

Percepciones de los factores de riesgo asociados al contagio del coronavirus en adultos mayores

Perceptions of the risk factors associated with the contagion of coronavirus in elders

Gianpiero R. Flores-Pereyra, Nathaly M. Martínez-Girón y
Eli L. Malvaceda-Espinoza

Recibido 4 mayo 2021 / Enviado para modificación 26 de octubre 2021 / Aceptado 30 octubre 2021

RESUMEN

Objetivo Analizar las percepciones de los factores de riesgo asociados al contagio del coronavirus en adultos mayores pertenecientes a distritos con ingresos bajos de Lima Metropolitana (Perú).

Materiales y Métodos Estudio de tipo cualitativo, con un diseño fenomenológico hermenéutico y con muestreo teórico. Para el análisis de datos se empleó el software ATLAS.ti 7.5. Participaron diez mujeres y seis varones, incluyendo contagiados y no contagiados. Se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas durante los meses de agosto y setiembre del 2020.

Resultados Se identificaron percepciones en el componente cognitivo, experiencial, sociocultural, confianza y eficacia. Además, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las percepciones de riesgo entre las personas contagiadas y no contagiadas. Sin embargo, en cuanto a la subcategoría de confianza hacia la ciencia, las personas que han contraído el virus tienen mayores percepciones negativas, a diferencia de los que no han sido contagiados, quienes, a su vez, muestran más percepciones positivas sobre los avances científicos.

Conclusiones Los factores de riesgo identificados por los adultos mayores fueron: no respetar el distanciamiento social, el uso inadecuado de mascarillas y la falta de higiene personal. Asimismo, las percepciones negativas hacia estos factores de riesgo fueron de miedo al contagio de uno mismo y de los demás, la intranquilidad, la preocupación, la inseguridad o desconfianza, la desprotección y la incapacidad para enfrentar el virus; y en cuanto a las percepciones positivas, estas fueron: tranquilidad, seguridad, apoyo social, protección a la familia, esperanza y satisfacción.

Palabras Clave: Coronavirus; factores de riesgo; percepción; clase social; anciano; Perú (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Analyze the perception of the risk factors associated with the contagion of coronavirus in elders belonging to low-income districts in Lima Metropolitana (Perú).

Materials and Method Qualitative study, with a phenomenological hermeneutical design. A total of 16 semi-structured interviews were conducted with elders aged 61 to 80, men and women, including infected and non-infected, between the months of August and September 2020. Likewise, the ATLAS.ti 7.5 software was used for data analysis.

Results Perceptions were identified in the cognitive, experiential, sociocultural, trust and efficacy components. Furthermore, no differences were found in terms of risk perception between infected and non-infected people, however, regarding the subcategory of trust towards science, people who have contracted the virus presented higher negative perceptions, than those who have not been infected, who in turn, showed more positive perceptions of scientific advances.

GF: Psicólogo. Lic. Psicología. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.
gianpiero.flores@usil.pe
NM: Psicóloga. Lic. Psicología. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.
nathaly.martinez@usil.pe
EM: Psicólogo. Ph. D. Psicología. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.
emalvaceda@usil.edu.pe

Conclusions The risk factors identified by elders were; not respecting social distancing, inappropriate use of masks and lack of personal hygiene. Likewise, the negative perceptions presented towards these risk factors were fear of contagion from oneself and from others, intranquility, worry, insecurity, distrust, lack of protection and the inability to face the virus, and in terms of positive perceptions, these were: tranquility, security, social support, family protection, hope and satisfaction.

Key Words: Coronavirus; risk factors; perception; social class; aged; Peru (*source: MeSH, NLM*).

La enfermedad del coronavirus producida por el virus del COVID-19 surgió en diciembre del 2019 en Wuhan, China, descubierta mediante casos de neumonía por una causa desconocida (1,2). Este virus ha ocasionado más de 77,9 millones de casos a nivel mundial (3). Asimismo, la cantidad de muertes ha ido incrementado: llega a más de 1,6 millones de fallecidos en el mundo (4). Frente a ello, los países de Latinoamérica han tomado medidas de prevención y contención (5). En el Perú, una de las medidas de prevención ha sido la inmovilización social (6). No obstante, los casos han ido en aumento y han llegado así a más de un millón de casos confirmados, de los cuales un gran porcentaje de ellos son adultos mayores. Asimismo, el riesgo de que la enfermedad se agrave aumenta gradualmente con la edad, ya que el 70% de los fallecidos son mayores de 60 años (7).

