

Lucía Pérez Fernández¹
Francisco Miguel Escandell Rico^{2,*}
Loreto Maciá Soler³

1. Coordinador de Enfermería. Centro de Salud Almoradí. Departamento de Salud 21 SNS. Orihuela, Alicante, España.
2. Profesor de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Alicante, España.
3. Profesora de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Alicante, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: correo francisco.escandell@ua.es (Francisco Miguel Escandell Rico).

Recibido el 14 de marzo de 2022; aceptado el 7 de abril de 2022.

La salud y sus determinantes en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19

Health and its determinants in older adults during the COVID-19 pandemic

RESUMEN ABSTRACT

Introducción: La epidemia de COVID-19 ha sobrecargado los servicios de salud, por lo que los grupos de mayor edad pueden ser más vulnerables a los determinantes de la salud asociados con la pandemia de COVID-19. **Objetivo:** Analizar la salud y sus determinantes en adultos mayores durante el período de pandemia de COVID-19 en un área mediterránea. **Metodología:** Estudio observacional transversal realizado en un área mediterránea, España. **Participantes:** En total fueron 158 pacientes, de los que 40 tenían COVID-19, y 118 con otras patologías no COVID-19. **Criterios de inclusión:** Personas mayores de 60 años que acudieron al área básica de salud de estudio durante la pandemia de COVID-19 del 23 de febrero de 2021 al 15 de mayo de 2021. Se utilizó entrevista semiestructurada validada. **Resultados:** Las edades oscilaron entre 60 y 94 años con una media de edad (DE 77,297). Se observó una mayor comorbilidad en ambos grupos en hombres, así como un mayor hábito tabáquico. Con respecto a la variable vivir en pareja, se observó una asociación significativa en ambos grupos y por sexo ($p < 0,009$). En cuanto al uso de nuevas tecnologías, no se observó significación y los valores obtenidos fueron muy bajos, tanto en pacientes con COVID-19 como sin COVID-19. **Conclusión:** Parece necesario sensibilizar a las instituciones y animar a las familias, organizaciones de voluntariado y proyectos comunitarios a apoyar y comunicarse con las personas de esta franja etaria en contextos de pandemia. A su vez, se debe implementar e incentivar el uso de los recursos sociales para mejorar la asistencia y atención a las personas mayores para prevenir los efectos negativos de la pandemia relacionados con el aislamiento social.

PALABRAS CLAVE: Género, cuidado de la salud, COVID-19, tecnologías de la información y la comunicación, adultos mayores.

Introduction: The COVID-19 epidemic has overburdened health services, so older age groups may be more vulnerable to the determinants of health associated with the COVID-19 pandemic. **Objective:** To analyse health and its determinants in older adults during the COVID-19 pandemic period in a Mediterranean area. **Methodology:** Observational cross-sectional study carried out in a Mediterranean area, Spain. **Participants:** 158, COVID-19 patients ($n = 40$) and patients with other non-COVID-19 pathologies ($n = 118$). **Inclusion criteria:** People over 60 years of age who were seen in the basic health area of study during the COVID-19 pandemic from 23 February 2021 to 15 May 2021. A validated semi-structured interview was used. **Results:** Ages ranged from 60 to 94 years with a mean age (SD 77.297). A greater comorbidity was observed in both groups in men, as well as a greater smoking habit. With respect to the variable of living with a partner, a significant association was observed in both groups and by sex ($p < 0.009$). With regard to the use of new technologies, no significance was observed and the values obtained were very low in both COVID-19 and non-COVID-19 patients. **Conclusion:** It seems necessary to raise awareness among institutions and to encourage families, voluntary organizations and community projects to support and communicate with people in this age group in pandemic contexts. In turn, the use of social resources should be implemented and encouraged to improve assistance and care for the elderly to prevent the negative effects of the pandemic related to social isolation.

KEYWORDS: Gender, health care, COVID-19, information and communication technologies, older adults.

