

LAS RESPUESTAS AL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DEL COVID-19 DESDE UNA PERSPECTIVA EMOCIONAL: LA FUNCIÓN FAMILIAR COMO PATRÓN DIFERENCIAL EN LAS PERSONAS MAYORES

Javier López, Gema Pérez-Rojo, Cristina Noriega, Cristina Velasco,
Isabel Carretero, Patricia López-Frutos y Leyre Galarraga
Universidad San Pablo-CEU (España)

Resumen

La familia puede ser un recurso fundamental en momentos de pérdidas y crisis vitales. La soledad y el aislamiento en personas mayores provocan consecuencias negativas para su salud mental. La presente investigación analiza el rol de la función familiar en la ansiedad y depresión experimentadas por personas mayores durante la pandemia ocasionada por el COVID-19. Participaron 882 adultos mayores de 60 años evaluándose características sociodemográficas y del coronavirus, salud, función familiar, evitación, depresión y ansiedad. Los datos sugieren un factor amortiguador de la función familiar sobre la ansiedad y depresión durante la pandemia. Además, no estar casado, ser mujer, mayor miedo al COVID-19, una peor salud autopercebida, mayor evitación y una peor función familiar se asociaba con mayores niveles de ansiedad. Mientras que mayor miedo al COVID-19, una peor salud autopercebida, mayor evitación y una peor función familiar se relacionaban con mayor depresión. Los resultados permiten señalar que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de problemas emocionales de ansiedad y depresión en personas mayores en situaciones potencialmente estresantes y de pérdida.

PALABRAS CLAVE: *COVID-19, coronavirus, problemas emocionales, función familiar.*

Abstract

Family can be an essential resource at times of loss or vital crisis. Loneliness and isolation in older adults might have serious negative consequences for their mental health. For this reason, this research aims to analyze the role of family function in the anxiety and depression experienced by older adults during the pandemic caused by COVID-19. Participants were 882 Spanish community-dwelling adults over 60 years of age. Sociodemographic characteristics, characteristics related to the coronavirus, self-perceived health, family function, avoidance, depression and anxiety were analyzed. Data suggest a buffering effect of family function on anxiety and depression during the pandemic. Furthermore,

Los autores agradecen la participación de todas las personas involucradas en el estudio. Este trabajo ha sido financiado por la Universidad San Pablo-CEU (CEU-Santander MCOV20V3).

Correspondencia: Javier López, Facultad de Medicina, Universidad San Pablo-CEU, Campus de Montepíncipe, 28925 Alcorcón, Madrid (España). E-mail: jlopezm@ceu.es

being unmarried or a female, greater fear of COVID-19, worse self-perceived health, greater avoidance, and worse family function were associated with higher levels of anxiety. Likewise, greater fear of COVID-19, poorer self-perceived health, greater avoidance, and poorer family function, were associated with greater depression. These results point out that family dysfunction is a predisposing factor for the development of the emotional problems of anxiety and depression in older people in potentially stressful and loss situations.

KEY WORDS: COVID-19, coronavirus, emotional problems, family function.

Introducción

La pandemia provocada por el coronavirus COVID-19 se ha extendido a nivel mundial y, aunque el virus puede afectar a todo tipo de personas, los adultos mayores son una población particularmente vulnerable y presentan un alto riesgo de infectarse (Verity *et al.*, 2020).

Al igual que en el caso de otros brotes ocurridos recientemente, incluidos los del Zika, el Ébola y el SARS, se han tenido que tomar medidas drásticas de prevención, como el confinamiento, con el objetivo de intentar parar la expansión del virus. Sin embargo, ha sido el COVID-19 el que, al estar presente a nivel global, ha contribuido a que la población mundial sea consciente de la afectación real de una pandemia en el siglo XXI, lo que aumenta la ansiedad y la inquietud en las sociedades desarrolladas y en desarrollo por igual. A pesar de que está demostrado el adecuado propósito y el beneficio del confinamiento en los hogares, supone un factor añadido de estrés que genera sentimientos de soledad, y sintomatología ansiosa y depresiva (Brooks *et al.*, 2020; Huremović, 2019).

El brote de COVID-19 implica pérdidas de diversa naturaleza y es un evento potencialmente traumático. La investigación ha insistido en las consecuencias negativas del COVID-19, tanto a nivel físico, psicológico como social. Son muchos los aspectos afectados por la crisis del COVID-19 entre los que se pueden destacar la falta de recursos para cubrir necesidades básicas, carencia de material sanitario, pérdida de empleo y la ausencia de apoyo emocional y social (Brooks *et al.*, 2020; Ibáñez-Vizoso *et al.*, 2020). Todo ello ha llevado a que en población adulta se experimenten mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión a causa del COVID-19 (Wang *et al.*, 2020).