La situación de pandemia conlleva a que las personas busquen información a través de los medios de comunicación sobre las medidas que deberían de tomar. Esto hace que haya distintas percepciones sobre los factores de riesgo (8), sobre todo si esta población forma parte del grupo de personas que tienen una alta probabilidad de presentar un caso severo, por ejemplo, los adultos mayores (9).

Dicho lo anterior, un factor de riesgo aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (10); al respecto las personas crearán juicios (11), que pueden ser positivos o negativos (12). Asimismo, teniendo en cuenta que estos juicios se basan en un riesgo, se les denomina *percepción de riesgo* (13).

El foco principal de análisis sobre la percepción de riesgo es el aumento que esta tiene frente a la situación de pandemia, lo cual ha sido señalado por diversas investigaciones (14-18). Asimismo, la percepción de riesgo aumenta si existe una desconfianza en las medidas empleadas por el Gobierno (14,17), como también aumenta la preocupación por la familia y por la salud (15). Además, la situación obliga a recurrir a medidas de protección por la misma percepción de riesgo que poseen las personas (18).

Ante esto, esta investigación tuvo como objetivo analizar las percepciones de los factores de riesgo asociados al contagio del coronavirus en adultos mayores pertenecientes a distritos con ingresos bajos de Lima Metropolitana (19).

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación fue de tipo cualitativo, pues busca explorar la naturaleza del fenómeno por estudiar (20). Asimismo, tuvo un diseño fenomenológico, pues se basó en el análisis e interpretación de la experiencia de los participantes, con una vertiente hermenéutica, ya que interpretó la información obtenida y la comparó con la literatura examinada (21).

Participantes

Los participantes fueron 16 adultos mayores, entre varones y mujeres que pertenecen a distritos con ingresos bajos de Lima Metropolitana; asimismo, se tomó en cuenta tanto a aquellos que hayan sido contagiados o no durante el periodo de la entrevista. Para su selección se utilizó la técnica bola de nieve, pues al estar en el grupo de riesgo se requirió de apoyo para ubicarlos (22).

El acercamiento con los participantes se dio por vía telefónica: se llamó a sus hogares en un espacio en el que se encontraran solos. Los criterios de inclusión fueron ser de nacionalidad peruana, ser mayor de 60 años (23) y aceptar la participación en el estudio. No participaron personas que presentaran deficiencias cognitivas o problemas en la comunicación oral. No hubo personas que se negaran a participar o abandonaran el estudio.

La edad de los adultos mayores oscila entre 61 y 80 años; la edad promedio es de 66 años, de los cuales el 62% son de sexo femenino y el resto, de sexo masculino. Con respecto al lugar de residencia, el 62% son residentes de Mi Perú, 13% de Ate, 13% de San Martín de Porres, 6% de Santa Anita y 6% de San Juan de Lurigancho; y el 50% del total fueron contagiados con coronavirus, mientras que los restantes, al momento de la entrevista, no lo estuvieron (Tabla 1).

Instrumentos de recolección de información

Se empleó la entrevista a profundidad de tipo semiestructurada. Para la construcción de la guía de entrevista, se elaboró una matriz de categorización utilizando como base el *climate change risk perception model* (CCRPM) de van der Linden (24,25), modificado por Xie (26) y Dryhurst et al. (14). Asimismo, como criterios de rigurosidad se apli-

Tabla 1. Distribución de la muestra

Seudónimo	Sexo	Edad	Lugar de residencia	Nivel de educación	Situación al momento de la entrevista
Adrián	M	64	Mi Perú	Superior	Contagiado
Armando	M	80	Mi Perú	Tercero de secundaria	Sin contagio
Salomé	F	75	Mi Perú	Primaria completa	Sin contagio
Rosmery	F	61	Mi Perú	Secundaria completa	Sin contagio
Nora	F	72	Mi Perú	Segundo de secundaria	Contagiado
Mariana	F	68	Mi Perú	Secundaria completa	Contagiado
Lucas	M	66	Mi Perú	Cuarto de secundaria	Contagiado
Efraín	M	63	Mi Perú	Superior	Sin contagio
Joaquín	M	66	Mi Perú	Primaria completa	Contagiado
Elena	F	65	Ate	Secundaria completa	Sin contagio
Manuela	F	63	Mi Perú	Secundaria completa	Contagiado
Fanny	F	65	Santa Anita	Secundaria completa	Sin contagio
Gerald	M	63	San Martín	Primaria completa	Sin contagio
Lara	F	63	San Martín	Primaria completa	Sin contagio
Matilde	F	64	San Juan de Lurigancho	Segundo de secundaria	Contagiado
Romina	F	62	Ate	Secundaria completa	Contagiado

có una entrevista piloto (27) y se evaluó la misma a través del criterio de nueve jueces expertos en el tema.