■ INTRODUCCIÓN

Durante el período de pandemia por la COVID-19 se ha producido en todos los sistemas sanitarios del mundo una importante sobrecarga de uso de servicios de salud¹. Se ha utilizado de forma casi constante el uso de la consulta telefónica, con una pérdida del contacto directo profesional-usuario que las tecnologías informáticas no pueden sustituir²

totalmente. Las actividades a demanda han superado cualquier planificación, con la consecuente repercusión en la implementación de las actividades preventivas o en las barreras de accesibilidad tecnológica de ciertas personas mayores y colectivos socioculturales^{1,2}; de hecho, la eficacia de las intervenciones preventivas se incrementa con elementos como la empatía, la calidad de la relación profesional-paciente y la calidez de la comunicación clínica, aspectos que se alteran con la atención a través

de herramientas electrónicas². Por otra parte, la pandemia, de naturaleza comunitaria, ha favorecido el compromiso de los ciudadanos con la corresponsabilidad y la importancia del empoderamiento en el control de la enfermedad, junto con la percepción de que el sistema sanitario por sí solo es insuficiente para evitar las enfermedades³.

Los grupos de personas mayores pueden ser más vulnerables a los determinantes de la salud asociados a la pandemia de la COVID-19, especialmente por la mayor gravedad de sintomatología y mortalidad asociada a este grupo de edad⁴. La edad se ha mostrado como una variable de estudio relevante en la incidencia de riesgos asociados a la pandemia⁵ y, en este sentido, los expertos han sugerido que las personas mayores se enfrentarán a consecuencias físicas, sociales, tecnológicas, económicas y psicológicas como resultado de la pandemia⁶⁻⁸.

La respuesta global a la COVID-19 se ha descrito como “demasiado poca y tarde”, con esfuerzos nacionales e internacionales a un ritmo no planificado ante numerosos aspectos de esta situación que siguen siendo inciertos⁹. No obstante, esta experiencia puede servir para implementar protocolos mundiales que preparen escenarios futuros y nos permitan estar listos ante situaciones similares⁹. La Organización Mundial de la Salud insta a sus Estados miembros y a todos los actores mundiales a orientar las inversiones en investigación de calidad y sensibilizarse con las personas mayores sobre los posibles impactos adversos de la pandemia COVID-19¹⁰⁻¹³.

Las pandemias pueden tener impactos en las personas mayores, que varían desde el riesgo de exposición y la susceptibilidad biológica a la infección hasta las implicaciones sociales, tecnológicas y económicas; igualmente, es probable que las experiencias de las personas varíen según sus características biológicas y su interacción con otros determinantes de la salud^{14,15}. Numerosos estudios a nivel mundial, sugieren que la edad en sí misma es el factor de riesgo más importante para la enfermedad grave de COVID-19 y sus resultados adversos para la salud^{16,17}.

■ OBJETIVOS

- *Objetivo general.* Analizar la salud y sus determinantes en adultos mayores durante el período pandémico COVID-19 de una zona mediterránea.
- *Objetivos específicos:*
 - Describir la utilización de los servicios sociales en adultos mayores.
 - Identificar el manejo de las tecnologías informáticas en adultos mayores.

■ METODOLOGÍA

Diseño y sujetos a estudio

Se realizó un estudio analítico-observacional de carácter transversal, en una zona básica de salud que atiende a una población total de 26.195 habitantes de perfil rural situada al sur de la Comunidad Valenciana (España) de influencia mediterránea. El tamaño muestral alcanzado fue de 158 pacientes, el tipo de muestreo fue aleatorio, estratificado, proporcional por tipo de asistencia/consulta en atención primaria: consultas derivadas de la enfermedad COVID-19/otras patologías no COVID-19. Los sujetos fueron seleccionados durante 3 meses, según iban apareciendo en las agendas de enfermería y la disposición a participar en el estudio.

La atención sanitaria desde marzo del 2020 se vio modificada debido a la pandemia y se procedió a un cambio de modelo asistencial, consensuado a través de protocolos procedentes de órganos de gestión del sistema

sanitario que indicaban cómo actuar. Para su atención, se dividió a los pacientes entre los que presentaban clínica respiratoria y los pacientes con otras patologías.

