(% telefónica)</i>	184 (74.5)	26 (51.0)	158 (80.6)	<0.001*
<i>Satisfacción de los que tuvieron TC, (n, % muy satisfechos)</i>	106 (52.5)	8 (25.8)	98 (57.3)	0.01*
<i>PASE<sup>b</sup> mujeres (media±DS)</i>				
<i>60-64 años</i>	104.33 ± 45.03	81.64 ± 42.49	108.70 ± 44.96	
<i>65-69 años</i>	96.23 ± 42.35	67.73 ± 65.46	99.79 ± 39.19	
<i>70-75 años</i>	96.17 ± 39.18	88.14 ± 25.28	98.31 ± 42.22	
<i>76-100 años</i>	78.39 ± 42.83	74.40 ± 47.42	78.93 ± 42.74	0.71
<i>PASE hombres (media±DS)</i>				
<i>60-64 años</i>	134.90 ± 62.95	160.75 ± 66.29	110.78 ± 50.53	
<i>65-69 años</i>	105.83 ± 48.58	89.63 ± 84.32	107.86 ± 46.49	
<i>70-75 años</i>	104.30 ± 54.76	114.06 ± 57.71	101.30 ± 55.90	
<i>76-100 años</i>	85.42 ± 68.58	93.99 ± 82.17	82.67 ± 65.10	0.47

<sup>a</sup>TC: Teleconsulta, <sup>b</sup>PASE: Physical Activity Scale for the Elderly.

#### 6.4 Impacto emocional

Se encontró un grado mínimo de depresión en 193 participantes (78,1%); 45 (18,2%) tenían depresión leve, 6 (2,4%) moderada y 3 (1,2%) severa. Se encontró depresión severa en solo 3 sujetos en el grupo confinado. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos. (Tabla 4)

## 6.5 Impacto espiritual

Al valorar el aspecto espiritual, 212 participantes (85,8%) practicaron actividades espirituales y el 92% las practicaron para hacer frente al confinamiento, siendo estos últimos más frecuentes en el grupo confinado ( $p=0,05$ ). Solo el 18,9% de los sujetos aumentaron sus actividades espirituales debido al COVID-19. 178 participantes (84,0%) practicaron NORA al menos una vez al día, siendo más frecuentes en el grupo confinado ( $p=0,04$ ). Además, la práctica de ORA fue más frecuente al menos una vez a la semana (52,9%), y fue similar independientemente del nivel de confinamiento. El grupo confinado reportó una ayuda significativa en el sentimiento de sentirse amado y escuchado, ayudando a aumentar una autoimagen positiva y a mantener el equilibrio en la vida con la práctica de actividades espirituales de acuerdo con el Modelo de Necesidades Espirituales. No se encontraron diferencias en el apoyo para mantenerse en contacto con la comunidad, en la búsqueda del perdón y la reconciliación, o en el afrontamiento de la enfermedad. (Tabla 7)

**Tabla 7. Variables para evaluar impacto espiritual**

	Total (n=212), No. (%)	Grupo no confinado (n=40), No. (%)	Grupo confinado (n=172), No. (%)	Valor <i>p</i>
ESPIRITUAL				



<i>Frecuencia de actividades espirituales, n(%misma frecuencia)</i>	131 (61.8)	21 (52.5)	110 (64.0)	0.20
<i>NORA<sup>a</sup>, n(%diarias)</i>	142 (67.0)	27 (67.5)	115 (66.9)	0.04*
<i>ORA<sup>b</sup>, n(%semanal)</i>	109 (51.4)	18 (45.0)	91 (52.9)	0.24
<i>Actividades espirituales para sobrellevar el confinamiento, n(%)</i>	195 (92.0)	34 (85.0)	161 (93.6)	0.05
<i>Sentirse amado, n(%)</i>	195 (92.0)	34 (85.0)	161 (93.6)	0.05
<i>Sentirse escuchado, n(%)</i>	192 (90.6)	33 (82.5)	159 (92.4)	0.04*
<i>Imagen positiva de sí mismo, n(%)</i>	192 (90.6)	33 (82.5)	159 (92.4)	0.04*
<i>Balance en la vida, n(%)</i>	196 (92.5)	33 (82.5)	163 (94.8)	0.01*

---

<sup>a</sup>NORA: Actividades Religiosas No Organizacionales <sup>b</sup>ORA: Actividades Religiosas Organizacionales,

---

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN

En el presente estudio describimos el impacto del estado de confinamiento debido a COVID-19 en aspectos sociales, médicos, emocionales y espirituales en personas mayores. Este es el primer estudio diseñado para evaluar a estas cuatro entidades durante la pandemia de COVID-19. Encontramos que el sexo y los arreglos de vida impactaron en el estado de confinamiento: se encontró que las mujeres estaban más confinadas en comparación con los hombres y vivir solos era más frecuente en el grupo no confinado. Además, el miedo al contagio también fue más frecuente en el grupo confinado. Broche-Pérez et al. describieron en su estudio que el género es un predictor importante en el nivel de miedo al COVID-19, indicando una mayor vulnerabilidad psicológica en las mujeres consistente con nuestro estudio (2020). Harper et al. y Pakpour, también describieron que el miedo al contagio podría motivar medidas para prevenir el COVID-19 (2020; 2020). Es posible que el miedo al contagio del COVID-19 y la necesidad de ser proveedoras, protectoras y amas de casa fueran algunas de las razones que impulsaron a las mujeres a permanecer confinadas durante la pandemia. Otra razón para el aumento del confinamiento en las mujeres puede ser que, en nuestro país, las mujeres mayores están más confinadas en casa que los hombres. Según la literatura, las mujeres han tenido menos casos de COVID-19 que los hombres, es posible que esto refleje la eficacia de los programas de salud pública que involucran el distanciamiento social. Como regla general, vivir solo es para adultos mayores que son independientes para sus actividades básicas de la vida. Sin embargo, cuando

las personas mayores viven solas y se enferman, es una situación problemática por varias razones: mayor riesgo de deterioro funcional, dificultad para obtener medicamentos o alimentos y menos apoyo social. El confinamiento podría prevenir estos problemas, si los adultos mayores tienen adaptabilidad para limitar sus actividades sociales fuera del hogar. Sin embargo, la proporción de participantes que vivían solos fue mayor en el grupo no confinado.

