



**La soledat i l'aïllament social durant el
confinament per la COVID-19 des de la perspectiva
de les persones grans institucionalitzades**

Marta Coll i Julià

Tutora: Dra. Maria del Carmen Malagón Aguilera

Treball de fi de grau

Curs 2020-2021

AGRAÏMENTS

Primer de tot, agrair a les persones grans de la residència per a obrir-se a explicar-me com s'havien sentit durant el confinament de la COVID-19, després d'estar separats durant mesos de les seves famílies. Gràcies per deixar-me explorar la sensació de soledat tant present en les seves vides.

Donar gràcies a la meva tutora del treball, Dra. Carme Malagón, per guiar-me i animar-me en els moments més incerts. Gràcies també per creure en tot moment que la realització del projecte era possible.

Finalment, agrair a la meva família i amics pel suport i paciència des de l'inici al final.

RESUM

Introducció: La pandèmia de la COVID-19 és una situació nova i excepcional que ha comportat l'aplicació de mesures d'aïllament i distanciament social. Les persones grans institucionalitzades són un col·lectiu de risc que durant la primera onada van quedar totalment aïllats de l'exterior. L'aïllament social i sobretot el distanciament familiar va accentuar la sensació de soledat d'aquest col·lectiu, on la prevalença ja era elevada, un 55%. D'altra banda, la sensació de soledat té un impacte sobre la salut física i psicològica de les persones. Per aquest motiu, és important atendre i donar suport a les vivències de soledat de les persones grans institucionalitzades.

Objectiu: Analitzar la soledat i l'aïllament provocat pel confinament, a causa de la pandèmia de la COVID-19, en persones grans institucionalitzades en un centre geriàtric de Banyoles.

Metodologia: Estudi qualitatiu amb una mostra reduïda de 4 participants, 75% femenina. S'han realitzat entrevistes en profunditat a persones grans institucionalitzades que van viure durant la primera onada a una residència geriàtrica de Banyoles. S'analitza el discurs de les entrevistes, de manera que el contingut queda classificat en temes i categories.

Resultats: Tots i totes les participants expressen sentir-se sols des d'abans del confinament, de manera que amb el temps expliquen haver-se adaptat a la situació de soledat. Tot i això, la manera com viuen la soledat és diferent, alguns prefereixen estar sols i d'altres busquen suport i companyia en les auxiliars o les residents. Durant el confinament es van sentir tristos, angoixats, amb malestar inespecífic, sensació d'apatia o avorriment perllongat. Per a afrontar o alleugerir aquests símptomes, verbalitzen utilitzar recursos de la mateixa residència o propis. En relació a la salut, refereixen malestar o nerviosisme, però no consideren que el seu estat de salut hagi empitjorat com a conseqüència de l'aïllament.

Conclusions: La soledat és una sensació comuna en les persones grans institucionalitzades que ha augmentat a causa de la pandèmia de la COVID-19. S'ha manifestat en els participants amb simptomatologia lleu. Tot i això, s'ha evidenciat que són capaces d'acceptar la nova situació i aprendre a conviure

amb la sensació de soledat. A més, pel que fa a l'estat de salut, quan la persona percep un augment de la soledat, com seria el confinament o el moment d'ingrés a la residència, és quan l'estat de salut empitjora si no realitza una bona gestió de la conducta i les emocions. De totes maneres, els participants consideren el seu estat de salut bo o molt bo i haver-lo mantingut durant el confinament.

Paraules clau: COVID-19, centre geriàtric, residència geriàtrica, envelliment, soledat, aïllament, símptomes afectius, trastorn psicològic, emocions

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic is a new and exceptional situation that has led to the application of isolation and social distancing measures. Institutionalized seniors are a risk group who were completely isolated from the outside during the first wave. Social isolation and especially family distancing raised their feeling of loneliness in this group, which prevalence was high, 55%. On the other hand, the feeling of loneliness has an impact on people's physical and psychological health. For this reason, it is important to attend and support the experiences of loneliness of institutionalized seniors.

