



ORIGINAL

El peor año de mi vida. Agotamiento emocional y *burnout* por la COVID-19 en profesionales de residencias. Estudio RESICOVID



Sacramento Pinazo-Hernandis^{a,*}, Alba Galvañ Bas^a, Carlos Dosil Diaz^b, Carolina Pinazo-Clapés^a, Ana Nieto-Vieites^b y David Facal Mayo^a

^a Departamento de Psicología Social y de Psicología evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia, Valencia, España

^b Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de abril de 2022

Aceptado el 7 de junio de 2022

On-line el 14 de junio de 2022

Palabras clave:

COVID-19

residencias

Burnout

Agotamiento emocional

RESICOVID

R E S U M E N

Introducción: La pandemia por la COVID-19 ha generado grandes cambios en el funcionamiento diario de los centros residenciales; poco se sabe del impacto que ha tenido en los profesionales que trabajan en residencias de personas mayores en España. Esta investigación surge por la necesidad de explorar cuál ha sido la situación vivida durante la pandemia y profundizar en las experiencias tal y como son narradas por los profesionales que trabajan en las residencias para personas mayores. El objetivo del estudio RESICOVID ha sido analizar los efectos en los profesionales de las medidas que se tomaron en las residencias frente a la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: Se realizaron entrevistas a 31 profesionales del cuidado (media edad: 34,31 años, DS: 9,56; 83,8% mujeres). El 71% de los participantes tuvieron diagnóstico de COVID-19. El análisis fue realizado con el programa Atlas-ti v8.

Resultados: Del análisis de las entrevistas se extrajeron 128 citas que fueron codificadas en las siguientes dimensiones: 1. vivencia del confinamiento; 2. percepción de cambios; 3. problemas de salud; 4. cambios en el área cognitiva y funcional; 5. soledad.

Conclusiones: La sobrecarga, la falta de recursos y la incertidumbre causada por la pandemia por COVID-19 ha generado sentimientos de miedo, desgaste, ansiedad, frustración y tristeza en los profesionales que continúan a día de hoy sin recursos suficientes para encarar la situación. El diseño de planes de contingencia para futuras crisis sanitarias deberá tener en cuenta este impacto en los profesionales del cuidado.

© 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The worst year of my life. Emotional exhaustion and burnout due to COVID-19 in nursing home professionals. RESICOVID study

A B S T R A C T

Keywords:

COVID-19

Nursing homes

Burnout

Emotional exhaustion

RESICOVID

Introduction: The COVID-19 pandemic has led to major changes in the day-to-day operations of residential care facilities. Little is known about the impact it has had on professionals working in nursing homes in Spain. This research arose from the need to explore the situation experienced during the pandemic and to delve into the experiences as narrated by professionals working in nursing homes. The aim of the RESICOVID study was to analyze the effects on professionals of the measures taken in response to the COVID-19 pandemic in nursing homes.

Material and method: 31 professionals (mean age: 32.9 years; 83.8% women, in various areas of care) were interviewed. Seventy-one percent of the sample presented a diagnosis of COVID-19. The analysis was performed with the Atlas-ti v8 program.

Results: From the analysis of the interviews, 128 quotations were extracted, coded in the following dimensions: 1. experience of confinement; 2. perception of changes; 3. health problems; 4. cognitive and functional changes; 5. loneliness.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sacramento.pinazo@uv.es (S. Pinazo-Hernandis).

Conclusions: Burnout, overload, lack of resources and uncertainty caused by the COVID-19 pandemic have generated feelings of fear, exhaustion, anxiety, frustration and sadness in professionals who continue to this day without sufficient resources to face the situation. The design of contingency plans for future health crises should take into account this impact on care professionals.

© 2022 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El año 2019 terminó con la aparición en China de un nuevo virus desconocido hasta la fecha, SARS-CoV-2¹. Uno de los focos principales de la pandemia por COVID-19 han sido las residencias de personas mayores^{2,3}. La situación vivida por la crisis de la COVID-19 ha impuesto medidas de aislamiento para prevenir la elevada tasa de contagios que han sido restrictivas en ámbito comunitario pero más duras en ámbito residencial, en un contexto en el que el deterioro de las personas residentes era ya muy importante⁴. Las rutinas, espacios, tareas a realizar en los centros han sido modificadas constantemente para evitar contagios; a pesar de ello, los centros han sido el epicentro de grandes brotes de propagación del virus, con alto número de fallecidos y elevada crítica social⁵.

El síndrome de quemarse por el trabajo o *burnout* es un síndrome psicológico producido por una respuesta prolongada al estrés en el lugar de trabajo⁶. Maslach⁷ destaca tres aspectos: agotamiento emocional (desmotivación, falta de energía y sobrecarga física y emocional), despersonalización (actitudes y sentimientos negativos, ansiedad, irritabilidad, desesperación) y baja realización personal (sentimiento de incompetencia y falta de satisfacción y productividad). Se da más frecuentemente en profesiones de contacto continuado con personas, con turnos rotatorios y cargas excesivas de trabajo. Los profesionales de residencias obtienen altas puntuaciones en las distintas dimensiones⁸.

