

Rafael Hernández Martínez^{1,*}
 Soraya Gimeno López²
 María José Mesado Villarroja³
 Esther Baquero Lozano⁴
 Pablo Llorente Romeo⁵

1. Enfermero Residencia de Mayores Javalambre. Teruel, España.
2. Psicóloga. Residencia de Mayores Javalambre. Teruel, España.
3. Enfermera. Residencia de Mayores Javalambre. Teruel, España.
4. Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Residencia de Mayores Javalambre. Teruel, España.
5. Médico. Residencia de Mayores Javalambre. Teruel, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafael.hernandez9@gmail.com (Rafael Hernández Martínez).

Recibido el 6 de septiembre de 2021; aceptado el 13 de diciembre de 2021.

Vivencias de las personas mayores de una residencia durante el confinamiento por la COVID-19: un estudio cualitativo

Experiences of the elderly in a residence during confinement by COVID-19: a qualitative study

RESUMEN

Objetivos: Conocer y explorar las preocupaciones y experiencias que genera el confinamiento por la COVID-19 en las personas mayores. **Metodología:** Estudio cualitativo de tipo fenomenológico basado en entrevistas semiestructuradas. La información se analizó mediante análisis de contenido y se verificó con la triangulación de los resultados. **Resultados:** Emergieron 8 categorías coincidentes: sentimientos durante el confinamiento, inquietudes por la salud, cambios en la propia salud, cambios en los hábitos de vida, apoyo profesionales de la salud, estrategias de afrontamiento, información sobre la COVID-19 y preocupaciones sobre el futuro. **Conclusiones:** Identificar las vivencias de los mayores durante el confinamiento por la COVID-19 ha mostrado, en esta población, las dificultades surgidas del día a día y las capacidades que han tenido que llevar a cabo para soportar y superar este difícil período de la pandemia.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, persona mayor, institucionalización, confinamiento, entrevista semiestructurada.

ABSTRACT

Objective: This paper aims to understand and explore the concerns and experiences generated by confinement by COVID-19 in the elderly. **Methodology:** Qualitative study of a phenomenological type based on semi-structured interviews. The information was analysed by content analysis and verified by the triangulation approach. **Results:** Eight coinciding categories emerged: feelings during confinement, health concerns, changes in one's health, lifestyle changes, health professional support, coping strategies, information about COVID-19, and concerns about the future. **Conclusions:** Identifying the experiences of the elderly during confinement by Covid-19 has shown in this population the difficulties that arise from day to day and the capacities that they have had to carry out to withstand and overcome this difficult period of the pandemic.

KEYWORDS: COVID-19, elderly person, institutionalisation, confinement, semi-structured interview, confinement, semi-structured interview.

INTRODUCCIÓN

Los antecedentes de dicho virus se sitúan el 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, SARS-CoV-2, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero¹. El 11 de marzo, la OMS declaró la pandemia mundial. En España, el 24 de febrero se detectan, a la vez, casos en Madrid, Cataluña y Valencia, y el 9 de marzo el Gobierno establece medidas contundentes de cuarentena y confinamiento. En la actualidad, y según datos recogidos del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, los casos confirmados por la COVID-19 se cifran en 3.188.553² y los muertos en las residencias geriátricas ascienden a casi 30.000.

España es un país altamente envejecido, con una tasa de personas mayores de 65 años próxima al 19% de la población (8.764.204), de los cuales un 4% (aproximadamente 366.633) viven en residencias, de las que solo el 27% tienen titularidad pública³.

El análisis de la situación y la búsqueda de información muestra el impacto que esta pandemia ha tenido en población envejecida, siendo un gran grupo de riesgo⁴, concretamente un grupo especialmente vulnerable ante la COVID-19 y que presenta un peor pronóstico⁵.

La Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología destaca la importancia de determinados factores específicos de las personas mayores que influyen en este peor pronóstico, como la comorbilidad y los síndromes geriátricos, la institucionalización en residencias y la fragilidad asociada al envejecimiento. Este último factor condiciona su pobre respuesta inmunitaria, y la disminución de la reserva funcional, que conlleva una reducción en la capacidad intrínseca y la resiliencia⁶. Transcurridos aproximadamente 12 meses desde el inicio del

confinamiento en España, cada vez se prodigan más los estudios acerca de los efectos de la COVID-19 sobre la población anciana, pero aún escasean los que investigan las consecuencias del confinamiento a partir de los 75 años, y aún menos los que relatan las vivencias y experiencias de esta población sobre el confinamiento. En uno, los autores concluyen que las personas mayores con autopercepción positiva sobre el envejecimiento parecen ser más resilientes durante el sufrimiento que supone la pandemia actual, presumiblemente por una mejor regulación emocional⁷. Otros hablan de que es conveniente comprender con detalle el impacto de estos efectos negativos para establecer medidas adicionales al confinamiento que promuevan el seguimiento, la detección precoz y las intervenciones preventivas, de rehabilitación o paliativas. 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 emocional⁸. También profundizan en la vulnerabilidad frente a la COVID-19 y la implementación de medidas más restrictivas de confinamiento en los mayores, que no tanto en los adultos, y a la implementación de medidas intensivas de control de propagación de la infección en las residencias y alojamientos residenciales, como centros sociosanitarios o viviendas asistidas⁹. Otros dicen que las personas con enfermedades crónicas experimentaron dificultades más allá del riesgo de contagio: interferencias en el cuidado y en la atención sanitaria recibida. Es necesaria una mayor información y más formación a los/las pacientes y mejoras en la accesibilidad a los servicios sanitarios en situaciones de crisis sanitaria¹⁰. A partir de aquí, nos planteamos unas oportunidades que mejoren la salud de los individuos y comunidades. Las personas están más abiertas a sugerencias sobre estilos de vida saludables, ya que si una cosa ha unificado a todos en esta epidemia es que todos somos vulnerables, aunque algunos lo son más que otros¹¹.

Es importante el uso de la telemedicina, que está alcanzando niveles de protagonismo que en circunstancias como las que vivimos (mayor soledad y aislamiento, y menor relación con el entorno), pueda ser una alternativa y recurso al tratamiento y seguimiento de las personas que permanecen mayor tiempo en sus domicilios y viviendas. La telemedicina conecta la conveniencia, el bajo coste y la fácil accesibilidad de la información y la comunicación relacionadas con la salud mediante Internet y las tecnologías asociadas¹².

En la actualidad hay un aumento de estudios cualitativos que abordan el estudio de seres humanos y de su entorno en toda su complejidad, y reconocen que cada individuo es único en cuanto a personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, capacidades mentales, valores, creencias, estilo de vida y visión sobre el mundo que le rodea, entre otros aspectos¹³. Este, facilita una práctica de enfermería sensible a las realidades de las personas cuidadas, a la diversidad cultural y a los contextos en los que se desenvuelven sus vidas¹⁴. Este trabajo pretendió conocer y explorar las preocupaciones y sentimientos que genera el confinamiento por la COVID-19 en las personas mayores de la Residencia de Mayores Javalambre de Teruel (RMJT), y profundizó en cómo lo vivieron los más vulnerables y frágiles: ancianos/as institucionalizados/as.

METODOLOGÍA

- **Datos cualitativos.** Los métodos cualitativos resultan especialmente adecuados para la comprensión en profundidad del fenómeno que hay que investigar o evaluar, desde el punto de vista de los propios sujetos implicados¹⁵. La perspectiva fenomenológica guio el estudio. La persona expresa su experiencia para que el investigador describa e interprete la explicación de quien ha tenido la vivencia¹⁶. Este trabajo reseñó el objeto y propósito estudiado (estudio descriptivo); se acercó

Anexo 1. Modelo de Entrevista semiestructurada

Nombre del participante: _____ Edad: _____ Sexo: _____

1. Percepciones sobre cómo lo ha vivido y en qué ha empleado el tiempo
2. Opiniones sobre malestar emocional y necesidad de apoyo psicológico-emocional
3. Problemas que le ha generado el confinamiento y cómo los ha afrontado
4. Mejoras que realizaría sobre el confinamiento y la situación actual
5. Satisfacción/insatisfacción de la ayuda recibida de los sanitarios
6. Aprendizaje de cosas nuevas u otras que antes no valoraba igual
7. Información sobre COVID-19 recibida durante el confinamiento
8. Valoraciones sobre su estado de salud actual y sobre la vuelta a la rutina
9. Pensamientos sobre la importancia de valorar ciertos aspectos de su vida
10. Consideraciones sobre el futuro de la pandemia/sociedad

al por qué de las vivencias relatadas de los mayores durante el confinamiento por la COVID-19. Se realizó de junio de 2020 a marzo de 2021 en la RMJT. La recolección de los datos mediante entrevistas semiestructuradas (anexo 1) se hizo en los pisos de la RMJT en los que viven los residentes.

