



**IMPACTO DE LAS RESTRICCIONES APLICADAS DURANTE LA
PANDEMIA DE LA COVID-19 EN PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN
INSTITUCIONALIZADAS EN UN CENTRO DE MAYORES DE TENERIFE.**

Autora: Cristina Hernández Mascareño.

Tutor: Dr. Cristo Manuel Marrero González.

Trabajo final de Grado.

Grado en Enfermería.

Facultad de Ciencias de La Salud: Sección de Enfermería.

Sede de Tenerife.

Universidad de La Laguna.

Junio 2022.

Resumen

La pandemia de la COVID-19 ha cambiado nuestra forma de vivir drásticamente. Las personas mayores, consideradas población vulnerable, han sido las principales afectadas por las restricciones y las consecuencias de este nuevo modo de vida. El no haber salido de las residencias, no haber recibido visitas de familiares y una reducción de las actividades dentro de los centros podrían traducirse en potenciales problemas de salud como el déficit de autocuidado, deterioro de la movilidad, aumento del dolor y hábitos tóxicos, problemas de socialización, depresión y soledad entre otros.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es determinar el impacto biopsicosocial que han tenido las restricciones aplicadas sobre los usuarios de edad avanzada institucionalizados en el Centro de Mayores de Ofra, Santa Cruz de Tenerife, durante la pandemia. Para ello se plantea un estudio mixto, con una parte cuantitativa descriptiva de carácter transversal y una parte cualitativa descriptiva fenomenológica. La muestra estará constituida por 174 usuarios del centro. Además, como instrumento de medida se utilizará una tablilla de elaboración propia y se realizará una entrevista semiestructurada. Las variables del estudio serán tratadas mediante estadística descriptiva. El estudio tendrá una duración estimada de 7 meses en los que se espera confirmar la hipótesis propuesta.

Palabras clave: Impacto, restricción, centro de mayores, COVID-19.

Abstract.

The COVID-19 pandemic has changed the way we live drastically. Elderly people, considered vulnerable populations, have been the main affected by the restrictions and the new way of living. The fact that they couldn't leave the residences, the lack of family visits, and the reduction in activities at the nursing homes could translate into potential health problems such as self-care deficit, impaired mobility, increased pain and toxic habits, socialization problems, depression and loneliness among others.

The main objective of this research project is to determine the biopsychosocial impact that restrictions applied have had to elderly users institutionalized in the Centro de Mayores de Ofra, Santa Cruz de Tenerife, during the pandemic. To this end, a mixed study is proposed, with a descriptive quantitative part of a cross-sectional nature and a qualitative descriptive phenomenological part. The sample will consist of 174 users of the center. In addition, a self-developed tablet will be used as a measuring instrument and a semi-structured interview will be carried out. The variables of the study will be treated by descriptive statistics. The study would have an estimated duration of 7 months in which we expect to confirm the proposed hypothesis.

Key words: Impact, restriction, nursing homes, COVID-19.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Problema.....	5
2.2 Centros de mayores antes de la pandemia de la COVID-19.....	5
2.3 Impacto de la pandemia por COVID - 19 en los centros de mayores de España.....	8
2.4 Restricciones de visitas en los centros de mayores.....	11
2.5 Otras restricciones.....	13
2.6 Potenciales problemas que podrían derivar de las restricciones aplicadas en los centros.	15
2.7 Cuidados de enfermería.	19
3. HIPÓTESIS.....	20
4. JUSTIFICACIÓN.....	20
5. OBJETIVOS.....	21
5.1 Objetivo general.....	21
5.2 Objetivos específicos.....	21
6. METODOLOGÍA.....	22
6.1 Diseño.....	22
6.2 Población diana.....	22
6.3 Muestra.....	22
6.3.1 Criterios de inclusión y de exclusión.....	23
6.4 Variables e instrumentos de medida.....	23
6.4.1 Variables sociodemográficas.....	23
6.4.2 Variables propias del estudio.....	23
6.5 Métodos de recogida de datos.....	27
6.6 Análisis de datos.....	28
6.6.1 Análisis de datos de la parte cuantitativa.....	28
6.6.2 Análisis de datos de la parte cualitativa.....	28
6.6.3. Análisis crítico de los datos y triangulación.....	28
6.7 Aplicabilidad del estudio.....	29
6.8 Consideraciones éticas.....	29
7. PLAN DE TRABAJO.....	30
8. PRESUPUESTO.....	30
9. LIMITACIONES.....	31
10. RETOMACIÓN DEL ESTUDIO.....	31
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
12. ANEXOS.....	38

1. INTRODUCCIÓN.

A finales de diciembre de 2019 se reporta en la provincia china de Hubei, en la ciudad de Wuhan, un grupo de 27 casos con cuadros de neumonía, cuya etiología se desconocía. ⁽¹⁾ Tras estudiar estos casos, las autoridades chinas identificaron que el causante de este brote se trataba de un nuevo coronavirus, llamado SARS-CoV-2, nombrado de manera oficial como *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2). ⁽²⁾

Los síntomas detectados en los primeros casos incluían tos seca, fiebre, pérdida del gusto y del olfato, disnea e infiltraciones pulmonares bilaterales apreciadas en radiografías. ⁽¹⁾ Al igual que otros virus de la familia de los coronavirus, este causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19. Su presentación clínica incluye desde cuadros respiratorios similares al del resfriado común hasta neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico. ⁽³⁾

Se trata de un virus constituido por ARN como genoma y su principal vía de transmisión es la vía respiratoria, especialmente a través de la tos y la expulsión de micropartículas en la saliva. El periodo de incubación de esta enfermedad se estipula entre 4 a 7 días y muchos de los afectados se muestran asintomáticos. ⁽⁴⁾

El 13 de enero de 2020 se reporta el primer caso de COVID-19 fuera de China, en Tailandia. ⁽⁵⁾ A partir de ese momento se fue extendiendo por el resto de los países del mundo. El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declara la situación como emergencia sanitaria de carácter internacional. ⁽³⁾

En España se confirmó el primer caso de COVID-19 el día 31 de enero de 2020. Se trataba de un turista alemán que se encontraba de vacaciones en San Sebastián de La Gomera, Islas Canarias. El paciente se aisló en el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, en la capital de la isla. ⁽⁶⁾

Sin embargo, debido a la rápida transmisión del virus, el 11 de marzo de 2020 se declaró como una pandemia a nivel mundial. Desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 13 de marzo de 2020 se confirman un total de 135.065 casos positivos y 5.005 fallecimientos. En cuanto a España, a día 13 de marzo de 2020 y según los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, el número de casos positivos ascendía a 4.209 con un total de 120 fallecidos. ⁽⁷⁾

Así, el 13 marzo del año 2020, en España, fue declarado el Estado de Alarma (Real Decreto 463/2020). ⁽⁸⁾ El Estado de Alarma implicó una reducción de movilidad de las personas y una reducción de la actividad económica, salvo en casos de fuerza mayor y en casos como el del personal esencial

(personal sanitario, transportistas, personal de supermercados, etc.). Esto implicó el confinamiento total de la población española en sus casas. Sólo pudieron salir aquellos considerados personal esencial y para realizar actividades como ir a comprar o ir a la farmacia. El resto de la población siguió realizando sus actividades de forma telemática.

Estas restricciones se aplicaron en todos los niveles, incluidos los centros de mayores. Se prohibió el acceso a los centros sociosanitarios a todo personal ajeno al mismo y se restringió la movilidad de los residentes, que tampoco pudieron salir durante este periodo.

Con estas medidas se pretendía evitar el contagio de las personas residentes en estos centros dado que, hasta la aparición de la vacuna frente a la COVID-19, la prevención era la única herramienta disponible para luchar contra este virus.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Problema

La implantación de medidas ha cambiado drásticamente la dinámica en los centros de mayores a nivel mundial. Es importante determinar el impacto que han tenido las restricciones aplicadas en los centros de mayores sobre los usuarios de edad avanzada institucionalizados durante el período de pandemia.

2.2 Centros de mayores antes de la pandemia de la COVID-19.

Un centro sociosanitario se describe, según el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria, como una “*infraestructura en la que se presta asistencia sociosanitaria a colectivos en situación de dependencia*”.⁽⁹⁾ En este caso, un centro de mayores presta sus servicios a personas de la tercera y cuarta edad.

Existen dos tipos principales de centros de atención sociosanitaria: las residencias y los centros de día.

- Las residencias de mayores: Son establecimientos en los cuales se ofrece alojamiento y servicios como alimentación, atención sanitaria, y atención personal, entre otros servicios a los usuarios. Las residencias pueden ser instituciones públicas o privadas.
- Los centros de día: En estos establecimientos se prestan servicios con la intención de aumentar el nivel de autonomía de los usuarios. Sirven como apoyo a las familias y cuidadores de las personas dependientes. Su horario de atención es durante el día.

En cuanto a los recursos que se ofrecen en Tenerife, obteniendo los datos registrados en la red de recursos de dependencia del gobierno de canarias ⁽¹⁰⁾, en la isla hay un total de:

- 27 residencias de mayores de carácter privado.
- 20 residencias de mayores de carácter público.
- 13 centros de día de carácter privado.
- 19 centros de día de carácter público.

Esto hace un total de 79 centros sociosanitarios en la isla, de los cuales 47 son residencias de mayores. ⁽¹⁰⁾

Sumando las plazas que ofrecen cada uno de estos centros y que igualmente están reflejadas dentro de la red de recursos de dependencia del gobierno, es posible calcular un total de aproximadamente 2.664 plazas entre todas las residencias de mayores de Tenerife.

Este cálculo es posible de realizar ya que los centros sociosanitarios han de tener su licencia de apertura en regla, lo que permite incluirlos en el censo. De esta forma se tiene control de las plazas que se ofrecen y de las que están ocupadas.

Centrándonos en las residencias de mayores: estas instituciones están reglamentadas por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Esta ley implementa las características que debe tener el centro, prestando atención integral, continuada y profesional. ⁽¹¹⁾

Además, estos centros han de estar dotados de las infraestructuras necesarias para prestar los servicios pertinentes a los usuarios que ahí residen. Dentro de estas infraestructuras encontramos:

- Habitaciones dotadas con todo lo necesario para ofrecer el mayor confort posible. (baño privado, televisión...). Estas habitaciones suelen ser dobles, aunque también hay centros que disponen de habitaciones individuales e incluso triples. Además, deben de estar adaptadas para aquellos con movilidad reducida.
- Zonas de uso común para facilitar las relaciones sociales entre residentes. Dentro de estas zonas encontramos; salas de estar, sala de televisión, comedor, patios, jardines, etc.
- Zonas habilitadas para las visitas de familiares. Estas zonas pueden ser o bien las salas de estar o incluso los patios y jardines.

- Zonas de realización de actividades y talleres, como la sala de fisioterapia, la sala de terapia ocupacional, etc.
- Comedor, lavandería, cocina.
- Otras zonas que no están en todos los centros, como capilla para actividades religiosas, cocina para talleres de cocina, etc.