Varios estudios mostraron que durante la contingencia sanitaria por COVID-19, hubo hábitos alimenticios poco saludables, variabilidad de peso y control metabólico inadecuado (Ghosal et al. 2020; Zachary et al. 2020). Quedarse en casa durante un tiempo prolongado podría propiciar rutinas perjudiciales, como el aumento de hábitos poco saludables y la disminución de la actividad física. El hogar mexicano promedio tiene un espacio limitado para el esparcimiento. Antes de la contingencia sanitaria por COVID-19, muchos adultos mayores compensaban esta falta de espacio con actividades fuera de casa; sin embargo, el confinamiento limitó estos intereses. El Jornada Nacional de Sana Distancia incluyó el cierre de espacios públicos como parques, centros comerciales, templos religiosos, cines y centros comunitarios locales. Incluso los adultos mayores no confinados no podían practicar actividades físicas fuera de sus hogares. Nuestra población tuvo puntajes PASE más bajos que los reportados en la literatura. No se encontró una diferencia significativa entre los grupos en la puntuación PASE por edad y sexo. Una limitación de esta variable es que el PASE está validada para adultos mayores de 65 años o más y se incluyeron participantes con 60 años o más, porque era más adecuado para nuestra población. A pesar de estos resultados, la mayoría de nuestros

participantes no informaron cambios de peso (solo un 16,6% de aumento de peso), y todos ellos informaron la percepción de un control metabólico adecuado. El control metabólico adecuado autoreportado explora cómo los participantes perciben su salud a pesar de menos consultas y menos estudios de laboratorio. No se realizó una revisión del expediente clínico para evaluar el control metabólico de los pacientes y no se realizaron mediciones antropométricas para confirmar los efectos sobre el peso o el control metabólico, por lo que no se pudo corroborar el impacto de esto en nuestros pacientes. Cabe recalcar el hecho de que la mayoría de los pacientes disminuyeron la frecuencia de las visitas médicas, y esto fue más común en el grupo no confinado.

Durante la pandemia de COVID-19, herramientas como la teleconsulta reemplazaron el control de enfermedades en persona y la gestión de casos clínicos. Se convirtió en una necesidad esencial para la población aislada (Dorsey y Topol 2016; Ohannessian 2015; Smith et al. 2020; Zhou et al. 2020). En nuestro estudio, los participantes confinados informaron más consultas y un mayor grado de satisfacción en su teleconsulta en comparación con los participantes no confinados. Los adultos mayores estaban acostumbrados a una consulta en persona, pero la teleconsulta fue bien aceptada por nuestra población. A pesar de que la mayoría de los adultos mayores mexicanos no tienen acceso a este tipo de atención médica. La brecha entre estratos socioeconómicos es una barrera para analizar el impacto real del confinamiento en el acceso a la sanidad. Por otro lado, encontramos que los participantes no confinados eligieron surtir sus recetas en persona. Tenían más confianza para hacer actividades fuera de la casa. De esta

manera, el confinamiento permitió a los adultos mayores aprender nuevos métodos para asistir a sus consultas y mantenerse autónomos e independientes en este proceso.

En el aspecto emocional, aunque varios estudios han descrito deterioro de la salud mental con depresión y ansiedad durante la pandemia de COVID-19 (Ettman et al. 2020; Santini et al. 2020), nuestra población estudiada no mostró una diferencia significativa en las puntuaciones de depresión. Además, la depresión severa estaba presente solo en unos pocos participantes confinados. Estos resultados fueron similares al estudio de Losada-Baltar et al. donde se encontró una asociación inversa entre la edad cronológica y la soledad y la angustia. Estudios previos han descrito un menor estrés en adultos mayores (Birditt et al. 2005) relacionado con la resiliencia o una mayor capacidad de regulación de las emociones y estrategias preventivas (Ong et al. 2006; Scheibe y Carstensen 2010). Nuestra población involucra una proporción educada de adultos mayores mexicanos, porque la mayoría completó al menos el grado de secundaria. Además, estaban muy satisfechos con los recursos sociales, y todos ellos contaban con un servicio médico adecuado. Igualmente, mantenían contacto frecuente con familiares y amigos, la percepción de apoyo emocional era alta y estaban satisfechos con la relación con su familia más cercana, como pareja y descendencia, independientemente del nivel de confinamiento. Estos factores podrían demostrar por qué nuestra población tenía menos depresión que otras poblaciones, incluso con el confinamiento.

