



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

ISSN: 2174-0550

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Fernández-Ballesteros, Rocío; Alonso, Macarena Sánchez-Izquierdo
Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: Algunos Resultados y Reflexiones
Clínica y Salud, vol. 31, núm. 3, 2020, pp. 165-169
Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2020a25>

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180664812007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Artículo de opinión

Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: Algunos Resultados y Reflexiones

Rocío Fernández-Ballesteros^a y Macarena Sánchez-Izquierdo Alonso^b

^aUniversidad Autónoma de Madrid, Madrid, España; ^bUniversidad Pontificia Comillas, Madrid, España

El COVID19 se informa desde China (Wuan) a finales de diciembre de 2019 y se extiende por Taiwán, Corea, Singapur y Hong Kong. En enero llega a Francia y el 31 de ese mes es diagnosticado el primer caso de COVID-19 en España, un “turista alemán”, en la isla canaria de La Gomera. No obstante, no es hasta el 24 febrero cuando son detectados, simultáneamente, casos en Madrid, Cataluña y Valencia, llegando el 9 de marzo un cierto descontrol que lleva al Gobierno a establecer medidas drásticas de cuarentena y confinamiento. Este escueto, y no completo, recorrido geográfico e histórico, corre en paralelo a declaraciones de la OMS (2015, 2018). Así, el 5 y 10 de enero de 2020 la OMS publica alarmas de referencia para la comunidad mundial de investigación y salud pública y un amplio conjunto de descripción sintomática y orientaciones técnicas con recomendaciones para todos los países sobre el modo de detectar casos, realizar pruebas de laboratorio y gestionar los posibles casos y el establecimiento como primer grupo “de población de riesgo a los mayores de 70 años”. Finalmente, el 30 de enero, el director general de la OMS declara que el brote está causado por un nuevo coronavirus, 2019-nCov, constituyendo una “emergencia de salud pública de importancia internacional” y finalmente el 12 de marzo el COVID-19 se declara como una pandemia, es decir, una “emergencia de salud pública mundial”.

¿Se Pudo Prevenir?

España, es un país altamente envejecido con una tasa de personas mayores de 65 años próxima al 19% de la población (8,764,204), de los cuales un 4% (aproximadamente 366,633) viven en residencias de las cuales; solo el 27% tienen titularidad pública. Las residencias de mayores en España son de dos tipos: de válidos y de asistidos. En ambas se dispensan cuidados y atención funcional y social y en ambas el protocolo establecido ante una patología aguda de un residente es su traslado (con las medidas de cuidado necesarias) al hospital público de la zona o, de contar con seguro médico privado, al hospital privado correspondiente. Aunque no nos ha sido posible conocer el número de profesionales que trabajan en residencias, ni siquiera aquel con especialización sanitaria, las residencias no cuentan con equipos de protección.

Guiados seguramente por un típico pensamiento propio del optimismo ingenuo (tan reforzado y difundido por los psicólogos), se huyó de una posición realista y empirista que hubiera llevado al análisis de hechos y cálculo de probabilidades, al menos en los comienzos. Por el contrario, los medios de información (de todo tipo), tranquilizaban a la población informando que el COVID-19 tenía una mortalidad relativamente baja, de un 2.4%, y una sintomatología que podría pasar desapercibida. Sin embargo, los medios especializados y las recomendaciones que procedían de la OMS y otros organismos internacionales señalaban que en las poblaciones de riesgo, como las personas mayores de 65 años (primeros datos de mayores de 60 en Wuhan, con una mortalidad del 26.4%), las que viven en un hogar de ancianos o en establecimientos de cuidados a largo plazo con escasa distancia social y aquellas personas con enfermedades pulmonares crónicas o cardíacas y aquellas con polipatologías, la enfermedad podría ser altamente peligrosa, con altos niveles de letalidad (Lee et al, 2020).

