

NEWSLETTER_SVGG

2020 | Número 8
Fecha 15.09.2020



Sociedad Valenciana
Geriátrica y Gerontología

¡VOLVEMOS!

Feliz regreso después de unas extrañas Vacaciones, las de este año COVID-19. Este es nuestro primer número a la vuelta de las vacaciones de verano. Hemos descansado y volvemos con las energías renovadas y con muchas ganas de poder hacer cosas.

Como sabéis, en cada una de las Newsletter os traemos una puesta al día de un tema de actualidad en el ámbito de la gerontología y la geriatría. En las anteriores Newsletter hemos contado con la inestimable ayuda de miembros de la Junta Directiva de la SVGG como Esther Sitges, Javier Bendicho, Clara Aguado, Raquel Valera, Encarna Gomez y Sacramento Pinazo, Marta Inglés, o personas que han colaborado como María Rodríguez y Rita Redondo (Directora y Psicóloga del Centro de Tipología Mixta Quart de Poblet) y Ruth Gasparini Berenguer (Neuropsicóloga, Hospital General Universitario de Alicante (ISABIAL) y Centro Gasparini).

Hemos realizado entrevistas a AFAV, Cruz Roja, Marta Aguilar (Facultad Fisioterapia, Universidad de Valencia), Beatriz Bonete (Facultad de Psicología, Universidad Miguel Hernandez), Juan Ramos (Asociación COTLAS), M Angeles Medina Martínez (Médico de familia, Presidenta de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria), Verónica Gomez (Inspectora Policía Nacional. Jefa UFAM Grupo 1. Comisaría Provincial de Alicante), Jonathan Caro (Facultad Enfermería, Universidad País Vasco) y hemos compartido con vosotros muchos documentos, links y artículos.

En este número entrevistamos a Miguel Jorda quien nos hablará del Consejo Valenciano de Personas Mayores y Bárbara Gil, gerente, representando al equipo de la Asociación Parkinson Valencia. Aprovechando que se acerca el 21 septiembre, día del Alzheimer.

El tema del que trata el editorial de este octavo número de la Newsletter es el papel de la tecnología frente al desafío que representa la demencia en nuestra sociedad, y corre a cargo de Rosa Redolat, catedrática de Psicobiología de la Universidad de Valencia.

DEMENCIA Y TECNOLOGÍAS

El progresivo incremento del número de personas afectadas por demencia en el mundo plantea la necesidad de encontrar métodos efectivos de apoyar el funcionamiento cognitivo, social y emocional en esta población. Debido al escaso éxito de los nuevos ensayos con fármacos se hace necesario adoptar una aproximación más holística explorando otras vías de intervención que complementen las terapias farmacológicas y no farmacológicas que ya se están aplicando.

Existe actualmente enorme interés por la tecnología y las soluciones que esta nos puede ofrecer para las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Como afirman algunos autores, en el campo de la tecnología aplicada a la demencia “*el futuro es ahora*” ya que los desarrollos en este campo evolucionan muy rápidamente. Además, la pandemia por Covid-19 que actualmente está afectando a todo el mundo ha puesto de manifiesto la necesidad urgente de adaptar el uso de diferentes instrumentos tecnológicos y de la telemedicina al ámbito sanitario y de tratamiento de las enfermedades mentales y neurodegenerativas.

Las tecnologías de la información y la comunicación parecen presentar gran potencial para mejorar la eficiencia y calidad del cuidado de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer. La necesidad de aplicar este tipo de soluciones también deriva en parte de los retos a los que se enfrentan los cuidadores que con frecuencia experimentan estrés, sobrecarga y depresión.

A continuación se abordarán diferentes ejemplos de cómo estas aplicaciones pueden contribuir a mejorar el bienestar y proporcionar mejores servicios tanto a las personas afectadas como a sus familiares. Las principales áreas de interés se relacionan con el amplio uso de la tecnología para el diagnóstico, monitorización o mantenimiento de la función, y tratamiento en personas con demencia. A continuación, presentaremos brevemente algunos ejemplos de aplicaciones en estas áreas, así como enlaces a páginas web, noticias y videos en los que se puede ampliar la información proporcionada.

1) Diagnóstico y evaluación

Sabemos que el estadio subclínico de demencia puede iniciarse muchos años antes de que se manifieste a nivel clínico. De ahí el interés por la detección temprana del deterioro cognitivo que permita intervenciones dirigidas a su prevención.

Se han realizado diferentes propuestas en relación con la posibilidad de realizar evaluaciones cognitivas computerizadas. En este ámbito destacan iniciativas como *Brain Check*, un test neurocognitivo que puede aplicarse de forma móvil y rápida y podría ayudar a detectar deterioro cognitivo y demencia. El programa está compuesto por 5 apps y muestra elevada correlación con las pruebas estándar de evaluación. Otra iniciativa de interés es el *Integrated Cognition Assessment (ICA test)* desarrollado por la empresa Cognativity, una prueba simple y rápida que puede contribuir a un diagnóstico más temprano, aumentando la implicación del paciente en el tratamiento y permitiendo la monitorización continua de los cambios. La empresa ALTOIDA ha desarrollado un instrumento (*Altoída NMI device*) para evaluar el deterioro cognitivo utilizando el paradigma de realidad aumentada que ya ha sido probado en más de 500 pacientes. Los resultados preliminares sugieren que la prueba podría predecir si el deterioro cognitivo presentará conversión a demencia tipo Alzheimer al menos con 6 años de anticipación.

Los biomarcadores digitales también representan una oportunidad en este ámbito, aunque todavía no conocemos muy bien cómo podrían aplicarse para la identificación del deterioro cognitivo y acelerar el diagnóstico de demencia. Los smartphones y otros instrumentos (relojes o pulseras inteligentes, sensores en las prendas de vestir...) pueden ayudarnos a recoger muchos tipos de datos que antes eran difíciles de lograr. La compañía MINDSTRONG impulsada por Thomas Insel, antiguo director del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en USA, pretende redefinir el tratamiento de las enfermedades mentales, combinando el cuidado clínico con el poder de la inteligencia artificial y el aprendizaje automático, aproximación que podría tener gran interés el mantenimiento de la salud cerebral.