■ PROCEDIMIENTO

En el centro de salud donde se realizó el estudio se hizo una división física de las zonas de atención, para evitar el contagio entre pacientes. Los pacientes que presentaban sintomatología sospechosa de COVID-19 eran atendidos de forma telefónica por el médico especialista durante la primera visita. Posteriormente, enfermería gestionaba los resultados diagnósticos y pasaba los pacientes positivos a la agenda médica, para que hiciera estudio de contactos y estableciera si la gravedad del paciente permitía seguimiento por enfermería o por su médico de atención primaria. En el caso de necesitar pruebas diagnósticas, complementarias, toma de constantes o cualquier cuidado, eran las enfermeras de forma presencial quienes atendían a los pacientes (tanto a domicilio como en el centro en las consultas que se habilitaron para su uso). Los pacientes con otras patologías se atendían de forma telefónica o física en zonas separadas de los pacientes COVID-19. Se crearon agendas de enfermería para la atención por COVID-19 y agendas médicas para las primeras visitas por COVID-19. Los usuarios podían solicitar la cita a través del teléfono del centro de salud y se incrementó el número de profesionales para atención de línea telefónica 900 de la Conselleria de Sanitat o el portal telemático de cita por internet¹⁸.

Criterios de inclusión. Personas mayores de 60 años que fueron atendidas en la zona básica de salud de estudio durante la pandemia COVID-19 desde el 23 de febrero de 2021 hasta el 15 de mayo de 2021, y que desearon participar en el estudio.

Criterio de exclusión. Tener discapacidad cognitiva y que no fueran capaces de responder.

■ VARIABLES

Se utilizó una entrevista semiestructurada, tomando como referencia la información del Cuestionario de Salud de la Comunidad Valenciana Adaptado¹⁹, realizada de forma telefónica a los pacientes COVID-19 (n = 40) y presencial a pacientes con otras patologías no COVID-19 (n = 118). Para complementar la información se utilizó la historia clínica digital, de la que se extrajo la comorbilidad, la talla y el peso. Se consideró como variable resultado la salud y sus determinantes (biológicos, sociales, culturales) en pacientes con y sin COVID-19, y el sexo como principal variable explicativa. Además, se tuvieron en cuenta las covariables percepción de la salud, utilización de los servicios sanitarios/sociales, manejo de las tecnologías informáticas y comorbilidad.

Consideraciones éticas

Tras el informe favorable del Comité Ético de Investigación (CEI) del departamento 21, con el código de registro TFM-2021-010, se les entregó una hoja informativa del estudio a los participantes y se les solicitó el consentimiento informado. Se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, dispuestas por la Declaración de Helsinki como modo de participación en el estudio, y el uso de datos personales según la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Los datos están protegidos de uso y no están permitidos a personas ajenas a la investigación y, por tanto, se consideran estrictamente confidenciales.

Tabla 1. Características sociodemográficas y comorbilidad en hombres y mujeres

		No COVID-19 (n = 118)		p	COVID-19 (n = 40)		p*
		Hombres (n = 50)	Mujeres (n = 68)		Hombres (n = 16)	Mujeres (n = 24)	
Nivel de estudios	Sin estudios	12 (24)	29 (42,6)	0,133	5 (31,1)	10 (41,7)	0,103
	Primarios	24 (48)	29 (42,6)		9 (56,3)	14 (58,3)	
	FP/secundarios	8 (16)	6 (8,8)		–	–	
	Universitarios	6 (12)	4 (5,9)		2 (12,5)	0 (0)	
Estado civil	Soltero	0 (0)	1 (1,5)	0,036	4 (25)	0 (0)	0,012
	Casado	30 (60)	24 (35,3)		3 (18,8)	10 (41,7)	
	Divorciado	1 (2)	0 (0)		2 (12,5)	0 (0)	
	Viudo	19 (38)	43 (63,2)		7 (43,8)	14 (58,3)	
Convive con pareja		30 (60)	24 (35,3)	0,009	7 (43,8)	4 (16,7)	0,046
IMC	< 19-24,99: normopeso	9 (18)	22 (32,3)	0,272	4 (25)	6 (25)	0,037
	25-29,99: sobrepeso	20 (40)	24 (35,4)		6 (37,5)	8 (33,3)	
	> 30: obesidad	21 (42)	22 (32,3)		6 (37,5)	10 (41,7)	
Hipertensión		37 (74)	51 (75)	0,534	14 (87,5)	20 (83,3)	0,544
Enfermedad coronaria		30 (69)	24 (35,3)	0,007	6 (37,5)	8 (33,3)	0,524
EPOC		16 (32)	8 (11,8)	0,007	3 (18,8)	4 (16,7)	0,592
Tabaquismo		22 (44)	6 (8,8)	0,001	5 (31,3)	4 (16,7)	0,242
Inmunosupresión		7 (14)	16 (23,5)	0,145	2 (12,5)	0 (0)	–
Cáncer		14 (28)	15 (22,1)	0,299	6 (37,5)	6 (25)	0,309
Diabetes		26 (52)	25 (36,8)	0,072	6 (37,5)	12 (50)	0,326