Durante estos últimos dos años, la sobrecarga en la que ya trabajaban los profesionales de los centros ha aumentado por la vivencia de una situación de emergencia continuada y sin precedentes provocada por la pandemia. Los profesionales se han enfrentado a la pandemia sin preparación previa ante emergencias, con protocolos cambiantes y sin medios suficientes (*ratio* insuficiente, habitaciones dobles, espacios comunes muy grandes, algunos centros sin espacio al exterior...). Han tenido que instruirse en protocolos, nueva organización y sistemas de trabajo, puesta y retirada de equipos de protección individual (EPI) o acompañamiento en procesos de final de vida, en unas condiciones anómalas y devastadoras. Esta investigación surge por la necesidad de explorar cuál ha sido la situación vivida durante la pandemia y profundizar en las experiencias tal y como son narradas por los profesionales que trabajan en las residencias de personas mayores, conocer el impacto de la pandemia en la salud física y emocional de los profesionales y la soledad sentida.

Ni la sociedad en general ni las residencias en particular estábamos preparados para una pandemia de estas dimensiones. Conocer los datos que muestren qué ha pasado y cuáles han sido los factores de mayor riesgo o de protección ayudará a los centros residenciales a que estén en alerta ante nuevas circunstancias adversas y que la coordinación sociosanitaria sea mayor. Esperemos que todos los esfuerzos hayan servido para algo.

Material y métodos

Diseño

El trabajo forma parte del proyecto RESICOVID desarrollado en la Comunidad Valenciana y Galicia en el que se analiza con metodología mixta el impacto que ha tenido la pandemia por

COVID-19 en las residencias para personas mayores (ref.03/2021/1120).

En esta parte del estudio se utilizan los análisis cualitativos realizados en las entrevistas. Se ha elegido la entrevista semiestructurada porque ofrece flexibilidad y permite obtener mucha información para explorar un tema, tanto a nivel individual como grupal. Se realizaron tres sesiones de grupos focales de cinco personas y 16 entrevistas individuales. En la exposición de los resultados se utilizarán de manera indistinta los *verbatim* de las personas que participaron, aunque no se indique para cada caso el tipo de entrevista.

El diseño de la entrevista fue realizado por tres de las autoras firmantes de este artículo. La entrevista tiene dos bloques para evaluar la vivencia de la situación y la implicación (*¿Cómo habéis abordado la pandemia? ¿Cómo os habéis organizado?*) y el impacto de la pandemia para las profesionales (*¿Cómo ha impactado la pandemia? ¿Has sentido estrés? ¿Te has sentido sola? ¿Desbordada? ¿Problemas de salud? ¿Cuáles?*). Se realizó un pase piloto de la entrevista a tres profesionales para depurarla y cerrar el guion definitivo.

Participantes

Se seleccionaron de manera aleatorizada dos residencias de la Comunidad Valenciana, diferentes en ubicación, número de plazas y años de experiencia y formación de los equipos profesionales, de entre las que formaban parte del estudio RESICOVID: Centro 1, > 100 plazas, 56 profesionales. La COVID-19 afectó al centro en la primera ola (marzo de 2020) con un 90% de personas residentes con COVID-19 y 20% fallecidos. Centro 2, > 130 plazas, 64 profesionales. La COVID-19 afectó a este centro en enero de 2021: 67% personas residentes con COVID-19 y 20% fallecidos.

Criterios de inclusión

Ser profesional de atención directa (servicios, sociosanitario) o equipo técnico en una de las residencias, desde antes de marzo de 2020; estar actualmente en activo; haber estado contratado en residencias, al menos desde 12 meses anteriores al estado de alarma. Por tanto, estaban excluidos los profesionales con contratos recientes (menos de un año, contados desde el estado de alarma).

Los participantes fueron 31 profesionales (15 del centro 1 y 16 del centro 2, áreas de gestión, sanitaria, psicosocial y de servicios); media edad: 34,31 años, desviación estándar (DS): 9,56. Veintiséis son mujeres y 71% ha tenido COVID-19 durante las tres primeras olas de la pandemia cuando existía una mayor virulencia de la COVID-19 (primera ola: marzo-junio del 2020; segunda ola: junio-noviembre del 2020; tercera ola: diciembre del 2020-febrero del 2021) y todavía no había vacunación o la pauta estaba todavía incompleta (fecha tres dosis: entre diciembre del 2020 y en 2022). Los 31 profesionales representan un 25,8% del total de profesionales de los dos centros.

