

Luis Agüera-Ortiz<sup>1,2</sup>  
Carmen Moreno-Menguiano<sup>3</sup>  
Marta Gutiérrez-Rodríguez<sup>3</sup>  
Teresa González-Salvador<sup>4</sup>  
María D Claver-Martín<sup>5</sup>  
Rosario Gutiérrez-Labrador<sup>6</sup>  
Natalia Mesa-Rodas<sup>7</sup>  
Jorge López-Álvarez<sup>1</sup>

# Atención psicogerítrica en tiempos de COVID. Lecciones aprendidas y propuestas para situaciones similares

1 Servicio de Psiquiatría, Instituto de Investigación i+12, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

2 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España

3 Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. España

4 Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España

5 Programa Promoción de Salud Mental. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. España

6 Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España

7 Hospital Universitario HM Puerta del Sur. Madrid. España

---

## RESUMEN

**Introducción.** El objetivo es describir los problemas relacionados con la atención psicogerítrica ambulatoria en el contexto de la pandemia SARS-CoV-2, así como las soluciones propuestas e implementadas para optimizar la atención a las personas mayores con trastornos mentales durante la pandemia, que también pueden aplicarse en situaciones similares emergentes en el futuro.

**Metodología.** Se recogió información sobre prestación de asistencia sanitaria y problemas clínicos en la práctica psicogerítrica durante un año de la pandemia de COVID-19 como base para propuestas de actuación por consenso de psiquiatras expertos en psicogeriatría. Entorno: servicios de atención psicogerítrica ambulatoria en la Comunidad de Madrid.

**Resultados.** Se identificaron ocho temas relacionados con las dificultades en la prestación de la atención psicogerítrica (acceso a los servicios, adherencia al tratamiento, derivaciones y contacto, continuidad de cuidados, aislamiento, residencias de ancianos y pruebas de laboratorio) y se llegó a un acuerdo sobre 14 posibles soluciones. Además, se identificaron 7 problemas clínicos de especial relevancia (duelo, sueño, tratamientos psicofarmacológicos, deterioros físico, cognitivo-conductual y social, y violencia) y se propusieron 17 posibles soluciones.

**Conclusiones.** La pandemia de SARS-CoV-2 supone un elevado riesgo vital para la población geriátrica. Medidas

como el confinamiento y la limitación de contactos, ejercen un riesgo directo para la salud mental y un riesgo indirecto debido a las mayores dificultades para acceder a la atención psicogerítrica. Es necesario detectar estas situaciones e implementar cambios en la manera de proporcionar atención a esta población altamente vulnerable. Proponemos una serie de posibles soluciones a las situaciones problemáticas detectadas que pueden ser de ayuda en diferentes contextos de atención psicogerítrica.

**Palabras clave.** COVID-19, atención psicogerítrica, salud mental de ancianos, telepsiquiatría, continuidad de la atención.

*Actas Esp Psiquiatr* 2023;51(1): 1-9 | ISSN: 1578-2735

## PSYCHOGERIATRIC CARE IN TIMES OF COVID. LESSONS LEARNED AND PROPOSALS FOR SIMILAR SITUATIONS

### ABSTRACT

**Introduction.** The objective is to describe the problems related to outpatient psychogeriatric care in the context of the SARS-CoV-2 pandemic, as well as the proposed and implemented solutions for optimizing care for elderly people with mental disorders during the pandemic, that can also be applied in emerging similar situations in the future.

**Methods.** Data on healthcare provision and clinical problems in psychogeriatric practice over the course of one year of the COVID-19 pandemic were collected as the basis for proposals for action by a consensus of psychiatrists expert in psychogeriatrics. Setting: Outpatient psychogeriatric care services in the Madrid region, Spain.

---

### Dirección de correspondencia

Luis Agüera-Ortiz.

Dirección postal profesional: Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda de Córdoba km 5400. 28041 Madrid, España

Dirección de correo electrónico: [laguera@med.ucm.es](mailto:laguera@med.ucm.es)

**Results.** Eight topics relating to difficulties in the provision of psychogeriatric care were identified (access to services, treatment adherence, referrals and contact, continuity of care, isolation, nursing homes and laboratory tests) and agreement was reached on 14 possible solutions. In addition, 7 clinical problems of particular relevance were identified (bereavement, sleep, psychopharmacological treatments, physical, cognitive-behavioural and social deterioration, and violence) and 17 possible solutions proposed.