En líneas generales, la mayoría de los centros de la isla cuentan con esas instalaciones básicas, aunque siempre existen modificaciones.

Por otro lado, las personas mayores no solo conviven en zonas comunes, sino que también comparten aficiones dentro del centro. Tal y como se recoge en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (IMSERSO, 2011) se ha demostrado que las actividades tanto lúdicas como físicas suponen beneficios para los usuarios. ⁽¹²⁾

Siendo entonces algunas de las actividades que se pueden realizar en centros de mayores:

- Musicoterapia. Por ejemplo: Programa “música para despertar”
- Actividades comunes de gimnasia con el fisioterapeuta del centro.
- Paseos terapéuticos por los alrededores de la institución.
- Actividades lúdicas y manualidades.
- Talleres ocupacionales.
- Actividades para fomentar la actividad física. (Jornadas de deporte adaptado, jornadas de baile, etc.)
- Actividades de animación sociocultural como actuaciones de grupos externos, especialmente en fechas navideñas.
- Excursiones y viajes.

Estas actividades son un ejemplo, y varían dependiendo de los centros y los recursos, tanto humanos como económicos que estos tienen.

Hablando de los recursos humanos de las residencias de mayores, los centros cuentan con su propio personal que da asistencia a los usuarios. Dentro del equipo sanitario de una residencia de mayores podemos encontrar auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc. También hay más personal que tiene un papel muy importante en la asistencia de las personas institucionalizadas; cocineros, cuidadores, técnico de animación sociocultural, personal de mantenimiento, etc.

Por lo general se atienden todas las necesidades de los usuarios en el propio centro, pero cuando estos necesitan de una atención más especializada se trasladan a los hospitales de la isla. Lo mismo ocurre con las visitas médicas; si los usuarios son independientes y su situación se los permite, se traslada a los usuarios a las consultas con sus médicos.

2.3 Impacto de la pandemia por COVID - 19 en los centros de mayores de España

En las primeras fases de la pandemia se observó que el SARS-CoV-2 afectaba de forma más grave a mayores de 65 años. Además, si estas personas padecen patologías de base previa como cardiopatías, (sobre todo hipertensión e insuficiencia cardíaca) patología respiratoria crónica y diabetes, son más susceptibles a sufrir la enfermedad y a desarrollar criterios de gravedad. ⁽⁴⁾

En la actualización de datos por parte del Ministerio de Sanidad de España que se llevó a cabo con fecha del 15 de abril de 2020 se contempla que la tasa de mortalidad equivale a un 1'2% en pacientes de entre 50-59 años, 13'8% en personas de entre 70-79 años, 23'7 % entre los 80-89 hasta alcanzar el 25'6% en mayores de 90 años. ⁽¹³⁾. Como se puede contemplar, existe una clara tendencia a una mayor mortalidad cuanto mayor es la edad de la persona que padece la enfermedad.

La tipología de paciente que se encuentra institucionalizado en las residencias de mayores son personas de edades avanzadas, muchos de ellos con patologías respiratorias, cardíacas, oncológicas, metabólicas y/o inmunosupresoras. Por otro lado, suelen presentar síndromes geriátricos como fragilidad en el anciano, dependencia y/o enfermedades cognitivas como la demencia. A esto se le suma que dentro de las residencias conviven junto a otras personas que también son vulnerables. ⁽¹⁴⁾ Este aspecto es lo que les hace especialmente vulnerables ante este nuevo coronavirus, por lo que se les incluye en el grupo de alto riesgo a la hora de padecer esta enfermedad.

En los centros de mayores de España los recursos son limitados: hay un número limitado de personal asistencial que atiende a estos usuarios (tanto médicos, como enfermeros, auxiliares, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) y el material del que se dispone para llevar a cabo esta asistencia también es limitado. ⁽¹⁵⁾

Al comienzo de la pandemia, cuando la presión hospitalaria no hacía más que aumentar y los hospitales de España estaban desbordados, esta limitación de recursos en los centros de mayores se hizo notar. No había materiales ni personal suficiente para atender desde el mismo centro a los usuarios, que no solo enfermaban de COVID-19, sino también presentaban cuadros más graves de sus propias patologías de base. ⁽¹⁶⁾

El aumento de la presión hospitalaria, sobre todo durante la primera ola, y el hecho de que en los hospitales de tercer nivel en España los recursos también son limitados, hizo que la situación se

agravase para los residentes. De los primeros 18.609 casos positivos de los cuales se tuvo información completa, el 43% requirieron ingreso hospitalario, 3'9% de ellos en la UCI. ⁽¹⁷⁾

A pesar de que se intentó aumentar la capacidad de respuesta con la adaptación de camas de hospital y la creación de hospitales de campaña ⁽¹⁸⁾, que casi la mitad de los casos positivos necesitasen hospitalización y la falta de equipos específicos para tratar esta enfermedad (como los respiradores) supuso que, a la hora de realizar ingresos en plantas de hospitalización y en la unidad de cuidados intensivos se siguieran criterios de elección en los que se excluyeron a las personas de edad avanzada.

Por otro lado, estos centros de mayores no estaban dotados de lo necesario para poder tratar a los pacientes que resultaban ser positivos en covid. Debido a cómo están estructurados, los residentes realizan la mayor parte de sus actividades en zonas comunes, como patios, salas de estar, sala de fisioterapia, comedor, etc. Incluso las habitaciones son compartidas por dos o más residentes. Esto hizo que fuese difícil llevar a cabo medidas básicas contra la covid como el aislamiento, la distancia de seguridad o incluso cumplir con el aforo en estas zonas comunes.

En cuanto al personal sanitario, los enfermeros y auxiliares de enfermería que prestan sus servicios en este tipo de instalaciones suelen tener formación específica sobre la gerontología y geriatría, por lo que fue normal que en su mayoría no tuviesen los conocimientos avanzados sobre patologías respiratorias necesarios para poder atender a los pacientes que enfermaron de coronavirus en los centros de mayores. ⁽¹⁹⁾

A esto se le sumó que, durante el inicio de la pandemia, no hubo suficientes equipos de protección individual (EPI), mascarillas, test de antígenos o PCR para detectar positivos entre el personal y los usuarios. ⁽²⁰⁾ Esto provocó que no se pudiese atender a los residentes siguiendo los protocolos establecidos. Además esta desprotección generó también miedo entre los trabajadores, que acudían a trabajar con el temor de poder contagiar a los residentes.

En los primeros meses de esta nueva situación, los residentes de los centros de mayores no solo estuvieron aislados en sus propios centros, sin visitas de familiares y sin poder salir, sino que también estuvieron aislados del sistema nacional de salud, quedando desamparados.

La discriminación que sufren las personas de edad avanzada por su edad se conoce como edadismo y podríamos considerar que esto ha estado presente en este tiempo de pandemia. ⁽¹⁹⁾ Este término evoluciona día a día y aunque fue descrito por Robert Butler en 1969, sigue estando vigente. Especialmente en la sociedad actual, cada vez más longeva y en la que parece que ser mayor es un *hándicap*.

Tanto a nivel europeo como a nivel nacional, los primeros brotes de esta enfermedad fueron detectados en centros sociosanitarios. En países como Francia o Hungría se publican los datos sobre las muertes y los casos positivos en residencias de mayores. En otros países como Alemania se hacen seguimientos más exhaustivos en los que todos los casos positivos dentro de una residencia de mayores se han de comunicar a las autoridades sanitarias. ⁽²¹⁾

Sin embargo, en España, desde el Gobierno Central, no se contabilizaron las muertes de personas institucionalizadas en centros de mayores fallecidas por COVID-19, por lo que el dato de la proporción de cuántas muertes se ha producido en este ámbito se desconoce. Las comunidades autónomas eran las encargadas de facilitar estos datos al Ministerio de Sanidad, por lo que se pudo hacer una estimación. Utilizando el informe del Canadian Institute for Health Information y los datos proporcionados por las CCAA, RTVE estimó que al menos dos tercios de la población fallecida por COVID-19 había fallecido en una residencia. ⁽²¹⁾⁽²²⁾ Sin embargo, determinar el dato real de esta cifra aún es una incógnita.

En diciembre de 2020, la Agencia Europea del Medicamento aprueba el uso de la vacuna Cominarty ® (Pfizer) en mayores de 65 años. Esta vacuna utiliza el RNA mensajero, cuya formulación contiene nanopartículas lipídicas, como mecanismo de entrada en una célula. A partir de este RNA mensajero se sintetiza la proteína S del Sars-Cov-2. Este RNA acaba por desintegrarse en unas 48 horas y no se integra en el ADN. Al no tratarse de una vacuna que contenga virus atenuados, no se replica ni produce la enfermedad. ⁽²³⁾⁽²⁴⁾

La vacuna Cominarty ® se administra vía intramuscular e inicialmente se trataba de dos únicas dosis espaciadas por al menos 21 días. Sin embargo, el transcurso de la enfermedad ha implicado que se necesite una tercera dosis de refuerzo. ⁽²⁴⁾

Para iniciar la vacunación, tanto a nivel nacional como a nivel europeo, se sigue una estrategia de vacunación propuesta por la Unión Europea, en la que se priorizan a las personas vulnerables y al personal sociosanitario. Las personas mayores de 65 años se incluyeron en este grupo, especialmente priorizando a los que estuviesen institucionalizados en centros de mayores. ⁽²⁵⁾

Por tanto, los residentes de los centros y los trabajadores son los primeros en recibir la primera dosis de Cominarty ®, en enero de 2021, cuando llegan las dosis a Canarias. La vacunación tuvo lugar en unas jornadas de vacunación que comenzaron con la persona de mayor edad del centro hasta que se vacunaron a todos los usuarios.

2.4 Restricciones de visitas en los centros de mayores.

Las personas institucionalizadas en los centros de mayores se consideran de alto riesgo, puesto que son de edad avanzada y además padecen patologías de base. Es por ello por lo que se aplicaron restricciones durante la pandemia de la COVID-19 para intentar prevenir el mayor número de contagios y muertes en los centros.

La más endurecida de ellas fue la prohibición de las visitas de familiares. Se trató de una medida que aunque resultó drástica en aquel momento, se realizó para preservar la salud de estos residentes.

Pero las prohibiciones de visitas a toda persona externa a los centros no fue algo que pasó únicamente en España. Esta medida se llevó a cabo en todo el mundo, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de La Salud. Se adoptaron distintas restricciones, teniendo en cuenta la situación de cada país y de cada comunidad autónoma. Desde prohibición total de las visitas en centros de mayores y hospitales, hasta un único visitante por paciente en caso de encontrarse ya en el final de la vida. ⁽²⁶⁾

Las restricciones de visitas se ampliaron incluso al personal sanitario externo que venía al centro a atender a los residentes, tales como psicólogos, psiquiatras, médicos especialistas o incluso fisioterapeutas si el centro no disponía de uno en su plantilla.