Con este panorama, ¿cómo es posible que alguien pueda sostener (sin rubor) que esta tragedia (mal llamada “guerra”) nos ha llegado de improviso? Si hubiéramos sido los primeros en padecer el embate del virus, la improvisación sería lógica, pero después de China, Italia, etc., ello cae en la desfachatez y en sí mismo es una prueba de irresponsabilidad. Y es que, además, sabíamos desde finales de 2019 que la letalidad del virus, si bien era relativamente escasa (1.6 promedio) en la población general china, atacaba especialmente a las personas mayores y a personas con polipatologías que vivían en grupos atendidos y confinados (Fernández-Ballesteros, 2020). El porcentaje de letalidad promedio en España, según la Red de Vigilancia Epidemiológica ISC-CNE (2020) –que solicita la máxima precaución en la utilización de los datos reseñados– era a primeros de abril de una letalidad total promedio del 6.3%, pero ¡llegando a ser de un 22% para mayores de 80 (mujeres 18.38%, hombres 26.28%) que viven en la comunidad!

El COVID-19 no puede ser considerado como algo imprevisible: se desata en China en diciembre y llega a España en febrero, por lo que los responsables de la sanidad pública y privada y la atención socio-sanitaria tuvieron un cierto tiempo para prever y prevenir lo que iba a ocurrir, y además la OMS avisó suficientemente de

ello. Pero es que, además, nuestra retina está cargada de todo tipo de imágenes en las que se aprecia su extraordinaria gravedad y virulencia en otros países y las estadísticas constantes respecto a su letalidad y los efectos de la edad en ella, no solo en China sino en países próximos y hermanos como Italia. En todo caso, en enero, cuando aparecieron las primeras alarmas de la OMS y otros organismos sobre la probable extensión del COVID-19 y cuáles eran los grupos de riesgo, debieron estimarse los medios sanitarios y hacer provisión de los mismos tanto en el Sistema Público de Salud como en el de Atención Social y de los cambios organizativos que se requerían en los contextos residenciales para enfrentar una probable epidemia.

El porcentaje de letalidad promedio en España según la Red de Vigilancia Epidemiológica a primeros de abril (para el que solicita la máxima precaución en la utilización de datos) es de un total promedio del 6.3%. No obstante, si examinamos los datos oficiales en ese mismo mes, desagregados por edad, es de un 22% en mayores de 80 (mujeres 18.38%, hombres 26.28%). Finalmente, a fecha 9 de mayo, en España se han dado 23,176 casos, 88,707 hospitalizados, 18,342 fallecidos (de los cuales 35.2% tienen más de 70 años, <https://cneccovid.isciii.es/covid19/>). En todos estos datos no se incluyen aquellas personas fallecidas en residencias.

Así cabe preguntarnos, ¿qué mortalidad se ha experimentado en personas mayores que habitan en residencias? Desgraciadamente no se han incluido en la Red de Vigilancia Epidemiológica, y por tanto no se han tenido en cuenta, a los profesionales en las residencias víctimas del COVID-19. Datos del [European Centre for Disease Prevention and Control \(2020\)](#) y de la [International Long Term Care Policy Network \(2020\)](#) dan cuenta del porcentaje de fallecidos por COVID residentes en centros residenciales en distintos países: Francia (51%), Alemania (36%), Hungría (19%), Portugal (40%), Israel (32%), Singapur (11%) Hong-Kong (0%) y España (¡66%!). Sin enjuiciar la fiabilidad de los datos de base para realizar estos cálculos, y teniendo en cuenta que en España no existen datos oficiales publicados, pero sí que ello es coherente con la mayor mortalidad relativa (por millón de habitantes), los datos ofrecidos pudieran parecer verosímiles.

En resumen, aunque desde una perspectiva racional se hubiera podido prevenir, existe otra prueba de ello en la “variabilidad de los efectos de la pandemia” en distintos lugares, que permite atribuir a la forma de afrontamiento y manejo de lo acontecido una gran parte de la varianza de sus efectos. Ahora, solo queda investigar el pasado y aprender para no cometer errores en futuro y poder prevenir eventos semejantes.

Pero el COVID no solo implica un virus sino que conlleva una enorme repercusión y acciones individuales y sociales. Por tanto, saber más sobre “el impacto que está teniendo el COVID y las medidas tomadas para su control” en las personas mayores como población de riesgo parece un objetivo relevante para aprender de la experiencia, e incluso prevenir el futuro. De aquí nuestro interés por conocer cómo percibieron las personas mayores que vivían en la comunidad la situación de pandemia.

