



---

EL IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE  
LOS ANCIANOS TRAS LA PANDEMIA POR  
COVID-19

THE IMPACT ON MENTAL HEALTH OF  
THE ELDERLY AFTER COVID-19  
CONFINEMENT

---

AUTORA: ANDREA PÉREZ DEL CASTILLO

DIRECTORA: EVA MARÍA RÍOS DÍAZ



CURSO 2021/2022  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
GRADO DE ENFERMERÍA

## ÍNDICE

1.	RESUMEN/ ABSTRACT .....	4
2.	INTRODUCCIÓN .....	5
2.1	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA .....	5
2.2	OBJETIVOS .....	6
2.3	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	6
2.4	DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS .....	7
3.	CAPÍTULO 1: CONCEPTOS BÁSICOS .....	8
3.1	QUÉ ES EL COVID-19 Y CONTEXTUALIZACIÓN .....	8
3.2	DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO .....	11
3.3	TRASTORNOS COGNITIVOS MÁS FRECUENTES EN EL ENVEJECIMIENTO. AISLAMIENTO Y SOLEDAD .....	13
3.4	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL ANCIANO .....	15
4.	CAPÍTULO 2: IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL ANCIANO .....	17
4.1	EPIDEMIOLOGÍA .....	17
4.2	PRINCIPALES PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y NEURODEGENERATIVOS EN LA POBLACIÓN ANCIANA COMO CONSECUENCIA DEL CONFINAMIENTO Y EL PASO DE LA ENFERMEDAD .....	18
5.	CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ENFERMEROS PARA MITIGAR LAS CONSECUENCIAS DE LA COVID EN LOS ANCIANOS .....	21
6.	CONCLUSIÓN .....	24
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	25

**Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

# 1. RESUMEN/ ABSTRACT

## RESUMEN

El 12 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declara como pandemia la enfermedad de la COVID-19, causada por el virus Sars-CoV2. Ante la rápida propagación, se adoptan una serie de medidas higiénicas y sociales, entre ellas el confinamiento domiciliario.

Tras el confinamiento obligatorio impuesto por los gobiernos, cuyo periodo de tiempo fluctúa según el país, se observan graves consecuencias en toda la población, con un gran impacto tanto en el ámbito social como psicológico, especialmente en un grupo muy vulnerable, los ancianos.

Diversos estudios muestran que la cuarentena ha provocado un aumento de la depresión y ansiedad. También, se demuestra que, tras este periodo, existe un empeoramiento cognitivo en las personas ancianas sanas, y que, en aquellas diagnosticadas de deterioro cognitivo leve, se refleja una pérdida más rápida de las funciones cognitivas. Así mismo, se evidencian los mismos problemas en los ancianos que han pasado la enfermedad.

Por todo ello, sería necesario implementar estrategias para evitar situaciones similares en un futuro, como el uso adecuado de la tecnología, de intervenciones psicosociales para, al menos, conservar la calidad de vida previa a la pandemia, y de programas psicológicos para fomentar la resiliencia y el afrontamiento.

## ABSTRACT

The 12th of March, the World Health Organization declares the COVID-19 disease a pandemic. It was caused by the SARS-CoV2 virus. Giving the rapid propagation, hygienic and social measures are adopted, such as confinement.

After the mandatory confinement imposed by governments, which period of time may fluctuate according to country, serious consequences are observed in the population, like a great social and psychological impact. The group of population more vulnerable is the elderly.

Various studies show that the quarantine has caused an increase in depression and anxiety. Also, it is seen that, after this period, there is a deterioration in the health of elderly people, and that, people with mild cognitive impairment have a quicker loss of cognitive functions. Moreover, the same issues are evident in the elderly who have passed the disease.

For all these reasons, it would be necessary to implement strategies to avoid similar situations in the future, such as the appropriate use of technology, psychosocial interventions to preserve the quality of life before to the pandemic, and psychological programs to promote resilience and confrontation.

## 2. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de la COVID-19, desarrollada por el virus SARS-CoV-2, surgió en Wuhan (China) a finales de diciembre de 2019. Tras su rápida propagación por todo el mundo, fue considerada una amenaza para la salud a nivel global, por lo que, en marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud lo declara pandemia. Tras esto, los diferentes países adoptan las medidas necesarias para disminuir los casos y mitigar los brotes, llegando la mayoría de ellos, a un confinamiento domiciliario. Asimismo, se establecen otras medidas de seguridad como el uso de mascarilla, lavado de manos frecuente... En concreto, el Gobierno de España decreta el Estado de Alarma en marzo de 2020, el cual, es prorrogado hasta mayo. Esta situación provoca efectos socioeconómicos en el país y psicológicos en la población.

En poco tiempo, la COVID-19 ha puesto al descubierto lo poco preparado que está el país para fortalecer y proteger a las poblaciones que envejecen durante las crisis, objetivando su impacto desproporcionado en los ancianos. Diversos estudios ponen de manifiesto que más de 84.000 personas han fallecido por la COVID-19 en España, y alrededor de 4.500.000 personas en el mundo. La mayoría de estas muertes ocurren en personas mayores de 65 años, por lo que una vez más, se demuestra que la edad avanzada es un factor de riesgo para el curso letal de la enfermedad (1).

La infección por el SARS-CoV-2 afecta al sistema respiratorio de forma rápida y con consecuencias fatales, principalmente a los grupos más débiles, como los adultos mayores y las personas inmunodeprimidas. Recientes estudios demuestran además que, la enfermedad que ha cursado con síntomas graves, ha afectado a la materia gris de la población anciana, aumentando así el riesgo de padecer trastornos cognitivos (2).

Aparte de las consecuencias físicas, las políticas de las restricciones de movimiento, el distanciamiento social y el aislamiento, el peligro y el temor a infectarse, afectan a la salud mental de esta población, ocasionando efectos psicosociales negativos, ya que se reduce la participación en actividades sociales y en redes de apoyo social (3). Dentro de los trastornos más frecuentes, se encuentran la ansiedad, depresión, estrés post-traumático, síndromes demenciales y deterioro cognitivo.

Esta situación pone de relieve la necesidad urgente de desarrollar e implementar intervenciones prácticas y accesibles a la población anciana con el fin de mitigar las consecuencias de situaciones similares. Brindar asistencia individual a través de la tecnología de la información (TI), teniendo en cuenta los límites de esta población (4).

### 2.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA

Tras dos años de pandemia, la enfermedad de la COVID-19 sigue formando parte de la vida de la población, además de representar el tema principal de actualidad tanto en los medios de comunicación como en la sociedad. Sin embargo, la información que se muestra acerca de las consecuencias en la población de la tercera edad es reducida. Esto, unido a una experiencia personal, es lo que me anima a realizar la monografía que se presenta a continuación, con el objetivo de analizar el impacto de la COVID-19 en la salud mental de la población anciana, descubriendo los principales factores de riesgo y contribuyendo, de este modo, al mayor reconocimiento y detección del problema. Además, creo importante indagar en cómo el personal sanitario podría actuar para futuras situaciones.

Un caso familiar es el motivo clave de la elección de este trabajo, el cual, ha aumentado mi interés acerca de este grupo poblacional. El comienzo de la pandemia y el confinamiento domiciliario que esta acarreó, cambió completamente el estilo de vida de personas mayores como mi abuela de 76 años, que previo a la pandemia vivía sola y era totalmente independiente

para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Cuando finalizó el confinamiento, no volvió a la rutina de vida que tenía previamente debido a que, el miedo a contagiarse de la enfermedad, le impedía salir. No solo estuvo los tres meses de estado de alarma encerrada en casa, sino mucho más, ya que el miedo le impedía salir y, sobre todo, sentirse independiente. Ella y muchas personas más se vieron obligadas a aislarse, dejando atrás sus actividades lúdicas o cualquier tipo de relación que requiriese socializar con otros individuos. Se comenzó a evidenciar un deterioro marcado de tres o cuatro meses de evolución en la realización de AIVD, con una rápida pérdida de memoria y falta de atención, pero manteniendo su independencia en las ABVD. Finalmente, fue diagnosticada de deterioro cognitivo leve con pérdida de memoria.

De modo que diversos estudios corroboran que, la COVID-19 ha traído consigo un problema que va más allá de la salud física, y hay que tener presente que el confinamiento domiciliario, unido a la soledad, ha agravado considerablemente la evolución del deterioro cognitivo de muchos ancianos. Además, revisando la bibliografía me ha llamado la atención que otra de las causas de este problema haya sido padecer la enfermedad.

## 2.2 OBJETIVOS

### Objetivo general:

Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población anciana.

### Objetivos específicos:

- Indagar en el contexto de la pandemia por COVID-19.
- Definir el concepto de envejecimiento, persona mayor, principales trastornos cognitivos, aislamiento y soledad.
- Identificar los problemas de salud mental más frecuentes en el anciano y sus factores de riesgo.
- Conocer la prevalencia de la población anciana que ha sufrido COVID-19 y los que, como consecuencia, han desarrollado problemas de salud mental.
- Identificar las diferentes estrategias que los profesionales sanitarios podrían haber llevado a cabo para evitar las consecuencias derivadas de la pandemia y su confinamiento en el adulto mayor.

## 2.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

El trabajo que se plantea a continuación es una monografía donde se han consultado diferentes artículos que dan respuesta a los objetivos anteriormente planteados. Para su elaboración, se han consultado distintas bases de datos como PubMed, Google académico, Dialnet, Scopus, Web of Science y Elsevier, a las cuales, se ha accedido de forma remota a través de la Biblioteca digital de la Universidad de Cantabria.

Para comenzar la búsqueda, se emplearon palabras clave registradas en “Descriptor de Ciencias de la Salud” (DeCS) y “Medical Subject Heading” (MeSH), junto al uso de operadores booleanos como AND.

Las palabras clave empleadas en la búsqueda bibliográfica han sido: DeCS: anciano, coronavirus, pandemia, impacto psicosocial, cognitivo. MeSH: elderly, coronavirus, pandemic, psychosocial impact, cognitive.

