

La soledad, la distancia física, el confinamiento y sus repercusiones en el bienestar de las personas mayores que viven en residencias



Los aislamientos y confinamientos evitan contagios y salvan vidas, pero pueden provocar efectos graves en la salud de las personas. Según la autora de este artículo, las medidas generales de contención de la pandemia adoptadas para las personas que viven en residencias de personas mayores no siempre tuvieron en cuenta las necesidades de esta población. Se vulneraron sus derechos y se limitaron sus libertades.

Sacramento Pinazo-Hernandis

Profesora de Psicología Social en la Universidad de Valencia

Línea^{FGCSIC}
COVID

Un año de pandemia en España. El 11 de febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud denominó esta nueva enfermedad como COVID-19, y la declaró el 11 de marzo de 2020 pandemia global, pues en aquel momento ya afectaba a más de 100 países. La enfermedad se extendió por todo el mundo a gran velocidad. La OMS advirtió que la población mayor de 60 años era la que tenía mayor riesgo de presentar síntomas graves y sobre todo aquella con comorbilidades como diabetes, HTA, obesidad, cáncer y problemas respiratorios o cardíacos, con más probabilidad de contraer el virus y morir. Si acudimos a los datos de fallecimientos por COVID-19 o a los excesos de mortalidad observada sobre la esperada, y comparada con las mismas fechas del año anterior, es obvia la mayor afectación que han tenido las personas mayores. En el caso de las residencias, la mayor edad y las comorbilidades que presentan son factores de riesgo de gravedad, y el entorno cerrado con estrecho contacto con otros residentes y con los profesionales que los atienden favorece la transmisión. Todo esto ha

hecho que los efectos de la emergencia sanitaria provocada por COVID-19 hayan sido particularmente graves en este grupo de personas.

Podemos identificar tres etapas en la evolución de la pandemia: a) Una primera oleada de rápida propagación desde inicios de marzo hasta principios de mayo, llegándose a un escenario de generalización de la epidemia por SARS-CoV-2 que motivó las medidas de confinamiento. Entre el 10 de mayo y el 5 de julio, la infección se mantuvo con baja incidencia. b) Tras la primera semana de julio comenzó un progresivo incremento de casos. c) Pasado el verano, comenzó la tercera ola.

Lo que sucedió en la primera ola llevó a la OMS en 2020 a recomendar actuaciones para la protección a las personas que viven en centros residenciales por su vulnerabilidad frente a la infección. El documento *Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19* estableció los distintos niveles de alerta y las actuaciones recomendadas en función del nivel de

riesgo, y en él se consideró a los centros residenciales como de alto riesgo pues en ellos confluían las siguientes situaciones: contacto estrecho y prolongado, espacios cerrados, ventilación escasa y concurrencia de muchas personas.

Pero yo quiero centrarme en este artículo no en los efectos directos del virus, sino en los efectos indirectos de la COVID-19 en las personas que viven en residencias, asociados a la distancia física y el confinamiento.



Las residencias y la COVID-19

La pandemia COVID-19 se ha convertido en una crisis de salud pública mundial que ha generado cambios drásticos en la vida de todas las personas, en sus rutinas cotidianas, en su vida social, generando altos niveles de preocupación y miedo. En las residencias, el aislamiento, el distanciamiento físico entre personas, la prohibición de visitas de familiares, y de paseos rutinarios y salidas impactan directamente en aspectos físicos,

emocionales y sociales muy relevantes para la salud de las personas mayores, relacionándose con un aumento de sentimientos de soledad, miedo (miedo al contagio, a la enfermedad, a la muerte y al aislamiento social) o desamparo y en los índices de depresión y ansiedad. Las residencias son un recurso necesario que cuida en España a 380.000 personas, en 5.500 residencias repartidas por todo el territorio nacional. En concreto, se ofrecen 4,2 plazas por cada 100 personas mayores.



¿Qué ha sucedido durante la pandemia? Pues que los centros residenciales no tienen los recursos para hacer frente a una pandemia, ni tienen a los profesionales sanitarios ni los edificios son hospitales. Porque no son centros sanitarios. Son espacios de convivencia y las normas que regulan su creación y funcionamiento, así como las actividades que se realizan en el interior a diario, son las de un lugar de vida.