¿Cómo Percibieron el COVID-19 los Mayores de la Comunidad?

Se ha llevado a cabo un estudio transversal a través de un cuestionario, invitando a personas mayores que vivían en la comunidad pertenecientes a asociaciones de mayores a responder a preguntas sobre datos socio-demográficos (hábitat, edad y sexo, tipo de hogar), experiencia del COVID-19, salud y comportamientos saludables y nocivos, estado emocional, preocupaciones, relaciones sociales, afrontamiento de la situación, administrándolo entre personas mayores en España.

El Estudio. Cuestionario, Procedimiento y Participantes

El cuestionario fue insertado en Google (1 abril 2020) y consta de 43 preguntas organizadas en 8 secciones, finalizando con una sección en la que se listan y describen los recursos disponibles para conocimiento del participante. Fue distribuido a través de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) entre las 24 organizaciones de mayores que la integran¹. Las personas que contestaron al cuestionario fueron voluntarias y no suponen una muestra representativa de población española. Los resultados se refieren a 315 personas (160 hombres y 150 mujeres) con la siguiente distribución geográfica: 176 en Madrid, 30 en el País Vasco, 28 en la Comunidad Valenciana, 22 en Andalucía, 14 en Castilla la Mancha, 11 en las Islas Canarias, 9 en Castilla y León, 6 en Extremadura, 5 en Cataluña, 4 en Aragón, 3 en Galicia, 2 en Murcia y en Asturias, 1 en Baleares y Cantabria. Por tanto, no constituyen una muestra representativa de población mayor española.

Resultados

Características Demográficas

El rango de “edad” de los respondientes está entre 60 y 93 años (media de edad = 70.40 años). El “hábitat” en el que viven es mayoritariamente en su propio domicilio (96%); además, 2 personas habitan en piso tutelado, 1 persona en el domicilio de sus hijos, 1 persona en su 2ª residencia, 1 persona en un residencia. Respecto a “con quién viven”, el 69.2% vive con su pareja, el 17.5% solos, 7.6% con hijos o nietos, el 2.5% o con otros familiares y 1% con cuidadores o servicio doméstico. El “nivel de estudios” de la muestra es francamente alto, dado que un 55.4% son universitarios (licenciados, master o doctores), un 22% bachillerato (antiguo COU), un 12.4% Formación Profesional, un 6.4% Educación Primaria, un 3.2% Educación Secundaria Obligatoria y solo un 0.6% no tiene ningún estudio. Es fácil concluir que mientras el hábitat y el círculo conviviente presentan una distribución semejante a la de población mayor de 60 años, la educación y profesión es superior a la de la población mayor española ([IMSERSO, 2016](#)); por tanto, no podemos generalizar los resultados de este estudio, tratándose más bien de un grupo poco conocido, aunque sin duda importante, de las personas mayores en España.

El COVID-19

Protección frente al contagio. Teniendo en cuenta que desde el primer caso de COVID en España (31 de enero) hasta el establecimiento del confinamiento de la población (13 de marzo) transcurren más de 45 días, en este periodo hemos considerado 4 condiciones fundamentales relevantes al contagio: contacto con personas contagiadas, información sobre el COVID, percepción del riesgo del COVID y cumplimiento del confinamiento legislado.

1. El COVID es un virus que se contagia esencialmente por contacto directo con personas a su vez portadoras del virus. Como veremos más adelante, sólo 14 personas (4.4%, 6 hombres, 8 mujeres) de nuestros participantes se han contagiado con COVID, a la vez que 8 de ellos (57.1%) informan haber tenido contacto con algún familiar o amigo con COVID, mientras que esto mismo solo ocurre en el 9.8% de la muestra total. No obstante, casi la mitad de la muestra total (154, 76 hombres y 78 mujeres) tiene o ha tenido algún amigo o familiar afectado y 92 (41 hombres y 51 mujeres) tiene algún familiar o amigo que ha fallecido por el virus.
2. Tener información adecuada sobre el COVID es esencial a la hora de prevenir el contagio. Así, nuestros participantes (tanto de la muestra total como de la submuestra contagiada)

han contado con una amplia y fidedigna información sobre el COVID: un 48.4% reportan haber leído artículos científicos sobre el tema, un 91.4% haberse informado a través de prensa radio y televisión y solo un 39.5% a través de redes sociales.