**Conclusions.** The SARS-CoV-2 pandemic poses a high risk to life for the geriatric population. Measures such as lockdowns and limiting contacts, exert a direct risk to mental health and an indirect risk due to greater difficulties in accessing psychogeriatric care. It is necessary to detect these situations and implement changes in how care is provided to this highly vulnerable population. We propose a series of possible solutions to the problematic situations detected that may be helpful in a variety of psychogeriatric care contexts.

**Keywords:** COVID-19, psychogeriatric care, elderly mental health, telepsychiatry, continuity of care

## INTRODUCCIÓN

En el año 2020 el nuevo patógeno SARS-CoV-2 ha provocado una pandemia a nivel mundial de la enfermedad conocida como COVID-19. La pandemia está generando un profundo impacto en términos de morbilidad, mortalidad y problemas económicos, así como importantes cambios en los hábitos y costumbres de la población a los que, forzosamente, ha tenido que adaptarse la asistencia sanitaria.

La atención psicogerítrica se encuentra condicionada en extremo ante el elevado riesgo de morbimortalidad de los pacientes ancianos si contraen la COVID-19. A la edad avanzada, como factor independiente de mortalidad en los que sufren esta enfermedad<sup>1</sup>, se unen los factores de riesgo asociados a la enfermedad mental que pueden incrementar la morbilidad y mortalidad por COVID-19<sup>2</sup>.

Las medidas adoptadas durante el confinamiento (distanciamiento social, restricciones de visitas), han podido incrementar el distrés emocional, la indefensión, el miedo, la ansiedad y la depresión, aumentando el riesgo en la población anciana de presentar necesidades psicológicas no atendidas<sup>3</sup>. Un trabajo realizado en población psicogerítrica encontró un 37,7% de pacientes que reportaron exacerbación de los síntomas previos y un 20,8% de pacientes que presentaron nuevos síntomas mentales<sup>4</sup>.

Durante la pandemia se ha reducido en muchos lugares la asistencia al paciente psiquiátrico<sup>2</sup>, lo que ha llevado a replantear los servicios de Salud Mental<sup>5,6</sup> para poder atender las necesidades asistenciales de estos pacientes, en general, y de los ancianos en particular, garantizando una asistencia de calidad sin elevar el riesgo de contagio por SARS-CoV-2. Para proveer un adecuado cuidado clínico a los pacientes psicogerítricos se deben establecer intervenciones especializadas<sup>6</sup> tanto en la atención presencial como en la telemática, denominada telemedicina.

La telemedicina es el empleo de tecnologías de la información y la comunicación para proveer cuidados a distancia, fuera de los contextos sanitarios tradicionales<sup>7</sup>. Su uso en psiquiatría, conocido como telepsiquiatría es reconocido por diversos grupos de expertos como una herramienta para reducir la presión de los servicios asistenciales y, en tiempo de epidemias, limitar el riesgo de contagio, asegurando la continuidad de cuidados para los pacientes psiquiátricos<sup>8</sup>. Esta modalidad de atención, aunque no exenta de problemas, podría reducir el riesgo de descompensación y el de hospitalización<sup>9</sup> permitiendo realizar diagnósticos e implementar intervenciones terapéuticas estándar, así como otras complementarias como la psicoeducación o el consejo terapéutico<sup>4</sup>. Es probable que, durante una situación de pandemia, la atención a la población psicogerítrica deba sufrir modificaciones que permitan una mayor flexibilidad<sup>10</sup> sin descuidar ninguno de los dos aspectos primordiales en este momento: mantener una asistencia psicogerítrica de calidad y minimizar el riesgo de contagio de pacientes y profesionales.

El presente artículo es el fruto de la iniciativa de un grupo de trabajo de expertos en psicogerítrica de Madrid (España) que ha puesto en común las dificultades encontradas y las respuestas que se han puesto en marcha para poderlas resolver, tras un año de experiencia en la atención de pacientes psicogerítricos durante la pandemia de COVID.

## METODOLOGÍA

El grupo de Psicogerítrica de Madrid es un grupo de trabajo constituido por psiquiatras vinculados tanto a los Servicios Públicos de atención y prevención en Psiquiatría y Salud Mental de la región de Madrid (España) como al ejercicio privado de la Psiquiatría, pero siempre con especial interés en la Psicogerítrica. El grupo se compone de 18 psiquiatras que realizan actividades asistenciales en los siguientes ámbitos tanto urbanos como rurales: 12 en Centros de Salud Mental ambulatorios, 5 en Servicios Hospitalarios y una en Servicios Municipales de Prevención y Promoción de la Salud. Esto permite cubrir un espectro muy amplio de los recursos asistenciales de la Comunidad de Madrid.