Durante los meses de encierro se intentó buscar la manera de que hubiese contacto entre familiares y usuarios. Las nuevas tecnologías se volvieron la vía para poder hablar con las personas institucionalizadas. Los familiares pudieron hablar a través de videollamada con sus allegados, con el uso de tabletas y móviles. Sin embargo, la brecha generacional entre las personas de edad avanzada y la tecnología actual dificulta esta forma de comunicación; muchos usuarios no saben utilizar un teléfono móvil, y una videollamada no se equipará al contacto físico, a los besos y los abrazos. ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾

En otros centros de mayores en Europa se utilizaron barreras de cristal (grandes pantallas) que separaban al paciente del familiar. De esta manera podían verse, sin llegar a tocarse y por tanto, sin que existiese riesgo de contagio. ⁽²⁸⁾

El personal de los centros jugó un papel importante en esta situación, puesto que también eran el vehículo de transmisión de información a los familiares de los mayores. Según estudios realizados donde se evaluaba la percepción de los familiares sobre la situación vivida en estos centros, la gran mayoría apreciaba la labor de enfermería en cuanto a la comunicación sobre el estado de su familiar y presentaban un gran nivel de satisfacción al respecto. ⁽²⁸⁾

El hecho de no recibir visitas de ningún tipo provoca una situación de aislamiento para el paciente. Esto puede influir de manera negativa en su estado anímico y en su forma de relacionarse con

el resto de los usuarios. El aislamiento social trae consigo problemas asociados que pueden empeorar el estado de la persona, especialmente si se trata de una persona de edad avanzada. Dentro de estos problemas se encuentra una disminución del bienestar, una mala salud mental, aumento de la mortalidad, y un mayor deterioro social y cognitivo. ⁽²⁹⁾

Si bien es cierto, esta situación de restricción en las visitas provocada por la pandemia ha ocurrido también en otras ocasiones.

En unidades de cuidados intensivos (UCI) y en unidades de cuidados neonatales los pacientes se encuentran recluidos. Las visitas en estas unidades están limitadas a un cierto horario e incluso a un cierto número de personas.

Los pacientes que se encuentran en estas unidades a menudo expresan el sentimiento de soledad que tienen al no estar en contacto con sus seres queridos. Además, existen también familiares que optan por no visitar a quien está ingresado, especialmente en estas unidades de cuidados intensivos, bien por miedo a este tipo de zonas donde se ha de seguir una serie de protocolos muy estrictos o bien para evitar el ‘mal trago’ de ver a sus allegados en este tipo de situaciones. ⁽³⁰⁾

Pero no solo hay restricciones de visita en este tipo de unidades. Durante el brote de 2003 de otro tipo de coronavirus, hubo restricciones de visitas en centros de mayores en países donde la presencia de este coronavirus fue relevante por el número de casos. Por ejemplo, es el caso de países como Holanda. Se apreció como el aislamiento supuso un retroceso en aquellos pacientes dependientes y que sufrían una enfermedad neurodegenerativa como el caso del Alzheimer. ⁽³¹⁾

Retomando la situación en las residencias de mayores, los familiares de estas personas institucionalizadas suelen no solo acompañar sino también colaborar en el cuidado de los residentes mediante actividades como la retirada de dispositivos de sueroterapia, evitando caídas o colaborando con la higiene personal y alimentación del usuario. Estos aspectos son realmente importantes para pacientes con un estado cognitivo alterado, con dependencia o con edad avanzada. Además, juegan un papel esencial en la socialización y en apoyo emocional de los usuarios.

Teniendo en cuenta que en los centros de mayores y residencias el número de usuarios supera con creces al número del personal sanitario que provee atención, y que las restricciones de visitas han prohibido que los familiares colaboren en ciertas actividades, en muchos de ellos se opta por medidas de contención mecánica para evitar, por ejemplo, caídas.

Según un estudio realizado en un hospital de agudos antes de la pandemia y durante el post confinamiento, cuando aún existían ciertas restricciones de visitas, se observa como durante este

periodo con ausencia de familiares hubo un aumento de la utilización de estas medidas de contención.⁽³¹⁾

Cuando la situación del país lo permitió y después de la campaña de vacunación masiva, los centros de mayores iniciaron la reintegración de las visitas a los usuarios, siguiendo una serie de protocolos. En otros países de Europa se realizaron estudios previos para establecer estos protocolos a seguir, evitando el mayor número de contagios posibles.

En el caso de los Países Bajos, solo se permitió un familiar por paciente, que debía seguir normas básicas como el uso de EPI (mascarilla), la higiene de manos y la distancia social con su familiar, así como un horario establecido de visita para no coincidir con los familiares del resto de usuarios.⁽¹⁵⁾ En España se siguió un modelo similar, teniendo en cuenta en todo momento la situación del centro y el número de casos en cada comunidad autónoma.

La vuelta a las visitas en los centros de mayores en Canarias se hizo siguiendo los niveles de alerta y el semáforo epidemiológico COVID-19 establecidos por el Ministerio de Sanidad.⁽³²⁾ Esto implica que las visitas se ven condicionadas al nivel de alerta y la situación epidemiológica en la que se encuentra cada una de las islas.

A enero de 2022; se permiten visitas en el nivel 1 de alerta, las visitas estarán supervisadas y se extremarán las medidas para evitar el contacto en el nivel 2 de alerta, y quedan prohibidas las visitas (salvo a pacientes terminales o cuando el facultativo lo considere) en los niveles 3 y 4.⁽³³⁾

2.5 Otras restricciones.

Las restricciones de visitas no fueron las únicas aplicadas en las residencias de mayores para evitar la propagación del virus. Se prohibió la movilidad de los usuarios fuera del centro, de modo que no podían abandonar las instalaciones de la institución en ningún momento.⁽³⁴⁾ Esto supuso que residentes que antes salían a pasear en los alrededores de la institución (acompañados por algún miembro del personal o familiar) o aquellos que volvían a sus casas los fines de semana para estar con la familia, se vieran obligados a permanecer en el centro.

En el siguiente cuadro se recogen más medidas que se implantaron en los centros de mayores durante la pandemia de la COVID-19:⁽³⁴⁾

Medidas aplicadas para evitar el contagio en centros de mayores.
<ul style="list-style-type: none"> ● Detección activa de sintomatología COVID tanto en pacientes como en personal (medición de temperatura, desinfección de manos...)
<ul style="list-style-type: none"> ● Creación de grupos burbuja dentro de los centros para evitar el contagio entre usuarios.
<ul style="list-style-type: none"> ● Distanciamiento social entre usuarios. Si es necesario, uso de EPI (mascarilla), prestando especial atención a los pacientes con deterioro cognitivo, que tienden a quitársela.
<ul style="list-style-type: none"> ● Si se dispone de recursos, realizar pruebas diagnósticas de COVID-19. (PCR o test de antígenos)
<ul style="list-style-type: none"> ● Confinamiento en las habitaciones en caso de un brote de positivos en la residencia para evitar el mayor número de contagios.
<ul style="list-style-type: none"> ● Se marcan aforos y horarios para el uso de las zonas comunes, con tiempo suficiente para desinfectar el área.
<ul style="list-style-type: none"> ● Desinfección del material utilizado por los residentes.
<ul style="list-style-type: none"> ● Se prohíben las actividades grupales, hasta que la situación epidemiológica lo requiera.

Además, el personal sociosanitario de los centros de mayores debió adoptar también las medidas necesarias para disminuir el contagio y proteger así a los residentes. Dentro de estas medidas se encuentran: ⁽³⁵⁾

- Lavado de manos siguiendo el modelo de los 5 momentos de la OMS.
- Si se presenta sintomatología compatible con la COVID-19, no acudir al puesto de trabajo hasta que se valore la situación.
- Uso de EPI (al menos mascarilla quirúrgica o fpp2, nunca con válvula de exhalación) a la hora de dar atención a los residentes.
- Distancia social con pacientes y personal siempre que sea posible.
- Espacios comunes como cocinas y office con aforo para evitar aglomeraciones.

La restricción de movilidad dentro de los propios centros y el confinamiento en las habitaciones provocó que los residentes tuvieran pasar más que tiempo dentro de las mismas. La infraestructura de estos espacios imposibilita la deambulación de los usuarios, por lo que el tiempo en la cama o sentados, objetivamente, aumentó.

2.6 Potenciales problemas que podrían derivar de las restricciones aplicadas en los centros.

2.6.1 Úlceras por Presión.

Uno de los principales problemas que pueden aparecer si una persona permanece mucho tiempo en la misma posición (encamado o sentado) son las lesiones por presión o úlceras por presión. Estas se definen como “*lesiones isquémicas producidas en la piel o tejidos subyacentes con pérdida de la integridad cutánea producida por la fricción entre dos planos*”. Estas lesiones abundan más cuando la fricción tiene lugar en zonas donde existen prominencias óseas, como los talones o tobillos, en la zona sacra y en los codos. De hecho, el 90% de las UPP están en la zona inferior del cuerpo. ⁽³⁶⁾

Para las personas de edad avanzada estas lesiones son muy comunes. Es más, las personas de más de 65 años entran en el grupo de riesgo de sufrir una lesión por presión. Este riesgo se puede medir desde el punto de vista de la enfermería utilizando escalas. Principalmente se utilizan dos herramientas, la escala de Braden y la escala de Norton, aunque existen muchas otras. ⁽³⁷⁾

- **Escala de Braden.** Se valora la percepción sensorial, la exposición de la lesión a la humedad, la actividad física, los cambios posturales, la nutrición del paciente y el cizallamiento o roce.
- **Escala de Norton.** Se valoran cinco parámetros en los que encontramos el estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico.

Con estas escalas y dependiendo de la puntuación podremos descartar si el paciente se encuentra en riesgo de padecer una lesión por presión o no.

2.6.2 Actividades básicas de la vida diaria.

Por otro lado, las restricciones que se aplicaron podrían tener un efecto sobre la autonomía y dependencia del usuario. Existen una serie de actividades, conocidas como **actividades básicas de la vida diaria** que indican el nivel de dependencia y autonomía que tiene una persona.

Este término se origina principalmente en el ámbito de la salud. En 1980 se definen como “*Las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento.*” (Reed y Sanderson, 1980).

Con el avance de las épocas se concibe que las actividades de la vida diaria no solamente incluyen las actividades de independencia personal, sino también aquellas de independencia económica y autonomía. ⁽³⁸⁾ Es por ello por lo que posteriormente se clasifican las actividades de la vida diaria dependiendo de su complejidad cognitiva.

De esta manera nacen dos nuevos términos:

- Actividades básicas de la vida diaria
- Actividades instrumentales de la vida diaria.

Las actividades básicas de la vida diaria son universales y están relacionadas con las necesidades básicas de los humanos. No suponen un esfuerzo cognitivo muy alto ya que una vez realizadas se vuelven automáticas. Dentro de estas actividades encontramos la alimentación, el aseo, el baño, la movilidad y el descanso. ⁽³⁸⁾

Desde el punto de vista de enfermería, existe una herramienta validada para valorar el nivel de dependencia de un paciente. Esta herramienta se conoce como Índice de Barthel o escala de Barthel (Anexo III).