El tamaño medio de los centros residenciales en España está cercano a las 70 plazas, aunque la mitad de las residencias en España supera las 100 plazas. Existen muchas habitaciones de dos personas; de hecho, la mayor parte de las habitaciones son compartidas. A mayor tamaño de la residencia y más profesionales, mayor riesgo de entrada del virus y más dificultades para contener los contagios. Porque el virus ha entrado desde fuera, y eso se ha visto porque la incidencia del virus ha dependido directamente de los niveles de incidencia en el entorno cercano. Una zona en nivel de alerta alto (es decir, con una alta incidencia de casos en el exterior

Las medidas de confinamiento y aislamiento pueden impactar muy negativamente en la salud física, cognitiva y psicológica de las personas mayores

del centro residencial) no solo aumenta el riesgo potencial de entrada del virus, sino que además tensiona el sistema sanitario y dificulta su capacidad de respuesta ante los problemas de salud de las personas, sean o no problemas de salud ocasionados por la COVID-19. Las dificultades para la atención sanitaria en

algunos momentos de desbordamiento unidas a la limitada capacidad de diagnóstico de la enfermedad mediante pruebas PCR al inicio de la pandemia supusieron un problema añadido para la contención y control del virus. En muchos casos, aún no se conocen las causas de los fallecimientos. Otro problema

que ha habido es la dificultad de una detección precoz teniendo en cuenta la sintomatología.

Los síntomas en personas mayores pueden ser muy variados. Además de la fiebre y tos persistente, puede aparecer pérdida de gusto y olfato, trastornos gastrointestinales (diarreas, vómitos o pérdida de apetito), cansancio, confusión, delirium... Incluso hay personas con una PCR positiva que han sido asintomáticos.



Sacramento Pinazo-Hernandis

Profesora en la Universidad de Valencia, es presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriátría y Gerontología desde 2015, y ha sido vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología de 2015 a 2019. Actualmente, se encuentra entre los miembros del Patronato de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal y de la Fundación CODIFIVA (personas con discapacidad física). Ha participado en diferentes proyectos I+D+i españoles y europeos, y ha desempeñado, entre otros, los cargos de coordinadora y miembro del Comité de Innovación frente a la Soledad no deseada en colectivos vulnerables de la Agencia Valenciana de la Innovación, de la Generalitat Valenciana; directora del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia (2003-2016); miembro del Comité Experto Asesor de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Valencia y del Comité Experto Asesor de la Asociación Parkinson Valencia; y coordinadora del Programa Universitario para Mayores de 55 años de la Universidad de Valencia. En 2016 recibió el Premio a la Promoción del Envejecimiento Activo en la VII Edición de los Premios Senda. Ha impartido cursos de envejecimiento activo, buen trato, proyectos intergeneracionales y soledad a profesionales que trabajan con personas mayores, en España y América Latina.

Los efectos del aislamiento sobre la salud de las personas que viven en residencias son muy negativos: la prioridad de adoptar medidas generales de contención (aislamientos y confinamientos) evita contagios y salva vidas, pero puede provocar asimismo efectos graves en la salud de las personas, más allá del riesgo de la COVID-19, que han de ser debidamente ponderados. Las medidas de aislamiento adoptadas para las personas de residencias no siempre tuvieron en cuenta las necesidades de las personas mayores. Se vulneraron sus derechos y se limitaron sus libertades.

Mirando el perfil de las personas que viven en las residencias, la edad media es de 82 años y las mujeres representan un 70% de las personas que allí viven. La mayor parte de los residentes tiene problemas de salud física, cognitiva, funcional o todas ellas. Aunque el estado de salud sea relativamente bueno, la edad avanzada se relaciona con una peor capacidad de respuesta del sistema inmunitario frente a cualquier infección. En los centros residenciales muchas de las personas tienen necesidad de apoyos

La demencia es actualmente la enfermedad neurodegenerativa más prevalente y la principal causa de dependencia en personas mayores de 65 años

para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, alimentación, higiene...). Estos apoyos se realizan a través de contactos estrechos y continuados con los profesionales de los cuidados.

