



EDITORIAL

Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos

Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges

Sacramento Pinazo-Hernandis

Universitat de València, València, España



La pandemia se ha extendido por los cinco continentes en solo unos meses tras los primeros casos de COVID-19 aparecidos en China en diciembre de 2019. La respuesta ha sido desigual en las diferentes comunidades autónomas españolas. Los recursos, los equipamientos han tardado en llegar y el coronavirus ha afectado a miles de personas. Definida por la OMS como una pandemia mundial, la COVID-19 afecta a todas las personas, pero no a todas por igual. Existen grandes brechas tanto en los riesgos en la salud como en el acceso al tratamiento asociadas a la edad. Las personas mayores son un grupo especialmente vulnerable ante la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 que presenta un peor pronóstico, por su comorbilidad, los síndromes geriátricos y la fragilidad asociada al envejecimiento¹, habiendo sido definida la pandemia como una emergencia geriátrica².

El director regional de la OMS para Europa, Hans Henri P. Kluge, pidió a los países europeos: «Apoyar y proteger a las personas mayores que viven solas en la comunidad es asunto de todos. Les recuerdo a los gobiernos y las autoridades que todas las comunidades deben recibir apoyo para realizar intervenciones que garanticen que las personas mayores tengan lo que necesitan. Todas deben ser tratadas con respeto y dignidad durante estos tiempos. No podemos dejar a nadie atrás». Las palabras de Kluge son claras: las personas mayores como pacientes deben recibir tratamiento adecuado a la enfermedad, pero también las personas mayores son agentes y deben estar presentes en las respuestas a la crisis y las decisiones sobre la «nueva normalidad». Las personas mayores son un grupo de alto riesgo ante el contagio por el coronavirus, pero no por su edad cronológica sino por su edad biológica, vinculada a la inmunosenescencia y la inflamación crónica vinculada al envejecimiento. La COVID-19 presenta mayor letalidad en personas con enfermedad cardiovascular y otras comorbilidades. Pero pese a las advertencias de la OMS, las personas mayores no han sido atendidas de forma preferencial en todos los lugares de nuestro país. Es más, en algunas áreas de salud se les ha negado la atención hospitalaria, dejando a los profesionales de las residencias sin capacidad de hacer frente adecuadamente a la crisis sanitaria.

La fragilidad de algunas personas mayores condiciona su pobre respuesta inmunitaria, y la disminución de la reserva funcional, que conlleva una reducción en la capacidad intrínseca y la resiliencia. Además de los problemas de salud que ocasiona la enfermedad y los miedos que esto suscita, las relaciones interpersonales han cambiado drásticamente desde el confinamiento. La salud psicológica y emocional de muchas personas se está viendo seriamente afectada y los efectos —similares a los de un estrés postraumático— es posible que sean duraderos. Estar junto a las personas queridas, especialmente en situaciones dolorosas, al ingreso en unidades de cuidados intensivos, o en los momentos de final de vida, por poner algunos ejemplos, se ha vuelto difícil o imposible en muchos casos.

La pandemia ha cambiado muchas cosas de nuestra vida cotidiana: ha afectado a nuestra manera de vivir el ocio, hacer deporte, trabajar o relacionarnos. Ha cambiado nuestras percepciones y comportamientos sobre los demás, sobre otros grupos y el mundo en general. En algunos casos, han aumentado las conductas discriminatorias. Por ejemplo, las recientes investigaciones avisan de un aumento del edadismo, como podemos ver en la investigación de Ayalon et al.³: «(Todos) inservibles, necesitados de ayuda, no válidos, incapaces de contribuir a la Sociedad» son calificativos difundidos en las redes sociales, los medios de comunicación y en los discursos políticos de los Gobiernos, olvidando su heterogeneidad en la genética, historial de salud y enfermedades, historia de vida, modos de envejecer, y obviando que son agentes de cambio y ciudadanos de pleno derecho⁴. Las imágenes estereotipadas y negativas que aparecen en los medios de comunicación vinculando enfermedad a vejez, deterioro y carga social pueden reforzar el edadismo, la actitud de rechazo y el miedo a envejecer^{5–8}, como podemos ver en el artículo de Bravo-Segal y Villar, en este número.