A nivel europeo podemos destacar el proyecto MOPEAD (*Models of Patient Engagement for Alzheimer's Disease*), financiado por la Unión Europea y coordinado en España por la *Fundación ACE-Barcelona*

Alzheimer & Treatment & Research Center. El proyecto se basa en la detección de demencia aplicando tecnologías innovadoras como el Big Data, permitiendo definir nuevas intervenciones terapéuticas que ayuden a frenar la enfermedad de Alzheimer. Con un objetivo similar, la organización Alzheimer's Research del Reino Unido lanzó recientemente una iniciativa global denominada EDoN (*Early Detection of Neurodegenerative Diseases*) que pretende revolucionar la detección temprana de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. El proyecto analizará gran cantidad de datos digitales (patrones de sueño, marcha, habla...) para desarrollar firmas de enfermedades o "huellas digitales", que luego pueden detectarse utilizando wearables o tecnologías móviles, como los smartphones o los relojes inteligentes.

El desafío al que se enfrentan todas las tecnologías descritas es identificar los síntomas lo más pronto posible, contribuyendo a la detección precoz de la enfermedad.

Monitorización y mantenimiento de la función

Existen también muchos ejemplos de cómo la tecnología puede aplicarse en ámbitos relacionados con el mantenimiento de las funciones y apoyo a las actividades sociales y de ocio en personas con demencia. Uno de los aspectos que se ha desarrollado en este ámbito es la adaptación del entorno residencial del sujeto, por ejemplo, mediante hogares inteligentes o smart homes que permitan atender mejor las necesidades del paciente. A nivel más global, el proyecto *Healthy Home* (liderado por la UK Dementia Research Institute) intenta aunar los esfuerzos de ingenieros, científicos y profesionales sanitarios para desarrollar una tecnología que pueda ser integrada en el propio hogar y permita evaluar de forma continua el bienestar físico y mental, alertando de forma temprana de cualquier problema. En nuestras casas encontramos cada vez más elementos interconectados que podrían ser utilizados para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia. Los asistentes virtuales (como *Alexa* de Amazon o *Home* de Google) cuentan con aplicaciones o *skills* que pueden ser utilizadas como apoyo (por ejemplo, en el control de la ingesta de medicamentos, recordatorio de citas médicas o ayuda en la preparación de comidas). También hay investigaciones en marcha que intentan determinar si los patrones de voz y lenguaje que utilizan estos asistentes podrían aplicarse para la detección temprana de la Enfermedad de Alzheimer aplicando técnicas de inteligencia artificial.

Otras intervenciones podrían contribuir a un mejor manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (por ejemplo, localizadores GPS, despertadores con luz que simulan el amanecer, relojes inteligentes...). En este ámbito, nos gustaría destacar la aplicación *Mime y Sume*, una solución tecnológica desarrollada por la empresa española Ibermática que ofrece apoyo permanente tanto a los propios pacientes como a los cuidadores. *MiMe* es un dispositivo móvil en el que el propio sistema del teléfono es sustituido por otro más sencillo que pueda ser manejado por la persona con demencia, mientras *SuMe* es la app dirigida al cuidador, que puede ser instalada en el propio móvil y mediante la cual puede saber si su familiar necesita ayuda. Estas aplicaciones pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes de Alzheimer y de sus familiares y cuidadores.

2) Tratamiento

Existen varios programas de intervención *on line* para prevención de deterioro cognitivo. En este ámbito destacan la plataforma *Maintain your brain* que se basa en el proyecto *World Wide Fingers* desarrollado por la Alzheimer's Association, y la iniciativa *Barcelona Brain Health Initiative* (BBHI) que actualmente es un proyecto de investigación dirigido a conocer cómo se puede mantener la salud de nuestro cerebro.

En las personas con demencia el entrenamiento cognitivo puede complementarse utilizando aplicaciones móviles (como *Imentia*, *Stimulus*, *Memory Box*...) o juegos terapéuticos (como los que ofrece la plataforma *Ad Gaming*). También la tecnología puede resultar muy útil en la terapia de reminiscencia, en la que se permite al paciente evocar recuerdos y sensaciones de experiencias pasadas contribuyendo de este modo a reforzar la memoria (por ejemplo, el programa EVOCA que une la musicoterapia y la realidad virtual para ayudar al paciente a recuperar recuerdos y música que el Alzheimer no ha logrado borrar). La realidad virtual puede ayudar a las personas a sentirse inmersas de forma virtual en

imágenes de entornos conocidos, como su casa familiar, permitiéndoles regresar a un tiempo pasado que ellos recuerdan. Basadas en esta tecnología hay aplicaciones como *Bike Around* (sistema que consta de una pantalla circular conectada a una bicicleta en la que la persona puede realizar ejercicio mientras visualiza lugares conocidos) que utiliza el *Google Street View* para ayudar a los pacientes con demencia que presentan pérdida de memoria. El programa *The wayback* (<https://thewaybackvr.com/>) ofrece un conjunto de películas en realidad virtual diseñadas para ayudar a las personas con demencia y sus familiares recreando momentos positivos del pasado (por ejemplo, ya están disponibles vídeos sobre la coronación de la Reina Isabel en el año 1953 incluyendo muchas escenas y canciones típicas de ese momento, y se están preparando nuevos documentales abarcando distintos hitos históricos) que pueden ayudar a recuperar recuerdos y estimular conversaciones con la persona mayor acerca de sus recuerdos sobre esos acontecimientos.

2020 | Número 8

Fecha 15.09.2020

En este breve repaso de Nuevas Tecnologías aplicadas al envejecimiento y las demencias no podemos dejar de nombrar los robots terapéuticos. En este ámbito cada vez se están utilizando con mayor frecuencia tanto los denominados robots sociales (que proporcionan estimulación multimodal como el robot foca *Paro*) como los robots-servicio (como *Pepper* que pueden ser usados para contacto familiar, promover conductas saludables, controlar la medicación...). Los robots suelen ser caros y podrían no ser apropiados para todas las personas, además de suscitar mucha controversia respecto a su uso en centros residenciales y en otros entornos. Pero, sin duda, en un futuro próximo podremos ver muchas más aplicaciones a medida que se realizan avances en el ámbito de la inteligencia artificial. Quizá habría que plantearse en qué medida este tipo de tecnologías podrían aliviar la enorme presión que existe actualmente sobre los servicios sociales y sanitarios, derivada de la pandemia y la escasez de recursos en algunas áreas.

En conclusión, podemos afirmar que existe gran interés por las tecnologías como una de las soluciones frente al desafío que representa demencia pero todavía quedan muchas respuestas por resolver y retos por alcanzar. El aspecto positivo es que la adopción de la tecnología entre las personas mayores está creciendo muy rápidamente, lo que podría proporcionar gran cantidad de datos tanto para los científicos como para los profesionales sanitarios. Se ha propuesto que el desarrollo de huellas o biomarcadores digitales puede ofrecer muchas oportunidades para la detección temprana de trastornos como la Enfermedad de Alzheimer y el seguimiento de su tratamiento, pero no podemos olvidar los problemas que se plantean tanto a nivel práctico como en relación con la confidencialidad y la obtención de datos personales.

