

Artículo Original

Buenas prácticas en las residencias de mayores durante la pandemia covid-19

Claudia Emilia Galache Collada^{1*}, Felicitas Ibáñez Lladó², Miguel Pérez-Lozao Gallego³

¹ Universidad de Alcalá, Máster Acción Humanitaria Sanitaria; claudia.galachecollada@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0629-2644>

² Médicos del Mundo, Departamento de Programas Estatales y Autonómica, área de Envejecimiento y Salud, Madrid, España; feli.ibanez@medicosdelmundo.org; <https://orcid.org/0000-0002-7781-6265>

³ Médicos del Mundo, Departamento de Planificación Estratégica, Unidad de Innovación, Madrid, España; miguel.perezlozao@medicosdelmundo.org; <https://orcid.org/0000-0001-9940-2218>

* Autor correspondencia: claudia.galachecollada@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0629-2644>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2022.7.1.302>

Resumen: En el contexto de la pandemia Covid-19 las residencias de mayores de nuestro país estuvieron sometidas a un juicio crítico por los medios de comunicación en lo que se refiere a las actuaciones que adoptaron para la gestión de la situación. Este trabajo pretende conocer cuál ha sido la respuesta socio-sanitaria de las residencias para cuidar a sus residentes, valorando de qué recursos sanitarios disponían y como intentaron suplir el evidente déficit, con medidas de apoyo y refuerzo desde la perspectiva de la utilización de Buenas Prácticas. Recogida de respuestas sobre Buenas Prácticas con un cuestionario autoadministrado y análisis mediante metodología mixta. Las Buenas Prácticas consideradas como de mayor importancia por los participantes han sido las relacionadas con la comunicación (67%) y las medidas de prevención y protección frente al contagio (67%). Mientras que las Buenas Prácticas en el ámbito de los recursos humanos suponen el 56,70% y las relacionadas con la salud psicoemocional alcanzan el 42,26%. Se analizaron un total de 97 respuestas válidas. Las intervenciones prioritarias de los centros fueron hacer frente a la pandemia desde la prevención y protección de sus residentes frente a la infección, dando una importancia relevante a la comunicación con las familias en esta situación. Además, no olvidaron el valor fundamental de la salud psicoemocional y se continuaron realizando actividades relacionadas con este ámbito.

Palabras Clave: Hogares para Ancianos, Covid-19, Infecciones por coronavirus, Servicios de Salud para Ancianos, Buenas prácticas clínicas, Pandemia.

Abstract: In the context of the Covid-19 pandemic, the residences of the elderly in our country were subjected to a critical judgment by the media regarding the actions they adopted to manage the situation. This work aims to know what has been the socio-sanitary response of the residences to take care of their residents, assessing what health resources they had and how they tried to fill the obvious deficit, with support and reinforcement measures from the perspective of the use of Good Practices. Collection of answers on Good Practices through a self-administered questionnaire and analysis through mixed methodology. The Good Practices considered as of greatest importance by the participants have been those related to Communication (67%) and prevention and protection Measures against contagion (67%). While good practices in the field of human resources account for 56.70% and those related to psychoemotional health reach 42.26%. A total of 97 valid answers were obtained. The priority interventions of the centers were to face the pandemic from the prevention and protection of their residents against infection, giving relevant importance to communication with families in this situation. In addition, they did not forget the fundamental value of psychoemotional health and continued to carry out activities related to this area.

Key words: Pandemic, Nursing homes, Sars- CoV-2, Good Clinical Practices.

1. Introducción

En diciembre de 2019, en Wuhan provincia de Hubei, República Popular de China se detectaron 27 casos de neumonía grave entre adultos de 30 a 80 años, sin poderse determinar el agente infeccioso causal. Los primeros estudios hallaron una exposición común de los casos asociado a un mercado mayorista de alimentación donde se vendían según tradiciones locales animales vivos. El origen del virus más probable, aunque a fecha de hoy todavía sin confirmar, fue un origen animal posiblemente los pangolines, con capacidad de transmisión del virus desde este a los seres humanos [1]. A principios del año 2020 las investigaciones epidemiológicas de las autoridades chinas permiten dirigir las primeras hipótesis hacia un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae al que se denominó SARS-CoV-2. Las enfermedades producidas por la familia Coronavirus consisten en un amplio abanico de enfermedades de sintomatología respiratoria que abarcan desde el resfriado común a síndromes respiratorios neumónicos muy graves, incluyendo los conocidos como Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV). Dada la rápida propagación de los casos, el gobierno chino lo comunicó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que el 30 de enero de 2020, lo declaró como emergencia de salud pública de ámbito internacional. Y el 11 de marzo ya se habla de situación pandémica [2].

La transmisión del virus fue a nivel mundial y su llegada a España supuso un reto de grandes dimensiones para las autoridades sanitarias y los agentes sociales. El presente trabajo versa sobre lo acontecido en el ámbito de las Buenas Prácticas en las residencias de mayores de nuestro país durante la pandemia.