Durante el proceso de búsqueda de información, no se planteó un límite de fecha dado que todos los artículos eran actuales, desde el año 2020 en adelante. Sin embargo, entre los

criterios de inclusión seleccionados se encuentran documentos escritos en inglés o español. Asimismo, se amplió la búsqueda de documentos con enlace a texto completo (de acceso libre o gratuito), excluyéndose todas aquellas publicaciones sujetas a pago.

Finalmente, se recopilaron un total de 60 fuentes de información, citadas y referenciadas mediante el estilo Vancouver.

## 2.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

El presente trabajo queda dividido en tres capítulos, los cuales a su vez están formados por distintos apartados, con la finalidad de recoger de manera ordenada la información encontrada acerca del impacto de la pandemia en la salud mental de la población anciana.

Capítulo 1: Conceptos básicos.

Este capítulo queda dividido a su vez en cuatro apartados cuyo objetivo es contextualizar la enfermedad de la COVID-19, junto a la definición de envejecimiento, explicación de los factores de riesgo y problemas cognitivos más frecuentes en el anciano.

Capítulo 2: Impacto de la COVID-19 en el anciano.

Dividido en dos apartados a través de los cuales se describe la prevalencia a nivel mundial y, más concretamente, en España y Europa de ancianos infectados por el virus SARS-CoV-2. Así como los que han desarrollado algún tipo de deterioro cognitivo/demencia tras el confinamiento domiciliario obligatorio impuesto por el gobierno, o aquellos que lo desarrollan tras padecer la enfermedad. También se describen los principales problemas psicosociales que este aislamiento ha originado.

Capítulo 3: Estrategias de los profesionales sanitarios.

A lo largo de este capítulo se explican algunas de las estrategias que podrían haber sido puestas en marcha por los profesionales sanitarios para evitar, en la medida de lo posible, que la población mayor desarrollara algún tipo de demencia o ciertos problemas psicológicos.

Para finalizar, se realiza una conclusión como reflexión final de las ideas principales tratadas en este trabajo. Además de señalar las referencias bibliográficas utilizadas para su elaboración.

## 3. CAPÍTULO 1: CONCEPTOS BÁSICOS

### 3.1 QUÉ ES EL COVID-19 Y CONTEXTUALIZACIÓN

Los coronavirus son una familia de virus que afectan principalmente a los animales, aunque algunos de ellos pueden transmitirse a los seres humanos, produciendo diferentes enfermedades respiratorias.

En la década de los 60 se identificaron los primeros coronavirus de procedencia humana, los cuales, atacaban principalmente al sistema respiratorio del ser humano. Hasta finales de 2019, se conocían seis tipos de coronavirus con la capacidad de infectar a los humanos, entre ellos, cuatro provocaban un simple resfriado o casos más graves en inmunocomprometidos, mientras que los otros dos, SARS-CoV y MERS-CoV, tenían gran capacidad para causar infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo neumonía atípica grave que puede progresar a insuficiencia respiratoria y síndrome respiratorio agudo potencialmente mortal (5).

A finales de diciembre de 2019 aparece en Wuhan, China, un brote de neumonía de etiología desconocida con un cuadro clínico caracterizado por fiebre, dificultad respiratoria y lesiones infiltrativas en pulmones. El número de casos se incrementó con rapidez. En enero de 2020 se hizo público que se trataba de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV2, responsable de la enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) (5). Como consecuencia de la globalización y su alta contagiosidad, esta se disemina de forma rápida por todos los países, convirtiéndose en una emergencia de salud pública mundial. Finalmente, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declara como pandemia mundial el nuevo brote por COVID-19.

El SARS-CoV-2 infecta a personas de todas las edades, sin embargo, el riesgo de enfermar de forma severa aumenta con la edad a partir de los 40 años, y especialmente en personas que superan los 60 años (6). Asimismo, también se relaciona con la presencia de patologías crónicas previas. Por lo tanto, un grupo vulnerable son las personas mayores, que tienen un mayor riesgo de mortalidad. “Mientras que el 80% de las muertes en Estados Unidos se producen entre adultos de 65 años o más, más del 95% en Europa y alrededor del 80% en China, incluyen a los mayores de 60 años” (7).

Los métodos de transmisión del virus SARS-CoV-2 pueden ser directos e indirectos. En cuanto a los directos, se consideran las gotas respiratorias (mayor o igual a 5 micrómetros) que pueden ser depositadas en ojos, nariz o boca a través de salpicaduras y aspersiones como las generadas al toser o estornudar, o los aerosoles (gotas menores a 5 micrómetros) que pueden permanecer en el aire durante un tiempo prolongado, y la persona los inhala cuando existen distancias cortas. Mientras que, dentro de los métodos indirectos, se encuentra el contacto con superficies contaminadas (fómites) (8); la transmisión puede ocurrir tanto en espacios cerrados como abiertos (9).

Los síntomas principales de la enfermedad son fiebre igual o superior a 37,5 grados, tos seca, malestar general y sensación de falta de aire. Sin embargo, estos varían dependiendo de las nuevas variantes del virus. Asimismo, su diagnóstico se puede realizar mediante dos tipos de pruebas moleculares. Por un lado, la PCR (Reacción en cadena de la polimerasa), que tiene una buena sensibilidad y especificidad. Y, por otro lado, las pruebas de diagnóstico rápido o de antígenos, que son menos precisas (10).

En cuanto a España, uno de los países más afectados por el virus a nivel europeo, el 1 de febrero de 2020 se detecta el primer caso de COVID-19, y tras la rápida propagación, el Gobierno Nacional decreta el estado de alarma el 14 de marzo de 2020 mediante el decreto de medidas urgentes extraordinarias de cariz sanitario, económico y social (Real Decreto 463/2020) (11), que finalizó tres meses después. A partir de ese momento y con la finalidad de disminuir el ritmo

de contagios, el gobierno empieza a expedir múltiples decretos y resoluciones con actuaciones para la prevención, contención y mitigación de la COVID-19. En el Real Decreto, se ordenaba una reducción de la actividad en toda la nación, limitando los movimientos de la población, a excepción de aquellos trabajadores de actividades consideradas esenciales (12). Por lo que, la principal estrategia adoptada fue el confinamiento domiciliario, además de otras como el aislamiento, cuarentena y distancia social.

Es interesante resaltar la diferencia entre cuarentena y aislamiento social. La cuarentena se define como una separación y/o restricción de movimiento de personas que están expuestas a una enfermedad infecciosa, o que presentan riesgo de contagio, de forma obligatoria. Mientras que el aislamiento social se realiza de forma voluntaria (13).

Con respecto a las medidas de protección contra la COVID-19 en la vida diaria, se obliga a llevar mascarilla cuando no se pueda mantener la distancia mínima de seguridad de 1,5 metros y se recomienda el lavado de manos frecuente. Referente al tratamiento, no existe un tratamiento curativo. Se utilizan algunos medicamentos como el *Paracetamol* que actúa como antipirético y analgésico. En caso de cursar de forma grave, se incluye la administración de oxígeno, algunos corticoides como la *Dexametasona...* (14) A finales de 2020 llegan las primeras vacunas a España, las cuales, no evitan que la población se contagie, pero si reducen la gravedad de los síntomas, y, por lo tanto, es la herramienta más eficaz para luchar contra este virus. En un primer momento, la OMS apoya que la inmunidad colectiva solo podría lograrse a través de la vacunación. Al principio, este recurso era escaso, y por ello, se optó por trabajar en la determinación de criterios de priorización (15).

“El proceso de vacunación en España se encuentra dividido en 4 etapas. La etapa 0 constituye el momento en el que se desarrolló la vacuna, se autorizó y se evaluó. En la etapa 1, este recurso era limitado, por lo que se decidió vacunar a los grupos considerados prioritarios, como son residentes y personal en centros de mayores y de atención a grandes dependientes, personal sanitario y sociosanitario de primera línea y personal sanitario, sociosanitario y grandes dependientes no institucionalizados. En la etapa 2, aumentó el número de dosis disponibles, y entran en la vacunación otros grupos prioritarios en el siguiente orden: mayores de 80 años, personas entre 70 y 79 años y personas con condiciones de muy alto riesgo, personas entre 60 y 69 años, otro personal sanitario y sociosanitario, trabajadores con una función social esencial y personas entre 50 y 59 años. Finalmente, la etapa 3 tuvo su inicio en junio de 2021 y se vacunó al resto de la población. En el momento actual, se puede considerar que la vacunación de los grupos priorizados inicialmente casi está completada, y la pauta de vacunación está centrada fundamentalmente en el grupo de personas de 12 a 19 años y en aquellos que todavía no se hayan vacunado del resto de grupos. Además, se ha comenzado con la administración de una tercera dosis” (16) (Figura 1).



Figura 1: Etapas de proceso de vacunación en España. Imagen tomada de la página: [Vacunación COVID-19 Gobierno de España \(vacunacovid.gob.es\)](https://vacunacovid.gob.es/) (17)

Y, para concluir, entre el 27 de diciembre de 2020 y el 20 de diciembre de 2021 se ha notificado al Registro de vacunación COVID-19 del SNS la administración de un total de 83.909.129 dosis. Un 91,8% de la población de mayores de 12 años (38.652.339 personas) ha recibido al menos 1 dosis, y el 89,7% (37.799.170 personas) ha completado la pauta de primovacunación. Las vacunas utilizadas han sido Comirnaty (de Pfizer/BioNTech), Spikevax (de Moderna), Vaxzevria (AstraZeneca/Oxford) y Janssen/J&J (18). En cuanto a la población anciana, el Ministerio de Sanidad recoge que el 96,5% de las personas entre 60 y 69 años y el 98,9% entre los 70 y 79 años, presentan una pauta completa de vacunación y que el 92,3 % de los mayores de 70 años en España ya han recibido la dosis de refuerzo (19) (Figura 2 y 3).

