

CUIDAR A PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS EN TIEMPOS DE COVID-19

CARING FOR ELDERLY PEOPLE LIVING IN NURSING HOMES IN COVID-19 TIMES

Montserrat ARMENGOU FAL-CONDE¹, Eva MARCH ÁLVAREZ¹,
Roser JULIÀ JUNCADELLA¹, Roser MAURA RIERA¹, Montserrat GRAELL TOR¹,
Susanna FORNÉ GONZALEZ¹

1. Residencia asistida de la Fundació Sant Hospital La Seu d'Urgell

Introducción

La pandemia actual de la COVID-19 ha afectado de manera especial a personas de edad avanzada con multimorbilidad y/o enfermedades avanzadas, estimando que un 90% de las muertes se han dado en personas mayores de 65 años y muchas de ellas se han producido en residencias (Amblàs-Novellas, Martínez-Gómez & Blasco-Rovira, 2020). Esta situación ha provocado una crisis no sólo sanitaria, sino también de salud pública y social, forzando a priorizar recursos y planteando importantes dilemas éticos (Boceto-Osuna, García-Llana & Altisent, 2020).

Durante esta pandemia, las personas mayores han sufrido y sufren aislamiento y distanciamiento social, provocándoles cambios importantes en sus vidas, contrarios a lo que es un envejecimiento saludable, aumenta el sedentarismo, y por lo tanto se reduce la movilidad, se limitan las relaciones sociales y aparece una soledad no deseada; a ello se añaden los efectos emocionales relacionados directamente con la pandemia como son la ansiedad, depresión, trastornos del sueño, etc. (Armitage & Nellums, 2020).

En este contexto es interesante recordar la definición de salud que hace la OMS: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Partiendo de esta definición cabría preguntarse si los cuidados en las residencias han sido y son acordes a ella. Las medidas de protección, absolutamente necesarias ante la situación actual, suponen la mayoría de las veces un aislamiento de la persona mayor, relacionado sobre todo con el escaso o nulo contacto con el exterior. Esto, como ya se ha ex-

puesto, tiene unas repercusiones socioemocionales importantes que inciden en la salud de la persona mayor. En este sentido, Boceto-Osuna et al. (2020) explican que la respuesta sanitaria frecuentemente ha priorizado la seguridad física por encima de los principios y derechos de las personas mayores y sus familiares. Así, cabría cuestionarse si el cuidado físico es suficiente, e incluso si la falta de bienestar psíquico, social y espiritual pueda incidir en el estado físico. Más allá de la protección física del contagio, las personas mayores han visto limitadas las visitas y actividades, así como su participación en la toma de decisiones, aumentando su sentimiento de soledad y provocando un importante impacto que puede resultar igual o más catastrófico que la propia enfermedad (Boceto-Osuna et al., 2020). Por ello, desde el punto de vista de los cuidados tendríamos que plantearnos que es cuidar en situación de COVID-19. Cuidar es proteger la vida, pero ¿la vida qué es? La vida es más que el funcionamiento biológico de un cuerpo, la vida es la biografía de la persona, su proyecto vital, sus relaciones, su familia, sus inquietudes, sus necesidades emocionales y espirituales. Cuando sólo cuidamos protegiendo del contagio, dejamos de cuidar muchas partes de la vida de aquella persona. Es evidente que tenemos que proporcionar unos cuidados seguros, pero ¿a qué coste? Algunos autores explican que estas personas han padecido complicaciones no sólo clínicas, sino también funcionales y psicológicas severas, agravándose, además, algunas patologías previas como las demencias (Chu, Donato-Woodger & Dainton, 2020).

Por otra parte, durante la pandemia se ha acuñado el término de *residencia verde* aludiendo a residencias sin ningún contagio COVID-19; es obvio que es loable alcanzar esta etiqueta, pero en ocasiones parece como si el fin justificara los medios, ya que el aislamiento secundario a la protección es tan estricto y generalizado, que el cuidado personalizado y la biografía de la persona entran en conflicto. A veces puede parecer como si la protección tuviera como fin proteger la residencia y su gestión “limpia de contagio”, más que la protección holística del residente. Es en estas situaciones cuando los cuidados deben centrarse más, si cabe, en la persona, enfocándonos en la denominada atención centrada en la persona (ACP). Desde esta concepción del cuidado, la mirada de quienes cuidan y acompañan, parte del reconocimiento del otro como ser único, diferente y valioso. Aun cuando existe deterioro y fragilidad se identifican las fortalezas de la persona para que siga desarrollando sus capacidades y manteniendo el máximo control sobre su vida y cuida-