Esta escala recoge ítems como la alimentación, el vestirse y desvestirse, deposiciones, micciones, ir al retrete, transferencias a la cama, deambulación y subir y bajar escaleras. Dependiendo de la puntuación obtenida una vez aplicada esta escala se determinará si el paciente tiene dependencia total (0-20), severa (21-60), moderada (61-90), escasa (91-99) o independencia (100).

Con esta herramienta se nos permitirá medir el grado de dependencia de un paciente para poder así centrar los cuidados teniendo en cuenta este nivel.

Por otro lado encontramos las actividades instrumentales de la vida diaria, que suponen mayor complejidad e incluyen una interacción con el medio. Dentro de estas actividades se encuentra: ⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾

- Cuidar de mascotas y personas.
- Habilidades comunicativas (hablar por teléfono, escribir, etc)
- Conducir.
- Manejo de la economía.
- Realizar compras.
- Mantenimiento de la propia salud.
- Actuación ante emergencias.
- Establecimiento y cuidado del hogar.

La alimentación es uno de los principales aspectos de las actividades básicas de la vida diaria. Como ya se ha mencionado con anterioridad, las visitas de familiares y amigos en muchas ocasiones implicaban colaboración en este tipo de actividades.

Un estudio realizado por The Japanese Psychogeriatric Society en 2020, en donde los sujetos de estudio fueron pacientes ingresados en el Queen Mary Hospital y en el Tuen Mun Hospital procedentes de residencias de ancianos, se centra en este tema. Tras comparar datos con los obtenidos

en 2019, se observó que en 2020 hubo un aumento de dificultades en la alimentación (pacientes dependientes para comer o incluso que precisan de nutrición parenteral y/o enteral), posiblemente asociado a las restricciones de visitas. Además se afirma que esto podría empeorar si el paciente padece algún tipo de demencia. ⁽⁴⁰⁾

2.6.3 Dolor en personas de edad avanzada.

El hecho de que las restricciones dentro de los centros han supuesto una disminución de la actividad física y movilidad de las personas institucionalizadas podría verse reflejada en el nivel de dolor de los usuarios. La actividad física es una herramienta útil para disminuir el dolor y fortalecer el sistema locomotor de las personas de edad avanzada. ⁽¹²⁾

El dolor fue definido por la IASP (International Association for the Study of Pain) como “*una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en término de la misma, y si persiste sin remedio disponible para su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma.*” ⁽⁴¹⁾

Sin embargo, el dolor es muy difícil de definir y de medir, ya que se trata de una experiencia totalmente subjetiva.

En cuanto a la clasificación de los tipos de dolor se ha realizado mediante diversos criterios a lo largo de la historia, ya que es un concepto tan amplio que abarca numerosas manifestaciones. La clasificación más generalizada indica que el dolor lo podemos clasificar según su:

- **Temporalidad:** El dolor puede ser agudo o crónico.
- **Etiología:** Físico o psicógeno.
- **Localización:** Referido o proyectado

Las personas de edad avanzada suelen vivir con dolor crónico, llegando a normalizarse dentro del proceso del envejecimiento. De hecho, el dolor es una de las principales causas de consulta en las personas mayores de 65 años. ⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾

La actividad física y las actividades grupales tienen, entre otros beneficios, la disminución del dolor. ⁽⁴⁴⁾ Por lo que, en este periodo de tiempo en la que las actividades han estado totalmente prohibidas en este tipo de centros, podríamos encontrar un aumento de sintomatología compatible con el dolor crónico.

2.6.4 Dependencia y demencia.

En este tipo de infraestructuras el tipo de paciente institucionalizado suele ser a menudo dependiente en todas las esferas de su vida. Es por ello por lo que requieren de cuidados por parte del personal en todo momento. Este hecho implica que haya un contacto, tanto físico como social, entre el residente y el personal.

En tiempos de COVID-19, en donde fue necesario extremar el contacto entre personas y las medidas de seguridad, se detectaron un mayor número de casos positivos de esta enfermedad en las personas dependientes. ⁽⁴⁵⁾ El hecho de ser personas dependientes y la dinámica de necesitar cuidados asistenciales de larga exposición supuso un riesgo adicional para estos residentes.

Por otro lado, el hecho de haber dejado de realizar actividades grupales, tanto físicas como sociales, y actividades de estimulación cognitiva podría suponer un aumento tanto de la dependencia de los residentes como un empeoramiento en las enfermedades cognitivas.

2.6.5 Impacto psicosocial.

En cuanto a las esferas psicosocial y emocional, la pandemia ha resultado devastadora para toda la población. Durante los pasados dos años de nuestra vida en pandemia, las noticias y la sobreinformación acerca de lo que estaba y está pasando en el mundo llenaban de sentimientos de miedo e incertidumbre a toda la población. Este hecho no fue diferente para las personas mayores.

El sentimiento de soledad es un problema ya existente en las personas de edad avanzada, especialmente en las que se encuentran institucionalizadas y alejadas de sus familiares. De hecho, está considerado como un problema de salud pública que afecta a los mayores. ⁽⁴⁶⁾ Durante este periodo de aislamiento, las personas mayores han expresado más que nunca sentimientos de soledad.

Un estudio realizado por Santini ZI et al. en 2020 reveló que existía una relación entre este sentimiento de soledad y la aparición de síntomas de depresión y ansiedad. ⁽⁴⁷⁾ También aspectos como la fatiga, el insomnio y el aumento del sedentarismo están asociados con la soledad. ⁽⁴⁸⁾

El temor ha sido un sentimiento muy presente en este tiempo. Los ancianos no sólo han experimentado el miedo a contagiarse sino también a que otros familiares cercanos como hijos o nietos se contagien. Muchos de ellos han expresado que sentían mayor preocupación por la salud de sus familiares que por ellos mismos. ⁽⁴⁹⁾ El haberse movido de sus centros y tener que ir a hospitales colapsados durante las primeras olas de contagios puede afectar también a su estado emocional, generando cuadros de ansiedad y estrés. ⁽⁴⁸⁾

Estos sentimientos se podrían traducir en un aumento de los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el abuso de alcohol como forma de buscar consuelo y alivio.

Aparece también el sentimiento de sentirse como una carga. Lo podemos relacionar con términos nombrados anteriormente como el edadismo. Esta situación ha provocado que personas de edad avanzada, al ver como son discriminados por su edad y debido a sus propias autopercepciones y autoestima, se vean como una carga para la sociedad actual. ⁽⁴⁹⁾

Por otro lado, encontramos la falta de dar cuidados adecuados al final de la vida y el derecho a tener una muerte digna. Muchos de las muertes por COVID-19 en las residencias de mayores han ocurrido en total soledad, sin despedidas de los familiares y sin velatorio. Esto tendrá consecuencias que no solo se verán ahora, sino que podremos encontrar efectos retardados, especialmente en estos procesos de duelo sin completar. ⁽⁴⁸⁾

2.7 Cuidados de enfermería.

Desde el punto de vista de la enfermería, conocer los principales problemas que podrían aparecer a raíz de esta pandemia nos permitirá generar cuidados de calidad en estos usuarios.

Conociendo esto, y utilizando la herramienta NNNConsult que recoge los diagnósticos de enfermería NANDA, y sus objetivos e intervenciones (NOC, NIC) podemos enumerar los potenciales diagnósticos de enfermería para estos pacientes institucionalizados. ⁽⁵⁰⁾

- ⇒ **Esfera social:** [00052] Deterioro de la interacción social. [00053] Aislamiento social. [00054] Riesgo de soledad.
- ⇒ **Déficit autocuidado:** [00085] Deterioro de la movilidad física. [00102] Déficit de autocuidado en la alimentación. [00108] Déficit de autocuidado en el baño. [00109] Déficit de autocuidado en el vestido. [00110] Déficit de autocuidado en el uso del inodoro.
- ⇒ **Otros diagnósticos:** [00093] Fatiga. [00133] Dolor crónico. [00124] Desesperanza [00146] Ansiedad. [00148] Temor [00198] Trastorno del patrón del sueño. [00257] Síndrome de fragilidad del anciano. [00304] Riesgo de lesión por presión en el adulto.

Se debe prestar mucha atención al **síndrome de fragilidad del anciano**, definido como *“Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la*

susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad” ⁽⁵¹⁾ ya que este diagnóstico engloba en este contexto al resto de diagnósticos que se nombran.

Cabe destacar la existencia de la Teoría del Déficit de Autocuidado, desarrollada por Dorothea Orem, muy relacionada con los problemas que se plantean. Es una teoría general compuesta a su vez por otras tres teorías; la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. ⁽⁵²⁾

Desarrollando un poco más la última teoría, Dorothea Orem asegura que existen tres tipos de sistemas en los que la enfermera actúa para suplir las carencias de un paciente.

- El sistema parcialmente compensatorio, donde el paciente necesita la colaboración de la enfermera puesto que no puede llevar a cabo su autocuidado en su totalidad.
- El sistema totalmente compensatorio, donde el paciente no puede realizar su autocuidado y necesita la ayuda total de la enfermera.
- Finalmente tenemos el sistema de soporte educativo, donde, como su nombre indica, el papel de la enfermera es el de educar en salud al paciente para que pueda autocuidarse con la mayor satisfacción posible. ⁽⁵³⁾

Así pues, debemos tener esto en cuenta, ya que dentro de las residencias y centros de mayores el personal de enfermería estaría actuando dentro del sistema parcialmente compensatorio o bien dentro del sistema totalmente compensatorio, dependiendo de la situación del residente.

Como enfermeras debemos brindar cuidados de calidad y sobre todo, cuidados centrados en el paciente. Tal y como describe la Teoría de las relaciones interpersonales de Peplau, es importante establecer una relación de respeto, desarrollo y aprendizaje con el paciente para no deshumanizar sus cuidados. ⁽⁵⁴⁾ Esta relación hará que creamos un cuidado digno basado en el paciente y sus necesidades.

3. HIPÓTESIS.

Las restricciones aplicadas a raíz de la pandemia de la COVID-19 han tenido un impacto negativo a nivel biopsicosocial en la salud y el bienestar de las personas de edad avanzada institucionalizadas en centros de mayores.

4. JUSTIFICACIÓN

Las personas de edad avanzada debido a su calidad como pacientes de riesgo han sido las últimas en abandonar el confinamiento y con el fin de protegerlos serán los primeros en confinar en

caso de que exista algún rebrote. Es por ello por lo que necesitamos generar investigaciones que nos permitan prepararnos ante otra crisis sanitaria de este nivel.

Esta situación declarada como emergencia sanitaria mundial puede ocurrir en tiempos futuros, existiendo entonces la posibilidad de volver a aplicar medidas restrictivas como un confinamiento o la prohibición de visitas. Por este motivo es necesario conocer la evidencia acerca del impacto de este tipo de medidas sobre la población de edad avanzada para así poder evitarlo o al menos intentar minimizarlo.

Los resultados de la investigación que se propone nos permitirían determinar si la situación vivida dentro de los centros de mayores ha influenciado en su calidad y dinámica de vida en todos los aspectos, tanto físico, como mental, como social.