3. Respecto a la percepción de riesgo o gravedad del COVID, el 71% de la muestra considera que es una enfermedad muy grave y el 26.8% grave. En definitiva, la percepción de gravedad (y por tanto del potencial riesgo) parece ser alta.
4. Finalmente, respecto al cumplimiento sobre confinamiento, esta es el área en la que nuestros participantes se retraen más al contestar: en las preguntas respecto a conductas de “no cumplimiento”, los índices de NS/NC están entre un 17.6% y un 55.4%. En todo caso, solo 7 personas informan no haber cumplido el confinamiento, el 4.14% dicen no haber salido de casa, el 69.7% haber salido de casa intermitentemente solo para compras del sustento básico.

En resumen, podemos concluir que nuestros participantes han estado escasamente en contacto con personas contagiadas, tienen una alta información y conocimiento respecto al COVID, una alta percepción de la gravedad de la enfermedad y cumplimiento del confinamiento cuando este se hace normativo.

Enfermos COVID. Las características mencionadas en el apartado anterior respecto a conductas de protección e información pudieran explicar que en nuestra muestra tan solo hayan padecido el COVID-19 14 personas (6 hombres y 8 mujeres), con edades comprendidas entre 66 y 77 años y una edad media de 65.79 años. Respecto a los tratamientos recibidos, solo 3 refieren haberse realizado pruebas diagnósticas, ninguno haber estado en la UCI y solo 1 haber tenido afección pulmonar.

En cuanto a la atención recibida, contestan 12 personas de las 14 con COVID. La variabilidad es muy alta: mientras que 5 personas (3 mujeres, 2 hombres) están muy satisfechos, 5 (2 mujeres, 3 hombres) están bastante satisfechos y 2 personas (mujeres) afirman estar algo o nada satisfechas. Entre los aspectos que echaron en falta encontramos: falta de respuesta, falta de tests, atención telefónica ineficaz, falta de seguimiento de síntomas, falta de empatía e incluso desinformación de los propios sanitarios debida a la mala gestión gubernamental. En resumen, la atención es, en términos generales, positiva y mayoritariamente bien valorada.

Salud Informada y Comportamental en Enfermos COVID

Aunque en el siguiente apartado tratamos la salud y las condiciones psicológicas y comportamentales de los participantes, vamos a describir aquí las informadas por las 14 personas que sufrieron COVID.

Con respecto a la salud de las 14 personas de nuestra muestra que sufrieron COVID, 4 de ellas (2 hombres y 2 mujeres) consideran su salud bastante buena y 10 (6 mujeres y 4 hombres) muy buena. Comparativamente con las personas de misma edad y sexo solo 2 personas (1 hombre y 1 mujer) consideraron su salud peor, la mitad de las mujeres (4) y solo 1 hombre la consideraron igual y 3 mujeres y 4 hombres la valoraron mejor que la de sus congéneres. Finalmente, al comparar la salud con la que tenían anteriormente, tanto hombres (3/3) como mujeres (4/4), la mitad informan que era algo peor o algo mejor que la que tenían antes.

Por lo que se refiere a su estado emocional, 9 de ellas (64.3%) dicen sentirse algo ansiosas y solo 6 personas (35.7%) se sintieron bastante o muy ansiosas y 9 personas (64.3%) se describen algo deprimidas. En cuanto a la irritación, 9 (64.3%) informan haberse sentido algo irritados. Por lo que se refiere al miedo, 4 personas (28.6%) refieren algo de miedo y 7 personas (50%) manifiestan haber tenido bastante o mucho miedo. En resumen, la calificación de las emociones negativas (ansiedad, depresión, miedo, irritación) experimentadas en una enfermedad considerada grave podría ser considerada evidentemente negativa, pero no de manera acusada sino tenue.