La demencia es actualmente la enfermedad neurodegenerativa más prevalente y la principal causa de dependencia en personas mayores de 65 años. En las residencias hay muchas personas que tienen alzhéimer y otras demencias. La demencia afecta alrededor de un 5-8% de la población mundial mayor de 60 años, porcentaje que aumenta progresivamente conforme avanza la edad y con un claro predominio en el sexo femenino. En España, estudios poblacionales recientes muestran que padecen esta patología entre el 5,5-5,8% de las personas mayores de 65 años y entre el 8,5-9,4% de los mayores de 70

años. Las previsiones indican que en el año 2030 habrá en el mundo unos 74,7 millones de personas con demencia y que en 2050 se alcanzarán los 131,5 millones, mientras que en 2015 había 46,8 millones de personas afectadas por esta patología. Los estudios muestran mayores tasas de demencia en las mujeres. El informe de la Asociación Alzheimer Europe señaló que la incidencia de mujeres con demencias en 2018 en España duplicaba a la de los hombres (580.758 mujeres frente a 271.984 hombres).

Además, las mujeres tienen más probabilidades de vivir en centros residenciales que los hombres; mientras que ellas pasan un 94% de su tiempo con la enfermedad en residencias, ellos pasan el 60%. Los problemas cognitivos (alzhéimer y otras demencias) han supuesto un reto difícil durante estos meses de aislamiento y confinamiento.

Muchas de las personas confinadas en residencias no podían comprender lo que estaba sucediendo, no entendían o no recordaban a cada momento las medidas de prevención de la transmisión de la infección, no reconocían a los profesionales del cuidado por llevar EPI, mascarillas y gorros...

Muchas de las personas no podían comprender lo que estaba sucediendo, y muchos no entendían o no recordaban a cada momento las medidas de prevención de la transmisión de la infección (distancia física, higiene de manos...), o no reconocían a los profesionales del cuidado por llevar EPI, mascarillas y gorros..., o les cambiaron a los profesionales a los que conocían porque sus cuidadores de siempre estaban afectados por la COVID-19 y los centros residenciales tuvieron que contratar a nuevos trabajadores. Muchas de las personas con demencias que viven en residencias, por

su enfermedad, presentan deambulación errática y es difícil mantenerlas en un lugar cerrado; otras tienen dificultades de visión o audición, y la falta de comunicación no verbal limita la comprensión comunicativa.

El abordaje que se ha dado al problema de la COVID-19 no siempre ha considerado suficientemente los criterios generales de mantenimiento de la autonomía y dignidad de las personas. Algunas de las medidas que se implementaron no tuvieron en cuenta suficientemente la voluntad y la situación de las personas en los centros residenciales. Por ejemplo, las medidas sobre los “horarios de paseo reservados para personas mayores” iban acompañadas de la “prohibición de entrada y salida de las personas mayores de las residencias” si era allí donde vivían. La mayoría de los países establecieron restricción de visitas en las residencias, pero los datos muestran que esta política por sí sola no ha protegido a las residencias de las infecciones. Aún así, el virus se ha colado en los centros.

Efectos del aislamiento: ansiedad y depresión

Los efectos del aislamiento, sumados al cese de las actividades terapéuticas grupales y a la disminución de las actividades individuales, han provocado un mayor deterioro del estado cognitivo, físico, funcional y afectivo de las personas que viven en los centros residenciales. En nuestras investigaciones hemos podido observar peores puntuaciones en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud tras un periodo de confinamiento, y un aumento del deterioro cognitivo y de los síntomas de ansiedad y depresión, un aumento de la dependencia funcional, y un empeoramiento del equilibrio y estabilidad en la marcha.

Diferentes estudios sobre el impacto psicológico de la COVID-19 muestran que más de la mitad de la población (53,8%) experimentó un impacto psicológico moderado o severo, y la mitad de los encuestados indicaron que se sentían deprimidos.



El aislamiento, el distanciamiento social y la desconexión social están relacionados con la depresión y la ansiedad. Esto ha sido estudiado por los psicólogos desde hace décadas. En nuestra investigación encontramos que el 70% de las personas presentó reacciones emocionales asociadas a miedo a morir como consecuencia de la COVID-19, ansiedad ante la posible pérdida de familiares y seres queridos y angustia por separación al no tener posibilidad de estar con hijos y nietos debido a las restricciones de acceso a los centros residenciales. Casi la mitad de las personas entrevistadas presentó problemas de ansiedad y apatía y tres de cada cuatro residentes presentaron trastornos del sueño.

