



RESPUESTAS SOCIOSANITARIAS EN TIEMPOS DE CRISIS

EDITORIAL

Teresa Marcellán Benavente

ORIGINALES

Atención primaria de salud.

La unidad Sociosanitaria de apoyo a centros sociosanitarios.

Recursos intermedios creados para atención de personas dependientes positivas de covid-19, procedentes de domicilios y residencias.

Recurso de apoyo geriátrico residencial durante la pandemia por COVID-19.

La intervención social en pandemia.

El impacto psicológico de la pandemia en los profesionales de la salud.

Vivir y sufrir el Covid-19.

El cuidado a personas mayores: ¿qué nos ha enseñado la actual crisis del COVID-19?

NOTICIAS

- Tomás Yerro. In Memoriam
- Premio Tomás Belzunegui, convocatoria 2020

CONVOCATORIA CUADERNOS GERONTOLÓGICOS

Edita

SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dirección

Sagrario Anaut

Comité de redacción

Francisco Javier Alonso
Juana M^a Caballín
Leire Elizari
Santiago Garde
Juan Jerez
Cristina Lopes
Concepción Molina
Camino Oslé
Isabel San Martín

ISSN

ISSN 2659-7284

Depósito legal

NA 1839-1994

Diseño y maquetación

iLUNE.com

SUMARIO

EDITORIAL

Teresa Marcellán Benavente 4

ORIGINALES

Atención primaria de salud. 6
P. Aldaz, A. Otamendi, M. Magno.

La unidad Sociosanitaria de apoyo a centros sociosanitarios. 11
María Arbona, Alberto Sola y Ana Ariztegui.

Recursos intermedios creados para atención de personas dependientes positivas de covid-19, procedentes de domicilios y residencias. 19
Gloria Urbistondo Lasa, Marta Oroz García y Olga Sala López.

Recurso de apoyo geriátrico residencial durante pandemia por COVID-19 26
Bernando Abel Cedeño Veloz.

La intervención social en pandemia. 32
Cristina Lopes Dos-Santos

El impacto psicológico de la pandemia en los profesionales de la salud. 38
Manuel Martín Carrasco.

Vivir y sufrir el Covid-19. 47
Juan Manuel Pérez-Castejón Garrote.

**El cuidado a personas mayores:
¿qué nos ha enseñado la actual crisis del COVID-19?** 53
Begoña Elizalde y Lucía Martínez-Virto.

NOTICIAS

Tomás Yerro. In Memoriam 61

Premio Tomás Belzunegui, convocatoria 2020 63

CONVOCATORIA CUADERNOS GERONTOLÓGICOS



Editorial

Nadie duda de que nuestra vida ha cambiado en el último año. Estamos en tiempos de cambios. Debemos restringir los encuentros sociales. Hemos normalizado el uso de la mascarilla y la limpieza de manos con gel hidroalcohólico. Debemos distanciarnos en nuestras reuniones.

Nadie duda de que estos cambios son consecuencia de la pandemia por Covid-19. Tampoco se duda de que la infección haya incidido con mayor gravedad y letalidad en la población mayor, sobre todo en el segmento poblacional de mayores de 70 años y, particularmente, en los que viven en residencias. De ahí la necesidad del desarrollo de respuestas en el ámbito sociosanitario.

De nuevo la conjunción de necesidades en salud y necesidades sociales en las personas mayores, con un escenario gravoso y perjudicial, y que precisaba de respuestas urgentes. En Navarra, la creación de la unidad sanitaria en residencias a finales de la primera ola, en mayo 2020, permitió dar apoyo a estos centros. Este apoyo se pone en marcha desde el momento de la detección de un caso positivo de Covid-19, con pautas sobre el aislamiento y el manejo clínico, así como en la ordenación de las vacunas desde el momento en que estuvieron disponibles. La Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología (SNGG) ha colaborado en el grupo de trabajo requerido en dicha unidad.

La unidad para la ordenación de la asistencia sanitaria en centros sociosanitarios nace con el objetivo de garantizar una atención sanitaria de calidad en las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad. Sus objetivos específicos también son destacables: asegurar la implantación de medidas generales que minimicen el contagio y la propagación de la infección; garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para la atención; garantizar la aplicación de procedimientos establecidos para el medio comunitario; consolidar la atención de calidad al final de la vida; fortalecer la coordinación de todos los agentes intervinientes; promover la autonomía

de las personas residentes e incluirlas a ellas y sus familias en las propuestas de cambio; favorecer el envejecimiento saludable; y prevenir la discapacidad.

El presente número de *Cuadernos Gerontológicos* se centra en las respuestas sociosanitarias en tiempos de crisis. La difusión de los nuevos recursos y su articulación para dar respuestas ordenadas y protocolizadas es bien recibida y es un lujo poder disponer de su marco teórico en esta publicación.

Por otro lado, inmersos en la pandemia por Covid-19, en el contexto de una crisis sanitaria y económica, la SNGG renueva la mitad de su Junta directiva en cumplimiento de sus Estatutos. Nuestro proyecto tuvo su origen en 1996 y surgió de la mano del Dr. Juan Luis Guijarro, su primer presidente. Así mismo, cada año rinde cuentas a sus socios en la Asamblea general, momento de encuentro y de disfrute mediante un acto cultural.

Este año, como novedad, la tecnología ha permitido poder celebrar nuestra Asamblea el miércoles 27 de enero de 2021 y disfrutar de una interesante Tarde Gerontológica de Invierno con ponencias de Belén González, miembro del Grupo de Demencias de la SNGG, y Rafael Sánchez-Ostiz, expresidente. Así ha sabido adaptarse la SNGG, cumpliendo sus Estatutos y las medidas de distanciamiento social que se requieren para evitar los contagios por Covid-19.

Ilusión y sentido de responsabilidad son mis primeras palabras a los socios como nueva presidenta. Y así me presento, Teresa Marcellán, geriatra de La Casa Misericordia de Pamplona. Asumo el cargo con el apoyo de Javier Alonso, geriatra del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), que ejerce en la Junta las funciones de secretario. Como vocales tenemos el placer de contar en el equipo con Abel Cedeño, también geriatra del CHN, y con Olga Sala, trabajadora social del Departamento de Derechos Sociales. La estabilidad de la nue-

va Junta queda asegurada por el continuo de nuestra vicepresidenta, la profesora de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra, Sagrario Anaut, la tesorera Alicia Beguiristain, enfermera formadora, y el vocal Joaquín Rolán, psiquiatra de la Clínica Josefina Arregui.

Es momento de agradecer la labor a los miembros de la Junta que pasan el testigo de sus cargos. A Francisco Úriz como presidente, a Vincenzo Malafarina como vocal y a Juan Jérez como secretario. Ellos han colaborado en el trabajo de ajuste a los cambios que se han ido produciendo en los últimos años en la propia SNGG. Sin sus esfuerzos y sus trabajos, la SNGG no sería hoy la entidad de referencia que es en el ámbito de las personas mayores.

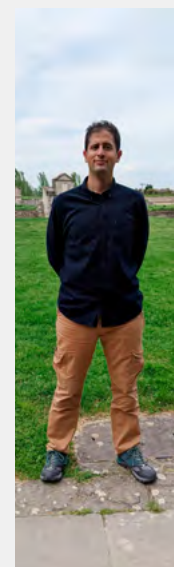
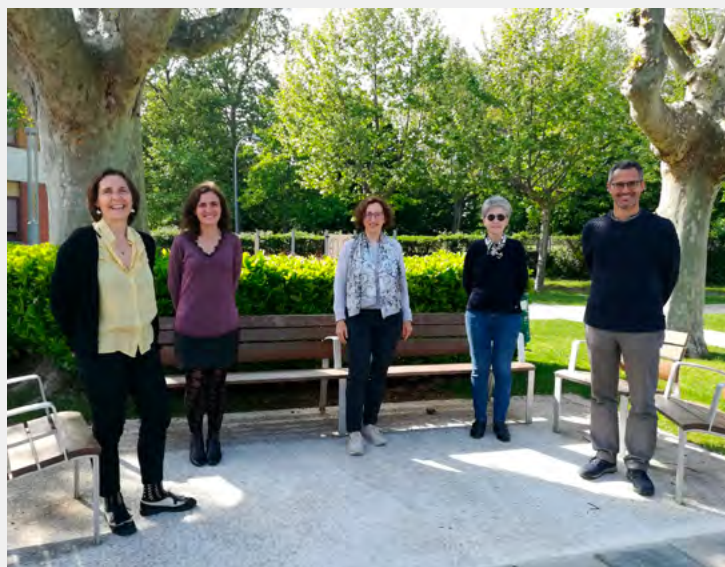
La SNGG no se entiende sin el sentido multidisciplinar que han mantenido todas sus juntas directivas desde sus orígenes. Los distintos niveles asistenciales en los que desarrollan su labor los miembros de la Junta confieren a ésta una sensibilidad caleidoscópica hacia los problemas del mayor, así como amplitud de visiones científicas y humanas que nos permiten ser imaginativos en la búsqueda de soluciones.

¿Estamos en tiempos de cambios? Planteo esta pregunta para responderla. La SNGG viene renovando cada 2 años la mitad de su Junta directiva desde su fundación hace 30 años. Esta Junta, al igual que todas sus predecesoras, trabajará con ilusión y responsabilidad por el bien de las personas mayores, como esperan sus miembros y la sociedad en general. Esa es nuestra misión y nuestra razón de ser.

Reitero la pregunta. ¿Estamos en tiempos de cambios? Tengo otra respuesta para esta pregunta. Una vez más, en situación de crisis poblacional por un factor ajeno al ser humano, son las personas mayores el segmento poblacional más azotado. Son las afectadas negativamente por la soledad, tanto en el vivir como en el morir. ¿Cuándo no hemos vivido tiempos de cambios? Me viene a la mente la editorial de los *Cuadernos Gerontológicos* de 2003, escrita por Camino Oslé. Recuerdo que ese verano, embarazada de mi primer hijo, una ola de calor castigó Europa y fueron las personas mayores, y más aquellas en estado de soledad, las que más gravemente la sufrieron, muchas veces con sus vidas.

Ya han transcurrido 17 años y no ha habido tantos cambios en cuanto a la vulnerabilidad de las personas mayores frente a factores no controlables. El modelo demográfico actual no es nuevo, incluso es fácil predecir el próximo con el envejecimiento de la población del *baby boom*. Los recursos y ordenamientos para el segmento más elevado de las pirámides poblacionales siguen siendo deficientes. Así que respondan ustedes a si estamos en tiempos de cambios, estamos igual o verdaderamente necesitamos cambios que resuelvan los problemas reales de las personas mayores.

Teresa Marcellán Benavente.
 Presidenta de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología



LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN TIEMPOS DE COVID

Primary Health Care in Times of COVID

P. Aldaz. Médico de familia. Centro de salud de San Juan (Pamplona)¹.

A. Otamendi. Médico de familia. Gerencia de Atención Primaria.

M. Magno. Enfermera. Centro de salud de Ansoáin.

Resumen

La atención primaria constituye el nivel asistencial más accesible y cercano a la población. En una situación como la derivada de la pandemia, resulta fundamental reorganizar tanto los espacios físicos como la organización del personal para poder garantizar la atención a procesos covid y no covid, teniendo como prioridad la seguridad de los usuarios y del personal del centro de salud. La atención primaria debe modular el flujo de pacientes hacia los servicios de otros niveles asistenciales y garantizar la atención de los casos que no requieran ingreso.

Palabras clave: atención primaria, coronavirus, pandemia, servicios sanitarios.

Abstract

Primary healthcare is the most accessible level of care that is closest to the population. In a situation such as that derived from the pandemic, it is essential to reorganize both the physical spaces and the organization of the staff in order to guarantee attention to covid and non-covid processes, with the safety of users and health center staff as a priority. Primary care must modulate the flow of patients to services at other levels of care and guarantee care for cases that do not require admission.

Keywords: Primary health care, coronavirus, pandemic, health services.

¹ pablo.aldaz.herce@navarra.es.

INTRODUCCIÓN

El 29 de febrero del 2020 se diagnostica el primer caso positivo de coronavirus en Navarra. En unos pocos días, el 11 de marzo, se produce la declaración de pandemia por la OMS y el 14 de marzo el gobierno central declara el estado de alarma. El impacto que tiene la aparición del nuevo virus es algo desconocido en todo el sistema sanitario, incluyendo la atención primaria. Para dar respuesta a la situación provocada, se hace necesario incorporar, en unos pocos días, importantes cambios organizativos (Salman, Luke, Florian et al., 2020; Solera & Tárraga, 2020).

OBJETIVOS DE LOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS

Todas las modificaciones realizadas tienen tres objetivos:

- Contener el avance del brote mediante un diagnóstico precoz, aislamiento de los casos y sus contactos, un triaje eficiente que evite la sobrecarga de los servicios de urgencias y un seguimiento domiciliario adecuado en los casos menos graves.
- Garantizar la asistencia no COVID priorizando grupos de riesgo y personas vulnerables.
- Garantizar atención segura para la población y los profesionales minimizando el riesgo de contagios en el centro de salud.

ADAPTACIONES ORGANIZATIVAS

La primera modificación necesaria fue la de los horarios de los centros de salud. Hubo que adaptarlos a la disponibilidad de profesionales en función de bajas por enfermedad o confinamiento, abriendo de 8 a 17 horas, con organización de turnos deslizantes. A esto hay que añadir que se cubrió con el personal de los centros la apertura extraordinaria en fines de semana y festivos de determinados puntos de atención COVID para descongestionar las urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias.

Se diseñaron circuitos de atención COVID y no COVID diferenciados, con puntos de acceso y salas separadas o con horarios distintos de atención en el centro de salud, para minimizar el riesgo de contagio.

Así mismo, se estableció un sistema de triaje telefónico desde el área de admisión para que todo paciente con síntomas compatibles COVID fuese valorado primero telefónicamente por un profesional sanitario y, en caso de estimarlo necesario, citarlo para consulta presencial en el circuito COVID. Los centros de salud establecieron ruedas de atención a los pacientes COVID para minimizar el riesgo de contagio y por extensión el riesgo de bajas laborales de los profesionales. La reorganización del personal incluyó la asignación de tareas que no suponían atención directa para todos los profesionales catalogados como sensibles al virus y que no debían atender presencialmente a estos pacientes. Hay que destacar el papel de los médicos residentes de medicina de familia que en todo momento estuvieron en primera línea de forma voluntaria.

Se suspendió toda actividad prescindible o demorable no urgente hasta ver la evolución de las olas pandémicas. Al mismo tiempo, se potenció la atención a domicilio de personas en situación de dependencia y mayores. Se cancelaron todas las actividades docentes y reuniones de equipo salvo las imprescindibles, incluyendo no juntarse para tomar café o situaciones similares. Se priorizó, en cambio, la comunicación con los profesionales del equipo mediante el correo electrónico.

En relación a los espacios físicos, se eliminaron todos los elementos ornamentales o de exploración no necesarios para el trabajo, con el fin de facilitar la desinfección de superficies. Se extremó la limpieza y desinfección de todas las estancias tras la asistencia a pacientes.

En un primer momento, se vivió una escasez importante de material de protección para los profesionales, que fue suplida con imaginación, resignación y motivación extra para atender a la población. Una dificultad añadida fue la imposibilidad de acceder al principio desde Atención Primaria a las pruebas diagnósticas (Li, 2020).

EFFECTOS NEGATIVOS DERIVADOS DEL NUEVO MODELO ASISTENCIAL

- Pérdida de longitudinalidad en la atención, con especial incidencia en los pacientes crónicos.

- Limitación de la accesibilidad al centro de salud que es uno de los principios básicos de la Atención Primaria. Limitación de aforos con amplia separación de espacios y con recomendación expresa a los pacientes de acudir a la hora indicada en la cita, ni antes ni después.
- Limitaciones de la atención telefónica por colapso puntual de las centralitas de los centros de salud, impidiendo la accesibilidad de los pacientes.
- Intento de realizar telemedicina, pero sin experiencia, dotación material o un plan concreto al respecto. A esto hay que añadir el “efecto barrera” que supone a las personas más mayores por su dificultad para manejar las nuevas tecnologías.
- Incremento de listas de espera en atención especializada hospitalaria.
- Personal administrativo sin perfil sanitario, como primer filtro en la gestión de la atención.
- Aumento importante de la carga de trabajo de enfermería.
- Trabajo con protocolos que quedaban obsoletos en apenas unos pocos días.
- Debemos destacar que la pandemia dejó en evidencia el sistema de atención en los centros sociosanitarios vigente hasta el momento, con escasos medios materiales y humanos y, en general, con una asistencia al margen de la Atención Primaria de cada zona básica. Esto ha servido como punto de partida para replantear todo el modelo sociosanitario de Navarra.
- índole que son motivo de consulta en un centro de salud y que no precisan consulta presencial.
- Eliminación de visitas sin contenido de valor añadido en el contexto de una excesiva medicalización de la vida actual.
- Oportunidad para dejar de hacer actos inútiles, muchos de ellos burocráticos, que se pueden realizar en otros emplazamientos de la administración o que, directamente, no se deben realizar.
- Fomento del autocuidado, especialmente de los pacientes crónicos, con un paso decisivo hacia su empoderamiento.
- Correo electrónico como herramienta de comunicación y potenciación en el uso de la carpeta personal de los usuarios del sistema.
- Como valor a destacar, hemos aprendido a utilizar la flexibilidad y capacidad de adaptación de los profesionales de Atención Primaria. El trabajar al límite continuamente ha obligado a potenciar más que nunca el trabajo en equipo.
- La colaboración de la población en el control de la epidemia está siendo decisiva, entendiendo la nueva organización y facilitándola con su comportamiento. Esto ha supuesto también un reconocimiento a la labor profesional de todos los estamentos.
- Un punto fundamental ha sido descubrir la visión social de la salud, alejada del enfoque clásico individualista, y la importancia de actuar como sociedad, de tejer alianzas entre todos los sectores de la misma, desde el convencimiento de que la salud sí es cosa de todos. La identificación de las personas más vulnerables para una atención individualizada y prioritaria debe ser, en el futuro, un objetivo prioritario.

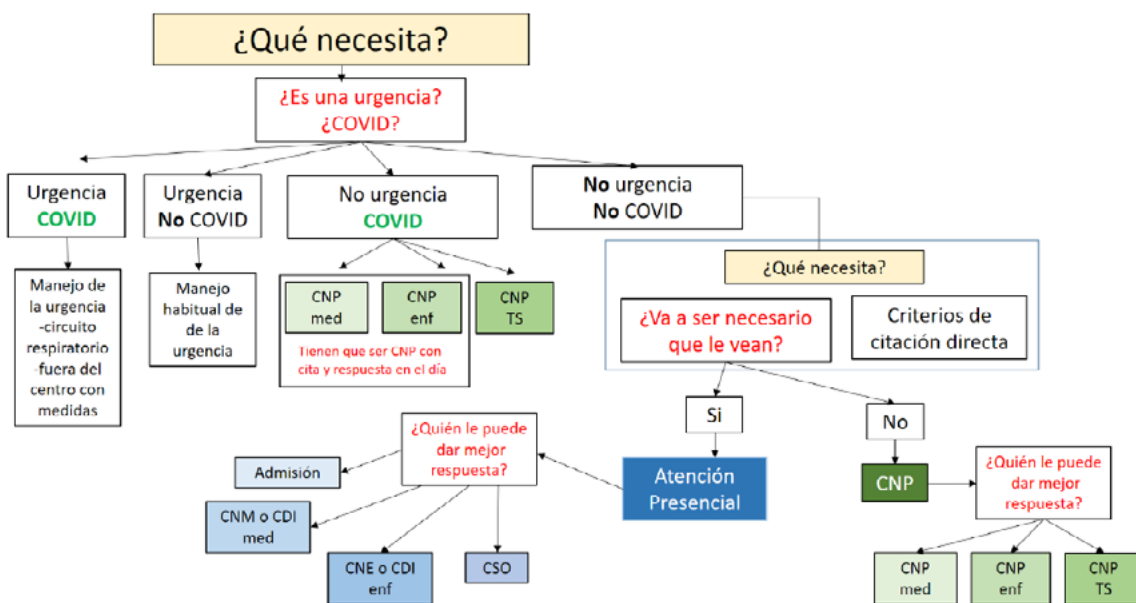
ENSEÑANZAS POSITIVAS DE LA PANDEMIA

- Cercanía a la población de la Atención Primaria que ha supuesto un elemento de tranquilidad muy valorado por parte de los usuarios.
- Mejora en la implementación de un adecuado sistema de cribaje desde admisión, que debe hacer reflexionar sobre el perfil de los profesionales que cubren estos puestos de trabajo en los centros de salud.
- Descubrimiento, o al menos valoración, de la importancia de la consulta telefónica para la resolución de muchos problemas de toda
- La capacidad de formación del personal se ha demostrado una herramienta fundamental para afrontar un problema de salud de esta magnitud, poniendo la docencia en un lugar esencial para el funcionamiento de un centro de salud.
- El sistema sanitario no puede funcionar con compartimentos estanco. La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se ha visto más necesaria que nunca.

- Tras la primera ola de la pandemia no se prevé la vuelta a la situación anterior. Es necesario que algunos de los cambios realizados en la organización perduren y permitan, por un lado, atender las necesidades de salud de la población de forma segura, y por otro, realizar la confirmación diagnóstica de los casos y su seguimiento, así como un adecuado estudio de contactos de casos nuevos de CO-

VID-19 (Greenhalgh, Choon Huat Koh & Car, 2020; Alcántara et al., 2020). La demanda de atención de la población se organiza de manera que las necesidades de los pacientes sean atendidas por el profesional más eficiente para su resolución, en la modalidad más adecuada, presencial en centro o domicilio o telefónica, y en un plazo apropiado (figura 1) (Ministerio de Sanidad, 2020).

Figura 1. Criterios y modalidades de citación



*CNP: consulta no presencial; CNM: consulta normal médica; CNE: consulta normal enfermera; CDI: cita día; CSO: consulta social; med: medicina; enf: enfermería; TS: trabajo social.

Fuente: elaboración propia.

- Se realiza, a continuación, un análisis proactivo de la situación y las necesidades de los pacientes, priorizando la atención de personas con patologías crónicas avanzadas o con mal control, personas en atención domiciliaria, con dependencia, personas con trastorno mental grave, personas en riesgo social, mayores de 70 años que han podido sufrir un empeoramiento de su situación funcional o cognitiva, y personas en situación de duelo o afectación emocional relacionada con la pandemia o el confinamiento (Párraga, Pérula et al., 2020; Cohen & Blau, 2020).
- Con la llegada de las vacunas a finales de diciembre de 2020, Atención Primaria asume la responsabilidad de la vacunación frente a COVID-19 con el objetivo de realizarla en el menor tiempo posible y siempre de acuerdo a la disponibilidad de vacunas existente. Se aplican los principios establecidos en la Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España y se van priorizando los grupos de población a los que se oferta la vacuna, así como el tipo de vacuna a recibir.

BIBLIOGRAFÍA

Alcántara, P. et al. (2020). *Abordaje COVID en atención primaria*. Consultado el 25 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.semfyec.es/formacion-y-recursos/abordaje-del-paciente-con-covid-19-en-atencion-primaria/>

Cohen, P. & Blau, J. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Outpatient evaluation and management in adults*. Consultado el 22 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-outpatient-evaluation-and-management-in-adults>

Greenhalgh, T., Choon Huat Koh, G. & Car, J. (2020). *Covid-19: a remote assessment in primary care*. BMJ. 368: m1182.

Li, D. (2020). *First in, last out. The role of family doctors in the fight against novel coronavirus*. Consultado el 19-03-2021: <https://www.globalfamilydoctor.com/News/DonaldLion-theCoronavirus.aspx>.

Ministerio de Sanidad de España (2020). *Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19*. Consultado el 19 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf

Párraga, I., Pérula, LA, González, J., Jiménez, C., Sánchez, R. & Rider, F. (2020). *Características clínico-epidemiológicas de la infección por el virus SARS-CoV-2 en médicos de familia: un estudio de casos y controles*. Aten Primaria. Doi: 10.1016/j.aprim.2020.12.001

Salman, R., Luke, N. A., Florian, L., Stigler, Dionne Kringos, Harumi Quezada Yamamoto, Chris van Weel & On behalf of the Global Forum on Universal Health Coverage and Primary Health Care (2020). *Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide*. European Journal of General Practice, 26:1, 129-133, DOI: [10.1080/13814788.2020.1820479](https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479)

Solera Albero, J. & Tárraga López, P.J. (2020). *La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus*. JONNPR. 2020;5(5):468-72. DOI: 10.19230/jonnpr.3655

UNIDAD PARA LA ORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN CENTROS RESIDENCIALES SOCIO-SANITARIOS: Una respuesta necesaria en el ámbito socio-sanitario ante la pandemia COVID-19

María Arbona Celaya. Jefa de Sección de cuidados asistenciales y atención domiciliaria Navarra Este (SNS-E).

Ana Ariztegui Echenique. Jefa del Servicio de cuidados asistenciales y atención domiciliaria (SNS-O).

Manuel Carpintero Navarro. Gerente de Atención Primaria (SNS).

Alberto Sola Mateos. Médico. Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (ANADP)

Resumen

Como consecuencia de la pandemia por COVID-19 que afecta a nuestra sociedad, y su especial virulencia y gravedad entre la población residencial del ámbito socio-sanitario, los Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra han creado una Unidad interdepartamental y multidisciplinar para dar respuesta a esta crisis sanitaria. El objetivo general de la misma es garantizar una atención sanitaria de calidad en los centros socio-sanitarios durante la pandemia, trabajando proactiva y preventivamente en los diferentes escenarios que se puedan generar, asentando las actuaciones profesionales en unas bases sólidas que permitan el afrontamiento eficaz, eficiente y en condiciones de equidad de las diferentes necesidades a corto, medio y largo plazo. Esta Unidad proporciona apoyo a los centros socio-sanitarios y a todos los profesionales que prestan servicio en los mismos durante la pandemia, pero su objetivo final sería consolidar su labor para alcanzar una adecuada coordinación socio-sanitaria, estableciendo unos estándares asistenciales de calidad.