Las residencias de mayores, como su propio nombre indica, son instituciones donde conviven y residen personas mayores. Por tanto, en la consideración de centro de mayores no se incluye el concepto de centro sanitario. En España las competencias de servicios sociales son exclusivas de las Comunidades Autónomas y como consecuencia de ello cada comunidad tiene sus propias normativas sobre la materia. Hay que tener en cuenta que no existe una normativa estatal de Servicios Sociales [3], más allá de que en el artículo 50 de la Constitución se declare que los poderes públicos promoverán, con independencia de las obligaciones familiares, el bienestar mediante un sistema de servicios sociales a los ciudadanos durante la tercera edad [4]. Al inicio de la pandemia Covid-19, se puso de manifiesto una doble percepción crítica: por un lado, asumir que, lógicamente, en la gran mayoría de ellas no existían medidas asistenciales sanitarias, más allá que las imprescindibles para atender necesidades puntuales; y por otro lado, la exigencia colectiva de la sociedad de que las residencias tenían que atender sanitariamente a sus residentes. Esta percepción se vio muy reforzada por la posición de los medios de comunicación que incidían continuamente en resaltar los aspectos más negativos y situaciones más dramáticas que se estaban viviendo en las residencias de mayores; olvidando resaltar que la gestión de la situación que la pandemia suponía para las residencias era el fiel reflejo de la tensión que el gran incremento explosivo de casos estaba provocando en el conjunto de la sociedad y la totalidad del sistema asistencial a todos los niveles, atención primaria y atención especializada [5]. En este trabajo; se pretende conocer cuál ha sido la respuesta sociosanitaria de las residencias para cuidar a sus residentes, valorando con qué recursos sanitarios contaban y cómo intentaron suplir el evidente déficit, con medidas de apoyo y refuerzo desde la perspectiva de la utilización de Buenas Prácticas. Quizás ha llegado el momento de valorar adecuadamente el trabajo desempeñado por el personal de las residencias y reflexionar sobre un nuevo modelo de Cuidados de Larga Duración en los Centros Residenciales con apoyo sanitario normativo y con una coordinación más eficaz entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.

Alcanzan la consideración de Buenas Prácticas, el conjunto de experiencias o intervenciones que se han implementado con resultados positivos, siendo eficaces y útiles en un contexto concreto, contribuyendo al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, y se trata de experiencias que pueden servir de modelo para otras organizaciones.

Deben ser innovadoras, sencillas, pertinentes y adecuadas al contexto, respondiendo a la situación que se debe mejorar, siendo sostenibles en el tiempo y susceptibles de poder replicarse en situaciones similares. Requieren que su difusión permita generar un conocimiento válido, transferible y útil [6]. Desde hace varias décadas las Buenas Prácticas se han empleado en la mejora de las intervenciones sociales. Se consideran modelos de los que obtener un aprendizaje y sirven para establecer unos estándares mínimos de calidad asistencial. Son capaces de unir el marco teórico de diferentes disciplinas como la gerontología clínica y la gerontología social con el conocimiento adquirido a través de la práctica clínica. El empleo de Buenas Prácticas tiene por objetivo permitir obtener mejores resultados en la calidad de la atención y procesos de aprendizaje con un alto poder de empoderamiento [7].

2. Material y Métodos

2.1. Hipótesis de estudio

Durante la pandemia del COVID 19:

- Las residencias han tenido intervenciones de Buenas Prácticas que han dado resultados positivos y útiles para sus residentes, solventando los déficits de recursos materiales, humanos y de la escasez de formación.
- Las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales de las residencias han sido suficientes para establecer una intervención de prevención adecuada.
- La mayor parte de las Buenas Prácticas realizadas han ido encaminadas a prevenir y controlar la infección.
- Los equipos directivos de las residencias de mayores no han tenido implicación suficiente en la respuesta a la pandemia.

2.2. Objetivo general:

Conocer cuáles fueron las Buenas Prácticas llevadas a cabo por los profesionales en los centros de mayores en España durante la pandemia Covid-19.

2.2.1. Objetivos específicos:

- Recoger, clasificar y analizar las Buenas Prácticas llevadas a cabo por los profesionales durante la pandemia, considerando el ámbito de actuación (humanización del centro -visitas, comunicación con los familiares-, cuidado de la salud psicoemocional, implementación de medidas de prevención del contagio, y comunicación interna / externa -trabajadores, instituciones-).
- Describir las experiencias de los profesionales que trabajaban en residencias de mayores de España durante la pandemia desde el punto de vista de la utilización de Buenas Prácticas. - Conocer otras preocupaciones de las residencias durante este periodo.
- Conocer qué categoría de buena práctica ha sido implementada con más frecuencia en las residencias.
- Determinar el tipo de profesional responsable en la propuesta de implantación de Buenas Prácticas.

2.3. Metodología

Se ha realizado un estudio de metodología mixta, bajo la perspectiva fenomenológica, puesto que se quieren conocer las Buenas Prácticas empleadas por los profesionales en los centros de

mayores en España durante la pandemia Covid-19, dándole significado a estas a través de la percepción (experiencias, conocimientos y creencias) que los propios profesionales tienen de dichas prácticas.

Se trata, por tanto, de un estudio de tipo explicativo-interpretativo, en el que la investigadora ha mantenido una perspectiva ETIC, intentando conocer cuáles fueron las Buenas Prácticas llevadas a cabo por los profesionales y revelar las causas de su empleo, así como, su explicación a través de las respuestas de los profesionales a un formulario autoadministrado elaborado por la autora del presente trabajo en base a la bibliografía disponible.