Procedimiento

Se planteó el proyecto a la empresa que gestiona los centros y se contactó con las directoras para informar de los objetivos del estudio. Se invitó a los profesionales a participar libremente tras la firma

de un consentimiento informado para la grabación en audio de las entrevistas que aseguraba la anonimización de la información obtenida. Las entrevistas fueron realizadas por una psicóloga clínica y gerontóloga con experiencia laboral en residencias y se realizaron en una sala del propio centro donde solo estaba la entrevistadora y los participantes, fuera de la jornada laboral. Las entrevistas se realizaron desde febrero hasta marzo de 2021 (cuarta ola de pandemia en España).

La entrevistadora utilizó *memos* que sirvieron para anotar algún comentario interesante para el posterior análisis. No hubo que repetir ninguna entrevista y la duración fue de 120-180 min. Una vez revisadas las entrevistas por las investigadoras y conseguida la saturación de contenidos, no se hicieron más entrevistas. Para poder cumplir los criterios del método cualitativo, la investigación se elaboró según la guía COREQ⁹.

Análisis

Las entrevistas han sido transcritas manualmente y para el análisis desde la teoría fundamentada se ha utilizado el programa Atlas.ti v8. El proceso de categorización fue realizado y consensado por tres de los firmantes de este artículo hasta llegar al acuerdo. La codificación tuvo dos fases: codificación conceptual-deductiva con las categorías elaboradas a partir de la literatura científica revisada y codificación inductiva que complementó la anterior y surgió de las narraciones. Tras la transcripción, lectura y relectura de las entrevistas se siguieron las fases del análisis inductivo temático: familiarización con las narraciones; generación de códigos iniciales; búsqueda temática; revisión de temas recodificando, añadiendo o eliminando; definición de temas y subtemas en un árbol de codificación y etiquetado de los temas y redacción del informe final. Las participantes validaron las transcripciones pues se le facilitó una copia de las mismas.

Resultados

Análisis por dimensiones

El análisis ha dado lugar a cinco dimensiones, siete categorías y 128 citas (tabla 1).

1. Vivencia del confinamiento de las profesionales

El primer paso según protocolo tras detectarse COVID-19 en un centro era aislar a las personas en las habitaciones e informar a la Dirección General de Salud Pública (DGSP). En ese momento,

Tabla 1

Dimensiones, categorías y número de citas obtenidas en las entrevistas

Dimensiones	Categorías	Número de citas
1. Vivencia del confinamiento	Vivencia del confinamiento	22
2. Percepción de cambios	Percepción de cambios experimentados por los profesionales	18
	Agentes sociales que han influido en los cambios	10
3. Impacto de la COVID-19 en la salud física	Problemas de salud física de los profesionales por la COVID-19	9
4. Impacto de la pandemia en la salud emocional	Efectos de la pandemia en la salud emocional	36
	Gestión de las pérdidas y duelo	25
5. Soledad y miedo	Percepción de soledad y miedo durante la pandemia	8
	TOTAL	128

el centro pasaba a estar «intervenido», es decir, las decisiones las tomaba la DGSP y los criterios eran generales (sin tener en cuenta las particularidades y necesidades de cada persona que vivía en los centros) y dependían del número de afectados y su gravedad. Se supervisaba y revisaba la implantación de medidas de aislamiento, sectorización de zonas donde distribuir a las personas mayores, la gestión de residuos o distribución de los profesionales.

«Los primeros días de brote fueron caóticos porque la situación ya la tienes encima y no hay organización, tienes que ir poco a poco con todos los cambios. Conforme iban pasando los días se fue haciendo todo lo que se pudo, porque es un ritmo de trabajo frenético». (E10. AuxEnf)

«Cada día era un protocolo nuevo y cada día había cambios. Insoportable. El comienzo de la pandemia fue un caos total». (E14. Gobernanta)

La incertidumbre ha sido la sensación destacada en la vivencia narrada por las profesionales. En las residencias un porcentaje alto de personas mayores tiene deterioro cognitivo, lo que implica dificultades de comprensión en su vida cotidiana y problemas de memoria reciente y genera un estrés añadido: intentar explicar a personas que no entienden o que un rato después han olvidado y preguntan de nuevo, lo que es –de por sí– difícil de comprender, cambiante, incierto. Los constantes cambios y la soledad percibida por las restricciones de las visitas familiares hicieron que aumentara el deterioro cognitivo y funcional de las personas residentes. A nivel afectivo, la sintomatología depresiva también aumentó.