Objective: To analyse the loneliness and isolation caused by confinement, due to the COVID-19 pandemic, in institutionalized elderly people of a geriatric centre in Banyoles.

Methodology: It is a qualitative study with a small sample of 4 participants, 75% female. In-depth interviews have been taken to institutionalized elderly people who were living during the first wave in a nursing home in Banyoles. The speech is analysed, so that the content is classified into topics and categories.

Results: All the participants expressed the feeling loneliness from before the confinement, so that over time they could live with the loneliness situation. However, the way they live loneliness is different, some prefer to be alone and others look for support and company within the auxiliaries or residents. During the confinement, they felt sad, distressed, with non-specific discomfort, a feeling of apathy or prolonged boredom. To cope with these symptoms, they used residential or their own resources. Concerning health, they report discomfort or nervousness, but they do not consider that their state of health has worsened because of the isolation.

Conclusions: Loneliness is a common feeling in institutionalized seniors that has increased due to the COVID-19 pandemic. Participants had some mild symptoms. However, they can accept the new situation and learn to live with the feeling of loneliness. Besides, in terms of health status, when a person perceives an increase of loneliness due to the confinement or when they joined the residence, it is when their health condition worsens. However, participating

residents consider their health status to be good or very good and to have maintained it during confinement.

Keywords: COVID-19, geriatric centre, geriatric residence, ageing, loneliness, isolation, affective symptoms, psychological disorder, emotions

ÍNDEX

AGRAÏMENTS.....	2
RESUM	3
ABSTRACT	5
1. MARC TEÒRIC.....	10
1.1 Pandèmia de la COVID-19.....	10
1.2 Estat actual de les residències geriàtriques a Espanya	12
1.3 Situació dels centres geriàtrics a Espanya durant la pandèmia de la COVID-19	14
1.4 Salut física i mental percebuda de les persones grans institucionalitzades.....	15
1.5 Situació emocional de les persones grans institucionalitzades	16
1.6 Soledat com a principal problema de salut emocional relacionat amb el confinament	17
1.7 Sentiments derivats de l'aïllament social i familiar durant el confinament i situacions desencadenades	19
1.8 Efecte del confinament sobre els problemes de salut emocional preexistents.....	20
1.9 Solucions pel problema d'aïllament social i familiar a les residències geriàtriques durant el confinament.....	20
2. OBJECTIUS.....	23
2.1 Objectiu general	23
2.2 Objectius específics	23
3. MATERIAL I MÈTODES	24
3.1 Disseny	24
3.2 Àmbit d'estudi.....	24
3.3 Població i mostra d'estudi	25
3.4 Variables	25

3.5	Recollida de la informació	26
3.6	Procediment	26
3.7	Anàlisi.....	27
3.8	Condicions ètiques	28
4.	RESULTATS.....	30
4.1	Soledat:	31
4.1.1	Manifestacions i experiències de soledat:	32
4.1.2	Recursos per a afrontar la soledat:.....	33
4.2	Percepció de salut.....	37
4.2.1	Canvis en l'estat de salut emocional durant el confinament:	37
4.2.2	Afectació de la salut a causa de la soledat i l'aïllament:	38
5.	DISCUSSIÓ	40
6.	LIMITACIONS DE L'ESTUDI	42
7.	CONCLUSIONS	44
8.	BIBLIOGRAFIA.....	46
9.	ANNEXOS	54
9.1	Qüestionari de dades demogràfiques i socials	54
9.2	Guia semiestructurada de les entrevistes individuals.....	56
9.3	Full d'informació i consentiment informat	57
9.4	Dictamen del Comitè d'ètica i bioseguretat de la Universitat de Girona...	61