Grupo	Al menos una dosis	Pauta completa	Dosis adicionales*
<b>Total España</b>			
80 años	100,0 %	100,0 %	
70-79 años	99,3 %	98,9 %	92,3%
60-69 años	96,9 %	96,5 %	91,9%
50-59 años	95,0 %	94,9 %	76,6%
40-49 años	91,3 %	90,7 %	60,6%
30-39 años	86,3 %	85,0 %	43,9%
20-29 años	86,4 %	84,4 %	37,1%
12-19 años	92,1 %	94,9 %	23,5%
5-11 años	54,0 %	41,3 %	

\*Las dosis adicionales de la franja 70-79 años incluyen a los mayores de 80, ya que Sanidad no desglosa este grupo. Respecto a la franja de 12 a 19 años, el porcentaje se refiere solo a los jóvenes de 18 y 19 años, ya que el resto no puede recibir una dosis de refuerzo. Datos actualizados cada viernes con el informe del ministerio.

Figura 2: Porcentaje de personas por rango de edad vacunadas en España. Imagen tomada de la página: [La vacunación contra el coronavirus en España, última hora \(rtve.es\)](https://www.rtve.es/) (19)

Dosis de refuerzo por grupo de edad

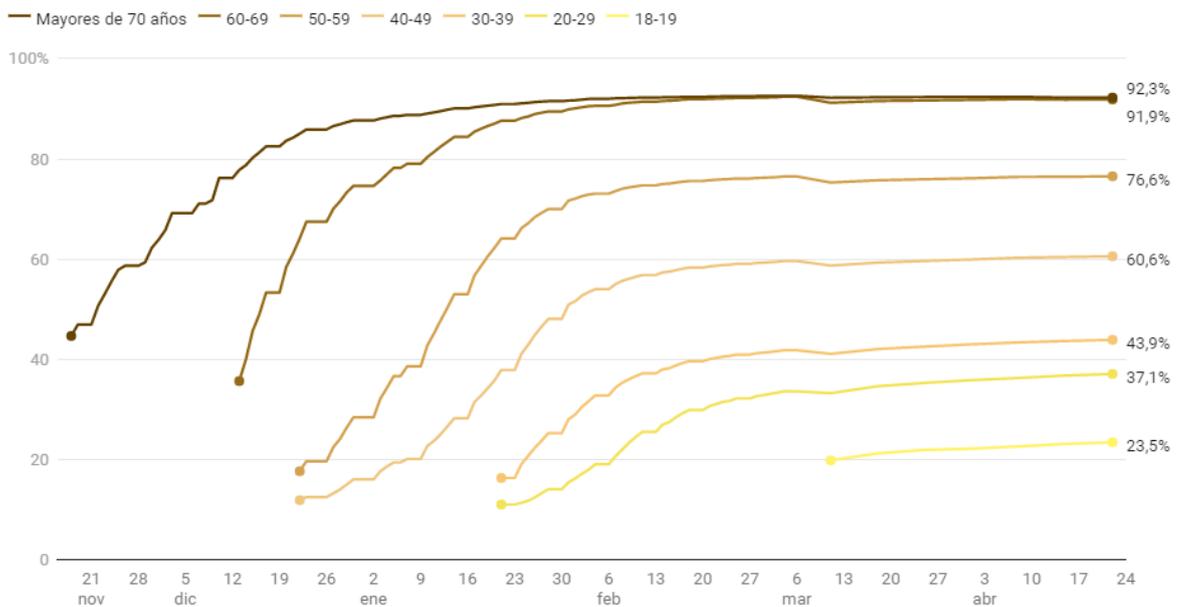


Figura 3: Porcentaje de personas por rango de edad que han recibido la dosis de refuerzo en España. Imagen tomada de la página: [La vacunación contra el coronavirus en España, última hora \(rtve.es\)](https://www.rtve.es/noticias/2021/04/24/vacunacion-contravir-covid-19-ultima-hora/) (19)

Por último, esta enfermedad junto con sus medidas de propagación, han llevado a múltiples consecuencias en la salud mental de la población, produciendo mayores porcentajes de depresión, ansiedad y estrés postraumático en el adulto mayor y aumentando el número de ancianos con deterioro cognitivo.

### 3.2 DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO

“El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano” (20).

Muchas son las causas del envejecimiento del ser humano, pero en los últimos años se están realizando estudios que relacionan el acortamiento de los telómeros de los cromosomas con este proceso. Se expone que las células del ser humano presentan un número limitado de divisiones celulares, en las cuales, se van acortando las estructuras de ADN y proteínas que se sitúan en los extremos de los cromosomas (telómeros), hasta que la célula pierde su capacidad de dividirse (21).

La disminución de la natalidad y el aumento progresivo de la esperanza de vida de la población en los últimos años ha invertido la pirámide poblacional, dando lugar a una transición demográfica. “Tomando en consideración las cifras de la OMS (Organización Mundial de la Salud), entre 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% a un 22%, y, por lo tanto, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo” (22). Actualmente, considerando los datos del

Instituto Nacional de Estadística, la población mayor de 64 años en España ascendía a 9,38 millones de personas (23).

“Cada cultura tiene su propio significado de envejecimiento, por lo que muchas veces se toman como ciertas concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto, un temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones, surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que forma parte del ciclo vital” (20).

Debido a la gran cantidad de definiciones que existen del envejecimiento, es difícil fijar un concepto único y general del mismo; “autores como Lehr, Laforest, Gómez y Curcio coinciden en tratarlo como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (20).

En los últimos tiempos, se han planteado varios modelos de envejecimiento, intentando presentar un término más positivo de este. Entre estos se encuentran:

- “Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe. Hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, presentando un nivel importante de actividad física y mental y mantenimiento las relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas” (20).
- “Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), y definido como la etapa que comienza antes de los 60 años. La cual, solo puede conseguirse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables” (20).
- “Envejecimiento activo de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. La palabra “activo” alude a la participación en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo” (20).

Clínicamente se suele utilizar una clasificación de las personas mayores que tiene en cuenta la edad, la situación patológica y la capacidad funcional del individuo (24):

- Persona mayor sana, mayor de 65 años con buen estado de salud, que, a pesar de padecer alguna enfermedad estable, no varía su independencia.
- Persona mayor enferma, mayor de 65 años que presenta un episodio agudo de enfermedad, pero que es reversible, pudiendo recuperar su vida anterior.
- Persona anciana frágil, aquella capaz de atender sus necesidades básicas de la vida diaria, aunque tiene dificultades para las instrumentales. Es mayor de 80 años, o entre los 65 y los 80 años que padece alguna de las siguientes situaciones: problemas funcionales, cognitivos o afectivos, vive sola, algún ingreso hospitalario reciente, polimedicada, situación económica precaria, enfermedad terminal. Tiene alto riesgo de descompensarse y ser dependiente.
- La persona anciana geriátrica, es aquella que cumple con tres o más circunstancias: edad superior a los 75 años; pluripatología relevante; el proceso o incapacidad principal es incapacitante; presenta patología mental; problemas sociales derivados de su estado de salud.

El proceso de envejecimiento está determinado por múltiples factores. Por un lado, los factores intrínsecos, los cuales no se pueden modificar como la genética, y, por otro lado, los factores extrínsecos como el estilo de vida, los hábitos (alimentación, tabaquismo, ejercicio, trabajo, ambiente, etc) o el desarrollo de enfermedades crónicas que aceleran el envejecimiento (como la diabetes mellitus, por ejemplo). Estos se pueden modificar en cierta parte, pudiendo atenuar el proceso (21).

En cuanto al concepto de anciano, en nuestra sociedad se continúa relacionándolo con la jubilación, oscilando entre los 60 y 65 años de edad (20).

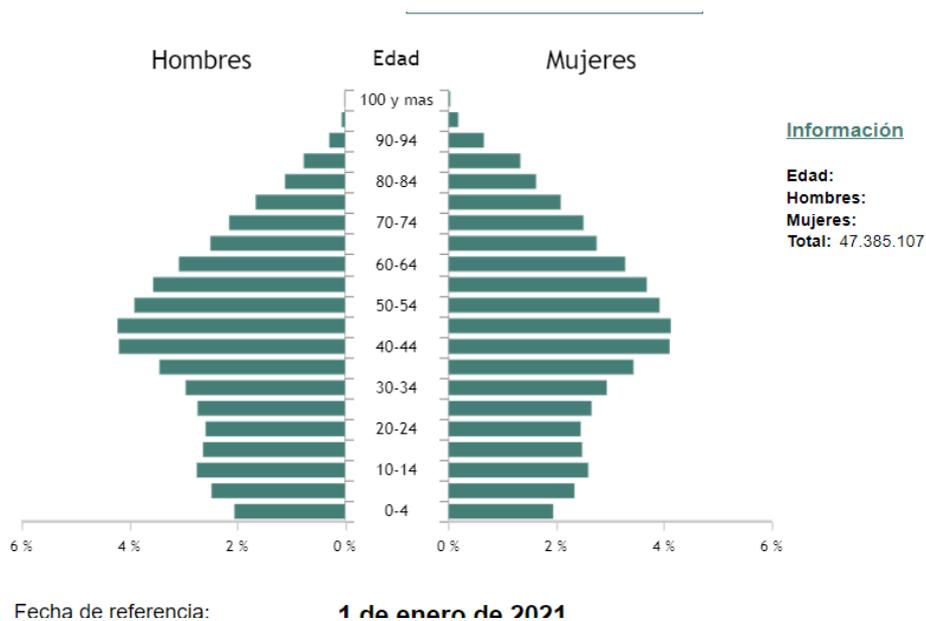


Figura 3: Pirámide de la población empadronada en España a 1 de enero de 2021. Imagen tomada de la página: [Pirámide de la población empadronada en España \(ine.es\)](#) (25)

El envejecimiento se relaciona con la pérdida de la capacidad regenerativa y la degeneración progresiva de las células del cuerpo. Durante este proceso, ocurren una serie de cambios. En cuanto al ámbito psicológico, disminuye el sentimiento de autoestima y autoeficacia. Con relación a los cambios físicos, se produce una disminución de los sentidos (visión, audición, gusto, olfato y tacto). También, el cartílago se vuelve más fino aumentando el riesgo de lesiones y el tejido conjuntivo de tendones y ligamentos se presenta más duro, limitando la amplitud de movimiento, lo cual, puede llegar a producir en algunos casos la sarcopenia. Acerca de los cambios sociales, se produce una alteración de sus roles, ya que sus familiares les otorgan menos responsabilidades y funciones, y cambia su percepción sobre la muerte, tratándolo como una liberación (26).