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FP: formación profesional; IMC: índice de masa corporal.
*Test chi al cuadrado, p ≤ 0,05.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Se calculó los grupos COVID-19/otras patologías no COVID-19 mediante tablas de contingencia, aplicando el test chi al cuadrado para comparar las variables objeto de estudio. Todos los test se consideraron significativos si $p < 0,05$. Se han utilizado los programas: base de datos Excel, y estadísticos SPSS 25.0.

RESULTADOS

La muestra total fue de 158 usuarios/as, 40 personas en el grupo consultas derivadas por COVID-19 y 118 personas en el grupo consultas derivadas de otras patologías. Con edades comprendidas entre 60 y 94 años y una media de años (DE 77,297). El 40% refiere que en el hogar viven 2 miembros de media, seguido de un único miembro por hogar, con un 36,1%.

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y la comorbilidad en los pacientes con y sin COVID-19 por sexo. En ambos grupos se observó una mayor comorbilidad en los hombres, así como un mayor hábito tabáquico. Con respecto la variable de convivir en pareja, se observó asociación significativa en ambos grupos y por sexo.

En la figura 1 se describe la valoración de la salud autopercebida por los/las pacientes con COVID 19 y con otras patologías. Se observan valores superiores en los pacientes con COVID-19 con respecto a tener una salud autopercebida como regular. El patrón cambia para el resto de las respuestas, con predominio de los pacientes no COVID-19. Respecto a la pregunta relacionada con la salud en los últimos 12 meses, los pacientes COVID-19 refieren que es peor en un 55,2%. En cambio, respecto al grado de satisfacción con los servicios sanitarios, el grupo de los pacientes COVID-19 responde que es satisfactoria en un 70%.

Cuando se analizaron los problemas relacionados con la deambulación, destacamos en los pacientes COVID-19 que el 60% tenía problemas moderados, el 25% no tenía ningún tipo de problema y el 15% tenía graves problemas para caminar.

En las consultas realizadas por los pacientes COVID-19 a los profesionales sanitarios, la demanda fue del 89% a medicina de familia, seguido de enfermería con un 61% y los médicos especialistas con un 40%. El 32,2% de los pacientes con COVID-19 refieren haber realizado una media de 2 visitas a los servicios de salud.

En la tabla 2 se observa la utilización de los servicios sociales de la población en estudio. Observamos asociación significativa en la teleasistencia y el acompañamiento en el hogar.

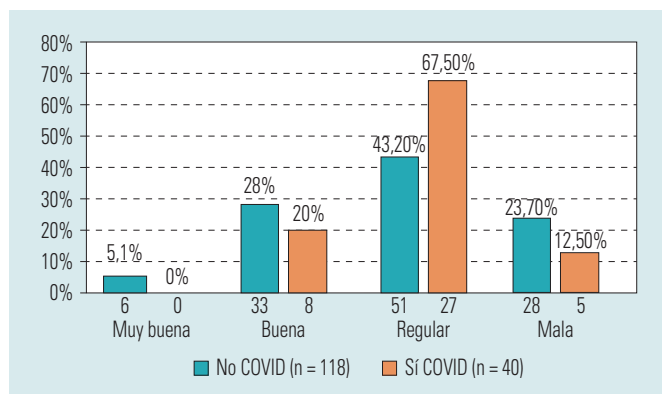


Figura 1. Nivel de salud autopercebido en pacientes con COVID-19 y con otras patologías.