Datos sociodemográficos: la guía de entrevista consta de seis preguntas para obtener información acerca de los participantes: nombre, sexo, edad, nivel de educación, distrito de residencia y situación al momento de la entrevista.

Procedimiento

Se contactó con las coordinadoras de las comunidades, quienes nos facilitaron los números telefónicos de los participantes. Por consiguiente, se contactó con los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. Luego, se les explicó las razones de la investigación y se les leyó el consentimiento informado. Una vez aceptado, se realizaron las entrevistas, que fueron telefónicas y tuvieron una duración de 40 y 60 minutos. No hubo repeticiones de entrevistas. Además, fueron grabadas para mantener la fidelidad de la información brindada por el entrevistado. Asimismo, se tomaron notas que permitieron profundizar el análisis. Las entrevistas fueron realizadas por los dos primeros autores de esta investigación. Después de finalizada la investigación, se les entregaron los resultados a los participantes, sobre los cuales realizaron comentarios.

Análisis de datos

Para el análisis de contenido, se utilizó el método híbrido (28) el cual considera el modelo inductivo y deductivo de análisis (29). En tal sentido, se identificaron algunos temas (categorías) de antemano, los cuales se cruzaron con aquellos que emergieron de los datos (subcategorías y códigos). Al respecto, la Tabla 2 describe el sistema de categorías, subcategorías y códigos utilizados durante el análisis.

El análisis de las entrevistas se realizó con el software ATLAS.ti 9. Como criterios de calidad (30) se utilizaron, primero, la estabilidad, a través de la cual dos investigadores

codificaron todas las entrevistas, (con la supervisión de un tercer investigador); segundo, la credibilidad, a través de la cual los participantes revisaron las transcripciones de las entrevistas y opinaron al respecto, triangulándose sus respuestas; y, tercero, para evidenciar la saturación de los datos, se aplicó la búsqueda de patrones (31).

Condiciones éticas del estudio

La investigación se ciñó a las normas éticas de la declaración de Helsinki. Asimismo, el protocolo de investigación fue revisado y avalado por el Comité de Investigación Científica de la Red de Salud Puno, y contó con el consentimiento informado de cada uno de los participantes.

RESULTADOS

Según el análisis realizado, se identificaron cinco categorías: el componente cognitivo, experiencial, sociocultural, confianza y eficacia (Tabla 2). Con respecto al primero, el conocer los factores de riesgo como no respetar el distanciamiento social, el uso inadecuado de las mascarillas y la falta de higiene personal generó percepciones negativas como el temor, intranquilidad y preocupación. Asimismo, se encontró que las principales consecuencias son las repercusiones a la salud física, emocional, económica y social y estas causan en ellos percepciones negativas como la preocupación y miedo al contagio de uno mismo y de los demás. Además, se evidenció que las personas toman medidas de protección decretadas por el Gobierno y/o alternas. Ponerlas en práctica hace que haya percepciones positivas, como la tranquilidad y seguridad, pues lo realizan para evitar o reducir el riesgo de contagio.

Frente al componente experiencial, en afecto, se encontraron percepciones negativas hacia los sentimientos frente al riesgo de contagio como el distanciamiento hacia las personas, preocupación y/o miedo por contagiarse,