Índex de figures i taules

Figura 1. Titularitat i gestió de les residències a Espanya.....	13
--	----

Figura 2. Canvi en l'estat d'ànim i problemes emocionals en residents de centres geriàtrics durant la prohibició de les visites a causa de la COVID-19 i comparat amb abans de la prohibició de les visites (%).....	19
Figura 3. Freqüència mitjana de cada mètode de comunicació utilitzat durant la COVID-19 pels participants que tenien aquests mètodes disponibles.	21
Taula 1. Categories emergents de l'anàlisi qualitatiu	31
Figura 4. Relació entre l'estat de salut emocional i soledat.....	39

1. MARC TEÒRIC

1.1 Pandèmia de la COVID-19

La COVID-19 és una malaltia infecciosa causada pel virus SARS-CoV-2, un coronavirus de la mateixa família que el SARS-CoV (síndrome respiratori agut greu per coronavirus) i el MERS-CoV (síndrome respiratori de l'Orient Mitjà per coronavirus)(1) que a 13 de novembre de 2020 ha provocat més d'1,3 milions de morts arreu del món(2). Aquest virus va ser identificat el 9 de gener de 2020 amb focus d'origen a Wuhan, una ciutat de la Xina, on va causar un elevat nombre de casos de pneumònia atípica i com a conseqüència, milers de morts. A partir d'aquí, han aparegut diàriament nous casos a la resta del món(1). L'11 de febrer de 2020 l'OMS nomena a la malaltia infecciosa amb el nom de COVID-19 i l'11 de març de 2020 declara que ens trobem davant d'una pandèmia mundial, ja que no s'ha pogut controlar el brot inicial(3). A Espanya, com a altres països, l'arribada d'aquest virus va comportar el confinament domiciliari estricte del 13 de març al 28 d'abril de 2020 després del qual va començar el procés de desconfinament progressiu.

El principal mecanisme de transmissió directe entre humans, igual que el SARS-CoV, és mitjançant gotes grans o mitjanes de Flügge (> 5-10µm) que expulsem al parlar, estossegar o esternudar. Les exposicions durant més de 15 minuts amb persones asimptomàtiques o durant un període més curt amb persones simptomàtiques són considerades les situacions de major risc de contagi(4). Una altra font important són les superfícies contaminades on sobreviu fins a nou dies(1). Per contra, la transmissió indirecte via aerosols, és a dir, gotes petites de Wells (< 5 µm) no és considerada tan significant pel que fa a la propagació del virus(4).

A partir de les dades clíniques recollides s'ha vist que els símptomes més freqüents són febre en un 70%-90%, tos seca en un 60%-86%, dificultat de respiració entre un 53%-80%, fatiga un 38%, miàlgia entre un 15%-44%, simptomatologia digestiva entre un 15%-39%, cefalea, anorèxia un 25% i rinorrea un 7%(4). Com s'observa la simptomatologia és molt variada encara que predominen les manifestacions respiratòries.

La població de risc és un grup de persones amb característiques semblants que en aquest cas tenen una major probabilitat de contagiar-se o de tenir mal pronòstic. Per tant, són aquests individus els que han d'extremar les mesures de protecció. Segons el NHS (National Health System del Regne Unit) existeixen 2 nivells d'augment del risc: Risc elevat (extremadament vulnerable) i risc moderat (vulnerable). Tot seguit, s'anomena la població amb risc elevat(5):

- Transplantament d'un òrgan
- Tractament de quimioteràpia o immunoteràpia pel càncer
- Tractament intens de radioteràpia pel càncer de pulmó
- Tractaments pel càncer que afecten el sistema immunitari
- Càncer de la sang o de medul·la òssia
- Càncer de medul·la òssia o transplantament de cèl·lules mare durant els darrers 6 mesos
- Situació pulmonar severa
- Condició física que comporta un augment del risc a contagiar-se
- Medicació que augment el risc de contagi
- Malaltia cardiovascular severa juntament amb un embaràs
- Síndrome de Down
- Tractament de diàlisi o malaltia renal severa

Dins la població vulnerable es troba:

- Edat superior a 70 anys
- Situació pulmonar no severa
- Malaltia cardiovascular
- Diabetis
- Malaltia renal crònica
- Malaltia hepàtica
- Malaltia d'afectació cerebral o nerviosa
- Obesitat (IMC≥40)
- Embaràs