Este grupo de trabajo decidió realizar un trabajo de campo y una puesta en común de la experiencia adquirida en la asistencia psicogerítrica durante el primer año de pandemia debida al COVID. Los resultados vertidos en este artículo han recibido el aval de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).

La información que se recogió se dividió en dos secciones:

- Problemas detectados en la asistencia psicogerítrica en tiempos de COVID.
- Acciones realizadas para resolver estos problemas.

El trabajo se realizó en las siguientes fases:

1.- Recogida de información. Los participantes recogieron información de su ámbito geográfico y asistencial y de

cualquier otro a cuya información tuvieron acceso. La información se reunió en documentos que recogían explícitamente las dos partes antes reseñadas.

2.- Puesta en común. Se realizaron una serie de reuniones telemáticas para la discusión del material recogido, evaluando las coincidencias y diferencias. Se realizó un esfuerzo de consenso para llegar a respuestas unificadas a los problemas detectados usando un método análogo al Delphi. Se consideró que un tema estaba consensuado cuando más del 70% de los participantes lo apoyaba.

3.- Redacción de una tabla-resumen con los problemas detectados y las propuestas para su abordaje (Tabla 1). Esta tabla fue consensuada por el 100% de los participantes y es la base del presente trabajo.

Tabla 1		Problemas detectados y soluciones sugeridas por consenso de expertos	
	PROBLEMA DETECTADO	SOLUCIÓN SUGERIDA	
<b>A. PROBLEMAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN LA FORMA DE PRESTAR LA ASISTENCIA</b>			
1	Dificultades en el acceso a los Servicios de Salud Mental. Modificaciones en la forma de desarrollar la asistencia	- Puesta en marcha de los servicios de telepsiquiatría	
2	Dificultades en la comprensión y cumplimiento de las pautas de tratamiento	- Realizar el máximo de consultas presenciales que sea posible optimizando medidas de seguridad - Incluir a un familiar en la entrevista telefónica cuando sea necesario	
3	Dificultades en las derivaciones desde las estructuras de Atención Primaria a las de Salud Mental con tendencia a la disminución de derivaciones	- Reforzar la coordinación con las estructuras de Atención Primaria para favorecer las derivaciones	
4	Dificultades para contactar con los profesionales y recursos de Salud Mental	- Facilitar el contacto y los mecanismos de petición de citas - Uso de correo electrónico corporativo y de sistemas de e-consulta	
5	Continuidad de cuidados	- Detectar a aquellos pacientes que a causa de la pandemia hayan visto interrumpido su seguimiento	
6	Aislamiento social y familiar	- Actividades microgrupales presenciales - Grupos vía plataformas digitales	
7	Asistencia a pacientes en residencias y pisos tutelados.	- Equipos de coordinación con médicos de residencias / Geriatría - Valorar la idoneidad de los traslados para realizar consultas presenciales en los servicios de Salud Mental ambulatorios - Plantear la posibilidad de realizar entrevistas vía videoconferencia	
8	Pruebas de laboratorio	- Herramientas informáticas que recuerden peticiones pendientes - Apoyo de enfermería	

	PROBLEMA DETECTADO	SOLUCIÓN SUGERIDA
<b>B. PROBLEMAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA</b>		
9	Atención al duelo	a. Detección e intervención precoz para evitar la evolución a duelo patológico b. Intervenciones individuales c. Intervenciones grupales presenciales o telemáticas
10	Problemas de sueño	a. Educación vía telefónica en medidas de higiene del sueño b. Búsqueda de medidas no psicofarmacológicas que contribuyan a evitar una sobreprescripción de medicación hipnótica
11	Tratamientos psicofarmacológicos	a. Medidas educativas sobre cumplimiento de los tratamientos b. Revisión de indicación / duración de los tratamientos c. Prestar especial atención a determinados fármacos, sobre todo antipsicóticos y ansiolíticos/hipnóticos, para evitar que prescripciones temporales se cronifiquen
12	Deterioro físico	a. Promover realización de ejercicio físico en el domicilio b. Recomendaciones sobre hábitos saludables
13	Deterioro cognitivo y conductual	a. Recomendar actividades de ejercicio cognitivo en los domicilios e informar de la disponibilidad de material web para estimulación cognitiva b. Intervención con cuidador para el manejo de síntomas cognitivos y conductuales
14	Deterioro Social	a. Detectar situaciones de riesgo a través de entrevistas telefónicas b. Recomendaciones educativas para potenciar el contacto social y familiar c. Poner en contacto con recursos sociales y de voluntariado
15	Violencia	a. Explorar activamente la posibilidad de que existan situaciones conflictivas o de violencia b. Recomendaciones para manejo de situaciones difíciles y promoción del buen trato