Palabras clave: COVID-19, Unidad socio-sanitaria, coordinación socio-sanitaria, residencias

Abstract

As a consequence of the COVID-19 pandemic that affects our society, and its special virulence and severity among the residential population in the socio-sanitary field, the Departments of Health and Social Rights of the Government of Navarra have created an interdepartmental and multidisciplinary Unit to respond to this health crisis. The general objective of the same is to guarantee quality health care in socio-health centers during the pandemic, working proactively and preventively in the different scenarios that may be generated, establishing professional performance on solid bases that allow the effective, efficient and equitable protocol with the different needs in the short, medium and long term. This Unit provides support to the socio-sanitary centers and all the professionals who provide services in them during the pandemic, but its final objective would be to consolidate its work to achieve adequate social and healthcare coordination, establishing quality healthcare standards.

Keywords: COVID-19, Socio-sanitary unit, socio-sanitary coordination, residences

La enfermedad producida por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), es una enfermedad infecciosa, cuya propagación descontrolada obligó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar el brote del nuevo coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la situación de pandemia, hecho que se mantiene en la actualidad, con graves repercusiones a nivel sanitario, económico y social en todo el mundo.

La gravedad de una enfermedad depende de diferentes factores. Por una parte, factores intrínsecos de la persona (susceptibilidad) y del agente causal (virulencia). Por otra parte, factores extrínsecos que podrían modificar la historia natural: demográficos, de acceso y calidad de la asistencia sanitaria, tratamientos y vacunas efectivas, etc. En general, se admite que las personas mayores y con patologías crónicas previas serían las que pueden presentar una mayor letalidad. De acuerdo con los datos disponibles, el 80% de los casos identificados con COVID-19 se presenta de forma leve o moderada, el 15% precisa ingreso hospitalario y el 5% cuidados intensivos, según el patrón observado repetidamente en diversos países.

Existe una evidencia internacional de que las personas que viven en centros de servicios sociales de carácter residencial (de ahora en adelante “centros socio-sanitarios”), son particularmente vulnerables a las infecciones graves por SARS-CoV-2 y están experimentando altas tasas de mortalidad. La edad avanzada y las comorbilidades que presentan estos residentes son factores de riesgo de gravedad. Asimismo, el entorno cerrado con estrecho contacto con otros residentes, igualmente vulnerables, y con el personal que les atiende, debido a sus altas necesidades de cuidados, son factores que favorecen la transmisión.

Otros factores que contribuyen a la extrema vulnerabilidad de estos centros son los menores recursos diagnósticos con los que cuentan, la alta carga de trabajo, la falta de preparación del personal en cuanto a medidas de prevención y control de la infección, la movilidad de los trabajadores de una residencia a otra y el número de bajas en los trabajadores por enfermedad que está ocasionando esta pandemia. Todo ello implica una mayor carga de trabajo con el consiguiente incremento del riesgo. En ocasiones, también la propia in-

fraestructura de los centros y la dificultad que implica, en muchos de ellos, el cumplimiento de las recomendaciones para el aislamiento preventivo, favorecen dicha vulnerabilidad.

Ha de señalarse, igualmente, que las estrategias diagnósticas basadas en la presencia de síntomas en las personas ancianas pueden ser ineficaces, llevando a un retraso del diagnóstico y de la aplicación de las medidas de prevención. La detección de síntomas en ellas es, en particular, compleja por varios motivos: la respuesta inmune alterada asociada al envejecimiento, la alta prevalencia de comorbilidad, el deterioro cognitivo y la frecuencia de tos crónica.

Todos los aspectos citados han motivado que los efectos de la emergencia sanitaria COVID-19 estén siendo particularmente graves en este colectivo. Por ello, en estos centros, y a diferencia de lo aplicado en otros ámbitos, se considera brote, a efectos de intervención, la detección de un solo caso e implicará la puesta en marcha de las medidas de actuación que se aplicarían en aquellos otros.

En los brotes detectados en residencias de mayores, las tasas de ataque secundario son muy elevadas entre residentes, visitantes, generalmente de edad avanzada, y trabajadores. La mortalidad es muy elevada entre residentes y sus visitantes, mientras tiene un curso leve en el caso de la plantilla de trabajadores, en general.

Como consecuencia de la pandemia de COVID-19, estamos padeciendo una crisis sanitaria de especial relevancia en la atención a las personas en situación de fragilidad, discapacidad y dependencia, muchas de ellas personas de edad avanzada y otras más jóvenes, pero con grandes necesidades de apoyo. Esta crisis ha puesto en evidencia, con crudeza, la necesidad de establecer una adecuada coordinación socio-sanitaria. La propia evolución de la pandemia ha exigido una actualización permanente de las medidas, protocolos y actuaciones, dada la complejidad que la atención en estos colectivos supone a todos los agentes intervinientes.

La coordinación entre el ámbito social y sanitario constituye uno de los retos más importantes para nuestra sociedad. Es necesaria para ofrecer una atención integral a las personas mayores, pacientes crónicos, con limitaciones de autonomía personal o que precisan

asistencia profesional intensa con el objetivo de conseguir una mayor calidad asistencial, la mejora del bienestar y calidad de vida de la ciudadanía y la optimización de recursos.

La actual situación de pandemia ha exigido una reflexión y una mirada integral con el fin de establecer criterios claros, homogeneizar procedimientos y facilitar la reordenación y reorganización en todos los ámbitos. En este marco, el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, con la colaboración del Departamento de Derechos Sociales, decidieron crear un equipo interdepartamental para dar respuesta al impacto generado por la crisis sanitaria de la COVID-19 en las residencias públicas y privadas de personas mayores y con discapacidad (física y psíquica), psicogerátricos y centros asimilados de la Comunidad Foral de Navarra donde también se presta asistencia sanitaria.

La premisa fundamental sería la de trabajar proactiva y preventivamente en los diferentes escenarios que se puedan generar, asentando las actuaciones profesionales en unas bases sólidas que permitan el afrontamiento eficaz, eficiente y en condiciones de equidad de las diferentes necesidades a corto, medio y largo plazo. Este equipo trabajaría dentro de la estructura de la Gerencia de Atención Primaria, por el papel relevante de este ámbito en cuanto a la cercanía y responsabilidad derivada de la atención sanitaria a las personas que viven en residencias. De tal modo, se crea la “Unidad para la Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Socio-sanitarios” (UAS), y la Orden Foral 16/2020 nombra al Gerente de Atención Primaria, como Coordinador ejecutivo responsable de la asistencia sanitaria de todas las residencias públicas y privadas de personas mayores de la Comunidad Foral de Navarra.

La UAS inicia su andadura el 4 de mayo de 2020, actuando bajo la dependencia de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud (SNS-O), para desarrollar sus actuaciones en todo el territorio de la Comunidad Foral. Es una Unidad de carácter interdepartamental, multidisciplinar, integral e integrada con el resto de agentes intervinientes en el proceso de atención, algo que, quizás, representa su mayor valor.

Está formada por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social y administración de los Departamentos de Salud y Derechos

Sociales, que aportan la visión y recursos de ambos departamentos, trabajando en colaboración, tanto con los centros de atención primaria de salud como con los centros residenciales y sus entidades gestoras. El objetivo general que se encomienda a esta Unidad es garantizar una atención sanitaria de calidad en los centros socio-sanitarios durante la pandemia. Asimismo, asumiría el encargo de limitar los efectos que la pandemia pudiera tener sobre esta población, no solo por la propia enfermedad, sino también por las medidas restrictivas que se han debido aplicar (por ejemplo, los aislamientos o el “cierre” de los centros a salidas y visitas), y por la valoración de las posibles mejoras mediante la consecución de los siguientes objetivos específicos:

1. Asegurar la implantación de medidas generales que minimicen el contagio y la propagación de la infección en los centros socio-sanitarios.
2. Garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios que aseguren una atención sanitaria de calidad en estos centros.
3. Garantizar la aplicación de los procedimientos de atención de medicina y enfermería establecidos para el medio comunitario.
4. Consolidar la atención en el final de vida, asegurando una muerte digna en todos sus conceptos, acompañamiento, tratamiento farmacológico, cuidados paliativos y duelo en el entorno familiar y residencial.
5. Fortalecer la coordinación de todos los agentes intervinientes en la atención social y sanitaria de los centros socio-sanitarios, promoviendo su participación en las propuestas de cambio.
6. Promover la autonomía de las personas residentes e incluirlas a ellas y a sus familiares en las propuestas de cambio.
7. Favorecer el envejecimiento saludable y prevenir la discapacidad en tiempos de COVID en el ámbito comunitario.

El desconocimiento de esta nueva enfermedad, las limitaciones organizativas relacionadas con su prevención, la escasez inicial de materiales de protección personal, la ausencia de un tratamiento etiológico y la sobrecarga del sistema sanitario, entre otros factores, ha

obligado a una adaptación continuada a la situación médica y epidemiológica. Las estrategias de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19, las actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión, así como las recomendaciones y medidas de prevención se han ido modificando continuamente de acuerdo a la evolución de los acontecimientos y al esfuerzo conjunto de la comunidad científica mundial, que están generando gran cantidad de información que se modifica rápidamente con nuevas evidencias.

La metodología elegida para el desarrollo de las diferentes acciones priorizadas, no podía ser otra que la del trabajo en red, con la participación de todos los agentes que intervienen en la atención sociosanitaria residencial. Para ello, se crearon grupos de trabajo con la participación de profesionales sanitarios de atención primaria y de residencias, asociaciones y entidades gestoras de centros de personas mayores y de personas con discapacidad, representantes de las numerosas congregaciones religiosas presentes en nuestra comunidad, la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología, familiares de usuarios y representantes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y de Derechos Sociales.

Desde el inicio de su actividad, la UAS impulsó el desarrollo de una serie de líneas de trabajo que se consideraron prioritarias. Entre ellas, como ya se ha indicado, destaca la atención a la población infectada de estos centros socio-sanitarios y la limitación de los efectos que las medidas implementadas para el control de la pandemia tuvieron sobre las personas usuarias de estos centros, especialmente aquellas de carácter restrictivo. Estas restricciones incluyen, además de los confinamientos derivados de la situación de enfermedad y/o cuarentenas, las limitaciones en su interacción social con otros residentes y con las personas trabajadoras dentro de las residencias, así como con las restricciones en los regímenes de visitas y salidas, añadiendo, las obligadas ante el ingreso o salida de los centros que implicaban de aislamiento y realización de pruebas y las derivadas de la declaración de un brote.

Para alcanzar los objetivos antedichos, se pusieron en marcha varias líneas de trabajo para lograr una gestión correcta de la atención sanitaria en los centros socio-sanitarios en el marco de la crisis derivada de COVID-19. Dichas líneas incluyen, además de establecer

las bases para gestionarla, el estudio para la adecuación de medios y herramientas a las necesidades, para la implementación de procedimientos que garanticen una atención sanitaria de calidad y para la monitorización de los parámetros que permitan valorar la evolución.

En las fases iniciales de la pandemia, a la actividad del grupo gestor creado al efecto y encargado de establecer las líneas maestras de actuación, se constituyeron los siguientes grupos técnicos de trabajo:

- Fase 0: dirigido a valorar la repercusión y manejo de la propagación e infección en los centros residenciales en esos momentos iniciales.
- Atención individualizada: destinados a profundizar en aquellos aspectos asistenciales más relevantes con una actitud proactiva en la búsqueda de mejor atención a cada usuario.
- Desescalada: encargado de establecer las propuestas de adaptación que, ante las situaciones de mejoría epidemiológica, permitiesen flexibilizar las medidas restrictivas implementadas ante la situación de pandemia en estos centros.
- Normas de organización: responsable de analizar y adecuar las normas organizativas asistenciales entre las zonas básicas de salud y los centros residenciales.
- Sistemas de información: responsable de establecer herramientas de trabajo comunes que faciliten la universalidad de la información sanitaria de cada persona independientemente de su ubicación.

Fueron unos inicios de arduo esfuerzo, en un periodo de tiempo en el que todos los agentes señalados anteriormente estaban sujetos a una intensa presión derivada de la gravedad de la pandemia y sus efectos en este ámbito socio-sanitario. Por ello, es obligado agradecer su colaboración en el apoyo a la UAS. Fruto de ese esfuerzo se fueron logrando diversos hitos entre los que cabe destacar los siguientes:

- Se definieron las competencias de los Departamentos de Salud y Derechos Sociales, discriminando entre las competencias sanitarias y hoteleras en los centros socio-sanitarios. Se establecieron acuerdos para la distribución de competencias límites.

- Ante la gravedad de la situación, y para la mejor gestión de los procesos, se puso a disposición de los recursos unos teléfonos de guardia 24 horas en los dos Departamentos para poder organizar, precozmente, la respuesta ante brotes, a la vez que para articular una continua comunicación entre ellos.
- Confirmada la necesidad de disponer de algún tipo de recurso de apoyo para la atención de personas infectadas o con necesidad de cuarentena, se habilitaron Recursos Temporales, cuya ubicación y definición asistencial pudieran dar cobertura asistencial y un aislamiento seguro a personas independientemente de su situación de dependencia, localización geográfica o ámbito de origen, al ofrecer la posibilidad de atender a personas en situación de dependencia procedentes del medio residencial o comunitario.
- Se elaboró un documento guía para establecer los parámetros de actuación sobre población geriátrica en el marco del COVID-19 con el objetivo de promover una atención sanitaria de calidad con pautas asistenciales y de seguimiento proactivo individualizado en personas de centros socio-sanitarios. En el mismo, se abordan aspectos tan relevantes como:
 1. Valoración y manejo según el estado funcional actual y el cribado de fragilidad, en su caso (SPPB, Velocidad de la marcha o TUG).
 2. Fomento de la actividad física (Programa Vivifrail y ejercicios del ISPLN).
 3. Valoración y manejo de la situación nutricional y cribado nutricional en su caso (instrumento MNA).
 4. Valoración y manejo de la situación anímica.
 5. Control de las patologías de base y revisión de adherencia y cumplimiento de tratamientos crónicos.
 6. Valoración de la situación social y red de apoyo.
 7. Recursos comunitarios y de atención hospitalaria.
 8. Atención integral y paliativa en pacientes con enfermedades avanzadas:
- 9. Atención sanitaria de calidad, respetuosa con las voluntades del paciente.
- 10. Acompañamiento en la fase final de vida.
- 11. Acompañamiento y preparación al duelo con la familia, adecuando la comunicación a cada caso.
- Se actualizaron los procedimientos que se venían aplicando en función de los nuevos conocimientos que se iban adquiriendo sobre la infección. También se crearon otros para dar respuesta a las nuevas necesidades que se iban detectando. De este modo se pudo poner a disposición de los profesionales:
 1. Procedimiento socio-sanitario y de Test diagnósticos para COVID-19. Este último se asoció a la indicación de medidas de aislamiento según los criterios establecidos por Salud Pública. Lógicamente, este procedimiento ha sido objeto de diversas actualizaciones a lo largo de la pandemia debido a los cambios de disponibilidad de test diagnósticos, actualización de conocimientos o el inicio de la vacunación, entre otros.
 2. Tratamiento farmacológico en COVID-19 para Atención Primaria y residencias geriátricas, también sujeto a continua revisión por la actualización de conocimientos indicada.
 3. Protocolo de Atención Paliativa a Pacientes COVID-19.
 4. Recomendaciones de cuidados y atención psicológica en la atención post-COVID.
 5. Desescalada en Residencias: conjunto de documentos que se fueron adaptando a la situación de los centros, los aspectos epidemiológicos de la enfermedad y las diferentes normativas indicadas por las autoridades sanitarias y políticas. En ellos se recogían las pautas de actuación relativas a las medidas higiénicas y preventivas que se debían aplicar en cada momento, así como los cambios de las medidas restrictivas impuestas a estos centros.
- Se establecieron unos nuevos parámetros de distribución de materiales y productos de farmacia adaptados a esta nueva situación, con un catálogo COVID-19 ampliado y unos criterios de petición y distribución más

amplios y flexibles con cobertura normal y urgente. Mención especial debe realizarse a la distribución de sistemas de oxigenoterapia, elemento capital durante esta pandemia que ha permitido dar cobertura a las necesidades conforme iban surgiendo. Para evitar situaciones de desabastecimiento se habilitó un almacén para todo este tipo de productos que permitiera su disponibilidad las 24 horas del día.

- Se elaboró un registro/listado de centros socio-sanitarios, así como de recursos similares, no incluidos en el ámbito de Derechos Sociales, con una Identificación unívoca de los mismos y de su tipología (población diana). Las personas adscritas a cada uno de los Recursos socio-sanitarios se identificarán mediante su CIPNA como elemento básico para su actualización efectiva en los sistemas de registro.

Sin embargo, la actividad de la UAS no se limitó a generar documentos de apoyo dirigidos a profesionales de los centros socio-sanitarios. Desde el primer momento se constituyó en grupo de apoyo y referencia para dichos profesionales y para las direcciones de los centros en la resolución de dudas, gestiones relacionadas con la pandemia y apoyo en las situaciones de brotes. Participó activamente en actuaciones como:

- Actualizar los Planes de Contingencia, elemento básico para el funcionamiento de los centros durante esta pandemia. En estos momentos, todos los centros cuentan con un plan de contingencia diseñado para afrontar la aparición de nuevos casos. Puesto que todos los centros no tienen la misma capacidad para establecer áreas seguras de aislamiento, estos planes, diseñados por los centros, eran supervisados desde la UAS y, a menudo, han contado con su colaboración presencial para su revisión y análisis de posibles mejoras. En esta labor también ha sido fundamental la participación, también presencial, de profesionales de Salud Laboral y de las Zonas Básicas, consensuando estos planes de contingencia para lograr las mejores medidas preventivas y asistenciales en relación a esta enfermedad.
- Agilizar los trámites para lograr que los profesionales que prestan atención en centros socio-sanitarios dispusieran de las herramientas informáticas correspondientes a

la historia clínica de residentes: ATENEA. Para facilitar un manejo, al menos básico, se realizaron actividades formativas telemáticas relativas al mismo y, por otra parte, se definieron los registros obligatorios: CIAP relacionados con COVID, CIAP de patologías actuales, peticiones de órdenes clínicas, seguimiento con registro en protocolo COVID, etc.

- Facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas indicadas en las diferentes situaciones, tanto en la aparición de casos en los centros como en aquellos estudios de cribado preventivo que se consideraron pertinentes desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. En este tipo de actuaciones se incluyó tanto a residentes como a profesionales de los centros, al considerar también a estos últimos como población de especial riesgo y como posible puerta de entrada de la infección a recursos cerrados al exterior. La UAS, al detectar la necesidad de pruebas (solicitud de los centros o de la Zona Básica, por aplicación de los protocolos establecidos, etc.), se encargaba de recabar la información necesaria, generar los volantes correspondientes y marcar las directrices para su realización. Dentro de esta actividad, destacar los estudios de seroprevalencia realizados entre usuarios y profesionales de este ámbito: SEPROSANA y SEPRORESI.
- Transmitir las incidencias diarias a todos los agentes intervinientes en la atención de estos centros y que pueden ser detectadas por la propia UAS, por el centro socio-sanitario afectado, por Derechos Sociales o por las Zonas Básicas. Esta actuación va asociada a un análisis de situación y una propuesta de puesta en marcha de las medidas oportunas.
- Valoración diaria de la situación en el ámbito socio-sanitario mediante reunión conjunta con profesionales del ámbito hospitalario, incluyendo al Gestor de Casos, profesional a través del cual se gestiona la atención de aquellas personas que por su especial gravedad precisaría asistencia con soporte de Hospitalización Domiciliaria en caso de permanecer en el centro. Dicha valoración se realiza con carácter individual para cada centro con casos activos y mientras dura su brote. Asimismo, se valora la situación a nivel hospitalario (ingresos en planta y UCI), y la repercusión del ámbito socio-sanitario en

la misma. Finalmente, se valora la situación de los Recursos Temporales en cuanto al nivel de ocupación, dificultades en la gestión de casos y necesidades de soporte.

- Revisar y proponer el plan de asistencia diaria destinado a la atención de las personas afectadas. En relación con el apartado anterior y de acuerdo a lo señalado en los procedimientos sanitarios, desde la UAS se establece el citado plan en colaboración con el centro afectado, con la Zona Básica y, cuando fuera preciso, con Hospitalización Domiciliaria, incluyendo la atención en festivos y fines de semana. Para ello se ha reforzado la atención de medicina y enfermería en las zonas básicas para dar cobertura asistencial durante los brotes.
- Cuando la dotación de los centros y/o de la Zona Básica resulta insuficiente para poder cubrir dicha asistencia, ha sido necesario gestionar la contratación de refuerzos de personal de enfermería y medicina, en algún caso incluso con carácter estable: enfermería del Recurso Temporal o Equipo Médico de guardia para días no laborables en dicho recurso o, en situaciones especiales, para otros centros socio-sanitarios.
- Apoyar, presencialmente, a los centros en situaciones de brotes, especialmente en aquellos más graves, trasladándose los profesionales de la UAS para colaborar con los equipos de los centros en el establecimiento de las medidas a aplicar: sectorización, aislamientos, necesidades de traslado, etc. Destacar también el soporte presencial que, cuando ha sido necesario, han prestado profesionales del ISPLN y la colaboración de profesionales de medicina y enfermería de las zonas básicas.
- Promover acciones formativas para actualizar los conocimientos relacionados con esta pandemia, las modificaciones de procedimientos y otros temas relevantes que se hubieran trasladado a la UAS desde los centros.
- Profundizar en el acceso a la información sanitaria para profesionales del ámbito socio-sanitario. En estos momentos, en los que la información sanitaria es tan volátil, se consideró imprescindible otorgar acceso a AUZOLAN, la zona web que agrupa dicha información actualizada de todos los ámbitos del Departamento de Salud. En esta

zona web se habilitó un espacio específico para recoger toda la información actualizada del espacio socio-sanitario referida a la pandemia y que facilitase el acceso a la información. En la misma se encuentran también los Boletines de la UAS. Son documentos semanales que ofrecen información actualizada sobre los aspectos más relevantes de la pandemia en el ámbito socio-sanitario: cuestiones epidemiológicas, actualización de procedimientos, novedades y recomendaciones, etc.

- La estrategia de vacunación frente al SARS-CoV-2 tiene como objetivo prevenir la enfermedad y disminuir la gravedad y mortalidad de la misma, protegiendo especialmente a aquellos grupos con mayor vulnerabilidad, priorizando la vacunación de residentes y profesionales de centros socio-sanitarios. La UAS, en colaboración con otros profesionales de la Gerencia de Atención Primaria, se responsabilizó de recoger la información referente a dichas personas para establecer los calendarios de vacunación. Asimismo, ha debido dar respuesta a las dudas que profesionales y centros han manifestado sobre aspectos técnicos u organizativos que genera esta estrategia. Especialmente se debe informar a residentes, trabajadores y familiares que, aunque existe un riesgo significativamente menor de padecer COVID-19 después de la vacunación, el riesgo no desaparece por completo, ya que la vacuna no garantiza una protección total a todas las personas vacunadas.

A día de hoy, la mayoría de residentes han recibido una pauta de vacunación completa por lo que, de acuerdo con la situación epidemiológica, se podrían y deberían aliviar algunas de las medidas vigentes hasta ahora, pero siempre manteniendo las medidas higiénicas y preventivas generales. En el ámbito socio-sanitario, hasta la fecha, los efectos de la vacunación y de la aplicación de dichas medidas han supuesto una significativa mejora en las tasas de incidencia de la enfermedad.

Sin embargo, y aunque pudiéramos considerar que nos encontramos cerca del objetivo planteado para la primera etapa (limitar los efectos de la pandemia en la población usuaria de estos centros), debemos ser cautelosos hasta que la vacunación, extendida al resto de la población, permita garantizarlo con certeza. A partir de entonces, la labor de esta Unidad debiera ser consolidada como pieza

clave para lograr la integración de la atención sanitaria en residencias dentro de las estructuras de Atención Primaria, estableciendo unos estándares asistenciales de calidad.

Finalmente recordar que, pese al cansancio físico y, sobre todo, emocional, por los durísimos momentos que ha tocado vivir, esta Unidad, en su escasa andadura, ha recibido gran número de colaboraciones y manifestaciones de gratitud, asumiendo que no siempre,

muy a nuestro pesar, hayamos podido dar la respuesta esperada por los centros debido a factores que escapan de nuestra capacidad y posibilidades. Desde estas líneas queremos agradecer a todos los agentes su participación y ayuda, poniendo en valor el objetivo común de lograr el bienestar de nuestros mayores y de las personas más frágiles de nuestra sociedad, especialmente de todos aquellos profesionales que les atienden en su día a día.

RECURSOS INTERMEDIOS CREADOS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y POSITIVAS DE COVID-19

Intermediate resources created to care for people in a situation of dependence and positive of COVID-19

Gloria Urbistondo Lasa. DUE Centro de Valoración.

Marta Oroz García. Trabajadora Social. Subdirección de Valoración y Servicios.

Olga Sala López. Trabajadora Social. Subdirectora de Valoración y Servicios.

Resumen

La pandemia de Covid-19 ha tenido un impacto importante en los centros residenciales, especialmente en aquellos destinados a personas mayores. El número de personas convivientes, los espacios comunes, la edad elevada y la alta comorbilidad asociada en la mayoría de las personas residentes, han sido factores determinantes del alto número de contagios y mala evolución de los casos. Los recursos intermedios facilitaron a los centros el establecer medidas de aislamiento adecuadas. A lo largo de la pandemia se han creado cuatro recursos, dos en la primera ola (Pamplona y Fitero) y dos a partir de junio que permanecen activos en la actualidad (Pamplona y San Adrián). La acción conjunta de los Departamentos de Salud y Derechos Sociales ha sido crucial para su adecuado funcionamiento.

Palabras clave: centros residenciales, personas mayores, covid-19, recursos intermedios.