La gent gran institucionalitzada sol presentar una condició física d'extrema vulnerabilitat, a causa de l'existència de més d'un factor de risc. Per exemple, la majoria tenen més de 70 anys i presenten una comorbiditat o malaltia crònica de

base. Per altra banda, alguns estudis afirmen que els pacients geriàtrics presenten simptomatologia atípica en relació amb els símptomes de la COVID-19 en adults o fins i tot en alguns casos s'hi troben també asimptomàtics. Així doncs, per a detectar si s'han contagiats, igual que en adults, cal la realització d'una prova PCR o d'antígens(6).

1.2 Estat actual de les residències geriàtriques a Espanya

Existeixen diferents definicions per a residència geriàtrica, ja que no totes ofereixen els mateixos serveis. L'IMSERSO defineix aquests centres residencials com a establiments destinats a l'allotjament temporal o permanent, amb serveis i programes d'intervenció adequats a les necessitats de les persones residents, dirigides a millorar la qualitat de vida i a promocionar la seva autonomia. Caldria afegir que ofereixen una atenció integral, individualitzada, sanitària i continuada les 24 h del dia. A més, l'IMSERSO distingeix 2 tipus de serveis: bàsics i especialitzats. Com a serveis bàsics s'entén allotjament, manutenció, assistència a les activitats bàsiques de la vida diària i atenció sanitària i social. Per altra banda, els serveis especialitzats són les activitats per a la promoció de l'autonomia, teràpia ocupacional, rehabilitació funcional i atenció mèdica, psicològica i d'infermeria(7).

Les residències geriàtriques difereixen entre elles segons les seves característiques que són molt variables. Les més destacables són la titularitat, el finançament, la cobertura, la mida, el tipus d'instal·lacions, les característiques de les habitacions, la capacitat per a aïllar una persona o sector, el nivell d'atenció sanitària, etc. Per exemple, les instal·lacions de les residències de l'ambient rural i les de l'entorn urbà són completament diferents, ja que la localització rural sovint permet més espai exterior(8).

Així doncs, cal tenir present les característiques d'aquests centres per a valorar l'impacte de la COVID-19, atès que alguns no disposaven de la infraestructura adequada per a fer front a la pandèmia.

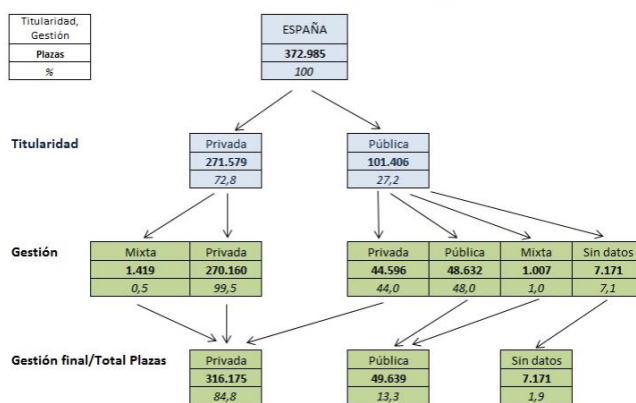
Els criteris inclusius per a accedir als centres residencials, són els següents:

- Edat superior a 60 anys excepte quan és la parella d'un resident

- No tenir una malaltia infecciosa o que requereixi atenció hospitalària
- No tenir trastorns mentals greus que afectin a la convivència o demanin d'atenció psiquiàtrica
- No haver estat expulsat de manera definitiva d'un altre centre geriàtric
- Ser pensionista
- Acreditació de discapacitat intel·lectual per als centres especialitzats(7)

Segons un informe estadístic de l'abril de 2019 elaborat per *Envejecimiento en Red*, a Espanya hi ha un total de 5.417 residències geriàtriques que conformen un total de 372.985 places. Tenint en compte les dades més rellevants, comentar que el 72,8% de la titularitat dels centres és privada i que el 84,8% del total de les places són gestionades per empreses privades. A més, destaca el fet que el 44% de les places públiques són gestionades per empreses privades, és a dir, els treballadors no cobren directament de l'administració pública(9).