*El punto a. corresponde fundamentalmente a medidas de prevención. Los puntos b y c, corresponden a medidas de intervención.*

## RESULTADOS

Los resultados del consenso alcanzado por el grupo de trabajo se resumen en la tabla 1. Esta tabla tiene dos secciones. En la primera, se detallan los problemas asistenciales detectados y las soluciones que se sugieren para su manejo. En la segunda, se exponen los principales problemas clínicos que fueron reconocidos junto a las soluciones que se aportan para su abordaje. En estas, el punto *a* se corresponde sobre todo a aspectos de prevención y los puntos *b* y *c*, a medidas de intervención.

## CONCLUSIONES

En un periodo en el que la asistencia presencial ha sido relegada a lo imprescindible, en muchos lugares la prioridad ha sido realizarla de la forma más segura. Por ello la modalidad prioritaria de atención se ha centrado en la teleasistencia. Se ha intentado mantener las consultas presenciales en casos de descompensaciones, casos de mayor gravedad, dificultades en la comprensión y cumplimiento de pautas por vía telemática, y en las primeras consultas para facilitar el vínculo terapéutico. El número y la proporción de consultas presenciales se ha ido incrementando a medida que la situación epidemiológica lo ha ido permitiendo.

La telepsiquiatría, en forma de llamadas telefónicas o de videollamadas, con niveles de aceptación y efectividad ya elevados en atención psiquiátrica<sup>11</sup> ha sido uno de los recursos asistenciales más empleados durante la pandemia. Sin embargo, las tecnologías digitales no permiten detectar con claridad las diferencias sutiles en el lenguaje corporal, las expresiones faciales y las inflexiones vocales leves<sup>12</sup>. Asimismo, la accesibilidad es una gran limitación para el empleo de estas modalidades de atención. Por otra parte, los pacientes ancianos, con menores ingresos, menor nivel de instrucción, menos familiaridad con las nuevas tecnologías y menores niveles de entrada a internet, pueden tener un acceso más reducido a la tecnología necesaria<sup>3</sup>. Afortunadamente, esto está cambiando y también vemos entre los mayores, la posibilidad del uso de redes sociales y otro tipo de nuevas tecnologías que permitirían un contacto estrecho y mantener la comunicación por esta vía.

En cualquier caso, es imprescindible respetar los horarios de las citas telefónicas o telemáticas. Como consecuencia de la sensación de abandono que muchos ancianos han experimentado debido a la presión sufrida por las instituciones sanitarias, las personas mayores necesitan saber que se les va a contactar y cuándo, y esta consulta debe llevarse efectivamente en el día y hora acordada.

A pesar de las dificultades presentadas durante esta implementación consideramos que probablemente estas tecnologías han venido para quedarse<sup>13</sup>. Sin embargo, la puesta en marcha de la telepsiquiatría se ha enfrentado a retos como la brecha digital presente en las personas mayores, las dificultades sensoriales de los pacientes psicogeriatricos o el deterioro cognitivo presente en algunos de ellos<sup>3, 14</sup>. Asimismo, y dada su novedad, para que la telepsiquiatría se lleve a cabo de la forma más eficiente posible, consideramos también conveniente la formación de los profesionales en esta herramienta de trabajo

El apoyo en familiares/cuidadores, que acompañaban a los pacientes durante las entrevistas, ha facilitado el acceso a las tecnologías. Además, ha permitido realizar la psicoeducación del familiar/cuidador, al que se daba una mayor comprensión de la enfermedad y herramientas de cuidados (promoción de ejercicio físico, hábitos saludables, higiene del sueño, actividades de estimulación cognitiva). Otro beneficio ha sido contribuir al cumplimiento terapéutico, y a la detección y prevención de recaídas o agravamientos. Finalmente, de forma especial, ha supuesto el aporte de un apoyo emocional al cuidador tal y como lo reflejan otros autores<sup>4</sup>.