2.4. Contexto del estudio:

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en los centros de mayores de España, considerando centros residenciales de mayores aquellos que contaran en su cartera de servicios con una o varias de las siguientes prestaciones: centro de día, centro residencial y/o centro tutelado. El estudio analizó las Buenas Prácticas realizadas por los profesionales de los centros de mayores desde el inicio de la pandemia (15 de marzo de 2020 -inicio del estado de alarma-) comenzando a partir del 16 de junio 2021 el envío de los primeros cuestionarios. La fecha límite para la recepción de las últimas respuestas se estableció el 1 de octubre de 2021.

2.5. Población de muestreo:

La población del estudio fue el conjunto de los profesionales de los centros residenciales de mayores, tanto de naturaleza pública, privada o concertada en España. Los criterios de inclusión fueron:

- Ser profesional de un centro residencial de mayores (considerando como tal aquellas unidades que contaran con zona de centro de día, centro residencial y/o centro tutelado) en España y encontrarse trabajando durante el periodo marzo 2020 a la actualidad.
- Aceptar participar en el estudio mediante el consentimiento informado. No se han considerado criterios de exclusión en base a la naturaleza o titularidad del centro u otros factores.

2.6. Aproximación al campo y estrategia de captación:

La aproximación al campo de investigación se realizó durante los meses de abril y mayo de 2021. Para ello, se buscaron los datos de contacto (teléfono, correo electrónico, página web, localidad, provincia, comunidad autónoma) del mayor número posible de centros que cumplieran los criterios de inclusión anteriormente mencionados para participar en el estudio. Debido a la situación epidemiológica del momento, el contacto con los centros se ha realizado fundamentalmente de forma telemática, a través de correo electrónico. Se realizó el envío del cuestionario autoadministrado de elaboración propia, junto con una carta de presentación de la investigadora principal. Todo ello acompañado además de la información de la Organización No Gubernamental (ONG) Médicos del Mundo, que ha participado en la realización de este estudio y que ha colaborado durante la pandemia con distintos centros de mayores.

2.7. Recogida de información:

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario autoadministrado que fue difundido mediante correo electrónico a diferentes centros de mayores de todo el país, empleando los datos de contacto de la base de datos de CSIC que se pueden encontrar de forma pública en su página web (<http://envejecimiento.csic.es/recursos/residencias/index.htm>) y los datos obtenidos de las diferentes Guías de Servicios de Atención Residencial para Personas Mayores de cada comunidad autónoma disponibles en

https://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/consulta_guia_residencias/index.htm [8]. El envío de dicho cuestionario se ha realizado de forma gradual, ordenadamente por comunidades autónomas y provincias. El cuestionario autoadministrado tipo

Forms, está disponible para su consulta en la página web <https://forms.office.com/r/9JKd2yZNBL>. El cuestionario se envió durante los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2021. Realizándose este proceso en dos fases, contando con una fase inicial desde el 15 de junio hasta el 31 de julio. Y una segunda fase desde el 5 de septiembre hasta el 17 de septiembre. El cuestionario permaneció abierto para recibir respuesta desde el 15 de junio hasta el 2 de octubre. El cuestionario enviado por correo electrónico estaba acompañado por una carta de presentación con información sobre el estudio, información sobre Médicos del Mundo e información sobre aspectos ético-legales (<https://www.medicosdelmundo.org/politica-de-privacidad>) y un consentimiento informado, donde se les solicitaba colaboración en su cumplimentación y difusión a los centros que consideraran apropiados

El cuestionario fue enviado a un total de 5505 centros. Los datos recogidos fueron codificados para asegurar la confidencialidad de los participantes.

2.8. Análisis de la información:

Una vez finalizado el plazo para la recogida de respuestas, se ha procedido a su lectura y análisis. Las respuestas de los cuestionarios se han analizado de forma literal y naturalista, y se han completado con las anotaciones tomadas tras su lectura. Todos los datos han sido anonimizados, y protegidos en todos los documentos. Se ha realizado un análisis temático e interpretativo de los datos, manteniendo una actitud reflexiva para garantizar su validez. Además, se ha comparado la información obtenida de cuestionarios individuales con la obtenida tras la lectura del número total de respuestas. Elaborando una clasificación temática y diseñando un esquema provisional de dicha clasificación. Debido al marco conceptual que se ha utilizado en el estudio, se pueden definir algunas categorías temáticas amplias como son: o Salud psicoemocional. o Formación del personal (sobre Covid-19). o Medidas de prevención y protección frente al contagio. o Comunicación con las familias. o Propuestas de mejora por parte de los centros. Dichas categorías guardan relación con la clasificación previa que se realizó junto con la elaboración del estudio y que ha sido completada tras el análisis de los resultados. Para la realización del análisis de información se han seguido las fases establecidas por Taylor- Bodgan sobre investigación cualitativa:

En primer lugar, la fase de “Descubrimiento” mediante la búsqueda bibliográfica sobre el tema. En segundo lugar, la fase de “Codificación” reuniendo y analizando los datos sobre el tema. Por último, la fase de “Relativización de los datos” interpretándolos en el contexto en el que han sido recogidos [9].