Por otra parte, muchos profesionales expresan su temor de que las tecnologías reemplacen el criterio clínico. Debemos tener en cuenta que, en general, el objetivo de los nuevos desarrollos tecnológicos no es sustituir a las evaluaciones clínicas estándar como son, por ejemplo, las pruebas de memoria o lenguaje, sino ser una herramienta más que contribuya a la detección precoz de la Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia. Además, el acceso a *Big Data* y la inteligencia artificial podrían acelerar la investigación sobre los factores que contribuyen a la demencia, proporcionando mayor apoyo a las personas afectadas y a sus cuidadores lo que podría contribuir también al desarrollo de nuevos tratamientos.

Podemos acabar esta breve presentación parafraseando las palabras con las que los desarrolladores de la iniciativa EDoN (*Early Detection of Neurodegenerative Diseases*) presentaban su proyecto: *“Si podemos hacerlo (obtener y analizar este tipo de datos), tenemos la mejor oportunidad de detener esas enfermedades antes de que los síntomas de la demencia empiecen a interferir en el estilo de vida, manteniendo a la gente conectada a su mundo, a sus familias y a sí mismos por más tiempo”*.

ENTREVISTA A... MIGUEL JORDA. PRESIDENTE DEL CONSEJO VALENCIANO DE PERSONAS MAYORES



¿Qué es el Consejo Valenciano de Personas Mayores (en adelante, CVPM)?

El CVPM, nace como consecuencia, de las disposiciones establecidas en el artículo 50 de la Constitución Española, que precisan con claridad e indican que los poderes públicos posibilitarán estructuras participativas que garanticen la intervención de las personas mayores en sus propias decisiones; también el propio Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, en su artículo 2, atribuye a la Generalitat Valenciana, en el ámbito de sus competencias crear órganos participativos que permitan a la Sociedad Valenciana participar en los temas que le sean propios. A partir de ahí, en el año 2004 se crea a través de un Decreto-Ley el CVPM (2004/12574).

El CVPM es un órgano colegiado, consultivo y asesor, adscrito a la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas (CIPI) de la Generalitat Valenciana, con sede en las dependencias de la propia Consellería.

¿Quiénes componen el CVPM?

En la actualidad, el CVPM, tiene una representación social y participativa muy amplia a nivel institucional y social, a tenor de las organizaciones sociales de la Comunidad, todas ellas de personas mayores lógicamente y abierta a posibles incorporaciones como es natural, en la actualidad somos 22 miembros titulares, más los y las suplentes, todos ellos, tienen compromiso muy importante y participativo en las actividades del Consejo.

Por un lado están, con un vocal más suplente, las asociaciones de personas mayores como; UDP, CIMA, AGM, AGM de Telefónica, FOMCOVA y FEVAFA.

Con un representante por entidad más suplente, por las residencias, AERTE y LARES. Por los CEAMs, hay un representante de los usuarios.

Por las personas usuarias de residencias, hay un representante.

Un representante por cada organización sindical representativa, con organización de mayores, UGT-PV y CCOO-PV.

Tres representantes de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias.

Cuatro vocales nombrados directamente por el titular de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas (CIPI) -donde está adscrito orgánicamente el Consejo-, elegidos entre personas mayores que hayan

destacado por su trayectoria en el ámbito de las personas mayores como personas de reconocido prestigio personal y profesional.

3 vocales representando a las Consellerías competentes de Sanidad, Servicios Sociales y transportes, con el rango al menos de Director General

¿Cuáles son sus funciones?

El CVPM, es el órgano consultivo de la Generalitat Valenciana, en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas a las personas mayores, entendiendo por tales, a las personas mayores de 65 años y las de más de 60 años, que hayan cesado en su actividad laboral y profesional.

Dentro de las funciones están:

- Canalizar hacia la Administración iniciativas y propuestas.
- Asesorar e informar sobre las consultas que les plantean las Instituciones públicas.
- Conocer las convocatorias de subvenciones efectuadas por los órganos de la Generalitat Valenciana dirigidas a asociaciones de personas mayores
- Colaborar con el movimiento asociativo.
- Informar de aquellos proyectos normativos que, por su relevancia, le sean sometidos a consulta.
- Proponer al President de la Generalitat Valenciana la distinción de aquellas personas, entidades o instituciones que se hayan hecho acreedoras por su trabajo o dedicación, en defensa o promoción de la atención y mejora de la calidad de vida de las personas mayores.
- Mantener contactos y colaborar con otros órganos análogos de ámbito comarcal regional, estatal e internacional.
- Recoger y canalizar las iniciativas y las sugerencias de las personas y de los colectivos de personas mayores, no representados en el Consejo.
- Contribuir a la sensibilización de la sociedad en materias de interés para el colectivo de personas mayores.
- Impulsar la realización de estudios e investigaciones en temas relacionados con el envejecimiento y el bienestar social y la mejora de los servicios sociales.
- Y aquellas otras que el President o el Consell de la Generalitat Valenciana le encomienden.

El CVPM podrá tener relaciones horizontales con órganos consultivos de carácter análogo; al mismo tiempo también podrá tener acuerdos de colaboración con otros órganos de carácter social, científico y cultural.

Formamos parte del Consejo Estatal de Personas mayores, con un representante, de la Plataforma Cívica; y de la Comisión de Transparencia de la Generalitat Valenciana.

¿De quién depende?

Depende de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas (CIPI), en su adscripción orgánica, pero ejercemos nuestras funciones con autonomía orgánica y funcionalmente.

Las tareas que el CVPM viene realizando son las siguientes:

- Las actividades enmarcadas en nuestro plan de trabajo, pasan por celebrar reuniones periódicas de trabajo.

Por ejemplo, tenemos cuatro comisiones: Sanidad, Dependencia, prestaciones y recursos sociales, calidad de vida y otra que se han creado para revisar el propio Decreto y el Reglamento del mismo, con el fin de hacer un CVPM mas participativo abierto a sectores diversos de la sociedad, siempre dentro del marco de personas mayores, más democrático en cuanto a la participación territorial. Queremos que los ámbitos locales y comarcales puedan participar en el CVPM y darle un carácter más inclusivo.

Celebramos reuniones trimestrales de la Comisión Permanente y dos sesiones al año del Pleno del CVPM, además de las reuniones de coordinación semanales.