Analizando las conductas nocivas de estos 14 sujetos que han padecido COVID, solo 2 personas dicen fumar, 8 no beber alcohol (57.1%), aunque 5 personas de ellas refieren beber algo (35.7%) y 1 bastante. Si bien es cierto que 13 personas no toman ninguna droga, la única persona de la muestra que informa tomar drogas afirma que toma mucho y está en este grupo. Con respecto a conductas saludables, el 64.3% (9 personas) cuidan su alimentación y solo 5 informan comer en exceso (3 algo y 2 bastante); finalmente, la mayor parte de estas personas llevan una vida sedentaria.

En resumen, su percepción de salud es buena desde el punto de vista psicológico emocional. Las personas enfermas de COVID parecen haber tolerado la patología sin fuertes emociones, aunque deberían mejorar sus hábitos saludables.

Salud informada. Las preguntas sobre salud subjetiva están formuladas en términos absolutos y en términos relativos, en comparación con otras personas de la misma edad y sexo, así como antes y después de COVID-19. Así, la valoración de la propia salud en términos absolutos es francamente buena: un 90% de individuos valoran su salud como muy buena (48.7%) o bastante buena (44.6%), y solo un 5.7% (18 personas) la juzgan regular y un 1% mala (3 personas).

Cuando se trata de comparar la salud en términos relativos con otras personas de la misma edad y sexo, el individuo se ve con mejor (44.9%) o igual (49%) salud y solo se describe con peor salud un 6.1%. Al realizar comparaciones de la propia salud antes y después de la crisis, a pesar de que solo 14 personas (4.4%) han sido contagiadas, 4 personas la juzgan peor (1.3%) y 86 personas algo peor (27.4%), mientras que 195 personas (63.8%) la consideran bastante mejor e incluso 20 personas (6.6%) la consideran mucho mejor. Incluso, la mitad de las personas que tuvieron COVID-19 informan tener mejor salud que antes de haberse infectado con el COVID.

En resumen, la percepción de salud, tanto en términos absolutos como relativos (en comparación con su sexo y edad) y tanto de la muestra total como de la muestra que sufrió COVID, es francamente positiva.

Comportamientos saludables y nocivos. El COVID-19 y las medidas tomadas para su control a través del confinamiento han producido cambios drásticos en la vida cotidiana de toda la población, al menos durante 6 semanas. Por tanto, no consideramos que estos comportamientos sean necesariamente hábitos o estilos de vida de los individuos, sino comportamientos que se informan durante el confinamiento. Así se han examinado 5 “comportamientos saludables”: realizar ejercicio físico, estimulación cognitiva, dieta sana, actividades agradables de ocio y seguimiento de prescripciones médicas. La tónica general de nuestra muestra ha sido el mantener la mayor parte de las actividades; así, una alimentación sana un 80.6%, prescripciones médicas un 83.1%, estimulación cognitiva un 71% y actividades agradables de ocio 59.2%. Respecto del ejercicio físico, informan que lo han mantenido un 26.8% y reducido un 65.6% de los participantes, mientras que lo realizan con más frecuencia un 7.6%, por lo que todos mantienen ese comportamiento saludable. De igual manera ocurre con el ejercicio cognitivo, que mientras lo mantienen un 71% de los participantes lo reducen un 11.8% y lo aumentan un 14.6%; todo ello implica que más de un 90% de personas de nuestra muestra que llevan a cabo este tipo de actividad saludable.

En resumen, las conductas de nuestra muestra son claramente saludables: más de un 90% realizan ejercicio físico y cognitivo, siguen una dieta sana, realizan actividades agradables y siguen las prescripciones médicas.

Por lo que se refiere a comportamientos nocivos, un 86.6% y un 91.1% informan respectivamente que no fuman ni ingieren drogas, un 45.9% que no beben, un 61.8% que no comen en exceso (un 27.4% de los que informaron que mantienen una dieta sana sin tener en cuenta que una dieta sana es también frugal) y un 23.2% que no permanecen sedentarios. Solo 24 personas fuman (algo o bastante), 4 personas toman drogas, aproximadamente la mitad de la muestra bebe algo de alcohol (solo 8 bastante o mucho), aproximadamente un tercio de la muestra come en exceso y dos tercios han permanecido sedentarios.

En resumen, el sedentarismo y comer en exceso son los dos patrones de conducta nocivos.