dos, lo que, en ocasiones, ha de realizarse mediante el ejercicio indirecto de la propia autonomía a través de terceros, sin renunciar a ésta (Martínez, 2019). Para ello la priorización de las necesidades deben hacerse con la persona mayor, explorando qué es para ella lo importante y significativo y es en estas situaciones, cuando la empatía del cuidador adquiere totalmente su sentido. Sólo si conocemos lo que para el otro es importante, si somos capaces de entender lo que está viviendo y lo que necesita podremos cuidarle de manera adecuada. Lo demás, es hacer tareas, sacar trabajo, cumplir órdenes, pero no cuidar. Si entendemos sus necesidades podremos acompañarlos en SU biografía, en SU sentido de la vida. Decía Viktor Frankl (1996) que si uno encuentra el sentido de lo que le ocurre, encontrará el cómo lograrlo, y el sentido no puede darse, lo encuentra cada uno, y el cuidado excelente ha de facilitar este cómo.

Centrándonos en el modelo de ACP, para cuidar de esta manera, debe respetarse el principio de autonomía de la persona. Se puede decir que la autonomía es respetada cuando se reconoce el derecho del individuo a mantener sus puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en sus valores y creencias personales (Siurana, 2010). Así cuidar la autonomía de la persona supone que los profesionales proporcionen información, asegurando su comprensión y potenciando la participación de ésta en la toma de decisiones. Sin embargo, en nuestro país aún predomina mayoritariamente el modelo de cuidado paternalista, en el que el principio bioético prioritario es el de beneficencia, lo que frecuentemente implica que es el profesional el que mayoritariamente decide que es lo mejor para el individuo. Sin embargo, el profesional tiene la obligación moral de respetar las decisiones autónomas de las personas, porque así procura su mayor bien de acuerdo a su propio proyecto vital (Beca, 2017). En los cuidados a los mayores también es frecuente la infantilización; generalmente, la persona mayor va perdiendo independencia física, y va necesitando más de los otros para realizar sus actividades de la vida diaria. Sin embargo, esto no es sinónimo de pérdida de autonomía en la capacidad de decisión, salvo en el caso de personas con deterioro cognitivo e incapacitadas para ello. Así pues, la persona mayor debidamente informada debe poder participar en la toma de decisiones que la impliquen, o es que ésta ¿es “menos responsable” y “menos capaz de entender” la necesidad de tomar medidas recomendadas para toda la población? ¿Está menos capacitada, por ejemplo, para asumir medidas especiales

y concretas que los jóvenes? ¿Y que el resto de la población? ¿Por qué después de 80 años de vida, por ejemplo, no puede decidir sobre sus cuidados y su vida? Las personas mayores no están en situación de final de vida sólo por el hecho de ser mayores, pero sí es cierto que están en el último tramo de vida y, después de todo lo que han vivido, tienen el derecho de poder decidir qué es lo prioritario para ellos, ¿por qué no podemos cuidarlos como ellos quieren ser cuidados?

Experiencia práctica

Con la voluntad de integrar de forma aplicada las reflexiones compartidas anteriormente, exponemos nuestra experiencia en época COVID-19 como grupo de trabajo desde el modelo de atención centrada en la persona.

Nuestra creación como tal, surgió en el año 2018 cuando nuestro hospital apostó claramente por la implantación e implementación de este modelo de atención y de buenas prácticas en los cuidados de las personas mayores de la residencia asistida (14 plazas públicas). Se articularon tres grupos de trabajo, uno centrado en trabajar el plan de atención y proyecto de vida de las personas que viven en el entorno residencial, otro focalizado en promover espacios libres de contenciones y un tercer grupo, y del que formamos parte, enfocado en preservar y llevar a cabo las actividades y actuaciones significativas que las personas mayores de nuestro centro contemplan en su proyecto de vida.