Una vez obtenidos los resultados nos permitiría generar planes de actuación para intentar minimizar el impacto de medidas tan restrictivas sobre la vida de las personas institucionalizadas, no sólo en el contexto de esta pandemia que estamos viviendo, sino también mirando hacia futuras enfermedades que puedan requerir de una intervención similar a la vivida durante estos años.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar el impacto biopsicosocial que han tenido las restricciones aplicadas en los centros de mayores sobre los usuarios de edad avanzada institucionalizados en una residencia en la isla de Tenerife durante la pandemia de la COVID-19.

5.2 Objetivos específicos

- Comparar resultados de datos recogidos antes y después de la pandemia a través de índices y escalas.
- Comparar el uso de fármacos (ansiolíticos, analgésicos y/o antidepresivos) en los pacientes, antes y durante la pandemia.
- Analizar si existe relación entre las restricciones por la pandemia y un aumento de la dependencia en los pacientes.
- Comprobar si ha habido un aumento de pacientes encamados tras la pandemia.
- Comparar el uso de contención mecánica antes y después de la pandemia.
- Comparar la autonomía de los pacientes para llevar a cabo ABVD antes y después de la pandemia.
- Determinar los hábitos tóxicos de los institucionalizados antes y después de la pandemia.

- Analizar las relaciones sociales de los pacientes antes y después de la pandemia.
- Describir la perspectiva de los pacientes sobre la calidad de su vida antes y durante la pandemia.

6. METODOLOGÍA.

6.1 Diseño

Se plantea un estudio mixto que combine aspectos cuantitativos y aspectos cualitativos. Por un lado, un estudio cuantitativo descriptivo de carácter transversal y retrospectivo y por el otro lado un estudio cualitativo descriptivo fenomenológico que nos permita comprender la percepción y realidad de las personas objetos del presente estudio.

La relevancia de presentar un estudio fenomenológico recae en que este tipo de estudios permite a la enfermería tener una visión investigativa centrada en la experiencia de la persona y por tanto añadir el componente subjetivo a la investigación. ⁽⁵⁵⁾ Esto nos permitirá humanizar los cuidados prestados a los usuarios de los centros de mayores.

6.2 Población diana

La población de estudio serán los residentes de un centro de la zona metropolitana de la isla de Tenerife, que hayan estado institucionalizados en el centro durante la pandemia de la COVID-19.

El centro seleccionado cuenta con una oferta de 174 plazas a fecha de febrero de 2022. Este centro se trata de la Residencia de Mayores de Ofra, situada en el municipio de Santa Cruz de Tenerife. Se encuentra en funcionamiento desde 1975 y desde el año 2001 se encuentra integrada dentro del IASS, quienes se encargan de su gestión. ⁽⁵⁶⁾

En cuanto a la infraestructura, está dividida en cinco plantas donde no solo se tratan a personas de edad avanzada sino también a personas dependientes y personas con problemas de salud mental.

6.3 Muestra.

Se trata de un muestreo intencional entre los residentes que se encuentran institucionalizados en el centro. Según los datos obtenidos, el número de residentes del centro de mayores podría ascender hasta un total de 174. Por ello podemos decir que tenemos una población finita, relativamente pequeña.

Para llevar a cabo el estudio debemos obtener resultados que sean estadísticamente representativos, por lo que se ha calculado que el mínimo de la muestra debe ser de 52 personas. El cálculo se ha realizado utilizando la siguiente fórmula para estimar una proporción y para definir una población ajustada a pérdidas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Muestra

N = Total de la población.

Z_{α}^2 = 1,96 para un nivel de confianza del 95%.

p = Proporción esperada. En este caso 5% → 0,05.

q = 1 - p . En este caso 0,95.

d = Precisión. En este caso 0,05.

6.3.1 Criterios de inclusión y de exclusión.

- *Criterios de inclusión.*
 - Hombres y mujeres institucionalizados en el centro.
 - Residentes en el centro antes del inicio de la pandemia y durante la pandemia.
- *Criterios de exclusión.*
 - Residentes que no estuviesen institucionalizados antes ni durante la pandemia.
 - Residentes que se nieguen a participar en el estudio
 - Residentes que por su condición, debido a problemas cognitivos, no puedan llevar a cabo la pequeña entrevista que se plantea.

6.4 Variables e instrumentos de medida

6.4.1 Variables sociodemográficas.

Estas permiten definir las características de la muestra estudiada.

- Sexo, como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: hombre/mujer.
- La edad, como variable cuantitativa discreta que se expresará numéricamente en años.
- El tiempo que llevan ingresados en el centro, como variable cuantitativa discreta que se expresará numéricamente en años o meses (según corresponda)

6.4.2 Variables propias del estudio

Actividades básicas de la vida diaria. (Siguiendo el Índice de Barthel). Consta de 14 ítems dentro de los que se encuentran:

- “*En lo referente a la alimentación, antes de la pandemia, el usuario*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incapaz de comer solo / Necesita ayuda para comer / Es totalmente dependiente para comer.

- “*En lo referente a la alimentación, después de la pandemia, el usuario*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incapaz de comer solo / Necesita ayuda para comer / Es totalmente dependiente para comer.
- “*En lo referente a la higiene personal (lavarse la cara, manos, dientes, etc), el usuario antes de la pandemia*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: Necesita ayuda con el aseo personal / Es independiente para el aseo personal.
- “*En lo referente a la higiene personal (lavarse la cara, manos, dientes, etc), el usuario después de la pandemia*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: Necesita ayuda con el aseo personal / Es independiente para el aseo personal.
- “*En lo referente al uso del retrete, el usuario antes de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es independiente / Necesita algún tipo de ayuda, aunque hace cosas por sí mismo (limpiarse, vestirse, etc) / Es completamente independiente.
- “*En lo referente al uso del retrete, el usuario después de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es independiente / Necesita algún tipo de ayuda, aunque hace cosas por sí mismo (limpiarse, vestirse, etc) / Es completamente independiente.
- “*En cuanto al baño y la ducha, el usuario antes de la pandemia*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: Dependiente para el baño. / Independiente para el baño.
- “*En cuanto al baño y la ducha, el usuario después de la pandemia*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: Dependiente para el baño. / Independiente para el baño.
- “*En cuanto a vestirse y desvestirse, el usuario antes de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Dependiente. / Necesita de ayuda pero puede realizar aproximadamente la mitad. / Independiente (incluidos botones, cremalleras, etc.)
- “*En cuanto a vestirse y desvestirse, el usuario después de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Dependiente. / Necesita de ayuda pero puede realizar aproximadamente la mitad. / Independiente (incluidos botones, cremalleras, etc.)
- “*En lo referente al control de heces, el usuario antes de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incontinente. / Tiene accidentes ocasionales (1 vez/semana). / Es continente.
- “*En lo referente al control de heces, el usuario después de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incontinente. / Tiene accidentes ocasionales (1 vez/semana). / Es continente.

- “*En cuanto al control de diuresis, el usuario antes de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incontinente, sondado o incapaz de cambiarse la bolsa. / Tiene accidentes ocasionales. / Es incontinente.
- “*En cuanto al control de diuresis, el usuario después de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incontinente, sondado o incapaz de cambiarse la bolsa. / Tiene accidentes ocasionales. / Es incontinente.

Movilidad y actividad física (Siguiendo el Índice de Barthel). Consta de 6 ítems entre los que se encuentran:

- “*En lo referente a la movilidad para trasladarse a la cama, antes de la pandemia, el usuario.*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incapaz de trasladarse a la cama ni mantenerse sentado / Necesita ayuda para trasladarse a la cama y se mantiene sentado. / Es capaz de trasladarse a la cama y mantenerse sentado.
- “*En lo referente a la movilidad para trasladarse a la cama, después de la pandemia, el usuario.*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incapaz de trasladarse a la cama ni mantenerse sentado / Necesita ayuda para trasladarse a la cama y se mantiene sentado. / Es capaz de trasladarse a la cama y mantenerse sentado.
- “*En cuanto al desplazamiento, el usuario antes de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Está inmovilizado. / Anda con una pequeña ayuda (física o de una persona) / Independiente.
- “*En cuanto al desplazamiento, el usuario después de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Está inmovilizado. / Anda con una pequeña ayuda (física o de una persona) / Independiente.
- “*En lo referente a subir y bajar escaleras, el usuario antes de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incapaz. / Necesita ayuda verbal o física (muletas). / Es capaz de subir y bajar escaleras.
- “*En lo referente a subir y bajar escaleras, el usuario después de la pandemia*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Es incapaz. / Necesita ayuda verbal o física (muletas). / Es capaz de subir y bajar escaleras.

Medicación que toma el paciente. Para determinarla usaremos 6 ítems.

- “*Antes de la pandemia, el consumo de ansiolíticos del usuario.*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No consume ansiolíticos. / Consume ansiolíticos con una dosis de ____”. En la segunda opción se indicará el fármaco y la dosis que toma el paciente.
- “*Después de la pandemia, el consumo de ansiolíticos del usuario.*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No consume ansiolíticos. / Consume ansiolíticos

con una dosis de ____”. En la segunda opción se indicará el fármaco y la dosis que toma el paciente.

- “*Antes de la pandemia, el consumo de antidepresivos del usuario*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No consume antidepresivos. / Consume antidepresivos con una dosis de ____”. En la segunda opción se indicará el fármaco y la dosis que toma el paciente.
- “*Después de la pandemia, el consumo de antidepresivos del usuario*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No consume antidepresivos. / Consume antidepresivos con una dosis de ____”. En la segunda opción se indicará el fármaco y la dosis que toma el paciente.
- “*Antes de la pandemia, el consumo de analgésicos del usuario*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No consume analgésicos. / Consume ansiolíticos con una dosis de ____”. En la segunda opción se indicará el fármaco y la dosis que toma el paciente.
- “*Después de la pandemia, el consumo de analgésicos del usuario*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No consume analgésicos. / Consume ansiolíticos con una dosis de ____”. En la segunda opción se indicará el fármaco y la dosis que toma el paciente.

Úlceras por presión. Se utilizarán 5 ítems para su valoración.

- “*Antes de la pandemia, el usuario está encamado*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: Sí / No.
- “*Después de la pandemia, el usuario está encamado*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: Sí / No.
- “*Antes de la pandemia, el usuario presenta lesiones por presión*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta.
- “*Después de la pandemia, el usuario presenta lesiones por presión*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta.
- “*Si el paciente presenta lesiones por presión desde antes de la pandemia, estas han*” como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: Mejorado / Empeorado. / Se han mantenido igual.”

Medidas de contención. Se utilizarán 2 ítems para su valoración.

- “*El usuario requiere de medidas de contención mecánica (sujeción ventral o de extremidades) antes de la pandemia*” como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: Sí / No.

- *“El usuario requiere de medidas de contención mecánica (sujeción ventral o de extremidades) después de la pandemia”* como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: Sí / No.

Hábitos tóxicos. Consta de 4 ítems.