2.9. Aspectos legales:

El marco ético-legal de la investigación se sustenta conforme a los principios internacionales y asegura la no vulnerabilidad de los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki. Por ello, se asume el derecho de los participantes a la autodeterminación, al conocimiento de la información (fases del proyecto, duración de este, método de trabajo). Para todo ello, se dará a cada uno de los participantes información sobre el estudio y todos aceptar el consentimiento informado enviado, dejando de manera expresa la participación voluntaria de cada uno de ellos. En todo momento se ha mantenido el compromiso del anonimato en la participación y la confidencialidad de los datos de los sujetos participantes. Los aspectos éticos-legales se han establecido cumpliendo con lo previsto en Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), y de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD). Los datos personales han sido objeto de tratamiento automatizado en MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA con la finalidad de realizar el estudio arriba mencionado. Todos los registros se han mantenido en la más estricta confidencialidad. Sólo se ha procedido a la recogida de datos anónimos que se han procesado electrónicamente. El responsable es Médicos del Mundo España, la base legal es el consentimiento, la finalidad es la realización del estudio anteriormente mencionado. No se prevén transferencias internacionales y el periodo de conservación será mientras dure la relación con el usuario y siempre

respetando los plazos previstos por la ley. La autoría de la investigación manifiesta no presentar ningún conflicto de intereses.

2.10. Limitaciones del estudio:

En el presente estudio de investigación se han encontrado algunas limitaciones. En primer lugar, el acceso a la información relativa a los datos de contacto de los centros residenciales de mayores en España. En segundo lugar, la baja participación de los profesionales sanitarios de los centros, que ha podido estar condicionado por el modo de contacto (de forma telemática debido a la situación epidemiológica), así como, por reticencias a participar en el estudio, causadas por el juicio social al que se han visto sometidos por los medios de comunicación y la sociedad durante la pandemia, además de la falta de tiempo.

3. Resultados

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: En cuanto al tamaño muestral, tan solo el 1,92% (106/5505) de los centros de mayores participantes contestaron el cuestionario. Tras la primera lectura y análisis de resultados nueve respuestas no resultaron válidas. Los motivos fueron que el cuestionario estaba incompleto o por respuestas repetidas del mismo centro. Como consecuencia nueve elementos fueron eliminados, obteniendo un total de 92,45% de respuestas válidas, siendo la participación real del 1,76% del total de la muestra. En cuanto a las respuestas obtenidas, el análisis de las mismas se realizó en base a la teoría de Taylor y Bodgan. Posteriormente se realizó una categorización de las respuestas para poder realizar un análisis cuantitativo sobre las mismas. Las respuestas fueron clasificadas en las siguientes categorías que a continuación se detallan:

- Buenas Prácticas en salud psicoemocional.
- Buenas Prácticas en recursos humanos.
- Buenas Prácticas en medidas de prevención y protección frente al contagio.
- Buenas Prácticas en comunicación.
- Propuestas de mejora por parte de los centros.

3.1. Análisis de la participación en las respuestas desde un punto de vista geográfico:

Analizando el número de respuestas por distribución geográfica tomando como unidad de análisis la Comunidad Autónoma, observamos que las que han contribuido con un mayor número de respuestas son las Comunidades Autónomas de Cataluña (17), Castilla-La Mancha (14), Andalucía (12) y Castilla y León (11). En el otro extremo no se ha conseguido ninguna respuesta de las CCAA de la Región de Murcia, La Rioja, Cantabria, todas ellas Comunidades Autónomas uniprovinciales, así como las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Hay que tener en cuenta que los resultados anteriores se refieren a valores absolutos de respuestas obtenidas. Pero si profundizamos en el análisis, relacionando el número de cuestionarios enviados a cada Comunidad Autónoma y las respuestas obtenidas se observa:

- La Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de respuestas es las Canarias con un 4,17% ya que se enviaron 96 cuestionarios y se recibieron 4 respuestas.
- Castilla-La Mancha aparece en un segundo lugar con el 3,36% (417 cuestionarios enviados y 14 respuestas obtenidas).
- Las Comunidades Autónomas de Madrid y Aragón se encuentran en el porcentaje más bajo de respuesta de entre las que participaron. En el caso de la Comunidad de Madrid, pese a haberse enviado 484 cuestionarios, tan sólo se obtuvo respuesta en 5 casos (1,03%). Así mismo en Aragón el porcentaje obtenido ha sido del 1,06% (282 cuestionarios enviados y 3 respuestas recibidas).

Tabla I. Cuestionarios enviados y respuestas recibidas por Comunidades Autónomas. Elaboración propia.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PORCENTAJE DE RESPUESTA	REPUESTAS RECIBIDAS	CUESTIONARIOS ENVIADOS
CASTILLA Y LEÓN	1,60%	11	687
COMUNIDAD VALENCIANA	2,16%	7	324
CASTILLA LA MANCHA	3,36%	14	417
ASTURIAS	2,09%	5	239
EXTREMADURA	2,36%	7	296
CATALUÑA	1,72%	17	989
PAIS VASCO	1,30%	5	386
GALICIA	1,19%	4	336
ANDALUCIA	1,79%	12	670
MADRID	1,03%	5	484
NAVARRA	2,60%	2	77
CANARIAS	4,17%	4	96
BALEARES	1,75%	1	57
ARAGÓN	1,06%	3	282
CANTABRIA	0,00%	0	66
LA RIOJA	0,00%	0	32
MURCIA	0,00%	0	62
CEUTA	0,00%	0	3
MELILLA	0,00%	0	2
RESPUESTAS/CUESTIONARIOS	1,76%	97	5505