El coronavirus está reforzando estereotipos edadistas («Mueren los viejos», «Las víctimas son las personas mayores y vulnerables»)^{9–11}. Llama la atención que las noticias referidas a personas más jóvenes y en «edad productiva» son tratadas en profundidad y detalle, mientras que las muertes de las personas mayores parece que solo merecen engrosar las estadísticas¹².

Los términos que los políticos y los medios de comunicación usan para hablar de las personas mayores son a menudo inadecuados: «Nuestros mayores», «los abuelos». Pero lo cierto es que ni

Correo electrónico: sacramento.pinazo@uv.es

son «nuestros» en sentido de posesión ni todos son «abuelos» en su significado de parentesco familiar.

Otra forma de discriminación sufrida por las personas mayores en estos tiempos de pandemia ha sido la decisión de las autoridades sanitarias de tomar como criterio la edad para la desescalada, situando a las personas mayores como los últimos en poder salir del confinamiento, y entre ellos, las personas mayores que viven en residencias.

Los estereotipos son la puerta de entrada a la estigmatización, al etiquetado y a la conducta discriminatoria respecto de las personas mayores. Estas actitudes edadistas pueden promover estrés, angustia y ansiedad en las personas mayores al insistir en su vulnerabilidad, tal y como argumentan diferentes autores¹²⁻¹⁴.

Además del edadismo también la pandemia ha traído consigo una vulneración de derechos. Instituciones públicas y privadas (como CEOMA, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Fundación Pílares, HelpAge España y muchas otras más que trabajan con, por y para las personas mayores), y académicas han elaborado documentos y manifiestos en las últimas semanas^{15,16}, como el documento conjunto que ha sido difundido en redes para que personas de diferentes lugares del país puedan adherirse y reflexionar conjuntamente: *Declaración en favor de un necesario cambio de modelo de cuidados de larga duración de nuestro país*¹⁷.

El aislamiento preventivo o confinamiento es una medida básica para reducir las probabilidades de contagio, pero si esta situación dura mucho tiempo (y en la fecha de redacción de este escrito llevamos ya 70 días), representa por sí mismo un riesgo para las condiciones de salud. Esta vulnerabilidad de las personas mayores frente al SARS-CoV-2 de la que antes hablábamos ha llevado a que los Gobiernos de diferentes países tomen medidas preventivas de confinamiento más restrictivas para las personas mayores de 70 años que para los adultos de otras edades, y a la implementación de medidas intensivas de control de propagación de la infección en las residencias y alojamientos residenciales¹⁸.

El actual confinamiento en la vivienda de una gran parte de la humanidad por la pandemia del coronavirus es una experiencia insólita difícil de entender y sobrellevar, y cuando las personas intentan explicar por qué suceden las cosas e intentan darles sentido, acuden a las representaciones sociales. Esa representación colectiva bebe de diferentes fuentes (sobre todo fuentes oficiales o medios de difusión como la OMS, los informes y comunicados del Gobierno, la prensa) y dependiendo de qué medio sea, se incide en unos aspectos u otros, como dudar de las decisiones tomadas en la actuación del Gobierno central o autonómico, cómo se afrontan los problemas sociales, la salud pública y cómo es la atención a las personas mayores.

El confinamiento en casa, sin posibilidad de salir más que a asuntos imprescindibles, la reducción de salidas a una hora diaria, o el doble confinamiento de las personas en residencias (aislados del exterior y en su habitación sin gozar de las zonas comunes) y sobre todo de las personas con demencias¹⁹ tiene muchas consecuencias negativas: como la reducción o inactividad física y su implicación en problemas de sueño, insomnio y somnolencia diurna que ya ha sido demostrado en diferentes investigaciones²⁰⁻²³; aumento del deterioro cognitivo por haber dejado de realizar actividades de estimulación cognitiva, talleres, tertulias, terapias grupales, voluntariado, asociaciones¹⁹; afectación del estado emocional y anímico, con un aumento de la sintomatología depresiva^{24,25}; falta de contacto con red social y soledad. La soledad aumenta el riesgo de sedentarismo, la enfermedad cardiovascular, la alimentación inadecuada y el riesgo de muerte²⁶⁻²⁹. La cantidad y la calidad del sueño también pueden verse afectadas en personas que padecen soledad, provocando una mayor fatiga durante el día; falta de cuidados adecuados al final de vida, muerte digna, duelo, despedidas-miedo al virus,

a que afecte a los hijos y nietos, a tener que ir a un hospital colapsado, a morir en la UCI sin despedirse... y sin velatorio.