- *“El usuario es consumidor de tabaco antes de la pandemia.”* como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No / Sí. Fumador de ____ cigarrillos diarios. En la segunda opción indicar con valor numérico.
- *“El usuario es consumidor de tabaco después de la pandemia.”* como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No / Sí. Fumador de ____ cigarrillos diarios. En la segunda opción indicar con valor numérico.
- *“El usuario consume alcohol antes de la pandemia.”* como variable cualitativa politómica con tres opciones de respuesta: No / Ocasionalmente. / Diariamente.
- *“El usuario consume alcohol después de la pandemia.”* como variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta: No / Ocasionalmente. / Diariamente.

6.5 Métodos de recogida de datos.

Para la recogida de datos se utilizarán diversos materiales. Para la parte cuantitativa se utilizará una tablilla de elaboración propia para ir registrando datos recogidos en la historia clínica de cada paciente. Se trata de una tablilla que recoge todas las variables del estudio y con la cual se mantendrá el anonimato de los pacientes en todo momento. Se imprimirán copias de esta tablilla para recoger los datos y se rellenará por la investigadora y los colaboradores de la investigación.

Por otro lado, para la parte cualitativa del estudio se llevará una entrevista semiestructurada. Esta nos servirá para poder describir la percepción del usuario sobre la interacción social, su estado anímico y su calidad de vida.

Como esquema para elaborar la entrevista semiestructurada, se realizan una serie de preguntas sacadas de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF adaptada por la Junta de Andalucía. ⁽⁵⁷⁾ No se utilizará de forma impresa sino que será la investigadora quien entreviste a los usuarios con el fin de interactuar un poco con ellos.

Sin embargo, se entiende que al tratarse de una entrevista semiestructurada, las preguntas pueden variar dependiendo del ritmo de la entrevista y de las necesidades del entrevistado.

Esta entrevista se realizará hasta llegar a un índice de saturación, en donde los datos que estemos recogiendo no añadan nada nuevo a la investigación. Se seguirán los mismos criterios de inclusión y de exclusión que en la parte cuantitativa

6.6 Análisis de datos.

6.6.1 Análisis de datos de la parte cuantitativa.

Para procesar los datos obtenidos en la parte cuantitativa de este estudio utilizaremos el programa informático estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 2.5 en español.

6.6.2 Análisis de datos de la parte cualitativa.

Por otro lado, para el análisis de datos de la parte cualitativa se realizará un análisis de las narraciones recogidas dentro de la entrevista semiestructurada. Previamente se ha pasado un consentimiento informado por lo que las entrevistas están a nuestra disposición en formato audio. Para llevar a cabo su análisis debemos realizar cuatro pasos.

1. Transcripción de los datos y la información que hemos obtenido en los audios de dichas entrevistas al papel.
2. Selección de la información que tiene relevancia para nuestro estudio.
3. Segmentación o categorización de la información en temas dentro de la entrevista. (Por ejemplo, la tristeza que han sentido los pacientes podría ser un tema dentro de esta entrevista)
4. Codificación de las categorías.

Para procesar todos estos datos utilizaremos el programa NVIVO10, que es una herramienta que nos permite gestionar toda la información incluso separar ya en categorías cuando un tema o categoría se repite mucho.

6.6.3. Análisis crítico de los datos y triangulación

De acuerdo con los objetivos que se han marcado para este estudio de tipo descriptivo, se procederá al análisis estadístico descriptivo sobre las variables sociodemográficas del estudio. Para aquellas variables cuantitativas se utilizarán estadísticos de tendencia central y dispersión, mientras que para las cualitativas se utilizarán distribuciones de frecuencias y de porcentajes.

Por otro lado, para realizar un análisis comparativo de las variables cualitativas se utilizará el T de Student y para las variables cuantitativas se realizará con las medidas de la Chi-cuadrado de Pearson.

Por último, resulta adecuado mencionar la triangulación de estos datos que se obtienen en el estudio. Esto nos permite saber si la información obtenida en la parte cuantitativa y la obtenida en la parte cualitativa se enriquecen la una a la otra.

6.7 Aplicabilidad del estudio.

Con los resultados que se obtengan a raíz de este estudio se podrá determinar en profundidad cómo se ha vivido la pandemia dentro de los centros y residencias de mayores. Esto incluye protocolos, medidas seguidas y evolución de los pacientes.

Con ello se pretende confirmar mi hipótesis de que todas las restricciones aplicadas a raíz de la pandemia de la COVID-19 han tenido un impacto negativo en la salud y el bienestar de las personas de edad avanzada residentes en centros de mayores.

Además, los datos que se obtengan serán comparados con otros estudios de la misma rama de investigación, se continuará estudiando y si existe la posibilidad se podría publicar el estudio en revistas científicas para su divulgación.

Este estudio tiene como objetivo dar visibilidad a la situación que han vivido nuestros mayores en momentos de la pandemia y como esto les ha afectado.

6.8 Consideraciones éticas.

Para llevar a cabo este estudio es necesario pedir los permisos pertinentes al centro de mayores donde se va a realizar. Para ello se hará llegar una carta de presentación (Anexo IV) a la directiva del centro y si es posible, se mantendrá una reunión para hacerles saber los objetivos de este estudio. Además, dejaremos claro nuestro compromiso de entregarles un informe con los resultados de la investigación una vez que ésta haya finalizado.

Lo siguiente que se ha de tener en cuenta con este estudio es que para poder realizarlo es imprescindible que pase por el Comité de Ética de Investigación, en este caso, el del Servicio Canario de Salud. Para ello se rellenará la solicitud de evaluación del Comité de Ética (Anexo V) en la que se incluye el marco teórico de la investigación, la hipótesis, justificación y objetivos.

Se le informará, tanto a la directiva del centro, como a los trabajadores y usuarios de la residencia que los datos obtenidos se tratarán con total confidencialidad, teniendo en cuenta la Ley

Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales ⁽⁵⁸⁾ Para ello, tanto el investigador como las personas colaboradoras entregarán firmado un Compromiso de Confidencialidad (Anexo VI) en el que se comprometen a cumplir tanto las normas éticas como legislativas en todo momento.

Así pues, todas las personas que decidan colaborar como sujeto de estudio deberán dar su consentimiento informado (Anexo VII, Anexo VIII). En este caso se entregarán dos consentimientos, uno para la parte cuantitativa, en donde el paciente afirma estar de acuerdo y nos permite tener acceso a su historia clínica y otro consentimiento para la parte cualitativa en donde el paciente da su permiso para que se lleve a cabo la entrevista y para poder ser grabado en audio como así lo precisa la investigación.

7. PLAN DE TRABAJO.

El proyecto tendrá una duración estimada de siete meses. En la siguiente tabla queda recogida la programación que se seguirá.

		Año 2022.								
Actividades	Mes	EN/FEB	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	EN	
	Diseño y búsqueda bibliográfica.	X								
	Solicitud de permisos.		X							
	Recogida de datos.			X	X					
	Análisis estadístico.					X				
	Elaboración del informe preliminar.						X			
	Elaboración del informe definitivo.							X		
	Difusión de resultados y conclusiones.									X

8. PRESUPUESTO.

Para llevar a cabo esta investigación se necesitará de un presupuesto que queda recogido en la siguiente tabla.

Presupuesto del proyecto de investigación.		
Recursos materiales fungibles.	Tóner de impresora	40 €
	Folios	10 €
	Bolígrafos	5 €
Recursos materiales no fungibles.	Impresora	60 €
Recursos humanos.	Estadístico	250 €
Total del presupuesto		365€

9. LIMITACIONES.

Este proyecto se ha intentado llevar a cabo, pero en el camino se han presentado diversas limitaciones que podrían repetirse en un futuro, tanto en esta investigación como en investigaciones similares.

En la fecha en la que se propone este estudio estábamos en plena quinta ola de contagios de COVID-19 en España (Diciembre 2021-Enero 2022). Es por ello por lo que desde la dirección del centro al que inicialmente se le presentó la investigación se intentó limitar el estudio a un cuestionario online, por miedo al contagio de los usuarios por parte de la investigadora.

Sin embargo la negación del centro no es la única limitación a la que podemos enfrentarnos. Podría ser que a la hora de realizar este estudio la participación nos impida conseguir el número de muestra necesario para que los resultados tengan validez. También puede ocurrir que los criterios de exclusión deriven en una muestra pobre.

Por otro lado, al tratarse de un estudio mixto hay una parte del trabajo que realiza el investigador, pero otra debe realizarla el sujeto de estudio. Esta pequeña entrevista requiere que el usuario no tenga un nivel cognitivo deteriorado y que comprenda las preguntas que se le realizan. Es por ello que, siguiendo los criterios de exclusión, no se pueda llevar a cabo esta parte de la investigación.

10. RETOMACIÓN DEL ESTUDIO.

A pesar de que la situación me ha impedido llevar a cabo el estudio en su totalidad y he tenido que optar por dejarlo planteado como proyecto, no se descarta que en un futuro retome el estudio como un posible trabajo de final de máster o doctorado.

Considero que los resultados de esta investigación pueden ser beneficiosos y que desde el punto de vista de la enfermería hay mucho por alcanzar en este ámbito. Es por ello que me resulta importante retomar el estudio en un futuro para tener datos reales sobre la hipótesis que se plantea, bien sea confirmándose o negándose.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Actualización nº 13. Neumonía por nuevo coronavirus (2019-nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China). Ministerio de Sanidad. 2020. [citado el 13 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documento/s/Actualizacion_13_2019-nCoV_China.pdf
2. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. March 2020; [Consultado 26 Diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) - Síntomas, diagnóstico y tratamiento | BMJ Best Practice [Internet]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201>
4. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev Medica Hered [Internet]. 2020 [citado el 12 de febrero de 2022];31(2):125–31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2020000200125&script=sci_arttext
5. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Who.int. [citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
6. Linde P. Sanidad confirma en La Gomera el primer caso de coronavirus en España [Internet]. El País. 2020 [consultado el 13 de febrero de 2022]. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2020/01/31/actualidad/1580509404_469734.html
7. Coronavirus (COVID-19) - 13 de marzo 2020 [Internet]. Gob.es. [citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-13-marzo-2020>
8. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (2020), pp. 25390-25398. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>
9. Centros Sociosanitarios [Internet]. Instituto-as.es. [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.instituto-as.es/centros-sociosanitarios/>
10. Red de recursos de Dependencia [Internet]. Gobierno de Canarias. [consultado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/servicios/index.html>
11. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia Organismo emisor [Internet] [citado el 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.asociacionamara.com/wp-content/uploads/2016/11/Ley-de-Dependencia.pdf>