Los profesionales que trabajamos en el ámbito residencial sabemos que las personas a las que cuidamos tienen, además de una vida biológica, una biografía y un entorno relacional, social y familiar que ha quedado truncado por la pandemia que nos ha tocado vivir. Esta nueva realidad nos ha empujado, a los profesionales, a proteger cada proyecto de vida, a suplir el afecto de la familia y acompañar en su ausencia. Desde este escenario, nos hemos percatado, más que nunca, de la fuerza y sentido vital que tiene la presencia de los seres queridos para nuestros mayores. Teniendo en cuenta las necesidades psicosociales que presentan y el entorno en el que viven, hemos puesto el foco de atención en trabajar tres pilares, a nuestro entender, básicos:

1. *Residentes*: potenciar las fortalezas de cada persona, respetar la autonomía y facilitar la continuidad de cada proyecto de vida.

2. *Familias*: conocer las necesidades de las familias, animarlas a implicarse en la atención, colaborando en los cuidados y participando en la actividad cotidiana de la residencia.
3. *Equipo*: por un lado cuidarnos como profesionales y por otro, dar valor a los cuidados que ofrecemos a los mayores. Dignificar, acompañar en su proyecto de vida y aproximarnos a lo que para ellos es prioritario y da sentido a sus vidas.

Antes de exponer cómo estamos trabajando cada uno de los puntos, creemos que es interesante recordar el decálogo de ACP de Martínez (2013) ya que refleja de forma muy directa los aspectos que orientan y están presentes en nuestra atención:

- Todas las personas tenemos dignidad.
- Cada persona es única en su propio proyecto de vida.
- La biografía es la razón esencial de nuestra singularidad.
- Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida.
- Las personas con afectación cognitiva grave también tienen derecho a ejercer su autonomía.
- Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades.
- El ambiente físico influye en nuestro comportamiento y bienestar.
- La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
- Las personas somos interdependientes.
- Las personas somos sujetos interdimensionales sujetos a cambios.

A continuación reflejaremos con qué limitaciones nos hemos ido encontrando durante estos meses de pandemia y qué prácticas y planteamientos de mejora estamos haciendo.

Limitaciones

- Aumento del aislamiento social; restricciones en las salidas y escaso contacto con el exterior.
- Nulo contacto físico con familiares y amistades estrechas.
- Limitación en las visitas de los seres queridos y escasa participación en actividades comunitarias.

- Poca continuidad en el proyecto de vida de los residentes y pérdida de autonomía.
- Cambios normativos constantes que han generado inestabilidad y dificultan la toma de decisiones relacionadas con sus propios proyectos de vida.
- Inquietud por parte de las familias ante la situación actual.
- Malestar, agotamiento y distrés moral entre el personal.

Propuestas de mejora

1. *Residentes*: teniendo en cuenta las 5 dimensiones y prácticas que propone Martínez (2017) y que guían la atención centrada en la persona (conocimiento, autonomía, comunicación, bienestar, intimidad) nos planteamos:
 - Revisar las historias de vida de cada persona, valorar con ésta cuáles son sus prioridades ante la nueva situación, qué camino quiere seguir para alcanzar su proyecto de vida, qué objetivos son alcanzables y consensuarlos.
 - En el caso de las personas con demencia, solicitar ayuda a su familia o personas de referencia para dar mayor sentido a nuestras actuaciones.
 - Mantener el contacto con las familias a través de videollamadas y acercar telemáticamente las actividades comunitarias que pueden ser de su interés, proyectos intergeneracionales, culturales y actividades navideñas (en relación a la época del año en la que nos encontramos).
 - Cuidar el entorno relacional de la residencia y potenciar la realización de ocupaciones significativas de carácter lúdico y social, dando respuesta a las necesidades emocionales y sociales de los mayores.
2. *Familias*: asumimos que los familiares son claves en la atención personalizada, son buenos conocedores de sus mayores, son capaces de ponerse en su lugar y opinar desde sus valores. Así pues, nos podrán aportar información relevante colaborando en dar continuidad a su proyecto de vida. Esta actuación toma especial importancia en los casos de personas con deterioro cognitivo. Actuaciones concretas:
 - Reunión telemática con familiares para promover su participación y acercarlos a la vida cotidiana de sus mayores (se hará grabación para aquellas familias que no puedan asistir virtualmente).