Estado emocional y preocupaciones. La salud psicológica se ha definido en términos de sentimientos negativos; sin embargo, parece que la mayor parte de éstos no aparecen nada: irritabilidad (46.8%) depresión (42%), miedo (23.6%), ansiedad (22.3%). Por otro lado, analizando los sentimientos muy frecuentes y bastante frecuentes encontramos que un 37.9% de las personas se han sentido ansiosas, un 20% deprimidas, un 20.5% irritables y un 33.5% con miedo. Finalmente, a la pregunta “¿hasta qué punto los problemas emocionales han dificultado sus actividades diarias?” 51.3% han contestado que no se han visto nada afectados y solo un 17.8% que se han visto bastante o mucho. Es decir, solo un reducido número de personas se han visto solo algo afectadas por la pandemia COVID-19.

En resumen, la responsividad emocional ante la situación es relativamente baja, así como la repercusión de ésta en la vida diaria; como más tarde informamos, ello ocurre al mismo tiempo que la consideración de la importante gravedad del COVID-19 cuando preguntamos por su dificultad (en las últimas preguntas del cuestionario).

En cuanto a las preocupaciones por la salud, un 90% han informado que tienen una salud buena o muy buena, lo que coincide con solo un 10.2% de personas nada preocupados por su salud. No obstante, a pesar de ello, un 84% informan que están algo (46.8%), bastante (27.7%) o muy (11.8%) preocupados, de forma tal que la salud sigue estando presente como un aspecto importante para la calidad de vida. Con respecto a la situación económica, un 36.3% informan que no están preocupados, el 56.1% consideran que están algo (37.9%) o bastante (14%) preocupados, mientras que solo el 6.1% informan de una alta preocupación por la situación económica. Esta pauta valorativa se modifica al valorar la situación laboral familiar: un 18.2% no está nada preocupado, pero sí lo está un 81.8% (algo = 30.6%, bastante = 34.4 y mucho = 12.1%).

Sin embargo, es sorprendente que las preocupaciones más importantes (más personas, más intensas) de nuestros participantes se refieran al futuro y a la política. Con respecto al futuro, solo un 3.5% de nuestros participantes informan que no están preocupados por el futuro, mientras que un 93% lo están (algo = 14.6, bastante = 46.7%, mucho = 31.7). Por lo que se refiere a la política, solo un 9.2% no están preocupados, mientras un 86% sí lo están (algo = 20.3%, bastante = 35.2% y mucho = 30.5%) en muchísima medida más que por la salud y la economía.

En resumen, en España, país que presenta la tasa más alta de mortalidad por habitante del COVID-19 y con un alto nivel de paro y de caída del PIB, las personas mayores que responden a nuestro cuestionario están más preocupadas por los políticos y el futuro que por la salud y la economía: ¿tal vez porque los creen implicados en tales desastres?

Relaciones Interpersonales en el Confinamiento

Cambio, apoyo y satisfacción. Hipotéticamente, el confinamiento debe producir cambios en las relaciones interpersonales, puesto que implica la convivencia obligatoria de todos los miembros de la familia que viven en un hogar. Ello es una situación inédita, dado que los miembros de la familia deben realizar otras tareas potencialmente nuevas como el tele-trabajo o tele-estudio, junto con las actividades habituales de la vida familiar que conllevan apoyo mutuo y que necesariamente requieren intercambio afectivo.

Conviene recordar las características del hogar de nuestros respondientes, que en su inmensa mayoría viven en su propio domicilio: 7 de cada 10 con su pareja, 2 de cada 10 solos, algunos con hijos y/o nietos, y muy pocos o con otros familiares o con cuidadores. Pero tenemos que tener en cuenta que los miembros de la familia hablan e interactúan con otras personas por teléfono o por otros procedimientos electrónicos, tan frecuentes hoy en día. Es por esto

por lo que preguntamos a nuestros participantes por el número de otras personas (no presentes en el hogar) con los que habían tenido contacto durante el confinamiento, mostrando un rango entre 0 y 25 personas (media = 4.27, DT = 3.185).