«Durante el brote, las personas mayores estaban mal. La persona que lo había cogido y que cognitivamente era capaz de entender que estaba mal. . . (se emociona). . . ellos mismos los que te decían que de esta no salían y que, verdaderamente, de lo que tenían miedo era de morir solos y que a sus familias no les dejaban entrar. Hemos tenido casos de derivarles (al hospital) y que luego no hayan llamado del hospital para decirnos que la persona había fallecido antes de que su familia pudiera entrar. Eso se te queda dentro. . . (señala su cabeza)». (E1. Recepcionista)

«El miedo ha existido. El que viví más de cerca fue con un residente que antes de derivarlo (al hospital) me decía muchas veces que tenía miedo de morir allí, solo. Al final, terminó muriendo. Hizo hincapié en eso, él solo quería estar bien». (E16. Médico)

2. Percepción de cambios experimentados por los profesionales y agentes sociales que han influido en los cambios

Los protocolos de intervención destacaban el aislamiento como medida más eficaz para frenar la propagación del virus, lo cual dificultaba la atención cuidadosa a las necesidades de cada persona.

«Influyó muchísimo la cantidad de caídas que hubo en el centro por estar encerrados. Cuando estamos en situación normal hay una auxiliar pendiente de ellos; pero cuando están en las habitaciones, no. Era bastante agobiante para ellos y para nosotros». (E17. AuxEnf)

Los cambios de procedimientos, bajas laborales por enfermedad y la dificultad de encontrar personal sanitario sin trabajo cuando había una nueva baja de un profesional, derivó en un número insuficiente de profesionales, lo que, a su vez supuso reestructurar tareas y mayor carga para los profesionales de ese turno¹⁰.

Además, las nuevas profesionales debían aportar prueba PCR negativa (de un máximo de 72 h), antes de firmar el contrato, por lo que su incorporación podía tardar varios días.

«Y no solo eran los trabajadores, sino los que cubrían las bajas de los trabajadores que también se contagiaban. Entonces llegaba un momento que era imposible, porque para incorporar a un trabajador nuevo tenía que tener una PCR y eso suponía un tiempo de al menos dos días. Gente que llamaba por la noche diciendo que se encontraba mal, se hacía un antígeno y daba positivo, por lo que ya no podías contar con esa persona para el día siguiente. Dejabas

el turno descubierto y tú no podías cubrir esa vacante porque no tenías personal que pudieras incorporar». (E15. Directora)

Finalmente, estas nuevas contrataciones se veían afectadas por la situación. En ocasiones, su permanencia en el puesto de trabajo era muy breve.

«Ha habido auxiliares nuevas, que llegaron por la mañana y a mitad del turno se inventaban excusas y se marchaban y ya no volvían». (E15. Directora)

La falta de personal tuvo consecuencias para las profesionales. Por una parte, sus horarios se vieron modificados para adaptarse a las necesidades del centro: horas extra o turnos dobles para cubrir las carencias de la plantilla.

«Hemos trabajado horas extra. Yo iba a mi casa, cenaba y dormía, y volvía otra vez aquí. Los cambios de horario que he tenido yo han sido brutales. Me han cambiado de horario treinta mil veces. Yo hacía horas extra no porque me lo mandasen, sino porque me salía del corazón. Y fue un desgaste tanto emocional como físico». (E25. TSocial)

«A las auxiliares les pedíamos que doblaran turnos, cubrieran turnos extra... tuvimos una respuesta muy buena por parte de todas las auxiliares. Pero fue horrible». (E15. Directora)

Por otra parte, las profesionales han destacado la sensación de «no llegar» como la vivencia más frecuente y con el impacto más negativo.

«Había tantos profesionales nuevos que al final todos hacíamos de todo. Nos ha afectado porque íbamos sobre la marcha, siempre corriendo y con la sensación de no llegar». (E2. RespServGenerales)

«Pasamos de hacer actividades en salas con 40 personas a solo poder hacerlas con 15 como máximo. Y entonces se notaba mucho que no dabas abasto para que todos tuvieran un poco de ti, que se pudiera llegar a todos». (E13. TASOC)

El equipo técnico valoraba y daba preferencia a las personas con mayor sedentarismo y pérdida de funcionalidad, sintomatología ansioso-depresiva, agitación conductual. Las personas con mayor autonomía y un estado estable pasaban más tiempo solas y mantenían menos interacción o ninguna. Con el paso del tiempo presentaron afectación psicoafectiva o funcional y una mayor necesidad de apoyos.

«Ellos están acostumbrados a estar con nosotras, a nuestros horarios y nuestras caras. Es una familia. Y de repente, todo caras nuevas, no sabes cómo te van a tratar y no sabes quién es la persona». (E25. TSocial)

«Yo vi a las chicas muy desesperadas; es que con toda la gente nueva... Y los residentes estaban muy delicados de salud. Fue gente que nunca había entrado a una residencia y si es tu primera vez, ya es duro en el día a día normal coger el ritmo; en esta circunstancia era muy complicado y había gente que no lo aguantaba». (E9. AuxEnf)

Los horarios se modificaron para adaptarse a las necesidades del centro: horas extra o turnos dobles para cubrir la falta de profesionales.