3.2. Análisis de las respuestas sobre buenas prácticas:

En el análisis que a continuación se realiza hay que tener en cuenta, y esto es fundamental y básico; para las conclusiones que se puedan llegar a obtener, es que a la hora de contestar la pregunta concreta es cuál es la buena práctica principal y por tanto se consideran de mayor importancia. Esto no quiere decir que dichos centros no hayan implementado otras buenas prácticas que en la mayoría de las ocasiones son complementarias junto a la considerada de mayor importancia.

3.3. Análisis de buenas prácticas en salud psicoemocional:

Respecto a las respuestas sobre buenas prácticas en salud psicoemocional se han obtenido 41 respuestas del total de 97 cuestionarios válidos recibidos, lo que supone un 42,26% (Figura 1). Para ello se han tenido en cuenta las terapias que han producido un impacto sobre la salud psicoemocional. Para su análisis las respuestas se han categorizado en: fisioterapia, musicoterapia, terapia ocupacional (trabajos y juegos), terapias cognitivas (actividades de rehabilitación cognitiva: memoria y lenguaje), terapias de expresión de emociones (psicología) y ejercicio físico. Del análisis de las buenas prácticas implementadas en salud psicosocial se observa la gran importancia que se ha otorgado a los aspectos psicológicos alcanzando las terapias de expresión de emociones casi la mitad de las consideradas buenas prácticas en salud psicoemocional siendo un 46% del total. En segundo lugar, destacan las terapias cognitivas con un 24%. También destacan, aunque con porcentajes más bajos las actividades

de musicoterapia, ejercicio físico y fisioterapia realizadas en las residencias de mayores durante la pandemia.



Figura 1 Buenas prácticas en salud psicoemocional. Elaboración propia.

3.4. Análisis de buenas prácticas en materia de recursos humanos:

Las respuestas sobre buenas prácticas en materia de recursos humanos han supuesto un 56,70% al haber obtenido 55 respuestas del total de 97 cuestionarios válidos recibidos (Figura 2). En lo que se refiere a recursos humanos hay dos líneas básicas de análisis. Una primera referida a contratación del personal y la otra línea que aborda los aspectos relacionados con la formación de los trabajadores (medidas de prevención y protección y comunicación interna). En cuanto a contratación de personal, donde las respuestas alcanzaron un 5%, las medidas se refieren al incremento de las plantillas. El resto de los aspectos, que alcanzan, medidas de protección (55%), medidas de prevención (11%) y comunicación interna (29%), se refieren, respectivamente, a cada uno de los siguientes apartados, en los que se reproducen algunas de las respuestas literales facilitadas por los encuestados:

- Formación en medidas de protección de los profesionales (“Uso adecuado de los EPIS”, “Pequeñas píldoras de aprendizaje para los trabajadores”).
- Medidas de prevención de los profesionales (“El uso obligatorio de mascarilla para todos los trabajadores”, “distancia física, EPIS, lavado de manos”). - Comunicación interna (“Reuniones semanales para valorar evolución”, “Creación de un protocolo interno intentando minimizar el impacto de la pandemia. Concienciar a los trabajadores, que sin su responsabilidad personal, y colaboración absoluta, cualquier protocolo era inservible”).



Figura 2 Buenas prácticas en recursos humanos. Elaboración propia

3.5. Análisis de buenas prácticas en el ámbito de las medidas de protección y prevención frente a la infección:

Ha habido 65 respuestas sobre buenas prácticas referidas a medidas de protección y prevención frente a la infección lo que representa un 67% del total de 97 cuestionarios válidos recibidos (Figura 3). En cada uno de los siguientes apartados se reproducen algunas de las respuestas literales facilitadas por los encuestados. Las respuestas se han distribuido de la siguiente manera:

- Medidas de protección individual (11%): “Control de temperatura y otros síntomas. Protocolo de aislamiento preventivo con 37.4°C” “Uso de mascarilla al máximo de residentes y TODO el Personal” “Seguir protocolos de Salud pública”, “Mascarilla, Distancia de seguridad, Lavado de manos.”
- Higiene, desinfección y ventilación (12%): “Limpieza y desinfección”, “Desinfección de zonas comunes y ascensor cada 2 horas. Desinfección y ventilación diaria de habitaciones. Disponemos de máquina de ozono.”
- Control en entradas y salidas del centro (8%): “Entrada de trabajadores y usuarios por puertas distintas. Separación zona residencial y hospital de día. Lavado de ropa de trabajo en el centro”.
- Aislamiento y gestión de casos sospechosos (8%): “Medidas preventivas. Tratar como positivo ante sospecha, aislamiento por habitaciones, pero no en habitación, grupo convivencia solo compañeros de habitación”, “Aislamiento preventivo. Inmediatez.”
- Sectorización (57%): “Unidades de convivencia de máximo 16 personas. A cada grupo se les identificó con un color diferente y se les puso una pulsera. Vinilo del mismo color pegado al suelo”.
- Otros: Planes de Contingencia y reorganización de espacios. (4%) “Ventilación de las zonas comunes”, “Creación de sala de visitas (separado de otras zonas del centro)”, “El Plan de Contingencia elaborado es la mejor guía hacia una buena práctica. La prevención es el día a día para una buena práctica eficaz. Por otro lado, existe un Plan de Humanización, el cual es necesario para evitar el aislamiento social en las personas mayores.”