Analizando si ha habido cambios en las interacciones (si han aumentado, empeorado, mejorado, no ha habido ningún cambio, o no han tenido) nuestros participantes informan, mayoritariamente que las relaciones interpersonales no han cambiado (con la pareja 55.4%, con hijos/nietos, 55.1%, con familiares 50.3% y con amigos 50.3%). En el caso de producirse cambio, han informado que la relación mejora (en un 18.2% con la pareja, en un 31.5% con hijos y nietos, en un 38.5% con familiares y en un 41.7% con amigos). Así aparece un patrón de menor mejora con los más próximos (cónyuge e hijos) que con los más lejanos (familiares y amigos).

Por el contrario, aunque en muy escasa medida, nuestros participantes informan que han empeorado sus relaciones en un porcentaje menor con los más próximos (2.5% pareja, 4.5% hijos/nietos, 5.4% familiares, 5.4% amigos). Nuestros participantes informan en escasísima proporción que han aumentado sus relaciones (respectivamente, de un 1.3-1.0% a 2.2-5.7%). Finalmente, un porcentaje pequeño informa que carece de tales vínculos: 15% carece de cónyuge/pareja, 5.1% no tiene hijos/nietos, 1.6% no cuenta con otros familiares y 2 personas informan que no tienen amigos.

En relación con el apoyo recibido y su satisfacción (como dimensiones cualitativas de la interacción), vuelve a aparecer un patrón de cambio semejante; así aproximadamente un 50% de la muestra informa de que no se ha producido cambio relativo al apoyo procedente de todos los elementos de la red (50.6% pareja, 45.2% hijos/nietos, 52.9% familiares, 50% amigos). Mientras se informa de un escaso cambio negativo (disminución de apoyo), nuestros participantes refieren que ha habido un aumento del apoyo procedente de la pareja (23.2%), de los hijos/nietos (43.3%), de otros familiares (36.9%) y de los amigos (42%).

Por lo que se refiere a la satisfacción con el apoyo recibido, existe una alta valoración del apoyo (bastante o muy satisfecho) informada por nuestros participantes referida a su pareja (61.8%), hijos/nietos (78.3%), familiares (72.6%) y amigos (76.1%).

En resumen, contrariamente a nuestra hipótesis sobre que el confinamiento produciría cambios en las relaciones interpersonales, ello no parece cumplirse en la medida de lo esperado. Así, aproximadamente la mitad de la muestra informa que las relaciones interpersonales parecen no haber cambiado con el confinamiento. Sin embargo, tal vez lo importante es que cuando se informa de algún cambio, éste es positivo, entre 16% y 40% de nuestros informantes. Un cambio negativo es informado muy escasamente (entre 2% y 7%). Así también, estos cambios parecen ir acompañados de apoyo por parte de los miembros de la red y además conllevan gran satisfacción.

La Gravedad de la Situación y el Grado de Autoeficacia

El COVID-19, su gravedad como pandemia, las muertes que deja a su paso y las nefastas consecuencias socioeconómicas aparejadas se valoran como “el mayor desastre del último siglo” (ILTCPN, 2020; Fernández-Ballesteros, 2020). Cabe preguntarse, a nivel individual, ¿con qué gravedad perciben el COVID-19 las personas mayores, que son además una población de riesgo? Con el fin de tener información al respecto, hemos preguntado lo siguiente: “Comparativamente con las situaciones que ha vivido a lo largo de su vida, ¿qué grado de gravedad tiene ésta situación?”. Mientras que solo un 4.1% contestan que nada y un 18.7% contestan que algo, un 76.5% consideran que es bastante (33%) o muy grave (43.5%). En definitiva, si bien no todos los individuos que contestan a nuestro cuestionario han dado la máxima puntuación de gravedad, sí la dan la mayoría, incluyendo los 14 que padecieron COVID.

Finalmente, el eslogan del COVID-19, “Resistiré”, creado en los felices años 80 (años de transición política en España) por el Dúo Dinámico (hoy población de riesgo), que podría ser parangonado con

el “We Can” del presidente Obama de los EEUU, alude a una importante variable psicológica que predice resultados satisfactorios en cualquier hazaña de cualquier condición: la autoeficacia. Pues bien, el 88% de nuestros participantes se consideran eficaces para afrontar la situación del COVID-19 (60.8% = bastante, 28.5% = mucho), lo que coincide con sus expectativa de futuro: la mitad de los que responden al cuestionario (50.3%) son optimistas, considerando que va a solucionarse en un futuro próximo.