Las personas mayores, por su parte, han experimentado mayores niveles de soledad y depresión de los mostrados previamente a la restricción de movimientos provocados por la pandemia del COVID-19 (Krendl y Perry, 2020; Meng *et al.*, 2020). Los mayores también experimentan importantes niveles de ansiedad a causa de la pandemia (Bergman *et al.*, 2020; Meng *et al.*, 2020). Asimismo, han incrementado su malestar emocional respecto de medidas previas en estudios longitudinales (Pierce *et al.*, 2020).

Además, la situación generada por el COVID-19 ha reforzado la presencia de edadismo, al asociar, por ejemplo, la enfermedad al envejecimiento, considerando a las personas mayores como un grupo etario en el que todos sus miembros son vulnerables y frágiles, caracterizados por la pérdida y a los que hay que sobreproteger (Ayalon, 2020). No obstante, a pesar de que la mayor parte de la

investigación realizada sobre personas mayores y el virus se ha centrado en una visión negativa (edadista) del envejecimiento, también se ha hecho visible la heterogeneidad del envejecimiento después de un evento adverso y potencialmente estresante, como es el de la situación de confinamiento por el COVID-19 (López *et al.*, 2020).

Se ha demostrado cómo la familia puede ser un recurso fundamental para todas las personas, incluidas las personas mayores, en momentos de pérdidas, crisis o traumas vitales (Caycho-Rodríguez *et al.*, 2018; MacLeod *et al.*, 2016) o ser, por el contrario, un factor que dificulta el afrontamiento de dichas situaciones o incluso un elemento generador de malestar (Yon *et al.*, 2017). Como la familia puede ser una fuente de apoyos o de conflictos, resulta de gran interés determinar las dinámicas familiares que se producen en las personas mayores.

La función familiar es la medida en que una familia trabaja como una unidad, denota la capacidad de la familia para hacer frente y adaptarse a diferentes situaciones (Smilkstein, 1980). Conocer el funcionamiento familiar es importante para identificar las fortalezas que pueden servir como amortiguadores para hacer frente a los factores estresantes. Según Smilkstein (1978, 1980), la capacidad de la familia para adaptarse o hacer frente a la crisis depende de sus recursos (adaptación, asociación, crecimiento, afecto y resolución). El impacto de un evento vital estresante en una familia servirá como punto de partida en el estudio de la función familiar. Una familia que se nutre mantiene el equilibrio al utilizar sus recursos intrínsecos para satisfacer las necesidades cotidianas de sus miembros. Sin embargo, los eventos vitales estresantes promueven un desequilibrio que requiere una respuesta de afrontamiento por parte de los miembros de la familia. Es en esos momentos cuando los recursos familiares se ponen a prueba.

Una familia se considera funcional cuando la definición de las tareas o funciones son claras y aceptadas por los miembros de su familia, a la hora de ayudar a resolver problemas utilizando sus propios recursos. En la situación opuesta, la familia disfuncional es aquella en la que existe falta de respeto, superposición en la jerarquía familiar, problemas en la comunicación entre sus miembros y no (re)organización del sistema familiar cuando es necesario, en la articulación de recursos para la resolución de problemas (Vera *et al.*, 2014).

Una revisión realizada sobre el funcionamiento familiar de las personas mayores en países iberoamericanos resaltaba la presencia de familias funcionales en la mayor parte de las ocasiones, oscilando los porcentajes encontrados por los distintos estudios entre un 60 y un 87,1% de normofuncionalidad familiar (Vera *et al.*, 2014). De acuerdo con un estudio llevado a cabo por Wang y Zhao (2012) el funcionamiento familiar se encontró como factor protector ante la vulnerabilidad a eventos vitales estresantes en personas mayores. No obstante, la investigación previa indica que el funcionamiento familiar puede estar condicionado por variables como la salud física (Andrade *et al.*, 2020; Vera *et al.*, 2014) o la aceptación o evitación de las propias emociones (Fobair y Zabora, 1995).

Sin embargo, no se dispone de estudios en nuestro contexto que analicen la asociación entre el funcionamiento familiar y el malestar emocional de las propias personas mayores en situaciones estresantes y se carece, en lo que se conoce, de

estudios que analicen el rol del funcionamiento familiar en una situación de pandemia como la actual.

La soledad y el aislamiento se han relacionado con diferentes variables en personas mayores, incluyendo la depresión y ansiedad (Sutin *et al.*, 2018). De manera que la situación actual hace esperar que esta sintomatología o diagnóstico clínico vaya en aumento. Además, se ha encontrado una gran comorbilidad entre ambas (Braam *et al.*, 2014; Wolitzky-Taylor *et al.*, 2010).