Pese a ello, en ocasiones la práctica de la telepsiquiatría no ha podido llevarse a cabo en unas condiciones mínimas

de eficacia o no ha sido posible realizarla. Por tanto, sugerimos que, en estas ocasiones, cuando se trate de situaciones de relevancia clínica suficiente, se realicen consultas presenciales aplicando al máximo las medidas de seguridad de los pacientes. Para ello, han sido de utilidad el diseño de corredores seguros y la reserva de franjas de tiempo específicas para personas mayores. Conviene añadir que una parte de los pacientes ancianos si son preguntados, prefieren acudir presencialmente a los centros sanitarios, con el argumento de que sus problemas serán mejor entendidos y atendidos que por medios telemáticos.

Uno de los principales objetivos durante todo este periodo ha sido el mantenimiento de la continuidad asistencial. La disminución en la primera ola pandémica de las consultas presenciales y posteriormente el miedo de la población a acudir a los centros de salud, consultas de especialidades y hospitalarias, ha dado lugar a una reducción de las demandas en salud mental y una disminución de las consultas de revisión o seguimiento. Ante esta disminución, es necesario implementar todo tipo de medidas de alerta y de coordinación con las estructuras de Atención Primaria, para facilitar la accesibilidad de los pacientes a nuestros servicios. Estas medidas podrían ser el facilitar el contacto y los mecanismos de control de citas, el uso de correos electrónicos corporativos y los sistemas de e-consulta y por supuesto reforzar los programas de coordinación entre profesionales. Aunque la gravedad de este hecho es variable, en algunos casos ha tenido una importante repercusión al verse interrumpidos tratamientos crónicos que ayudaban a la estabilidad de la patología del paciente, o modificarse las pautas de tratamiento con el consiguiente riesgo de aumento de la morbimortalidad. Por tanto, es imprescindible detectar a aquellos pacientes que a causa de la pandemia hayan visto interrumpido su seguimiento. Para asegurar la continuidad asistencial se han planteado la elaboración de censos de pacientes que precisan continuidad de cuidados para detectar interrupciones en el seguimiento. Asimismo, se ha sugerido la habilitación de recursos informáticos, llamadas telefónicas y mensajería móvil de avisos, recordatorios de peticiones prioritarias de laboratorio y pruebas diagnósticas, así como de citas e interconsultas con otros especialistas. En este sentido, la ponderación de los beneficios y riesgos potenciales de la monitorización analítica relacionada con algunos psicofármacos (clozapina, litio...), ha llevado durante la pandemia por COVID-19 a repensar las necesidades de determinaciones analíticas y su frecuencia para establecer pautas seguras pero factibles.

Consideramos que los usuarios que habitan en residencias geriátricas deben ser una prioridad dado el mayor impacto que en ellos ha tenido la pandemia<sup>15,16</sup>, dando preferencia a su atención. La realización de videollamadas

y llamadas telefónicas a las residencias, contando con la presencia en la consulta de facultativos y/o cuidadores junto con los pacientes ha sido una herramienta muy útil también. Esta alternativa ha tenido un doble beneficio. Por un lado, permitir entrevistas colegiadas con los facultativos de las residencias como facilitadores de la asistencia telemática con el paciente. Por otro lado, en el sentido que lo describe Lazzari<sup>17</sup>, ha ayudado al paciente a entender los conceptos básicos de la enfermedad y la autopreservación, en los que los ancianos pueden tener dificultades.

Durante todo este periodo, tuvieron especial consideración las situaciones de aislamiento social y soledad. Se recomienda que el aislamiento social se explore de forma específica durante las entrevistas telefónicas para facilitar su detección. A los casos identificados se les ha intentado poner en contacto con recursos sociales y de voluntariado, y durante las consultas se ha enfatizado en la psicoeducación a pacientes y familiares o cuidadores. La atención de pequeños grupos por videollamada, y cuando era posible por alguna sesión presencial o mixta, ha sido una experiencia puesta en marcha por uno de los grupos con resultados positivos.

El aislamiento ha traído consigo también un mayor deterioro físico por disminución de la actividad. Es primordial promover la realización de ejercicio físico en el domicilio, recomendando levantarse cada hora para caminar por la casa y hacer ejercicios de estiramientos una o dos veces al día. Igualmente apoyar una alimentación saludable y equilibrada.

Se ha podido constatar que el paciente geriátrico ha experimentado más trastornos del sueño, que han venido a agravar con frecuencia los preexistentes. La educación sanitaria en cuanto a hábitos de vida saludables y medidas de higiene del sueño, llevados a cabo vía telefónica o mediante videoconferencia por profesionales de la salud, pueden jugar un papel relevante en el manejo de estas situaciones y evitar un aumento en la prescripción de medicación hipnótica, como ha ocurrido en muchos casos.