Titularidad y gestión de las residencias en España. Envejecimiento en Red, 2019



Fuente: Envejecimiento en Red, 2019.
Informe nº 24: Estadísticas sobre residencias, 2019

Figura 1. Titularitat i gestió de les residències a Espanya. Font: *Envejecimiento en red*. 2019

D'altra banda, aquest informe mostra que un 19,3% de la població espanyola té 65 anys o més, aquesta xifra equival a més de 9 milions de persones. Si es relaciona aquesta dada amb les places totals ofertes, resulta que només un 4,1% de les persones majors de 65 anys opten a una plaça a un centre residencial(9).

1.3 Situació dels centres geriàtrics a Espanya durant la pandèmia de la COVID-19

La pandèmia per la COVID-19 ha destapat les mancances del sistema residencial a Espanya, ja que han sigut les més tocades amb una elevada taxa de mortalitat durant la primera onada de la COVID-19. El govern espanyol encara no ha emès la xifra oficial de morts a les residències de gent gran, però un informe del *Canadian for Health Information* (CIHI) estima que es tracta del 66% del total de morts per la COVID-19. Així doncs, Espanya seria el segon país, després de Canadà, amb una xifra més elevada de morts a les residències(8). Aquesta devastadora onada ha ocasionat una crisi als centres geriàtrics. Els factors desencadenants d'aquesta crisi són: residents amb més comorbiditats i fragilitat, mancances del sistema de residències, falta d'una resposta adequada a la primera onada i falta de protocols sobre com afrontar la crisi .

Les debilitats del sistema es troben a tots nivells, des de la seva gestió, les condicions laborals, la formació dels treballadors i la coordinació amb serveis socials i sanitaris. Els errors comesos durant la primera onada són deguts a una manca de previsió per la falta d'antecedents similars. No va ser possible la prioritització de la situació a les residències, ja que no disposaven de tests diagnòstics, equips de protecció integral (EPI's), espais d'aïllament ni professionals per a cobrir les nombroses baixes de professionals(10). La resposta per part del sistema va ser aïllar els residents infectats a la mateixa residència. Aquestes persones no van tenir opció a una atenció mèdica adequada durant el procés agut causat per la SARS-COV2, ja que les residències no són centres hospitalaris sinó que s'assemblen més a la idea d'una llar(11).

Tot això, fa replantejar el model de residència actual enfocat a la eficàcia organitzativa per a cobrir les necessitats bàsiques dels residents(12). Els horaris són marcats i poc flexibles, donant una atenció poc individualitzada. Totes les persones duen a terme les mateixes activitats, al mateix moment i al mateix lloc. Com a conseqüència els residents perden la capacitat de decisió del seu dia a dia i per tant, disminueix la qualitat de vida. Aquest model en el qual tots conviuen i passen la major part del dia al mateix espai ha propiciat el contagi entre els residents(11).

1.4 Salut física i mental percebuda de les persones grans institucionalitzades

La salut percebuda és la percepció individual del propi estat de salut. És una mesura unidimensional i subjectiva que va més enllà de l'estat de salut física, ja que la idea de salut ve condicionada pels determinants de la salut. Les malalties diagnosticades, les característiques personals i sociodemogràfiques, l'espiritualitat, els antecedents personals i l'entorn, així com les instal·lacions dels centres geriàtrics són variables significants en la percepció de salut(13). Un altre factor determinant en la percepció de salut i molt present, entre un 45-80% segons bibliografia, en les persones grans institucionalitzades és el dolor que si no està ben controlat pot desencadenar nous problemes de salut, tant físics com psicològics, fins a provocar una incapacitat important(14). Segons un estudi, la correlació entre la percepció de salut i la qualitat de vida és moderada, ja que els participants tot i manifestar tenir una qualitat de vida física baixa (56 sobre 100), la seva percepció de salut era d'un 76 sobre 100(15). Això és degut al fet que la idea de salut de les persones va més enllà de la salut física.