Tabla 2. Categorías, subcategorías, códigos emergentes y ejemplos de cada código

Categorías	Subcategorías	Códigos emergentes	Citas textuales
Componente cognitivo	Conocimiento-causas	Percepciones negativas de las causas del riesgo de contagio (factores de riesgo)	«Las personas que no utilizan las medidas de protección tienen una falta de responsabilidad. A veces da miedo, ya que no usan ni la mascarilla» (Gerald, 63 años).
	Conocimiento – consecuencias	Percepciones negativas frente a las consecuencias del riesgo de contagio	«Por la edad me considero en grupo de riesgo [...] si me junto con la gente, o descuido mi higiene, podría contagiarme y caer enferma» (Rosmery, 61 años).
	Conocimiento-respuesta	Percepciones positivas frente a las medidas de reducir el riesgo de contagio	«Me hace sentir con menor riesgo porque ya estamos desinfectados; llegando de la calle nos echamos alcohol en pies, en manos, en todo el cuerpo y echamos lejía a todo» (Lara, 63 años).
Componente experiencial	Afecto	Percepciones negativas hacia los sentimientos frente al riesgo de contagio	«Siempre con miedo, al salir al mercado a hacer las compras, al viajar en el bus... Cuando empezaron a hablar sobre este virus tenía más miedo y no salía» (Elena, 65 años).
	Experiencia personal	Percepciones negativas por la falta de vivencias pasadas	«No he tenido esta experiencia con alguna de estas enfermedades y creo que siento un poco más de miedo porque el virus es invisible» (Elena, 65 años).
Componente sociocultural	Normas sociales	Percepciones positivas frente a las normas sociales	«Siempre estamos haciéndonos recordar o apoyándonos entre todos [...] gracias a las medidas que tomamos mis familiares y conocidos, me siento más protegida» (Romina, 62 años).
	Preocupación por el otro	Percepción frente al pensamiento de los demás	«Siempre converso con mis familiares, siempre estamos teniendo una forma de cuidarnos entre todos y tratar siempre de darnos aliento» (Efraín, 63 años).
Componente de confianza	Confianza hacia el gobierno	Percepciones negativas hacia las medidas del gobierno	«No siento seguridad, difícil para eso, no siento confianza. La cuarentena es un fracaso, nada nos ha calmado, ni siquiera un poco, todo ha sido peor» (Gerald, 63 años).
		Percepciones positivas frente a las medidas del gobierno	«El gobierno quiere lo mejor para nosotros, me siento menos preocupado por contagiarme, porque se preocupan por nosotros y nos apoyan para salir de esto» (Lucas, 66 años).
		Percepciones negativas hacia el comportamiento de los demás frente a las medidas del gobierno	«Claro que me afecta... porque, aunque el gobierno haya establecido medidas, no todas las personas lo cumplen, es en vano, ya que el contagio seguirá creciendo y el virus se extenderá por todos lados» (Rosmery, 61 años).
	Confianza hacia la ciencia	Percepciones positivas hacia los avances científicos	«Sí, ahora estamos esperando a que llegue la vacuna para que podamos estar más tranquilos» (Fanny, 65 años).
		Percepciones negativas hacia los avances científicos	«No sé qué consecuencia traerá la vacuna, si respondería bien los organismos de las personas... pero hasta saber bien que si funciona yo no me pondría» (Matilde, 64 años).
	Confianza hacia los profesionales de la salud	Percepciones negativas hacia los profesionales de salud	«Pienso que los profesionales de la salud también se sienten cansados porque he escuchado que a las personas de tercera edad ya no quieren intubarles porque dan preferencia a los más jóvenes» (Joaquín, 66 años).
Componente de eficacia	Medidas personales	Percepciones positivas frente a sus medidas de protección	«Ellos están que hacen lo mejor, están que me brindan seguridad [...] su comunicación es buena y todos los días me llaman para saber cómo estoy» (Adrián, 64 años).
		Percepciones negativas frente a sus medidas de protección	«Gracias a las prácticas de estas medidas ya he aprendido a cuidarme más, cuidar a mi familia y estar un poco más calmado» (Joaquín, 66 años).
	Medidas colectivas	Percepciones positivas frente a las medidas de seguridad colectivas implementadas para la sociedad	«No, estaba demasiado preocupado, tenía el temor de contagiarme, me alejaba y usaba mi mascarilla, pero igual me contagié» (Lucas, 66 años).
		Percepciones negativas frente al incumplimiento de las medidas colectivas tomadas por los demás	«Al inicio no es fácil, pero al final está bien porque me protejo yo, protejo mi casa, compramos con tiempos, salimos poco tiempo, no conversamos afuera y ya» (Mariana, 68 años).

preocupación por la seguridad de los demás y desconfianza hacia los demás. Del mismo modo, en cuanto a la experiencia personal, se hallaron percepciones negativas por la falta de vivencias pasadas como la incapacidad para enfrentar la enfermedad.