La tabla 3 muestra el manejo de las tecnologías informáticas en las personas mayores. No se observó asociación significativa en las variables analizadas.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar la salud y sus determinantes en adultos mayores de una zona mediterránea durante el período pandémico COVID-19. A través de la encuesta de salud de la Comunidad Valenciana 2016¹⁹ se analizaron las siguientes dimensiones: percepción de la

salud, utilización de los servicios sanitarios/sociales, manejo de las nuevas tecnologías y comorbilidad.

Con respecto a las características sociodemográficas y la comorbilidad en pacientes con y sin COVID-19, por sexo se observó significación en la convivencia con pareja en ambos grupos y por sexos. Al igual que otros estudios^{20,21}, consideramos que se debería sopesar el aislamiento de las personas mayores de una manera completa y continua, así como las posibles consecuencias perjudiciales para la salud²².

Con relación a las características de los participantes, destacamos la elevada edad media de participación, dato que está en consonancia con la esperanza de vida, como se refleja en el resumen ejecutivo del informe anual del Sistema Nacional de Salud Español de 2019²³, donde la esperanza de vida para la población española se sitúa en 83,4 años, con 80,4 años en los hombres y 86,2 años en las mujeres, lo que supone un aumento de 4 años desde el año 2001.

Con respecto a la dimensión de percepción de la salud, se observaron valores altos en el grupo de los pacientes con COVID-19, que manifestaron que su salud autopercebida era regular. Por el contrario, pese a observar valores bajos en la percepción de la salud, destacamos que, al igual que otros estudios^{17,24}, los buenos resultados se obtienen con respecto a la satisfacción del sistema sanitario independientemente de la edad, el sexo y la comorbilidad.

El envejecimiento en la población y el contexto de la pandemia COVID-19, en ocasiones llevan asociados la necesidad de apoyo y la utilización de los servicios sociales, nuestros datos muestran, al igual que otros estudios^{19,25}, una asociación significativa respecto al apoyo y al cuidado personal, la teleasistencia y el acompañamiento en el hogar.

Observamos que la utilización de los servicios sanitarios durante la pandemia de COVID-19 ha experimentado una tendencia creciente en

Tabla 2. Utilización de los servicios sociales

		No COVID-19		COVID-19		p*
		n = 118	%	n = 40	%	
Apoyo aseo y cuidado personal	Sí	52	44,1	6	15	0,001
Actividades de la vida cotidiana	Sí	9	7,6	2	5	0,440
Comida a domicilio	Sí	29	24,6	6	15	0,149
Teleasistencia	Sí	58	49,2	14	35	0,045
Acompañamiento en el hogar	Sí	40	33,9	6	15	0,016

*Test chi al cuadrado, p ≤ 0,05.

Tabla 3. Manejo de las nuevas tecnologías

		No COVID-19		COVID-19		p*
		n = 118	%	n = 40	%	
Acceso a Internet	Sí	39	33,1	11	27,5	0,328
Solicitud de cita previa	Sí	10	8,5	0	0	–
Correo electrónico sanidad	Sí	6	5,1	0	0	–
Portal de información al ciudadano	Sí	4	3,4	0	0	–
Web historia clínica	Sí	6	5,1	0	0	–

*Test chi al cuadrado, p ≤ 0,05.

lo que se refiere a las consultas de atención médica y de enfermería, disminuyendo la atención especializada y los servicios de urgencias, en comparación con otros estudios¹⁹ realizados, en los que predominaba la atención especializada y los servicios de urgencias hospitalarias. Este fenómeno se podría deber al miedo a contagiarse en los servicios asistenciales por coronavirus durante la pandemia.

Además, con respecto al manejo de las tecnologías informáticas, no se observó significación y los valores obtenidos fueron muy bajos en ambos grupos. La comunicación entre pacientes mayores y servicios sanitarios mediante las tecnologías de la comunicación y la información durante la pandemia de COVID-19 ha supuesto un reto y una oportunidad para su desarrollo^{24,26}.

Entre las limitaciones destacamos las inherentes al tipo de estudio y al tamaño muestral correspondiente a un departamento de salud. No se ha estudiado el problema principal que motivó la consulta, ni la gravedad. Destacamos como posibles sesgos el de selección de la muestra y el de información de los entrevistadores.