Las situaciones de duelo se han incrementado por razones obvias y el número de derivaciones por problemas relacionados con el duelo también lo ha hecho<sup>18</sup>. Además, la realidad de no poder recurrir a los apoyos familiares y sociales, ni realizar los ritos de despedida que normalmente los acompañan, ha dificultado la elaboración del duelo, con un riesgo mayor de desarrollar duelos complicados. Los pacientes en duelo recibieron especial atención con detección e intervención de apoyo precoces, de forma telemática, individual y grupal, siendo derivados los familiares desde las unidades de cuidados intensivos y hospitalización cuando los profesionales lo consideraban oportuno.

Se ha detectado durante la pandemia una tendencia a la prescripción de dosis más altas de fármacos antipsicóticos y ansiolíticos. Esta situación conlleva un aumento del riesgo dadas las mayores dificultades para las revisiones regulares y la realización de controles de laboratorio, electrocardiograma, etc.<sup>19</sup>. Algunos autores han recomendado evitar el inicio o ajuste de tratamientos para las alteraciones conductuales o el deterioro cognitivo durante este periodo<sup>20</sup>.

Proponemos superar estas dificultades señaladas por distintos autores con una mayor atención a la revisión de pautas de tratamiento farmacológico, para evitar que en este periodo se cronifiquen prescripciones realizadas en situaciones de reagudización. Esto ocurre, con frecuencia, con los antipsicóticos, tal como recoge el Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el Uso de Antipsicóticos en Personas de Edad Avanzada<sup>21</sup>.

Sugerimos que se preste especial atención a los pacientes con deterioro cognitivo. Estas personas requieren intervenciones bien establecidas y especializadas para un adecuado cuidado clínico<sup>6</sup>. En este tiempo se ha prestado una mayor atención en las dificultades de manejo que suponen las alteraciones conductuales asociadas. Dichas alteraciones de conducta tienen riesgo de acrecentarse por factores relacionados con la situación de confinamiento, la reducción en la calidad del cuidado y el aumento de la morbilidad por diferentes causas<sup>22</sup>. Existen iniciativas como el uso de *tablets* en las residencias, para apoyar al personal sanitario con el manejo de los SCPD o webinars, para entrenamiento de personal de enfermería<sup>23, 24</sup> que sería importante valorar. Otros grupos de trabajo han sugerido el establecimiento de "hotlines" para el tratamiento exclusivo de estas urgencias<sup>25</sup>.

Una de las problemáticas que han reclamado nuestra atención es el riesgo aumentado de conflictiva en el hogar y abuso en pacientes mayores. No hay que olvidar que la situación de vulnerabilidad de las personas mayores que padecen enfermedades crónicas, pluripatología o presentan algún tipo de discapacidad, bien sea debido a un trastorno mental, a deterioro cognitivo o a una limitación de la movilidad, es un terreno propicio para que se produzcan abusos, situaciones de maltrato y violencia. El maltrato al anciano es especialmente frecuente en pacientes con empeoramientos conductuales bruscos<sup>3</sup>. La pandemia podría incrementar el riesgo de abuso, negligencia y distrés en ancianos con o sin demencia<sup>26, 27</sup>. Se debe diferenciar una violencia carencial, reconocida por el cuidador como debida al desbordamiento, de una violencia instrumental cuyo fin es el daño al otro. En el primer caso, el cuidador tiene un problema que influye en el anciano y genera una interacción

disfuncional, debiendo ser el cuidador fuente de atención psicológica, social o farmacológica para minimizar una violencia no deseada. En el caso de la violencia instrumental, la motivación es delictiva, y por ello el abordaje es más complicado y sobrepasa el marco de actuación clínico para entrar en terreno legal. La intervención no consiste en ayudar al agresor, sino en evitar que el sujeto agredido sufra daño, aunque la valoración de la situación no siempre es compartida ni aceptada por una víctima no necesariamente no competente.

Intentando abordar esta problemática se debe realizar una exploración activa de este aspecto, en las consultas, con aplicación de modelos geriátricos de presencia de violencia por desbordamiento con ayuda al familiar, o abordaje del problema con apoyo a los pacientes vulnerables. En ocasiones, puede ser recomendable recurrir a herramientas (cuestionarios o preguntas clave) que ayuden en esta tarea. En la completa revisión de Abolfathi Momtaz<sup>28</sup> se describen distintos instrumentos de evaluación del maltrato al anciano que podrían emplearse en la práctica clínica. Las recomendaciones a familiares/cuidadores para el manejo de las alteraciones conductuales, especialmente en paciente con demencia, ha tenido como objetivo la prevención del problema del maltrato. Otros grupos han sugerido que la identificación y creación de mecanismos ambientales de soporte que proporcionen a la población de personas mayores un fuerte sentido de comunidad debería ser una prioridad en las políticas sociales. Este soporte social provee un rol protector contra el abuso y la negligencia<sup>29</sup>.