Lazarus y Folkman (1984) desarrollaron un modelo de proceso de estrés particularmente útil y ampliamente utilizado. Desde esta perspectiva, los factores estresantes primarios, como los problemas directos e indirectos asociados con el COVID-19 (p.ej. tener síntomas, ser hospitalizado, la hospitalización o fallecimiento de un ser querido), crean las condiciones bajo las cuales puede ocurrir el malestar emocional, pero el grado en que los mayores experimentan malestar o bienestar depende de su evaluación y de los recursos que puedan tener para ayudar a afrontar los factores estresantes. En el presente estudio se consideró como un recurso esencial el funcionamiento familiar. Teniendo en cuenta este marco teórico, es decir, siguiendo este modelo de estrés, el estudio actual tuvo como objetivo investigar el papel de la función familiar en la ansiedad y la depresión experimentadas por personas mayores de 60 años durante la situación de confinamiento por el COVID-19.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 882 adultos mayores de 60 años no institucionalizados en España (69,2% de 60 a 70 años y 30,8% de 71 a 85 años) que contestaron a una encuesta tres semanas después de las restricciones de movilidad en nuestro país. En especial, en el caso de las personas mayores durante esas semanas, se requería que permanentemente se quedaran en casa y solo salieran por razones esenciales (comprar pan, comida, agua o adquirir medicamentos). La mayoría de los participantes eran mujeres (62%), vivían con su cónyuge o pareja (63%), e informaron de buena salud percibida (43,70%) o normal (33,90%). Un 88,4% tenía una familia altamente funcional, mientras que un 10,2% señalaba tener una familia disfuncional leve y tan solo un 1,4% tenía una familia disfuncional grave.

Además, 76 participantes tenían sintomatología COVID-19; 9 habían sido hospitalizados, 169 tenían un familiar cercano o amigo que había sido hospitalizado y 93 informaron de la pérdida de un ser querido por el virus. No hubo diferencias significativas entre distintos tipos de familias en ninguno de los efectos del COVID-19 sobre ellos o sobre familiares y seres queridos.

Entre los participantes hubo 108 casos probables de ansiedad y 57 de depresión, así como 58 posibles trastornos de ansiedad o 25 de depresión. La tabla 1 describe las características de las personas mayores de los distintos tipos de familias.

Tabla 1
Características de las personas mayores de los distintos tipos de familias (N= 882)

Variables	DFG (n= 12) n (%)	DFL (n= 90) n (%)	FF (n= 780) n (%)	Diferencias entre los grupos	Comparación post hoc significativa
Sexo					
Mujer	10 (83,3%)	60 (66,7%)	477 (61,2%)	$\chi^2= 3,388$	---
Hombre	2 (16,7%)	30 (43,3%)	303 (58,8%)		
Estado civil					
Casado o con pareja	5 (41,7%)	32 (35,6%)	519 (66,5%)	$\chi^2= 35,628$	
Soltero, viudo o separado	7 (58,3%)	58 (64,4%)	261 (33,5%)		
Impacto del COVID-19					
Tener síntomas	3 (25,0%)	7 (7,8%)	66 (8,5%)	$\chi^2= 4,195$	
Hospitalización propia	---	1 (1,1%)	8 (1,0%)	$\chi^2= 0,131$	
Hospitalización de un ser querido	3 (25,0%)	15 (16,7%)	151 (19,4%)	$\chi^2= 0,645$	
Fallecimiento de un ser querido	2 (16,7%)	4 (4,4%)	87 (11,2%)	$\chi^2= 4,334$	
	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Edad	66,58 (5,26)	67,76 (6,29)	68,48 (5,98)	$F(2,879)= 1,133$	---
Salud autopercebida	3,41 (0,51)	3,56 (0,79)	3,72 (0,81)	$F(2,879)= 2,183$	
Miedo al COVID-19	1,16 (0,93)	1,48 (0,87)	1,48 (0,84)	$F(2,879)= 0,849$	
Evitación	4,08 (0,66)	3,42 (1,30)	2,77 (1,11)	$F(2,879)= 20,436***$	DFG > FF DFL > FF
Ansiedad	7,00 (4,36)	6,01 (3,90)	5,01 (3,11)	$F(2,879)= 5,958**$	DFG > FF DFL > FF
Depresión	6,83 (3,48)	5,13 (3,50)	3,41 (2,64)	$F(2,879)= 23,860***$	DFG > FF DFL > DFL

Notas: DFG= disfuncionalidad familiar grave; DFL= disfuncionalidad familiar leve; FF= familia Funcional. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Instrumentos