En la categoría sociocultural, compuesta por normas sociales, se evidenció percepciones positivas frente a las normas sociales como seguridad y apoyo social; mientras que, en preocupación por el otro, se hallaron percepciones frente al pensamiento de los demás, como el

cuidado o preocupación por su familia (nietos, hijos, tíos), amistades o conocidos.

El componente de confianza, compuesta por confianza hacia el Gobierno, muestra percepciones negativas sobre las medidas que este toma, como la inseguridad, desprotección e intranquilidad; percepciones positivas, como la tranquilidad y la seguridad, y percepciones negativas hacia el comportamiento de los demás frente a las medidas del gobierno como inseguridad e intranquilidad. Otra de las subcategorías es la confianza hacia la ciencia. Estas

originan, por una parte, percepciones positivas hacia los avances científicos, como percepciones de seguridad y esperanza frente a los avances científicos para encontrar la cura para la enfermedad; asimismo, genera percepciones negativas, como la inseguridad y preocupación frente a la cura para la enfermedad.

Esta percepción se ha presentado más en las personas que han contraído el virus del COVID-19. La última subcategoría de este componente es la confianza que se deposita los profesionales de la salud; allí hay percepciones negativas (como la inseguridad, intranquilidad y desprotección frente al tratamiento de los profesionales de salud) como también percepciones positivas (como percepciones de seguridad y tranquilidad frente al tratamiento de los profesionales de salud).

Finalmente, la categoría de eficacia implica la creencia que tiene una persona sobre la eficacia de las medidas de mitigación que se dan en una situación de riesgo. Allí encontramos las medidas personales, que producen percepciones positivas frente a las medidas de protección (como la satisfacción y la seguridad). Asimismo, hay percepciones negativas frente a sus medidas de protección (como la insatisfacción y la inseguridad). Por otro lado, se encuentra la subcategoría de medidas colectivas, que originó percepciones positivas frente a las medidas de seguridad colectivas implementadas para la sociedad (como la satisfacción y la seguridad). Del mismo modo, esta subcategoría causa percepciones negativas frente al incumplimiento de las medidas colectivas tomadas por los demás (como la insatisfacción y la inseguridad).

DISCUSIÓN

Esta investigación se propuso analizar las percepciones de los factores de riesgo asociados al contagio del coronavirus en adultos mayores pertenecientes a distritos con ingresos bajos de Lima Metropolitana. Los resultados hallados en el componente cognitivo, subcategoría conocimiento-causas, concuerdan con las investigaciones de Li *et ál.* (15), quienes indican que la preocupación se presenta por la sensibilidad de contagiarse por factores de riesgo sociales. La subcategoría de conocimiento-consecuencias es consistente con los estudios de van der Linden (25), quien señala que las personas tendrán una mayor percepción de riesgo, como la preocupación, si es que estas manejan la información y conocen la gravedad de sus consecuencias. Por otro lado, lo encontrado en la subcategoría de conocimiento-respuesta es apoyado por diferentes investigaciones (16,24) en las cuales señalan que, al momento de que la persona sienta que se va a contagiar, va a tomar una conducta protectora con el fin de reducir el impacto del fenómeno del riesgo.

En cuanto a la segunda categoría, componente experiencial, los resultados evidenciados concuerdan con lo señalado por Li *et ál.* (15), quienes manifestaron que la sensibilidad de las personas aumenta frente a los factores de riesgo social, las emociones positivas disminuyen y muestran menos interés por las relaciones amicales. La subcategoría de experiencia personal coincide con lo encontrado por Xie *et ál.* (26) quienes señalaron que la percepción de riesgo dependía en gran medida de las experiencias que ha tenido la persona.

En cuanto a la categoría sociocultural, los resultados hallados dentro de la subcategoría de normas sociales se vincula con la literatura de Sparkman y Walton (32), en la cual indican que las normas sociales que se consideran nuevas y emergentes pueden tener un impacto positivo en el comportamiento. Por otro lado, en cuanto a la subcategoría de preocupación por el otro, el hallazgo se vincula con las investigaciones de Dryhurst *et ál.* (14) y Li (15), quienes manifiestan que las personas tendrán una mayor preocupación por su familia, su salud o si tienen una conducta prosocial.