### 3.3 TRASTORNOS COGNITIVOS MÁS FRECUENTES EN EL ENVEJECIMIENTO. AISLAMIENTO Y SOLEDAD

La frecuencia de los trastornos afectivos en el anciano es alta, siendo la depresión la que más se repite. Esta consiste en un estado de hipertimia dolorosa en la que el sujeto sufre una tristeza profunda con afectación en su funcionalidad, relaciones, valores y equilibrio fisiológico. Se calcula que entre el 10 y el 45% de los mayores de 65 años en el mundo presentarán síntomas

depresivos durante la vejez. Asimismo, la prevalencia en España puede ser superior al 9-10%. Estas cifras aumentan en los ancianos institucionalizados y se observa con mayor frecuencia en las mujeres (27). La depresión se puede asociar a una comorbilidad somática y/o deterioro cognitivo. Este trastorno no tiene una única causa, por lo que se relaciona con factores de riesgo como el propio envejecimiento cerebral, la comorbilidad somática asociada y las condiciones sociales que acompañan a la vejez (aislamiento, soledad e institucionalización). En cuanto a la clínica, destacan la expresión facial de tristeza, clinofilia, enlentecimiento psicomotor, sensación de bloque cognitivo general, disfunción en tareas ejecutivas y de planificación, etc (28).

Por otro lado, otro trastorno afectivo muy común en las personas mayores es la ansiedad, por lo que se describe como el “gigante geriátrico silencioso” (29). Esta se define como la reacción fisiológica del ser humano para prepararse ante un peligro cercano (27). El trastorno de la ansiedad generalizada es el más habitual, afectando al 3,6% de la población anciana. Suele ser más frecuente en mujeres que en hombres, y puede presentarse en la esfera psíquica (dificultad de concentración, temor o nerviosismo) o física (palpitaciones, opresión torácica, disnea, cefaleas...) Además, evidencias publicadas en los últimos años exponen el efecto neurotóxico de la ansiedad (hiperactividad del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal), deteriorando el rendimiento cognitivo (30).

Con el aumento de la edad también se observa una disminución en las funciones cognitivas. De hecho, un alto porcentaje de la población mundial anciana sufre cambios cognitivos. Así, aproximadamente un 20% de la población mayor presenta deterioro cognitivo leve y entre un 5-10% desarrolla demencia. Una de las condiciones necesarias para desarrollar una vida independiente y productiva es conservar las funciones cognitivas, por lo que su deterioro reduce el grado de autonomía personal y de interacciones sociales, disminuyendo a su vez la calidad de vida (31).

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un estado intermedio entre la cognición normal asociada a la edad y demencia, caracterizado por una pérdida reciente y ligera de memoria, donde las actividades de la vida diaria permanecen intactas. La intervención precoz puede enlentecer el proceso de deterioro cognitivo, pero en ningún caso revertir la enfermedad. Asimismo, se dispone de medidas terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas que podrían mejorar la memoria en ancianos con DCL (32).

En cuanto a las demencias, aquella con mayor prevalencia en este sector de la población es la Enfermedad del Alzheimer, la cual precisa de asistencia que puede causar estados de carga emocional, física y psicológica en los cuidadores. Se trata de un “trastorno neurodegenerativo caracterizado por un deterioro progresivo y total de las funciones cognitivas, acompañado por cambios en la personalidad y comportamiento del mayor” (33). Esta enfermedad continúa en estudio, siendo los ovillos neurofibrilares de proteína Tau y las placas de beta-amiloide los marcadores principales a nivel cerebral, que, a su vez, indican un incremento de inflamación, estrés oxidativo y muerte neuronal (29).

La soledad y el aislamiento social no son trastornos mentales como tal, pero pueden ser la causa de algunos de ellos. Sin embargo, forman parte de los principales problemas que se observan en el adulto mayor, registrándose un considerable aumento en el periodo de pandemia. La soledad expresa realidades subjetivas y está relacionada con las vivencias asociadas a la pérdida del ser querido, y en muchas ocasiones, a la reducción de contactos o apoyos sociales, así como al descenso de los ingresos económicos derivados de la jubilación. Por el contrario, el aislamiento expresa realidades objetivas, es decir, la falta de compañía (34). En España, el 22,4% de las personas mayores de 65 años viven solos en el hogar, donde las mujeres abarcan el 27,5% frente al 9,2% de los hombres. Asimismo, el 56% de los hombres y el 72% de las mujeres de este sector de la población sienten algún tipo de soledad. Ambos problemas influyen tanto en el bienestar como en la calidad de vida del anciano, aumentando en ocasiones,

el riesgo de sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol o una alimentación inadecuada; y, además, forman parte de los factores de riesgo asociados a los problemas relacionados con la salud mental (35).

### 3.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL ANCIANO

Está demostrado que, tanto los factores biológicos, como los psicológicos y sociales influyen en la salud mental. La edad es uno de los factores biológicos, dado que diversos estudios evidencian que los problemas mentales aumentan a medida se cumplen años. La prevalencia del deterioro cognitivo leve en las personas entre los 65-69 años es de 8.4% frente al 25.2% entre los 80 y 84 años (36). Por otro lado, el sexo también puede considerarse como un factor biológico, ya que se demuestra una mayor prevalencia en las mujeres mayores de 60 años como se puede observar en el siguiente gráfico (Figura 4). Sin embargo, no se puede afirmar con certeza si se trata de un aspecto biológico o tiene un origen más psicosocial, vinculada al estilo de vida y rol de la mujer (30).

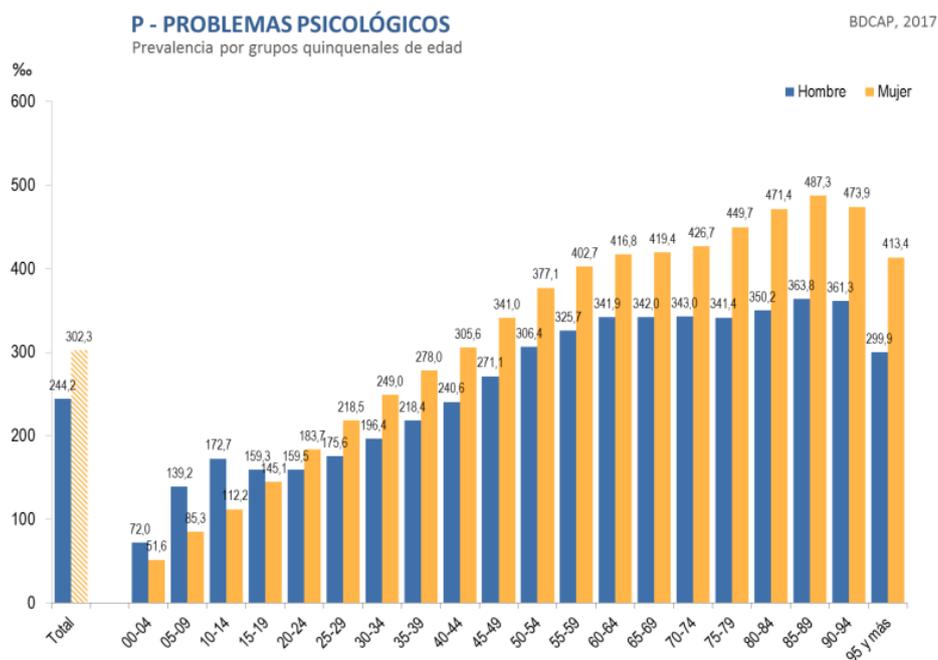


Figura 4: Prevalencia de problemas psicológicos en España. Imagen tomada de la página: [Salud mental datos.pdf \(sanidad.gob.es\)](#) (37)

Asimismo, los ancianos son un colectivo pluripatológico y polimedcado, por lo cual, la presencia de enfermedades se asocia a problemas de salud mental. Además, tras consultar diferentes estudios, se ha llegado a la conclusión de que haber sido diagnosticado y hospitalizado con COVID-19, se relaciona directamente con un incremento de la gravedad de síntomas neuropsiquiátricos, particularmente del estado de ánimo y del comportamiento (38).

Abordando los factores sociales, la convivencia se considera un factor influyente, dado que los mayores que viven solos presentan síntomas depresivos o demencias en mayor proporción (39). La viudedad es otro factor que influye en la aparición de estados emocionales negativos, ya que suele desencadenar sentimientos de soledad (36). La jubilación o los ingresos

bajos también se consideran como factores de riesgo significativos. Del mismo modo, la duración de la cuarentena también influye, ya que conlleva un mayor riesgo de estrés posttraumático (13). Por último, los escasos contactos sociales que presentan este grupo poblacional debido a la pérdida de apoyos en su red de amistades por defunción de sus allegados, se relacionan con la aparición de sentimientos de soledad, depresión y problemas cognitivos” (36).

Se hace gran hincapié en la soledad y el aislamiento social, ya que diversas fuentes demuestran que han influido en el desarrollo de la depresión, deterioro cognitivo y físico, morbilidad y mortalidad temprana (36).

Por lo tanto, las relaciones y el apoyo sociales toman un papel fundamental en la promoción de la resiliencia y una adecuada salud mental en las personas de la tercera edad.

Para concluir, frente a estos factores de riesgo se han podido identificar otros que actúan proporcionando una mayor protección. Algunos de ellos son “un adecuado soporte social, la realización de actividad física de forma regular, un estilo de vida que favorezca la estimulación cognitiva y poseer estrategias de afrontamiento eficaces y adecuadas” (30).

## 4. CAPÍTULO 2: IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL ANCIANO

### 4.1 EPIDEMIOLOGÍA

Con el inicio de la pandemia por COVID-19, se observa un aumento de la mortalidad en el mundo. Solo en Italia, el primer país europeo afectado por la enfermedad, se observaron aproximadamente 47.490 muertes entre febrero y mayo del 2020.

Actualmente, el virus SARS-CoV-2 ha provocado más de 405 millones de casos en el mundo y más de 5,7 millones de muertos, según el recuento independiente de la Universidad Johns Hopkins (40). Mientras que, en España, se han recopilado cerca de 11 millones de casos confirmados y el número de defunciones se aproxima a 96.000 desde el comienzo de la pandemia (41).