La prohibición de visitas a las personas mayores que viven en los centros residenciales, si bien es una medida preventiva, se ha convertido en una fuente extra de aislamiento social y soledad emocional. La única fuente de vínculo social se ha visto reducida a unos momentos de comunicación por videoconferencia.

La situación de pandemia, con un confinamiento que afecta a todos, es algo nuevo. Necesitamos investigaciones que nos muestren la relación entre variables para poder estar preparados frente a otras crisis sanitarias. Como hemos visto, debido a su perfil de riesgo, es probable que la población de personas mayores sea de las últimas a las que se permita abandonar el confinamiento. Con el fin de preparar este momento y en previsión de que sean necesarios más episodios de confinamiento en el futuro por rebrotes de la enfermedad, es crucial generar evidencia de calidad sobre sus impactos sobre la población mayor y las posibles intervenciones para prevenirlos, revertirlos o paliarlos.

Las personas mayores con enfermedades crónicas y en situación de dependencia son un grupo especialmente vulnerable y de mal pronóstico en relación con la COVID-19, y son una población prioritaria de las iniciativas de confinamiento y distanciamiento social para evitar el contagio por SARS-CoV-2. Todavía no tenemos evidencia científica de cuáles son las mejores intervenciones para estos tiempos de pandemia y poscoronavirus. Es conveniente conocer con detalle el impacto de la pandemia para así poder establecer medidas que promuevan la detección precoz, la intervención, la rehabilitación y el seguimiento. Estas medidas pueden englobar actividades ya conocidas de promoción de la actividad física o estimulación cognitiva, así como las medidas emergentes de prescripción social para la soledad y la afectación del estado emocional.

La OMS³⁰ instó a desarrollar y ensayar soluciones innovadoras para mantener el distanciamiento físico en entornos domésticos y sociales en función del contexto local, incluyendo el aislamiento domiciliario de casos, la cuarentena de contactos en el hogar, y medidas para limitar los desplazamientos fuera de las viviendas y reducir el hacinamiento en los hogares, buscando alternativas a los apretones de manos, abrazos y besos; cierres de escuelas, iglesias y otros centros religiosos y lugares de entretenimiento; y limitaciones de visitas a personas mayores y pacientes crónicos. Pero nos gustaría subrayar que la OMS usa la expresión «distanciamiento físico» haciendo referencia a la mayor o menor lejanía entre las personas, que puede medirse en metros, pero no habla de «distanciamiento social», que alude al grado de aislamiento de una persona o un grupo de la sociedad. Conviene diferenciar ambas expresiones y optar por el uso de distanciamiento físico, pues el distanciamiento social puede traer consecuencias aún más negativas. La pandemia nos recuerda que vivimos en comunidad, en interacción constante, y que la acción de un individuo tiene impacto en todos los demás.

Las restricciones a la relación social aumentan el problema pre-existente de soledad y aislamiento de las personas mayores y las consecuencias en la salud de la desconexión social que existían ya antes de la pandemia³¹. La pandemia COVID-19 nos inunda de noticias alarmantes que nos llenan de incertidumbre, miedo, amenaza, soledad y todo ello provoca en el ser humano emociones tan comunes y naturales como la ansiedad, el estrés, la frustración y el malestar debido a la incertidumbre de la situación, los riesgos de contagio reales para la salud, y la sobreinformación a la que estamos expuestos²⁴. Será necesario examinar las respuestas adaptativas y no adaptativas al estrés y la puesta en marcha de conductas de autocuidado eficaces (por ejemplo, dieta equilibrada, ejercicio y hábitos de sueño) como recurso para regular las experiencias y emociones

negativas que surgen. La pandemia por sí misma genera angustia y miedo, pero todavía no se han publicado estudios sobre el impacto del confinamiento sobre el estado emocional de las personas mayores y por ello los trabajos previos de Losada et al.²⁵ y el artículo que presentan en este número son de gran relevancia. MIT AgeLab está realizando una encuesta por paneles en Estados Unidos para comprender mejor las reacciones de las distintas generaciones a la pandemia COVID-19, el estudio de los factores asociados a la soledad y el sufrimiento psicológico en personas adultas y mayores confinadas para evitar el contagio por SARS-CoV-2, y otros equipos están desarrollando estudios en diferentes lugares del mundo.