La situació de salut objectiva de la majoria de les persones grans institucionalitzades és d'extrema fragilitat, a causa de la comorbiditat que dona un elevat grau o una total dependència física i/o psicològica juntament amb deteriorament cognitiu(16). Si s'aplica aquesta dependència a les activitats bàsiques de la vida diària, es considera que 9 de cada 10 residents necessiten ajuda per rentar-se i vestir-se i no poden pujar ni baixar escales. A més, 3 de cada 4 són dependents per a alimentar-se i 3 de cada 4 no llegeixen(17). Tot i això, segons un estudi realitzat a Alemanya, més de la meitat dels residents consideren tenir un bon estat de salut encara que requereixen d'ajuda parcial o total per a les activitats bàsiques de la vida diària i les activitats instrumentals(16,18). Pel que fa a les malalties més freqüents, aquestes són malalties cardiovasculars sobretot la hipertensió, malalties articulars com l'osteoartritis i malalties endocrines com la diabetis mellitus(19). En relació a la salut mental de les persones institucionalitzades, la incidència de malalties psiquiàtriques i neurològiques és elevada(16). A l'estudi mencionat anteriorment, un 44,6% presentaven símptomes depressius i un 76,1% signes de demència, la

qual sovint comporta un augment de la dependència(18). Per aquest precís motiu, és important l'atenció psicològica.

Per acabar, si es compara l'estat de salut percebut de les persones grans institucionalitzades amb les persones grans que viuen a casa seva, aquest es troba inferior(16).

1.5 Situació emocional de les persones grans institucionalitzades

La depressió i l'ansietat són trastorns de l'estat d'ànim estretament relacionats amb el procés d'envelliment, ja que poden aparèixer a conseqüència dels canvis psicològics i socials que les persones experimenten durant aquest procés. Les persones grans, a diferència de la resta de la població, presenten un major risc de desenvolupar depressió o ansietat a causa de la falta d'autoestima, la reducció de l'activitat física i mobilitat, la pèrdua d'éssers estimats, la disminució de la independència física i econòmica, la presència de malalties cròniques i la llarga estada en centres geriàtrics(20). Cal tenir en compte també els factors sociodemogràfics de cada persona, així com l'edat, el sexe, l'estat civil i el nivell educatiu. Així doncs, les causes, igual que la simptomatologia són múltiples. A vegades les persones grans consideren normal l'aparició d'aquesta simptomatologia, però cal estar alerta i tractar correctament aquests trastorns donat que augmenten la incapacitat funcional i el risc de suïcidi, fins i tot predisposen l'aparició de demències(21). Les dades de les residències geriàtriques mostren que aproximadament un 30% presenta simptomatologia depressiva i un 12% ansietat tot i això, molts d'ells no reben tractament i en alguns casos no estan ni diagnosticats(17,22). Veient les dades, és interessant l'aplicació de programes per a reduir i evitar aquesta simptomatologia.

Pel que fa a la depressió, existeixen factors que predisposen la seva aparició. La soledat és un dels factors principals i altament prevalent en la gent gran institucionalitzada. Alguns estudis afirmen que la sensació de soledat és superior comparada amb aquelles persones que viuen a casa seva. Un altre factor important a tenir en compte és el suport social, s'ha vist en diversos estudis que la falta de suport social afavoreix l'aparició de simptomatologia depressiva. Per contra, unes relacions socials fortes és un factor protector(20,21).

Per altra banda, l'ansietat està relacionada amb la frustració per la pèrdua de capacitats i habilitats, la no comprensió o acceptació de l'estat de salut, la insatisfacció vital o la mateixa soledat. Els trastorns derivats de l'ansietat més freqüents en les persones grans institucionalitzades són el trastorn d'ansietat, el pànic i l'ansietat social. Les manifestacions clíniques poden ser la disminució de l'estat de salut física, l'insomni o la incontinència urinària(20).