En definitiva, la actividad del CVPM es muy rica en cuanto a actividad; tratamos de estar presentes en la sede dos-tres días por semana, pese a no tener ningún recurso humano de apoyo permanente todavía a nuestra disposición (personal de administración y servicios), pero esperamos conseguirlo pronto.

Desde la elección del actual CVPM (2018) este Consejo, ha desarrollado varias actividades, entre ellas y en la antesala de las elecciones autonómicas en la Comunitat Valenciana nos reunimos con todos los partidos políticos con representación parlamentaria para presentarles un *Decálogo de prioridades de las personas mayores*. Debemos reconocer la buena acogida y recepción positiva de todos ellos.

En dicho decálogo planteábamos temas vinculados con nuestro sector; se les planteó la realización de una *Ley Integral de las personas Mayores*, y una potenciación del CVPM, que pasaba por tener una infraestructura con dotación adecuada de recursos humanos y económicos, que permitieran una gestión más ágil y eficaz del mismo; también se les plantearon temas vinculados a sanidad, dependencia, servicios sociales, movilidad, urbanismo inclusivo, más participación de las personas mayores desde los ámbitos locales y comarcales y un gran etc. . . .

Después de esto, hemos mantenido frecuentes reuniones con las Direcciones Generales de las respectivas Consellerías para plantearles nuestras preocupaciones y propuestas.

Como consecuencia de la iniciativa de la CIPI de desarrollar un nuevo proyecto participativo que consiste en desarrollar una *Estrategia Valenciana de Envejecimiento Activo y lucha contra la soledad no deseada*, también hemos desarrollado propuestas para plantear al proyecto, una vez se reanude el proceso paralizado por la COVID-19.

Con el tema de la soledad no deseada estamos desarrollando un plan de colaboración con el Barrio de San Isidro en Valencia, colaborando con todo el movimiento vecinal de la barriada para abordar y colaborar en este tema, aprovechando la experiencia piloto para trasladarla a otras barriadas de la Comunitat Valenciana.

Desde la Secretaría Autonómica de la CIPI se nos ha propuesto que presentemos como CVPM aportaciones para incluir en los presupuestos de la Generalitat Valenciana, junto con la Plataforma Cívica, donde estamos participando conjuntamente con CVJ, la Plataforma del Tercer Sector y la Plataforma de ONGD. En la indicada propuesta planteamos los temas más candentes que hoy tiene la sociedad y que lógicamente más nos preocupan y son los vinculados a reforzar el Sistema Público de salud, los Servicios Sociales y los relacionados con las personas en residencias y Centros de Día, tanto por los usuarios como por los profesionales.

Dentro de las actividades, desarrollamos una colaboración muy intensa con las entidades que forman parte del CVPM, participando en todos los actos que organizan; todas ellas tienen una vida social muy intensa.

Formamos parte del Consejo del Mayor de Valencia, pero estamos a la espera de su reorganización municipal para que nos incluyan en el mismo. Las relaciones en Castellón y Alicante, están a la espera ya que la pandemia ha paralizado el proceso. Tenemos diseñadas unas jornadas participativas en las tres provincias que se han tenido que aplazar.

La hoja de ruta la tenemos definida y tenemos los objetivos claros pero la verdad es que la nueva situación, hace que tengamos mucha prudencia, ya que el COVID-19, nos preocupa y mucho por la incidencia que tiene sobre todo en las personas mayores, y en concreto las que están en residencias y Centros de Día.

Hemos tenido varias reuniones con la CIPI y las residencias públicas y privadas y hay que ser muy prudentes y muy rigurosos con los protocolos de las visitas, con las salidas y entradas, hay que reforzar los sistemas socio-sanitarios para evitar posibles contagios. El Consejo está muy sensibilizado con esta situación y estamos exigiendo a las autoridades sanitarias que refuercen el sistema dotando de equipamientos y recursos con urgencia, y exigiendo una perfecta coordinación entre la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas y la propia Consellería de Salud Pública, ya que lo que parecía que podría ocurrir en septiembre u octubre, estamos viendo que se ha adelantado a julio por el incremento de contagios por doquier, y como consecuencia del disfrute poco preventivo de la gente en verano.

Para concluir esta entrevista, reiterar el agradecimiento a la SVGG, y ofrecernos a colaborar en conseguir una autentica calidad de vida a las personas mayores. Son muchos los temas que nos afectan, y los

gobiernos Central, Autonómico y Local, tienen mucho que decir y hacer con las personas mayores y para ello, todas las personas, entidades y asociaciones, tenemos que ir de la mano en este objetivo social.

Más información: <http://www.inclusio.gva.es/es/web/mayores/consejo-valenciano-de-personas-mayores>



ENTREVISTA A... (BÁRBARA GIL, Gerente de la Asociación Parkinson de Valencia)



Hace un tiempo la Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología firmó un Convenio de Colaboración con la Asociación de Parkinson Valencia. Es una entidad de reconocida trayectoria y muchos años de funcionamiento.

Explíquenos brevemente cómo nace, por qué y con qué objetivos. ¿Cuáles han sido y son sus principales reivindicaciones como asociación?

La asociación nació hace 26 años con el objetivo de apoyar a las personas con Parkinson y sus familias en todos aquellos aspectos que les permitiesen tener una adecuada calidad de vida. Frente a la falta de terapias de rehabilitación y apoyo existentes en la sanidad pública, la asociación comienza a buscar profesionales especializados que puedan cubrir las necesidades de atención de los enfermos. Poco a poco se han ido creando y ampliando servicios de rehabilitación hasta llegar al momento actual, donde atendemos a más de 500 familias. Por otra parte, el trabajo de sensibilización de la comunidad y de reivindicación de los derechos del colectivo de personas con la enfermedad de Parkinson es una actividad intensamente desarrollada por nosotros. Somos la voz de las personas enfermas y de sus familias.

El Decreto del Estado de alarma por el COVID-19 obligó a la paralización de toda actividad en nuestro país y la finalización brusca de las intervenciones de las diferentes entidades del Tercer Sector que trabaja con los colectivos más vulnerables. ¿Cómo ha afectado esta situación extraordinaria a Parkinson Valencia? ¿Qué aspectos estructurales y de funcionamiento han tenido que adaptar para seguir atendiendo de la mejor manera posible desde la asociación?

Esta situación ha puesto del revés a toda la sociedad, y el impacto en las ONG ha sido devastador. Nosotros suspendimos la actividad terapéutica presencial con el estado de alarma, y en una semana creamos un programa de atención y rehabilitación a través de teleconferencias y envío de material de trabajo por mail y whatsapp. Esto ha supuesto un esfuerzo para los profesionales, puesto que nuestro trabajo depende mucho de la relación directa, pero sobre todo para nuestros socios, que han trabajado mucho no solo a nivel terapéutico para luchar contra los efectos del confinamiento, sino también para adaptarse a las nuevas tecnologías.