Históricamente, la espiritualidad está relacionada con la religión y es una construcción multifacética con mejores resultados de salud (Sulmasy 2002; Zinnbaue et al. 1999). Varios estudios han encontrado una asociación entre las creencias religiosas y espirituales durante la pandemia de COVID-19 y mejores resultados de salud. Esto puede explicar los niveles más altos de esperanza y los niveles más bajos de miedo (Roberto et al. 2020; Rias et al. 2020). Lucchetti et al. encontraron que la mayoría de los participantes (73,4%) informaron que la religiosidad y la espiritualidad les ayudaron a lidiar con el aislamiento social y que el 33,8% creía que el aislamiento social mejoró sus actividades religiosas (2020). Nuestros resultados fueron similares a los reportados por Luccetti et al., donde la mayoría de los participantes usaron ARNO diariamente para hacer frente al confinamiento. La cultura mexicana tiene rituales de duelo que permiten despedirse de un ser querido, y tiene rituales comunitarios para fortalecer el espíritu, como la misa. La actitud hacia el duelo y la creencia en el más allá son dos aspectos que la población mexicana valora. El confinamiento ha cambiado la forma en que las personas lloran, ya que no tienen la oportunidad de reunirse y tener rituales comunitarios. El Modelo de Necesidades Espirituales incluye la necesidad de equilibrio en la vida y la necesidad de mantener la identidad. Estas necesidades se satisfacían significativamente con actividades espirituales en el grupo confinado. De esta manera, nuestra población practicó más actividades espirituales para satisfacer estas necesidades a pesar del Jornada Nacional de Sana Distancia.

Finalmente, las limitaciones de nuestro estudio son que nuestros resultados no pudieron generalizarse a todos los adultos mayores mexicanos porque nuestra

población incluía un cierto grupo socioeconómico de adultos mayores con acceso a servicios médicos y acceso a teleconsulta. Otra limitación es que las escalas clínicas utilizadas fueron herramientas de detección. Esto podría ser un sesgo involuntario del diagnóstico. Asimismo, todos los datos se registraron mediante autoreporte y no se registraron variables bioquímicas; por lo tanto, la información relacionada con el control metabólico no puede ser confirmada. Nuestros puntos fuertes son que realizamos un estudio descriptivo transversal que evaluó muchas variables de una valoración geriátrica integral. Otra fortaleza es que excluimos a los pacientes con deterioro cognitivo porque no pueden responder preguntas o informar sobre el estado de salud, y para estudiar un grupo más homogéneo.

## **CAPÍTULO VIII**

### **CONCLUSIONES**

Se trata de un estudio transversal con una vasta población en uno de los países más afectados por la pandemia de COVID-19. La COVID-19, como crisis de salud pública sin precedentes, podría exacerbar problemas anteriores que habían estado presentes mucho antes. Los geriatras están capacitados para identificar problemas biopsicosociales relacionados con los adultos mayores y para organizar un plan para tomar medidas de acuerdo con las prioridades. Nuestro estudio mostró cómo los adultos mayores que viven en la comunidad se adaptaron al nuevo acceso a la atención médica, se mantuvieron resilientes, autónomos e independientes, y cumplieron con las necesidades espirituales a pesar del confinamiento. Se planea realizar más investigaciones para evaluar otras consecuencias del Jornada Nacional de Sana Distancia como política de salud pública, incluidas las personas con deterioro cognitivo, los cuidadores, los centenarios y los pacientes hospitalizados.



## CAPÍTULO IX

### ANEXOS

#### 9.1 Cuestionario para participantes

##### CUESTIONARIO

##### Impacto social, médico, emocional y espiritual relacionado al confinamiento por COVID 19 en el adulto mayor

Buen día Sr/Sra.

Mi nombre es (nombre de la persona aplicando el cuestionario), formo parte del equipo de investigación del Servicio de Geriátría. Lo invitamos a participar en un estudio de investigación. El propósito de este estudio es ver el impacto social, médico, emocional y espiritual asociado al confinamiento por COVID 19 en el adulto mayor, y se realizará a través de la aplicación de un cuestionario telefónico y la revisión de su expediente clínico y esto no les generará un riesgo. Lo que usted conteste en el cuestionario no son decisiones respecto a sus enfermedades. El equipo de investigación no interviene en el tratamiento de sus enfermedades, esas decisiones usted las tomará con su médico a cargo. Sus responsabilidades consistirán principalmente en contestar el cuestionario de manera voluntaria y de la manera más sincera, lo más parecido a su pensar en los últimos días. El cuestionario incluye 9 apartados con preguntas de opción múltiple. Si desea suspender su participación, puede hacerlo con libertad en cualquier momento. Si elige no participar o retirarse del estudio, su atención médica presente y/o futura no se verá afectada y no incurrirá en sanciones ni perderá los beneficios a los que usted tendría derecho de algún otro modo. Si acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial acerca de su salud y de su tratamiento. Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra información acerca de Usted, tal como iniciales y su fecha de nacimiento. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación. Su nombre no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley. Si tiene alguna duda, la podemos aclarar en este momento.

¿Desea participar en el estudio de investigación?