«Eso me ha afectado mucho a mí: tener la sensación de no estar atendiéndoles como tocaba». (E2. RespServGenerales)

En este contexto, se ha abusado de la sobreprotección y no se ha dado opción a elegir los riesgos que las personas querían o podían asumir.

«Se les ha intentado proteger tanto que al final lo que se ha conseguido es meterles en una burbuja de la cual muchas personas ahora son incapaces de salir». (E13. TASOC)

3. Problemas de salud de los profesionales por la COVID-19

Destacan las numerosas bajas laborales que se dieron en las diferentes olas (contagios directos, contactos estrechos...). Los profesionales del cuidado en residencias fueron la categoría profesional más expuestas al virus al inicio de la pandemia, cuando todavía se

desconocían muchos aspectos relevantes sobre la virulencia de la enfermedad y los efectos a largo plazo¹¹. Algunos tuvieron que ser hospitalizados por la gravedad de sus síntomas.

«Hubo muchas bajas. Yo estuve de baja, me fui de las últimas pero sí, di positivo en COVID-19. Vine al trabajo el lunes para hacerme una prueba. La situación estaba fatal, faltaba mucho personal pero... era preciso. Me hicieron un test rápido antes de entrar al turno y di positivo. Lo bueno es que no he tenido secuelas. Solo tuve pérdida de olfato, gusto y tos, en seguida se me pasó. Mi pareja lo pasó peor, se lo pegué y él estuvo peor». (E10. AuxEnf)

«Recuerdo que cuando estaba de baja por COVID-19 pensaba en las personas de la residencia que también tenían el virus. Porque nosotras somos más jóvenes y hubo un momento que estaba en la cama y no podía ni moverme... Yo nunca había estado enferma y de repente verme tan mala... solo pensaba cuando estaba en el hospital: 'Menos mal que les dije a mis hijas que no aparecieran por casa'. Hay compañeras con secuelas. Problemas de fatiga, los bronquios mal, problemas en las piernas...». (E9. AuxEnf)

«Sé de una compañera que estuvo tres días sin comer. Ni siquiera se dio cuenta, se encontraba tan mal que simplemente se le olvidó». (E11. AuxEnf)

4. Impacto de la pandemia en el área emocional: Efectos en el área emocional en las profesionales y gestión de las pérdidas y procesos de duelo

La afectación en el área emocional de los profesionales ha quedado manifiesta en todas las entrevistas realizadas. Gran parte de las personas entrevistadas refieren sintomatología ansiosa, depresiva, estrés, clima laboral tenso, situaciones incontrolables, sentirse desprovistas de herramientas para afrontar la situación adecuadamente, impotencia, frustración, culpabilidad, alteraciones del sueño o alimentación, lo cual apoya otros trabajos de investigación previos como el de Dosil et al.¹² que midió el impacto psicológico en una muestra de profesionales sanitarios españoles, los resultados muestran que la pandemia de la COVID-19 ha generado entre el personal sanitario síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, con mayores niveles entre las mujeres y profesionales de más edad. Variables como haber estado en contacto con el virus o el miedo en el trabajo desencadenaron una mayor sintomatología.

«Mucha ansiedad. Demasiada. Había días que me iba del trabajo llorando, por la situación en general». (E13. TASOC)

«Sentir esa impotencia de decir: 'No puedo hacer nada más por esa persona'. Es algo que nadie ha estudiado y no puedes hacer nada por salvarla. Es muy duro». (E31. AuxEnf)

«¿Podríamos haber hecho más? ¿Y si sí? O, no sé, no digo más... a lo mejor algo diferente, ¿se podría haber hecho de otro modo? ¿Por qué se ha muerto tanta gente en las residencias?». (E14. Gubernanta)

Tanto para los profesionales como para las personas mayores, ha sido la peor experiencia vivida durante la pandemia por la COVID-19.

«Puedo decir que ha sido destructivo, el peor año de mi vida». (E12. Fisioterapeuta)

«Trabajar en condiciones que son inhumanas y denigrantes para las personas es muy difícil. Y eso te lo llevas a casa». (E14. Gubernanta)

La llegada de la COVID-19 a los centros residenciales se ha vivido con mucho temor.

«Fuimos a comunicar a dos residentes que eran positivas. Yo iba como bloqueada, entramos y se lo dijimos. Fue duro; ellas decían que de esta no iban a salir y recuerdo que me giré y me puse a llorar. Fue duro. La primera vez la tengo grabada». (E2. RespServGenerales)

Una de las tareas de los profesionales fue generar una vía de comunicación con los familiares, informarles del estado de salud y evolución de la persona mayor, ejerciendo también de sostén emo-

cional. Se procuró que la información a los familiares fuese lo más fluida posible. Sin embargo, en algunas ocasiones el volumen de llamadas que había que realizar era tal (entre 90-120 diarias) y el número de profesionales tan escaso, que se debía priorizar la atención directa.