Figura 3 Buenas prácticas en medidas de prevención y protección frente a la infección. Elaboración propia.

3.6. Análisis de buenas prácticas en el ámbito de la comunicación:

En el ámbito de la comunicación el número de respuestas obtenidas ha sido de 65 del total de 97 cuestionarios válidos recibidos, que supone el 67 % del total (Figura 4). En este apartado de Buenas Prácticas, se pone en evidencia de una manera que destaca sobre otros apartados, que han sido muchas las actividades implementadas de manera simultánea. Sobresale la utilización de videollamadas y redes sociales que suponen el 57% del total de respuestas obtenidas (32% y 25% respectivamente). Les sigue la buena práctica de Comunicación diaria con un 20%, entendiendo esta como la actualización continua de la información sobre el estado de los residentes y su situación a cada una de sus familias. Otra de las respuestas a destacar como mejor Buena Práctica son las visitas controladas (17%), si bien hay que tener en cuenta que esta actividad ha estado totalmente condicionada por la evolución de la pandemia en cada uno de los territorios, así como por las diferentes medidas legales adoptadas en cada momento por las autoridades sanitarias de cada Comunidad Autónoma. Se entiende como visita controlada, el acceso programado (semanal) de los familiares para poder ver y acompañar durante unas horas determinadas a los residentes.

También son importantes por novedosas, y aunque solo representen el 3% las actividades de los grupos de comunicación y la puesta en marcha de un programa universitario "Acercando Vidas" de la Facultad de Psicología de la UAM, cuyo objetivo es poner en contacto a residentes y estudiantes. Por último, se encuentra la categoría de Comunicación con el resto del centro, que supone un 3% del total y engloba las actividades que se desarrollaron para mantener el contacto entre los residentes aislados en distintas zonas de los centros y entre los propios trabajadores.



Figura 4 Buenas prácticas en comunicación. Elaboración propia.

3.7. *Análisis de respuestas sobre propuestas de mejora:*

Aunque en el cuestionario se planteaba la cuestión “A continuación, puede aportar cualquier comentario o sugerencia sobre buenas prácticas o sobre el propio cuestionario”, los participantes han aprovechado esta opción para facilitar 33 respuestas sobre propuestas de mejora. El análisis de respuesta sobre propuesta de mejora indica que un 37% reclama mayor apoyo institucional y un 18% mayor formación, lo que muestra que se requiere una mayor participación de las autoridades centrales y autonómicas. La posibilidad de poder compartir con otros centros experiencias e información supone el 21% de las respuestas, y mantener al menos las medidas adoptadas se valora en un 12% del total de respuestas recibidas (Figura 5).

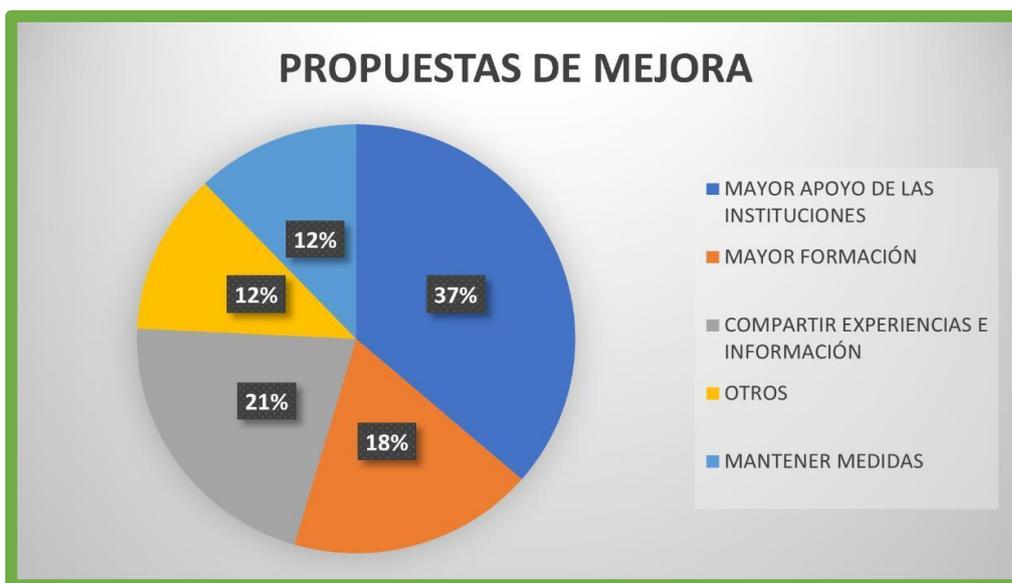


Figura 5 Tipos de propuesta de mejora. Elaboración propia.