- a) “APGAR familiar” (*Family APGAR*; Smilkstein, 1978). El APGAR familiar es una herramienta de evaluación breve de cinco ítems utilizada para una evaluación rápida de cinco dimensiones de la función familiar: adaptación, asociación, crecimiento, afecto y resolución. Los participantes evalúan cada una de las cinco dimensiones en función de la medida en que la persona está de acuerdo con ella. La escala presenta tres alternativas de respuesta: 0 puntos (casi nunca), 1 punto (a veces) y 2 puntos (casi siempre). Cuanto más alta es la puntuación, mayor es la indicación de un sistema familiar funcional. De 7 a 10 puntos implica una familia funcional (FF), de 4 a 6 puntos disfuncionalidad familiar leve (DFL), de 0 a 3 puntos disfuncionalidad familiar grave (DFG). La fiabilidad fue de 0,84 (alfa de Cronbach) en el estudio de validación de la versión española de la escala (Bellón *et al.*, 1996) y en la muestra actual fue satisfactoria (α de Cronbach= 0,779).
- b) “Cuestionario de aceptación y acción-II” (*Acceptance and Action Questionnaire-II*, AAQ-II; Bond *et al.*, 2011). El AAQ-II es un instrumento de 7 ítems que se utilizó para medir la evitación experiencial. Los participantes evalúan el grado en que una serie de pensamientos y sentimientos los describían, con una puntuación que va de 1 (muy inadecuado para describirme) a 6 (muy adecuado para describirme). La fiabilidad osciló entre 0,75 y 0,93 (alfa de Cronbach) en el estudio de validación de la versión española de la escala (Ruiz *et al.*, 2013) y en la muestra actual fue buena (α de Cronbach= 0,891).
- c) “Escala de ansiedad y depresión hospitalaria” (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HAD; Zigmond y Snaith, 1983). La HAD es una escala Likert compuesta de 14 ítems a los cuales los pacientes responden a través de una escala de cuatro puntos (de 0 a 3) sobre los síntomas experimentados en la última semana. HAD excluye los síntomas somáticos de malestar emocional (p. ej., problemas de apetito, insomnio) que podrían ser causados por elementos asociados al envejecimiento, en lugar de ser expresiones de malestar emocional. Se compone de dos escalas: HAD-A para ansiedad (7 ítems) y HAD-D para depresión (7 ítems). Las dos escalas presentan tres puntos de corte: ausencia de problemas de ansiedad o depresión (puntuación entre 0-7), caso probable (puntuación entre 8-10), posibles trastornos de ansiedad o depresión (puntuación igual o mayor a 11). HAD fue diseñada para detectar la presencia de ansiedad y depresión en un ámbito, el hospitalario, en el que ciertas conductas, como la pérdida de peso, la falta de apetito o los problemas de sueño pueden venir determinados por enfermedades preferentemente físicas. En el caso de las personas mayores, se corre el riesgo de confundir sintomatología física con problemas de ansiedad y depresión. Por ello, pareció adecuada la elección del HAD para evaluar la muestra de este estudio. En una revisión de 747 estudios en los que se utiliza el HAD (Bjelland *et al.*, 2002) se comprueba que aunque la escala está dirigida a evaluar pacientes hospitalizados, la adaptación a la muestra de este estudio no parece excesivamente complicada, ni problemática. A pesar de que la palabra “hospital” figura en su denominación, el HAD-A puede también ser utilizado en el trabajo comunitario. La fiabilidad osciló entre

0,74 y 0,86 para el HAD-A y entre 0,71 y 0,87 para el HAD-D (alfa de Cronbach) en un estudio de revisión de la versión española de la escala (Ruiz *et al.*, 2013) y en el presente estudio, el HAD demostró una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,825 para HAD-A y de 0,739 para HAD-D.

Procedimiento

Se realizó una encuesta en línea (LinkedIn, Twitter y WhatsApp) y tras obtener el consentimiento informado, se recopiló información sobre las características sociodemográficas de las personas mayores, las características relacionadas con el COVID-19 (tener síntomas, ser hospitalizado, así como la hospitalización o fallecimiento de un ser querido), el miedo al COVID-19 (percepción de miedo desde 1= Nada hasta 5= Extremadamente) y la salud autopercebida (percepción que tiene la persona sobre su estado de salud general, distinguiéndose como en la Encuesta Nacional de Salud cinco niveles: Muy malo, Malo, Regular, Bueno y Muy bueno).

El estudio contó con la aprobación del comité ético de la universidad San Pablo-CEU (España) (referencia 436/20/26).