Abstract

The Covid-19 pandemic has had a significant impact on residential centers, especially on those intended for the elderly. The number of people living together, the common spaces, the high age and the high associated comorbidity in most of the residents have been determining factors in the high number of infections and poor evolution of the cases. Intermediate resources made it easier for the centers to establish adequate isolation measures. Throughout the pandemic, four resources have been created, two in the first wave (Pamplona and Fitero) and two from June that remain active today (Pamplona and San Adrián). Joint action between the Departments of Health and of Social Rights has been crucial for its proper functioning.

Keywords: residential centers, elderly people, covid-19, intermediate services.

INTRODUCCION

En marzo de 2020 irrumpe el virus Covid-19 en la Comunidad Foral de Navarra. El impacto inicial fue brusco y afectó a numerosos centros residenciales y a población vulnerable en domicilios. Los servicios sociales y de salud deben atender esta nueva urgencia sanitaria, sobre la que, además, hay gran desconocimiento y tanto los hospitales como los centros de atención primaria de salud comienzan a tener un sistema colapsado.

A raíz de esta situación, se comienza a vivir un cambio en el paradigma de cuidados residenciales. Los centros residenciales se ven obligados a transformarse en centros sanitarios, donde aplicar cuidados propios del Covid, crear zonas de aislamiento, sectorizar residentes, realizar pruebas diagnósticas (PCRs, ELISAs, etc.), aplicar tratamientos intravenosos y oxigenoterapia, entre otros.

La realidad que se vive pone de manifiesto que la infraestructura de los centros residenciales para personas mayores supone un límite para llevar a cabo estos cuidados y prevenir la transmisión de la enfermedad. En muchos casos, las habitaciones son dobles y triples con baños compartidos, pasillos que carecen de ventilación propia, residentes en muchos casos difícilmente aislables debido a su carácter andarín o su falta de comprensión de la realidad. A estas dificultades hay que añadir que el personal cuidador carece de conocimientos técnicos sobre el uso de Equipos de Protección Individual (EPIs), muchos de los centros no cuentan con la figura de enfermera o, si la tienen, no cubre las 24h y, si bien algunos cuentan con médico propio, la gran mayoría dependen del médico de atención primaria, que en ese momento vive al límite de sus capacidades.

En el ámbito comunitario, a medida que la incidencia epidemiológica avanza, encontramos personas en sus domicilios con necesidades de cuidados que precisan apoyos tanto para realizar un aislamiento adecuado como para la provisión de cuidados por tener la enfermedad. Las dificultades para que estas personas puedan ser atendidas en sus domicilios son de distinta índole:

- Viviendas inadecuadas para la realización de un aislamiento en condiciones de seguridad.
- Cuidadores profesionales de baja, difícil-

mente reemplazables en un momento de urgencia.

- Familiares de riesgo a los que se debe garantizar su protección.

En un primer informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, emitido el 18 de marzo (SEGG, 2020), se señala la necesidad de atención en primer orden a las personas mayores de las residencias debido a su especial condición de vulnerabilidad por la pluripatología, la dependencia, la infraestructura de los centros, la limitada presencia de medicina y enfermería en los mismos y el porcentaje de personas con trastornos del comportamiento que no permiten un aislamiento seguro en los centros. Se determina también la necesidad de limitar las derivaciones al hospital, basándose en criterios de funcionalidad y pronóstico. Es por ello que se propone, dentro de los circuitos asistenciales, la creación de recursos intermedios para llevar a cabo los aislamientos. Las derivaciones a estos recursos deben ser autorizadas y monitorizadas por un equipo con experiencia clínica y conocimiento de la situación del hospital y de las residencias de cada territorio, no debiendo recaer en los servicios de urgencias y emergencias.

Se pone de manifiesto desde un primer momento la necesidad de que el apoyo y soporte, tanto en las residencias como en los recursos intermedios, se lleve a cabo en estrecha colaboración con el servicio de geriatría del hospital de referencia y, si se estima oportuno, con el servicio de enfermedades infecciosas.

METODOLOGÍA: LA APERTURA DE CENTROS INTERMEDIOS

En las primeras semanas de marzo, la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas realiza diversas actuaciones para poder apoyar a los centros residenciales. Se crea un Equipo de Soporte de Residencias formado por profesionales sanitarios del Centro de Valoración y del Servicio de Inspección, medicina, enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia. Una de sus primeras funciones fue evaluar presencialmente la mayor parte de los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad, los pisos de personas con discapacidad y algunas congregaciones religiosas. En estas visitas se observa la dificultad de muchos de ellos para poder realizar los aislamientos de forma segura. Ante esta rea-

lidad se objetiva la necesidad de contar con espacios seguros donde los residentes Covid + de la Comunidad Foral de Navarra puedan hacer el aislamiento y se pueda ayudar a controlar los brotes que van surgiendo.

En la primera ola de la pandemia se valoran los recursos disponibles y se adapta como recurso intermedio la Residencia Hogar “Félix Garrido” (Sarriguren), que en ese momento no tenía casos de Covid. Las personas con problemas de salud mental de esta residencia son derivadas a un hotel, mientras que el edificio que ellos ocupaban de dos plantas con habitaciones individuales que se pueden doblar, pasa a acoger casos de Covid + desde el 29 de marzo de 2020. Se ofrece atención de enfermería y de cuidados las 24h. El equipo de trabajo ha estado liderado por una enfermera.

Ante el incremento de demanda, se adapta como nuevo recurso para la zona de la Ribera “Baños de Fitero”, anteriormente un hotel. Este recurso cuenta con médico, personal de enfermería y personal cuidador. El 6 de abril inicia su andadura.

Ambos recursos creados en ese primer momento, están destinados a personas autónomas, sin carga de dependencia. Principalmente y debido a las necesidades del momento, se atiende en “Félix Garrido” a centros de discapacidad y personas de congregaciones religiosas. Al término de la primera ola, se detecta que la demanda del recurso proviene, en la mayoría de casos, de personas con necesidades más altas de cuidados. Estos dos recursos finalizan su actividad en junio de 2020.

Con estas experiencias, el Gobierno de Navarra, en mayo, crea una Unidad para la Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios (UAS), adscrita a la Gerencia de Atención Primaria del Departamento de Salud. Se trata de un equipo multidisciplinar (medicina, enfermería y trabajo social) de los departamentos de Salud y Derechos Sociales. Su objetivo general es asegurar una atención sanitaria de calidad en los centros residenciales durante la pandemia.

La ANADP comienza en este momento a elaborar su Plan de Contingencia (ANADP, 2020) para atender las necesidades relacionadas con el Covid-19 de los centros residenciales. En el Plan de Contingencia se establecen 5 áreas de actuación:

1. Gestión de la Comunicación.

2. Aspectos epidemiológicos.

3. Recursos, equipamientos e instalaciones:

- Recursos humanos.
- Recursos materiales.
- Recursos intermedios.

4. Atención a los centros desde la ANADAP.

5. Atención a los centros en coordinación con la UAS.

En el Plan se refleja que, además de las habitaciones reservadas para aislamiento previstas en los planes de contingencia de cada uno de los centros, la ANADP dispondrá de un recurso intermedio para derivar a residentes con COVID-19 con el objetivo de mantener los centros libres de enfermedad o con brotes controlados. En el caso de que la ocupación de este recurso llegara al 50% de su capacidad, se comenzaría a diseñar un segundo recurso intermedio.

El recurso de “Argaray” se ubica en una de las plantas de AMAVIR Argaray. Cuenta con 40 camas disponibles para uso Covid+, con personal de enfermería contratado por la Unidad de Ordenación para la Atención Sanitaria en residencias, mientras que la administración y servicio médico quedan concertadas con el propio centro. En un principio se valora llevar a cabo aislamientos preventivos en una zona del pasillo, pero finalmente, debido a la demanda y a la organización técnica, se decide dejar como recurso para personas positivas. La primera derivación se realiza el 7 de Julio. A principios de agosto la ocupación se acerca al 50%, por lo que se inicia la búsqueda de un segundo recurso intermedio de apoyo. Se buscan en el área de Tudela ante el incremento de la incidencia en esa zona, pero no se encuentra disponibilidad.

El segundo recurso se emplaza el 15 de septiembre en la residencia “San Adrián” de la localidad del mismo nombre (Área de Estella). Dispone de 15 camas en una zona estanca de la residencia, dando respuesta a los aislamientos necesarios en la zona y, según necesidad y ocupación, a los aislamientos preventivos necesarios. Este recurso ha incorporado un plus de flexibilidad al dar la posibilidad de hacer aislamientos preventivos en determinados momentos en los que los centros han demandado este servicio.

Para la gestión de los ingresos y las altas en estos recursos intermedios se crea un teléfono de contacto 24 horas al día y 7 días a la semana. Asimismo, se dispone de un email de referencia, al que se envía documentación acerca de la persona a derivar. Las personas responsables de atender estas derivaciones han coordinado las actuaciones necesarias para dar respuesta a las necesidades que han ido surgiendo en los centros sociosanitarios y en la comunidad. Las derivaciones han procedido de diversos agentes:

- Centros residenciales.
- Unidad para la Ordenación de la Atención Sanitaria en Residencias.
- Trabajadoras/es sociales del Hospital, Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales de Base.
- Dispositivos de urgencias.

A largo de todo este tiempo, se van elaborando protocolos para mejorar los procedimientos de derivación y de comunicación con las familias.

Cuando en un centro se da la voz de alarma de que existe un caso positivo, bien a través de Tableau (recurso informático) o por llamada telefónica de los responsables al teléfono de guardia, el circuito establece que un técnico debe desplazarse al edificio. Se encargaba de comprobar la situación una vez hecho un cribado de PCRs a la totalidad de residentes de la unidad convivencial, o bien del centro completo si este es pequeño. Una vez comprobado el número de casos, la afectación del Covid entre el personal y los medios materiales y humanos con que se cuenta en el mismo, se llevaba a cabo una propuesta de derivación conjunta con la dirección del centro, contando con la aportación del equipo del centro de salud en muchas ocasiones. Así se decidía qué movimientos de habitación eran necesarios para mantener cuarentenas y qué personas eran candidatas a salir al recurso intermedio. Previo consentimiento de los familiares en los casos que era necesario, se gestionaba el traslado en ambulancia al recurso más adecuado, de la persona Covid + o que precisase aislamiento preventivo. Puntualmente, si las condiciones lo permitían, se han usado transportes propios de los centros que, posteriormente, se desinfectaban. Existe un documento para informar a los familiares detallando las características del recurso, su

infraestructura, los cuidados aplicados y la forma de comunicarse con su familiar y los profesionales, así como el procedimiento de ingreso y de alta.

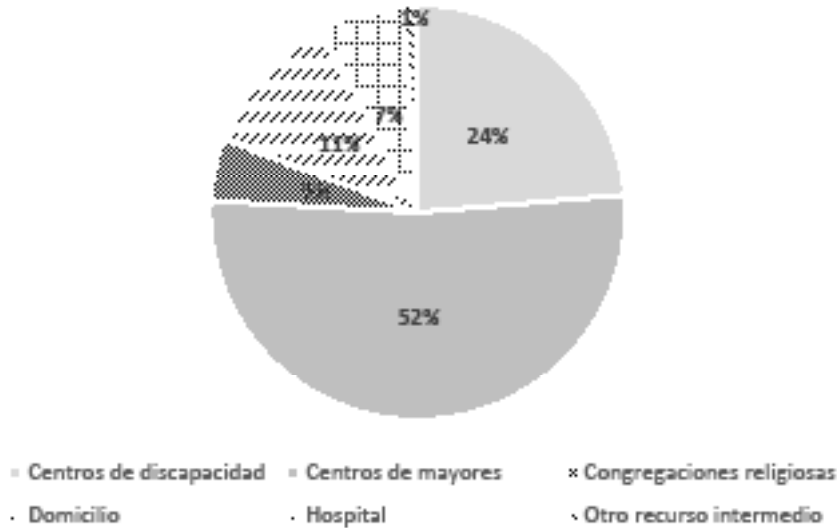
En los recursos se lleva a cabo un seguimiento de enfermería 24h y de medicina diarios. Los casos de peor evolución han sido atendidos por el servicio de Hospitalización Domiciliaria. Se han establecido medidas terapéuticas con oxígeno, corticoides, sueroterapias e incluso perfusiones paliativas en caso de cuidados de confort. Para tramitar el alta de los recursos intermedios en condiciones de seguridad se han llevado a cabo pruebas de PCR y ELISA.

RESULTADOS

Además de los cuatro centros presentados, han existido otros recursos intermedios dependientes del Departamento de Salud, pero el presente artículo se centra en aquellos dependientes del Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra. Los datos que se exponen a continuación corresponden a los ingresos por centro según fecha y origen de las personas usuarias. El período de referencia es desde la creación del primero el 29 de marzo de 2020 hasta la última alta del recurso el 1 de marzo de 2021, cuando quedan vacíos. Aunque actualmente siguen disponibles y vuelven a acoger casos (abril de 2021).

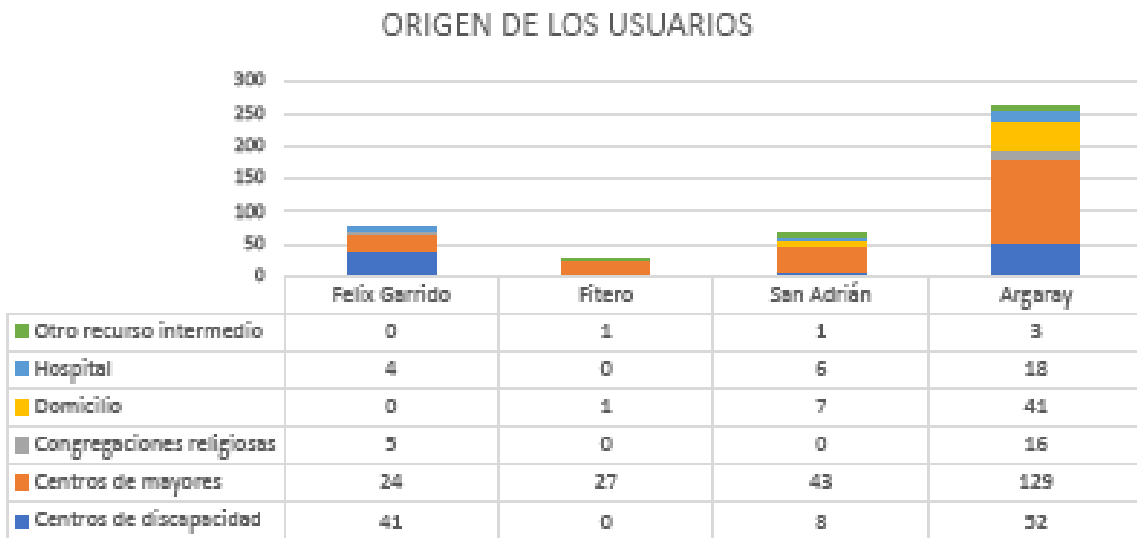
Se ha llevado a cabo el aislamiento de 427 personas en total. Por sexo, se distribuyen en 55% mujeres (236) y 45% hombres (191) en los 4 recursos. Del total, el 52% proceden de centros de personas mayores, el 24% de centros de personas con discapacidad, el 11% del domicilio, un 7% de personas hospitalizadas, un 5% de congregaciones religiosas, y un 1% de otros recursos intermedios (bed4you, Hotel Plaza, Fuerte el Príncipe). Respecto al total de casos confirmados de COVID-19 en los centros residenciales, las personas atendidas en los recursos intermedios desde el inicio de la pandemia, ha supuesto el 14,5%.

Figura 1. Procedencia de las personas atendidas (2020-2021)



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Procedencia de las personas atendidas en cada uno de los recursos



Fuente: Elaboración propia.

El centro con más trayectoria y ocupación ha sido “Argaray” (del 7 de julio hasta la actualidad) con 259 personas atendidas. Ha dado respuesta a la demanda procedente de 33 centros de personas mayores, 10 centros de personas con discapacidad y 5 de congregaciones religiosas diferentes, además de personas del domicilio y de hospitales como la Clínica Universidad de Navarra, Complejo Hospitalario de Navarra y Hospital Reina Sofía.

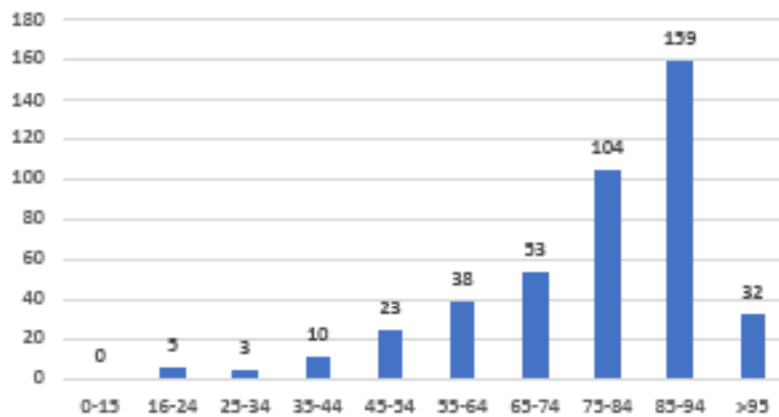
El recurso intermedio de Félix Garrido atendió, durante sus 2 meses de actividad, los brotes de dos centros para personas con discapacidad (en total 41 personas), de 5 centros de mayores, así como de 4 personas de una congregación religiosa. También acogió 5 ingresos procedentes del hospital de Navarra.

El recurso de Fitero, de recorrido más corto, dio respuesta a los brotes de la primera ola en

la zona de Tudela, así como un centro de la zona de Estella y otro de Tafalla. Por su parte, el de San Adrián, con una ocupación de 65 personas, ha respondido a las necesidades de 10 brotes en centros de mayores, personas en domicilio de Tudela y Estella, así como 2 centros de personas con discapacidad y hospitales.

Se ha considerado interesante recoger la edad de las personas derivadas a dichos recursos. Tal y como se observa en la figura siguiente, las personas de entre 85 y 94 años son el grupo más numeroso, seguidas por las de 75 a 84 años. Estos datos se ajustan a la distribución de población habitual en los centros residenciales de personas mayores.

Figura 3: Edad de las personas atendidas en los recursos intermedios



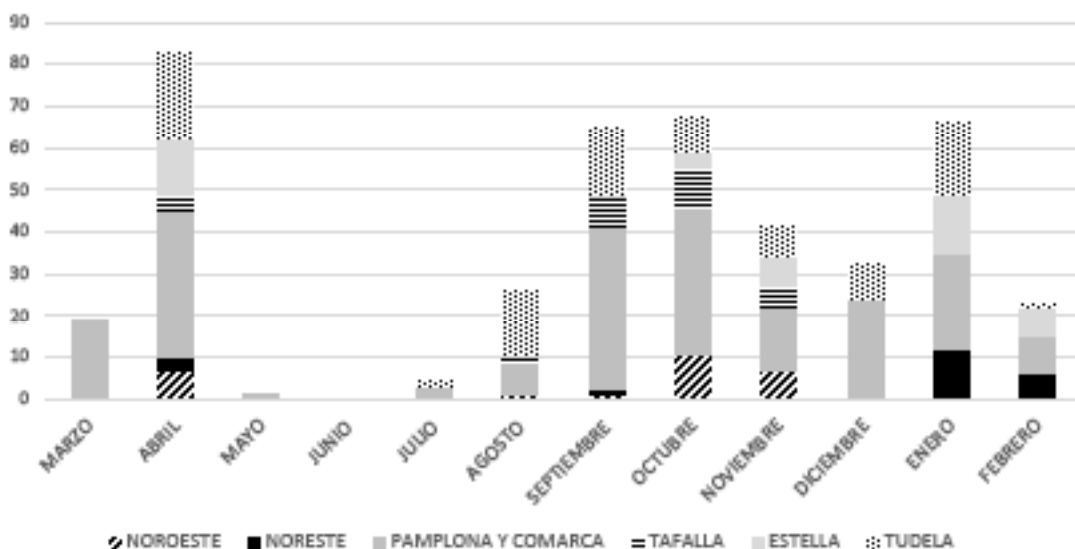
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al control de los brotes en los centros, se constata en la figura 4 las variaciones mensuales de las derivaciones de residentes a los centros intermedios. La tendencia que se dibuja ha seguido un ritmo parejo al de la evolución del virus, mostrando 3 picos de ocupación, coincidiendo con los 3 brotes comunitarios. Atendiendo a las zonas geográficas de origen de sus residentes, podemos

ver que la zona de Pamplona ha presentado la mayor incidencia a lo largo de todo el año. La zona de Tafalla ha precisado más soporte por parte de los recursos intermedios durante la segunda ola, mientras que la zona de Estella lo ha hecho en la primera y tercera ola. La zona Noreste ha precisado el uso de los recursos intermedios en la tercera ola y la zona Noroeste en la primera y segunda.

Figura 4. Evolución del número de ingresos en los recursos intermedios por meses (2020-2021)

Fuente: Elaboración propia.



Una vez descritos los orígenes de las personas atendidas, cabe destacar que, según la evolución de la enfermedad, el destino al alta ha sido diverso. Hay un total de 56 personas que han sido derivadas a los hospitales y, de éstas, 6 han fallecido. En los propios recursos han fallecido 14 personas, la mayoría en Argaray (9) durante la segunda y tercera ola, lo que arroja un índice de mortalidad del 4,6% de todas las personas derivadas. Tras el ingreso en el recurso intermedio, hay 16 personas procedentes de su domicilio, que deciden quedarse a vivir en un centro residencial (la mayoría en el propio centro que alojaba el recurso intermedio).

Se ha trabajado para conseguir una atención de calidad, con un seguimiento a través de personal sanitario de referencia que ha adquirido experiencia en Covid conforme la pandemia evolucionaba. Además de proporcionar los cuidados asistenciales y sanitarios, se ha trabajado de forma coordinada con los centros de origen y con los familiares, ofreciendo información de la evolución de la enfermedad y facilitando las video-llamadas como método de contacto. En estos casos los recursos intermedios han posibilitado su atención en espacios seguros y adaptados a sus necesidades de cuidados.

Según refleja la auditoría realizada a los centros residenciales en el mes de junio (Fresno, 2020):

- Los recursos intermedios facilitaron realizar sectorizaciones y atender aquellos casos de control complejo, como son las personas deambulantes con COVID+, que tenían a salir de sus habitaciones poniendo en peligro al resto de residentes.
- En los centros con brotes muy pequeños o aislados (uno o dos casos), se consigue el objetivo de dejar el centro libre de Covid, protegiendo así al resto de convivientes.
- La creación y existencia de los recursos intermedios también ha permitido atender a personas especialmente vulnerables procedentes de domicilios.

CONCLUSIONES

Ante una situación sanitaria que superó la capacidad de atención de los centros residenciales, los recursos intermedios han permitido responder a algunas de las necesidades más

urgentes, como posibilitar a los centros aislamientos con las garantías adecuadas. Así mismo, han permitido atender a personas dependientes que en sus domicilios no reunían las condiciones adecuadas de aislamiento, y personas que no requerían un recurso hospitalario para su atención.

Tanto para su puesta en marcha como para su funcionamiento diario, ha sido crucial la colaboración estrecha entre los Departamentos de Salud y Derechos Sociales. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de recursos integrados que permitan atender a la población más vulnerable.

A falta de un instrumento objetivo de evaluación sistematizada, los usuarios y los centros de origen han transmitido su agradecimiento por la ayuda que han supuesto estos recursos para evitar la propagación del virus y proporcionar cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (2020). *Plan de contingencia de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas ante la Pandemia Covid 19*. Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra.

Fresno, J.M., et al. (2020). *Auditoría de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la Covid-19*. Disponible en: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios>.

Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3951>

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Colaboración Servicios de Geriátría Hospitalarios. Hospitales de media estancia. Residencias de mayores y centros sociosanitarios*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Consultado el 18 de marzo 2020: <https://www.segg.es/media/descargas/pautas-SEG-G-covid-19.pdf>

RECURSO DE APOYO GERIÁTRICO RESIDENCIAL DURANTE PANDEMIA POR COVID-19

Geriatric support at nursing home during COVID-19 pandemic

Bernardo Abel Cedeño Veloz. Geriatra.
Servicio de Geriátría del Complejo
Hospitalario de Navarra.

Resumen

Introducción: la pandemia por COVID-19 ha supuesto un reto a nivel asistencial en los centros sociosanitarios dada las características únicas que estos poseen. Ha llegado a ser necesario el apoyo específico de especialistas en Geriátría para el manejo de los casos.

Material y método: Análisis descriptivo de la figura del gestor de casos COVID en centro sociosanitarios desde su creación hasta el momento actual.

Resultados: dentro del área sanitaria de Pamplona se distinguen dos periodos principales. La primera ola, con una atención más reactiva a la situación como profesional de referencia en cuanto a la información cambiante sobre el manejo de la COVID-19). Desde la segunda ola en adelante queda integrado dentro de la Unidad de Atención SocioSanitaria para dar atención proactiva en el contexto de brotes por la COVID-19.

Discusión: dada la situación previa de falta de medios asistenciales, junto con las características únicas de los centros, se ha favorecido la mala evolución inicial en los centros sociosanitarios. Mucho se ha trabajado para mejorar la asistencia a la COVID-19, pero hay otras áreas de mejora.

Conclusión: El apoyo a la asistencia sanitaria por el COVID-19 en los centros sociosanitarios en el área sanitaria de Pamplona ha evolucionado conforme ha evolucionado el conocimiento de la enfermedad y la capacidad del sistema sanitario de adaptarse a una nueva situación nunca vista. Hoy en día la asistencia a nivel médico está garantizada. La asistencia a nivel funcional, nutricional y emocional de las personas en estos centros es un tema que hay que seguir trabajando.

Palabras Clave: COVID-19, apoyo, residencias.

Abstract

Introduction: the COVID-19 pandemic has been a challenge at the healthcare level at nursing home due to their unique characteristics. The specific support of specialists in Geriatrics medicine has become necessary in order to ensure the correct management.

Material and method: Descriptive analysis of the figure of the COVID case manager at nursing home from its creation to the present moment.

Results: two main periods are distinguished at Pamplona's Healthcare area: the first wave (a more reactive attention to the situation as a reference professional in terms of the changing information on the management of COVID-19) and the second wave and more (integrated within the Socio-Health Care Unit to provide proactive care in the context of COVID-19 outbreaks).