CONCLUSIÓN

Parece necesario concienciar a las instituciones y alentar también a las familias, las organizaciones voluntarias y los proyectos comunitarios, para que brinden su apoyo y se comuniquen con las personas de este grupo de edad en contextos de pandemia. De este modo, se podrían garantizar políticas y medidas de salud pública capaces de frenar la epidemia, disminuyendo las barreras al acceso sanitario teniendo en cuenta el aislamiento, los recursos sociales y la utilización de las tecnologías informáticas en las personas mayores.

Es importante fomentar el uso de los recursos sociales para mejorar la asistencia y el cuidado de las personas mayores, y así prevenir los efectos negativos de la pandemia relacionados con el aislamiento social y la discapacidad ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Demeke HB, Pao LZ, Clark H, Romero L, Neri A, Shah R, et al. Telehealth practice among health centers during the COVID-19 Pandemic — United States, July 11–17, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;69:1902-5.
- Kienle GS, Werthmann P, Grotejohann B, Hundhammer T, Schmoor C, Stumpe C, et al. Addressing COVID-19 challenges in a randomised controlled trial on exercise interventions in a high-risk population. *BMC Geriatr*. 2021;21:287.
- Adelman DS, Fant C, Summer G. COVID-19 and telehealth: Applying telehealth and telemedicine in a pandemic. *Nurse Pract*. 2021;46:34-43.
- Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. 2020;33:100213.
- Heid AR, Cartwright F, Wilson-Genderson M, Pruchno R, Meeks S. Desafíos experimentados por las personas mayores durante los meses iniciales de la pandemia de COVID-19. *Gerontólogo*. 2021;61:48-58.
- Garnier-Crussard A, Forestier E, Gilbert T, Krolak-Salmon P. Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic: ¿What Are the Risks for Older Patients? *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:939-40.
- Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020;5:e256.
- Brooke J, Jackson D. Personas mayores y COVID-19: aislamiento, riesgo y discriminación por edad. *J Clin Nur*. 2020;29:2044-6.
- Ministerio de Sanidad. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad 2020 [consultado 2-4-2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>
- Lindsay T. News features. Why covid-19 is hitting black women so hard. *Womens media center* 2020. Disponible en: <https://www.womensmediacenter.com/news-features/why-covid-19-is-hitting-black-women-so-hard>
- Menendez C, Gonzalez R, Donnay F, Leke RGF. Avoiding indirect effects of COVID-19 on maternal and child health. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e863-4.
- World Health Organisation. WHO Director General's opening remarks at the Mission briefing on COVID-19 - 12 March 2020. Geneva: WHO; 2020 [consultado 2-4-2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19-12-march-2020>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) 2020 [consultado 31-3-2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- Guillem FC. Oportunidades y amenazas para la prevención y promoción de la salud y el PAPPs en el contexto de la pandemia Covid-19. *Aten Primaria*. 2020;52:449-51.
- Proyecto de resolución EB146/Conf/17 del 146 th reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (Ginebra, 3-8 de febrero 2020) y recomendado a la 73a Asamblea Mundial de la Salud para su adopción. Fortalecimiento de la preparación para emergencias sanitarias; implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005). Ginebra: OMS; 2020.
- Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395:1054-62.
- Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020;180:934-43.
- Conselleria de Sanitat. Cita Previa. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2020. [consultado 18-4-2020] Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/dgcal/citaprevia>
- Conselleria de Sanitat. Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana 2016. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2016. [consultado 12-4-2020] Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/encuesta>
- OECD. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2019. p. 233. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Plagg B, Engl A, Piccoliori G, Eisendle K. Aislamiento social prolongado de los ancianos durante COVID-19: entre beneficio y daño. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;89:104086.
- Pedrosa AL, Bitencourt L, Fróes ACF, Barreto Cazubá ML, Bernardino Campos RG, Soares de Brito SBC, et al. Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2020;11:566212.
- Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad 2020 [consultado 19-5-2021]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo AM. Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud*. 2020;31:165-9.
- Budnick A, Hering C, Eggert S, Teubner C, Suhr R, Kuhlmeier A, et al. Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:353.
- Perrotta D, Grow A, Rampazzo F, Cimentada J, Del Fava E, Gil-Clavel S, et al. Behaviours and attitudes in response to the COVID-19 pandemic: insights from a cross-national Facebook survey. *EPJ Data Science*. 2021;10:1-13.