Desde entonces, la incidencia de contagios y muertes ha ido fluctuando a medida que aparecían variantes nuevas y, por lo tanto, nuevas olas. Sin embargo, los datos sobre los fallecimientos han disminuido desde la aparición de las vacunas.

Con relación a la población de la tercera edad, el número aproximado de fallecidos por la enfermedad COVID-19 en residencias españolas desde el inicio de la pandemia es de 23.000, mientras que el número de positivos alcanza los 190.000. La mayor parte de estas se produjeron en la primera ola de la pandemia, concretamente, entre el 14 de marzo y el 22 de junio, como se puede observar en la siguiente tabla (42).

Periodo	Nº total de centros con residentes positivos con COVID-19 por PDIA	Nº total de residentes con COVID-19 confirmados por PDIA	Tasa por 10.000 de residentes confirmados con COVID-19 por PDIA sobre el total de residentes	Nº total de fallecimientos de residentes (todas las causas)	Nº total de fallecimientos de residentes con COVID-19 confirmado por PDIA	Nº total de fallecimientos de residentes con COVID-19 compatible (no confirmado)*	Letalidad (% fallecidos sobre casos confirmados)
Del 14/03/20 al 22/06/20	2.168	33.691		27.411	9.753	10.546	
Del 23/06/20 al 03/01/21	2.582	42.827		20.479	6.036	0	
<b>Datos acumulados Año 2020</b>	<b>4.750</b>	<b>76.518</b>		<b>47.890</b>	<b>15.789</b>	<b>10.546</b>	<b>20,6%</b>
Del 04/01/2021 al 06/06/2021	3.245	18.828	26,00	15.945	3.821		
Del 07/06/2021 al 02/01/2022	4.761	21.556	20,67	21.298	1.384		
<b>Datos acumulados Año 2021</b>	<b>8.006</b>	<b>40.384</b>		<b>37.243</b>	<b>5.205</b>	<b>0</b>	<b>12,9%</b>
Del 03/01/22 al 09/01/22	1.361	8.833	251,00	821	87		
Del 10/01/22 al 16/01/22	1.831	15.604	443,76	946	194		
Del 17/01/22 al 23/01/22	1.728	15.473	439,61	942	248		
Del 24/01/22 al 30/01/22	1.678	13.662	388,73	889	311		
Del 31/01/22 al 06/02/22	1.403	11.714	332,57	968	315		
Del 07/02/22 al 13/02/22	1.078	7.096	201,68	878	227		
<b>Datos acumulados Año 2022</b>	<b>9.079</b>	<b>72.382</b>		<b>5.444</b>	<b>1.382</b>	<b>0</b>	<b>1,9%</b>

Figura 5: Evolución de la incidencia de COVID-19 en centros residenciales. Tabla tomada de la página: [inf\\_resid\\_20220213.pdf](https://inf.resid.20220213.pdf) (imserso.es)

A día de hoy, el 100% de los mayores de 80 años están inmunizados frente al virus SARS-CoV-2. El 98,7% de las personas pertenecientes al rango de edad de 70 a 79 años han recibido la pauta completa y el 96,7% de los que tienen entre 60 y 69 años están vacunados.

## 4.2 PRINCIPALES PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y NEURODEGENERATIVOS EN LA POBLACIÓN ANCIANA COMO CONSECUENCIA DEL CONFINAMIENTO Y EL PASO DE LA ENFERMEDAD.

La conexión documentada entre epidemias virales y afecciones psicológicas se remonta a más de 100 años, cuando se relacionó la gripe española con complicaciones psiquiátricas (43). Autores señalan que las pandemias pueden actuar como un factor de estrés debido a la incertidumbre y falta de conocimientos ante la misma.

Como ya se ha expuesto anteriormente en esta monografía, entre los grupos de mayor vulnerabilidad durante la pandemia de la COVID-19 se encuentran los adultos mayores, siendo también la población con mayor discriminación (26).

La alta contagiosidad del virus SARS-CoV2, el crecimiento de casos confirmados, los fallecimientos y la duración de confinamiento obligatorio domiciliario como medida pública han repercutido negativamente en la salud física y psicológica de la población anciana. Especialmente, la cuarentena junto al aislamiento social ha provocado una disminución en la participación de actividades sociales y las redes de apoyo social. Además, el exceso de información durante la pandemia también ha causado ansiedad, miedo, tristeza y soledad, provocando un empeoramiento en los trastornos de salud mental previos (44,45).

Varios estudios actuales aseguran que los adultos mayores han sufrido un profundo deterioro mental durante el confinamiento domiciliario por la pandemia de la COVID-19, mostrándose un incremento de los adultos mayores con síndromes demenciales y deterioro cognitivo leve (26).

“Las causas que más destacan en cuanto a la depresión del adulto mayor durante la pandemia son en un 30 % por el miedo a contraer la enfermedad, seguido de un 30 % por el encierro o confinamiento domiciliario y finalmente por la pérdida de independencia siendo un 28 %” (26).

“Una revisión narrativa realizada por Rainero et al. refleja varias investigaciones en un conjunto poblacional de 20.069 personas de Asia, Europa y América, donde el 58% eran mujeres. Su principal objetivo era evaluar el impacto físico y mental como consecuencia del aislamiento por COVID-19. En esta se observó un aumento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. En concreto, la ansiedad aumentó de un 8,3% a un 49,7%, la depresión creció de un 14,6% a un 47,2% y también se demostró una peor calidad del sueño durante el aislamiento” (46).

En un estudio donde se investiga a 715 individuos de la población de la República Checa, se observa un aumento de los niveles de estrés y síntomas depresivos más graves durante el confinamiento por Covid-19 en comparación con los niveles medios existentes antes del confinamiento (47).

También, durante la primera ola de la pandemia en Grecia, donde participaron 103 personas mayores, se encontró un alto porcentaje de individuos que padecían trastornos del sueño (37,9%), así como síntomas depresivos (81,6%) y ansiedad (84,5%) (47). De la misma forma, con una encuesta en Reino Unido, en la que participaron 7.127 personas mayores, se descubrió que los síntomas depresivos habían aumentado en el 12,8% de los adultos mayores cognitivamente sanos y en un 12,3% la ansiedad (47).

En otro estudio realizado en América del sur, en una población de 833 personas mayores de 60 años, se encontró un 42,5% de soledad, de los cuales, un tercio manifestó que su soledad aumentó a partir del distanciamiento social.

Del mismo modo, en una investigación donde se realizó un seguimiento a 4.913 pacientes italianos procedentes de 87 centros diferentes, se obtuvo un empeoramiento de las

funciones cognitivas en el 55,1% de estos, sobre todo en sujetos con Alzheimer. Además, en el 36,7% de los pacientes se encontró un empeoramiento de la función motora. Con lo cual, este estudio señaló que la cuarentena presenta gran relación con una progresión aguda de los síntomas clínicos en pacientes con demencia (2,48). Asimismo, un estudio italiano informó del rápido aumento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia en aproximadamente el 60% de los pacientes que lo padecían (47).

También, se demuestra un empeoramiento cognitivo tras el confinamiento domiciliario en mayores diagnosticadas de deterioro cognitivo. En una unidad de trastornos cognitivos en España, se evalúan a 40 ancianos que padecen de demencia leve y deterioro cognitivo leve y que asisten a un programa de estimulación cognitiva, pero que, tras 5 semanas de confinamiento, sus síntomas neuropsiquiátricos empeoraron significativamente.

Por otro lado se evidencia que, el hecho de haber pasado la enfermedad SARS-CoV2 con sintomatología grave, también se considera un factor de riesgo relevante para la aparición del estrés postraumático y desarrollo de deterioro cognitivo leve.

En un estudio de 294 pacientes con resultado de PCR del SARS-CoV2 positiva y la necesidad de tratamiento en la UCI, se concluyó que hasta tres meses después del alta hospitalaria, el 16% padeció de trastorno de estrés postraumático (TEPT), el 29% de ansiedad, y un 32% de depresión (49).

Estudios recientes evidencian una relación directa entre haber pasado la COVID-19 de forma grave y el inicio temprano de deterioro cognitivo. Un ejemplo de ello es un análisis de 1438 pacientes durante un año de seguimiento en China, donde se observa un deterioro cognitivo más frecuente entre los pacientes de 60 años o más que han presentado COVID-19. A pesar de no tener datos previos sobre su estado cognitivo, se utilizan las percepciones de las propias familias en cuanto a los cambios mediante una serie de cuestionarios. De los pacientes con COVID-19, el 51,9 % eran mujeres, la edad media era de 69 años y ninguno tenía antecedentes de demencia. Mientras que, en el grupo de control, el 49,3 % eran mujeres y la edad media era de 67 años. A los 6 meses del alta, el 10% de los pacientes con enfermedad grave tenía demencia y el 26.5% tenía deterioro cognitivo leve. A los 12 meses, el 15% tenía demencia y el 26,2% tenía deterioro cognitivo leve, los cuales, eran porcentajes más altos que en aquellos que habían sufrido la enfermedad de la COVID-19 de forma más leve (demencia, 0.8%; DCL, 5.4%) y en los controles (demencia, 0.7%; DCL, 5.0%). Los supervivientes de la COVID-19 leve o moderada y el grupo control, tuvieron incidencias similares de demencia y DCL tanto a los 6 como a los 12 meses (Figura 6) (50).