Discussion: given the previous situation of lack of healthcare personal, with the unique characteristics of the centers, it has favored the poor initial evolution at nursing home. Many advances has been done to improve assistance to COVID-19 but there are other areas for improvement.

Conclusion: Support for health care due to COVID-19 at nursing home has evolved as knowledge of the disease and the ability of the health system to adapt to a new situation never seen before has evolved. Today medical level assistance is guaranteed. The assistance at a functional, nutritional and emotional level of the people in these centers is an issue that must continue to be worked on.

Keywords: COVID-19, support, nursing home.

INTRODUCCIÓN

La pandemia secundaria a la enfermedad por COVID-19 ha supuesto un reto asistencial a nivel mundial. Sistemas sanitarios de diversa índole han sido expuesto a un estrés asistencial no visto desde hace más de un siglo y ha supuesto un reto a nivel asistencial y humano (Peng, 2020).

Dentro de todos los niveles asistenciales que existen en España, los centros sociosanitarios han sido especialmente golpeados en esta pandemia, ya que se combina en ellos, un segmento de la población particular jun-

to con unas características de la unidad de convivencia específica (Grabowski & Mor, 2020). Por el lado humano, suelen residir en estos centros población con una situación vulnerable a nivel de salud (mayores frágiles o con dependencia, personas con enfermedades congénitas, personas con enfermedades psiquiátricas, etc.) que les hace más susceptibles a los efectos adversos, no solo de la enfermedad por COVID-19 (Bielza et al., 2021), sino también a los efectos secundarios derivados del distanciamiento social, ansiedad-depresión (Bayrak et al., 2021), inmovilismo por aislamiento, etc. (Griffith et al., 2020).

Por el lado de la estructura, se encuentran centros destinados a la vida en comunidad (salas de estar, comedores, etc.) de diversa índole y origen que, por razones obvias, nunca han sido pensados ni diseñados para el distanciamiento social, complicando con todo ello el cuidado de quienes allí residen (Ouslander & Grabowski, 2020). Así mismo hay que añadir el cambio de filosofía de trabajo de muchos centros que, de la noche a la mañana, pasan de integrar a las personas en una vida en comunidad, a requerir este distanciamiento social (Werner & Schiffman, 2020). De cara a la identificación de estos centros a la hora de dar apoyo se complica, ya que la titularidad es múltiple y variada: públicos (pueden depender de Salud o de Derechos Sociales) o privados (concertados, privados, congregaciones religiosas).

Toda esta amalgama de factores ha propiciado, en mayor o menor medida, que la llegada de la pandemia haya supuesto un fuerte impacto en los centros sociosanitarios. Pero, sin lugar a duda, la falta de medios asistenciales y de recursos humanos especializados (médicos, enfermeras, gerocultoras, etc.), ya previa a la pandemia, es lo que más ha propiciado la problemática asistencial en estos centros (White et al., 2021).

De cara a intentar garantizar una asistencia médica adecuada a las personas afectadas por la pandemia de COVID-19, en marzo de 2020, se crea en los centros sociosanitarios del área sanitaria de Pamplona y desde el Complejo Hospitalario de Navarra, la figura del gestor de casos de COVID en residencia a cargo del Servicio de Geriatría de dicho hospital. Esta figura, siendo implantada en muchas áreas sanitarias de España, ha intentado dar apoyo a la situación vulnerable antes mencionada que se desbordó por la pandemia.

El analizar cómo se ha dado este apoyo en Navarra y la evolución que ha tenido, según ha evolucionado la pandemia, es el objetivo de este artículo. Para ello se va a realizar un análisis descriptivo de la figura del gestor de casos COVID en residencia desde su creación hasta el momento actual, así como la evolución de los recursos de apoyo que se han dado a los centros sociosanitarios durante la presente pandemia.

RESULTADOS

La figura del Gestor de Casos COVID ha tenido una labor diferenciada según el momento epidemiológico en el que nos encontrábamos. Durante la primera oleada de la COVID, la actividad asistencial fue pasiva en cuanto a que eran los diferentes profesionales sanitarios los que interconsultan con el gestor. Las consultas de los diversos centros sociosanitarios llegaban a través del teléfono marcado.

En este sentido la figura era de enlace de información ya que, dado lo cambiante de la situación y el estrés asistencial en el que se encontraban los centros, el estar actualizado en cuanto al manejo de la enfermedad (aislamientos, solicitud de PCR, manejo farmacológico, etc.) era complicado. Con esta llamada el gestor de casos (tenía información actualizada diaria respecto a los recursos asistenciales, protocolos y guías de manejo, etc.) servía de referente para resolver dudas de manejo.

Al término de la valoración de los casos, se daba una serie de recomendaciones y se coordinaba con el médico responsable de Atención Primaria para ajustar las pautas de manejo. En caso de necesitar PCR para COVID se contactaba con el Equipo de Atención Primaria. Si las necesidades asistenciales sobrepasaban la capacidad asistencial de la atención primaria, se contactaba con Hospitalización a Domicilio (contaba con un geriatra que daba asistencia directa en las residencias) para manejo de paciente y solicitud de PCR.

Está actividad era reactiva y a demanda de los sanitarios responsables. Aunque el trabajo se focalizó en el Área de Salud de Pamplona, ante la ausencia de Geriatria en las áreas de Estella y Tudela, también se resolvieron consultas de las demás áreas sanitarias. Se recibieron también muchas consultas de mayores en domicilio.

Complementaria a esta labor de apoyo a nivel asistencial, se colaboró en la realización de protocolos de manejo y actuación tanto de Atención Primaria como del Complejo Hospitalario de Navarra: Procedimiento de Manejo de Casos en Centros Sociosanitarios y Protocolo de Paliativos.

Tras la primera oleada, en un tiempo de reflexión y secundario a las situaciones vividas durante ella, se plantea la necesidad de organizar la asistencia a los centros sociosanitarios y brindar una coordinación centralizada de apoyo en caso de nuevas oleadas por COVID-19. Por todo ello, a partir de septiembre de 2020, se integra el trabajo del gestor de casos dentro de la "Unidad para la Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios" (UAS). Esta Unidad es fruto de los múltiples grupos de trabajo creados desde mayo del mismo año por los departamentos de Salud y Derechos Sociales para planificar diversos aspectos de la atención COVID.

El geriatra gestor de casos participó en varios grupos de trabajo. En el de Atención Proactiva se realizó un documento con recomendaciones para la atención del deterioro funcional, nutricional e impacto emocional tras la primera oleada. En el de Desescalada, el grupo de expertos emitía recomendaciones para realizar, de acuerdo con la situación epidemiológica, la desescalada en centros sociosanitarios. Por último, en el grupo de Nueva Fase 0, tras las experiencias vividas, los principales responsables de la atención elaboraron un documento sobre áreas de mejora de la atención de cara a una más que probable segunda ola.

Con la llegada de la segunda oleada de la COVID se establecen reuniones programadas diarias con la UAS desde el 21 de septiembre. A estas reuniones asistían los principales responsables de la atención sanitaria en centros sociosanitarios del Área Sanitaria de Pamplona. En ellas se mantiene una estructura similar hasta hoy. En primer lugar, se hace un repaso de la incidencia comunitaria, así como de los brotes activos en centros sociosanitarios. Dentro de cada brote activo se repasa su situación en cuanto a:

- Detección de casos: primeros casos, personas pendientes de cribado, personas pendientes de alta epidemiológica, personas pendientes de PCR o ELISA.

- Situación clínica de las personas afectas: asintomáticos, leves, moderados, severos, necesidad de traslado a hospital o de apoyo con Hospitalización a Domicilio, exitus.
- Organización dentro del centro a nivel estructural: áreas de aislamiento de casos positivos, cuarentenas, áreas no-COVID.
- Organización del personal: asistencia a nivel médico por Atención Primaria, médico de residencia, disponibilidad de enfermería/gerocultura por turnos.

Tras valoración de los brotes, se coordinaba un plan de actuación inicial que cubría las necesidades en cada una de las situaciones antes mencionadas, que podría variar según la evolución a lo largo del día. Una vez repasados los brotes se comentaba la situación en los recursos temporales (Amavir Argaray y San Adrián). Estos centros sociosanitarios habilitaron plazas para personas con COVID de otros centros para que, en el caso de detección de brotes aislados, se pudieran trasladadas a fin de que el brote aislado no supusiese una sobrecarga al centro. Estos recursos temporales se valoraban de la misma forma que el resto de centros, con la idea de garantizar un correcto flujo y asistencia de las personas que se trasladaban. Por último, se valoraba la situación de ingreso por COVID en hospitalización convencional (Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital San Juan de Dios y Clínica San Miguel), Hospitalización a Domicilio y UCI-Covid.

Esta actividad era más proactiva en relación con la detección de los brotes y gestión de los casos con el fin de asegurar la correcta atención de las personas en centros sociosanitarios. Al igual que en la primera oleada, aunque el trabajo se focalizó en el Área de Salud de Pamplona, ante la ausencia de Geriátrica en las áreas de Estella, también se recibieron consultas de las demás áreas sanitarias. Se apoyó a Geriátrica de Tudela en la puesta en marcha de su Unidad Sociosanitaria. Asimismo, se resolvieron consultas de mayores en domicilio, pero al existir ya un número de contacto con Medicina Interna, éstas fueron en menor número.

Complementaria a esta labor de apoyo, se colaboró en la realización de protocolos de manejo y actuación tanto de Atención Primaria como del Complejo Hospitalario de Navarra. Destacan los de Atención a pacientes mayo-

res en Centros Sociosanitarios, Protocolo de Ingreso Directo y Manejo de Diabetes.

La llegada de la tercera y, actualmente, cuarta ola, no ha supuesto un cambio respecto a lo comentado en la segunda ola. En este sentido es palpable la disminución de la incidencia de casos en centros sociosanitarios, fruto del proceso de vacunación para la COVID-19, así como la mejoría en los procesos de detección y actuación ante sospecha de casos. La estructura de la UAS sigue vigente, así como el gestor de casos, pero la periodicidad de las reuniones ha disminuido, dado el escaso número de casos y control de estos sin necesidad del apoyo excepcional que se brindaba previamente.

DISCUSIÓN

El apoyo a la asistencia sanitaria por la COVID-19 en los centros sociosanitarios en el Área sanitaria de Pamplona ha evolucionado conforme ha evolucionado el conocimiento de la enfermedad y la capacidad del sistema sanitario de adaptarse a una situación nunca vista. La falta de preparación inicial (Abrahamson et al., 2020) ante esta situación, así como la falta de medios a nivel de profesionales sanitarios en los centros han sido los principales responsables de la mala evolución inicial en la asistencia sanitaria a las personas en los centros sociosanitarios (Ouslander & Grabowski, 2020).

El manejo de las personas afectadas en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 nos ha puesto en una situación en la que no se han podido apoyar las decisiones en la evidencia científica bien fundamentada, como acostumbramos a hacer en medicina, lo que ha propiciado no pocos dilemas, no solo terapéuticos, sino también éticos. La necesidad de ofrecer estrategias eficaces a pacientes en situación crítica sin el aval de los datos, e incluso asumiendo importantes niveles de incertidumbre acerca de la eficacia de lo que, en ocasiones, hemos administrado, ha supuesto un antes y un después para muchos de nosotros en nuestra práctica. Resulta muy importante potenciar la investigación ágil y de excelencia, que incluya a las personas mayores, principales afectadas en esta pandemia (Sánchez García et al., 2020). No obstante, el proceso de vacunación y la priorización de las personas en centros sociosanitarios ha sido un avance en la atención de las personas ma-

yores en el contexto de prevención de la COVID-19 (Izda et al., 2021). Estudios recientes, comparando su eficacia en personas mayores en centros sociosanitarios, observan una buena respuesta independiente de su situación de fragilidad y/o dependencia (Salmerón Ríos et al., 2021).

Puede ser que, dada la situación frágil en la que se encontraban, muchas personas mayores hayan sufrido de edadismo a la hora de acceder a la atención sanitaria durante las diferentes olas de la pandemia. Haber seguido criterios por edad en lugar de por situación basal para la atención de las personas mayores supone su discriminación injustificada, máxime cuando la edad cronológica no debe ser criterio independiente para la toma de decisiones clínicas (Tarazona-Santabalbina et al., 2021).

Pese a las mejorías en el manejo clínico de la enfermedad por COVID-19 y la disponibilidad de vacunas eficaces para las personas residentes en centros sociosanitarios, temas importantes como la rehabilitación/recuperación funcional secundaria al propio COVID-19 o al aislamiento secundario al mismo (Barker-Davies et al., 2020), manejo de problemas nutricionales en la convalecencia de la COVID (Mechanick et al., 2021) y abordaje de los problemas emocionales (Webb, 2021) relacionados con esta situación de estrés parecen haber sido relegados a un segundo plano. Estas últimas son igual de importantes para dar un correcto apoyo y manejo a estas personas ante la enfermedad.

CONCLUSIONES

El apoyo a la asistencia sanitaria por el COVID-19 en los centros sociosanitarios en el Área sanitaria de Pamplona ha evolucionado conforme ha evolucionado el conocimiento de la enfermedad y la capacidad del sistema sanitario de adaptarse a una situación nunca vista. Hoy en día la asistencia a nivel médico está garantizada por los médicos de primaria/residencia junto con el apoyo de la Unidad Sociosanitaria, donde se integra el gestor de casos de Geriátría. En caso de necesidad, existe el apoyo del servicio de Hospitalización a Domicilio con capacidad de ingreso en Hospital. Por último, añadir que la asistencia a nivel funcional, nutricional y emocional de las personas en estos centros es un tema que hay que seguir trabajando.

BIBLIOGRAFÍA

Abrahamson, K., Fox, R., Roundtree, A., & Farris, K. (2020, Mar). Nursing assistants' perceptions of their role in the resident experience. *Nurs Health Sci*, 22(1), 72-81. <https://doi.org/10.1111/nhs.12649>

Barker-Davies, R. M., O'Sullivan, O., Senarathne, K. P. P., Baker, P., Cranley, M., Dharm-Datta, S., Ellis, H., Goodall, D., Gough, M., Lewis, S., Norman, J., Papadopoulou, T., Roscoe, D., Sherwood, D., Turner, P., Walker, T., Mistlin, A., Phillip, R., Nicol, A. M., Bennett, A. N., & Bahadur, S. (2020, Aug). The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med*, 54(16), 949-959. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>

Bayrak, N. G., Uzun, S., & Kulaka, C. N. (2021, Feb 26). The relationship between anxiety levels and anger expression styles of nurses during COVID-19 pandemic. *Perspect Psychiatr Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12756>

Bielza, R., Sanz, J., Zambrana, F., Arias, E., Malmierca, E., Portillo, L., Thuissard, I. J., Lung, A., Neira, M., Moral, M., Andreu-Vazquez, C., Esteban, A., Ramirez, M. I., Gonzalez, L., Carretero, G., Moreno, R. V., Martinez, P., Lopez, J., Esteban-Ortega, M., Garcia, I., Vaquero, M. A., Linares, A., Gomez-Santana, A., & Gomez Cerezo, J. (2021, Feb). Clinical Characteristics, Frailty, and Mortality of Residents With COVID-19 in Nursing Homes of a Region of Madrid. *J Am Med Dir Assoc*, 22(2), 245-252 e242. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.003>

Celaya, M. A. *La Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios*. Zona Hospitalaria. <https://zonahospitalaria.com/la-atencion-sanitaria-en-centros-residenciales-sociosanitarios/>

Grabowski, D. C., & Mor, V. (2020, Jul 7). Nursing Home Care in Crisis in the Wake of COVID-19. *JAMA*, 324(1), 23-24. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8524>

Griffith, M. F., Levy, C. R., Parikh, T. J., Stevens-Lapsley, J. E., Eber, L. B., Palat, S. T., Gozalo, P. L., & Teno, J. M. (2020, Dec). Nursing Home Residents Face Severe Functional Limitation or Death After Hospitalization for Pneumonia. *J Am Med Dir Assoc*, 21(12), 1879-1884. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.010>

Izda, V., Jeffries, M. A., & Sawalha, A. H.

(2021, Jan). COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. *Clin Immunol*, 222, 108634. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108634>

Mechanick, J. I., Carbone, S., Dickerson, R. N., Hernandez, B. J. D., Hurt, R. T., Irving, S. Y., Li, D. Y., McCarthy, M. S., Mogensen, K. M., Gautier, J. B. O., Patel, J. J., Prewitt, T. E., Rosenthal, M., Warren, M., Winkler, M. F., McKeever, L., & Research, A. C.-T. F. o. N. (2021, Jan). Clinical Nutrition Research and the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review of the ASPEN COVID-19 Task Force on Nutrition Research. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 45(1), 13-31. <https://doi.org/10.1002/jpen.2036>

Ouslander, J. G., & Grabowski, D. C. (2020, Oct). COVID-19 in Nursing Homes: Calming the Perfect Storm. *J Am Geriatr Soc*, 68(10), 2153-2162. <https://doi.org/10.1111/jgs.16784>

Peng, M. (2020, Sep). Outbreak of COVID-19: An emerging global pandemic threat. *Bio-med Pharmacother*, 129, 110499. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110499>

Salmerón Ríos, S., Mas Romero, M., Cortés Zamora, E. B., Tabernero Sahuquillo, M. T., Romero Rizo, L., Sánchez-Jurado, P. M., Sánchez-Nievas, G., Blas Senalada, J. J., García Nogueras, I., Estrella Cazalla, J. D., Andrés-Pretel, F., Murillo Romero, A., Lauschke, V. M., Stebbing, J., & Abizanda, P. (2021, Mar 25). Immunogenicity of the BNT162b2 vaccine in frail or disabled Nursing Home residents: COVID-A Study. *J Am Geriatr Soc*. <https://doi.org/10.1111/jgs.17153>

Sánchez García, E., Montero-Erasquin, B., & Sánchez Conde, M. (2020, Sep - Oct). [Therapeutic dilemmas in SARS-CoV-2 disease, a challenge for geriatrics]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 55(5), 253-254. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.003> (Dilemas terapeuticos en la enfermedad por SARS-CoV-2, un reto para la geriatría.)

Tarazona-Santabalbina, F. J., de la Camara de Las Heras, J. M., Vidan, M. T., & Garcia Navarro, J. A. (2021, Jan-Feb). [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and ageism: a narrative review of the literature]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 56(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002> (Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revision narrativa de la literatura.)

Webb, L. (2021, Apr). COVID-19 lockdown: A

perfect storm for older people's mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 28(2), 300. <https://doi.org/10.1111/jpm.12644>

Werner, P., & Schiffman, I. K. (2020, Oct). Nursing home staff members' attitudes regarding advance care planning: relationships with different types of knowledge. *Aging Clin Exp Res*, 32(10), 2091-2098. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01398-x>

White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021, Jan). Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*, 22(1), 199-203. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.022>

LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN PANDEMIA

Social intervention in pandemic

María Cristina Lopes Dos-Santos¹.

Departamento de Sociología y Trabajo Social.

Universidad Pública de Navarra

Resumen

Las relaciones humanas están determinadas por la comunicación interpersonal. Los actuales formatos interactivos son un ejemplo de nuestra necesidad de relacionarnos a través de medios dispares orientados al contacto humano y la difusión de información, como la radio y la televisión o, en el marco de las nuevas tecnologías, las redes sociales y formatos online diversos.

En el contexto de la pandemia, profesiones multidisciplinares con orientación a la persona y su desarrollo, han visto truncada su operatividad cotidiana. Las relaciones interpersonales de ayuda están basadas, eminentemente, en la comunicación presencial, y en todos los rasgos que ella implica (verbal, no verbal, etc.) En un periodo de confinamiento emergido de la pandemia COVID-19, los procesos existentes han visto peligrar tales interacciones y la propia evolución de las personas atendidas. En ese marco, ha sido preciso articular nuevas herramientas y reajustar las anteriores para dar respuesta a esta realidad.

El presente artículo muestra la versatilidad de los equipos profesionales de la Fundación Navarra para la Gestión de Servicios Sociales Públicos-Gizain a la hora de abordar esta nueva realidad y mantener la acción profesional y la relación de ayuda en ese tiempo. Cuestiones que, posteriormente, han permitido enriquecer los recursos de atención y optimizar instrumentos limitados a otros servicios con anterioridad a la pandemia.

Palabras clave: Pandemia, intervención social, TIC's, versatilidad, comunicación.

Abstract

Human relationships are determined by interpersonal communication. The current interactive formats are an example of our need to interact through disparate media oriented to human contact and the dissemination of information. From the most rudimentary media such as radio and television, to new technologies such as social networks and various online formats.

In the context of the pandemic, professions of a social nature, oriented towards the person and its development, have seen their daily operations cut short. The interpersonal relationships of help are eminently based on face-to-face communication, and on all the features that it implies (verbal, non-verbal) In a period of confinement that emerged from the COVID-19 pandemic, the existing processes have seen interactions and the evolution of the people served. Within this framework, intervention professionals have needed to articulate new tools and readjust the previous ones to respond to this reality.

This article shows the versatility of the Gizain Foundation professionals to be able to address this new reality and maintain professional action and the helping relationship during that time. Issues that have subsequently made it possible to enrich care resources and optimize instruments limited to other services prior to the pandemic.

Keywords: pandemic, social intervention, TIC's, versatility, communication.

¹ cristina.lopes@unavarra.es

INTRODUCCIÓN

La intervención social implica interacción y comunicación (Acebes, 2019). Esta requiere de una interrelación comunicativa entre la figura profesional de referencia y la persona atendida. La comunicación es un elemento universal y parte necesaria en la evolución del ser humano, dada la necesidad gregaria de supervivencia.

En el tiempo COVID-19, este elemento se ha visto truncado y considerablemente limitado, emergiendo situaciones de soledad y aislamiento, así como la exacerbación de problemáticas convivenciales. Una cuestión que ha imposibilitado los canales comunicativos presenciales y que ha supuesto que procesos de relación de ayuda en el ámbito de la intervención social se hayan visto interrumpidos y relegados. Hasta ese momento, la interacción comunicativa ha estado sustentada en procesos dialógicos (Arnkil, 2019) y contextos relacionales (Carrillo et al., 2017). En todos los casos estaban orientados a validar la relación interpersonal en espacios de comunicación presenciales. Unas cuestiones que no pueden obviarse si se orienta la relación de ayuda a un escenario de naturaleza conversacional.

La movilización de recursos de la persona atendida (Melendro, 2011) en la relación de ayuda supone, fundamentalmente, una actuación vincular física (Fantova, 2018). Esta persona precisa adquirir competencia y autonomía a través de la guía y apoyo profesional (principios básicos de los códigos deontológicos de Trabajo Social, Educación Social y Psicología). Por tanto, es un hecho que ha estado y está sustentado en la relación comunicativa presencial. Sin esa colaboración, el proceso fracasa en sí mismo. Esto ha supuesto una adaptación a escenarios evolutivos tanto individuales como familiares y sociales (Colom, 2019).

Las diferentes figuras profesionales han reajustado su intervención a los procesos de cambio y han orientado sus recursos y conocimientos a dar respuesta a una sociedad cambiante, a las necesidades de las personas atendidas y a la revitalización de la relación de ayuda.

En este sentido, la entrevista se ha situado como la técnica por excelencia en el proceso interactivo profesional de la intervención social, si bien ha presentado modificaciones a

lo largo del tiempo (Rosell, 1989; Hernández, 1991; Madrid, 2005; Trevithick, 2010; Molleda, 2012), adaptándose a la persona y su realidad. La entrevista se ha posicionado como un eje vertebrador de la acción profesional en el campo social, manifestándose como el instrumento clave.

No obstante, la evolución tecnológica y los grandes avances de los últimos años, han presentado un escenario comunicativo inmerso en un gran y profundo manejo de información inmediata, y en una interacción personal a distancia. Un hecho que ha impersonalizado la comunicación y desvirtuado la relación "face to face", al tiempo que abría canales de relación impensables hasta el momento. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) se han impuesto en la sociedad y han establecido innovadoras formas interactivas, nuevas redes relacionales (Del Fresno, 2019).

En el ámbito social, y acordes a su emergencia y uso, han sido elementos interactivos que se han ido introduciendo en la práctica cotidiana, más como medios de contacto que como formas relacionales. Está siendo un proceso paulatino, individualizado y contextualizado. Los problemas de las brechas digitales o el analfabetismo digital han relegado a una parte de la población que se ha visto obligada a sumergirse en un ámbito desconocido. No obstante, el gran poder de expansión de estas herramientas y sus múltiples aplicaciones han propiciado un interés global por las mismas. En el ámbito del Trabajo Social, autores como Caravaca (2014), Fuentes Robles y Martín Cano (2017) o Castillo de Mesa (2017 y 2019) afianzan y proponen la inclusión de las TIC como formas de intervención e investigación.

Por lo tanto, la coyuntura actual de la pandemia ha resignificado estas relaciones comunicativas y favorecido la generación del uso de las TIC como medios no meramente auxiliares, sino como ejes de interacción.

CONTEXTO DE PARTIDA

Los Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra abarcan tres equipos profesionales de intervención directa: Equipos de Incorporación Sociolaboral (EISOL), Equipos de Atención a Infancia y Adolescencia (EAIA) y Equipos de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género (EAIV), que intervienen en Áreas geográficas y admi-

nistrativas del sistema de servicios sociales en colaboración con los Servicios Sociales de Base de las mismas. Desde mayo de 2019, pasan a ser gestionados por la Fundación Navarra para la Gestión de Servicios Sociales Públicos-Gizain, entidad pública creada en abril de 2019 por el Gobierno de Navarra.

Apenas unos meses tras la asunción de estos servicios, la Fundación se enfrenta, al igual que otros servicios, a la pandemia COVID-19 y el confinamiento que se produce de marzo a mayo de 2020. En ese momento, y ante la brusca ruptura de las relaciones interpersonales y los procesos de relación de ayuda, se replantea cómo mantener la interacción desde el confinamiento.

Además, es preciso tener en cuenta que precisamente en ese momento, las necesidades de apoyo y atención se incrementan debido al momento convulso, la vulnerabilidad y los factores de estrés asociados que suponían un impacto mayor en la población de acción profesional por las características de base que ya presentaban.