Análisis de datos

Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y ANOVAs de medidas independientes para verificar la homogeneidad de los distintos grupos de función familiar. Para los análisis *post hoc* se utilizó la prueba DMS en los casos que se cumplía la igualdad de varianzas y Games-Howell cuando no se cumplía.

Se utilizó una regresión múltiple paso a paso para analizar la asociación entre la ansiedad y depresión de las personas mayores (variables dependientes) y las diferentes variables que pueden influir en ellas. Las variables independientes analizadas fueron las sociodemográficas (edad, sexo y estar casado o vivir en pareja), las variables relacionadas con el coronavirus (tener síntomas, ser hospitalizado, así como la hospitalización o fallecimiento de un ser querido), el miedo al COVID-19, la salud autopercebida, la evitación y la función familiar.

Resultados

Como se esperaba, se encontraron diferencias entre los tres grupos de familias en ansiedad ($F[2, 879]= 5,958; p < 0,01$) y depresión ($F[2, 879]= 23,860; p < 0,001$). Los análisis *post hoc* revelaron que las puntuaciones de ansiedad del grupo FF fueron significativamente más bajas que las del grupo DFG (DMS= -1,995; $p < 0,05$) y que el grupo DFL (DMS= -1,006; $p < 0,01$). Se observó el mismo patrón en el caso de la depresión: las puntuaciones del grupo DFG fueron significativamente más altas que las del grupo FF (DMS= 3,417; $p < 0,001$) y que el grupo DFL (DMS=1,717; $p < 0,001$). Además, el grupo DFL mostraba menores niveles de depresión que el grupo DFG (DMS=-1,700; $p < 0,05$).

No surgieron diferencias grupales significativas en la valoración de la salud autopercebida o las variables relacionadas con el estrés COVID. No obstante, los distintos grupos de familias mostraron diferencias en evitación ($F[12, 879]= 25,451$;

$p < 0,001$), pero no experimentaron diferencias en salud autopercebida ($F[2, 879] = 2,183$; $p = 0,113$) o en miedo al COVID-19 ($F[2, 879] = 0,849$; $p = 0,428$). Específicamente, los mayores con familias con FF experimentaron menor evitación que las de DFL (Games-Howell = $-7,510$; $p < 0,01$) o las de DFG (Games-Howell = $-4,505$; $p < 0,001$).

Los análisis de regresión mostraron que el funcionamiento familiar explicaba tanto los niveles de ansiedad como los de depresión. Como se muestra en la tabla 2, estar soltero, viudo o sin pareja, ser mujer, mayor miedo al COVID-19, una peor salud autopercebida, mayor evitación y una peor función familiar, están asociados con una mayor ansiedad de la persona mayor. Estos cinco factores explican el 40% de la varianza de ansiedad. Por otro lado, tal y como se muestra en la tabla 3, mayor miedo al COVID-19, una peor salud autopercebida, mayor evitación y una peor función familiar, están asociados con una mayor depresión de la persona mayor. Estos cuatro factores explican el 35% de la varianza de depresión.

Tabla 2
Regresión múltiple paso a paso de ansiedad

Modelo	B	R ² ajustada	F
Evitación	0,191	0,250	294,213***
Miedo al COVID-19	1,273	0,376	266,895***
Salud autopercebida	-0,530	0,389	188,210***
Sexo (1= mujer, 2= hombre)	-0,673	0,396	145,320***
Estado civil (1= casado, 2= soltero/viudo/separado)	0,509	0,399	117,929***
Función familiar	-0,098	0,401	99,253

Nota: *** $p < 0,001$.

Tabla 3
Regresión múltiple paso a paso de deseo de depresión

Modelo	B	R ² ajustada	F
Evitación	0,170	0,270	326,460***
Miedo al COVID-19	0,598	0,305	194,092***
Salud autopercebida	-0,584	0,331	146,374***
Función familiar	-0,240	0,353	121,001***

Nota: *** $p < 0,001$.

Discusión

El funcionamiento de la familia es un factor esencial en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus integrantes. Si la familia cumple o deja de cumplir sus funciones con eficacia, se puede hablar de familias funcionales o disfuncionales, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del grupo familiar para hacer frente y superar las crisis por las que atraviesa. El objetivo del presente estudio fue investigar el rol que juega la función familiar en la ansiedad y depresión experimentadas por personas mayores de 60 años durante la crisis de COVID-19.

Los resultados del estudio actual indican cómo un mejor funcionamiento familiar se asocia con un menor malestar emocional (ansiedad y depresión). Asimismo, estar casado y ser varón se asocian con una menor ansiedad. Finalmente, un menor miedo al coronavirus, una mayor aceptación y una mejor salud percibida se asocia tanto con mejores niveles de ansiedad como de depresión.