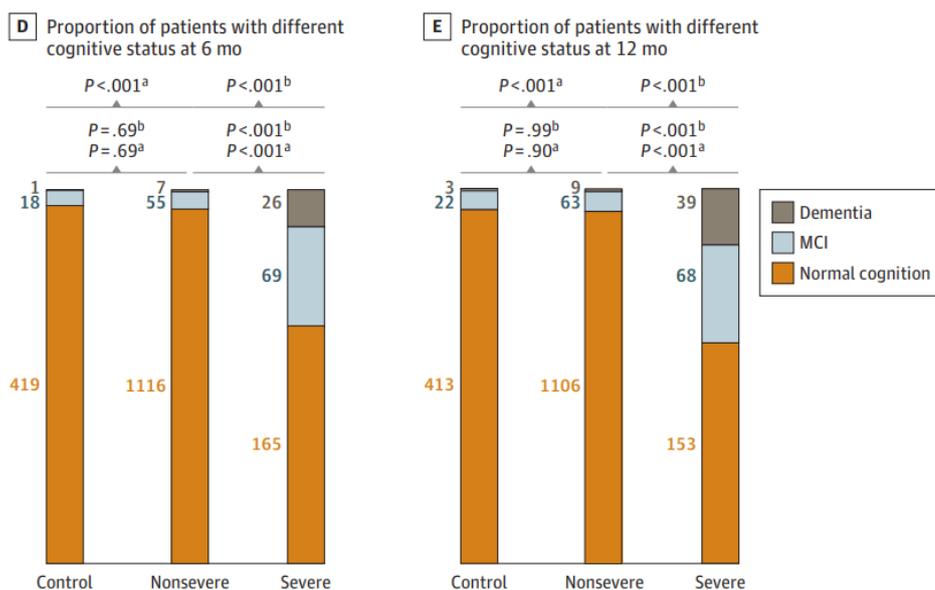


Figura 6: Número de pacientes con diferente estado cognitivo a los 6 y a los 12 meses de haber superado la COVID-19. Imagen tomada de la página: [jamaneurology liu 2022 oi 220011 1646408664.13724.pdf](https://www.frontiersin.org/journal/10.3389/fnagi.2022.1000111/full) (50).

También la Universidad de Oxford ha observado anomalías en el cerebro asociadas al coronavirus a través de un análisis de 785 pacientes (de entre 51 y 81 años) de Reino Unido. Estos se sometieron a dos escáneres cerebrales y a pruebas cognitivas en momentos diferentes; pre y post contagio. Las pruebas demostraron una mayor reducción del grosor de la materia gris en el córtex orbitofrontal y circunvolución parahipocámpal (regiones asociadas con el olfato y la memoria). Por lo tanto, después de la infección por el virus, se pierde o se daña entre un 0,2% y un 2% más de tejido cerebral que en las personas no infectadas. Además, los pacientes infectados también mostraron un mayor deterioro cognitivo asociado a la atrofia del cerebelo (51).

Para terminar, se evidencia que, en España, tras la declaración de la pandemia, se ha aumentado el consumo de psicofármacos, especialmente en las mujeres. En cuanto a Europa, este país ocupa el segundo puesto en consumo de ansiolíticos, el cuarto puesto en el uso de antidepresivos y en la sexta posición de hipnóticos y sedantes (52).

Con toda esta información, se concluye que la pandemia ha afectado principalmente a las personas mayores más sanas, influyendo en factores de riesgo como son el estilo de vida, la edad o la soledad y donde se han detectado mayores niveles de ansiedad, depresión y peor calidad del sueño.

## 5. CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ENFERMEROS PARA MITIGAR LAS CONSECUENCIAS DE LA COVID EN LOS ANCIANOS

Como se ha explicado anteriormente, los adultos mayores se enfrentan a un deterioro cognitivo que forma parte del propio proceso de envejecimiento. Sin embargo, este se acentúa cuando se modifican variables de estilo de vida como la actividad física, la participación en actividades estimulantes y las redes sociales, afectando al funcionamiento cognitivo (53).

Las medidas ordenadas por los diversos gobiernos como son el confinamiento domiciliario obligatorio y la necesidad de distanciamiento social para evitar la propagación masiva de la COVID-19, han llevado al cierre de asociaciones, hospitales de día y talleres de memoria, así como la cancelación de actividades recreativas, y la imposibilidad de proseguir con salidas terapéuticas. Todo ello ha modificado la rutina de vida diaria que seguían las personas mayores, causando un gran impacto psicológico y social. Además, el apoyo familiar, primer sostén para esta población, se ha visto disminuido como consecuencia del miedo o cumplimiento de dicha cuarentena (3).

La imposibilidad de realizar estas actividades presenciales llevó a buscar otras alternativas, principalmente, a través del uso de la tecnología, con lo que parte de esta población se ha podido beneficiar, minimizando el deterioro cognitivo por esta causa y permitiendo así, el contacto con las familias y el acceso a los diversos servicios. Aunque es importante tener en cuenta las limitaciones que presenta este grupo poblacional al respecto (54).

Con el paso de los años, la tecnología ha ido tomando cada vez más protagonismo en el mundo, intentando también que las personas mayores convivan con ella. Incluso existe una rama de conocimiento, la Gerontecnología, que nace en Europa, en concreto, en la Universidad de Tecnología de Eindhoven, y es la encargada de estudiar el cuidado de la salud de los mayores a través de dispositivos tecnológicos con el fin de mejorar la calidad de vida, su independencia, y comodidad, y que, además, propone una solución a uno de los principales problemas de Salud Pública, la soledad y sus consecuencias (55).

Según la teoría de la selectividad socioemocional, las redes sociales podrían actuar de amortiguador frente a eventos negativos, ya que el uso de estas, junto al contacto telefónico podría aumentar las interacciones sociales de la población mayor durante confinamientos domiciliarios largos (53).

A continuación, se exponen algunas de las propuestas e intervenciones que se han aplicado durante este periodo de pandemia adoptado a los sistemas de telesalud.

Por un lado, “programas de conexión intergeneracional, basados en la conexión telefónica y a través de los cuales, los ancianos tenían contacto con los jóvenes estudiantes voluntarios pertenecientes a profesiones sanitarias, como medida de prevención de las consecuencias del aislamiento. Entre ellos se encuentran: El programa Age Friendly Student Senior Connection ofrecido por la Geriatric Workforce Enhancement Program de la Facultad de Medicina Keck de la Universidad del Sur de California, el programa Telephone Outreach in the COVID-19 Outbreak (TOCO) de la Facultad de Medicina de Yale y el programa Seniors Overcoming Social Isolation (SOS) realizado en la ciudad de Chicago” (54).

Por otro lado, se llevaron a cabo “intervenciones psicosociales para mejorar la calidad de vida. Como, por ejemplo, el programa de intervención grupal Circle of Friends desarrollado por la Universidad de Helsinki, que combina actividades recreativas (conferenciantes a través de vídeos, uso de chat para comentarios grupales, mostrar fotos de viajes o lugares en los que han estado...), ejercicio físico (rutina de ejercicios con un entrenador a través de vídeos) y escritura terapéutica (creación de diarios escritos manualmente o a ordenador)” (54).

Además, existieron “programas psicológicos en algunos países como Israel, que fomentaban la resiliencia y las estrategias de afrontamiento con la finalidad de que el adulto mayor hiciese frente tanto a las pérdidas funcionales y problemas físicos, como a las consecuencias impuestas por el aislamiento obligatorio” (54).

Finalmente, también se pusieron en marcha “programas basados en la tecnología móvil para la teleasistencia, lo cual permitía una atención integral del adulto mayor. Entre ellos destaca la utilización del sistema Atención Integrada para Personas Mayores ICOPE/AIPM, desarrollado por la OMS, donde se ofrece una guía para abordar las dificultades asociadas al anciano en el aislamiento: mejora de la movilidad, promover el bienestar mental, prevención de caídas, etc.” (54).

En muchos municipios de España se hicieron llamadas telefónicas durante el confinamiento, habilitando y reforzando los sistemas de teleasistencia. El objetivo de estos no solo era que los ancianos manifestaran sus problemas de salud físico o necesidades, sino también darles consejos de salud acerca de la prevención e higiene de la COVID-19, así como disminuir o aliviar el sentimiento de soledad, escuchándolos e infundiendo apoyo emocional (56).

Muchos países buscan innovar actualizando las nuevas tecnologías. Otra estrategia en la que se está trabajando e investigando en países como España, China o Alemania son los robots de telepresencia móvil. Su principal intención es hacer más interactiva la comunicación entre dos personas que se encuentran a distancia, ayudando así a reducir el aburrimiento y la soledad mediante la estimulación intelectual (57).

Sin embargo, todo esto también presenta ciertas limitaciones en alguna parte de la población anciana, ya que no todos tienen los conocimientos necesarios para el uso de las TIC's. Por ello, para un futuro se debería insistir en la aplicación y desarrollo de cursos para los adultos mayores donde se trabajen las competencias informáticas y la utilización de móviles de nueva generación, ordenadores e internet permitiendo así, eliminar el analfabetismo digital.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la telemedicina como “la aportación de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades” (58).

Otro concepto importante, y que previene la rápida evolución del deterioro cognitivo en los ancianos, es el envejecimiento activo. Este fue definido por la OMS en 1999 como un “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Especialmente, se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de Independencia: independencia, dignidad, autorrealización, cuidado y participación (59).

El término “activo” no solo hace referencia a la capacidad de estar físicamente activo, sino también, a participar en actividades recreativas, culturales y sociales, educativas y en la vida diaria en la familia y comunidad, haciendo que las personas ancianas amplíen su calidad y esperanza de vida saludable.