La RMJT es una residencia pública con capacidad para 413 residentes con atención a personas mayores con dependencia y/o no dependencia. El muestreo utilizado fue el no probabilístico del tipo “en avalancha o nominado”¹⁷.

- **Criterios de inclusión.** Los criterios de inclusión fueron: edad \geq 70 años, aceptación de participar en el estudio, realización del test de Pfeiffer (anexo 2) previo a la entrevista no superior a 2 errores y vivir en la RMJT.
- **Criterios de exclusión.** Los criterios de exclusión fueron: no querer participar en el estudio, tener un resultado \geq 3 puntos en el test de Pfeiffer, poseer $<$ 70 años y no vivir en la RMJT. Para evitar un sesgo de selección de los participantes, se seleccionaron a los ancianos con patologías dispares, con mayor y menor grado de autonomía, y con circunstancias personales diferentes (con hijos y sin, viudos/as y solteros/as) para lograr heterogeneidad en las opiniones.

Participaron 45 (15 hombres y 30 mujeres), con edades entre 70 y 96 años (anexo 3). La muestra se consiguió con la ayuda de 2 informantes clave para reclutar a los participantes (una psicóloga y una enfermera) que trabajan en la residencia. Les explicaron el objetivo del estudio y la importancia de conocer sus opiniones y percepciones. Les solicitaron el consentimiento informado (firmado); Trabajadoras de la RMJT acordaron día y hora para realizar la entrevista (realizadas por una enfermera y un TCAE). La recogida de datos fue con la entrevista individual semiestructurada (realizada individualmente) con un guion de preguntas preestablecido para profundizar en los objetivos del estudio (anexo 1). Las entrevistas se realizaron en 2 tandas diferenciadas: la primera de junio a noviembre (etapa en la que el aislamiento fue más estricto, no salían de sus habitaciones y no recibían visitas de sus allegados); se consiguió la saturación de los datos con la 30 entrevista (repetición de los discursos no encontrándose datos nuevos)¹⁸. La segunda tanda fue de enero a marzo. En esta etapa se les vacunó. Se permitió a sus allegados las visitas y se autorizó a los

Anexo 2. Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono y/o su dirección completa?
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de 3 en 3 desde 29 (3)

(1) Día, mes y año; (2) vale cualquier descripción correcta del lugar; (3) cualquier error hace errónea la respuesta.

Errores	Resultados
0-2	Valoración cognitiva normal
3-4	Deterioro leve
5-7	Deterioro moderado
8-10	Deterioro severo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

residentes a salir al exterior de la residencia. Se consiguió la saturación de los datos con la 15 entrevista. La duración de las entrevistas duró de 45 min a 1 h. El ambiente de las entrevistas fue cordial y de confianza. Los entrevistados agradecieron la confianza puesta en ellos.

- **Análisis de los datos.** Una vez transcritos literalmente los discursos, se realizó el análisis de contenido: manual e inductivo, realizado por la misma persona conocedora de la metodología cualitativa. Después se contrastó con dos profesionales de la salud que habían participado en el estudio y con otras dos que no, para evitar la subjetividad de una misma persona y poder conseguir la triangulación de los datos. El análisis de contenido, significó ir examinando y codificando los datos, después de categorizar las respuestas en diferentes unidades temáticas y poder extraer las conclusiones pertinentes¹⁹. Las entrevistas se codificaron palabra a palabra, frase a frase y las categorías y subcategorías se crearon a partir de agrupar códigos similares en cuanto a contenido, pero teniendo presente las opiniones divergentes como expresiones latentes del texto. Los temas se crearon relacionando los significados, los nexos y entornos entre las categorías, manifestando el contenido presente de los datos. Para asegurar el rigor del estudio, se pretendió que la investigación fuera válida y relevante²⁰, y para conseguir criterios de calidad (credibilidad, transferibilidad, dependencia, confirmabilidad y relevancia) y rigor metodológico (revisión del problema-método-diseño, diseño correcto de la muestra, análisis de datos, y triangulación)²¹. A los participantes se les leyeron las transcripciones de las entrevistas para que validaran los contenidos.
- **Aspectos éticos.** El consentimiento informado fue el procedimiento formal aplicado que respondió al principio de autonomía, basado en la voluntariedad, la información y la comprensión de los mayores que participaron indicando que los resultados solo se utilizarían con fines científicos, para garantizar el principio de confidencialidad y privacidad, omitiendo cualquier dato potencialmente reidentificativo de los entrevistados. El Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad

Anexo 3. Características de los participantes	
Criterios	Características de los participantes
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • 30 mujeres • 15 hombres
Rango de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres 70-86 años • Mujeres 77-96 años

Autónoma de Aragón aceptó y refrendó la investigación y los resultados. Se informó a la Dirección de la RMJT, verbalmente y por escrito, del proyecto y motivo del estudio, con los propósitos y la metodología que se aplicaría, así como *a posteriori* con la exposición de los resultados. En ambos se obtuvo la aprobación y reconocimiento.

■ RESULTADOS

Los resultados se vertebraron en 8 categorías relacionadas con las experiencias vividas (tabla 1).

Sentimientos durante el confinamiento

Afirmaron haber pasado más emociones negativas que positivas. La ansiedad y la tristeza prevalecieron sobre la tranquilidad y la alegría. La desesperanza y la incertidumbre les provocó cambios de humor, pena e impotencia. No realizar las actividades de antes les produjo agotamiento y sufrimiento. Necesitaron ayuda psicológica y emocional del equipo sanitario. Vivir en la residencia les dio seguridad y confianza. Estas emociones fueron mayores en las mujeres y en los de menos edad.

Cambios en los hábitos de vida

Aseveraron haber cambiado sus rutinas. La disminución del ejercicio, el aislamiento y el cambio de la situación, les creó desinterés por sus autocuidados. El sexo femenino mantuvo más sus rutinas y autocuidados. El tiempo dedicado al ocio fue mayor. La falta de relaciones interpersonales aumentó el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) para comunicarse con sus allegados.

Cambios en la propia salud

Los participantes con más pluripatologías y más frágiles manifestaron más problemas físicos-psíquicos. Los que fueron al hospital durante el confinamiento se preocuparon más por su salud. La falta de ejercicio, el insomnio y la ansiedad les hizo sentir peor.

Inquietudes por la salud

La esperanza en la vacunación y en el avance de los tratamientos les hizo “estar mejor”. Refirieron una preocupación excesiva por la salud de familiares. El miedo al contagio fue notorio.

Estrategias de afrontamiento

Aseguraron haber realizado actividades (pintar, etc.) para soportarlo mejor. Los que expresaron rezar y meditar se sintieron más tranquilos y esperanzados. “Sentirse contentos” les hizo estar mejor consigo mismos. Las mujeres y los más ancianos fueron más resilientes.