Esta “nueva realidad” ha obligado a muchas personas mayores a ponerse al día con el uso de las nuevas tecnologías, y tras las primeras semanas de adaptación, hay que decir que actualmente la teleterapia se ha convertido en un servicio más de nuestra entidad.

Hasta el mes de mayo no se pudo reanudar la actividad presencial, y de entonces hasta ahora hemos ido recuperando servicios poco a poco. Nuestros socios aún tienen miedo, por lo que ha sido necesario garantizarles unas medidas de higiene y seguridad que permitan su acceso a las terapias con tranquilidad.

¿Cómo ha afectado el confinamiento a la continuidad de sus diferentes proyectos? ¿Cómo ha sido posible seguir acompañando desde la distancia física obligatoria? ¿Cuáles son las principales dificultades con las que se han encontrado para seguir atendiendo?

Ha sido necesario adaptar el trabajo presencial a la teleterapia y el contacto telefónico y las videoconferencias para tratamientos individuales. Esto implica un esfuerzo profesional importante puesto que la premisa principal es adaptar el tratamiento a las necesidades concretas de cada persona. Por ejemplo, es difícil organizar una terapia de fisioterapia grupal a través de una videoconferencia en la que la profesional trabaja con 6 pacientes en sus domicilios. El tipo de actividad, la forma de dar las instrucciones, el mantenimiento de la atención y el orden en el grupo, minimizar el riesgo de caídas... En la mayoría de los casos han sido los cuidadores principales quienes han posibilitado que las terapias hayan logrado el efecto beneficioso esperado. Sobretodo en los casos de personas de edad más avanzada y con deterioro cognitivo, la figura del familiar ha sido esencial para que la persona con enfermedad de Parkinson haya podido realizar sus actividades sin riesgo y de forma adecuada.

A nivel de organización, este tipo de trabajo requiere de un gran esfuerzo de coordinación y seguimiento; detrás de cada sesión de trabajo se encuentra todo el equipo de profesionales dando apoyo y estructura.

Con esta adaptación, y desde la reapertura paulatina de la actividad presencial, hemos podido mantener de forma aceptablemente adecuada el trabajo con nuestros usuarios, aunque efectivamente, nada puede sustituir el contacto personal diario.

Su entidad trabaja con personas con una problemática muy concreta. ¿Qué problemas han detectado durante este confinamiento? ¿Cuáles se han agravado? ¿Cuáles han sido las demandas que más han atendido? ¿Han detectado nuevas necesidades a raíz de esta situación extraordinaria?

Desgraciadamente, el impacto del confinamiento en las personas con enfermedad de Parkinson ha sido muy negativo. Necesitan actividad física y estimulación cognitiva adaptada diaria; la situación de confinamiento ha provocado el agravamiento acelerado de síntomas, tanto motores como no motores. En los casos de deterioro cognitivo y los más graves de demencia, los familiares han necesitado apoyo para establecer las pautas de manejo

de conductas. Muchos de ellos se han visto encerrados en situaciones complicadísimas de agitación motora, agresividad... y el acceso a los especialistas, por vía telefónica ha complicado aún más las situaciones.

Nosotros, como asociación de pacientes y profesionales, hemos mantenido una línea telefónica de atención de urgencia a nuestros socios, y hemos podido ir atendiendo las llamadas de ayuda. También hemos recibido llamadas de personas ajenas a la entidad a las cuales también se les ha prestado atención. Las necesidades de manejo y pautas en los domicilios han sido cubiertas desde la entidad, así como situaciones que requerían de intervención de trabajo social.

El mayor problema que ha puesto de manifiesto esta situación ha sido la escasa atención de estos pacientes por parte del sistema de atención primaria, y la falta de agilidad de la sanidad pública a la hora de prestar atención continuada a las personas con enfermedades neurodegenerativas.

La alerta sanitaria ha obligado a “reinventarse” al Tercer Sector. ¿Va a cambiar en algo la estructura de algunos de sus programas? ¿Van a reforzar algunos recursos? ¿Van a adaptar los mecanismos de seguimiento? ¿Qué aspectos de funcionamiento son necesarios adaptar para garantizar que podrán atender de la mejor manera posible en caso de que se produzca un rebrote del COVID-19?

Consideramos que la adaptación a las nuevas tecnologías y el trabajo con bases de datos en “la nube” y aplicaciones ad hoc es un futuro al que estamos abocados. Afortunadamente, nuestra entidad ya trabajaba con estas herramientas y con esta situación nos hemos dado cuenta del gran valor que tienen. Es difícil para las ONG acceder a estos sistemas debido a sus precios elevados y a la carga de trabajo que requieren dedicada a la formación, pero es necesario invertir en ellos. La administración pública debería plantearse el apoyo a las entidades sociales en este sentido.

En poco tiempo seguramente volveremos a recuperar cierta normalidad. ¿Cuáles creen que serán las necesidades prioritarias a cubrir cuando vuelvan las intervenciones presenciales, tanto desde la estructura asociativa como desde los programas que llevan a cabo?

El estado físico y mental de nuestros socios se ha visto muy afectado por toda esta situación. Hay que comenzar a trabajar despacio con cada uno de ellos de manera que podamos recuperar condiciones de calidad de vida. La adaptación de la atención presencial a las medidas de distanciamiento social va siendo aceptada por todos, y el uso de las EPIs es ya un gesto generalizado y aprobado. El trabajo cercano y profesional supera la barrera del distanciamiento social.

Por otra parte, necesitamos de una respuesta rápida del Gobierno Valenciano respecto a la eterna cuestión de la financiación de nuestro trabajo. La crisis ha puesto sobre la mesa la gran ineficacia a nivel de gestión de financiación pública de entidades que, como la nuestra, prestan servicios de atención directa a enfermos, cubriendo un vacío al que no llega la administración. No podemos seguir dependiendo de subvenciones que se aprueban hoy y se cobran dentro de un año. Ha llegado el momento de que las buenas intenciones y las buenas palabras se transformen en hechos que permitan que un sector como el nuestro continúe prestando los servicios necesarios con condiciones de seguridad y continuidad. Por nuestra parte consideramos que ya es hora de que las entidades de atención a enfermedades neurodegenerativas tengan acceso al CONCIERTO SOCIAL a través de la acreditación de centros.