Aunque consideramos que estos resultados no son generalizables a todas las personas mayores en España, sí parecen ilustrativos de un grupo de personas mayores de escasa visibilidad porque no aparecen en la prensa ni tal vez en las redes sociales. Sin embargo, sí contraponen una visión paternalista y estereotipada del mayor importante en una situación como esta que, lamentablemente, por incompetencia, dejadez o imprevisión de los políticos y administradores, ha llevado a un verdadero drama ocurrido en residencias de mayores (TVE, 2020) y seguramente en los domicilios en los que viven personas con demencia (que también se han visto desatendidas en sus programas diarios, como describen Suarez-González y Comas-Herrera, 2020) que, en definitiva, debe servirnos para reflexionar sobre cambios profundos en el cuidado de las personas que los requieren, entre ellas las personas mayores, y en la necesidad de considerar la vejez y el envejecimiento con una extraordinaria variabilidad que requiere atención especial, al mismo tiempo que acoger y reforzar esa extraordinaria diversidad.

En resumen, nuestras respuestas a las preguntas formuladas son las siguientes: 1) desde una perspectiva racional, por el conocimiento adquirido, la alta mortalidad del COVID-19 en personas mayores que habitan en residencias en España pudiera haberse paliado al menos con prácticas preventivas y 2) desde una perspectiva empírica, la experiencia de las personas mayores que contestaron a nuestro cuestionario pone de relieve una regulación y control emocional, una alta eficacia y la estabilidad de sus interacciones sociales. Finalmente, es preciso añadir dos consecuencias de todo ello para la psicología: que la prevención, sobre todo en el ámbito del envejecimiento, es una asignatura pendiente y que el psicólogo –como experto en el cambio de comportamiento (base de la prevención de la salud)– está llamado a incorporarse de inmediato a la atención primaria para actuar como activador de programas preventivos.

Como señaló Auguste Comte hace ya dos siglos: “*Savoir pour prévoir, prévoir pour pouvoir*”. Como científicos sociales y de la

salud, los profesionales de la psicología debemos aprender de los hechos y de sus consecuencias (*savoir*), es decir, en este caso debemos investigar lo que ha ocurrido durante la pandemia –tanto en la población como en situaciones específicas, como son las residencias– con el fin de prevenir (*prévoir*) y ejercer control sobre ellas y sus condiciones (*pouvoir*), así como en otras similares en el futuro.

Conflicto de Intereses

Las autoras de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Nota

¹Nuestro agradecimiento al CEOMA y su red de Asociaciones y a todas las personas que han respondido a nuestra llamada.

Referencias

- European Center for Disease Prevention and Control. (2020). *Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA* (Technical Report). ECDC.
- Fernández-Ballesteros, R. (2020). *COVID-19 y el concepto de envejecimiento saludable de la OMS*. Academia Europea de Ciencias y Artes, SEGG. <https://aecya.org/2020/04/08/covid-19-y-el-envejecimiento> <https://www.segg.es/actualidad-segg/2020/04/15/covid-19-y-el-concepto-de-envejecimiento-saludable-de-la-oms>
- ILTCN (2020). *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: Early international evidence*. International Center Long Term Care Policy Network.
- IMERSO (2016). *Las personas mayores en España*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid.
- Lee et al. (2020). COVID-19 pneumonia: What has CT taught us? *The Lancet*, 20(4), 384-385. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30134-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30134-1)
- OMS. (2015, 2018). *Informe sobre salud y envejecimiento*. OMS.
- Red de Vigilancia Epidemiológica ISC-CNE (abril, mayo 2020). *Informe sobre la situación del COVID-19 en España*. <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>
- Suarez-González, A. y Comas-Herrera, A. (2020). *The impact of the COVID-19 pandemic on people living with dementia in Spain*. Media News and Official Reports. <https://ltccovid.org/2020/04/24/report-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-people-living-with-dementia-in-spain/>
- TVE. <https://www.rtve.es/noticias/20200513/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>