Objetivos

En este momento y escenario incierto, se plantearon distintos objetivos para paliar la situación y recuperar, dentro del momento y estado de alarma, la interacción comunicativa y la relación persona-profesional. Estos son los siguientes:

- Mantener y potenciar el contacto e interacción en la intervención a través del acompañamiento, espacios intercomunicativos y abordaje de dificultades emergidas.
- Redefinir herramientas de acción, acordes a la situación a través de las TIC y el reajuste de la entrevista.
- Analizar la eficacia en la implementación de dichas herramientas para valorar su impacto y posible desarrollo posterior.

De este modo se trata de articular un sistema que permita responder a la situación, centrándose en la persona y sus necesidades para mantener la comunicación abierta y un cauce de apoyo durante el periodo de confinamiento (Lopes-Dos-Santos, 2021).

METODOLOGÍA

Para abordar estas cuestiones, se han utilizado, como modelos conceptuales, teniendo en cuenta el impacto del contexto y el análisis de la vivencia y circunstancia personal: modelo eco-sistémico (Bertalanffy, 1981) y modelo de atención integral centrado en la persona (Fundación Pílares, 2014). De este modo, la intervención, al igual que se realiza de modo presencial, se ha ubicado y centrado en cada persona y escenario individual y familiar.

Para ello, desde la Dirección Técnica de Fundación Gizain se propuso un reajuste de las entrevistas realizadas, planteando un nuevo articulado en los distintos ámbitos de intervención que dieran respuesta a las necesidades de las personas atendidas desde la realidad del momento. Por otro lado, se redefinieron el uso de las TIC no sólo como espacios informativos o de establecimiento de citas, sino como fórmulas de comunicación e intervención (videollamadas vía móvil u ordenador -plataforma zoom-). De este modo se mantenía la relación comunicativa, también en formato no verbal, y se posibilitaba la interacción visual y no sólo auditiva.

Para establecer un nuevo proceso de entrevista a distancia, se usó como base la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1990), con el fin de abordar la superación del aislamiento, soledad y otras dificultades que la coyuntura requería. Por otro lado, y con ánimo de evaluar este nuevo procedimiento y sus resultados, se optó por usar metodología combinada (Greene, 2007; Donolo, 2009; Monje, 2011; Sánchez, 2015): datos cuantitativos de atención y datos cualitativos acerca de este formato y la ayuda profesada. Este tipo de metodología manifiesta, según los autores mencionados y otros como Tashakkori y Teddlie (1998), que los resultados obtenidos permiten una mayor fiabilidad, dado que combinan elementos cuantitativos y cualitativos, reforzando los resultados. Es el caso del diseño de triangulación (Denzin, 1989; Hansont al., 2005; Creswell y Plano, 2007), cuya finalidad consiste en la confrontación de informaciones complementarias sobre el mismo episodio con el propósito de comprenderlo mejor (Riba, 2007). Lo que implica el refuerzo de los resultados obtenidos desde distintos planos y técnicas.

Proceso

Una vez se produjo el confinamiento, se desarrollaron diferentes pasos para abordar la situación:

1. Detección del problema y análisis del mismo con agentes de intervención (primera semana de confinamiento).
2. Propuesta de reajuste de dispositivos móviles y ordenador (segunda semana de confinamiento).
3. Propuesta de reajuste de entrevistas (segunda semana de confinamiento).
4. Puesta en práctica (tercera semana de confinamiento).
5. Recogida y análisis de datos (desde tercera semana hasta final del confinamiento).
6. Post-confinamiento: protocolo COVID-19 y readaptación a la presencialidad, manteniendo el uso de las herramientas en los casos donde se mostraban necesarias (personas en aislamiento por contagio o contacto, personas que rechazan la interacción presencial por miedo, personas de riesgo, etc.).

RESULTADOS

En relación a los *resultados cuantitativos*, se obtuvo que las figuras de Trabajo Social, durante el periodo de confinamiento, atendieron en entrevistas motivacionales y adaptadas a cada persona y situación a un total de 89 personas en los tres equipos. Las figuras de Educación Social a un total de 147 personas y las de Psicología a un total de 76 personas. Lo que supuso una atención de 312 personas durante los 28 días laborales que se produjo el confinamiento. Entrevistas de una duración media de 1h y 30'. En total, se atendió al 59,89% de las personas usuarias de los EAIA, al 62,75% de las los EAIV, y al 42% de las de los EISOL. El porcentaje faltante se corresponde con personas que no atendieron las llamadas telefónicas o manifestaron la necesidad de paralizar el proceso. Unos datos que, en un momento de incertidumbre, desconcierto y malestar, muestran la capacidad de reacción, reajuste y alcance de estos equipos. Esta readaptación de medidas permitió continuar los procesos de interacción a pesar de la inmediatez del momento. Posteriormente a este periodo, se incrementó la interven-

ción de este tipo dada su versatilidad y buena acogida hasta superar el 80% de la actuación profesional en todos los equipos.

En relación a los *resultados cualitativos* obtenidos se detectó en las personas usuarias: desmotivación, nerviosismo, desinterés, desidia, angustia, estrés y malestar debidos al confinamiento. Sin embargo, la existencia de espacios de interacción y relación profesional ayudó a mitigar dichas situaciones y evitar el aislamiento. Se ofrecieron estrategias de contención, gestión emocional, competencia parental, introspección e impacto personal, gestión de conflictos y proyectos vitales.

Tanto en el orden cuantitativo como cualitativo, las personas usuarias manifestaron interés en mantener la interacción profesional, aceptando las nuevas herramientas y estrategias como elementos válidos de relación. Algunas personas han solicitado, con posterioridad, el mantenimiento de la interacción virtual como medio de evitar el desplazamiento y mantenimiento de intimidad en su propio espacio vital.

DISCUSIÓN

La intervención anterior a la pandemia ha estado marcada por la presencialidad y una interacción directa y personal. Cuestiones dialógicas referenciadas sobre el intercambio de comunicación en el discurso (Arnkil, 2019), y los contextos relacionales (Carrillo et al., 2017), están orientados a tener en cuenta los factores sistémicos y los distintos escenarios en los que se produce la comunicación como variables intervinientes en el acto en sí mismo intercomunicativo. Ambos planteamientos refieren una comunicación entre personas afectadas por un escenario.

En el marco de la atención integral centrada en la persona, se adquiere un compromiso de relación orientada a la generación de proyectos de vida en los que la planificación está centrada en atender las demandas de la persona usuaria desde su realidad y escenarios de vida. Los modelos eco-sistémicos y de acompañamiento favorecen el establecimiento de las relaciones interpersonales en el proceso de ayuda desde los pilares teóricos de acción social. La necesidad de abordar la realidad de cada persona como un todo integral y complejo, requiere de solidez y competencia profesional flexible y adaptable a cada momento y circunstancia.

En situaciones cambiantes, imprevisibles y complejas como la emergencia de la pandemia covid-19, es preciso el descubrimiento de estructuras y herramientas cotidianas con una nueva perspectiva y, sin elevar el coste, concluyendo en un aporte mejorado para enriquecer estos procesos. Esta realidad ha permitido que, además, los aprendizajes obtenidos sean nuevos procesos implementados tras la situación inicial de confinamiento, dado que favorecen espacios y citas de encuentro más flexibles y mantienen la comodidad e intimidad de las personas atendidas. Especialmente en personas que residen en pequeñas poblaciones o tienen dificultades de horario por conciliación laboral y familiar. No son sustitutos absolutos de la presencialidad sino aportes complementarios eficientes de la vinculación y acompañamiento social.

Se ha generado una nueva opción interactiva que permite explorar nuevas vías de relación (Sarasola, Pérez y Balboa, 2012) y acompañamiento social no vinculadas exclusivamente a la presencialidad, aportando elementos de relación positivos y eficaces. Un planteamiento efectivo para múltiples perfiles y contextos, que permite transferibilidad y exploración comunicativa con las nuevas generaciones. Los resultados hallados corroboran las indicaciones y planteamientos de la necesidad de comunicación como una cuestión fundamental en las relaciones humanas, en particular, en la intervención profesional del Trabajo Social (Acebes, 2019). En cuanto a las cuestiones instrumentales, las acciones emprendidas a nivel digital sintonizan con los planteamientos de Caravaca (2014) sobre el formato online como el futuro del Trabajo Social, el uso de las TIC como nuevas formas de intervención social al servicio del Trabajo Social (De la Fuente Robles y Martín Cano, 2017), y la transformación digital que indica Castillo de Mesa (2017 y 2019). La experiencia aquí expuesta es una aplicación práctica de los planteamientos teóricos de los autores, como los aquí mencionados, que abogan por las tecnologías como parte de la intervención social. Los resultados obtenidos avalan la necesidad de continuar la exploración de estos procesos e instrumentos como nuevos y prometedores espacios en el campo de la comunicación en la relación de ayuda.

En definitiva, es posible concluir que, las nuevas tecnologías y la capacidad profesional para su uso y redescubrimiento han facilitado

la expresión emocional de las personas atendidas, la evitación del aislamiento y soledad, y la detección de elementos disruptivos que se han abordado con los medios disponibles. Durante este periodo de tiempo han emergido estados de estrés, ansiedad, frustración, incontinencia emocional, malestar, angustia y desmotivación. Unas cuestiones que el acompañamiento telemático ha permitido abordar, generando estrategias de apoyo, potenciando sus intereses y desarrollo, en definitiva, su proyecto vital.

Sin embargo, es necesario señalar las limitaciones del presente estudio, ya que abarcan un contexto, escenario y tipología poblacional específicos que precisan de ser ampliados a otras esferas, formatos y espacios en circunstancias cotidianas. En ese sentido, se hace necesario realizar nuevas investigaciones en sectores, servicios y territorios más amplios con objeto de poder valorar el impacto y eficiencia de estas herramientas, con el fin de articularlas como nuevos instrumentos de interacción social.

REFERENCIAS

- Acebes, R. (2019). Comunicación y Trabajo Social en Servicios Sociales. En Fresno García y Hernández-Echegaray (2019). *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social*. Madrid: UNED.
- Arnkil, T.E. (2019). Co-generando espacios dialógicos. Desafíos para los Diálogos Abiertos y Anticipatorios y las Prácticas Dialógicas en General. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9(1), 51-64.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.
- Caravaca, C. (2014). Trabajo social on-line. El futuro de la intervención social. Pensamiento al margen. *Revista digital*, 1. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/51373>
- Carrillo, M.C., Hanit, A.R., Benjumea, D.C., & Segura, M.C. (2017). Conceptualización de la interacción comunicativa y su caracterización. *Revista Médica*, 25(2). <https://doi.org/10.18359/rmed.3082>
- Castillo-de Mesa, J. (2017). *El Trabajo Social ante el reto de la transformación digital. Big Data y redes sociales aplicadas a investigación y a la intervención social*. Madrid: Aran-

zadi. Thomson Reuters.

Castillo-de Mesa, J. (2019). *El Trabajo Social en la era digital*. Madrid: Aranzadi. Thomson Reuters.

Colom, D. (2019). Entrevista, diagnóstico e informe de Trabajo Social. En Fresno García y Hernández-Echegaray (2019). *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social*. Madrid: UNED.

Creswell, J. y Plano, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

De la Fuente Robles, Y.M. & Martín Cano, M.C. (2017). Las nuevas formas de intervención social. Las TIC al servicio de la profesión de Trabajo Social. *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 7(1), 80-90.

Del Fresno, M. (2019). Trabajo Social y análisis de redes sociales: conectar a los desconectados. En Del Fresno (Ed.) & A. Hernández-Echegaray (coord.), *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación*. Madrid: UNED.

Denzin N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.

Donolo, S. (2009). Triangulación: procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. *Revista Digital Universitaria*, 10(8). Disponible en:

<http://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/art53.pdf>

Fantova, F. (2018). ¿La intervención social como ingeniería relacional? Disponible en: <http://fantova.net/?p=2398>

Fundación Pilares (2014). *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos.

Greene, J.C. (2007). *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco, CA: Jhon Wiley & Sons.

Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 224-235.

Hernández, J. (1991.) *Acción comunicativa e intervención social*. Madrid: Popular.

Lopes-Dos-Santos, M.C. (2021). *La intervención social telemática: resultados de su puesta en práctica*. Colección Social Work Series: Aranzadi Thomson Reuters (en prensa).

Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Melendro, M. (2011). La perspectiva ecosocial en la intervención socioeducativa con jóvenes excluidos. Un estudio comparado en Canadá, Bélgica y España. *Revista Española de Educación Comparada*, 17,197-218.

Miller, W., & Rollnick, S. (1990). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Molleda, E. (2012). *El trabajo social y sus instrumentos*. Valencia: Nau Llibres.

Monje, C.A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana.

Riba, C.E. (2007). *La metodología cualitativa en l'estudi del comportament*. Barcelona: UOC.

Rosell, T. (1989). *La entrevista en Trabajo Social*. Barcelona: Euge.

Trevithick, P. (2010). *Habilidades de comunicación en intervención social. Manual práctico*. Madrid: Narcea.

Sánchez, M.C. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo Abierto*, 1, 11-30.

Sarasola, J.L., Pérez, M. & Balboa, M. (2012). Trabajo Social y nuevas tecnologías. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 12, 57-60.

Tashakkori, A. y Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Manuel Martín Carrasco¹. Psiquiatra. Director médico. Centros de Hermanas Hospitalarias en Navarra y País Vasco.

Resumen

Aparte del impacto en las personas afectadas, destacando el colectivo de mayores residentes en instituciones, la pandemia de Covid-19 ha tenido también un alto impacto en los trabajadores de salud, y no solo somático como resultado de ser contagiados, sino psicológico.

Además, por el importante absentismo y la dificultad de encontrar personal cualificado, esta situación ha repercutido en la atención prestada. Los datos de que disponemos hasta ahora hablan de un aumento de los síntomas psiquiátricos, especialmente de tipo ansioso, depresivo, y los trastornos relacionados con el estrés (por ejemplo, trastornos del sueño). Los factores causantes han ido variando a lo largo de la pandemia. En un primer momento destacaron la falta de equipos de protección individual, la falta de pruebas diagnósticas, y, en algunos casos, la complejidad organizativa y falta de preparación y formación específicas. Posteriormente, han ido apareciendo otros factores, como la fatiga y el agotamiento. Es de destacar el esfuerzo, a veces heroico, de este colectivo, que ha seguido trabajando en los centros sanitarios y las residencias en condiciones a menudo extremas, y con una elevada exposición al contagio.

En el siguiente artículo se discuten algunos factores de riesgo y protección frente al impacto psicológico de la pandemia, a partir del relato de diversos profesionales implicados.

Palabras clave: pandemia, impacto emocional, síntomas psiquiátricos, personas mayores.

Abstract

Apart from the impact on the affected people, highlighting the group of elderly residents in institutions, the Covid-19 pandemic has also had a high impact on health workers, and not only somatic - many of them have been infected, etc. - but psychological. In addition, due to the significant absenteeism and the difficulty of finding qualified personnel, this situation has had an impact on the care provided. The data that we have so far speak of an increase in psychiatric symptoms, especially anxious, depressive, and stress-related disorders (eg, sleep disorders, etc.). The causative factors have varied throughout the pandemic. At first, they highlighted the lack of personal protective equipment, the lack of diagnostic tests, and in some cases, the organizational complexity and lack of specific preparation and training. Subsequently, other factors have appeared, such as fatigue and exhaustion. It is worth noting the sometimes heroic effort of this group, which has continued to work in health centers and residences in often extreme conditions, and with high exposure to contagion. The following article discusses some risk and protection factors against the psychological impact of the pandemic, based on the report of various professionals involved.

Keywords: pandemic, emotional impact, psychiatric symptoms, elderly people.

¹ mmartin.mennipamplona@hospitalarias.es



INTRODUCCIÓN

La declaración de la pandemia Covid-19 en marzo de 2020 y las medidas de confinamiento que la siguieron dieron paso a un escenario con frecuencia dramático, con consecuencias para la salud mental tanto de la población general como de los profesionales de salud, entre otros colectivos especialmente afectados.

El impacto de las epidemias sobre la salud mental del personal sanitario ya se había puesto en evidencia en episodios epidémicos anteriores –por ejemplo, brotes de SARS-CoV-1 (2003), H1N1 (2009), MERS-CoV (2012) o ébola (2014)–. En ellos, aparecieron niveles moderados y altos de ansiedad, depresión, estrés postraumático y absentismo, con mayor afectación de los sujetos más jóvenes y del personal de atención directa (Tran et al., 2020).

En cuanto a la pandemia actual, también se han encontrado repercusiones psicológicas claras, aunque al tratarse de una pandemia global, la respuesta puede ser diferente según las distintas zonas del planeta. En este sentido, una revisión sistemática muy reciente permitió identificar 12 estudios que trataban sobre esta materia, ciñéndose al hemisferio occidental (Danet Danet, 2021), e incluyendo dos estudios procedentes de España (Dosal Santamaría et al., 2020; Romero et al., 2020). La revisión de los estudios reflejó niveles variables pero aumentados de estrés, ansiedad,

depresión, alteración del sueño y *burnout* en la población de profesionales sanitarios de diferentes países de Europa y EE. UU., con presencia de síntomas más frecuentes e intensos entre el personal de primera línea –Servicios de Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Neumología–, así como entre las mujeres y las categorías profesionales de enfermería y asociadas.

Los factores implicados a la hora de producir estos efectos son variados. Se ha descrito, por ejemplo, que la falta de información, previsión y protocolos estables de actuación puede conllevar desmotivación e incertidumbre. Otros autores asocian el mayor impacto psicológico a las condiciones laborales como, por ejemplo, uso de equipos de protección, reorganización del espacio de trabajo, gestión de la escasez de recursos materiales y carga laboral, turnos extra y horarios más prolongados. De igual forma, se han destacado aspectos sociales y familiares como el distanciamiento social y el miedo al contagio de seres queridos, sin olvidar los factores relacionados con los pacientes, como el duelo ante la alta tasa de mortalidad, el contacto con el sufrimiento y la muerte², y conflictos

² No solo de los pacientes. La disponibilidad de datos es limitada, pero un informe de Amnistía Internacional, publicado en septiembre de 2020, afirmaba que 7000 trabajadores de la salud habían muerto por COVID-19 en todo el mundo hasta esa fecha.

éticos, reales o anticipados.

Por otra parte, los profesionales en el campo de la salud mental no han sido ajenos al impacto de la pandemia. Un estudio realizado en Italia reflejó efectos similares o superiores a los hallazgos realizados en otros colectivos de profesionales de la salud. El riesgo de infección por Covid-19 y las consiguientes medidas restrictivas introducidas en Italia por las autoridades sanitarias en marzo de 2020 afectaron profundamente las prácticas laborales de las redes de salud mental. Las actividades se redujeron en términos de horarios de apertura y el número de contactos e intervenciones proporcionadas. Las unidades de hospitalización se organizaron con áreas dedicadas para pacientes con Covid-19 positivos con trastornos mentales agudos, se multiplicó la interconsulta y la atención domiciliaria para casos urgentes, así como la implementación de intervenciones psicosociales remotas. Las unidades residenciales para personas con trastornos mentales sufrieron también un impacto similar al de otros entornos residenciales (Rapisarda et al., 2020).

En este sentido, hay que recordar que residencias de ancianos y otros entornos de atención residencial constituyen una desafortunada tormenta perfecta para el desarrollo de las pandemias, como se ha demostrado en el caso actual, donde un gran porcentaje de los fallecidos, especialmente en la primera oleada, eran residentes en este tipo de centros. Muchos de sus residentes son personas ancianas, con frecuencia enfermas o vulnerables –por ejemplo, están inmunodeprimidos- y viven en lugares cerrados, compartiendo habitación y con contacto estrecho con otras personas usuarias durante las comidas y actividades de grupo. Además, el personal que les cuida tiene con frecuencia mucha movilidad social –vive en la comunidad, son jóvenes con niños pequeños, etc.- y no están asignados, en exclusividad, a una unidad por razones organizativas. Además, muchas otras personas están presentes de manera habitual en el día a día de los centros: familiares, voluntariado, estudiantes en prácticas, etc.

EL RELATO DE LOS PROFESIONALES

Más allá de las cifras que arrojan los estudios, es muy revelador oír el relato de los profesionales: cómo han reaccionado y de qué forma se han protegido frente a la pandemia,

cuando las vacunas solo eran una esperanza en el horizonte. A continuación, recogemos algunos testimonios de profesionales de diferentes disciplinas, y pertenecientes a distintos ámbitos asistenciales, pero todos pertenecientes a la red de centros de Hermanas Hospitalarias en el País Vasco.

“Cuando supe que había contagios entre las usuarias de mi unidad, pensé: ‘¿Cuántas morirán?’ Eso me provocaba una enorme tristeza. Tenía que hacer todo lo que estuviera en mi mano para conseguir que no muriera ninguna. Sin embargo, sentía miedo al pensar que sus vidas podían depender de mí. En una ocasión, con una de ellas, me dije: ‘Si no puedo canalizar la vía, se morirá por mi culpa’. Paradójicamente, ese mismo pensamiento me dio fuerza y supe que no me iría sin conseguirlo”.

Quien lo cuenta es N.U., enfermera de la Unidad Benito Menni III del Hospital Aita Menni, donde el pasado mes de noviembre fallecieron dos usuarias a causa de la Covid-19.

Junto a N.U., otras seis compañeras —A.G., M.S., T.I, N.I., Ch.M y M.A.—cuentan cómo han vivido estos meses atípicos, sus sensaciones, sus sentimientos, sus emociones y de dónde sacan la fortaleza para sobrellevar esta situación. Son una pequeña muestra, pero su testimonio refleja lo vivido por muchos otros compañeros.

“Aun habiendo recibido el tratamiento adecuado, aquella paciente fue una de las que terminó falleciendo —rememora N.U.—. Tenemos usuarias muy mayores y con patologías previas, y es posible que hubiera muerto por cualquiera de ellas en otro momento, pero en ese caso, sin el Covid por medio, habríamos podido acompañarla y atenderla de una forma más sosegada. Sentí mucha tristeza e impotencia, pero me di cuenta de que la culpa no era mía ni de nadie: era del Covid”.

Lidiando con el miedo

“Al principio, la desinformación y el desabastecimiento eran un hecho a nivel nacional —recuerda Ch.M., encargada en la misma unidad de N.U.—. Personalmente tenía miedo al Covid porque era algo desconocido. Tenía miedo de llevarlo al Hospital y que arrasara con todo. Puede que el gran culpable de ello fuera el exceso de información en televisión y todo lo demás”.

“Era consciente de dónde trabajaba y de los riesgos que corríamos todos recuerda T.I., encargada en la unidad URDP-UDITRAC del Hospital Aita Menni, pero comenzamos con las primeras medidas, tanto personales como laborales. Cambiamos hábitos y nos felicitábamos por ir salvando sin que hubiera ningún caso en la unidad”.

M.S., psicóloga y directora de la Residencia Txurdinagabarrí de Bilbao, recuerda que a pesar de que tuvo miedo al comienzo de la pandemia, las estrictas medidas de confinamiento de marzo y abril hicieron que tuviera “una sensación subjetiva de control que me permitió ir a trabajar sin temor”. “La situación de aquel momento y, sobre todo, el desconocimiento y la información confusa que en esos momentos estaba en los medios, no nos ayudaron”.

T.I. se contagió en agosto, Ch.M. en noviembre y M.S. dio positivo en diciembre. Muchos profesionales han sufrido el impacto del virus por partida doble, como contagiados y como trabajadores de la salud.

“En agosto —recuerda T.I.— todo cambió: salió un positivo en mi unidad. Era la peor época y en una unidad complicada: usuarios aislados en sus habitaciones; el personal veterano, aislado o de vacaciones; turnos trabajando bajo mínimos y con personal sin experiencia. No fue fácil. Los EPIs nos dificultaban mucho los movimientos e incluso el entendernos unos a otros y nos daban mucho calor, y los protocolos cambiaban a diario. No podíamos entrar a las habitaciones y los usuarios nos hacían preguntas que no sabíamos cómo responder. Al final de la jornada, cuando llegabas a casa, sólo te quedaba llorar para descargar la impotencia acumulada y coger fuerzas para volver al día siguiente”.

“Y en medio de todo esto, tuve que parar —continúa—. No podía más. Pensaba que era agotamiento, pero no: estaba contagiada de Covid. Sentí rabia porque allí había muchas cosas que hacer, y sentí preocupación y angustia por si había contagiado a alguien”.

Sentimientos de frustración

Ch.M. y M.S. comparten sentimientos similares. “Cuando me enteré de que había dado positivo, fue duro —explica la primera—. Sentí frustración. Yo quería estar allí cuidando a

mis ‘abuelas’. Eso fue lo más difícil: saber que ya no podía hacer nada”. “El miedo al contagio se transformó en pena, mucha pena, y en un sentimiento de responsabilidad e impotencia por no poder hacer nada para que esto se resolviera”, afirma, por su parte, la directora de Txurdinagabarrí, recordando cuando tuvo que permanecer aislada en casa, mientras en su centro se luchaba contra un virus que lograron mantener a raya casi 10 meses.

“No había día, hora o minuto que se me quitara de la cabeza lo que estaba pasando en la Residencia. La situación era de emergencia sanitaria y me sentía responsable de la cascada de contagios y del dolor que esto producía tanto en los residentes como en el personal”.

N.I., también psicóloga y directora de la Residencia Barandiaran de Durango, comparte el mismo sentimiento que su compañera: “De alguna manera me siento responsable del bienestar de todos, de las personas mayores y del equipo de la residencia. Al final, conoces las situaciones personales por las que pasan y las vives como propias”.

Las tensiones se trasladan a casa

Pero la preocupación no sólo proviene de lo que le pueda ocurrir a una misma, a las personas usuarias o a las compañeras y compañeros de trabajo. También preocupa lo que ocurre en casa, como lamenta M.S.

“He contagiado a personas de mi familia y no me gusta nada esa sensación. Durante meses han visto mi sobre-implicación y han sufrido mi falta de tiempo para ellos. En casa han seguido pasando cosas en las que yo no he podido participar, y eso me da pena. Estamos perdiendo todos”.