Tabla 1. Categorías 1 a la 8

Subcategorías	Citas textuales
Categoría 1: sentimientos durante el confinamiento	
• Miedo al propio contagio/familiares/amigos	"Soy mayor y ya tengo muchos achaques. Tengo mucho miedo de cogerlo y de morirme" (mujer de 90 años)
• Emociones básicas negativas	"Me he pasado muchas horas, noches llorando. No encontraba consuelo ni leyendo, ni viendo la televisión" (mujer de 87 años)
Categoría 2: cambios en los hábitos de vida	
• Disminución autocuidados	"Antes iba cada mañana a pasear un rato. También bajaba 2 veces a la semana a la rehabilitación" (mujer de 90 años)
• Ocio	"Pinto cada día 3 o 4 hojas de las que me dan las auxiliares. Otros días veo más la televisión..." (hombre de 81 años)
Categoría 3: cambios en la propia salud	
• Cambios físicos	"Tengo más dolores en las rodillas. Cada día me cuesta más levantarme de la silla" (mujer de 88 años)
• Cambios psicológicos/emocionales	"Antes me enfadaba menos, ahora estoy más triste" (mujer de 78 años)
Categoría 4: inquietudes por la salud	
• Propia salud/salud de la familia	"Solo hago que rezar y pedirle a la Virgen que no se enfermen mis nietos" (mujer de 90 años)
Categoría 5: estrategias de afrontamiento del confinamiento	
• Recursos para mejorar la situación	"Cada día intento pasear por la habitación 10 o 12 veces. Por las tardes rezo. Intento estar contenta y darle gracias a Dios por estar aquí" (mujer de 92 años)
• Importancia del uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)	"Mi hijo está muy pendiente de mí, me llama a mi teléfono todos los días" (hombre de 83 años)
Categoría 6: apoyo de los profesionales de la salud	
• Necesidad de ayuda emocional	"Gracias a todas vosotras. Lo único que quiero, daros las gracias y hablar un ratito con alguien..." (mujer de 83 años)
• Necesidad de ayuda física	"Yo cada día necesito más de vuestra ayuda, para levantarme, para vestirme, para ducharme" (mujer de 91 años)
• Importancia de vivir en la residencia	"En mi casa nunca hubiera estado tan cuidado" (hombre de 86 años)
Categoría 7: información sobre la COVID-19 y el confinamiento	
• Exceso de información/desinformación	"Ya no enciendo el televisor: siempre lo mismo, enfermos, muertos y desgracias..." (hombre de 72 años)
Categoría 8: preocupaciones sobre el futuro	
• Limitaciones en la forma de vida	"Estoy acostumbrado a pasar mucho tiempo solo. Pasar tanto tiempo sin salir a la calle es como si estuviéramos presos" (hombre de 81 años)
• Incertidumbre sobre el futuro	"Pobres jóvenes. Creo que lo van a pasar muy mal. Esto es como una guerra..." (mujer de 85 años)

Apoyo de los profesionales de la salud

Muestran especial mención a la figura de la psicóloga. Los que fueron visitados por ella expresaron encontrarse mejor. Las palabras a los sanitarios fueron de agradecimiento.

Información sobre la COVID-19

El exceso de información en los medios de comunicación les produjo angustia, miedo, cansancio y desmotivación. Al ser las residencias constante foco de atención les hizo sentir más vulnerables. Manifestaron tener poca información sobre cómo se contagia la COVID-19 y el tiempo que tendrían que estar confinados.

Preocupaciones sobre el futuro

Las principales preocupaciones sobre el futuro fueron saber cuándo verían a sus seres queridos, cuándo se vacunarían, cuándo se acabaría el aislamiento y cómo sería la situación futura de familiares y conocidos. Fue mayor en mujeres y en los más mayores.

■ DISCUSIÓN

Los resultados del estudio, al igual que los de otros realizados, confirman que hay una extensa bibliografía que relaciona el confinamiento con un aumento de la morbilidad²². Cuando este aislamiento se produce

en residencias (aislados del exterior y en su habitación sin gozar de las zonas comunes) y, sobre todo, de personas con demencias²³ tiene muchas consecuencias negativas como: la reducción o inactividad física y su implicación en problemas de sueño, insomnio y somnolencia diurna, que ya se ha demostrado en diferentes investigaciones^{24,25}. Del mismo modo, la soledad aumenta el riesgo de sedentarismo, la enfermedad cardiovascular, la alimentación inadecuada y el riesgo de muerte^{26,27}.

Las personas que han sufrido eventos traumáticos podrían enfrentar situaciones adversas con mayor resistencia y resiliencia para procesar las situaciones de estrés y la angustia que han vivido²⁸. Los datos de nuestra investigación no coinciden con estudios que respaldan que el bienestar emocional mejora a lo largo del ciclo vital^{29,30}, y sí con los estudios que encuentran un mayor malestar psicológico en personas mayores con respecto a personas jóvenes^{31,32}. Han contado con el apoyo profesional para disminuir el impacto del confinamiento en su salud mental³³ (más en el sexo femenino).

Las referencias hacia la presencia de la psicóloga como “gestora” de sus angustias y miedos han sido significativas. Vivir en la residencia les ha hecho sentir más protegidos y mejor cuidados. La sobreinformación y el “afectarles” más, les ha hecho tener miedo, ansiedad y problemas con el sueño. Los estereotipos negativos sobre el envejecimiento aparecen claramente vinculados a la experiencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los mayores; y estos acontecimientos vitales negativos (p. ej., la COVID-19) y el edadismo se internalizan y afectan a la cognición, el afecto, la conducta y la salud física de las personas³⁴. Todas estas circunstancias del aislamiento les han acarreado importantes consecuencias físicas y psicosociales³⁵. Los cambios de rutinas han resurgido actividades (leer, rezar) y no hacer otras (actividad física). Estas les ha permitido reducir el estrés y la angustia produciendo mejorías significativas en su salud mental³⁶.