12. Causapié Lopesino P, Balbontín López-Cerón A, Porras Muñoz M, Mateo Echanagorría A, El Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo. 1st ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Situación actual coronavirus. Actualización n.º 76. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_76_COVID-19.pdf.
14. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A, Sanchis Forés J, et al. Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2020 [citado el 1 de marzo de 2022]; 73(7):569–76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7129713/>
15. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, de Boer BS, Koopmans RTCM, Hamers JPH. Allowing visitors back in the nursing home during the COVID-19 crisis: A Dutch national study into first experiences and impact on well-being. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2020; [citado 03 enero 2022] 21(7):900–4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020305260>
16. Deusdad B. El COVID-19 y la Crisis de las Residencias de Mayores en España: Edadismo y Precariedad. RASP. [Internet]. 2020; Disponible en: https://www.academia.edu/43145377/El_COVID_19_y_la_Crisis_de_las_Residencias_de_Mayores_en_Espa%C3%B1a_Edadismo_y_Precariedad_Blanca_Deusdad?pop_sutd=false
17. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de COVID-19 en España. Informe 14 [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología; 2020 mar. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID19/Informe%20n%C2%BA%2014.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2024%20marzo%20de%202020.pdf>
18. Hortal-Carmona J, Padilla-Bernáldez J, Melguizo-Jiménez M, Ausín T, Cruz-Piqueras M, López de la Vieja MT, et al. La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia. Gac Sanit [Internet]. 2021;35(6):525–33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301928>

19. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2020; [citado 27 diciembre 2022] 32(4–5):310–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>
20. Grabowski DC, Mor V. Nursing home care in crisis in the wake of COVID-19. *JAMA* [Internet]. 2020; [citado 27 diciembre 2021] 324(1):23–4. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766599>
21. Gallego Berciano P. Impacto de COVID-19 en los centros sociosanitarios. [Internet]. [citado el 4 enero de 2022]. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/12509/ImpactoDeCovid19_2020.pdf?sequence=1
22. Pino E, Moreno Fuentes FJ, Cruz Martínez G, Hernández Moreno J, Moreno L, Pereira Puga M et al. Gestión Institucional y Organizativa de las residencias de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Instituto de Políticas y Bienes Públicos. Oct 2020; [citado 14 enero 2022] 22-3. Disponible en: https://digital.csic.es/bitstream/10261/220460/3/Informe_residencias_COVID-19_IPP-CSIC.pdf
23. Casas I, Mena G. La vacunación de la COVID-19. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2021 [citado el 21 de enero de 2022];156(10):500–2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-vacunacion-covid-19-S0025775321001469>
24. Guía Técnica. COMIRNATY 30 µg/dosis (Vacuna COVID-19 ARNm, Pfizer-BioNTech) [Internet]. Gob.es. [citado el 21 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Guia_Tecnica_COMIRNATY.pdf
25. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Estrategia de vacunación COVID-19 en España [Consultado 21 enero 2022] <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/vacunaCovid19.htm>
26. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2021; [Citado 26 diciembre 2021]: 121. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921001474>
27. Trabucchi M, De Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020; [citado 15 enero 2022] 7(5):387–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036620301498>
28. Wammes JD, Kolk MSc D, van den Besselaar Md JH, MacNeil-Vroomen PhD JL, Buurman-van Es Rn BM, van Rijn PhD M. Evaluating perspectives of relatives of nursing home residents

- on the nursing home visiting restrictions during the COVID-19 crisis: A Dutch cross-sectional survey study. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2020 [citado 15 enero 2022] ;21(12):1746-1750.e3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020308318>
29. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2017; [citado 13 enero 2022] 25(3):799–812. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12311>
30. Morales-Aguila RDS, Lastre-Amell GE, Pardo-Vasquez A, De La Hoz-Mercado M. Diagnóstico de la situación de las visitas a pacientes recluidos en unidades de cuidados intensivos. *Duazary* [Internet]. 2017 [citado 3 enero 2022];14(1):16. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1739>
31. Font R, Quintana S, Monistrol O. Impacto de las restricciones de visitas de familiares de pacientes por la pandemia de COVID-19 sobre la utilización de la contención mecánica en un hospital de agudos: estudio observacional. *J Health Qual Res* [Internet]. 2021;36(5):263–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S260364792100049X>
32. Medidas específicas en supuestos de alta incidencia acumulada [Internet]. *Gobiernodecanarias.org*. [citado el 24 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/principal/coronavirus/semaforo/>
33. Decreto Ley 11/2021, de 2 de septiembre, medidas para el control y gestión de la pandemia de COVID-19 en Canarias. Enero 2022. Disponible en: https://www.gobiernodecanarias.org/cmsgobcan/export/sites/principal/coronavirus/docs/TABLA_MEDIDAS.pdf
34. Picardo García JM. COVID-19 in Nursing Homes: a pending subject. *Enferm Clin* [Internet]. 2021 [citado el 25 de enero de 2022];31: S117–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7241382/>
35. Velasco DA, Plaza FC, Montes Pérez A, Planas Roca A, Palli GM, Manuel J, et al. Recomendaciones de seguridad del paciente y profesionales en procedimientos intervencionistas en la fase de transición de la pandemia COVID-19 [Internet]. *Gob.es*. [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Procedimientos_intervencionistas.pdf
36. Hoyos Porto S, García Arias RL, Chavarro-Carvajal DA, Alberto Heredia R. Úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Univ. Med.* [Internet]. 5 de febrero de 2015 [citado 6 de febrero de 2022];56(3):341-55. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/16382>

37. Leddy P, Sánchez Cueto M, Bibliográfica R. Abordaje integral de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión [Internet]. Index-f.com. [citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2339.pdf>
38. Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. An. psicol. [Internet]. 1 de julio de 2007 [citado 4 de febrero de 2022];23(2):264-71. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/22291>
39. Actividades de la vida diaria. [Internet]. Somos Sanitarios. 2018 [citado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://somossanitarios.com/actividades-vida-diaria-basicas-instrumentales/>
40. Shum CK, Shea YF, Tang M, Wan WH, Chan MMK. Poor feeding due to visitor restrictions in long-term care facilities during the coronavirus disease 2019 pandemic. Psychogeriatrics [Internet]. 2020;20(6):929–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/psyg.12623>
41. Mosteiro MP. Dolor y Cuidados Enfermeros. [Internet] DAE; 2010 (283-95). Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/45/283/#zoom=z>
42. Ferrell BA. Pain management in elderly people. J Am Geriatr Soc [Internet]. 1991;39(1):64–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05908.x>
43. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. Ochsner J [Internet]. otoño de 2010 [citado el 8 de febrero de 2022];10(3):179–87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC3096211/>
44. García Carpio MS, González Molina M, Ibarra Pujana R, Martín Díez MC, Molina Díaz E, Pereyra Macazana EF et al. Ejercicio físico para todos los mayores “Moverse es cuidarse”. Dirección general de Mayores. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la ciudadanía. Ayuntamiento de Madrid. 2012. [Aprox. 13 p.] Disponible en: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Ejercicio%20F%C3%ADsico/Ejercicio%20f%C3%ADsico%20para%20todos%20los%20mayores.pdf>
45. Causa R, Nieves DA, Tamayo CB. COVID-19 y dependencia funcional: análisis de un brote en un centro sociosanitario de personas mayores. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2021 [citado el 11 de febrero de 2022];(95):76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7957720>
46. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet Public Health [Internet]. 2020 [citado el 27 de abril de 2022];5(5): e256. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30061-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30061-X/fulltext)
47. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. Lancet Public Health [Internet]. 2020 [citado el 27 de abril de 2022];5(1): 62–70. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30230-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30230-0/fulltext)

48. Pinazo-Hernandis S. Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020 [citado el 27 de abril de 2022];55(5):249–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
49. De la Viuda Camazón, P. La realidad de las residencias de personas mayores en tiempos de COVID-19 desde los testimonios de sus protagonistas. [Trabajo de Fin de grado] Repositorio Universidad de Valladolid (UVA). Valladolid, Castilla y León. Junio 2021. [citado 27 abril 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/51192/TFG-L2957.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. NNNConsult [recurso electrónico]: NANDA, NOC, NIC. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
51. NNNConsult [recurso electrónico]: NANDA, NOC, NIC. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nanda/257>
52. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Abr 26]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
53. Pereda AM. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex). 2011;10(3):163-167. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31715>
54. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index enferm [Internet]. 2009 [citado el 11 de mayo de 2022];18(1):32–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007
55. Contreras de la Fuente HS, Castillo-Arcos LC. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 2016; 20(44): 15-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.02>
56. Residencia de Mayores de Ofra. IASS. Internet. Disponible en: <https://www.iass.es/centros/2129-residencia-de-mayores-de-ofra>
57. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF adaptada por la Junta de Andalucía. Andalucía. Internet. 2009. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf
58. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

12. ANEXOS.

12.1 Anexo I. *Tablilla recolección de datos.*

TABLILLA DE ELABORACIÓN PROPIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La siguiente tablilla tiene como objetivo principal la recolección de los ítems necesarios para llevar a cabo la presente investigación.

BLOQUE I. *Datos generales.*

Sexo.

Masculino.

Femenino.

Edad; _____

Fecha aproximada de ingreso en el centro; (dd/mm/aa) _____

Tiempo estimado que lleva ingresado en esta residencia. (Especificar si es años o meses)

BLOQUE II. *Actividades básicas de la vida diaria.* (Siguiendo el índice de Barthel)

1. En lo referente a la alimentación, antes de la pandemia, el usuario:
 - Es incapaz de comer solo.
 - Necesita ayuda para comer.
 - Es totalmente independiente para comer.

2. En lo referente a la alimentación, después de la pandemia, el usuario:
 - Es incapaz de comer solo.
 - Necesita ayuda para comer.
 - Es totalmente independiente para comer.

3. En lo referente a la higiene personal (lavarse la cara, manos, dientes, etc), el usuario antes de la pandemia:
 - Necesita ayuda con el aseo personal.
 - Es independiente para el aseo personal.

4. En lo referente a la higiene personal (lavarse la cara, manos, dientes, etc), el usuario después de la pandemia:
 - Necesita ayuda con el aseo personal.
 - Es independiente para el aseo personal.

5. En lo referente al uso del retrete, el usuario antes de la pandemia:
 - Es dependiente.

- Necesita algún tipo de ayuda, aunque hace cosas por sí mismo (limpiarse, vestirse, etc)
- Es completamente independiente.
6. En lo referente al uso del retrete, el usuario después de la pandemia:
- Es dependiente.
- Necesita algún tipo de ayuda, aunque hace cosas por sí mismo (limpiarse, vestirse, etc)
- Es completamente independiente.
7. En cuanto al baño y la ducha, el usuario antes de la pandemia:
- Dependiente para el baño.
- Independiente para el baño.
8. En cuanto al baño y la ducha, el usuario después de la pandemia:
- Dependiente para el baño.
- Independiente para el baño.
9. En cuanto a vestirse y desvestirse, el usuario antes de la pandemia:
- Dependiente.
- Necesita ayuda pero puede realizar aproximadamente la mitad.
- Independiente (incluidos botones, cremalleras, etc.)
10. En cuanto a vestirse y desvestirse, el usuario después de la pandemia:
- Dependiente.
- Necesita ayuda pero puede realizar aproximadamente la mitad.
- Independiente (incluidos botones, cremalleras, etc.)
11. En lo referente al control de heces, el usuario antes de la pandemia:
- Es incontinente.
- Tiene accidentes ocasionales (1 vez/semana)
- Es continente.
12. En lo referente al control de heces, el usuario después de la pandemia:
- Es incontinente.
- Tiene accidentes ocasionales (1 vez/semana)
- Es continente.
13. En cuanto al control de diuresis, el usuario antes de la pandemia:
- Es incontinente, sondado o incapaz de cambiarse la bolsa.