En la cuarta categoría, confianza, subcategoría confianza en el Gobierno, los resultados encontrados concuerdan con diversos investigadores (14,17), quienes determinaron que las percepciones de riesgo aumentan o disminuyen si existe una desconfianza en las medidas empleadas por el Gobierno frente a la situación de riesgo. Por otra parte, también se evidenciaron percepciones positivas. Esto concuerda con la investigación de Dryhurst *et ál.* (14) quienes plantearon que los niveles más altos de confianza se asocian con niveles más bajos de percepción de riesgo. Del mismo modo, los resultados encontrados sobre el comportamiento de los demás en cuanto a las medidas implementadas por el Gobierno concuerdan con los del estudio de Van Bavel *et ál.* (33) quienes manifiestan que el comportamiento de las personas puede influir en la propagación de una pandemia. En cuanto a la subcategoría de confianza en la ciencia, se evidenció que hay percepciones positivas sobre los avances científicos. Sin embargo, también se hallaron percepciones negativas. Cabe recalcar que no se han hallado investigaciones que contrasten ello, como tampoco estudios que muestren la existencia de una percepción distinta entre las personas contagiadas y no contagiadas; sin embargo, Xie *et ál.* (26) y Dryhurst *et ál.* (14) indicaron que las percepciones dependerán de la confianza que siente o no la persona sobre la situación de riesgo. En lo que concierne a confianza en los profesionales de la salud frente a la situación de riesgo, se evidenciaron percepciones negativas y positivas, según Xie *et ál.* (26) y Dryhurst *et ál.* (14), las percepciones de riesgo se verán influenciadas por la confianza que tiene la persona en los profesionales de la salud.

Finalmente, la categoría de eficacia señaló que las medidas personales utilizadas en situación de riesgo causan percepciones positivas (como satisfacción y seguridad), debido a que las ponen en práctica de manera constante. Ello concuerda con lo planteado por Germani *et ál.* (18), quienes indicaron que la situación provoca un empleo continuo en las medidas de protección por la misma percepción de riesgo que poseen las personas. Asimismo, generan percepciones negativas. Según los estudios de Xie *et ál.* (26) y Dryhurst *et ál.* (14) la percepción de riesgo dependerá de la creencia que tenga la persona sobre la eficacia de las medidas de mitigación que se dan en una situación de riesgo. En cuanto a las medidas colectivas implementadas para la sociedad, los resultados hallados coinciden con lo mencionado por Dryhurst *et ál.* (14), quienes señalaron que las creencias de eficacia colectivas más altas reducen las percepciones de riesgo sobre el COVID-19; mientras que las personas que tienen la creencia de que las acciones del Gobierno no son efectivas perciben un mayor riesgo.

No obstante, también se halló que el incumplimiento de las medidas colectivas tomadas por los demás ocasiona percepciones negativas como la insatisfacción e la inseguridad, ya que según Dryhurst *et ál.* (14), la propagación de la enfermedad está influenciada por las personas o por la voluntad de adoptar conductas preventivas de salud pública.

En síntesis, los factores de riesgo identificados por los adultos mayores, como el distanciamiento social, el uso inadecuado de mascarillas y la falta de higiene personal, generaron percepciones tanto negativas como positivas. Entre las negativas están el miedo al contagio de uno mismo y de los demás, intranquilidad, preocupación, inseguridad, desprotección e incapacidad para enfrentar el virus. Entre las percepciones positivas están la tranquilidad, seguridad, apoyo social, protección a la familia, satisfacción y esperanza hacia los avances científicos.

Entre las limitaciones que tuvo el presente estudio, están la falta de investigaciones a nivel nacional e internacional sobre el COVID-19, específicamente en adultos mayores; asimismo, la dificultad para poder tener acceso a la muestra, a causa del aislamiento social obligatorio; y, al encontrarse los adultos mayores dentro de la población de riesgo, se tuvieron que realizar las entrevistas de manera telefónica, hecho que limitó la observación de la conducta o los gestos no verbales ♠