Las personas con mejor autopercepción y las que refieren sobrellevar mejor el envejecimiento, o las que dicen tener más mecanismos para afrontar los problemas, constatan la presencia de una mayor resiliencia³⁷ (más en mujeres). La importancia del uso de las TIC³⁸ les ha posibilitado comunicación con familiares y allegados. En los más jóvenes, el uso del móvil y las videoconferencias ha sido mayor.

El inicio de la vacunación y las noticias más “alentadoras” sobre la evolución de la pandemia han aumentado sus emociones positivas, la esperanza de ver a sus seres queridos y el fin del confinamiento.

Las vivencias de los residentes han manifestado la capacidad de adaptación y resistencia que tienen los mayores ante una situación límite como la vivida con la pandemia por la COVID-19. Han expresado tener preocupaciones por su propia salud y por la de sus allegados; sufrir cambios significativos en sus rutinas de vida; experimentar mayor soledad en su día a día; no poder comunicarse e interrelacionarse con los amigos y fa-

miliares; referir más complicaciones físicas consecuentes al sedentarismo y la inactividad; padecer más angustia y ansiedad; dormir peor; desconocer cuándo podrían volver a la normalidad. A pesar de esto, han incrementado y buscado estrategias para afrontar los problemas; han valorado vivir la pandemia en la residencia como una posibilidad de seguir viviendo y no contagiarse (les ha inferido seguridad y confianza); han expresado a los sanitarios sus inquietudes y emociones. La esperanza la han volcado en poder ver pronto a familiares/amigos, y en la vacunación.

■ LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A continuación se referencian las limitaciones del estudio: *a)* realizar la entrevista semiestructurada y no hacerla en profundidad³⁹ pudo dirigir a los participantes hacia los temas que nosotros creímos más relevantes (hemos pretendido que con mayor diversidad de preguntas, las opiniones fueran más diferentes); *b)* el no empleo de otras técnicas de investigación cualitativas, como la observación participante, la autoobservación, etc. ha limitado conocer y explorar más percepciones y experiencias de los participantes acerca del objeto de estudio⁴⁰; *c)* no tener en la muestra participantes que tuvieran y/o hubieran pasado la COVID-19.

■ CONCLUSIONES

Identificar las vivencias de los mayores durante el confinamiento por la COVID-19 ha mostrado en esta población las dificultades surgidas del día a día, y las capacidades que han tenido que llevar a cabo para soportar y superar este difícil período de la pandemia. Las experiencias con emociones negativas han prevalecido sobre las positivas. El cambio de rutinas consecuente a la pandemia les ha provocado más problemas de salud. Las personas resilientes y con estrategias de afrontamiento óptimas lo han vivido mejor. La constante preocupación por la salud de sus familiares ha disminuido con la presencia diaria con los sanitarios. Vivir el confinamiento en la residencia y la esperanza en la vacunación han generado esperanzas en volver pronto a la normalidad. Los resultados del presente estudio nos acercan a buscar nuevos modelos de cuidados hacia los mayores en los que se tengan más en cuenta sus opiniones, prioridades y creencias. Con la contribución del siguiente estudio se hace visible contemplar las vivencias de las personas mayores delante de situaciones tan complicadas como las derivadas por el confinamiento de la COVID-19 ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Wuhan seafood market pneumonia virus isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. 2020 [consultado 7-febrero-2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/MN908947>
2. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización n.º 144. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 2020 [consultado 25-6-2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_144_COVID-19.pdf
3. Fernández Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo Alonso M. Impacto de la COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clinica y Salud*. 2020;31:165-9.
4. Vázquez R. Covid-19 y residencias de Mayores: la urgencia de anticipar riesgos [consultado 2-4-2020]. Disponible en: https://www.balancesociosanitario.com/Covid-19-y-residencias-de-mayores-la-urgencia-de-anticipar-riesgos_a7113.html
5. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 2020;395:1190-1.
6. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A, Forés JS, et al. Coronavirus: the Geriatric emergency of 2020. Joint document of the Geriatric Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology and the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:569-76.
7. Camaralles F, Fernández C, Galindo G. Aunando esfuerzos en Prevención y Promoción de la Salud con el PAPPSS. *Aten Primaria*. 2019;51:195-7.
8. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MDS, Fernandes-Pires 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;76:e10-6.
9. Roqué M, Coll-Planas L. Respuestas COVID-19. *Fundació Salut I Envel·liment-UAB-Centro Cochrane Iberoamericano*; 2020. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/cuales-son-los-efectos-colaterales-del-confinamiento-para-evitar-la-covid-19-en-las-personas>
10. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, Martín Barato A, Escudero Carretero M, López Doblas M, Luque Martín N. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gac Sanit*. 2020;36:139-45.