Necesitamos investigar cómo mejorar la sensibilidad interpersonal y el compromiso social hacia los demás. Este aprendizaje socioemocional podría desarrollar aspectos como la conectividad interpersonal, la creación de relaciones solidarias positivas, la confianza social, la buena vecindad. Muchas entidades de voluntariado han conseguido rápidamente adaptarse a una manera diferente de trabajar. Muchas iniciativas solidarias vecinales han surgido de la nada sin control ni formación de sus voluntarios, en una llamada al «todo vale»: Pero no, todo no vale. Y en la atención a situaciones de estrés y ansiedad, al duelo y las pérdidas, o a la soledad, hacen falta personas formadas. El amor no basta. Los esfuerzos de colaboración, apoyo y solidaridad entre personas que estamos viendo diariamente requieren de habilidades interpersonales como la compasión, la empatía y la sensibilidad interpersonal hacia el otro. La inteligencia emocional, además, proporciona un marco teórico unificado para estudiar el papel de las habilidades emocionales en los procesos de estrés y bienestar, siendo de gran aplicabilidad en esta crisis por la COVID-19.

Quizás una de las consecuencias de esta crisis podría ser el desarrollo de la empatía, el darse cuenta de cuántas personas eran invisibles hasta ahora, pero también el fortalecimiento de las redes sociales del vecindario y la solidaridad intergeneracional. Salir al balcón o asomarse a la ventana ofrece la oportunidad de relacionarse con los vecinos de una forma inusual. Miles de ejemplos de jóvenes apoyan a personas mayores durante el confinamiento: llevándoles la compra, paseando a sus perros, llamándoles por teléfono para aliviar su soledad.

En un futuro cercano será necesario también abordar el agotamiento provocado por el estrés mantenido durante la crisis sanitaria a la que habrá que sumar los efectos retardados que dejarán los duelos pendientes y la valoración a posteriori de los comportamientos profesionales realizados bajo tanta presión. Para atajar esas debilidades será fundamental implementar protocolos de intervención con personal sanitario. Las demandas a los psicólogos en situaciones de emergencia son variadas: explicar la normalidad que hay en las reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales que pudieran manifestar los implicados; dar claves para reducir la ansiedad; fomentar y reforzar las estrategias de afrontamiento, el sentimiento de control y de autoeficacia; valorar factores de vulnerabilidad y protección; observar el proceso de asimilación de la pérdida, ayudar a elaborar el duelo.