Para muchos profesionales la gestión de las pérdidas ha sido un proceso complejo, difícil de gestionar y para el que no estaban preparados.

«Mientras que estás en la vorágine del trabajo vas tirando, pero cuando pasa a ser algo físico, como un listado o las habitaciones vacías, es cuando más te das cuenta de lo que estaba pasando. Piensas: ‘Por favor, que pare ya todo esto’». (E3. TSocial)

Otro aspecto que han destacado las personas entrevistadas ha sido el efecto que han tenido los fallecimientos ocurridos en el centro.

«Recuerdo una persona que me dijo: ‘¿Qué amigos voy a tener ahora? Se han muerto todos... y no me he podido despedir de nadie’. Eso tiene que ser brutal. Tiene que dar miedo saber que, pese a eso, tienes que seguir estando en un sitio del que no puedes salir». (E14. Gobernanta)

Antes de la pandemia, la falta de protocolos y formación de los profesionales para saber actuar ante situaciones de muerte ya se consideraba una necesidad^{13,14}. La pandemia ha subrayado estas carencias.

5. Percepción de soledad y miedo de las profesionales durante el confinamiento

Las personas entrevistadas han destacado como muy relevante la falta de contacto familiar y social y la ausencia de personal disponible para atenderlos y acompañarlos, sobre todo durante los meses más duros del confinamiento. La soledad y la sensación de encierro estuvieron muy presentes.

También en este escenario, fue relevante el miedo a morir solos. Los profesionales intentaron suplir estas carencias, pero no llegaban a todo por la falta de tiempo.

«El contacto era por las videollamadas o teléfono. Era verlos en la pantalla y se ponían a llorar. Ese día se quedaban tristes, porque no podían ir más allá». (E31. AuxEnf)

«Se han sentido abandonados. Con la edad que tienen, comprender el tema de la pantalla para ver a su familiar es difícil, entonces no sé si ha sido bueno o malo». (E1. Recepcionista)

Los profesionales destacan el miedo y la preocupación que les causó el hecho de contraer el virus y poder contagiar a sus familiares.

«He ido a trabajar con miedo. Miedo a contagiarme y a contagiar a mi familia. Dejé de verles a todos, pero vivía con mi marido y tenía miedo a contagiarle». (E7. AuxEnf)

«Yo le cogí miedo, sí. Y a volver a contagiarme. Fui asintomática pero se lo pegué a mi marido y él sí que estuvo muy mal». (E8. AuxEnf)

Discusión

La situación vivida ha tenido un claro impacto en la experiencia subjetiva de los profesionales de los centros residenciales. La incertidumbre, la inestabilidad, afrontar las reacciones de hostilidad por parte de las familias, fruto del miedo y el desconcierto, han generado agotamiento y desgaste en los equipos carentes de recursos suficientes.

Se desprende de los relatos de los profesionales que se han sentido desbordados ante la carga de trabajo diaria, los cambios, la incertidumbre. En ausencia de las familias y como únicas personas en contacto, eran los responsables de dar apoyo emocional a las personas mayores e incluso también a sus familiares sin tener

recursos para ello y ante la incertidumbre de no saber qué iba a pasar. La sobrecarga laboral como respuesta al estrés se relaciona estrechamente con el síndrome de desgaste profesional y con problemas de salud (cansancio físico, emocional, tensión, ansiedad) e incluso eficacia, eficiencia y absentismo¹⁵.

La jornada laboral es extensa y afecta a la salud física de las personas. Tal y como han mostrado las entrevistas, los profesionales tuvieron la sensación de no estar ejerciendo bien sus tareas por falta de recursos y desarrollaron actitudes negativas hacia el trabajo que pueden derivar en un aumento de la fatiga física, desórdenes cardiovasculares y otros trastornos como ansiedad, depresión, pérdida de motivación, irritabilidad y alteraciones en el sueño¹⁶. Investigaciones previas realizadas con profesionales sanitarios hablan de la fatiga por compasión, tan relacionada con el agotamiento profesional¹⁷, y entendida como el agotamiento que surge de estar muy apegado emocionalmente a las personas a las que se cuida y repercute en su salud física, emocional, social y espiritual y desgaste y estrés posttraumático^{18,19}.

La información extraída de las entrevistas apoya investigaciones previas como la de Danet²⁰ y Blanco-Donoso²¹, en la que los profesionales refirieron niveles elevados de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y *burnout*^{22,23}, especialmente como los vividos durante la pandemia²⁴, pero en este caso, muchos profesionales se vieron obligados a restringir el contacto con sus familias, tal y como han verbalizado en estas entrevistas.