11. Camarelles Guillem F. 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.
12. Alaball JV, Rojas ERA, Hernández NP, Luque US, Morrison D, Pérez SN, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria*. 2020;52:418-22.
13. Polit DF, Féher de la Torre G, Hungler BP, Palacios Martínez R. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 1.ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2000.
14. Cuesta Benjumea CDL. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto y Contexto Enferm*. 2010;19:762-6.
15. Patton MQ. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage Publications; 1980.
16. Cuesta-Benjumea CDL. Investigación cualitativa y enfermería. *Index Enferm*. 2000;28:29:7-8.
17. Salamanca Castro AB, Martín-Crespo CB. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*. 2007;27.
18. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido. *Psicoperspectivas*. 2003;2:53-82.
19. Vargas-Santillán MDL, Arana-Gómez B, García-Hernández MDL, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 2017;17:171-82.
20. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:473-82.
21. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Sage handbook of qualitative research*. Sage Publications Ltd.; 2005. p. 191-215.
22. Holt-Lunstad J, Smith T, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7:e1000316.
23. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 2020;395:1190-1.
24. Hartmann-Boyce J, Davies N, Frost R, Bussey J, Park S. Maximising mobility in older people when isolated with COVID-19. *Oxford COVID-19 Evidence Service*; 2020 [consultado 10-5-2020]. Disponible en: <https://www.cebm.net/covid-19/maximising-mobility-in-the-older-people-when-isolated-with-covid-19/>
25. Moreno P, Muñoz C, Pizarro R, Jiménez S. Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. Revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:42-9.
26. Eng P, Rimm E, Fitzmaurice G, Kawachi I. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol*. 2002;155:700-9.
27. Yanguas J, Pinazo-Hernandis S, Tarazona-Santabalbina F. The complexity of loneliness. *Acta Biomed*. 2018;89:302-14.
28. Echeburúa E, Amor PJ. Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Ter Psicol*. 2019;37:71-80.
29. Carstensen LL, Turan B, Scheibe S, Ram N, Ernsner-Hershfield H, Samanez-Larkin GR, et al. Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychol Aging*. 2011;26:21-33.
30. Charles ST, Piazza JR, Mogle JA, Urban EJ, Sliwinski MJ, Almeida DM. Age differences in emotional well-being vary by temporal recall. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71:798-807.
31. Hansen T, Slagsvold B. The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*. 2012;22:18795.
32. Swift HJ, Vaclair CM, Abrams D, Bratt C, Marques S, Lima ML. Revisiting the paradox of well-being: The importance of national context. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69:920-9.
33. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102083.
34. Laidlaw K, Kishita N. Age-appropriate augmented cognitive behaviour therapy to enhance treatment outcome for late-life depression and anxiety disorders. *Geropsych*. 2015;28:57-66.
35. Fraser S, Lagacé L, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, et al. Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age Ageing*. 2020;49:629-95.
36. Goodman WK, Geiger AM, Wolf JM. Leisure activities are linked to mental health benefits by providing time structure: comparing employed, unemployed and homemakers. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71:4-11.
37. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol*. 2006;91:730-49.
38. Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga, M, Grysztka M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Exp Gerontol*. 2018;102:133-44.
39. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1990.
40. Fernández Drogue F. *Discusiones de metodología. La observación en la investigación social: la observación participante como construcción analítica*. Revista Temas Sociológicos. 2009;13: 49-66.