Actualmente parece que hay “enfermos de primera” y “enfermos de segunda clase”, “enfermos que pueden acceder a servicios de rehabilitación y apoyo de manera gratuita” y “enfermos que no”. Las personas con enfermedad de Parkinson forman un colectivo compuesto por más de 24.000 personas, datos solo de la Comunidad Valenciana. Consideramos que es un grupo lo suficientemente amplio como para ser considerado a la hora de la ordenación de recursos.

El ordenamiento del mapa de atención de servicios sociales y sociosanitarios conforme a criterios de distribución poblacional debería ser, en nuestra opinión, el punto número 1 en la hoja de ruta post-COVID-19.

Si quieres saber más:

<http://www.parkinson-valencia.com>



▪ ENLACES RECOMENDADOS

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ALZHEIMER (CREA ALZHEIMER)

https://crealzheimerserso.es/crealzheimerserso_01/index.htm

Centro del IMSERSO orientado a la atención y prevención de personas con demencia. Proporciona acceso a documentación de interés relacionada con la tecnología (manuales para intervención con nuevas tecnologías en centros de personas con demencia, listado de apps...)

EDoN (Early Detection of Neurodegenerative Diseases) <https://edon-initiative.org/>

Iniciativa promovida por una la Alzheimer's Research UK e impulsada por el ex primer ministro británico David Cameron, Bill Gates (fundador de Microsoft) y Chris Holmes (director del Instituto Nacional de Ciencia de Datos e Inteligencia Artificial del Reino Unido). El objetivo es utilizar *smartphones* y otros dispositivos móviles para recopilar datos que permitan crear una especie de huella o fenotipo digital de cada persona y, de este modo, contribuir a la detección precoz de la demencia. Se sugiere que cambios sutiles en nuestro estado emocional, en la memoria o en el sueño podrían ofrecer claves para detectar la presencia de enfermedades como el Alzheimer. Ello permitiría a los científicos evaluar posibles tratamientos y medios de prevención, aunando los esfuerzos de expertos en ciencia de datos, tecnologías digitales y neurodegeneración.

LABPSITEC <https://labpsitec.blogs.uv.es>

Laboratorio de Psicología y Tecnología de la Universitat de València, desarrolla líneas de investigación centradas en utilizar tecnologías de la información y comunicación (plataformas online, realidad virtual y aumentada, sensores y aplicaciones móviles...) en intervenciones psicológicas y de la mejora la calidad de vida mediante promoción de hábitos saludables. Labpsitec participó, junto con otros grupos de investigación, en el desarrollo de Mayordomo

(programa de e-health basado en recursos tecnológicos adaptados a población de edad avanzada.

MAINTAIN YOUR BRAIN <https://www.maintainyourbrain.org/>

Sistema online que integra diferentes intervenciones dirigidas a los factores modificables que sabemos pueden estar relacionados con el riesgo de enfermedad de Alzheimer y demencia (falta de actividad física, inactividad cognitiva, sobrepeso y obesidad, depresión/ansiedad...). Las intervenciones se plantean en función de los perfiles de riesgo para cada sujeto. Actualmente se está realizando un ensayo acerca de la efectividad de estas intervenciones que finalizará en 2021.

MOPEAD <https://www.mopead.eu/>

Proyecto diseñado con el objetivo de evaluar diferentes modos de implicación de los pacientes en diferentes países de Europa para intentar identificar aproximaciones que permitan una identificación más precoz de la Enfermedad de Alzheimer. Ello permitirá seleccionar de forma más adecuada los pacientes que participan en ensayos clínicos dirigidos a probar diferentes terapias para esta patología.

NEUROTRACK. <https://neurotrack.com/>

Neurotrack es una plataforma desarrollada a partir de más de 20 años de investigación neurocientífica que se centra en utilización de datos digitales para la detección precoz y manejo del riesgo de demencia, proporcionando acceso a evaluaciones digitales validadas y e intervenciones para la prevención del Alzheimer. Esta plataforma se basa en 3 pilares de salud cerebral: 1) Evaluar, 2) Monitorizar, 3) Reforzar. Se centra en reforzar la salud cerebral evitando en la medida de lo posible el declive cognitivo.

SEA HERO QUEST <https://glitchers.com/project/sea-hero-quest/>

La app "Sea Hero Quest" tiene como objetivo ayudar a los investigadores a comprender mejor la demencia observando cómo funciona el cerebro en tareas de orientación espacial, construyendo una base de datos que ayude a detectar el riesgo de Alzheimer. El juego ha sido desarrollado por la Deutsche Telekom en colaboración con Alzheimer's Research UK, University College London (UCL), University of East Anglia y desarrolladores de juegos, Glitchers. La app ya ha sido descargada por más de 4 millones de personas lo que permitirá utilizar Big Data para investigar cómo se podría detectar más precozmente la demencia y buscar nuevos tratamientos.

SM4DM <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-uso-app-mejora-calidad-vida-pacientes-demencia-leve-cuidadores-20200129121054.html> El proyecto europeo SM4DM ('Apoyo, seguimiento y tecnología para la demencia leve') del programa Horizon2020 tiene como objetivo la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, desarrollando una App que a través de una plataforma virtual permita mejorar la accesibilidad, adherencia al tratamiento y bienestar de las personas con demencia y disminuir la sobrecarga en sus cuidadores. En el proyecto participan profesionales de la del Hospital Regional Universitario y del Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (Ibima) y de otros centros nacionales. Han llevado a cabo uno de los mayores ensayos clínicos en Europa sobre aplicación de las nuevas tecnologías en personas con demencia. La aplicación se integra con la historia clínica electrónica de cada paciente.

WORLD BRAIN FINGERS (WW-FINGERS) <http://wwfingers.com/>

Iniciativa global configurada como una red interdisciplinar dirigida a la prevención del Alzheimer y la demencia, en ella participan investigadores de Barcelona (estudio PENSA) y Guipúzcoa (proyecto GOIZ-ZAINDU). Esta iniciativa surgió a partir del estudio FINGER desarrollado en Finlandia y dirigido por la Dra. Miia Kivipelto, investigadora del Instituto Karolinska de Suecia y en el que se demostró la importancia de los factores de envejecimiento saludable en la prevención de la demencia. El proyecto cuenta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS y otras instituciones). El objetivo es compartir datos y experiencias en los ensayos multidominio realizados en diferentes países sobre prevención de la demencia.