Además del edadismo^{25–29}, la pandemia ha traído consigo una vulneración de derechos de las personas mayores³⁰ que se observan también en este análisis cualitativo y que ha afectado a la autopercepción y *burnout* de los profesionales sanitarios³¹. La vivencia de los muchos cambios acaecidos y la gestión de las pérdidas y el duelo y su repercusión en la salud emocional han sido las áreas más destacadas por parte de los profesionales, coincidiendo con los hallazgos de McCallum et al.³²

Según el «Informe del grupo de trabajo sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores»² ha sido heroico el esfuerzo de las personas que han trabajado durante esta pandemia en las residencias. Estos centros carecían de herramientas y protocolos imprescindibles en esta situación, tal y como afirman los autores y se ha podido ver en nuestra investigación. Han tenido que improvisar equipos de protección o material de oxigenoterapia, entre otros, sin apoyo de un sistema de salud pública que estaba totalmente desbordado.

Conclusiones

La pandemia por la COVID-19 ha impactado profundamente en los profesionales que trabajan en los centros residenciales de personas mayores. Los cambios se han convertido en la norma. Además, se han visto expuestos al contagio sin los recursos o conocimientos adecuados. El aislamiento social de las personas residentes ha sido una tarea compleja, dado que la mayoría de centros disponen de habitaciones compartidas y espacios diseñados para la convivencia.

Este escenario ha tenido un gran impacto en la salud mental y dependencia física y emocional de las personas mayores, así como en los profesionales en relación con su carga laboral, desgaste emocional y sentimientos de incompetencia. Las altas demandas han superado los recursos personales y profesionales, durante largos periodos de tiempo.

Esta situación vivida en los centros residenciales, sin duda ha reabierto el debate sobre los modelos de cuidados de calidad, girando la vista hacia la necesidad de implementar el «modelo de atención integral y centrado en la persona», del que tanto se lleva hablando desde los trabajos de Kitwood et al.^{33–37}, y en España, en Fundación Pilaes y otras.

Es importante destacar que la pandemia por la COVID-19 no se ha superado y todavía hay restricciones severas en los centros residenciales para personas mayores que alteran fuertemente el funcionamiento diario. Las visitas y las actividades siguen realizándose en condiciones anómalas, con distanciamiento social y las salidas al exterior están altamente limitadas. Actualmente, los casos de COVID-19 parecen estar disminuyendo, pero el impacto de la pandemia no ha terminado y los profesionales también deben ser apoyados para una pronta y real recuperación.

Las profesiones dedicadas al cuidado deben ser dignificadas, pues el cuidado nos hace humanos. Somos seres interdependientes, mutuamente dependientes, que diría Hannah Arendt³⁸, vulnerables, con vínculos recíprocos.

La necesidad de formar buenos profesionales, especialistas en cuidados a personas mayores, que conozcan terapias no farmacológicas y tratamiento adecuado a personas con demencia es cada vez más grande. Hace falta mejorar la cantidad y calidad de los profesionales, aumentando la *ratio*, pero también contratar más profesionales de la psicología que son los especialistas en el bienestar y la mejora de la calidad de vida de personas en situación de vulnerabilidad.

Un aprendizaje que se puede extraer de estos resultados es que se necesita mejorar las competencias psicológicas de los profesionales ante situaciones de estrés. A menudo, la carga de trabajo es muy grande en el contexto residencial y es conveniente que algún profesional de la psicología pueda proporcionarles ayuda en una intervención psicoeducativa, además de que se pueden reforzar las estrategias de afrontamiento más adecuadas para el control del estrés, y el manejo de situaciones difíciles. La mayor parte de los profesionales que trabajan en las residencias no han recibido nunca formación específica en estos temas.

Otra competencia básica del trabajo en los centros que se puede mejorar es el trabajo en equipo y la cohesión grupal, imprescindibles para la intervención en crisis.

Financiación

El proyecto no ha sido financiado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Kim D, Lee JY, Yang JS, Kim JW, Kim VN, Chang H. The Architecture of SARS-CoV-2 Transcriptome. *Cell*. 2020;181:914–21.e10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2020.04.011>.
- Ordovás JM, Esteban M, García-Retamero R, González B, Gordaliza A, Inzitari M, et al. Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. CSIC digital; 2020, <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/13714>.
- Li Y, Cen X, Cai X, Temkin-Greener H. Racial and Ethnic Disparities in COVID-19 Infections and Deaths Across U.S. Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:2454–61, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16847>.
- Pereiro AX, Dosil-Díaz C, Mouriz-Corbelle R, Pereira-Rodríguez S, Nieto-Vieites A, Pinazo-Hernandis S, et al. Impact of the COVID-19 lockdown on a long-term care facility: the role of social contact. *Brain Sci*. 2021;11:986.
- Arévalo A, Armentia A, Blanco B, Cano M, Crespos C, Fra J, et al. Una respuesta ética en la atención a residencias de ancianos en la pandemia COVID-19. *Cuad Bioét*. 2020;31:223–9, <http://dx.doi.org/10.30444/CB.63>.
- Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
- Maslach C. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Curr Dir Psychol Sci*. 2003;12:189–92, <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.01258>.
- Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13:105–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349–57.