En conclusión, los retos presentados a la atención psicogerítrica en tiempos de pandemia han exigido el desarrollo de medidas novedosas o la intensificación de labores previas.

En nuestra experiencia, la telepsiquiatría durante este periodo ha ayudado a una gestión más eficiente, al favorecer la accesibilidad de los pacientes y la comunicación con los cuidadores, mejorar la coordinación con otros profesionales sanitarios, facilitar la gestión de citas, intercambiar información psicoeducativa, terapéutica y de recursos asistenciales, detectar situaciones de riesgo y controlar los tratamientos psicofarmacológicos y así ha sido expresado también por otros autores<sup>30</sup>. Estas actividades no están desprovistas de problemas como los aquí reseñados. Probablemente muchas de las dificultades de su implementación puedan ser sorteadas por medio de la evolución de estas tecnologías para hacerlas más fáciles de usar y disponibles a las personas mayores y a aquellos que les cuidan<sup>31</sup>.

Creemos importante señalar que nuestra apuesta por la telepsiquiatría, en un contexto de pandemia por un virus

altamente contagioso, se debe a que la telepsiquiatría es una opción sensata en unos tiempos peligrosos. Una vez superada la pandemia o al menos el periodo de mayor morbimortalidad de la misma consideramos que el *gold standard* de la atención psicogerítrica es la entrevista presencial. Lo aprendido acerca de la telepsiquiatría y la ausencia de marcados problemas a corto plazo hacen necesario plantearse la utilidad postpandémica de la telepsiquiatría en determinados contextos y situaciones clínicas en los que existan evidentes barreras para la atención presencial a la persona anciana. Los autores de este trabajo creemos que sería muy útil establecer una escala o al menos una checklist con respecto a los riesgos y beneficios potenciales del empleo de la telemedicina en cualquiera de sus formas (telefónica, videoconferencia, correo electrónico) en distintas situaciones que interesan al anciano (gran distancia al centro sanitario, institucionalización, dificultades graves en la movilidad, etc.).

Para finalizar, ante las dificultades y las peculiaridades de la atención psicogerítrica los autores planteamos la necesidad de realizar planes de acción específicos para prevención y tratamiento de los problemas de Salud Mental en población geriátrica. En este contexto, hemos considerado importante comunicar nuestras aportaciones, con el fin de que puedan ser de utilidad a otros profesionales que trabajan activamente en este campo, así como para evitar repetir deficiencias en el soporte y atención de los pacientes ante la perspectiva de posibles futuras olas de esta u otras pandemias, como han sugerido previamente otros autores<sup>18</sup>. Las conclusiones que aquí presentamos son fruto de un grupo de trabajo español, avalado por la Sociedad Española de Psicogeriatría, pero creemos sinceramente que pueden extrapolarse a diferentes sistemas sanitarios en nuestro y otros países y resultarles beneficiosas en la lucha contra la pandemia actual o en otras situaciones similares.

## AGRADECIMIENTOS

El trabajo ha sido avalado por la Sociedad Española de Psicogeriatría. Agradecemos a su Presidente, Dr. Manuel Franco Martín, esta decisión tras la evaluación de su Junta Directiva.

Agradecemos a los Dres. Helena Díaz Moreno y Jorge Pla Vidal su colaboración para el desarrollo del trabajo de campo