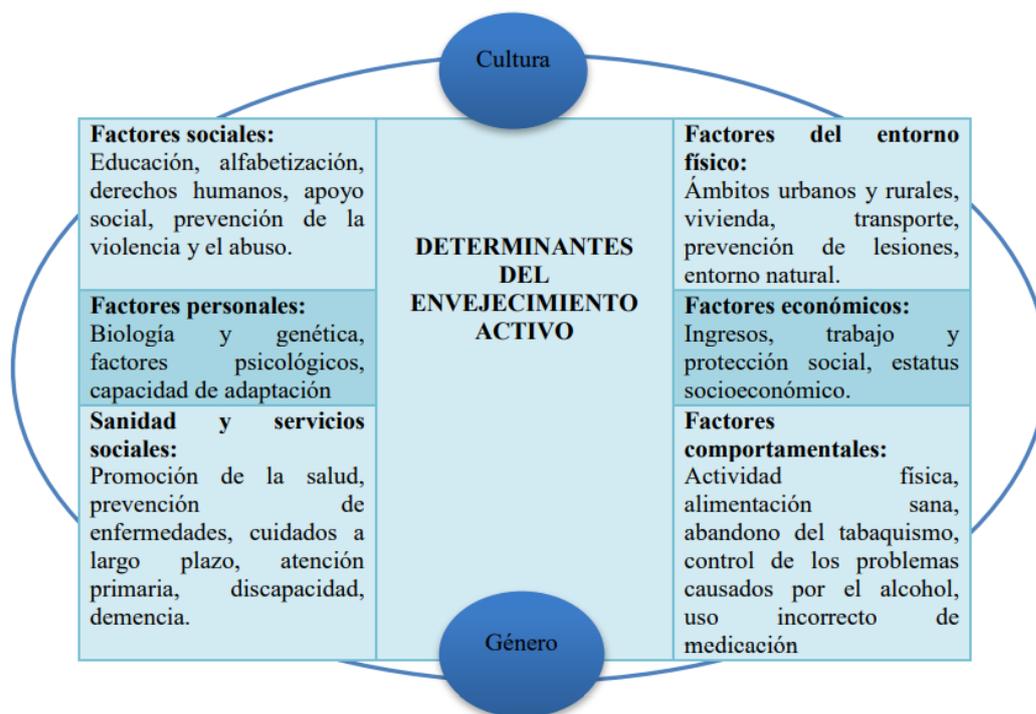


Figura 7: Factores determinantes del envejecimiento. Esquema tomado de la página: Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia: Necesidad y funciones del profesional de la educación social en los centros sociales de personas mayores: Una figura tan importante como ignorada (página 63).

Como se explica anteriormente, el deterioro cognitivo conlleva el deterioro de las funciones mentales e intelectuales, lo cual también reduce las capacidades funcionales. Al no conseguir el efecto esperado con los tratamientos farmacológicos que existen, se ha incrementado el interés en los no farmacológicos, convirtiendo a la actividad física en uno de los principales métodos para prevenir y ralentizar la aparición de síntomas cognitivos de demencia durante el envejecimiento. Muchos estudios demuestran que “la realización de ejercicio físico, principalmente entrenamientos aeróbicos de coordinación y fuerza, desde edades tempranas y continuando en el tiempo hasta la tercera edad se asocia con menor probabilidad de este síndrome” (60).

En un estudio español que se realizó tras los tres meses de cuarentena en 528 personas de 60 años o más, se demostró que, “aunque más de dos tercios de los participantes tenían un espacio abierto en casa, el 65,7% hacía menos actividad física, y únicamente, solo un tercio continuaba realizando actividades para promover un envejecimiento saludable” (47).

Lo previamente expuesto demuestra que esta herramienta, fundamental para ralentizar el deterioro cognitivo en esta población, se ha visto vulnerada en muchos lugares desde la aparición de la COVID-19, y por esta razón, sería interesante que todos los países se concienciaran para trabajar más este aspecto.

## 6. CONCLUSIÓN

Desde el comienzo de esta pandemia, tanto los gobiernos como la población han obviado aspectos que antes eran importantes. La COVID-19 ha hecho olvidar que existen otras enfermedades como el cáncer, el Alzheimer u otras patologías mentales, que necesitan un seguimiento continuo. Los telediarios inundan a la sociedad de noticias catastróficas con respecto a esta enfermedad provocada por el SARS-CoV-2. Muertes, casos graves, diferentes olas, distintas variantes, provocan miedo y preocupación en las personas de la tercera edad, lo cual, causa que estas dejen de viajar, salir a hacer la compra, relacionarse con sus familiares y conocidos, y, por lo tanto, disminuir sus vínculos y la posibilidad de socializar, elementos clave para proteger su salud mental y mantener las funciones cognitivas e independencia.

Durante la pandemia, se impusieron muchas medidas para disminuir los contagios, pero ¿alguien pensó en las personas mayores? La verdad, es que fueron los primeros en asistir a las campañas de vacunación, dado su vulnerabilidad, sin embargo, no todos los efectos de la COVID-19 son físicos. Una vez más, la soledad y el aislamiento fueron problemas expuestos en un segundo plano. Como ya se ha demostrado en esta monografía, la COVID-19 ha provocado de manera indirecta un aumento de casos de ansiedad y depresión en los ancianos debido a su situación de soledad principalmente. También, el confinamiento de esta ha originado un crecimiento del número de personas mayores con deterioro cognitivo. De la misma manera, el haber pasado la enfermedad también ha ocasionado un incremento del estrés postraumático en los meses siguientes. Incluso se han observado cambios en algunas regiones del cerebro como consecuencia de la COVID-19, relacionándose con pérdidas de memoria.

Algo que sería importante destacar es la escasa información que hay con respecto al impacto en la salud mental de los ancianos tras la pandemia por COVID-19, a pesar de que es un problema actual y silencioso que viven muchas familias. Dos años después, comienzan a publicarse algunos estudios. En concreto, la unidad de deterioro cognitivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla está llevando a cabo una investigación sobre cómo ha afectado la pandemia por COVID-19 a las personas mayores a través de un seguimiento telefónico.

Ahora es el momento de poner en marcha diferentes estudios para indagar en los cambios que se producen en estas personas y cómo mitigarlos. De igual modo, se deberían aplicar nuevas intervenciones multidisciplinares con el objetivo de disminuir el aislamiento y la soledad, promoviendo la actividad física y algunos ejercicios para entrenar la mente. También insistir más en aquellas que se han llevado a cabo en otros países y han tenido efectos positivos a largo plazo.

Para futuras situaciones, se necesitará desarrollar programas en el hogar para ancianos sanos cuando las actividades al aire libre queden restringidas. Así como intentar que este grupo de la tercera edad tenga unos conocimientos básicos con respecto al uso de las nuevas tecnologías y puedan comunicarse con el resto de su familia y amigos.

“Proteger, a la vez que empoderar a los ancianos, es vital para un envejecimiento saludable durante la COVID-19” (1).

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro-Fuentes R, Castro-Hernández J, Socas-Pérez R. Geroscience in times of global pandemic by COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021 Nov 1;56(6):323–5.
2. Jiménez EMF. Repositorio Universidad Técnica de Ambato: Evaluación del estado cognitivo en adultos mayores de Atahualpa – Tungurahua, durante la pandemia covid-19” [Internet]. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO; 2021 [cited 2022 Apr 28]. Available from: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/33926>
3. Schapira M. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos mayores con demencia y sus cuidadores | *Rev. argent. salud publica*;12(Suplemento Covid-19): 1-5, 23 de Julio 2020. | LILACS | BINACIS | ARGMSAL. *Rev argentina salud pública* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 28]; Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1104048>
4. Faraji J, Metz GAS. Aging, Social Distancing, and COVID-19 Risk: Who is more Vulnerable and Why? *Aging Dis* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Apr 28];12(7):1624–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34631211/>
5. Ruiz Bravo A, Jiménez-Valera MM. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharm* ISSN-e 0004-2927, Vol 61, N° 2, 2020, págs 63-79 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 15];61(2):63–79. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7343442&info=resumen&idioma=ENG>
6. Aquino-Canchari CR, Del R, Quispe-Arrieta C, Medalith K, Castillon H. COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. *Rev Habanera Ciencias Médicas*, ISSN-e 1729-519X, Vol 19, N° Extra 0, 2020 (Ejemplar Dedic a Supl temático COVID) [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 2];19(0):1. Available from: <https://dialnet-unirioja-es.unican.idm.oclc.org/servlet/articulo?codigo=7445889&info=resumen&idioma=ENG>
7. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Apr 28];42(5):1222. Available from: [/pmc/articles/PMC8566023/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34631211/)
8. Liu J, Liao X, Qian S, Yuan J, Wang F, Liu Y, et al. Community transmission of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2, Shenzhen, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020 Jun 1;26(6):1320–3.
9. Medina C, en DC, Chavira J, en MC, Aburto T, Nieto C, et al. Artículo de revisión Rapid review: evidence of Covid-19 transmission and similar acute respiratory infections in open public spaces. *Salud Publica Mex*. 2021;63:232–41.
10. COVID-19 | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. [cited 2022 Jan 21]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/covid-19>
11. González-Rodríguez A, Labad J. Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2020 Nov 13 [cited 2021 Dec 28];155(9):392. Available from: [/pmc/articles/PMC7381887/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34631211/)
12. Mariano J, Balsalobre P, Parra Pecharromán D. Coronavirus: efecto del estado de alarma en la evolución de la epidemia. Previsiones y estimaciones. *bie3 Boletín IEEE*, ISSN-e 2530-125X, N° 18, 2020, págs 625-653 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 19];(18):625–53. Available from: <https://dialnet-unirioja-es.unican.idm.oclc.org/servlet/articulo?codigo=7552075&info=resumen&idioma=ENG>
13. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for

- the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Mar 1;7(3):228–9.
14. Tratamiento del Coronavirus SARS-CoV-2 | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. [cited 2022 Apr 28]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/covid-19/tratamiento>
  15. Jääskeläinen F de M. Vista de La competencia constitucional de coordinación sanitaria en tiempos de pandemia: análisis de la naturaleza y eficacia de la estrategia nacional de vacunación frente a la COVID-19. *Revista de derecho político* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 21];43–77. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/32216/24269>
  16. Acosta MG, López ADR, Cano BG. La pandemia COVID-19: Priorización sanitaria en España. *Bioderecho.es* [Internet]. 2021 Nov 26 [cited 2022 Jan 21];13(13):26 págs.-26 págs. Available from: <https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/481321/314241>
  17. Vacunación COVID-19 Gobierno de España [Internet]. [cited 2022 Feb 5]. Available from: <https://www.vacunacovid.gob.es/>
  18. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Estrategia de vacunación COVID-19 en España [Internet]. [cited 2022 Feb 5]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/vacunacionCovid19.htm>
  19. La vacunación contra el coronavirus en España, última hora [Internet]. [cited 2022 Apr 26]. Available from: <https://www.rtve.es/noticias/20220422/campana-vacunacion-espana/2062499.shtml>
  20. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2014 Jun 1 [cited 2022 Feb 7];25(2):57–62. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tIng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
  21. Hoyl Moreno T. Teorías actuales de envejecimiento. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2016 Aug 7 [cited 2022 Feb 7];32(2):33. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/305988543\\_Teorias\\_actuales\\_de\\_envejecimiento](https://www.researchgate.net/publication/305988543_Teorias_actuales_de_envejecimiento)
  22. Sánchez Cabaco A, Fernández Mateos LM, Villasan Rueda A, Carrasco Calzada A. Envejecimiento activo y reserva cognitiva: guía para la evaluación y la estimulación. *Stud Zamorensia*, ISSN 0214-736X, N° 16, 2017, págs 195-204 [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 7];XVI(16):195–204. Available from: <https://dialnet-unirioja.es/unican.idm.oclc.org/servlet/articulo?codigo=6256946&info=resumen&idioma=SPA>
  23. • Tercera edad: población España 2002-2021 | Statista [Internet]. [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://es.statista.com/estadisticas/630678/poblacion-de-espana-mayor-de-65-anos/>
  24. Javier D, Pérez J. UNIVERSIDAD DE MURCIA ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO Modelos de Cuidados de Enfermería del Envejecimiento: pasado, presente y futuro.
  25. Pirámide de la población empadronada en España [Internet]. [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://www.ine.es/covid/piramides.htm>
  26. Geomara MBJ. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA DISCAPACIDAD, ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DESASTRES CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2021.