- Monedero-Recuero I, Gonçalves IR. COVID-19 en residencias geriátricas: oportunidades y controversias en la población más castigada por la pandemia [COVID-19 in nursing homes: opportunities and controversies in the population most hit by the pandemic]. *Rev Enf Emerg*. 2020;19:60–3.
- Arenas MD, Villar J, González C, Cao MH, Collado S, Barbosa F, et al. Protección de los profesionales sanitarios en nefrología ante la pandemia por COVID-19. *Nefrología*. 2020;40:395–402.
- Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Jaureguizar J, Picaza M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;14:106–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>.
- Azorín I. Procesos de muerte en pacientes terminales: escenarios, cuidados y cuidadores. Tesis doctoral. Alicante: Universidad Alicante; 2020, <http://hdl.handle.net/10045/107188>.
- Tamarit A, Pinazo-Hernandis S. Atención psicosocial en los cuidados de larga duración realizados en residencias durante el proceso de final de vida. *Health, Aging & End of Life*. 2020;5:21–39.
- Grau A, Súnier R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005;19:463–70.
- Lahana E, Papadopoulou K, Roumeliotou O, Tsounis A, Sarafis P, Niakas D. Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nurs*. 2017;16:15, <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0209-3>.
- Córdoba-Rojas D, Sanz-Guerrero N, Medina-Ch AM, Buitrago-Echeverri T, Sierra-González A. Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saude Soc*. 2021;30:e200478, <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902021200478>.
- Van Mol MM. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One*. 2015;8:e0136955, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>.
- Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(6):618, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13060618>.
- Danet AD. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*. 2021;156:449–58, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>.
- Blanco-Donoso LM, Carmona-Cobo I, Moreno-Jiménez B, Rodríguez de la Pinta ML, Almeida ECD, Garrosa E. Estrés y bienestar en profesionales de enfermería intensiva dentro del ámbito de la donación y el trasplante de órganos: una propuesta desde la psicología de la salud ocupacional. *Med Segur Trab (Madr)*. 2018;64(252):244–62.
- Flett GL, Goldstein AL, Pechenkov IG, Nepon T, Wekerle C. Antecedents, correlates, and consequences of feeling like you don't matter: Associations with maltreatment, loneliness, social anxiety, and the five-factor model. *Pers Individ Differ*. 2016;92:52–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.014>.
- Flett GL. *The psychology of Mattering: Understanding the human need to be significant*. Cambridge: Academic Press/Elsevier; 2016.
- Flett GL, Zangeneh M. Mattering as a Vital Support for People During the COVID-19 pandemic: The benefits of feeling and knowing that someone cares during times of Crisis. *J Concurr Disord*. 2020;2:106–23.
- Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: ageism and decision making in a pandemic. *J Am Med Directors Assoc*. 2020;21:576–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.025>.
- Cohn-Schwartz E, Ayalon L. Societal views of older adults as vulnerable and a burden to society during the COVID-19 outbreak: results from an Israeli nationally representative sample. *J Gerontol*. 2020;76:e313–7, <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa150>.
- Harper S. The COVID-19 pandemic and older adults: Institutionalised ageism or pragmatic policy? *J Popul Ageing*. 2020;13:419–25, <http://dx.doi.org/10.1007/s12062-020-09320-4>.
- Kessler EM, Bowen CE. COVID-19 ageism as a public mental health concern. *Lancet Healthy Longev*. 2020;1:E12, [http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30002-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30002-7).
- Klusmann V, Kornadt AE. Current directions in views on ageing. *Eur J Ageing*. 2020;17:383–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-020-00585-4>.
- Pinazo-Hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Rev Esp Gerontol*. 2020;55:249–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>.
- Gómez-Ospina JC, García-Perdomo HA. Síndrome de Burnout: una entidad para no perder de vista en tiempos de pandemia. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2021;37:e2075.
- McCallum KJ, Walthall H, Aveyard H. Self-care while undertaking qualitative nursing research. *Nurse Res*. 2020, <http://dx.doi.org/10.7748/nr.2020.e1741>.
- Kitwood T. Towards a theory of dementia care: the inter-personal process. *Ageing Soc*. 1993;13:51–67.
- Kitwood T. Positive long-term changes in dementia: some preliminary observations. *J Ment Health*. 1995;4:133–44.
- Kitwood T. *Dementia reconsidered: The person comes first*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 1997.
- Kitwood T, Bredin K. *Person to person: A guide to the care of those with failing mental powers*. Loughton, Essex: Gale Centre; 1991.
- Kitwood T, Bredin K. *Towards a theory of dementia care: personhood and well-being*. *Ageing Soc*. 1992;12:269–87.
- Arendt H. *The human condition*. Chicago, IL: The University of Chicago Press; 1958.