- Sí
- No

Fecha de consentimiento informado verbal: (DD/MMM/AAAA): \_\_\_\_\_

##### Datos generales (expediente)

Iniciales: \_\_\_\_\_ Número de paciente # \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (DD/MMM/AAAA): \_\_\_\_\_

##### 1.-Sexo

- Masculino
- Femenino

##### 2.-Nivel educativo

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato o equivalente
- Licenciatura
- Posgrado

##### 3. ¿Con quién vive actualmente? (Puede elegir más de una)

- Solo
- Esposa/Esposo
- Hijos

- Cuidadora
  - Otro: \_\_\_\_\_
4. ¿Vive en una residencia geriátrica?
- Sí (*Excluir paciente del protocolo*)
  - No
5. ¿Tiene el diagnóstico de alguna demencia?
- Sí (*Excluir paciente del protocolo*)
  - No

### **Experiencias respecto a COVID 19**

*Las siguientes preguntas que voy a realizar son en función a sus experiencias respecto a COVID-19*

1. ¿Se le ha diagnosticado COVID-19 a usted o a alguien cercano?
- Sí
  - No
2. ¿Ha muerto alguien cercano a usted por COVID-19?
- Sí
  - No
3. ¿Tiene miedo de que usted o alguien de su familia se contagie por COVID-19?
- Sí
  - No
4. ¿Qué grado de confinamiento ha tenido durante la pandemia?
- Ninguno, sigo haciendo mi vida normal (1)
  - Tomo medidas de precaución, pero sigo saliendo y haciendo mis cosas (1)
  - Salgo lo menos posible, pero sigo viendo a mis amigos y familia (2)
  - Tomo en cuenta las medidas, salgo a trabajar, regreso y limito otras salidas (2)
  - Bastante aislado, sólo salgo por comida/medicamentos y limito el contacto con otras personas (3)
  - Estoy en cuarentena total, nadie entra ni sale de mi casa, pido alimentos a domicilio (3)
5. ¿Cree que el confinamiento es una medida adecuada para evitar la propagación del virus?
- Sí es una medida adecuada
  - Se me hace una medida exagerada
  - No creo que sea una medida suficiente

### **Ámbito social durante confinamiento por COVID-19** **(Inventario de recursos sociales en ancianos Díaz Veiga)**

*Las siguientes preguntas que voy a realizar son en función de la frecuencia con la que se ve y habla con cónyuge/hijos/familiares próximos/amigos, tipo de apoyo recibido y grado de satisfacción con cónyuge/hijos/familiares próximos/amigos*

1. Estado civil
- Casado
  - Unión libre
  - Soltero
  - Divorciado
  - Separado
2. ¿Tiene hijos?
- Si
  - No
3. ¿Tiene otros familiares como sobrinos, hermanos, primos, etc?
- Si
  - No
4. ¿Tiene usted relación con amigos?

- Si
  - No
5. ¿Durante el confinamiento con qué frecuencia ve y habla usted con su **cónyuge**?
- Menos de una vez a la semana
  - 1 o 2 veces al mes
  - 1 vez a la semana o más
  - No tengo cónyuge
6. ¿Durante el confinamiento qué tipo de apoyo le proporciona su **cónyuge**?
- Apoyo emocional
  - Apoyo instrumental
  - Ningún apoyo
  - No tengo cónyuge
7. ¿Durante el confinamiento en qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su **cónyuge**?
- Poco
  - Algo
  - Mucho
  - No tengo cónyuge
8. ¿Durante el confinamiento con qué frecuencia ve y habla usted con sus **hijos**?
- Menos de una vez a la semana
  - 1 o 2 veces al mes
  - 1 vez a la semana o más
  - No tengo hijos
9. ¿Durante el confinamiento qué tipo de apoyo le proporcionan sus **hijos**?
- Apoyo emocional
  - Apoyo instrumental
  - Ningún apoyo
  - No tengo hijos
10. ¿Durante el confinamiento en que grado está satisfecho de la relación que tiene con sus **hijos**?
- Poco
  - Algo
  - Mucho
  - No tengo hijos
11. ¿Durante el confinamiento con qué frecuencia ve y habla usted con **otros familiares**?
- Menos de una vez a la semana
  - 1 o 2 veces al mes
  - 1 vez a la semana o más
  - No tengo otros familiares (diferente a cónyuge e hijos)
12. ¿Durante el confinamiento qué tipo de apoyo le proporcionan **otros familiares**?
- Apoyo emocional
  - Apoyo instrumental
  - Ningún apoyo
  - No tengo otros familiares (diferente a cónyuge e hijos)
13. ¿Durante el confinamiento en que grado está satisfecho de la relación que tiene con **otros familiares**?
- Poco
  - Algo
  - Mucho
  - No tengo otros familiares (diferente a cónyuge e hijos)
14. ¿Durante el confinamiento con qué frecuencia ve y habla usted con sus **amigos**?
- Menos de una vez a la semana
  - 1 o 2 veces al mes
  - 1 vez a la semana o más
  - No tengo amigos

15. ¿Durante el confinamiento qué tipo de apoyo le proporcionan sus **amigos**?

- Apoyo emocional
- Apoyo instrumental
- Ningún apoyo
- No tengo amigos

16. ¿Durante el confinamiento en que grado está satisfecho de la relación que tiene con sus **amigos**?

- Poco
- Algo
- Mucho
- No tengo amigos

#### **Ámbito médico: Estado de salud (Escala de Charlson)**

*Las siguientes preguntas que voy a realizar son en función a su estado de salud:*

1. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- Infarto al miocardio (evidencia de que se hospitalizó, tuvo elevación de enzimas o cambios en EKG) (1)
- Insuficiencia cardiaca (1)
- Enfermedad vascular periférica (claudicación intermitente, by-pass arterial periférico, isquemia arterial aguda, aneurisma de la aorta) (1)
- Enfermedad cerebrovascular (EVC con mínimas secuelas o AIT) (1)
- Demencia (1)
- Enfermedad respiratoria crónica (EPOC o asma) (1)
- Enfermedad de tejido conectivo (LES, AR, enfermedad mixta, polimialgia reumática, arteritis de células gigantes) (1),
- Enfermedad hepática leve (sin evidencia de hipertensión portal) (1)
- Úlcera péptica (que han recibido tratamiento por un ulcus o sangrado ulceroso) (1)
- Diabetes Mellitus sin afectación orgánica (pueden ser tratados con insulina u orales, pero sin complicaciones tardías) (1)
- Hemiplejía (o paraplejía como consecuencia de EVC u otra condición) (2)
- Enfermedad Renal Crónica moderada-severa (en diálisis o creatininas sostenidas >3mg/dl) (2)
- Diabetes Mellitus con afectación orgánica (retinopatía, neuropatía o nefropatía, antecedente de cetoacidosis o estado hiperosmolar) (2)
- Tumor sólido sin metástasis (2)
- Leucemia (todas las leucemias agudas y crónicas, policitemia vera) (2)
- Linfoma (todos los linfomas, Waldstrom y mieloma) (2)
- Enfermedad hepática moderada-severa (Con hipertensión portal: ascitis, varices esofágicas, o encefalopatía) (3)
- Tumor sólido con metástasis (6)
- SIDA (6)
- Ninguna

Puntaje: \_\_\_\_\_

#### **Ámbito médico: Enfermedades crónicas y acceso a servicios médicos durante confinamiento por COVID-19**

*Las siguientes preguntas que voy a realizar son en función a sus enfermedades crónicas y al acceso a servicios médicos:*

1. ¿Cómo considera su peso corporal durante confinamiento por COVID-19?

- Ha aumentado el peso corporal
- Se ha mantenido el peso corporal

- Ha disminuido el peso corporal
- No sabe

2. ¿Cómo percibe el control metabólico de sus enfermedades crónicas durante confinamiento por COVID-19?

- Mejor control de mis enfermedades crónicas que antes
- Igual control de mis enfermedades crónicas que antes
- Peor control de mis enfermedades crónicas que antes
- No tengo enfermedades crónicas

3. ¿Cómo considera la realización de sus estudios de control durante el confinamiento por COVID-19?

- Me he realizado estudios de control en más cantidad que antes
- Me he realizado estudios de control en la misma cantidad que antes
- Me he realizado estudios de control en menor cantidad que antes

4. ¿Cómo considera la cantidad de consultas médicas durante confinamiento por COVID-19?

- He consultado en más cantidad que antes
- He consultado la misma cantidad que antes
- He consultado en menor cantidad que antes

5. ¿Cómo considera el uso de sus medicamentos durante el confinamiento por COVID-19?

- He suspendido el tratamiento porque no he ido a consulta
- He decidido automedicarme porque no he ido a consulta
- He cambiado mi tratamiento por desabasto del medicamento en farmacia
- Sigue siendo igual que antes

6. ¿Cómo realiza el surtimiento de sus medicamentos durante el confinamiento por COVID-19?

- Surto habitualmente de manera presencial (acudir a farmacia)
- Surto habitualmente de manera no presencial (en línea, servicio a domicilio)
- Desde antes del confinamiento, alguien más surte mis medicamentos
- Durante el confinamiento, alguien más surte mis medicamentos

7. ¿Cuál es el tipo de consulta más frecuente que ha tenido durante el confinamiento por COVID-19?

- Presencial
- En línea o videollamada
- Por teléfono
- A domicilio

#### **Ámbito médico: Actividad física durante confinamiento por COVID-19**

#### **Escala de Actividad Física del Adulto Mayor (PASE Score)**

*Las siguientes preguntas que voy a realizar son en función a la actividad física que ha tenido en los últimos 7 días:*

1. En los últimos 7 días, ¿cuántos días participó en **actividades sentado** como leer, ver televisión o hacer manualidades?
- Nunca (0 días)
  - Rara vez (1-2 días)
  - A veces (3-4 días)
  - A menudo (5-7 días)
- 1a. En promedio, ¿Cuántas horas al día dedica a **actividades sentado**?
- Menos de 1 hora
  - 1 pero menos de 2 horas

- 2 a 4 horas
- Más de 4 horas

2. En los últimos 7 días, ¿cuántos días participó en actividades como salir **fuera de la casa** o al patio por alguna razón? Por ejemplo, por diversión o ejercicio, camino al trabajo, pasear al perro

- Nunca (0 días)
- Rara vez (1-2 días)
- A veces (3-4 días)
- A menudo (5-7 días)

2a. En promedio, ¿Cuántas horas al día dedica a **caminar**?

- Menos de 1 hora
- 1 pero menos de 2 horas
- 2 a 4 horas
- Más de 4 horas

3. En los últimos 7 días, ¿cuántos días participó en **deporte ligero** o actividades recreativas como bolos, tiro al blanco, frisbee, tennis de mesa?

- Nunca (0 días)
- Rara vez (1-2 días)
- A veces (3-4 días)
- A menudo (5-7 días)

3a. En promedio, ¿Cuántas horas al día dedica a **deporte ligero**?

- Menos de 1 hora
- 1 pero menos de 2 horas
- 2 a 4 horas
- Más de 4 horas

4. En los últimos 7 días, ¿cuántos días participó en **deporte moderado** o actividades recreativas como bailar, jugar tennis, jugar voleyball, patinar?

- Nunca (0 días)
- Rara vez (1-2 días)
- A veces (3-4 días)
- A menudo (5-7 días)

4a. En promedio, ¿Cuántas horas al día dedica a **deporte moderado**?