VIDEOS

- Innovación tecnológica para combatir los efectos del Alzheimer
<https://ibermatica.com/evento/innovacion-tecnologica-para-combatir-los-efectos-del-alzheimer-madrid-19sep/>
- Taking care of diseases using telecommunication equipment
<https://www.activageproject.eu/>
- The mobile game that can detect Alzheimer's risk
<https://medicalxpress.com/news/2019-04-mobile-game-alzheimer.html>
- Los robots hacen frente a la demencia
<https://www.youtube.com/watch?v=agL80BYNSHE>
- GPS al rescate de las personas con Alzheimer
<https://www.nobbot.com/personas/tecnologia-para-personas-con-alzheimer/>
- Alzheimer y realidad virtual
<https://i-amvr.com/alzheimer-y-realidad-virtual-casos-de-uso/>
- Entrevista con Mercé Boada: El objetivo de MOPEAD es pasar del tratamiento sintomático del Alzheimer al preventivo
<https://www.youtube.com/watch?v=tXtLZ11YLv4>
- TED TALK: How technology can help to people affected by dementia
<https://www.youtube.com/watch?v=0mn2RfBMxQ>

▪ DOCUMENTOS DE INTERÉS. UNA SELECCIÓN

DIGITAL HEALTH. (Revista "Nature", 29 de Septiembre de 2019). Monográfico que incluye diferentes artículos acerca de posibles aplicaciones de la tecnología digital a la salud.

<https://www.nature.com/collections/jdfbdjbjef>

Ardelean AM (2020). Technology as a Support for the Management of Behavioral and Psychological Symptoms in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. Trabajo de Fin de Master. Master Psicología General Sanitaria. Universitat de València.

Battista P, Salvatore C, Berlingeri M, Cerasa A, Castiglioni I. (2020). Artificial intelligence and neuropsychological measures: The case of Alzheimer's disease. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;114:211-228.

Cavedoni S, Chirico A, Pedroli E, Cipresso P, Riva G. (2020) Digital Biomarkers for the Early Detection of Mild Cognitive Impairment: Artificial Intelligence Meets Virtual Reality. *Front Hum Neurosci.* 2020;14:245.

Fernández-Rios, M. (2018). Participo con Paro: propuesta de un programa de intervención en demencias facilitado por el robot terapéutico Paro. Trabajo de Fin de Master. Master Psicogerontología. Universitat de València.

Kourtis, L. C., Regele, O. B., Wright, J. M., & Jones, G. B. (2019). Digital biomarkers for Alzheimer's disease: the mobile/wearable devices opportunity. *NPI digital medicine*, 2(1), 1-9.

Kaplan, E., Fishman, E. K., Horton, K. M., & Rowe, S. P. (2020). Disrupting Alzheimer's With Technology: Using Data to Forge a Solution. *Journal of the American College of Radiology*, 17(2), 327-329.

Redolat, R., Fernández, R.M., Mazza, G. (2019). A double look at the application of information and communication technologies in patients with Alzheimer's Disease. *Journal Community Medicine*, 1:1012.

-HOY RECOMENDAMOS

Artículo destacado:

Carta publicada en La Vanguardia, 16 agosto 2020

EL LECTOR EXPONE

La mare, cinc mesos en una habitació

La meva mare és en una residència, té 93 anys. Hi va entrar just unes tres setmanes abans de la pandèmia de la Covid; està ben atesa.

Ja fa gairebé cinc mesos que està tancadeta en una habitació; no sé si sola o acompanyada. En principi crec que tenen els residents sols, enllitats, en silenci, aïllats. Però ella està ben cuidada.

Quan li truco ja no em parla, les paraules són xiuxiueigs i no l'entenc. La mama s'ha endinsat dins el seu món particular, ja no reconeix les nostres veus, les de les seves filles.

Em diuen que ja no camina, ni es posa dreta. És a la seva habitació confinada; pel seu bé. Ja no es mou de la cadira de rodes, o del llit; qui sap. Però la meva mare està molt ben cuidada: li donen l'esmorzar, el dinar, el sopar... la dutxen un cop per setmana.

El personal se'n preocupa, sens dubte. Són gent amable i curosa. Fan el que poden perquè no poden fer-hi més; són pocs, poques. La mare està ben cuidada.

Al principi del *bitxo* tot era nou, imprevisible, però ara ja en saben més i ho estan fent millor; la meva mare està molt ben atesa.

Aquest aïllament, aquietament, tancament, sens dubte és bo per als avis i àvies; els tenen mooolt ben tancadets. Sense sortir a passejar, sense veure la llum del sol, sense contacte familiar, sense activitats, sense estimulació, sense interacció al seu voltant, sense il·lusió, sense vida!...

Silenci i res més; no fos cas que el *bitxo* acabés matant-los.

Mireia Ros
Barcelona



EDITORIAL

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



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

Sacramento Pinazo-Hernandis

Universitat de València, València, España

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

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

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

La pandemia ha cambiado muchas cosas de nuestra vida cotidiana: ha afectado a nuestra manera de vivir el ocio, hacer deporte, trabajar o relacionarnos. Ha cambiado nuestras percepciones y comportamientos sobre los demás, sobre otros grupos y el mundo en general. En algunos casos, han aumentado las conductas discriminatorias. Por ejemplo, las recientes investigaciones avisan de un aumento del edadismo, como podemos ver en la investigación de Ayalon et al.³: «(Todos) inservibles, necesitados de ayuda, no válidos, incapaces de contribuir a la Sociedad» son calificativos difundidos en las redes sociales, los medios de comunicación y en los discursos políticos de los Gobiernos, olvidando su heterogeneidad en la genética, historial de salud y enfermedades, historia de vida, modos de envejecer, y obviando que son agentes de cambio y ciudadanos de pleno derecho⁴. Las imágenes estereotipadas y negativas que aparecen en los medios de comunicación vinculando enfermedad a vejez, deterioro y carga social pueden reforzar el edadismo, la actitud de rechazo y el miedo a envejecer⁵⁻⁸, como podemos ver en el artículo de Bravo-Segal y Villar, en este número.