Agradecimientos: A las coordinadoras de las comunidades que nos facilitaron los números telefónicos de los participantes. A los adultos mayores que participaron en este estudio.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
- Organización Mundial de la Salud. Nuevo coronavirus - República de Corea (procedente de China) [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [cited 2020 Apr 23]. <https://bit.ly/3dsYAuu>.
- Worldometers. Number of novel coronavirus (COVID-19) cases worldwide as of December 22, 2020 [Internet]. Germany: Statista; 2020 [cited 2020 Dec 20]. <https://bit.ly/3alHJs0>.
- Organización Mundial de la Salud. Coronavirus Disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [cited 2020 Dec 22]. <https://bit.ly/3v0v7yu>.
- Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Hernández Botero S, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gómez WE, Méndez CA, et al. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Médica Peru*. 2020; 37(1):3-7. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>.
- Presidencia del Consejo de Ministros. Decreto Supremo No. 044-2020-PCM. El Peruano [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 19];10-3. <https://bit.ly/3uVnn0o>.
- Ministerio de Salud. Sala Situacional COVID-19 Perú [Internet]. Lima: Gobierno de Perú; 2020 [cited 2020 Dec 29]. <https://bit.ly/3esxSSD>.
- Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7:547-60. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. COVID-19 [Internet]. United States: CDC; 2020 [cited 2020 Dec 29]. <https://bit.ly/2QytCIL>.
- Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [cited 2020 Dec 29]. <https://bit.ly/3v3m6oq>.
- Padilla L, Téllez A, Galarza J, Téllez H, Garza M, Garza C. Diccionario de Neuropsicología. México, D. F.: El Manual Moderno; 2016.
- Rashid NA, Fatima AH. Positive and Negative Perceptions of Bumiputra and Non-Bumiputra Students on Professional Qualification. *SHS Web Conf*. 2017; 34(06005):6. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20173406005>.
- Renn O. Perception of risks. *Toxicol Lett*. 2004; 149(1-3):405-13. <https://doi.org/10.1016/j.toxlet.2003.12.051>.
- Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, van der Bles AM, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *J Risk Res*. 2020; 23(7-8):994-1006. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>.
- Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(6):2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>.
- Bruine de Bruin W, Bennett D. Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. *Am J Prev Med*. 2020; 59(2):157-67. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.05.001>.
- Pellecchia U. Quarantine and its malcontents: How Liberians responded to the ebola epidemic containment measures. *Anthropol Action*. 2017; 24(2):15-24. <https://doi.org/10.3167/aia.2017.240203>.
- Germani A, Buratta L, Delvecchio E, Gizzi G, Mazzeschi C. Anxiety Severity, Perceived Risk of COVID-19 and Individual Functioning in Emerging Adults Facing the Pandemic. *Front Psychol*. 2020; 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567505>.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital 2018 [Internet]. Lima: Gobierno de Perú; 2018 [cited 2020 Dec 29]. <https://bit.ly/3alKObz>.

20. Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas; 2004.
21. Creswell J, Poth CN. Qualitative inquiry and Research design: Choosing among five approaches. 4th ed. United States: SAGE; 2018.
22. Robinson OC. Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qual Res Psychol*. 2014; 11(1):25-41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>.
23. United Nations. World Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World [Internet]. New York: UN; 2007. <https://bit.ly/3suzGze>.
24. Van Der Linden S. The social-psychological determinants of climate change risk perceptions: Towards a comprehensive model. *J Environ Psychol*. 2015;41:112-24. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.11.012>.
25. Van Der Linden S. Determinants and Measurement of Climate Change Risk Perception, Worry, and Concern. *SSRN Electron J*. 2017. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2953631>.
26. Xie B, Brewer MB, Hayes BK, McDonald RI, Newell BR. Predicting climate change risk perception and willingness to act. *J Environ Psychol*. 2019; 65. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.101331>.
27. Marshall C, Rossman GB. *Designing Qualitative Research*. 2016.
28. Swain J. A Hybrid Approach to Thematic Analysis in Qualitative Research: Using a Practical Example. *A Hybrid Approach to Thematic Analysis in Qualitative Research: Using a Practical Example*. United States: SAGE; 2018. <http://dx.doi.org/10.4135/9781526435477>.
29. Braun V, Clarke V. *Successful Qualitative Research*. United States: SAGE; 2013.
30. Miles M, Huberman M, Saldaña J. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. United States: SAGE; 2014.
31. Mertens D. *Research and Evaluation in Education and Psychology: Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. 3rd ed. United States: SAGE Publications; 2010.
32. Sparkman G, Walton GM. Dynamic Norms Promote Sustainable Behavior, even if It Is Counternormative. *Psychol Sci*. 2017; 28(11):1663-74. <https://doi.org/10.1177/0956797617719950>.
33. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response [Internet]. *Nature Human Behaviour*. Nature Research. 2020; 4(5):460-71. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>.