- Menos de 1 hora
- 1 pero menos de 2 horas
- 2 a 4 horas
- Más de 4 horas

5. En los últimos 7 días, ¿cuántos días participó en **deporte intenso** o actividades recreativas como jugar soccer, jugar baseball, utilizar bicicleta, escalar, squash?

- Nunca (0 días)
- Rara vez (1-2 días)
- A veces (3-4 días)
- A menudo (5-7 días)

5a. En promedio, ¿Cuántas horas al día dedica a **deporte intenso**?

- Menos de 1 hora
- 1 pero menos de 2 horas
- 2 a 4 horas
- Más de 4 horas

6. En los últimos 7 días, ¿cuántos días participó en actividades para **aumentar masa muscular o resistencia**, como por ejemplo calistenia, levantar pesas, lagartijas, sentadillas, ejercicio con peso?

- Nunca (0 días)

- Rara vez (1-2 días)
- A veces (3-4 días)
- A menudo (5-7 días)

6a. En promedio, ¿Cuántas horas al día dedica a **umentar masa muscular o resistencia**?

- Menos de 1 hora
- 1 pero menos de 2 horas
- 2 a 4 horas
- Más de 4 horas

7. En los últimos 7 días, ¿Participó en actividades de **quehacer ligero** en el hogar como, por ejemplo, sacudir, colgar la ropa a secar, planchar, lavar, preparar alimentos o lavar/secar los trastes?

- Sí
- No

8. En los últimos 7 días, ¿Participó en actividades de **quehacer pesado** en el hogar como, por ejemplo, cargar/mover muebles, barrer/trapear piso, aspirar, lavar paredes/ventanas/carros?

- Sí
- No

9a. En los últimos 7 días, ¿Participó en actividades para hacer **reparaciones en el hogar**, como pintar, carpintería?

- Sí
- No

9b. En los últimos 7 días, ¿Participó en actividades para **limpiar el patio** como limpiar hojas, cortar ramas de árbol?

- Sí
- No

9c. En los últimos 7 días, ¿Participó en actividades para hacer **cuidados en el jardín** como regar plantas?

- Sí
- No

9d. En los últimos 7 días, ¿Participó en actividades como **cuidar a otra persona** como niños, cónyuge dependiente u otro adulto?

- Sí
- No

10. En los últimos 7 días, ¿Participó en actividades como **trabajo remunerado o voluntariado**?

- Sí
- No

10a. ¿Cuántas horas a la semana tuvo **trabajo remunerado o voluntariado**?  
# de horas \_\_\_\_\_

10b. ¿Cuál de las siguientes categorías describe el tipo de trabajo que realiza?

- Sentado la mayoría del tiempo con ligero movimiento de manos
- Sentado o de pie con caminata ligera
- Caminar y manejar materiales ligeros (menos de 20 kg)
- Caminar y manejar materiales pesados (más de 20 kg)
- No realizo trabajo remunerado o voluntariado

Puntaje: \_\_\_\_\_ (0 a más de 400 puntos)

### **Ámbito emocional durante confinamiento por COVID-19 (PHQ-9)**

*Las siguientes preguntas que voy a realizar son en función a su estado de salud emocional:*

1. ¿Durante el confinamiento que tan seguido ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)
  - Casi todos los días (3)
2. ¿Durante el confinamiento que tan seguido se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)
  - Casi todos los días (3)
3. ¿Durante el confinamiento que tan seguido ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)
  - Casi todos los días (3)
4. ¿Durante el confinamiento que tan seguido se ha sentido cansado(a) o con poca energía?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)
  - Casi todos los días (3)
5. ¿Durante el confinamiento que tan seguido se ha sentido sin apetito o ha comido en exceso?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)
  - Casi todos los días (3)
6. ¿Durante el confinamiento que tan seguido se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)
  - Casi todos los días (3)
7. ¿Durante el confinamiento que tan seguido ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)
  - Casi todos los días (3)
8. ¿Durante el confinamiento que tan seguido se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – ¿muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)
  - Casi todos los días (3)
9. ¿Durante el confinamiento que tan seguido ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera?
  - Ningún día (0)
  - Varios días (1)
  - Más de la mitad de los días (2)



- Casi todos los días (3)

Puntaje: \_\_\_\_\_ (0 - 27)

### **Ámbito espiritual durante confinamiento por COVID-19**

*Las siguientes preguntas que voy a realizar son en función a las actividades espirituales que pudiera llegar a realizar:*

1. ¿Cuál es el impacto que ha tenido el confinamiento por COVID 19 en sus actividades espirituales?

- Han disminuido mis actividades espirituales
- Han permanecido igual mis actividades espirituales
- Han aumentado mis actividades espirituales
- Habitualmente no realizo actividades espirituales

2. En los últimos 3 meses ¿Qué tan frecuente utilizo el tiempo en actividades espirituales privadas, como oración, meditación o estudio de Biblia?

- Rara vez o nunca (1)
- Algunas veces al mes (2)
- Una vez por semana (3)
- Dos o más veces por semana (4)
- Diariamente (5)
- Más de una vez por día (6)

3. En los últimos 3 meses ¿Qué tan frecuente utilizo el tiempo en actividades espirituales comunitarias, como escuchar misa en la TV o internet?

- Rara vez o nunca (1)
- Algunas veces al mes (2)
- Una vez por semana (3)
- Dos o más veces por semana (4)
- Diariamente (5)
- Más de una vez por día (6)

4. En los últimos 3 meses ¿Se ha incorporado a algún grupo religioso?

- Sí
- No
- Habitualmente no realizo actividades espirituales

5. En caso de ser afirmativo, ¿Cuál es el medio que utiliza para mantenerse en contacto el grupo religioso?

- Por llamada telefónica
- Whatsapp
- Facebook
- Correo electrónico
- Presencial
- Otro
- Habitualmente no realizo actividades espirituales

6. ¿Le ha ayudado practicar actividades espirituales a sobrellevar el confinamiento?