Tiene accidentes ocasionales.

Es continente.

14. En cuanto al control de diuresis, el usuario después de la pandemia:

Es incontinente, sondado o incapaz de cambiarse la bolsa.

Tiene accidentes ocasionales.

Es continente.

BLOQUE III. *Movilidad y actividad física.* (Siguiendo el Índice de Barthel)

1. En lo referente a la movilidad para trasladarse a la cama, antes de la pandemia, el usuario:

Es incapaz de trasladarse a la cama ni mantenerse sentado.

Necesita ayuda para trasladarse a la cama y se mantiene sentado.

Es capaz de trasladarse a la cama y mantenerse sentado.

2. En lo referente a la movilidad para trasladarse a la cama, después de la pandemia, el usuario:

Es incapaz de trasladarse a la cama ni mantenerse sentado.

Necesita ayuda para trasladarse a la cama y se mantiene sentado.

Es capaz de trasladarse a la cama y mantenerse sentado.

3. En cuanto al desplazamiento, el usuario antes de la pandemia:

Está inmovilizado.

Es independiente, usando silla de ruedas.

Anda con una pequeña ayuda (física o de una persona)

Independiente (puede tener ayuda de muleta)

4. En cuanto al desplazamiento, el usuario después de la pandemia:

Está inmovilizado.

Es independiente, usando silla de ruedas.

Anda con una pequeña ayuda (física o de una persona)

Independiente (puede tener ayuda de muleta)

5. En lo referente a subir y bajar escaleras, el usuario antes de la pandemia:

Es incapaz.

Necesita ayuda verbal o física (muletas)

Es capaz de subir y bajar escaleras.

6. En lo referente a subir y bajar escaleras, el usuario después de la pandemia:

- Es incapaz.
- Necesita ayuda verbal o física (muletas)
- Es capaz de subir y bajar escaleras.

BLOQUE IV. *Medicación.*

1. Antes de la pandemia, el consumo de ansiolíticos del usuario:

- No consume ansiolíticos.
- Consume ansiolíticos, con una dosis de _____

2. Después de la pandemia, el consumo de ansiolíticos del usuario:

- No consume ansiolíticos.
- Consume ansiolíticos con una dosis de _____

3. Antes de la pandemia, el consumo de antidepresivos del usuario:

- No consume antidepresivos.
- Consume antidepresivos, con una dosis de _____

4. Después de la pandemia, el consumo de antidepresivos del usuario:

- No consume antidepresivos.
- Consume antidepresivos, con una dosis de _____

5. Antes de la pandemia, el consumo de analgésicos del usuario:

- No consume analgésicos.
- Consume analgésicos, con una dosis de _____

6. Después de la pandemia, el consumo de analgésicos del usuario:

- No consume analgésicos.
- Consume analgésicos, con una dosis de _____

BLOQUE V. *Úlceras por presión.*

1. Antes de la pandemia, el usuario está encamado:

- Sí.
- No.

2. Después de la pandemia, el usuario está encamado:

- Sí.

No.

3. Antes de la pandemia, el usuario presenta lesiones por presión:

Sí.

No.

4. Después de la pandemia, el usuario presenta lesiones por presión:

Sí.

No.

5. Si el paciente presenta lesiones por presión antes de la pandemia han:

Mejorado.

Empeorado.

Se han mantenido igual.

BLOQUE VI. *Interacción social.*

1. El usuario recibe visitas de familiares y/o amigos antes de la pandemia:

Sí.

No.

2. El usuario recibe llamadas de familiares y/o amigos durante la pandemia:

Sí.

No.

3. El usuario recibe visitas de familiares y/o amigos después de la pandemia:

Sí.

No.

4. El usuario asiste a clases grupales organizadas dentro de la institución antes de la pandemia.

Sí.

No.

5. El usuario asiste a clases grupales organizadas dentro de la institución después de la pandemia.

Sí.

No.

BLOQUE VII. *Medidas de contención.*

1. El usuario requiere de medidas de contención mecánica (sujeción ventral o de extremidades) antes de la pandemia.
 Sí.
 No.

2. El usuario requiere de medidas de contención mecánica (sujeción ventral o de extremidades) después de la pandemia.
 Sí.
 No.

BLOQUE IX. Hábitos tóxicos.

1. El usuario es consumidor de tabaco antes de la pandemia.
 No.
 Sí. Fumador de _____ cigarrillos diarios.

2. El usuario es consumidor de tabaco después de la pandemia.
 No.
 Sí. Fumador de _____ cigarrillos diarios.

3. El usuario consume alcohol antes de la pandemia.
 No.
 Ocasionalmente.
 Diariamente.

4. El usuario consume alcohol después de la pandemia.
 No.
 Ocasionalmente.
 Diariamente.

12.2 Anexo II. *Entrevista semiestructurada.*

Esta entrevista semiestructurada utiliza como modelo la escala de calidad de vida adaptada por la Junta de Andalucía. Sin embargo, se entiende que al tratarse de una entrevista semiestructurada, las preguntas pueden variar dependiendo del ritmo de la entrevista y las necesidades del entrevistado.

1. ¿Está usted satisfecho con su salud?
2. ¿Siente que tiene energía suficiente para realizar actividades en su vida diaria?
3. ¿Tiene dolor? ¿Siente que este dolor le impide realizar actividades con normalidad?
4. ¿Cómo se siente con las personas de su alrededor? (Personal, otros compañeros, etc.)
5. ¿Está satisfecho con el apoyo y las visitas de sus familiares y amigos? ¿Cómo fue para usted el hecho de no recibir visitas al principio de la pandemia?
6. ¿Ha tenido en el último año sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión o sentimiento de soledad?

12.3 Anexo III. *Índice de Barthel.*

Índice de Barthel		
Actividad	Descripción	Puntos
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

12.4 Anexo IV. Carta de presentación a la directiva del centro.

Yo, **Cristina Hernández Mascareño**, estudiante de 4º Grado de Enfermería en la Universidad de La Laguna, me dirijo a la directiva de la Residencia de Mayores de Ofra para presentarles la investigación que me gustaría llevar a cabo en sus instalaciones.

Propongo un estudio de investigación para determinar el impacto que han tenido las medidas restrictivas aplicadas en los centros de mayores sobre las personas de edad avanzada durante la pandemia de la COVID-19, cuya elaboración ha estado tutorizada por el Dr. Cristo Manuel Marrero González.

Con los resultados que se obtengan a raíz de este estudio se podrá determinar en profundidad cómo se ha vivido la pandemia dentro de los centros y residencias de mayores. Esto incluye protocolos, medidas seguidas y evolución de los pacientes.

El estudio constará de dos partes; una parte descriptiva que se cumplimentará con las historias clínicas de los pacientes y una parte fenomenológica que constará de una entrevista. Se asegura el anonimato en todo momento de las personas institucionalizadas así como el anonimato del centro si así lo desea la directiva.

Además, me comprometo a hacerles llegar un informe con los resultados obtenidos en este estudio.

Me pongo a su disposición para una posible reunión con el fin de hacerles llegar la información completa acerca del estudio que se plantea y comenzar cuanto antes.

Muchas gracias y un cordial saludo,

Cristina Hernández Mascareño.

12.5. Anexo V. Solicitud de evaluación del estudio por el CEIm.

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

(Provincia de S/c de Tenerife)

Edificio de Actividades Ambulatorias, Planta -2

C/Ofra s/n 38320 La Laguna Santa Cruz de Tenerife

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO POR EL CEIm

Código:

Investigador Principal: Cristina Hernández Mascareño.

Título: *Impacto de las restricciones aplicadas durante la pandemia de la COVID-19 en personas que se encuentran institucionalizados en un centro de mayores de Tenerife.*

Se adjunta protocolo para su evaluación.

La Laguna, a de de

Fdo: Cristina Hernández Mascareño.

Investigador Principal

Para envío de la documentación en digital

DATOS DE CONTACTO:

ceticohuc.scs@gobiernodecanarias.org

12.6 Anexo VI. Compromiso de confidencialidad del investigador.

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y COLABORADORES

D. Cristina Hernández Mascareño.

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como Investigador Principal en el Estudio titulado:

Impacto de las restricciones aplicadas durante la pandemia de la COVID-19 en personas que se encuentran institucionalizadas en un centro de mayores de Tenerife.

Código del Promotor:

Que el estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que acepta participar como investigador principal en este estudio.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité de Ética de la Investigación y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Que respetará las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios.

Que se compromete al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

En La Laguna, a 21 de junio de 2022

Dr. *Cristina Hernández Mascareño.*

Investigador Principal

12.7. Anexo VII. Consentimiento informado I. Acceso a las historias clínicas.

Cristina Hernández Mascareño, estudiante de 4º Grado en Enfermería en la Universidad de La Laguna propone un estudio de investigación para determinar el impacto que han tenido las medidas restrictivas aplicadas en los centros de mayores sobre las personas de edad avanzada durante la pandemia de la COVID-19, el cual ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del SCS y cuya elaboración ha estado tutorizada por el Dr. Cristo Manuel Marrero González.

Mediante este documento se solicita su participación en dicho estudio.

Con su firma en el presente documento usted da su consentimiento a participar, pudiendo cambiar de opinión en cualquier momento. La información recogida durante este estudio a través de su historia clínica será tratada con total confidencialidad respetando su privacidad, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales. Esta información será única y exclusivamente destinada a la realización de este estudio, teniendo acceso a ella los investigadores, el Comité Ético y las autoridades sanitarias.

Nombre del participante.

Firma del participante.

Autora.

Firma de la investigadora.

Cristina Hernández Mascareño.

12.8 Anexo VIII. Consentimiento informado II. Entrevista.

Cristina Hernández Mascareño, estudiante de 4º Grado en Enfermería en la Universidad de La Laguna propone un estudio de investigación para determinar el impacto que han tenido las medidas restrictivas aplicadas en los centros de mayores sobre las personas de edad avanzada durante la pandemia de la COVID-19, el cual ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del CHUC y cuya elaboración ha estado tutorizada por el Dr. Cristo Manuel Marrero González.

Mediante este documento se solicita su participación en dicho estudio.

Con su firma en el presente documento usted da su consentimiento a participar, pudiendo cambiar de opinión en cualquier momento. La información recogida durante este estudio a través de una entrevista semiestructurada será tratada con total confidencialidad respetando su privacidad, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales. Así mismo, usted da su consentimiento para poder ser grabado en formato audio (sin imagen). Esta información será única y exclusivamente destinada a la realización de este estudio, teniendo acceso a ella los investigadores, el Comité Ético y las autoridades sanitarias.

Nombre del participante.

Firma del participante.

Autora.

Firma de la investigadora.

Cristina Hernández Mascareño.