27. Sevilla R, Dallasta M. PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN EL ANCIANO: Detección y manejo por profesionales sanitarios y cuidadores. Rev Astur Ter Ocup Psicogeriatría [Internet]. 2006;3:14–22. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3397454>
28. Galindo Ortiz de Landázuri J, Olivera Pueyo FJ. La depresión del anciano vista por el geriatra TT. Inf psiquiátr [Internet]. 2020;(239):37–41. Available from: <http://www.informacionespsiquiatricas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20200513122507.pdf>
29. Villagrasa B. Ansiedad como factor de riesgo de demencia global, enfermedad de alzheimer y demencia vascular en ancianos que residen en la comunidad - Dialnet [Internet]. Universidad de Zaragoza; 2020 [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=297576>
30. Fernández MDF. Particularidades de los trastornos de ansiedad en el anciano - Dialnet. Inf psiquiátricas Publicación científica los Centros la Congregación Hermanas Hosp del Sagrado Corazón Jesús [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 30];175–83. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5083623>
31. Pedraza C. Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. Escritos Psicol [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 30];6(3):1–4. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092013000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
32. Gallego Sandín S, Novalbos J, García AG. TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE. In: Fronteras en la Enfermedad de Alzheimer. 2003. p. 256–67.
33. Menéndez Álvarez-Dardet S, Pérez Padilla J. La vejez, el envejecimiento, y las personas mayores en España a principios del siglo XXI [Internet]. ASANART. ASANART(Asociación Andaluza de Arteterapia); 2016 [cited 2022 Feb 8]. p. 9–26. Available from: <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/17435>
34. Rodríguez López E, Castro Clemente C. Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en el ámbito de las personas mayores en España. Ehquidad, ISSN-e 2386-4915, N° 12, 2019 (Ejemplar Dedic a Julio - Diciembre), págs 127-154 [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2022 Feb 13];(12):127–54. Available from: <https://dialnet-unirioja-es.unican.idm.oclc.org/servlet/articulo?codigo=6977203&info=resumen&idioma=ENG>
35. Gala Serra C, Candela Mollá A. Intervenciones sobre la soledad en el anciano: Revisión sistemática. Rev Sanit Investig ISSN-e 2660-7085, Vol 2, N° 12 (Diciembre), 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 13];2(12):40. Available from: <https://dialnet-unirioja-es.unican.idm.oclc.org/servlet/articulo?codigo=8277392&info=resumen&idioma=ENG>
36. Clement Carbonell MV. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en el envejecimiento saludable y deterioro cognitivo leve [Internet]. Universitat d'Alacant - Universidad de Alicante; 2020 [cited 2022 Feb 19]. Available from: <https://dialnet-unirioja-es.unican.idm.oclc.org/servlet/tesis?codigo=283609&info=resumen&idioma=SPA>
37. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP [Internet]. Gobierno de España. [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://cpage.mpr.gob.es/>
38. Rodriguez-Alvarez MJ, Guapisaca-Juca JF. Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. Estudio de caso: Centro del Adulto Mayor de la Acción Social Municipal, Cuenca 2021 - Dialnet. polo del conocimiento [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 30];7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8331384&msckid=2769ef70b03911>

ec8b070b4f5d2d13a6

39. Molés Julio MP, Esteve Clavero A, Lucas Miralles MV, Folch Ayora A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global* [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 16];58–70. Available from: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/73501>
40. Mapa del coronavirus en el mundo y datos de su evolución [Internet]. RTVE. [cited 2022 May 1]. Available from: <https://www.rtve.es/noticias/20220428/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>
41. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Situación actual Coronavirus [Internet]. [cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
42. Imsero. Instituto de Mayores y Servicios Sociales :: Información semanal COVID-19 en centros residenciales [Internet]. IMSERSO. 2022 [cited 2022 Feb 21]. Available from: [https://www.imsero.es/imsero\\_01/mas\\_informacion/serv\\_soc/sem\\_cr/index.htm](https://www.imsero.es/imsero_01/mas_informacion/serv_soc/sem_cr/index.htm)
43. Aranda Rubio Y, Aranda Rubio L, Alcaraz-L C, Isach Comallonga M. Impacts on the mental health of the elderly patient after COVID-19: Post-traumatic stress disorder. About clinical case. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021 Mar 1;56(2):115–6.
44. Naranjo-Hernández YI, Mayor-Walton SI, de la Rivera-García III O, González-Bernal RI. Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2021;100. Available from: [www.revinfcientifica.sld.cu](http://www.revinfcientifica.sld.cu)
45. Florez Niño Y, Gelves Ospino M, Porto Torres M, Mendevil Diaz A, Ricaurte Manotas M, Obando Camacho S, et al. Estado cognitivo de adultos mayores latinoamericanos y del caribe durante el confinamiento por la pandemia del Covid-19 [Internet]. Corporación Universidad de la Costa; 2020 [cited 2021 Dec 15]. Available from: <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/7086#.YbnKe3iULUM.mendeley>
46. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira D V., et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 22];24(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33155618/>
47. Palmer K, Kivipelto M, Gianni W, Banaj N, Spalletta G. Editorial: Cognitive, Psychological, and Psychiatric Consequences of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic in the Population of Older Persons With Cognitive Impairment, Dementia, and/or Neuropsychiatric Disorders. *Front psychiatry* [Internet]. 2021 Oct 14 [cited 2022 May 1];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34721115/>
48. Rainero I, Bruni AC, Marra C, Cagnin A, Bonanni L, Cupidi C, et al. The Impact of COVID-19 Quarantine on Patients With Dementia and Family Caregivers: A Nation-Wide Survey. *Front Aging Neurosci*. 2021 Jan 18;12:507.
49. Vlaker JH, Wesselius S, Van Genderen ME, Van Bommel J, Boxma-De Klerk B, Wils EJ. Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single-center, observational study. *PLoS One* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Mar 30];16(8):e0255774. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255774>
50. Estudio de seguimiento de 1 año detecta mayor deterioro mental en ancianos por COVID. *europa pres* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 2]; Available from:

<https://www.sinembargo.mx/11-03-2022/4140834>

51. Criado MA. La COVID-19 produce cambios en el cerebro y la materia gris [Internet]. RTVE. 2022 [cited 2022 May 2]. Available from: <https://www.rtve.es/noticias/20220307/covid-estudio-alteraciones-cerebro/2304280.shtml>
52. Jimenez L, Brik E. Incremento del Consumo Psicofármacos en España debido al COVID-19 [Internet]. [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://itadsistemica.com/adicciones/incremento-consumo-psicofarmacos-en-espana-debido-al-covid19/?msckid=606055a0aea311ec85be047ca09c32e2>
53. De Pue S, Gillebert C, Dierckx E, Vanderhasselt MA, De Raedt R, Van den Bussche E. The impact of the COVID-19 pandemic on wellbeing and cognitive functioning of older adults. *Sci Rep* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 May 1];11(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33633303/>
54. Sánchez-Ordóñez R, Sánchez-Vázquez JF. El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena - Dialnet. *Stud Zamorensia*, ISSN 0214-736X, N° 16, 2017, págs 195-204 [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 2];XIX. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718175>
55. Jiménez BR, Caballero DC, Juárez LM. Soledad y tecnología en sociedades que envejecen: retos y dificultades de los enfoques socioculturales en la salud pública. *Almenara Rev Extrem Ciencias Soc* [Internet]. 2021 Jul 16 [cited 2022 Mar 11];13(13):40–50. Available from: <https://publicaciones.unex.es/index.php/Almenara/article/view/667>
56. Vall HU, Id O, Vall H. Iniciativas solidarias para ancianos confinados por pandemia de COVID-19 : Análisis de contenido temático en prensa. *Cult los Cuid*. 2021;25:38–54.
57. Granda-Oblitas A, Quiroz Gil GX, Runzer Colmenares FM. Effects of isolation in older adults during pandemic: a review of the literature. *ACTA MEDICA Peru* [Internet]. 2022 Feb 4 [cited 2022 Mar 28];38(4). Available from: <http://www.amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/2225>
58. Castillejo JAP. Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Atención Primaria* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2022 Mar 19];45(3):129–32. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-telemedicina-una-herramienta-tambien-el-S0212656712003484>
59. Sangrador CR. Envejecimiento Activo | Qué Es Este Concepto de la OMS [Internet]. *Geriatricarea*. 2018 [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://institutosantalucia.es/envejecimiento-activo/>
60. Laredo-Aguilera A.; Carmona-Torres );, Mota-Cátedra );, Institución ). EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS PERSONAS MAYORES. ESTUDIO DE REVISIÓN NARRATIVA. *ACTIVE AGING: THE IMPORTANCE OF PHYSICAL ACTIVITY IN ELDERLY PEOPLE. STUDY OF NARRATIVE REVISION*. 2017;30–1.