3.8. Análisis tipo de profesional que responde al cuestionario:

Más de dos tercios (72%) de las respuestas vienen avaladas por la dirección/ gerencia de los centros, es decir el más alto nivel de decisión. El otro 28% restante se reparte entre enfermería (9%), trabajador social (5%), psicólogo (2%) y otros (6%) en los que se incluyen responsables de calidad, coordinadores, auxiliar administrativo y animadores socioculturales. Otro 6% se corresponde con participantes que, aunque participaron no compartieron los datos sobre el tipo de profesional que contestaba al cuestionario (Figura 6).



Figura 6 Profesional que responde al cuestionario. Elaboración propia.

4. Discusión

El tamaño muestral obtenido en el presente estudio haría que, en investigación cuantitativa, las respuestas obtenidas no sean generalizables. Pero en el caso de la investigación cualitativa, en la que su objetivo último no es la generalización, que el número de respuestas no influye en la calidad de información obtenida. En la recogida de datos, se pusieron en evidencia las siguientes circunstancias:

- Dificultad de contacto con los participantes, ya que sólo se ha podido emplear la vía telemática debido a la situación epidemiológica.
- En las Comunidades Autónomas más afectadas por la pandemia (Comunidad de Madrid), se observa una infra- respuesta que puede deberse por un lado a la carga de trabajo todavía mayor que en otras Comunidades y/o a la posibilidad de decidir no responder ante la presión mediática a la que se han visto expuestos. En algunos casos pueden haber valorado el cuestionario como un examen crítico sobre su actuación, y no como una oportunidad de participación para la adopción de mejoras.
- En otras Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha y Castilla y León) donde la tasa de letalidad ha sido inferior y donde es de destacar la gran labor ejercida por ONG y asociaciones como Médicos del Mundo, la tasa de participación en las respuestas ha sido mayor, quizás por la motivación de poner de manifiesto sus aportaciones sobre buenas prácticas.

Respecto a las hipótesis planteadas se ha podido comprobar finalmente que:

Las residencias han tenido intervenciones de Buenas Prácticas que han dado resultados positivos y útiles para sus residentes, solventando los déficits de recursos materiales, humanos y de la escasez de formación.

Las respuestas sobre medidas de prevención y protección frente a la infección ponen de manifiesto pese a los escasos medios de los que se disponían, el gran trabajo de todo el personal para combatir el virus, habilitando espacios e incluso aprovechando los escasos recursos materiales para diseñar equipos de protección. Todo ello pese al muy bajo soporte institucional que se les facilitó, lo que puede tener una explicación en la gran crisis que ha supuesto y aún hoy en día sigue suponiendo esta pandemia para todos los estamentos de nuestra sociedad, lo que incluye la demora en los tiempos de respuesta.

En relación con la segunda y tercera hipótesis:

Las actuaciones llevadas a cabo por las residencias han sido suficientes para establecer una intervención de prevención adecuada.

La mayor parte de las Buenas Prácticas han ido encaminadas a prevenir y controlar la infección.

Según las respuestas obtenidas se puede inferir que las actuaciones llevadas a cabo por las residencias se vieron encaminadas al control y la protección frente a la infección y que pese a los limitados recursos de los que disponían, las mismas fueron adecuadas. No se puede decir lo mismo sobre las medidas de prevención, ya que la situación sobrepasó todas las previsiones y medios de los que disponían. Pese al enorme esfuerzo de los profesionales de las residencias, la prevención comenzó en muchas ocasiones cuando el virus ya estaba dentro de los centros. Esto lo observamos en los resultados, donde se puede observar que un 57% de las respuestas priorizan como buena práctica principal la relacionada con la sectorización de los centros. Además, se debe tener en cuenta la importancia de Buenas Prácticas sobre la correcta utilización de los EPI (equipos de protección individual), la higiene, ventilación y desinfección, control de entradas y salidas, planes de contingencia y reorganización de espacios, así como los aislamientos y gestiones de casos sospechosos, en cuanto a medidas de prevención y protección contra la infección.

Para terminar, en lo que se refiere a la cuarta hipótesis:

Los equipos directivos de las residencias de mayores no han tenido implicación suficiente en la respuesta a la pandemia. El tipo de profesional que más ha respondido a nuestro cuestionario ha sido el profesional considerado director/ gerente, lo cual nos indica que ha habido una participación e implicación muy importante de los niveles superiores de organización y dirección de los propios centros.

5. Conclusiones

De la realización del estudio las conclusiones más importantes obtenidas son que las Buenas Prácticas consideradas como de mayor importancia por los participantes han sido:

En primer lugar, las relacionadas con la Comunicación y las Medidas de prevención y protección frente al contagio en ambos casos con un 67% respecto al total, mientras que las Buenas Prácticas en el ámbito de los recursos humanos suponen el 56,70% y las relacionadas con la salud psicoemocional alcanzan el 42,26%. Lo que indica que, en primer lugar, la preocupación de los centros fue hacer frente a la pandemia desde la prevención y protección de sus residentes frente a la infección, dando la importancia necesaria a la comunicación con las familias en esta situación. Y que además no olvidaron la importancia de la salud psicoemocional y se continuaron realizando actividades relacionadas con este ámbito. Las respuestas de los participantes han generado las siguientes conclusiones:

Necesidad de abordar una nueva política de gestión integral de las residencias de mayores, incidiendo en aspectos como:

- Mayor formación sanitaria de todos los empleados.
- Habilitar asistencia sanitaria básica de todos los residentes, incluso en el caso de emergencia sanitaria.
- Aumentar por vía normativa, el espacio físico de las instalaciones y la posibilidad de poder disponer de espacios para aislamiento en caso necesario.
- Habilitar sistemas de coordinación con directrices básicas comunes para todas las Comunidades Autónomas.
- Legislar sobre aspectos estructurales materiales y de recursos humanos en este tipo de centros.
- Valorar la posibilidad de integración de las residencias de mayores en el Sistema Nacional de Salud (SNS), desde el punto de vista sanitario.