- Videollamadas regulares para seguir manteniendo relaciones sociales significativas y garantizar su bienestar psicosocial.
 - Hacer una grabación felicitando la Navidad de forma personalizada.
3. *Equipo*: dando valor a las buenas prácticas profesionales en la atención a nuestros residentes, a la competencia e implicación que el equipo ha mostrado en tantos momentos, especialmente difíciles para todos, planteamos las siguientes actuaciones:
- Realizar un vídeo por parte del grupo con el objetivo de motivar y aumentar la participación del equipo, formando parte activa del grupo de actividades o aportando ideas de buenas prácticas orientadas hacia la personalización y el bienestar de las personas. El vídeo se enviará a todo el personal y se recogerán todas las propuestas que se vayan ofreciendo para trabajarlas.
 - Con el objetivo de valorar si se cumplen las necesidades, prioridades o expectativas de los residentes, introduciremos elementos metodológicos innovadores y flexibles como la planificación centrada en la persona con todas las actividades significativas que surjan, individuales y/o grupales. Trabajaremos en base a objetivos concretos, descripción de las actividades, material y tiempo estimado. Evaluaremos los resultados con la persona o, en su caso, con las familias.
 - Crear un espacio de respiro, de reflexión y que nos permita compartir inquietudes.

Desde estas líneas hemos hecho una reflexión sobre la realidad que muchos mayores, familias y profesionales estamos viviendo, en época COVID-19, en las residencias. El modelo de ACP concibe las residencias como lugares que deben permitir vivir y no sólo sobrevivir. Deben ser recursos que se adapten a las personas, ofreciendo los cuidados profesionales necesarios, pero sin olvidar su principal misión que no es otra que apoyar y hacer posible vidas con sentido, para evitar que las personas pierdan el control sobre su atención y actividad cotidiana (Martínez, 2019). Desde nuestra pequeña residencia, todo nuestro esfuerzo y empeño para que así sea.

Nota. En este artículo cuando se hace referencia a nuestros mayores y residentes se hace alusión a ambos sexos.

Nota de las autoras

Las autoras declaran ser las responsables del contenido y de las reflexiones que aparecen en este artículo, sin que éstas representen a la organización a la que están afiliadas.

Bibliografía

- AMBLÀS-NOVELLAS, J., MARTÍNEZ-GÓMEZ, R. & BLASCO-ROVIRA, M. (2020). La atención paliativa en las residencias durante la pandemia COVID-19 (o cuando el coronavirus llamó a la puerta del ámbito más vulnerable del sistema). *Medicina Paliativa*, 27(3), 234-241. DOI: 10.20986/medpal.2020.1169/2020.
- ARMITAGE, R. & NELLUMS, L.B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet. Public Health*, 5(5), e256. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X. Epub 2020 Mar 20.
- BECA-INFANTE, J.P. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista chilena de enfermería respiratoria*, 33(4), 269-271. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482017000400269>.
- BOCETA-OSUNA, J., GARCIA-LLANA, H. & ALTISENT, R. (2020) Reflexiones éticas desde la experiencia práctica de la crisis del COVID-19. *Medicina Paliativa*, 27(3), 255-262. DOI: 10.20986/medpal.2020.1187/2020.
- CHU, C.H., DONATO-WOODGER, S. & DAINTON C.J. (2020). Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*. Jul 9;10.1111/jan.14467. DOI: 10.1111/jan.14467. Online ahead of print.
- FRANKL, V. (1996) 18ªed. *Man's Search for Meaning*. Herder, Barcelona.
- MARTÍNEZ, T. (2019). La atención centrada en la persona. Un enfoque de calidad y buen trato para las personas mayores que precisan cuidados. *Revista Institucional Personas Mayores, Voces y Derechos, Ministerio*

Público de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 19, 215-230.

MARTÍNEZ, T. (2017). La evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 31(3), 83-89.

MARTÍNEZ, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud Disponible en: http://www.who.int/ob/bd/PDF/bd46/S-bd46_P2.pdf.

SIURANA APARISI, J.C. (2020). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22, 121.157. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>.

Montserrat ARMENGOU FAL-CONDE

Residencia asistida de la Fundación Sant Hospital La Seu d'Urgell.

e-mail: montsearmengou@gmail.com

Recepción: septiembre 2020 / Aceptación: octubre 2020