Efectos del aislamiento: más soledad

La relación con otras personas proporciona una sensación de conexión que es un fuerte amortiguador de los problemas de la vida cotidiana y los momentos de estrés y angustia, especialmente durante la pandemia. La soledad es un sentimiento subjetivo.

La soledad aumenta los problemas de salud, disminuye la capacidad funcional y aumenta la mortalidad prematura

Cada uno la vive de una manera. Se manifiesta como soledad negativa cuando se produce una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que efectivamente se tienen. La soledad es un problema grave al que se enfrentan muchas personas mayores y conlleva un alto coste físico y mental. La soledad aumenta los problemas de salud, disminuye la capacidad funcional y aumenta la mortalidad prematura. La pandemia ha puesto en grave riesgo de soledad y aislamiento social a las personas mayores.

En estos tiempos de pandemia el sentimiento de soledad ha aumentado mucho debido al “doble confinamiento” en el que han vivido durante muchos meses las personas en las residencias, confinados en el centro, no permitiéndoles salir al exterior, ni recibir visitas de

familiares y amigos y, además, en aislamiento en su habitación durante días y semanas (por brotes en el centro, por haber dado positivo en la PCR, por contacto directo con una persona afectada por el virus o por ser persona de riesgo).

En el último año, las residencias han intentado mantener el contacto de las personas que allí viven con sus familias por medio de videollamadas, intentando aliviar la soledad, aunque esto no ha sido suficiente, pues no sustituye a los abrazos ni a pasar un tiempo juntos cara a cara.

Incluso, en algunos centros residenciales crearon unas agradables “zonas de encuentro” con sillones y mamparas para que se mantuviese la distancia adecuada, o ingeniosos “arcos de los abrazos” hechos con materiales plásticos para que las personas que viven en las residencias

puudiesen abrazar a sus seres queridos sin riesgo de transmisión del virus.

Efectos del confinamiento: niveles más bajos de bienestar psicológico y satisfacción con la vida

El *bienestar psicológico* o *bienestar subjetivo* es un concepto complejo y compuesto de diferentes dimensiones, relacionado directamente con la experiencia personal de cada persona, sus necesidades y deseos. Los componentes del bienestar psicológico son: la autonomía, el crecimiento personal, la autoaceptación, la competencia, el propósito en la vida y las relaciones positivas. La satisfacción con la vida es un elemento esencial que forma parte de las dimensiones subjetivas del envejecimiento.

Diferentes estudios han mostrado que bajos niveles de bienestar subjetivo y falta de sentido de vida se asocian con mayor riesgo de mortalidad, y por contra, el bienestar subjetivo y el sentimiento positivo de la vida y la satisfacción vital son factores que predicen la longevidad y el envejecimiento saludable, pues entre otras cosas mejora los niveles de afrontamiento del estrés. Tener buenas y frecuentes relaciones interpersonales se relaciona con un estado positivo de bienestar psicológico al ser las relaciones sociales una necesidad humana básica. El miedo, el estrés, la soledad y el aislamiento social de las personas mayores durante la pandemia pueden socavar la capacidad de recuperación y, como consecuencia, comprometer aún más el bienestar subjetivo, psicológico, y la satisfacción con la vida de las personas mayores.

Las personas que enferman en un centro residencial tienen derecho a la atención sanitaria pública y gratuita por su condición de ciudadanos y no es admisible que sean privados de este derecho por su edad o por tener discapacidad o dependencia

Edadismo o discriminación durante la pandemia

El edadismo o discriminación por edad produce efectos negativos en la salud de las personas mayores que influyen en la percepción que la persona mayor tiene de sí misma. La discriminación tiene consecuencias sociales como la invisibilización de las personas mayores y genera actitudes negativas hacia la prestación de cuidados de larga duración.

Durante estos meses de pandemia, la discriminación a los mayores o con enfermedad de Alzheimer les ha llevado a no recibir los tratamientos adecuados. El no tener derecho a recibir unos cuidados dignos sitúa a las personas en un lugar “aparte” en la sociedad, como ciudadanos de tercera clase. Las personas que enferman en un centro residencial tienen derecho a la atención sanitaria pública y gratuita por su condición de ciudadanos, tanto en la atención primaria de salud como en la especializada. No es admisible que sean privados de este derecho por su edad o por tener discapacidad o dependencia. Los poderes

públicos que tienen la competencia de gestionar, financiar y/o supervisar estas instituciones deberán fortalecer los mecanismos de evaluación, supervisión y coordinación de las mismas para evitar en el futuro situaciones indeseables como las que se han producido.