- Sí
- No
- Habitualmente no realizo actividades espirituales

Responda sí o no a las siguientes aseveraciones respecto a sus actividades espirituales durante el confinamiento por COVID-19:

7. Las actividades espirituales me han ayudado a sentirme amado/a y reconocido/a
- Sí
  - No
  - Habitualmente no realizo actividades espirituales
8. Las actividades espirituales me han ayudado a sentirme escuchado/a
- Sí
  - No
  - Habitualmente no realizo actividades espirituales
9. Las actividades espirituales me han ayudado a sentirme en contacto con mi comunidad
- Sí
  - No
  - Habitualmente no realizo actividades espirituales
10. Las actividades espirituales me han ayudado a tener una imagen positiva de mí mismo/a
- Sí
  - No
  - Habitualmente no realizo actividades espirituales
11. Las actividades espirituales me han ayudado a sentirme perdonado/a o reconciliado/a
- Sí
  - No
  - Habitualmente no realizo actividades espirituales
12. Las actividades espirituales me han ayudado a mantenerme o construir un balance en mi vida
- Sí
  - No
  - Habitualmente no realizo actividades espirituales
13. Las actividades espirituales me han ayudado a lidiar con una enfermedad o discapacidad
- Sí
  - No
  - Habitualmente no realizo actividades espirituales

#### **Respecto a la consulta a distancia**

*Las siguientes preguntas que voy a realizar son en función a las consultas a distancia, considerando las realizadas en videollamadas o llamadas telefónicas:*

1. ¿Ha tenido consulta a distancia?
- Sí
  - No
2. ¿Qué tan satisfecho está con la consulta a distancia?
- Muy satisfecho
  - Satisfecho
  - Indiferente
  - Poco satisfecho
  - Nada satisfecho
  - No he tenido consulta a distancia
3. ¿Depende de alguien más para ingresar a la consulta por internet/teléfono?
- Sí
  - No

- No he tenido consulta a distancia

4. De las siguientes, ¿Cuáles complicaciones ha tenido respecto a las consultas a distancia?

- Mi médico habitual no tiene consulta a distancia
- No tener una computadora o teléfono
- No tener acceso a internet o fallas en el internet
- No saber utilizar la computadora, el teléfono o el internet
- No tengo el interés en aprender a utilizar computadora, teléfono o internet
- A pesar de sí consultar a distancia, no he podido surtir la receta
- Sí he consultado a distancia y no he tenido complicaciones
- No he tenido la necesidad de consultar a distancia

Responda sí o no a las siguientes aseveraciones respecto a la consulta a distancia,

5. Me siento seguro porque no salgo de casa

- Sí
- No

6. Me siento seguro porque recibo atención médica igual que en mi consulta presencial

- Sí
- No

7. Me siento inseguro porque no me están revisando adecuadamente

- Sí
- No

*Hemos concluido con el cuestionario. A nombre del equipo, agradecemos su participación.*

## CAPÍTULO X

### BIBLIOGRAFÍA

- Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2020;5(5):e256. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Avila-Avila A, Sosa-Tinoco E, Pacheco-Pacheco J, et al. (2020) Guía de Instrumentos de Evaluación Geriátrica Integral. [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia\\_InstrumentosGeriatrica\\_18-02-2020.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf). Accessed 01 Sept 2020
- Birditt KS, Fingerman KL, Almeida DM. (2005) Age Differences in Exposure and Reactions to Interpersonal Tensions: A Daily Diary Study. *Psychol Aging*. 20(2):330-340 <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.330>
- Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Jiménez-Puig E, Fernández-Castillo E, Rodríguez-Martin B. (2020) Gender and Fear of COVID-19 in a Cuban Population Sample. *Int J Ment Health Addict*. 1:1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00343-8>
- Confirma Secretaría de Salud primer caso de coronavirus (COVID-19) en la entidad [Internet]. Gobierno de Nuevo León. 2020. Disponible en: <https://www.nl.gob.mx/boletines-comunicados-y-avisos/confirma-secretaria-de-salud-primer-caso-de-coronavirus-covid-19-en>
- De Biase S, Cook L, Skelton DA, Witham M, ten Hove R. The COVID-19

rehabilitation pandemic1. *Age Ageing*. 2020;10–4.

- DiGiovanni G, Mousaw K, Lloyd T, Dukelow N, Fitzgerald B, D’Aurizio H, et al. Development of a telehealth geriatric assessment model in response to the COVID-19 pandemic. *J Geriatr Oncol* [Internet]. 2020;11(5):761–3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.04.007>
- Dorsey ER, Topol EJ. (2016) State of Telehealth. *N Engl J Med*. 375(2):154-161. <https://doi.org/10.1056/nejmra1601705>
- Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. (2020) Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw open*. 3(9):e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
- Francis J, Ball C, Kadylak T, Cotten SR. Ageing and Digital Technology [Internet]. *Ageing and Digital Technology*. Springer Singapore; 2019. 35–49 p. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1007/978-981-13-3693-5\\_3](http://dx.doi.org/10.1007/978-981-13-3693-5_3)
- Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. (2015) Loneliness as a public health issue: The impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 105(5):1013-1019. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>
- Ghosal S, Arora B, Dutta K, Ghosh A, Sinha B, Misra A. (2020) Increase in the risk of type 2 diabetes during lockdown for the COVID19 pandemic in India: A cohort analysis. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 14(5):949-952. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.020>