Cabe destacar que se pone de manifiesto, el gran esfuerzo realizado por todos los profesionales de las residencias, sanitarios y no sanitarios, frente a una situación absolutamente novedosa y sorpresiva, que ha supuesto la entrega total de los trabajadores, pese a carecer recursos, y abordar los problemas presentados desde un punto de vista sanitario en todas sus vertientes: asistencial, social y psicológico. No se puede olvidar que ha faltado asistencia psicológica para los propios trabajadores, que han tenido que continuar trabajando en unas condiciones totalmente adversas que afectaban a su estado de ánimo y salud mental.

El ámbito de propuestas de mejora; ha sido en el que se ha representado una mayor crítica a la gestión institucional, ya que la mayoría de las respuestas se han dirigido a reclamar actuaciones por parte de las administraciones gubernamentales.

En cuanto a salud psicoemocional, aunque ha sido grande el esfuerzo realizado en esta materia con gran cantidad de actividades, los propios profesionales destacan la importancia del bienestar psicológico de los residentes y lo valoran como un aspecto fundamental, donde se debe profundizar y desarrollar un enfoque integral que permita mejorar la calidad asistencial ofrecida a las personas mayores.

Sobre el ámbito de los recursos humanos, las respuestas obtenidas nos indican una necesidad de garantizar unas ratios adecuadas trabajador- residente, una mayor formación y especialización de los trabajadores además de una estabilidad laboral y económica.

Finalmente, debemos señalar que no se han encontrado estudios publicados de estas características sobre Buenas Prácticas en residencias de mayores en el contexto pandémico, por lo que no es sencillo establecer una comparativa de resultados. En el futuro resultaría muy interesante realizar comparativas con estudios del mismo tipo, que dispongan de una muestra poblacional similar o a ser posible más amplia.

Agradecimientos: En primer lugar, agradecer a los profesionales de las residencias de mayores, que pese a su gran carga de trabajo supieron encontrar el tiempo necesario para participar en este estudio. Agradecer también a la Universidad de Alcalá, a los profesores del Máster de Acción Humanitaria Sanitaria y a los profesionales de Médicos del Mundo por toda la formación y conocimientos que me han aportado durante el último año y medio.

Contribución de los autores: Felicitas Ibáñez Lladó y Miguel Pérez-Lozao Gallego han contribuido al diseño del estudio y han realizado la revisión de la redacción final del artículo. Claudia Galache Collada ha desarrollado el estudio, recogiendo los datos, realizando el análisis, interpretación y discusión de resultados. Es autora igualmente de la redacción del artículo.

Conflictos de Intereses: Los autores no declaran conflicto de intereses.

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

MDM: Médicos del Mundo.

ONG: Organización No Gubernamental.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UAH: Universidad de Alcalá.

UAM: Universidad Autónoma de Madrid.

Referencias Bibliográficas

1. Sanz Rubiales A. Una respuesta ética en la atención a residencias de ancianos en la pandemia Covid-19. Cuadernos de Bioética. [Internet] 2020 [Citado: 12-12-2021]; 31(102): 223-229. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2020/31/102/223.pdf>
2. Tarazona-Santabalbina FJ, Martínez-Velilla N, Vidán MT, García-Navarro JA. COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2020 [Citado: 12-12-2021]; 55(4): 191–192. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X20300597?via%3Dihub>
3. Gallego, V.M, Codorniu, J.M, Cabrero, G.R. El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial. Cien Saude Colet. [Internet]. 2020 [Citado: 10-10-2021]; 26 (01) Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KncyBMQrjCXJDcKgWyNRCQS/?lang=es>
4. Constitución Española. Artículo 50. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424
5. Muyor Rodríguez J. Encuadre mediático del impacto del COVID-19 en las residencias de mayores.: Un análisis de contenido sobre la identificación y la gestión del problema. Revista Ehquidad [Internet]. 2021 [Citado: 10-12- 2021];(15):47-76. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/4127>
6. Organización Panamericana de la Salud. Concurso Buenas Prácticas en Salud Familiar y Comunitaria 2019. [Internet] 2019. [Citado: 22-11-2021]; Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/basesy-condicionesconcurso-buenas-practicas-salud-familiar-comunitaria.pdf>
7. Bermejo García L. Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: Guía de Buenas Prácticas. 1st ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2009.[Citado: 22-11-2021]; 11-26
8. Comunidad de Madrid. Servicios de atención residencial para personas mayores. [Internet] 2021 Disponible en: https://www.imsero.es/imsero_01/centros/centros_personas_mayores/consulta_guia_residencias/index.htm
9. Amezcua Manuel, Gálvez Toro Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 [Citado: 7-11-2021]; 76 (5):423-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=e



© 2022 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.