Este estudio destaca el factor amortiguador que tiene la función familiar sobre la ansiedad y depresión derivadas de la actual pandemia de COVID-19. La investigación previa ha puesto de relieve una prevalencia importante de patología ansiosa y depresiva en las personas mayores (Meng *et al.*, 2020; Wolitzky-Taylor *et al.*, 2010) y es probable que sea un fenómeno generalizado en países gravemente afectados por la pandemia de coronavirus, ya que la soledad y el aislamiento están relacionados con ambas. De hecho, existe evidencia preliminar a este respecto en China, el país en el que se originó la pandemia, y donde ha aumentado ya en la etapa inicial del brote (Wang *et al.*, 2020) la sintomatología de intensidad moderada-grave de ansiedad (28,8%) y depresión (16,5%).

El confinamiento domiciliario impuesto implica la separación forzada de familiares y amigos que, junto con otros elementos, provoca un aumento en la incertidumbre, así como una sensación de pérdida de control. Aunque las respuestas de la mayoría de las personas son adaptativas ante un estresor de las características generadas por el COVID-19, entre los principios generales para la intervención con pacientes y personal están los esfuerzos para evitar el aislamiento interpersonal (Ibáñez-Vizoso *et al.*, 2020). Asimismo, la investigación ha sugerido qué aspectos de la función familiar (crítica percibida, hostilidad, etc.) desempeñan un papel en la mayoría de los trastornos de ansiedad. Del mismo modo, las interacciones interpersonales están vinculadas con el mantenimiento de la depresión y de la ansiedad (Huppert, 2009; Itandehui *et al.*, 2009). Y, en concreto, en un estudio reciente se encontraba una relación negativa entre la depresión y el funcionamiento familiar en personas mayores (Lu *et al.*, 2017). En línea con toda esta investigación previa, en el presente estudio se encuentra que la adecuada función familiar contribuye a mejorar los niveles de ansiedad y depresión de las personas mayores en nuestro contexto sociocultural.

Además, estar soltero, viudo o sin pareja se asocia con mayores niveles de malestar. El funcionamiento familiar y el estar casados o vivir en pareja están bastante relacionados con la ausencia de ansiedad porque está asociado con tener lazos con los demás (contactos sociales y apoyo social) (Wolitzky-Taylor *et al.*, 2010).

La facilidad de transmisión de COVID-19 y el incremento de la probabilidad de mortalidad en personas mayores (Verity *et al.*, 2019) tienen el potencial de afectar al estado emocional y de ansiedad de las personas al generar en ellos sentimientos de miedo (preocupación por la cuarentena, por contagiarse, por producir contagios, por las consecuencias potencialmente fatales de la infección) (Ibáñez-Vizoso *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020). Para algunas personas mayores, los eventos estresantes, como el confinamiento a causa del COVID-19, pueden generar sentimientos de miedo que disminuyen su capacidad de enfrentar los desafíos diarios. El impacto del miedo es más evidente cuando se asocia a una falta de percepción de control. Así, la falta de certeza sobre los resultados negativos conduce a la ansiedad y la sensación de no poder controlar el resultado (la impotencia) conduce a la depresión (Huppert,

2009). Además, los mayores, en comparación con los adultos jóvenes, muestran mayores preocupaciones y miedos por asuntos relacionados con la salud (Wolitzky-Taylor *et al.*, 2010). Por todo esto, parece congruente que en el estudio actual el miedo al coronavirus se asocie con mayores niveles de depresión y de ansiedad.

Ansiedad y depresión se caracterizan por respuestas afectivas, cognitivas y conductuales que no solo incluyen inhibición temprana del comportamiento, aumento del afecto negativo, tendencias a interpretar escenarios ambiguos negativamente y deterioro en muchas áreas de funcionamiento sino también por la evitación (Huppert, 2009). Los mayores que están en mejores condiciones de aceptar la situación informaron de mayor bienestar, mientras que la supresión, una estrategia de regulación emocional, es un predictor negativo de bienestar (Wolitzky-Taylor *et al.*, 2010). Por lo tanto, no es sorprendente que una mayor evitación (es decir, la disposición a evitar experimentar pensamientos, emociones o sensaciones corporales no deseadas) se relacionó en nuestro estudio con mayores niveles de ansiedad y depresión.

Uno de los factores de riesgo que están asociados con una mayor probabilidad de tener un trastorno de ansiedad a una edad avanzada es percibir una mala salud subjetiva, así pues, no es de extrañar que encontremos que una peor salud subjetiva se asocia tanto con mayores niveles de ansiedad como de depresión.