- Goodman-Casanova JM, Dura-Perez E, Guzman-Parra J, Cuesta-Vargas A, Mayoral-Cleries F. (2020) Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: Survey study. *J Med Internet Res.* 22(5):1-13. <https://doi.org/10.2196/19434>
- Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. (2020) Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 382(18):1708-1720. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2002032>
- Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. (2020) Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Addict.* <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Ibarra Cornejo JL, Fernández Lara MJ, Aguas Alveal EV, Pozo Castro AF, Antillanca Hernández B, Quidequeo Reffers DG. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *An la Fac Med.* 2018;78(4):439.
- INEGI. Estructura porcentual de la población que profesa alguna religión por tipo de religión [Internet]. 2010. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/temas/religion/default.html#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/religion/default.html#Informacion_general)
- Izquierdo M, Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Sáez De Asteasu ML, Lucia A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019

- Kocalevent RD, Hinz A, Brähler E. (2013) Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*. 35(5):551-555.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.04.006>
- Koenig HG, Büssing A. (2010) The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 1(1):78-85. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
- Koenig HG. (2020) Ways of Protecting Religious Older Adults from the Consequences of COVID-19. *Am J Geriatr Psychiatry*. 28(7):776-779.  
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.004>
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2001) The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*. 16:606-613.  
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. (2020) Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *J Infect*. 80(6):e14-e18. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005>
- Lucchetti G, Góes LG, Amaral SG, et al. (2020) Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764020970996>
- McNally S, Nunan D, Dixon A, Maruthappu M, Butler K, Gray M. Focus on physical activity can help avoid unnecessary social care. *BMJ*. 2017;359:1–4.

- Monod SM, Rochat E, Büla CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B. (2010) The spiritual distress assessment tool: An instrument to assess spiritual distress in hospitalized elderly persons. *BMC Geriatr.* 10,88.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-88>
- O'Hanlon SKIS. Delirium : a missing piece in the COVID-19. *Age Ageing.* 2020;(May):1–2.
- Ohannessian R. (2015) Telemedicine: Potential applications in epidemic situations. *Eur Res Telemed.* 4(3):95-98.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2015.08.002>
- Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. (2006) Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol.* 91(4):730-749. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730>
- Pakpour A, Griffiths M. (2020) The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders.*  
<https://concurrentdisorders.ca/2020/04/03/the-fear-of-covid-19-and-its-role-in-preventive-behaviors/>. Accessed 09 Oct 2020
- Rias YA, Rosyad YS, Chipojola R, et al. (2020) Effects of Spirituality, Knowledge, Attitudes, and Practices toward Anxiety Regarding COVID-19 among the General Population in Indonesia: A Cross-Sectional Study. *J Clin Med.* 9(12):3798. <https://doi.org/10.3390/jcm9123798>
- Rios-González CM, Palacios JM. Symptoms of Anxiety and depression



during the outbreak of COVID-19 in Paraguay. 2020

- Richardson SJ, Carroll CB, Close J, Gordon AL, O'Brien J, Quinn TJ, et al. Research with older people in a world with COVID-19: identification of current and future priorities, challenges and opportunities. *Age Ageing*. 2020;1–6.
- Roberto A, Sellon A, Cherry ST, Hunter-Jones J, Winslow H. (2020) Impact of spirituality on resilience and coping during the COVID-19 crisis: A mixed-method approach investigating the impact on women. *Health Care Women Int*. 1-22. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1832097>
- Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, et al. (2020) Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Heal*. 5(1):e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Scheibe S, Carstensen LL. (2010) Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 65 B(2):135-144. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, et al. (2020) Impact of Social Isolation Due To Covid-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Heal Aging*. 24(9):938-947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>.
- Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, et al. (2020) Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J*

*Telemed Telecare.* 26(5):309-313.

<https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>

- Sulmasy DP. (2002) A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist.* 42(SPEC. ISS. 3):24-33.  
[https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl\\_3.24](https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24)
- Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. (1993) The physical activity scale for the elderly (PASE): Development and evaluation. *J Clin Epidemiol.* 46(2):153-162. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90053-4](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90053-4)
- Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27(2):1–4.
- Zachary Z, Brianna F, Brianna L, et al. (2020) Self-quarantine and weight gain related risk factors during the COVID-19 pandemic. *Obes Res Clin Pract.* 14(3):210-216. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.05.004>
- Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, et al. (2020) The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemed e-Health.* 26(4):377-379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>
- Zinnbaue BJ, Pargament KI, Scott AB. (1999) The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects. *J Pers.* 67(6):889-919. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00077>

## CAPÍTULO XI

### RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Mariana Gamboa Esparza

Candidato para el grado de Especialista en Geriatria Clínica

Nací el 03 de febrero de 1991, soy originaria y residente de la ciudad de Monterrey, N.L.

Estudíe la Licenciatura Médico Cirujano y Partero en la Universidad Autónoma de Nuevo León, de 2009 al 2015.

A partir del 2017 inicié la residencia médica en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A lo largo de mi vida, me he dedicado a hacer mi mejor esfuerzo, dejar huella en los lugares que trabajo, impulsar que mis compañeros crezcan, tomar acciones sustentables con el medio ambiente, ser una gran profesionista y ser feliz.

*“La compasión es el núcleo de lo mejor que somos”  
-Rosa Montero*