N.U. recuerda las preguntas de uno de sus hijos: “Ama, no te morirás, ¿verdad?”. También, cómo en su familia han tenido que encontrar un equilibrio entre el imperativo de no exponerse al virus y las necesidades de los chavales de relacionarse más allá del núcleo familiar:

“Nos hemos aislado y hemos tenido que suspender el contacto tan estrecho que manteníamos. Ahora no hay besos ni abrazos y hemos dormido en habitaciones separadas. En casa han escondido los miedos para no preocuparme más, pero a veces las miradas

transmiten esos miedos, igual que la frase que siempre escucho al salir de casa: 'Cuidate, por favor. Te quiero mucho'".

La ausencia obligada de contacto físico es también algo que le cuesta a M.A., psicóloga y coordinadora de la Unidad de Discapacidad Intelectual en Aita Menni Gesalibar:

"Es una necesidad básica del ser humano. Va más allá de ser una muestra de afecto. La presión que ejercemos en el cuerpo del otro al abrazar o besar activa áreas del cerebro en las que se libera oxitocina y serotonina que nos ayudan a reducir el nivel de estrés y ansiedad, y mejoran nuestro estado de ánimo".

M.A. tiene siempre presente el riesgo de contagiarse y, sobre todo, de contagiar a otras personas. Se expresa como sigue:

"Sé que las posibilidades de contagiarme son elevadas, pero me preocupa sobre todo por el posible contagio a otros. Me preocupa ser yo el motivo de contagio en la unidad, y el impacto que esto pueda tener en la salud de los usuarios y del equipo, y eso me ha llevado a cuidarme mucho no sólo durante mi desempeño laboral, sino también en mi vida personal, social y familiar."

Responsabilidad

Ese sentido de la responsabilidad está presente de manera constante en las reflexiones de todas nuestras protagonistas. T.I. reconoce que "pese al sentimiento de soledad tan enorme, y al hecho de que esta enfermedad se lleva por delante el contacto humano tan necesario en nuestras vidas", ha reducido al mínimo su vida social y familiar. "Es lo que nos toca", asume con resignación. De igual manera, N.U. considera que debe vivir "confinada o semiconfinada por responsabilidad y por conciencia moral".

A.G., supervisora en la Unidad de Discapacidad Intelectual, compartió con Tere los complicados días del verano.

"Fue uno de los momentos más difíciles que he vivido —recuerda—, ya que un porcentaje muy alto del personal se tuvo que confinar en casa. La situación fue demoledora. La puesta en marcha fue muy costosa, con muchas horas de trabajo sin descanso, tensión, incertidumbre, miedo, cierto caos y, cómo no, sentimiento de soledad y de cierta incomprensión,

ya que éramos la única área afectada en todo el Hospital y era algo nuevo para todos nosotros, usuarios y trabajadores."

"Con el día a día fuimos aprendiendo o adaptándonos, pero las situaciones vividas con los usuarios fueron muy duras —continúa—: no podíamos atenderles como se merecían, no eran capaces de reconocernos con los EPIs... era una sensación de impotencia total, un sentimiento de frustración constante".

N.I. recuerda también los peores momentos en su centro de trabajo, "con jornadas maratónicas de trabajo y preocupación constante".

"Ha sido muy duro percibir la angustia de las compañeras cuando alguna de las personas a nuestro cuidado ha enfermado, especialmente en aquellos casos, pocos, pero difíciles, en los que la persona enferma ha acabado falleciendo. Ha sido muy duro —lamenta— que mis hijos me hayan visto llorar al llegar a casa por la impotencia y el cansancio, y la imposibilidad de desconectar porque las demandas internas y externas están presentes 24 horas los 7 días de la semana".

El bienestar de pacientes y personas usuarias

¿Dónde han encontrado estas colaboradoras de Hermanas Hospitalarias la fuerza para sobrellevar durante tanto tiempo una situación tan difícil? La relación con las personas usuarias y su compromiso para asegurar su bienestar es uno de los pilares que les han ayudado a soportar la carga.

"Nuestros usuarios nos sorprendieron: ellos no tenían visitas, ni vacaciones, ni prácticamente contacto, aunque hacíamos videollamadas con las familias cuando podíamos, y ellos se adaptaron y colaboraban en todo", relata A.G. "Les animábamos a diario y ellos nos daban mensajes de ánimo para el equipo. En realidad, el equipo éramos todos, usuarios y trabajadores, y lo íbamos a conseguir. Aun nos emocionamos al recordarlo", asegura.

"La fuerza que nos ha impulsado a seguir sin descanso y buscar siempre la manera de poder mejorar el trabajo ha sido mantener el bienestar de las usuarias, que para nosotras son como de nuestra familia —afirma N.U., sin dudar—. Lo hemos dado todo en cuerpo y alma, sin importarnos ni ser conscien-

tes del tiempo ni la fuerza invertidos, o de lo que ello implica a nivel personal. Nuestras propias familias preguntaban por el estado de las pacientes. Eso te hace ser aún más consciente del cariño que les tenemos a las usuarias.”

Se emociona también cuando echa la vista atrás y piensa en cómo sobrellevaron la situación sus usuarias de psicogeriatría:

“Pasaron mucho miedo y tristeza, sobre todo cuando murió su compañera. Nos preguntaban si se iban a morir. Nos pedían que no nos fuéramos, pero también nos pedían que descansáramos, o las que se iban recuperando animaban a las que aún estaban peor. Hemos tenido con ellas momentos de humor, les hemos cantado, les hemos dado la mano y hemos permanecido en silencio solo mirándonos a la cara, o más bien a los ojos, que era lo único que podían ver.”

N.U. muestra su admiración por la actitud de las personas mayores de la Residencia Joxe Miel Barandiaran: “Después de una vida aceptando y gestionando situaciones difíciles, nos siguen enseñando hoy que hay esperanza mientras no estemos solos y que uniéndonos encontramos la empatía, la fuerza y la resiliencia para superar crisis como ésta”.

De la misma manera, M.A. considera “admirable” el esfuerzo que están llevando a cabo pacientes y personas usuarias de Aita Menni: “Hay momentos de tristeza y resignación por no poder ver a sus seres queridos, pero aun así están siendo capaces de sacar fuerza y ánimo para salir adelante, con nuestro apoyo”.

El equipo

Además de las referencias al bienestar de las personas a las que atienden, hay una palabra que se repite con frecuencia en sus narraciones: “equipo”.

“Durante el aislamiento, la comunicación que hemos mantenido las compañeras que estábamos en casa y las que estaban trabajando ha sido constante, apoyándonos siempre y teniendo en cuenta el sacrificio y esfuerzo que estaba haciendo el equipo que estaba allí —cuenta Ch.M.—. Tenemos un equipo maravilloso, gente muy responsable con muy buena actitud a quienes nos gusta lo que hacemos y que, cada día, a pesar de lo duro que pueda ser nuestro trabajo, va-

mos con las mismas ganas de cuidar y dar cariño a nuestras ‘abuelas’”.

Y añade: “Una de las cosas que más me ha ayudado a pensar que esta situación se podía resolver de la mejor manera, ha sido la confianza que despierta en mí el jefe clínico de nuestra unidad. Esto es muy importante, porque nuestro trabajo se limita a los cuidados personales, no somos médicos”.

A quien Ch.M. se refiere es al doctor A.S., jefe clínico de su unidad, médico del Grupo de Trabajo de Alerta Sanitaria creado con motivo de la pandemia y referente de todas las decisiones médicas adoptadas en el Hospital relacionadas con ella, que ha supervisado cada caso realizando el seguimiento hasta el alta epidemiológica.

“He trabajado con total confianza y segura de lo que profesionalmente debía hacer gracias a él —apunta también N.U.—. Nos ha mantenido informadas en todo momento de la situación y, como es habitual en él, se ha implicado dentro y fuera del centro de trabajo, estando constantemente pendiente del estado de salud de cada una de las pacientes, haciendo un diagnóstico rápido y muy acertado sin el que, en mi humilde opinión, sin duda alguna, el resultado habría sido peor. Se preocupaba por el resto del equipo que estaba de baja y cuando pasaba la consulta médica diaria por las habitaciones visitando a todas y cada una de las pacientes lo hacía siempre de forma muy cercana y alentando esperanza.”

T.I. lo dice sin dudar: “Me siento orgullosa del equipo que formamos. Trabajamos todas y todos, a todo. Hubo personal que cambió turnos y que fue a ayudar quitándose días de vacaciones. Nuestros usuarios nos facilitaron mucho el trabajo con su buen comportamiento, a pesar de la situación que vivían. Se merecen un adjetivo: CAMPEONES, con mayúsculas”.

“Hay un gran compañerismo y solidaridad —explica, por su parte, N.U.—, independientemente del puesto de trabajo que desempeñemos. Ha habido muchísima voluntad y disposición: he sentido que éramos una sola persona. Si una de nosotras ‘tropezaba y caía’, ahí estaba el resto para ayudarla a levantarse. Hemos compartido sentimientos de todo tipo. Hemos cantado alguna canción, y hasta alguna compañera grabó un

vídeo personal que a todas nos hizo sonreír y nos contagió de alegría”.

También tienen palabras de agradecimiento para el personal de otras unidades: “No podíamos recibir la ayuda que nos ofrecían, aunque sí sus palabras de ánimo. Sentíamos soledad, pero también sentíamos su acompañamiento”; “no puedo evitar emocionarme cuando recuerdo aquellos días, no se olvida fácilmente”, reconoce T.I.

N.U. destaca también la disposición e implicación de otros servicios y otras unidades: “mantenimiento, farmacia, limpieza, lavandería, auxiliares y enfermería, que trabajaron tanto o más que nosotras”.

“Ha sido de gran ayuda escuchar a otros compañeros preguntar por el estado de nuestras pacientes y por el nuestro, y ofrecerse en todo momento para cualquier cosa. Las miradas por los pasillos que, sin mediar palabra, te daban todo su apoyo y su fuerza... nuestras miradas de agradecimiento hacia ellos y nuestro deseo de que ojalá no tengan que vivir esa situación ni sus usuarios ni ellos mismos”.

Los recursos personales

Cada una de nuestras compañeras tiene sus fórmulas personales para sobrellevar esta situación excepcional de la mejor manera posible. La de Ch.M. se basa en ser positiva:

“Todas las personas actuamos de la mejor manera que sabemos. Esto es importante dentro de mis creencias, porque nada oprime más el alma que el resentimiento y la recriminación. Los sentimientos negativos nublan la mente y limitan nuestra capacidad de disfrute.”

M.S., por su parte, echa mano de su capacidad de afrontamiento, de una labor de fortalecimiento psicológico personal previa y de sus conocimientos y experiencia como psicóloga para manejar el estrés.

“La actividad física y tener un cuerpo sano que permita grandes dosis de sobreesfuerzo también son claves —añade—, así como llevar una vida ordenada y evitar al máximo las situaciones de riesgo. Eso ayuda a sentirse más capaz y a integrar todo lo vivido en cada día”.

“Los agradecimientos, el cariño y el apoyo de las hermanas, de muchas familias y de

personas residentes me han ayudado a mantener la energía y la motivación y a dotar de sentido a un año que ha sido difícil también en lo personal por motivos ajenos al Covid —revela N.U.—. Todo esto me está impulsando a hacer uso de todas las estrategias de las que dispongo desde mis conocimientos y experiencia personal para el manejo del estrés y la ansiedad, con la dificultad añadida de que muchas de esas estrategias pasaban por el contacto con mi red social, que he tenido que reducir drásticamente”.

Mirando al futuro

En el sentir de A.G., la capacidad de adaptación es primordial: “De esta situación estamos aprendiendo día a día. Creo que es muy importante el trabajo que hacemos todos en el Hospital, cada cual en su lugar y todos a una. Estamos viviendo una situación totalmente excepcional y creo que la clave en estos momentos es adaptarse a la nueva situación día a día”.

“Las experiencias vividas durante la pandemia, tanto en el plano laboral como en el personal, han generado una sensibilidad especial por la situación, y ésta en algunos casos ha podido provocar el desarrollo de actitudes de temor al contacto con familiares, frustración, desesperación, sentimientos de culpabilidad o desconfianza —advierte M.A.—. Creo que se debería dar la opción a que los profesionales accedan a ayudas psicológicas, de modo que las actitudes ante la pandemia no se conviertan en un factor desfavorable para el desempeño laboral y especialmente el resguardo de la salud mental”.

“Lo primero que deberíamos hacer es reconocer que la situación nos preocupa y dar cabida a la emoción, sea miedo o cualquier otra —recomienda M.A.—. Preguntarnos: ‘¿Qué puedo controlar yo? ¿Qué depende de mí? ¿He tomado todas las medidas de seguridad que podía tomar?’. También es importante compartir esas emociones con nuestro entorno, porque eso alivia el nivel de tensión que nos produce y, además, nos genera alternativas a nuestros propios pensamientos. Y seleccionar bien las fuentes de información, filtrarla y quedarnos sólo con aquella que está bien contrastada”.

M.S. llama la atención sobre el hecho de que “es un momento de emergencia” en el que cualquier reflexión o sensación sobre lo que

se ha hecho y cómo se ha hecho “está muy condicionada”, incluidas las valoraciones y los reconocimientos.

“Esta pandemia no nos hace ni mejores ni peores gestores, nos hace afectados a todos a quienes nos toca vivirla. Al final del proceso, el haber sido superviviente de este momento y realizar un aprendizaje efectivo de lo vivido es lo que nos va a dar reconocimiento externo o un autoanálisis personal dependerá de las variables internas de cada persona”.

“Sería interesante ver todo esto dentro de un tiempo —reflexiona la directora de Txurdinagabari—. Quizás ahí se instale una sensación de pena o de tristeza generalizada, en el momento en que podamos llevar a cabo el cierre de este proceso. Todo estrés en grupo genera como respuesta inicial el agrupamiento, pero posteriormente puede aparecer la disgregación a causa del estrés prolongado. Las reacciones a largo plazo pueden ser poco evidentes, pero igual de dañinas para trabajadores y personas usuarias. Sin lugar a dudas, ante este sufrimiento el ser humano necesita buscar elementos hacia los que dirigir todos estos sentimientos, por lo que, como organización, debemos estar atentos para ver su incidencia.”

“Es inevitable pensar qué se podría haber hecho para evitar esta situación —reconoce Ch.M.—. La respuesta a eso es muy difícil. Ahora son momentos de hacer un gran esfuerzo para cuidar la salud de los usuarios y colaboradores, mediante un seguimiento más exhaustivo”.

Como dice M.A., “nos enfrentamos a un enemigo que existe, pero es invisible. No existe cura por el momento, aunque aguardamos esperanzados la llegada de las vacunas, y la única manera de mantenerse a salvo es cumplir con los protocolos”.

CUIDANDO LA SALUD DE LOS PROFESIONALES

A continuación, recogemos algunos aspectos de cuidado que se han revelado como fundamentales para los profesionales de salud a lo largo de la pandemia. Las organizaciones de salud tienen la obligación de comprobar que estos elementos se están poniendo en práctica (Shanafelt et al., 2020):

Cuidar las propias necesidades

El personal sanitario suele pensar que siempre hay que estar disponible para el otro y que sus necesidades son secundarias, sin pensar que no comer o no descansar produce agotamiento. Hay que asegurarse de que las necesidades básicas -comer, beber, dormir, hacer ejercicio, relajarse, etc.- se cumplen adecuadamente. No hacerlo pone en riesgo la salud mental y física y, también, puede comprometer la capacidad para atender a los demás.

Mantener la comunicación con los compañeros

El trabajo en equipo se ha revelado como una herramienta esencial en la lucha contra la pandemia. Es fundamental hablar con los compañeros y dar y recibir apoyo. El aislamiento multiplica el miedo y la ansiedad. No obstante, hay que reconocer y respetar las diferencias personales; hay personas que necesitan más hablar y comunicarse y otras no tanto.

Es importante que la comunicación tenga un carácter constructivo, identificando errores o deficiencias de manera provechosa para corregirlos. Todos nos complementamos: los elogios pueden ser motivadores poderosos y reductores del estrés. Hay que compartir tanto las frustraciones como los éxitos y soluciones. La resolución de problemas proporciona una sensación de logro incluso para pequeños incidentes. Conviene participar en las reuniones para mantenerse informado de la situación, planes y eventos.

Mantenerse actualizado

El conocimiento permite afrontar mejor las situaciones y proporciona una vivencia de control y seguridad. Hay que elegir fuentes fiables de conocimiento. La desinformación y la exposición excesiva a los medios de comunicación ha sido un elemento claramente relacionado con el malestar. El conocimiento es importante para no perder la esperanza y situarse de manera adecuada; por ejemplo, para recordar que una parte sustancial de las personas que se infectan padecen formas leves, reforzar la importancia, eficacia y seguridad de las vacunas, etc.

Atender la propia situación emocional

La competencia profesional y la fortaleza

no son incompatibles con sentir confusión, inquietud, sensación de descontrol, miedo, culpa, impotencia, tristeza, irritabilidad, o labilidad emocional. Son precisamente las emociones las que nos hacen humanos. Compartir las emociones con alguien que nos transmita seguridad y confianza ayuda a hacerlas más tolerables y poder regularlas.

Sentir emociones desagradables es una reacción normal, de defensa, de nuestra mente ante el peligro. Sin embargo, si son muy intensas o prolongadas pueden desembocar en un estado patológico. Hay que vigilarse para detectar cualquier síntoma de depresión o de ansiedad y pedir ayuda si es necesario: tristeza prolongada, dificultad para dormir, recuerdos intrusivos, llanto o desesperanza. Las técnicas de respiración, atención plena (*mindfulness*), el ejercicio físico, etc., pueden ser útiles para la desactivación emocional, fisiológica y/o cognitiva. Otras veces puede ser necesario un tratamiento más reglado, psicológico o psiquiátrico. Reconocer signos de estrés, pedir ayuda y aprender a pararse para atenderlos favorece la estabilidad frente a una situación de tensión mantenida en el tiempo.

CONCLUSIONES

La pandemia Covid-19 ha significado para muchos profesionales de salud un punto de inflexión en sus vidas; un momento a partir del cual las cosas van a ser distintas, aunque volvamos a recuperar la “normalidad”. Hemos sufrido mucho, pero también hemos aprendido mucho.

Las crisis sanitarias son estresantes por definición y, a menudo, implican incertidumbre, imprevisibilidad y una mayor intensidad del trabajo. Tales circunstancias exigen flexibilidad, resistencia, ecuanimidad y profesionalismo por parte de los trabajadores de la salud. Para que los profesionales puedan afrontar con éxito estos desafíos y atender a sus pacientes y a la sociedad durante una emergencia de salud pública, necesitan apoyo organizativo. La manera en que las organizaciones planifiquen y apoyen a su fuerza laboral durante una crisis influirá en la capacidad de la organización tanto para la atención del paciente como para mitigar el impacto personal en los trabajadores (Caring for people, 2020).

Pese al sufrimiento generado, las situaciones de crisis tienen el potencial de conducir a un crecimiento a largo plazo o bien a lesiones y

enfermedades por estrés, lo que depende de la resiliencia a nivel personal, pero también de la infraestructura, la cultura y las respuestas de una organización³. La disponibilidad de un plan para brindar apoyo a las necesidades físicas, emocionales y psicosociales de los profesionales antes, durante y después de una crisis es crucial para mantener unos equipos saludables y preparados para afrontar los retos que puedan presentarse.

Bibliografía

Caring for people who care: supporting health workers during the COVID 19 pandemic (2020). *EClinicalMedicine*, 28, 100667. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100667>

Dosil Santamaría, M., et al. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment* (Barc), S1888-9891(20)30060-4.

Rapisarda, F., et al. (2020). The Early Impact of the Covid-19 Emergency on Mental Health Workers: A Survey in Lombardy, Italy. *Int J Environ Res Public Health*, 17(22): 8615.

Romero, C. S., et al. (2020). COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychol Med*, 1-7.

Shanafelt, T. et al. (2020). Caring for health care workers during crisis. Creating a resilient organization. *American Medical Association*. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-05/caring-for-health-care-workers-covid-19.pdf>

Tran, BX. et al. (2020). Studies of Novel Coronavirus Disease 19 (COVID-19) pandemic: a global analysis of literature. *Int J Environ Res Public Health*, 17, 4095.

³ Es fundamental que las organizaciones sanitarias y socio-sanitarias atiendan el bienestar de los trabajadores en todo momento. Además de mejorar la calidad asistencial, es la mejor política para no entrar en tiempos de crisis con un equipo ya agotado.

VIVIR Y SUFRIR EL COVID-19

Juan Manuel Pérez-Castejón Garrote¹. Especialista en Geriátría. Adjunto a la Dirección Asistencial. Badalona Serveis Assistencials.

Me han pedido que hable de mi experiencia como médico y como paciente de COVID- 19.

Mi historia, como la de tantos ciudadanos, empezó el invierno pasado y aún no ha concluido, pero la situación ahora, afortunadamente, es muy distinta y para mejor.

Enfermar en el punto álgido de la primera ola me supusieron 65 días de hospitalización entre El Hospital de Sant Pau y el Hospital de la Vall d’Hebron. De ellos, 40 en la UCI, incluyendo 14 días en ECMO, y un largo camino de seguimiento y rehabilitación posterior.

Pero para mí, fundamentalmente, es una historia de agradecimiento, de esperanza, familia, de amistad y de confianza en la que los protagonistas han sido excelentes profesionales, amigos, algunos con los dos roles, y mi familia por supuesto y yo.

Le he dado muchas vueltas. Me preocupaba encontrar el tono adecuado cuando aún no hemos salido del marco mental de la pandemia. Nuestros compañeros están, estáis muy cansados y parece que no nos podemos confiar ni relajar ni un momento porque vivimos en el ahora permanente y el panorama general sigue siendo preocupante.

La pandemia ha sido, además, especialmente cruel con las personas mayores y me resulta impactante como, a pesar de todo, siguen dándonos ejemplo de su resiliencia. Ahí estáis vosotros, a su lado, intentando llegar a todas partes, dándolo todo y llevando al límite vuestra salud física y mental para cuidar de las personas.

Por eso quiero hablar también de ese enorme equipo que formamos en la Geriátría. Es más, si se me permite, utilizar esta plataforma para hacer un sentido reconocimiento a todos los profesionales involucrados en la salud y a todo el sector sanitario y social en general.

El Coronavirus SARS-Cov2 ha sido uno de los protagonistas de nuestras vidas desde enero pasado. Nos comíamos las uvas en la Nochevieja de 2019 escuchando las noticias que llegaban de Wuhan y parecía que aquello, más que nunca, sucedía en el Oriente lejano.

Es increíble cómo algo que ni tan solo puede considerarse una forma de vida, un parásito intracelular, pudiera llegar a impactar de una manera tan terrible en nuestras vidas. Sin embargo, la Lombardía y Bérgamo ya nos quedaban más cerca. Con una cierta perplejidad y mucha preocupación vimos cómo la pan-

¹ jpcastejon@bsa.cat - www.bsa.cat

demía llamaba a nuestra puerta. Y en algún momento de esos días me contagié. Como las cuatro estaciones del año que han ido pasando desde entonces, mi historia personal incorpora diferentes matices, texturas y colores.

En aquellos días de marzo formaba parte del equipo de gestión del coronavirus dando soporte a la Dirección Asistencial de mi institución en Badalona (Badalona Serveis Assistencials), pero estuve pocos días en ese encargo. El martes 23 de marzo fui directo desde mi casa a hacerme una PCR al Hospital Municipal de Badalona. Estaba febricular y no me encontraba muy bien. Eran días complicados y agotadores de decisiones rápidas, de preocupación por los pacientes, por los compañeros que enfermaban, por la disponibilidad de camas de críticos y por nuestras familias. Una vez me hice la Prueba me recomendaron quedarme en casa siguiendo las indicaciones de mis compañeros y del 061, como tantas personas.

Me confirmaron el positivo y los síntomas iban claramente a peor día a día. Finalmente, fui diagnosticado siete días después en el dispositivo de urgencias de atención primaria de mi barrio en Barcelona (CUAP Cotxeres) de una neumonía bilateral y me trasladaron al Hospital de San Pablo el 30 de marzo de 2020.

Ciertamente no iba bien, me encontraba mal, pero ni por asomo me imaginaba que se pudiera complicar tanto. En 24-36 horas pasé de urgencias a una cama de observación de semicríticos y de allí a la UCI y es que pacientes como yo estábamos contribuyendo también a un capítulo de esta historia: el del COVID severo (Berlin, Gulick y Martínez, 2020).

Gafas nasales, mascarilla Venturi, Alto flujo, máscara Boussignac... Cada vez un escalón más. En cuestión de horas presentaba un cuadro de hiperinflamación que derivó en Síndrome de Distrés respiratorio agudo y la necesidad de soporte ventilatorio.

Recuerdo aquella tarde y la mirada de gravedad de los compañeros cuando me decían: “Juan Manuel tenemos que intubarte, lo hemos probado todo y no vamos bien, lo necesitas”.

Yo me encontraba agotado más que disneico. Tuve todavía tiempo de enviar un mensaje a mi familia donde les transmití que me encomendaba, que confiaba en aquel el equipo y que les quería mucho y sé que le pedí a Desi,

una técnica auxiliar de enfermería, que se quedara a mi lado. Esto sucedió el 3 de abril y, a partir de aquí, he tenido que reconstruirlo casi todo.

Por suerte, cuando empecé el largo sueño de 30 días estaba en muy buenas manos con el equipo que dirige el Dr. Jordi Mancebo, director del servicio de Medicina intensiva del Hospital de Sant Pau de Barcelona que, además de gran amigo, es una autoridad mundial en ventilación artificial, pero sobre todo es una gran persona.

A pesar de estar en muy buenas manos, las cosas todavía se podían complicar más: tromboembolismo pulmonar, afectación cardíaca y distrés respiratorio refractario que hicieron necesaria la oxigenación por membrana extracorpórea. Y aquí entraron en mi vida los Ecmólogos. Mis médicos de Intensivos activaron a otro equipo: los especialistas en ECMO del hospital Valle d’Hebrón, trabajo interdisciplinar de alta complejidad. De hecho, vinieron a buscarme a Sant Pau y me canularon en la ambulancia.