## Conflictos de intereses:

Ninguno de los autores declara conflictos de interés

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Aguila-Gordo D, Martinez-Del Rio J, Mazoterias-Munoz V, Negreira-Caamano M, Nieto-Sandoval Martin de la Sierra P, Piqueras-Flores J. [Mortality and associated prognostic factors in elderly and very elderly hospitalized patients with respiratory disease COVID-19]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020.
2. Moesmann Madsen M, Dines D, Hieronymus F. Optimizing psychiatric care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;142(1):70-1.
3. Sano M, Lapid MI, Ikeda M, Mateos R, Wang H, Reichman WE. Psychogeriatrics in a world with COVID-19. *Int Psychogeriatr.* 2020;32(10):1101-5.
4. Forlenza OV, Stella F, HCFMUSP LIMPC. Impact of SARS-CoV-2 pandemic on mental health in the elderly: perspective from a psychogeriatric clinic at a tertiary hospital in Sao Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr.* 2020;32(10):1147-51.
5. Pelizza L, Pupo S. Future psychiatric services in Italy: lesson from the COVID-19 pandemic. *Acta Biomed.* 2020;91(3):e2020011.
6. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima I, Nunes J, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res.* 2020;287:112915.
7. Scott Kruse C, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *J Telemed Telecare.* 2018;24(1):4-12.
8. Amerio A, Odone A, Marzano L, Costanza A, Aguglia A, Serafini G, et al. Covid-19: The last call for telepsychiatry. *Acta Biomed.* 2020;91(3):ahead of print.
9. Salum GA, Rehmenklau JF, Csordas MC, Pereira FP, Castan JU, Ferreira AB, et al. Supporting people with severe mental health conditions during the COVID-19 pandemic: considerations for low- and middle-income countries using telehealth case management. *Braz J Psychiatry.* 2020;42(4):451-2.
10. Pachana NA, Beattie E, Byrne GJ, Brodaty H. COVID-19 and psychogeriatrics: the view from Australia. *Int Psychogeriatr.* 2020;32(10):1135-41.
11. Das S, Manjunatha N, Kumar CN, Math SB, Thirthalli J. Tele-psychiatric after care clinic for the continuity of care: A pilot study from an academic hospital. *Asian J Psychiatr.* 2020;48:101886.
12. Parker CB, Forbes MP, Vahia IV, Forester BP, Jeste DV, Reynolds CF, 3rd. Facing the Change Together: Reflections of Coping and Resilience From American Geriatric Psychiatrists During COVID-19. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28(10):1015-9.
13. O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, Hutchinson L, Fisman M, Takhar J. Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. *Psychiatr Serv.* 2007;58(6):836-43.
14. NIDCD. Quick statistics about hearing loss. : NIDCD; 2020 [Available from: <https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick-statistics-hearing>. .
15. Carless J, Phaneuf KM, Hlandky G. New state plan for nursing home tests, isolation facilities could have big impact on COVID-19 spread. *CT Mirror.* 2020.
16. Cecco L. Canada nursing home reels from death of almost half its residents. *The Guardian, International edition.* 2020.
17. Lazzari C, Shoka A, Nusair A, Rabottini M. Psychiatry in Time of COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danub.* 2020;32(2):229-35.
18. Gerritsen DL, Oude Voshaar RC. The effects of the COVID-19 virus on mental healthcare for older people in The Netherlands. *Int Psychogeriatr.* 2020;32(11):1353-6.
19. Simonetti A, Pais C, Jones M, Cipriani MC, Janiri D, Monti L, et al. Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. *Front Psychiatry.* 2020;11:579842.
20. Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28(7):712-21.
21. Agüera Ortiz L, Moríñigo A, Olivera J, Plá J, Azanza Perea JR. Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada. *Psicogeriatría.* 2017;7(Supl 1):S1-S37.
22. Canevelli M, Valletta M, Toccaceli Blasi M, Remoli G, Sarti G, Nuti F, et al. Facing Dementia During the COVID-19 Outbreak. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(8):1673-6.



23. Patel S, Gannon A, Dolan C, McCarthy G. Telehealth in Psychiatry of Old Age: Ordinary Care in Extraordinary Times in Rural North-West Ireland. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(9):1009-11.
24. Patel S, Gannon A, Cryan M, McDonnell N, Rafiq S, Adamis D, et al. Ordinary care in extraordinary times. *Ir J Psychol Med*. 2020:1-5.
25. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10231):1190-1.
26. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER. Contributions to address violence against older adults during the Covid-19 pandemic in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2020;25(suppl 2):4177-84.
27. Clarke S. Elder abuse set to increase as UK enforces coronavirus lockdown measures, charity warns. *Home Care Insight*. 2020.
28. Abolfathi Momtaz Y, Hamid TA, Ibrahim R. Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*. 2013;13(3):182-8.
29. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021.
30. Bhaskar S, Bradley S, Chattu VK, Adisesh A, Nurtazina A, Kyrykbayeva S, et al. Telemedicine as the New Outpatient Clinic Gone Digital: Position Paper From the Pandemic Health System REsilience PROGRAM (REPROGRAM) International Consortium (Part 2). *Front Public Health*. 2020;8:410.
31. Keesara S, Jonas A, Schulman K. Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. *N Engl J Med*. 2020;382(23):e82.