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

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

Correo electrónico: sacramento.pinazo@uv.es

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>

0211-139X/© 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

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

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

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

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

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

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

El confinamiento en casa, sin posibilidad de salir más que a asuntos imprescindibles, la reducción de salidas a una hora diaria, o el doble confinamiento de las personas en residencias (aislados del exterior y en su habitación sin gozar de las zonas comunes) y sobre todo de las personas con demencias¹⁹ tiene muchas consecuencias negativas: como la reducción o inactividad física y su implicación en problemas de sueño, insomnio y somnolencia diurna que ya ha sido demostrado en diferentes investigaciones²⁰⁻²³; aumento del deterioro cognitivo por haber dejado de realizar actividades de estimulación cognitiva, talleres, tertulias, terapias grupales, voluntariado, asociaciones²⁴; afectación del estado emocional y anímico, con un aumento de la sintomatología depresiva^{24,25}; falta de contacto con red social y soledad. La soledad aumenta el riesgo de sedentarismo, la enfermedad cardiovascular, la alimentación inadecuada y el riesgo de muerte²⁶⁻²⁹. La cantidad y la calidad del sueño también pueden verse afectadas en personas que padecen soledad, provocando una mayor fatiga durante el día; falta de cuidados adecuados al final de vida, muerte digna, duelo, despedidas-miedo al virus,

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

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

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

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

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

Las restricciones a la relación social aumentan el problema preexistente de soledad y aislamiento de las personas mayores y las consecuencias en la salud de la desconexión social que existían ya antes de la pandemia³¹. La pandemia COVID-19 nos inunda de noticias alarmantes que nos llenan de incertidumbre, miedo, amenaza, soledad y todo ello provoca en el ser humano emociones tan comunes y naturales como la ansiedad, el estrés, la frustración y el malestar debido a la incertidumbre de la situación, los riesgos de contagio reales para la salud, y la sobreinformación a la que estamos expuestos³². Será necesario examinar las respuestas adaptativas y no adaptativas al estrés y la puesta en marcha de conductas de autocuidado eficaces (por ejemplo, dieta equilibrada, ejercicio y hábitos de sueño) como recurso para regular las experiencias y emociones

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

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

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

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

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

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Wynants L, van Calster B, Bonten MMJ, Collim GS, Debray TPA, de Vos M, et al. Prediction models for diagnosis and prognosis of COVID-19 infection: systematic review and critical appraisal. *BMJ*. 2020;369:m1238.
- Bonamad C, Garcia-Blas S, Taranova-Santabibiana FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A, Forés JS, et al. Coronavirus: la emergencia geriatrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Geriatria y Gerontología de la Sociedad Española de Geriatria y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reeesp.2020.03.027>.
- Ayalon L, Chasteen A, Diehl M, Levy R, Neupert S, Rothermund K, et al. Aging in times of the COVID-19 pandemic: avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>.
- Fingerman KL, Trevino K. Don't lump seniors together as coronavirus: Older people aren't all the same. *USA Today*. 2020 [consultado 7 May 2020]. Disponible en <https://www.usatoday.com/story/opinion/2020/04/07/coronavirus-seniors-lead-diverse-lives-death-rate-warns-column/2954897001/>
- Levy SR, MacDonald JL. Progress on understanding ageism. *J Soc Issues*. 2016;72:5–25.
- Milner C, van Norman K, Milner J. The media's Portrayal of aging. En: Beard JR, Riggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. *Global population ageing: trends and projections*. Geneva: World Economic Forum; 2012. p. 25–8.
- Kotter-Grün D, Hess T. The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67:563–71. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr153>.
- Ayalon L, Tesch-Romer C. *Contemporary perspectives on ageism*. New York, NY: Springer; 2018.
- Pérez D, Pérez JA. Representaciones sociales del COVID-19. *Int J Soc Psychol*. 2020 [In press].
- Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio P, Capraro V, Cichocka A, Crockett M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. 2020. <http://dx.doi.org/10.1124/psp.109.318868>.
- Reichert S, Davy J, Sutt C. The two psychologies and the coronavirus. *The Psychologist*. 2020;1–3 [consultado 15 May 2020]. Disponible en <https://the-psychologist.bps.org.uk/two-psychologies-and-coronavirus7be1ad>
- Fraser S, Lapaque M. Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age Ageing*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afaa057>.
- Rahman A, Jahan V. Defining a 'Risk Group' and ageism in the era of COVID-19. *J Loss Trauma*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1080/15322024.2020.1757993>.
- Broskie J, Jackson D. Older people and COVID-19: isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15274>.
- HelpAge International. Edadismo, discriminación por edad y derechos de las personas mayores en la respuesta a la COVID-19; 2020 [consultado 10 May 2020]. Disponible en <http://www.helpage.org/spain/noticias/coronavirus-covid19-y-personas-mayores/>
- HelpAge International. El esigma social asociado a la COVID-19; 2020 [consultado 11 May 2020]. Disponible en www.helpage.es/vis/0803/00015-sigmas-social-y-covid19.pdf
- Martínez T, Sancho M. Declaración en favor de un necesario cambio de modelo de cuidados de larga duración de nuestro país; 2020 [consultado 7 May 2020]. Disponible en <https://www.fundacionpares.org/mexico/200401-cambio-modelo-cuidados.php>
- Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the risks to the elderly in long term care. *J Aging Soc Policy*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1080/08980645.2020.1750543>.
- Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinero J, et al. Demencia care during COVID-19. *Lancet*. 2020;395:1190–1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30755-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30755-8).
- Hartmann-Bogey J, Davies N, Fratt R, Busey J, Park S. Maximising mobility in older people when isolated with COVID-19. *Oxford COVID-19 Evidence Service*. 2020 [consultado 10 May 2020]. Disponible en <https://www.oxfordevidenceservice.com/oxford-covid-19/maximising-mobility-in-the-older-people-when-isolated-with-covid-19>
- Lo CM, Lee PH. Prevalence and impacts of poor sleep on quality of life and associated factors of good sleepers in a sample of older Chinese adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:72. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-72>.
- Morgan K. Daytime activity and risk factors for late-onset insomnia. *J Sleep Res*. 2002;12:231–8.
- Morales P, Muñoz C, Pizarro R, Jiménez S. Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. *Revista de la literatura Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:42–9.
- Huang Y, Zuo N. Generalized anxiety disorder depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. *MedRxiv*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395>.
- Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedrosa-Chaparro MD, Fernández-Pérez J, Márquez-González M. "We're staying at home": Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>.
- Eng P, Rimm E, Fitzmaurice G, Kawachi I. Social ties and change in social ties in relation to subsequent fatal and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol*. 2002;155:700–9.
- Locher JL, Ritchie D, Roth P, Baker E, Bolner E, Altman R. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample:

- Ethnic and gender differences. *Soc Sci Med*. 2005;60:747-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.021>.
28. Yu B, Streptoe A, Chen JJ, Chen VH, Lin CH, Ku PW. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in patients with cardiovascular disease: a 10-year follow-up study. *Psychosom Med*. 2020;82:2008-14. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000777>.
29. Yangua J, Pinazo-Hernandis S, Tazaona-Santaballina F. The complexity of loneliness. *Acta Biomed*. 2018;89:302-14. <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>.
30. OMS. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Organización Mundial de la Salud; 2019 [consultado 15 May 2020]. Disponible en <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronavirus>
31. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020;5:e256.