Entre los retos que tenemos delante en esta pandemia está, sin duda, el de revisar un modelo de cuidados de las personas mayores que en buena medida se ha visto impugnado por la crisis sanitaria, un modelo que ahora habrá de tomar como centro a la persona y no a la institución. Pero ese cambio de modelo ha de formar parte de una estrategia de políticas públicas con una visión más amplia.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wynants L, van Calster B, Bonten MMJ, Collins GS, Debray TPA, de Vos M, et al. Prediction models for diagnosis and prognosis of COVID-19 infection: systematic review and critical appraisal. *BMJ*. 2020;369:m1328.
2. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A, Forés JS, et al. Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Rev Esp Cardiol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>.
3. Ayalon L, Chasteen A, Diehl M, Levy B, Neupert S, Rothermund K, et al. Aging in times of the COVID-19 pandemic: avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>.
4. Fingerma KL, Trevino K. Don't lump seniors together on coronavirus. Older people aren't all the same. *USA Today*. 2020 [consultado 7 May 2020]. Disponible en <https://www.usatoday.com/story/opinion/2020/04/07/coronavirus-seniors-lead-diverse-lives-death-rate-varies-column/2954897001/>
5. Levy SR, MacDonald JL. Progress on understanding ageism. *J Soc Issues*. 2016;72:5-25.
6. Milner C, van Norman K, Milner J. The media's Portrayal of ageing. En: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editores. *Global population ageing: peril or promise?* Ginebra: World Economic Forum; 2012. p. 25-8.
7. Kotther-Grün D, Hess T. The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67:563-71. <http://dx.doi.org/10.1093/gerontb/gbr153>.
8. Ayalon L, Tesch-Römer C. *Contemporary perspectives on ageism*. New York, NY: Springer; 2018.
9. Pérez D, Pérez JA. Representaciones sociales del COVID-19. *Int J Soc Psychol*. 2020 [En prensa].
10. Van Bavel J, Baicker K, Boggio P, Capraro V, Cichocka A, Crockett M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. 2020. <http://dx.doi.org/10.31234/osf.io/y38m9>.
11. Reicher S, Drury J, Stott C. The two psychologies and the coronavirus. *The Psychologist*. 2020:1-3 [consultado 15 May 2020]. Disponible en <https://thepsychologist.bps.org.uk/two-psychologies-and-coronavirus/?fbclid=IwAR0997>
12. Fraser S, Lagacé M. Ageism and COVID-19: What does our society's response says about us? *Age Ageing*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afaa097>.
13. Rahman A, Jahan Y. Defining a 'Risk Group' and ageism in the era of COVID-19. *J Loss Trauma*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2020.1757993>.
14. Brooke J, Jakson D. Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15274>.
15. HelpAge International. Edadismo, discriminación por edad y derechos de las personas mayores en la respuesta a la COVID-19; 2020 [consultado 10 May 2020]. Disponible en <https://www.helpage.org/spain/noticias/coronavirus-covid19-y-personas-mayores/>
16. HelpAge International. El estigma social asociado a la COVID-19; 2020 [consultado 11 May 2020]. Disponible en www.helpage.es/silo/files/covid19-estigma-social-y-triaje.pdf
17. Martínez T, Sancho M. Declaración en favor de un necesario cambio de modelo de cuidados de larga duración de nuestro país; 2020 [consultado 7 May 2020]. Disponible en <https://www.fundacionpilares.org/noticias/200401-cambio-modelo-cuidados.php>
18. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the risks to the elderly in long term care. *J Aging Soc Policy*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>.
19. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 2020;395:1190-1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30755-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30755-8).
20. Hartmann-Boyce J, Davies N, Frost R, Bussey J, Park S. Maximising mobility in older people when isolated with COVID-19. *Oxford COVID-19 Evidence Service*. 2020 [consultado 10 May 2020]. Disponible en <https://www.cebm.net/archives/covid-19/maximising-mobility-in-the-older-people-when-isolated-with-covid-19>
21. Lo CM, Lee PH. Prevalence and impacts of poor sleep on quality of life and associated factors of good sleepers in a sample of older Chinese adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:72. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-72>.
22. Morgan K. Daytime activity and risk factors for late insomnia. *J Sleep Res*. 2003;12:231-8.
23. Moreno P, Muñoz C, Pizarro R, Jiménez S. Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. *Revisión de la literatura*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:42-9.
24. Huang Y, Zao N. Generalized anxiety disorder depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. *MedRxiv*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395>.
25. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MDS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "We're staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>.
26. Eng P, Rimm E, Fitzmaurice G, Kawachi I. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol*. 2002;155:700-9.
27. Locher JL, Ritchie D, Roth P, Baker E, Bolner E, Altman R. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample:

- Ethnic and gender differences. *Soc Sci Med.* 2005;60:747–61, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.023>.
28. Yu B, Steptoe A, Chen LJ, Chen YH, Lin CH, Ku PW. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in patients with cardiovascular disease: a 10-year follow-up study. *Psychosom Med.* 2020;82:208–14, <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000777>.
 29. Yanguas J, Pinazo-Hernandis S, Tarazona-Santabalbina F. The complexity of loneliness. *Acta Biomed.* 2018;89:302–14, <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>.
 30. OMS. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Organización Mundial de la Salud; 2019 [consultado 15 May 2020]. Disponible en <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
 31. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health.* 2020;5:e256.