En este tiempo de pandemia, se ha limitado la movilidad de miles de personas mayores solo por su edad (“No podrán salir a la calle las personas mayores de 70 años...”), bajo el paraguas de una máxima mayor: la de proteger su salud a pesar de violar sus derechos. Esta normativa “de obligado cumplimiento” ha llevado a la indignación de muchas personas y entidades en muchos lugares del mundo.

Según CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Personas Mayores):

- > Se ha violado el *derecho a la vida* porque muchas de las muertes se podrían haber evitado, pero esas personas no recibieron la asistencia posible (Art. 3 de la Declaración de la ONU y Art. 15 de la Constitución).
- > Se ha violado el *derecho a utilizar*

los servicios de salud cuando muchos hospitales han limitado el acceso a las personas mayores, sobre todo a las provenientes de residencias (Arts. 22 y 25 de la Declaración de la ONU y 43 de la Constitución).

- > Se ha violado el *derecho a la igualdad* porque, al considerar solo el criterio de la edad, se les ha discriminado frente al resto de ciudadanos (Art. 1 de la Declaración de la ONU y 14 de la Constitución). El edadismo es una violación del derecho a la igualdad.
- > Se ha violado el *derecho a la libertad* porque en algunas residencias se han utilizado medidas de aislamiento excesivas, escasamente basadas en evidencias sobre riesgos de contagio y confirmación de enfermedad (Arts. 1 y 3 de la Declaración de la ONU y 17 de la Constitución).
- > Se ha ignorado el valor de la *dignidad* de la persona porque muchas de las que han muerto lo han hecho separadas de sus seres queridos, en condiciones inhumanas y degradantes (Arts. 1 y 5).
- > Por último, ha sido violado el *derecho a la información* para tomar decisiones y ejercer su autonomía.

A modo de reflexión final

Las medidas de confinamiento y aislamiento pueden impactar muy negativamente en la salud física, cognitiva y psicológica de esta población. La atención integral de las personas mayores debe considerar las necesidades físicas, sensoriales, cognitivas y emocionales, evitando la discontinuidad en los cuidados en todas sus dimensiones, tengan o no relación con la propagación del virus con el fin de preservar y mantener las capacidades.

La aplicación de medidas de aislamiento, confinamiento, pérdida de rutinas, de actividad física, etc., cuando son de inevitable aplicación, debe mantenerse solo por el tiempo que sea estrictamente necesario. La implementación de medidas de confinamiento de los centros residenciales se tiene que acompañar de planes para paliar los efectos negativos del aislamiento social manteniendo la orientación a la realidad (orientación espacio-temporal) y los vínculos personales. Es fundamental crear entornos que apoyen y mantengan

Es necesario promover el bienestar emocional de las personas mayores que viven en centros residenciales, facilitando las relaciones con sus familiares y con otros residentes de forma segura, y así paliar las consecuencias que el confinamiento está teniendo sobre ellas

la capacidad funcional. Los centros residenciales deben apoyar y mantener la capacidad funcional, reorganizando los espacios de forma que se pueda permitir la realización de actividad física y una socialización de forma segura.

En los centros residenciales es fundamental mantener y mejorar la capacidad funcional de las personas mayores que allí viven, con el objetivo de prevenir fragilidad y dependencia con programas de actividad física multicomponente y promoción de estilos de vida saludables. Los programas de actividad física mejoran el equilibrio y la fuerza muscular y reducen las caídas.

Es necesario promover el bienestar emocional de las personas mayores que viven en centros residenciales, facilitando las relaciones con sus familiares y

con otros residentes de forma segura, y así paliar las consecuencias que el confinamiento está teniendo sobre ellas. La necesidad de tener vínculos y figuras de apego que sean referentes es más importante aún en las personas con demencias.

Asimismo, es necesaria una estrategia de consenso nacional para el cuidado relacional y el buen trato de las personas que viven en residencias que asegure la dignidad en la última etapa de la vida, manteniendo en la medida de lo posible la voluntad manifestada por la persona mayor y el respeto.

Artículo núm. 14 | Febrero 2021

COPYRIGHT © 2021 FUNDACIÓN GENERAL CSIC.
TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS.
Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso de los autores



Ágora FGCSIC