Un capítulo muy destacado de esta historia se escribiría en la UCI del hospital Valle d’Hebrón, otro gran equipo de Intensivistas formado por grandes personas. Estaba liderado por Ricard Ferrer, dirigido por Jordi Riera, con la colaboración de Eduard Argudo y un equipo de enfermeras excelentes, absolutamente imprescindibles.

Su experiencia, de la que formo parte, ha sido recientemente publicada y ha sido valiente, había cierta controversia respecto de su uso, pero sus resultados son excelentes (Riera, Argudo, Martínez-Martínez et al., 2020). De hecho, puedo escribir esto hoy gracias a ellos. Su objetivo era ganar tiempo para poderme curar y tratar las complicaciones y, sobre todo, que no pasara nada más. A mi llegada me estabilizaron pues, además, había sufrido un TEP bilateral. Poco a poco empecé, de manera muy lenta al principio, a mejorar.

En la retaguardia estaba mi familia que esperaba las noticias cada día, las llamadas y un grupo de extraordinarios amigos y compañeros que les daban todo el apoyo que podían. Poco se ha escrito del sufrimiento de las familias, del paso de las horas esperando una llamada. De la enorme responsabilidad que tiene comunicar buenas o malas noticias. De esa intensa sensación de soledad e incerti-

dumbre o de cercanía y esperanza. Mi familia vivía esos días de marzo y abril pendiente del timbre del teléfono.

Y aparte de en los míos también pensaba, mientras fui consciente, en mi equipo del Servicio de Geriátría y Cuidados Paliativos de Badalona: cómo se organizarán, cómo lo estarán viviendo. En tiempo récord, transformaron toda la organización desde el hospital a la atención primaria, pasando por nuestro Centro socio-sanitario, en una Organización Sanitaria Integral de Atención al COVID. Nuestro Centro Sociosanitario se reorganizó de forma rápida convirtiéndose, prácticamente, en un centro monográfico. En todo momento se tuvieron muy presentes las necesidades de comunicación con los familiares y se pusieron los medios para mantener canales abiertos con ellos.

Desde Valle d'Hebrón, a los 14 días de iniciar la ECMO, me trasladaron de nuevo, aun profundamente sedado y con ventilación mecánica, a la UCI del Hospital de Sant Pau, mi centro de referencia. Empecé a despertar intubado y con sonda nasogástrica a finales de abril.

Me costaba mucho despertar.

Mi mente encontró un buen refugio en un lugar indefinido entre Tavascan, Esterrí i la Guingueta D' Aneu y Vilaller, entre el Pallars Sobirà y la Alta Ribagorça. Y, es curioso, yo veía a ratos entre sueños trabajar a mis compañeros y a mis compañeras vestidos con su EPI, en tanto preparaban la fiesta mayor y escuchaba música en mi cabeza.

Àngels le preguntaba a mi enfermera, o eso creía yo: ¿vosotras cantáis? Yo no lo podía ver, pero seguro que sonreía mucho. Sus ojos la delataban. Poco a poco empecé a ver la luz que entraba en mi box prácticamente como un espejismo por medio del reflejo de unos ventanales. Aún quedaba mucho camino por recorrer y con unas inmensas ganas de mejorar te das cuenta de que el instinto de supervivencia tiene una fuerza increíble.

Todo tu ser se concentra en seguir adelante. Empezaba a comprender lo que me estaba pasando, aunque mi mente seguía confusa. Yo quería un vaso de agua; era mi gran deseo de esos días y esperaba los cuidados de la boca, y preguntaba si me la subirían del río, porque el agua era más fresca... Beber solo todavía iba a tardar un poco.

Con mucho cuidado y no sin dudas, decidie-

ron extubarme, creo recordar el 2 de mayo. Me libré de la traqueotomía en parte por mi tozudez, pero honestamente no recuerdo esa negociación en la que participé con las limitaciones propias del momento.

Las fisioterapeutas pasaban cada día a verme y trabajábamos en UCI según mi tolerancia. Fue muy intenso al principio. El primer día que me pusieron de pie mi saturación de oxígeno cayó al 76%. Empecé a sudar profusamente y no podía respirar Sin embargo, tuve la sensación de que habíamos dado un gran paso y que a partir de ahí íbamos a mejorar.

No tengo palabras para agradecer a todas las personas que me cuidaron y la emoción de las videollamadas; eso daría para otra historia. El vínculo que generas con las enfermeras, Rosa, Carla, Àngels, Berta y Ali, las auxiliares Elia, Montse, Ro y Magali, y las fisioterapeutas, con todos los profesionales que te cuidan, es impresionante y duradero. Los saludos diarios con las profesionales de la limpieza.

Y unos días después ya sin sonda nasogástrica, que rogué me retiraran, llegó mi primer desayuno en la UCI. Les di mi palabra de que sabía lo que hacía, que había aconsejado muchas veces a otros pacientes cómo tenían que deglutir para evitar las broncoaspiraciones y confiaron en mí, quizá demasiado, porque bajar el mentón me costaba mucho. Nunca imaginé lo que suponía el peso de la cabeza sobre mis hombros. Sentado sobre el arnés de la grúa empecé a desayunar y empecé a pensar ¿y ahora qué?

Una de esas tardes pude ver a Viqui, mi esposa. Fue muy emocionante. Y al final de la visita vestida con su EPI, muy emocionado, le dije que no demorara más su marcha pues tenía que conducir muchos Kilómetros para volver a casa. Ella con delicadeza me dijo: "JuanMa estamos en Barcelona en el Hospital de Sant Pau", y me desperté del todo. Ahí fui consciente, más de dos meses después, de dónde estaba.

Me encontraba viviendo el principio de un síndrome post UCI de libro y, posteriormente, no haría más que encontrar similitudes entre mi situación y los grandes síndromes geriátricos. Tenía una debilidad muscular extrema; era dependiente para todo; sufría de disfagia, sobre todo para líquidos y riesgo de lesiones en la piel, entre otras situaciones.

Me sentía muy bien cuidado y eso me daba confianza. Durante mis ensoñaciones tratando de despertar reconocía a mis compañeros de Medicina interna-Geriátrica del Hospital de Sant Pau y los veía vestidos como los Caballeros Jedi. Eran mis compañeros de viaje que fueron, a la vez, médicos y amigos, y que nunca me dejaron solo. No podía ni con el peso del móvil, pero me ayudaron: primer whatsapp a la familia el 7 de mayo.

Segundo ciclo: el paso a planta o, como decimos los Geriatras, una primera transición.

Romper el cordón umbilical con la UCI me supuso las primeras crisis de ansiedad de mi proceso de recuperación. No fueron muchas, pero fueron intensas. Aquí también empecé a dormir muy mal y con pesadillas. Soledad y fraternidad, angustia y amistad. Aún pasarían bastantes días.



Estuve tres semanas solo, hasta tener compañeros de habitación, con los que creé grandes vínculos. En planta dimos los primeros pasos y conocí de cerca lo que es el miedo a caer. Aprendí a bloquear las rodillas y a trazar el camino hacia casa con la ayuda de mis fisioterapeutas Miquel, Xavi, Elena, Nùria y Carme, una de ellas, acompañándome desde la UCI y en la rehabilitación ambulatoria posteriormente. Y a pesar de todo, a pesar de las dificultades, nos parecía que lo íbamos a conseguir.

La primera gran meta llegó el 2 de junio de 2020. Animado (muy animado) por mis compañeros y amigos, la Dra. Torres, el Dr. Mascaró y la Dra. Francia, y aún con dificultades para moverme y para la deglución, decidimos que era hora de volver a casa con mi familia. Mi nivel de dependencia era alto, pero lo habíamos conseguido. El Doctor Mancebo me dijo: “Tómalo con calma que hasta que no pase Navidad no empezarás a ser tú. Poco a poco, tienes mucho trabajo por hacer”.

Aún tardaría en tomarme un buen café... Los espesantes me acompañaron prácticamente hasta el mes de septiembre. Desde el programa de rehabilitación que se estableció por parte del Hospital de San Pau, comencé con fisioterapia respiratoria, terapia ocupacional, además de seguimiento por Dietética y Logopedia con Mercè. Mientras trabajábamos tuve varias lecturas muy inspiradoras y recomendables para todos, especialmente la del Dr. Rojas Marcos. Ya no se me caían los libros de las manos y esas lecturas me transmitieron dos ideas fuerza: nuestra capacidad de resistir la adversidad y la capacidad de pasar página como enfoque terapéutico (Rojas, 2010).

Durante aquellas semanas, incluso cuando aún estaba despertándome, constaté en primera persona la importancia vital del trabajo interdisciplinar. Experimenté en mi caso, por una situación hiper-aguda, lo que puede vivir un paciente frágil ante una crisis de salud que le ha llevado al hospital. Además, pude reforzar la convicción de que es realmente el trabajo interdisciplinar, de mayor o menor complejidad técnica, la base de la atención centrada en la persona. Durante muchos días, semanas y meses intenté tomar distancia, centrarme en el día a día, ser constante y, en mi caso, me esforcé en controlar la ansiedad.

Dos interrogantes para la reflexión también académica. La primera: ¿la fragilidad post

UCI acelera el envejecimiento? Una persona robusta que ingresa en Cuidados Intensivos puede llegar a perder en una semana el 20 % de su masa muscular. Esto plantea preguntas que aún no tienen una buena respuesta (Baldwin, 2020). Y, en segundo lugar, cuál es la prevalencia de fragilidad al alta de la UCI, qué factores son reversibles y cuáles podemos prevenir o revertir (Brummel, Girard, Pandharipande, et al., 2020).

Hoy estamos ya a 7 de marzo de 2021 y aún serán necesarios muchos esfuerzos individuales para conseguir una victoria colectiva y solo la inteligencia colectiva, la investigación y la cooperación nos ayudarán a salir de esta situación. A día de hoy, casi un año después, estoy mucho mejor. He recuperado mi autonomía excepto para algunas actividades avanzadas como conducir y aún necesito el asiento en la bañera por seguridad. Mi capacidad para caminar sigue mejorando y la tolerancia al ejercicio, lentamente, también. Sigo haciendo rehabilitación cinco días por semana e intentando incrementar mi actividad física. Dos días hago fisioterapia en casa con mi sobrina Marina (fisioterapeuta) y tres en un centro concertado. Entre otros problemas, el dolor en los hombros debido a las capsulitis y plexinopatía ha requerido y requiere trabajo diario. Estuve anticoagulado hasta el mes de octubre y sigo controles con Neumología y Cardiología, y por mi médica de Familia.

Las vacunas contra la COVID han supuesto la constatación de un gran avance científico y la esperanza de que realmente iniciamos el principio del final de la pandemia.

Esta pandemia nos ha mostrado también muchas áreas de mejora de nuestro sistema de salud y también alguna de sus fortalezas. La preparación de sus profesionales y su capacidad de adaptación es una de estas. Los liderazgos distribuidos e invisibles que han surgido en muchísimas organizaciones son otras. Por otra parte, es necesario cuidar de esas personas, retener el talento y poner en valor el profesionalismo. Creo de gran utilidad realizar una valoración más serena y apreciativa de las cosas que se han hecho bien para hacerlas aún mejor.

Y honrar y no olvidar a todos los que perdieron la vida, a todos los fallecidos en esta pandemia, con un recuerdo muy sentido también para todas las compañeras y compañeros que enfermaron y fallecieron o padecen se-

cuelas de la enfermedad. En este sentido, una vez más, las personas mayores nos han dado ejemplo con su gran generosidad.

Espero, cuando estoy en proceso de reincorporación al trabajo, que, aunque sea en este contexto tan inusual, tengamos pronto muchas más buenas noticias y, sobre todo, aquellas que permitan mejorar en su día a día a muchas más personas que han sufrido y sufren aún, directa o indirectamente, el efecto del COVID-19.

«Y cuando la tormenta de arena haya pasado, tú no comprenderás cómo has logrado cruzarla con vida. ¡No! Ni siquiera estarás seguro de que la tormenta haya cesado de verdad. Pero una cosa sí quedará clara. Y es que la persona que surja de la tormenta no será la misma persona que penetró en ella. Y ahí estriba el significado de la tormenta de arena» (Haruki Murakami, *Kafka en la Orilla*).

Con todo mi agradecimiento para tantas y tantos profesionales que han hecho posible que hoy esté aquí, como el Dr. Zapata y la Dra. Rodríguez, la Dra Beranuy, el Dr Filella, muchos de ellos anónimos de los que no conozco sus nombres, pero que sé que me acompañaron. A todos los profesionales de la UCI del Hospital de Sant Pau, del Servicio de Rehabilitación y de las Plantas B0 y C0 y a los de la UCI del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron.

A Fisiogestión Ciutat de Granada. A la Dra. Burgos del CAP Congrés ICS de Barcelona. A todos los profesionales de BSA Badalona liderados por Pilar Otermin que me han demostrado con creces su apoyo y estima. Y sobre todo a mi Familia.

BIBLIOGRAFÍA

Baldwin M R (2020). Post-ICU Frailty: Does Critical Illness Accelerate Aging? *Crit Care Med.* 2020 Oct; 48(10):1530-1531. doi: 10.1097/CCM.0000000000004528. PMID: 32925259.

Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. (2020). Severe Covid-19. *N Engl J Med.* 2020 Dec 17; 383(25): 2451-2460. doi: 10.1056/NEJMcp2009575.

Brummel NE, Girard TD, Pandharipande PP, Thompson JL, Jarrett RT, Raman R, Hughes CG, Patel MB, Morandi A, Gill TM, Ely EW (2020). Prevalence and Course of Frailty in Survivors of Critical Illness. *Crit Care Med.* 2020 Oct; 48(10):1419-1426. doi: 10.1097/CCM.0000000000004444.

Murakami, H. (2002). *Kafka en la orilla*. Tokio: Shinchōsha.

Riera J, Argudo E, Martínez-Martínez M, García S, García-de-Acilu M, Santafé M, Díaz C, Contreras S, Cortina A, Bonilla C, Pacheco A, Resta P, Palmer N, Castro MÁ, Ferrer R. (2020). Extracorporeal Membrane Oxygenation Retrieval in Coronavirus Disease 2019: A Case-Series of 19 Patients Supported at a High-Volume Extracorporeal Membrane Oxygenation Center. *Crit Care Explor.* 2020 Sep 28; 2(10): e0228. doi: 10.1097/CCE.0000000000000228.

Rojas Marcos L (2010). *Superar la Adversidad, el poder de la resiliencia*. Barcelona: Ed. Espasa.

EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES: ¿QUÉ NOS HA ENSEÑADO LA ACTUAL CRISIS DEL COVID-19?

Begoña Elizalde-San Miguel y Lucía Martínez Virto.
 Departamento de Sociología y Trabajo Social.
 Universidad Pública de Navarra

INTRODUCCIÓN

La actual crisis sanitaria es especialmente grave para las personas mayores. A final del año 2020, habían muerto en España 86.112 personas más que el año anterior, una sobremortalidad que se centró en quienes tenían más de 75 años. Más del 80% de ese exceso de muertes se produjo en este grupo de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2020). A pesar de que no toda esta sobremortalidad se debe al efecto directo del COVID-19, sí es un dato que permite aproximarnos de forma realista a lo que ha sido el impacto total de la pandemia en este grupo poblacional.

Sin embargo, la relación entre edad avanzada y mortalidad por COVID-19 no es automática ni inevitable. En el caso español, el momento más agudo de la crisis (marzo de 2020) supuso un exceso de mortalidad para las personas mayores de 85 años, cifrado en un 195%, mientras que en Alemania este momento (diciembre de 2020) provocó un 46% de sobremortalidad. Estos datos deben llevarnos a reflexionar sobre el hecho de que *la edad por sí misma no es el único factor que explica la tremenda situación a la que se han enfrentado las personas mayores durante esta crisis.*

Aspectos como las condiciones de habitabilidad, la morbilidad o elementos socio-económicos han colocado a las personas mayores de España en una situación de fragilidad superior a la de otros países.

En este artículo vamos a analizar uno de esos elementos que contribuye a explicar por qué las personas mayores han sufrido de forma tan aguda la crisis del COVID-19 en España: el sistema de cuidados y los recursos que utilizamos para su cuidado. El pasado mes de septiembre de 2020, la Universidad Pública de Navarra organizó el curso de verano titulado “*El modelo de cuidados a las personas mayores: ¿qué nos ha enseñado la crisis del COVID-19?*”, que buscaba promover una reflexión crítica en torno a este tema. El curso contó con la participación de personas expertas en el estudio del actual sistema de organización social de los cuidados desde distintos puntos de vista. A lo largo de este texto se presentan buena parte de las reflexiones extraídas⁴.

⁴ Los videos del curso están disponibles en el canal de YouTube de la Unidad de Cultura y Divulgación de la UPNA: <https://www.youtube.com/channel/UCwxpWn2TII-04Zk70kT1Dj-w>

Queremos reconocer y agradecer su participación a todas las expertas que aportaron sus reflexiones durante aquellas jornadas y cuyas intervenciones constituyen la base de este artículo: Inés Francés, Directora Gerente de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas; Mayte Sancho, Raquel Martínez Buján, Joseba Zalakain, Celia Fernández Carro, Magdalena Díaz Gorfinkiel, Sara Moreno Colom, Marisol Gómez, Elena del Barrio, Elin Peterson y Dolors Comas d'Argemir. A todas ellas, gracias.

LA ORGANIZACIÓN “SOCIAL” DEL CUIDADO: ¿CUÁNDO CUIDAR SE CONVIRTIÓ EN UNA CUESTIÓN SOCIAL O COLECTIVA?

Empezaremos nuestra reflexión deteniéndonos sobre el concepto de “cuidado”, un concepto que por ser cotidiano y estar vinculado a nuestra vida privada ha quedado durante décadas fuera de las políticas públicas. Los cuidados son esas actividades diversas que nos permiten sostener nuestras vidas, hablamos de actividades que son tan cotidianas – y por tanto invisibles – como fundamentales y necesarias para nuestra supervivencia. Sin embargo, a pesar de su importancia, cuidar no ha gozado de reconocimiento ni de ningún valor social hasta hace muy poco tiempo. Y había una razón para esta falta de reconocimiento. Cuidar era algo que hacían las mujeres por la única razón de serlo.

Madres, hijas, tías, abuelas, hermanas y amigas... las mujeres han cuidado siempre, han asumido la responsabilidad de atender a las personas que lo necesitaban. Desde autoras pioneras, como la destacada Simone de Beauvoir, a la más reciente literatura feminista han contribuido a evidenciar que el hecho de que se las creyera innata y biológicamente inclinadas hacia los cuidados, limitaba la posibilidad siquiera de reflexionar ello. Cuidar no tenía implicaciones sociales, no debía ser gestionado desde las instituciones ni requería de mayor reflexión. Si alguien necesitaba cuidados, las mujeres de su familia lo garantizaban. *Era un sistema de cuidados totalmente familista y feminizado.*

Sobra señalar que este modelo tradicional de cuidados hace mucho que quedó obsoleto (Elizalde-San Miguel, 2018). La presión de los cuidados hacia otras instituciones aumentó desde hace unas décadas, no solo

por una cuestión demográfica de incremento de la esperanza de vida, sino también por una cuestión de emancipación femenina. En nuestra sociedad, el tiempo y la intensidad en la que es necesario cuidar a las personas mayores han aumentado. Una dependencia severa dura ahora muchos más años que antes, y con frecuencia no puede ser atendida con una sola persona cuidadora, sino que son necesarios recursos adicionales. Si a esta creciente demanda de trabajo de cuidados añadimos la generalización del empleo femenino, parece evidente que el modelo tradicional –feminizado – se ha vuelto inviable. Si queremos garantizar que las personas mayores sean atendidas de forma correcta, necesitamos incorporar recursos nuevos y, probablemente, una nueva comprensión y enfoque sobre nuestra forma tradicional de proveer cuidados.

En los últimos años se han producido cambios significativos en este sentido. La Ley de Dependencia (LAPAD) supuso un avance normativo significativo: implicó el reconocimiento del derecho subjetivo a ser cuidado. Además de la Ley, se han fortalecido los servicios sociales destinados a la atención de mayores, se ha generalizado la contratación de personas cuidadoras por parte de las familias, ha aumentado de forma significativa el uso de residencias e incluso, más recientemente, empieza a ser habitual la idea de nuevas soluciones residenciales para mayores como las viviendas colaborativas o *co-housing* (Keller y Ezquerro, 2021). En definitiva, este escenario contiene nuevos recursos, pero también, nuevos actores que, más allá de las mujeres de la familia, han entrado en esa actividad de “cuidar”. Esta realidad evidencia que el modelo tradicional no es suficiente para asegurar la atención a nuestras personas mayores, pero que tampoco lo es en términos cualitativos, por lo que se requieren nuevas formas de provisión y una nueva naturaleza de cuidados.

A pesar de dichos avances, lo cierto es que este modelo continúa siendo insuficiente en términos de cobertura, pero también porque continúa constituyéndose sobre una base laboral de alta precariedad. En primer lugar, a pesar del derecho pleno reconocido por la LAPAD, queda mucho camino por alcanzar el acceso pleno al sistema. El cuidado sigue sin estar plenamente garantizado desde las instituciones públicas y requiere, en buena parte de los casos, de altas dosis de recursos fami-

liares, no solo en la gestión del cuidado sino en su propia complementación a los recursos. Todavía estamos lejos de los modelos universales diseñados en países escandinavos como Suecia, que han apostado por un fuerte desarrollo de la atención en el domicilio (Peterson, 2017). En segundo lugar, desde una perspectiva de género, todos estos nuevos recursos reproducen la feminización del modelo tradicional. El cuidado informal proporcionado por las mujeres de las familias sigue siendo el recurso más frecuente. También en el ámbito laboral son mujeres las trabajadoras de residencias para mayores, así como quienes en su mayoría ejercen como cuidadoras en los domicilios. El sector, aunque mercantilizado, es feminizado y en condiciones laborales precarias con salarios bajos y escaso reconocimiento social. Ello refleja que, a pesar de ser evidente que el cuidado debe estar garantizado socialmente, sigue siendo una actividad que ocupa los últimos escalones del prestigio y que no constituye una prioridad de las políticas públicas. La inversión pública destinada a este sector deja clara esta característica. Si tenemos en cuenta los cuidados de larga duración, España dedicaba en 2018 un 0,8% del Producto Interior Bruto, mientras que algunos países escandinavos dedican en torno al 3% (Elizalde-San Miguel, 2020).

Parece evidente por tanto que, mientras es fácil entender que la organización de los cuidados debe ser social y colectiva, lo cierto es que la realidad en España todavía se caracteriza por seguir confiando en que sean las familias, y en particular las mujeres de las familias, las que sigan cuidando y organizando los cuidados. Y con estos arreglos precarios estábamos cuando llegó el coronavirus. *Una crisis que acogimos inicialmente con escepticismo, minimizando su importancia por afectar exclusivamente a “la gente muy mayor”, como si fuera un colectivo prescindible*, en un ejercicio de cinismo que meses después resulta difícil de reconocer, a pesar de que durante las primeras semanas fuera el enfoque más habitual al cubrir estas noticias. Y que semanas después, cuando empezamos a ganar conciencia de la dimensión del problema, provocó que todo ese trabajo de cuidados que había sido invisible y pasado por alto fuera reconocido como esencial (Moré, 2020), aunque a un coste social muy elevado, el del tremendo impacto que tuvo el COVID-19 en la vida de miles de personas.

EL MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

Es de sobra conocido el impacto que tuvo lugar entre la población mayor en residencias. Se estima que en torno a 27.000 personas murieron en estos centros desde el estallido de la pandemia y hasta final del año 2020, de las que en torno a 20.000 lo hicieron en los tres primeros meses (Grupo de Trabajo Covid y Residencias, 2020). ¿Qué pasó en estos centros, cómo son? ¿Era inevitable, teniendo en cuenta que el virus afecta de forma especialmente virulenta a las personas mayores? ¿Qué visión de “la persona mayor” proyectan? A lo largo del curso se buscó responder a alguna de estas preguntas.

En primer lugar, cabe señalar que los centros residenciales han crecido en los últimos años de manera muy rápida. Existen en la actualidad 384.251 plazas, un número que ha aumentado en un 16% en apenas diez años, entre 2010 y 2020 (Estadísticas del Centro Superior de Investigaciones Científicas). Este incremento refleja la necesidad de este tipo de servicios debido a un contexto de envejecimiento poblacional creciente. Sin embargo, la premura por responder a esta necesidad no ha ido acompañada de una reflexión y debate socialmente compartidos sobre el modelo de atención residencial necesario para atender a las personas mayores. Aproximadamente, la mitad de estas plazas se halla en centros que acogen a más de 100 personas, cuentan con un número de trabajadoras por plaza inferior al de otros países, y trabajan por unos salarios también inferiores al de otros países del entorno (Abellán et al., 2021; Zalakain, 2017).

Se trata de un modelo que hace años fue superado en los países europeos que más invierten en atender a la dependencia sobrevenida por el envejecimiento poblacional. El enfoque, todavía habitual en España de “número de camas por centro residencial”, consiste en macrocentros que acogen a personas mayores que comparten habitación y no cuentan con espacios privados individuales. Este modelo, que ya antes de la crisis demandaba un proceso de reflexión, fue extremadamente vulnerable ante la pandemia. El COVID-19 entró en España en unas residencias masificadas, se expandió con una facilidad que tuvo consecuencias fatídicas y desde entonces se gestiona con medidas que contribuyen a un aislamiento mayor de este colectivo.

Este sistema de atención refleja una imagen de la persona mayor como alguien a quien atender, una perspectiva asistencialista que los considera como meros receptores de servicios y no como ciudadanos y ciudadanas. Una imagen que queda muy lejos del concepto de “envejecimiento activo” promovido desde diversos organismos internacionales que apuestan por potenciar la autonomía de un grupo poblacional cada vez más diverso que demanda y merece una atención que responda a esa diversidad y le otorgue la capacidad de participar en cómo ser cuidado (Keller y Ezquerro 2021; García-Soler et al., 2020).