Finalmente, ser mujer se asocia en nuestro estudio con una mayor ansiedad. Hay diferencias entre hombres y mujeres como en otros estudios en los que se ha analizado la implicación del sexo sobre la salud mental en personas en esta situación generada por el COVID-19 (Ibáñez-Vizoso *et al.*, 2020). Aunque en nuestro estudio no encontramos estas diferencias en el caso de los niveles de depresión.

Diferentes limitaciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados de este estudio. En primer lugar, los resultados proceden de personas mayores de 60 años que han sido contactados a través de sitios Web y, por lo tanto, pueden no ser extrapolables a personas mayores que no estén en contacto con tales sitios. Se utilizó una encuesta en línea, compuesta por diversos autoinformes y preguntas ad hoc, debido a la situación excepcional de confinamiento por el COVID-19, lo que podría haber limitado la falta de supervisión por parte de un profesional sociosanitario de la cumplimentación de los datos. No obstante, se ha demostrado que la validez y la fiabilidad para las encuestas que utilizan Internet son comparables a las telefónicas e incluso mejores (Chang y Krosnick, 2009). También puede haber afectado a que la varianza explicada sea solo de un 40% y 35% para la ansiedad y depresión respectivamente. No obstante, estos valores son similares e incluso mejores a los de estudios en el ámbito de personas mayores en situación de COVID-19 (Bergman *et al.*, 2020). En segundo lugar, al tratarse de un estudio transversal, no puede realizarse ningún tipo de inferencia causal en las relaciones encontradas. Serían necesarios estudios longitudinales para poder analizar con mayor precisión los factores que contribuyen junto con el funcionamiento familiar a explicar la ansiedad y la depresión generada en la situación de confinamiento del COVID-19. En tercer lugar, estos hallazgos se limitan a personas mayores que viven en la comunidad, sin deterioro cognitivo grave y que pudieron y quisieron completar la encuesta. En consecuencia, los resultados probablemente subestiman el impacto del deterioro cognitivo o los recursos residenciales de larga estancia en el malestar que

se puede producir en las personas mayores tras el confinamiento a causa del COVID-19. Se necesita más investigación para evaluar el impacto del funcionamiento familiar sobre el estado de ánimo y la ansiedad experimentados por personas mayores con deterioro cognitivo grave y que viven en residencias de ancianos u otros centros de atención a largo plazo. Por último, los porcentajes de los grupos de funcionamiento familiar son muy dispares (N= 12, 90, 780). No obstante son similares a los de otros estudios de funcionamiento familiar en el ámbito de las personas mayores (Vera *et al.*, 2014).

La investigación futura debe centrarse en investigar si el tratamiento y el manejo efectivo de los problemas afectivos y de ansiedad que se han generado durante la pandemia del COVID-19 pueden reducirse con la mejora del funcionamiento familiar. Además, las revisiones futuras sobre un suceso tan estresante como el del confinamiento por el COVID-19 u otros similares podrían centrarse en cómo la sintomatología de ansiedad y depresión en estas situaciones está asociada con la disminución de dominios específicos del funcionamiento familiar, como la adaptación, asociación, crecimiento, afecto y resolución. Esta información puede ayudar a dilucidar el patrón de declive característico de las personas con problemas afectivos y de ansiedad. Además, todo ello ayudaría en el diseño de tratamientos de la función familiar que contribuyan a paliar los problemas de ansiedad y depresión en personas mayores en situaciones de confinamiento.

Una pregunta adicional que sigue sin resolverse es si los problemas del funcionamiento familiar actúan como un factor de riesgo para el incremento acelerado de los problemas depresivos y de ansiedad o si son consecuencia de esta problemática emocional. La investigación longitudinal futura podría distinguir más claramente entre estas posibilidades

Por último, señalar la relevancia de tener en cuenta la importancia no solo del funcionamiento familiar, sino también de atender al miedo y a la evitación de los mayores ante la situación de COVID-19, pues algunos profesionales tienen dificultades para distinguir entre ansiedad adaptativa y patológica, tal vez porque atribuyen erróneamente los síntomas de ansiedad a los procesos normales de envejecimiento. Por ejemplo, a menudo consideran que el miedo y la evitación son normales dadas las circunstancias de envejecimiento (Wolitzky-Taylor *et al.*, 2010). Si se considera normal el miedo y la evitación en personas mayores, no se les va a prestar la relevancia que esta investigación señala que tienen.

Este estudio comprueba que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de problemas emocionales de ansiedad y depresión en personas mayores que hacen frente a una situación potencialmente estresante y de pérdida, como es el confinamiento causado por el COVID-19. La disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociada con el miedo a la situación estresante (en este caso el coronavirus), la falta de aceptación y una mala salud física.