Las brechas de este sistema han quedado en evidencia durante los últimos meses y han sido analizadas en numerosos foros. El número de personas muertas en estos centros es el indicador más llamativo, pero las dificultades para diseñar estrategias de acompañamiento frente a la soledad han llevado al aislamiento forzoso de las personas residentes en estos centros durante muchas más semanas que el resto de la población. Todos ellos constituyen elementos que deberían ser suficientes para priorizar un cambio profundo de enfoque, que avance hacia un modelo alternativo que desde hace años se viene reclamando. Es el llamado “modelo de atención centrado en las personas”, que apuesta por un modelo de atención residencial basado en unidades de convivencia con un número de personas más reducido, donde cada persona disponga de espacios individuales privados y cuente con espacios compartidos. De este modo se construiría una alternativa al modelo actual hacia la que se debe avanzar (García-Soler et al., 2020; Díaz Veiga y Sancho, 2013).

LA ATENCIÓN EN CASA, UN PUZZLE COMPUESTO POR ACTORES NUEVOS... Y NO TAN NUEVOS

La magnitud del impacto del COVID-19 dentro de las residencias provocó la focalización del interés mediático en estos centros, un interés necesario y que debería constituir el pistoletazo de salida para un necesario cambio de modelo. Sin embargo, y a pesar de ser necesaria esta revisión de la atención residencial, hay que recordar que en nuestro país la forma más habitual de atención a las personas mayores no es la residencia; el sistema de organización social del cuidado es el denominado “cuidado informal” en casa, proporcionado por personas del entorno cer-

cano, normalmente pareja e hijas, dentro del ámbito del hogar. Este cuidado se ha convertido en la respuesta esperada –y esperable– a las relaciones de afecto existentes en el entorno familiar, y continúa siendo proporcionada, en su mayoría, por las mujeres. Como hemos dicho en alguna otra ocasión, el modelo de cuidados español puede definirse como “un modelo de sobreexplotación de los recursos familiares ofrecidos por las mujeres de manera gratuita e invisible” (Elizalde-San Miguel, 2020; Martínez Virto, 2010).

Sin embargo, el cuidado informal no funciona en exclusiva, ya que la generalización del empleo femenino –y transformaciones sociodemográficas más amplias– hace imposible su mantenimiento. Este tipo de atención convive con frecuencia con otros recursos de apoyo formal en el entorno en lo que se conoce como un *modelo familista modificado* (Martínez Buján, 2019). Estos recursos, desarrollados en el marco de los sistemas de servicios sociales y en el que participan gobiernos autonómicos, locales y otras iniciativas privadas o del tercer sector, representan un recurso indispensable para el sostenimiento de la vida. Destaca, entre ellos, el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), un servicio reconocido por la LAPAD y proporcionado por las administraciones locales para atender a personas con algún grado de dependencia dentro de su hogar. Asimismo, se ha generalizado también la contratación de personas cuidadoras por parte de las familias o la combinación de ambos con las formas de teleasistencia.

Con estos arreglos complementarios, las familias gestionan un puzzle de recursos diversos que, sumados, permiten atender a las personas mayores cuando sobreviene algún tipo de necesidad (Fernández Carro, 2018). Sin embargo, se trata de un puzzle diseñado bajo unas bases muy precarias, que no garantizan la atención universal, sino que generan profundas desigualdades. El SAD supone, como máximo, dos horas de atención diaria, una atención a todas luces insuficiente para garantizar la atención de las personas con algún tipo de dependencia. La contratación directa, por su parte, requiere de la combinación de varios recursos, ya que las personas con dependencias necesitan una atención constante que no puede ser proporcionada por una sola persona, y depende además del poder adquisitivo de las familias para hacer frente a este coste.

Con este *modelo familista modificado* llegamos al inicio de la crisis del COVID-19, cuando las familias tuvieron que seguir cuidando en un contexto muy complejo. Los estudios sobre la distribución del tiempo en ese periodo –todavía en fase de análisis– empiezan a arrojar datos contundentes: las mujeres dedicaron más tiempo que los hombres a cuidar; y en lo que respecta al cuidado de mayores, las mujeres aumentaron mucho más que los hombres el tiempo de cuidado, en especial en lo que respecta al cuidado emocional y de compañía (Moreno Colom, 2020).

Asimismo, durante las semanas de confinamiento activo se activaron en distintas ciudades redes informales comunitarias de apoyo vecinal que facilitaron el desarrollo de actividades cotidianas. Estas iniciativas constituyen un elemento que puede ser fundamental para contribuir a “democratizar los cuidados” (Comas d’Argemir, 2019), en referencia a asegurar un modelo de cuidados que no genere desigualdades sino que garantice que todas las personas mayores son correctamente atendidas, para lo cual es necesaria una mayor financiación pública, pero también la aceptación por parte de la ciudadanía del cuidado como una responsabilidad compartida en la que todos y todas debemos comprometernos. Estas redes de apoyo que se organizaron durante las semanas de confinamiento total son el reflejo de una ciudadanía comprometida, y pueden fraguar en “proyectos semilla” que sobrevivan más allá de la actual crisis.

EL CUIDADO, ¿PROFESIONAL?

La llegada del COVID-19 permitió reconocer como esenciales todas estas formas de cuidar. Trabajadoras del hogar, auxiliares de ayuda a domicilio y de residencias fueron declaradas trabajadoras esenciales (Moré, 2020). Del mismo modo, se autorizó a las familias a salir de sus domicilios para atender a sus familiares si necesitaban proporcionar cuidados. Se reconocía así la relevancia de esta actividad, asumiendo que, sin esas actividades, nuestra sociedad no podía seguir funcionando, reconociendo como válido el eslogan de la huelga feminista de 2018, “sin nosotras se para el mundo”. Pero al mismo tiempo, las consecuencias que afectaron a las trabajadoras del sector del cuidado pusieron de manifiesto la fragilidad de sus condiciones laborales. A continuación, mencionamos algunas de las

consecuencias específicas que sufrió el sector de los cuidados durante la pandemia. Sin ánimo de exhaustividad, los siguientes elementos permiten ejemplificar la precariedad con la que se ha ido configurando en nuestro país este nuevo sector laboral y cómo estas consecuencias han tenido lugar debido a que estructuralmente el sector adolece de falta de reconocimiento social, requisito necesario para otorgar derechos laborales en igualdad de condiciones.

Por un lado, muchas trabajadoras perdieron sus empleos de un día para otro porque la legislación del empleo del hogar así lo permite. A diferencia de otros sectores donde la persona empleada tiene que ser avisada con antelación, las cuidadoras de personas mayores – incluidas dentro del sector del empleo del hogar– pueden ser despedidas de un día para otro. En un contexto social de miedo al contagio, confinamiento, ERTES o teletrabajo de muchas personas, muchas familias prescindieron de los servicios de cuidado privado. Más allá de la pérdida del empleo, muchas de estas mujeres quedaron totalmente desprotegidas, por la ausencia de prestaciones o subsidios en el caso de cuidadoras sin contrato laboral o porque la especificidad de este sector imposibilitaba que las trabajadoras con contrato pudieran acogerse a los famosos ERTES-Expedientes de Regulación Temporal de Empleo. Cabe señalar que el Gobierno reaccionó algo después diseñando un Subsidio Específico para el Empleo del Hogar. Sin embargo, solo una parte del sector podía beneficiarse del mismo, ya que todavía un 30% trabaja dentro de la economía sumergida. Y todavía más, el complejo diseño administrativo necesario para solicitar este servicio resultó ser poco apropiado como mecanismo de respuesta y ayuda a un sector caracterizado por la escasa familiarización de las empleadas con los procedimientos de la administración pública española, ya que se estima que más del 60% del sector está compuesto por población de origen extranjero. Por otro lado, se trata de un sector cuyo convenio queda al margen de la legislación de riesgos laborales, lo que dificultaba su acceso a las medidas de prevención ante el virus. Por último, en términos salariales, las trabajadoras de residencias apenas alcanzaban antes de la pandemia el 67% del salario medio de España, por lo que las reducciones de horarios o la pérdida de sus trabajos las ubicaba como población muy vulnerable frente al riesgo de pobreza (Díaz

Gorfinkiel, 2016; Díaz Gorfinkiel y Martínez Buján, 2018; Zalakain, 2020).

Ante estas condiciones, la pregunta es: ¿reconocemos realmente el cuidado como la profesión que declaramos en marzo como esencial? ¿qué reconocimiento otorgamos a aquellas actividades que definimos como necesarias para el funcionamiento de nuestra sociedad y el sostenimiento de nuestras vidas y de las de nuestros seres queridos?

CONCLUSIONES

En las semanas de preparación de este curso de verano había una frase que, de manera reiterada, rondaba nuestras cabezas: “el coronavirus nos ha sacado los colores”. Las semanas previas al confinamiento se hicieron habituales los discursos sobre la “prescindibilidad” de las personas mayores, minimizando el riesgo del nuevo virus por afectar “solo” a personas mayores. Semanas más tarde, la primera ola de esta pandemia dejó al descubierto las grietas de un sistema infra-financiado, mercantilizado mediante lógicas muy alejadas del bienestar de las personas mayores y que descansa, principalmente, sobre las mujeres y sobre las familias que tienen recursos suficientes para contratar y asegurarse el cuidado directo. Al mismo tiempo, la principal característica distintiva de nuestro modelo de cuidados, el apoyo intra-familiar e informal, se volvía inviable, no se podía estar, no se podía acompañar, y había que establecer “distancia social”. Y entonces, ¿qué?

El COVID-19 puso en evidencia las grietas de un sistema muy frágil, y la urgencia de reclamar un aumento significativo de los recursos que como sociedad queremos asignar a cuidar. Pero las lecciones aprendidas del pasado nos obligan a reclamar que estos recursos “no sean solo más sino mejores” y eso requiere reconocer tanto el valor del cuidado como el derecho que tienen las personas a ser cuidadas, con independencia de su edad. El aumento de las plazas residenciales constituye un buen ejemplo de que no son solo necesarias más plazas, sino que es preciso pensar cuál es el diseño de las mismas que responde mejor a los derechos de las personas mayores. No somos ingenuas, entendemos la complejidad del contexto actual de crisis económica y que establecer prioridades será complicado, pero debemos manifestar que el envejecimiento poblacional es un fenó-

meno social que se consolidará en el futuro y que supone, sin duda, el gran reto al que se enfrentan los Estados de Bienestar: democratizar los cuidados y hacerlos accesibles a la diversidad de perfiles y necesidades de las personas mayores.

¿Cuáles son las reformas más urgentes? Por un lado, es necesario incorporar los cuidados a los pilares de nuestro modelo de bienestar, asegurando vías de financiación suficientes para las necesidades futuras. Desde hace algún tiempo se viene hablando de un posible Sistema Nacional de Cuidados que podría ir en esta línea, porque supone reconocer que el cuidado debe tener la misma envergadura que los sistemas educativos, sanitarios y de pensiones, y permitiría legitimar aumento de financiación.

Del mismo modo es necesario incorporar un *abordaje ecosistémico* que intente responder a las preferencias de cuidado de los mayores. “Si no en casa, como en casa”, planteaba Mayte Sancho en la apertura de este curso, y para ello es necesario tanto reclamar más financiación pública como asumir que la ciudadanía debe implicarse en esta cuestión mediante la activación de redes comunitarias de apoyo, más allá del cuidado intra-familiar. Tenemos asimismo la oportunidad de dar entrada a las nuevas tecnologías, que pueden funcionar como elemento facilitador de la vida en el domicilio tanto mediante mecanismos de monitorización, como de apoyo, siempre y cuando no supongan un nuevo elemento de control. Así lo están haciendo los países donde hay más personas viviendo solas durante la vejez: desde aplicaciones que envían recordatorios de actividades cotidianas –desde tomar la medicación hasta gestiones cotidianas– como apps de cuidado colectivo a nivel comunitario. Existe potencial para que las nuevas tecnologías constituyan un nuevo elemento de inclusión social, y para ello hay que mejorar la conectividad de los hogares de las personas mayores y también facilitar el uso de estas oportunidades por las personas mayores (Gómez, 2020).

Pero todas estas transformaciones solo serán posibles si existe una voluntad institucional por re-posicionar el cuidado como actividad fundamental en nuestras vidas. En el actual contexto de envejecimiento poblacional, los cuidados son uno de los principales retos de nuestra sociedad. Dignificarlos y concederles valor es el paso previo para que la ciudadanía

empiece a reclamar una democratización de los cuidados y a entenderlos como un nuevo pilar de nuestro modelo de bienestar. De lo contrario, asistiremos al riesgo de un nuevo eje de desigualdad especialmente cruel: el que se establecerá entre quienes tienen recursos familiares y económicos para garantizar su atención, y quienes no. El COVID-19 ha visibilizado la relevancia de los cuidados; utilicemos este momento para entender su importancia e implicarnos como sociedad. Como dijo Dolors Comas en el cierre de este curso, “sin cuidados no hay existencia humana, no hay sociedad”.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán García, Antonio; Aceituno Nieto, María del Pilar; Ramiro Fariñas, Diego; Castillo Belmonte, Ana Belén (2021). “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 27, 24 p. [Fecha de publicación: 21/01/2021]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/en-red-estadisticasresidencias2019.pdf>

Díaz Gorfinkiel, Magdalena y Martínez Buján, Raquel (2018). Mujeres migrantes y trabajo de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España. *Panorama Social*, 27: 105-118.

Díaz Gorfinkiel, Magdalena (2016). La reconfiguración del empleo doméstico en España: impacto de los cambios legislativos en el funcionamiento del sector. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 155: 97-112.

Comas d’Argemir, Dolors (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de Antropología Social*, 49: 13-29.

Comas d’Argemir, Dolors (2014). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24: 375-404.

Díaz Veiga, Pura y Sancho, Mayte (2013). Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48 (3): 101-102.

Elizalde-San Miguel, Begoña (2020). “La diversidad familiar ante el reto de los cuidados”, en Fernández Cordón, Juan Antonio: *Demografía: cambios en el modelo reproduc-*

tivo, Dossieres EsF, 36: 34-38.

Elizalde-San Miguel, Begoña (2020). “Igualdad, conciliación y cuidados: problemas de aplicación e impacto en la empresa”, en Sierra, Elisa y Vallejo, Ruth (eds): *Diseño e implementación de planes de igualdad en las empresas*. Pamplona: Editorial Aranzadi.

Elizalde-San Miguel, Begoña (2018). ¿Femenino e informal? El modelo tradicional de cuidados a examen desde una perspectiva demográfica. *Prisma Social*, 18: 243-262.

Fernández-Carro, Celia (2018). ¿Hacia la “desfamiliarización” del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 164: 57-76.

García-Soler, Álvaro; Castejón, Penélope; Marsillas, Sara; Del Barrio Truchado, Elena; Thompson, Lori y Díaz Veiga, Pura (2020). Emerging Evidence: Ageism and COVID-19, a study of social inequality through opinions and attitudes about older people in the coronavirus crisis in Spain. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 12 June 2020.

Gómez Fernández, Marisol (2020). ¿Sirven las nuevas tecnologías para cuidar? Curso de Verano “El modelo de cuidados a las personas mayores. ¿Qué nos ha enseñado la COVID-19? Disponible en: <https://www.youtube.com/channel/UCwxxpWn2TII04Zk70kT-1Dj-w>

Instituto Nacional de Estadística (2020). Estimaciones del número de defunciones semanales durante el brote de covid-19. Disponible en: https://www.ine.es/experimental/defunciones/experimental_defunciones.htm

Keller Garganté, Christel y Ezquerro Samper, Sandra (2021). Viviendas colaborativas de personas mayores: democratizar el cuidado en la vejez. *REVESCO. Revista de Estudios Cooperativos*, 137: 1-22.

Martínez Buján, Raquel (2019). Cuidados con “sentido común”: desafíos, vacíos y contradicciones. *Investigaciones Regionales. Journal of Regional Research* 44: 111-124.

Martínez Virto, Lucía (2010). Gestión de los cuidados, desnacionalización y precariedad laboral: una perspectiva comparada. *Alternativas* 17: 221-235.

Moreno Colom, Sara (2020). La crisis de la Covid-19, una oportunitat per repensar el treball del cura? Disponible en: <https://campusmedia.uab.cat/index.php/video/2556/la-crisi-de-la-covid-19-una-oportunitat-per-repensar-el-treball-de-cura/>

Moré, Paloma (2020). Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida. *Revista Española de Sociología*, 29 (3): 737-745. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.47>

Peterson, Elin (2017). Elder Care in Sweden: an Overview. *Revista de Derecho social y empresa*, 8: 90-108.

Zalakain, Joseba (2017). Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos. *Revista Derecho Social y Empresa* 8: 19-39.



Noticias

TOMÁS YERRO. IN MEMORIAM

Despedir a una persona como Tomás Yerro no es fácil. Es un desgarrar que duele. ¿Cómo hacerlo? Qué palabras deberíamos usar, cuando él las dominaba y sabía jugar con ellas y generar textos hermosos y sentidos. No es posible. Sí lo es manifestar cuánto le vamos a echar de menos y cuánto notamos ya el vacío que deja y que será muy difícil de llenar.

Porque ha significado mucho para la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología. Lo expresábamos en el texto que nos invitó a escribir para prologar uno de sus últimos libros, *Personas Mayores. Patrimonio de Primera*.

Decíamos que Tomás nos ha definido y conducido, porque tenía la cualidad de aportar visión amplia, porque proponía nuevos ámbitos de acción, sin perder nunca esa mirada de proximidad y de estar pendiente del detalle. No dejando a nadie atrás.

Hacíamos un canto a su ejemplo en la forma de envejecer: era un modelo de estilo de envejecer. Elaboraba conocimiento desde su propio envejecimiento, desde la enfermedad, y tenía la generosidad de prestarnos sus experiencias para que sirvieran de aviso de

navegantes. Nunca solo, camina al lado de otras personas y sacaba a la luz las buenas prácticas. Mostraba con sus testimonios las nuevas maneras de envejecer. Para contar historias hay que mirar al otro, y así, mirándose y mirando a los demás, nos hablaba de la jubilación, de la “abuelidad”, de ese seguir aprendiendo a lo largo de la vida por medio de la diversidad de oferta de cursos seniors. Sobre estos, fue un gran defensor y divulgador desde su papel de profesor. También su alumnado se dolerá con su pérdida.

Era un gran divulgador y salía a los medios de comunicación para hablar del envejecimiento. No pasaba por alto la figura importante de la persona que cuida. Se detenía en la lacra del edadismo y de los malos tratos a las personas mayores. También recogía el hecho emergente de la soledad en la vejez, de la dependencia y de la muerte, aunque no dejó de primar su visión positiva, optimista, de esta etapa del ciclo vital y las posibilidades que ofrece el envejecimiento activo. Nada le era ajeno. Como decía en uno de sus artículos: *Y mientras se pueda, saborear a fondo, en un acto de estricta justicia social, la gerontolescencia* (Diario de Navarra, 17 de noviembre de 2014).

Utilizaba toda herramienta literaria, ya que la literatura, siguiendo a Martín Garzo, *es una respuesta a las afrentas de la vida*, y según como se mire, la vejez lo es. Esas herramientas, en las manos expertas de Tomás, resultaban útiles para buscar, para sacar a la luz, perspectivas más afables e innovadoras desde donde mirar el hecho mágico de envejecer.

Su falta la arrastraremos, porque Tomás Yerro y la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología llevábamos tiempo caminando juntos. Le solicitamos su presencia en el jurado del Premio Tomás Belzunegui, jurado que él presidía. En este ámbito en concreto su falta será, si cabe, más significativa. Sus conocimientos literarios, experiencia en otros jurados, su ecuanimidad y solvencia, daban seguridad y prestigio al conjunto del jurado. Pero su colaboración con la Sociedad no se quedó ahí. También se ofreció a ayudar en el conjunto de las actividades de la Sociedad. Desde el año 2012 era socio Honorífico, asesor de la Junta y ha caminado a nuestro lado asistiendo a jornadas y congresos, dando charlas divulgativas y participando activamente en la vida de la Sociedad.

Contar con Tomás para la causa de la vejez, siempre era un plus. No venía solo, porque debido a su presencia en varias organizaciones, a sus relaciones y contactos los traía consigo, los ponía en relación y lograba sinergias, cooperaciones y sumas de efectivos que daban un valor añadido. Además, ponía al servicio de todas ellas sus habilidades y competencias como escritor. En la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología ha sido nuestro cronista. No solo asistía o participaba en las actividades, las recogía, las glosaba, elaboraba, comentaba y las publicaba en diversos medios, dando notoria cuenta de nuestro quehacer.

Compartió con nosotros su merecido premio Príncipe de Viana, por una vida de compromiso con la cultura, en su trabajo como docente, investigador y divulgador.

Sabemos cuánto significaban los libros para él y el valor que para él tenía la poesía. Acabamos con Mario Benedetti, "Existir todavía", Biblioteca:

Mi biblioteca es otra humanidad.

Plena de rostros dulces o salvajes.

Pero cuando una noche yo me extinga.

Mi biblioteca quedará vacante.

Adiós Tomás, el mundo contigo era mejor.

Camino Oslé.
Socia de la SNGG

PREMIO TOMÁS BELZUNEGUI, CONVOCATORIA 2020

La pandemia por Covid-19 ha interferido en el normal desarrollo de nuestras vidas. El estado de alarma y el confinamiento estuvieron a punto de dejar en suspenso la convocatoria del Premio Tomás Belzunegui 2020. A pesar de este panorama inicial, hemos querido convocar el Premio, pensando en todas aquellas personas que luchaban por superar la situación y por ejemplos de resiliencia de la población. En esta línea, hemos reconvertido una de las modalidades, la Juvenil, pasando ahora a tratar las Actividades Intergeneracionales, dando entrada a clubes y asociaciones de mayores, residencias, centros educativos y asociaciones juveniles, invitándoles a que recogiesen actividades intergeneracionales, presenciales o telemáticas, realizadas antes o durante la pandemia. Para ello tuvimos que ampliar el plazo de presentación de memorias hasta marzo de 2021.

De esta convocatoria han surgido una serie de trabajos, en las diferentes modalidades, cuyos premios otorgados por el Jurado, se entregarán en un momento adecuado. Será cuando la situación sanitaria, debido por la pandemia, lo permita y aconseje, pero antes de finalizar este curso académico.

El Premio Tomás Belzunegui tiene ahora la oportunidad de reorganizar su calendario, pasando de la convocatoria por año natural, a la convocatoria por curso académico. Con ello logramos sintonizar mejor con los tiempos de los centros educativos y universidades. De este modo, con el inicio del curso escolar, realizaremos la convocatoria del Premio Tomás Belzunegui 2021- 2022, con la necesaria adecuación de las bases del concurso.

Desde esta reseña, queremos destacar, que el Premio Tomás Belzunegui está de luto por el fallecimiento de *Tomás Yerro Villanueva*, presidente del Jurado del Premio, colaborador de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología y ferviente entusiasta de la promoción de las relaciones intergeneracionales.

Él hubiera disfrutado, como en ediciones anteriores, leyendo y reconociendo los trabajos presentados a esta convocatoria. Descanse en Paz.

El Jurado ha otorgado los siguientes premios:

Premio en la modalidad Relato Corto Abierto: *La mujer que aprendió del coronavirus*, de José Murugarren Leoz.

Accésit en la modalidad Relato Corto Abierto: *La ardilla Buti*, de Nuria Alguacil Morales.

Premio en la modalidad Relaciones Intergeneracionales: *Proyecto Vetera cum novis*, del IES de Mendillorri, Pamplona.

Premio en la modalidad Periodismo: *June me ha salvado la vida*, de Marialuz Vicondoa.

Accésit de la modalidad Periodismo: *Vivencia en blanco y negro*, de Patricia Carballo.

Premio en la modalidad Senior: *Mi amigo Fernando*, de Alberto Oroz Valencia.

Accésit en la modalidad Senior: *Piensa, sueña, atrévete*, de María Elena Oliva Gómez.

Premio Universidad: Tesis Doctoral, a Soledad Lorés Casanova. Tesis: *Estudio nutricional en la valoración de la fragilidad* (Universidad de Zaragoza).

Premio Universidad: Trabajo Fin de Grado, a Laura Lirio Hernández, por: *Una pareja saludable. Sobre intervención asistida con perros en pacientes con demencias moderadas*. (Universidad de Lleida).

Premio Universidad, Trabajo Fin de Master, a Gloria Alicia Cavia Naya, por su trabajo: *la solidaridad como respuesta a la soledad en las personas mayores* (Universidad de Navarra).

Premio Institucional: *Confederación de Asociaciones de Personas Mayores de Navarra: Tercer Tiempo*.

Convocatorias

ARTÍCULOS PARA CUADERNOS GERONTOLÓGICOS

Originales. Trabajos que aportan nuevos resultados. Los manuscritos deberán estructurarse en: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. La extensión recomendada es de 3.000-4.500 palabras. Deben acompañarse de un resumen de un máximo de 250 palabras estructurado en los mismos apartados que el texto y de 3 a 5 palabras clave.

Originales breves. La estructura es la misma pero su extensión es de unas 1.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía). El resumen tendrá un máximo de 150 palabras y entre 3 y 5 palabras clave.

FORMATO

Escrito en castellano en formato Word y compatibles (Rtf, Txt, etc.), letra Times New Roman, 12 pt y con 2,5 en todos los márgenes. Todos los artículos deberán estar paginados.

Título, Resumen y Palabras clave en castellano e inglés.

Tablas y figuras (imágenes, esquemas y gráficos) se numerarán consecutivamente con números arábigos y por separado tablas y figuras.

Las notas han de aparecer numeradas a pie de página (Times New Roman, 10 pt) con numeración arábiga y serán las imprescindibles.

Referencias bibliográficas serán únicamente las citadas en el texto. Se seguirán los criterios de las normas de publicación de la APA-2010 (*American Psychological Association*).

Citas en el texto

Si la oración incluye el apellido del autor sólo se escribe la fecha entre paréntesis: Roldán (2006).

Si no se incluye el apellido del autor en la oración: (Roldán, 2006).

Si es un fragmento literal: (Christff, 1996, p. 21).