Referencias

- Andrade, J. M., Andrade, F. C. D., de Oliveira Duarte, Y. A. y de Andrade, F. B. (2020). Association between frailty and family functionality on health-related quality of life in

- older adults. *Quality of Life Research*, 29(6), 1665-1674. doi: 10.1007/s11136-020-02433-5
- Ayalon, L. (2020). There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1221-1224. doi: 10.1017/S1041610220000575
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna del Castillo, J. D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.
- Bergman, Y. S., Cohen-Fridel, S., Shrira, A., Bodner, E. y Palgi, Y. (2020). COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: the moderating role of ageism. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1371-1375. doi: 10.1017/S1041610220001258
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Braam, A. W., Copeland, J. R., Delespaul, P. A., Beekman, A. T., Como, A., Dewey, M., Fichter, M., Holwerda, T. J., Lawlor B. A., Lobo, A., Magnússon, H., Prince, M. J., Reischies, F., Wilson, K. C. y Skoog, I. (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *Journal of Affective Disorders*, 155, 266-272. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.011
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., García-Cadena, C. H., Tomás, J. M., Domínguez-Vergara, J., Daniel, L. y Arias-Gallegos, W. L. (2018). Evidencias psicométricas de una medida breve de resiliencia en adultos mayores peruanos no institucionalizados. *Psychosocial Intervention*, 27(2), 73-79. doi: 10.5093/pi2018a6
- Chang, L. y Krosnick, J. A. (2009). National surveys via RDD telephone interviewing versus the Internet: comparing sample representativeness and response quality. *Public Opinion Quarterly*, 73(4), 641-678. doi: 10.1093/poq/nfp075
- Fobair, P. A. y Zabora, J. R. (1995). Family functioning as a resource variable in psychosocial cancer research: issues and measures. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 97-114. doi: 10.1300/J077V13N01_06
- Huppert, J. D. (2009). Anxiety disorders and depression comorbidity. En M. M. Antony y M. B. Stein (dirs.), *Oxford library of psychology. Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 576-586). Oxford: University Press.
- Huremović, D. (2019). Mental health of quarantine and isolation. En *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak* (pp. 95-118). Cham: Springer.
- Ibáñez-Vizoso, J. E., Alberdi-Páramo, Í. y Díaz-Marsá, M. (2020). International mental health perspectives on the novel coronavirus SARS-CoV-2 pandemic. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 111-113. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.04.002
- Itandehui, A., Pastrana, E. C., Rodríguez-Orozco, A. R. y Gómez, C. (2009). Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Revista Médica de Chile*, 137(12), 1642-1643. doi: 10.4067/S0034-98872009001200015
- Krendl, A. C. y Perry, B. L. (2020). The impact of sheltering in place during the COVID-19 pandemic on older adults' social and mental well-being. *The Journals of Gerontology*

- Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), e53-e58. doi: 10.1093/geronb/gbaa110
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York, NY: Springer.
- López, J., Pérez-Rojo, G., Noriega, C., Carretero, I., Velasco, C., Martínez-Huertas, J. A., López-Frutos, P. y Galarraga, L. (2020). Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1365-1370. doi: 10.1017/S1041610220000964
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y. y Pan, S. (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 34-42. doi: 10.1016/j.archger.2017.02.011
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. y Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.014
- Meng, H., Xu, Y., Dai, J., Zhang, Y., Liu, B. y Yang, H. (2020). Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Research*, 289, 112983. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112983
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S. y Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4
- Ruiz, F. J., Langer-Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: versión española del Cuestionario de aceptación y acción-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129. doi: 10.7334/psicothema2011.239
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Smilkstein, G. (1980). The cycle of family function: a conceptual model for family medicine. *The Journal of Family Practice*, 11(2), 223-232.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Luchetti, M. y Terracciano, A. (2018). Loneliness and risk of dementia. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(7), 1414-1422. doi: 10.1093/geronb/gby112
- Vera, I., Lucchese, R., Munari, D. B. y Nakatani, A. Y. K. (2014). Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa [Índice de APGAR de familia en la evaluación de relaciones familiares del anciano: revisión integrativa]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 199-210. doi: 10.5216/ree.v16i1.22514
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., Cuomo-Dannenburg, G., Thompson, H., Walker, P. G. T., Fu, H., Dighe, A., Griffin, J. T., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cori, A., Cucunubá, Z., FitzJohn, R., Gaythorpe, K. y Dighe, A. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(6), 669-677. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30243-7
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
- Wang, J. y Zhao, X. (2012). Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 574-579. doi: 10.1016/j.archger.2012.06.011

- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A. y Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211. doi: 10.1002/da.20653
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D. y Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

RECIBIDO: 30 de junio de 2020

ACEPTADO: 11 de octubre de 2020