1.6 Soledat com a principal problema de salut emocional relacionat amb el confinament

La soledat és la sensació d'aïllament social derivat de la insatisfacció entre les relacions socials significants que un té i les que voldria tenir. Es considera una dada subjectiva, ja que el nombre de relacions socials per a no sentir-se sol difereix entre les persones. Es tracta doncs, d'una de les emocions més presents en la població geriàtrica, sobretot aquells que estan institucionalitzats, la prevalença dels quals és del doble en relació amb les persones grans que viuen a casa, donat que estan separats del seu cercle d'amistats i família i perden el seu poder de decisió(23,24).

La soledat té 3 dimensions, cada una té un pes important en la sensació de soledat d'una persona. La primera és la soledat personal a causa de la falta d'una persona significant al costat com seria la parella o un familiar molt proper qui és un punt de suport i et valora com a persona. La segona dimensió és la sensació de no pertànyer a cap grup que es reuneix sovint. Estem parlant d'un grup que es troba setmanalment per a jugar a cartes, la quina, etc. Per acabar, la tercera dimensió és l'absència d'una xarxa social activa, és a dir, un grup que es dona suport pel sol fet de pertànyer al mateix grup. Un exemple seria la gent que es troba quan va a missa(24). Si relacionem aquestes dimensions amb les persones grans institucionalitzades durant la pandèmia, observem com van perdre el contacte amb la persona qui era significant per a ells, ja que els familiars no els podien visitar. Per tant, sols els va quedar la segona dimensió, és a dir, el grup amb qui participen a les activitats lúdiques de la residència, ja que en general el fet d'ingressar a un centre geriàtric ja comporta l'absència de la tercera dimensió.

El procés d'envelliment interfereix en les 3 dimensions de la soledat, ja que comporta pèrdues tant d'éssers estimats i propers com de capacitats físiques i mentals de la persona. Quan una persona sent soledat les primeres emocions que floreixen són l'angoixa, el patiment i fins i tot la por. A llarg termini, repercuteix sobre la salut física i mental de la persona donant un augment del risc coronari i de la tensió arterial, insomni, dolor, ansietat, deteriorament cognitiu i un augment del risc de desenvolupar Alzheimer i simptomatologia depressiva. Per aquests motius, cal donar suport i ajudar a alleugerir la primera simptomatologia de la soledat(23).

Durant els mesos de confinament estricte de la primera onada de la pandèmia de la COVID-19 la sensació de soledat de les persones grans institucionalitzades d'arreu del món es va veure altament intensificada a causa de les mesures d'aïllament imposades per a impedir l'entrada i propagació del virus dins dels centres geriàtrics(25). Segons un estudi recent, aproximadament un 55% dels residents ja sentien soledat abans de la pandèmia, en canvi durant el confinament per la COVID-19 ha augmentat fins a un 77%(23,26). Algunes de les mesures imposades van ser la cancel·lació de les visites i sortides amb familiars i amics, l'aïllament a les habitacions, la cancel·lació també de les activitats grupals, el tancament dels espais comuns i la reducció al màxim el contacte amb el personal i entre ells. Així doncs, la imposició d'aquestes mesures va reduir dràsticament les relacions socioafectives i com a conseqüència, la soledat va esdevenir un problema de salut real i potencial per a les persones grans institucionalitzades(27). La bibliografia ja demostra el ràpid empitjorament físic i cognitiu i el trauma que ha suposat per a alguns residents l'aïllament social(28).

Pel que fa a la relació amb els familiars, donat que el contacte directe era inexistent, alguns centres van apostar per a mantenir el contacte de manera indirecta mitjançant dispositius electrònics, encara que l'efecte no és el mateix que quan se sent la persona a prop(25,29).

1.7 Sentiments derivats de l'aïllament social i familiar durant el confinament i situacions desencadenades

L'aïllament social imposat per a combatre el virus com s'ha explicat anteriorment, s'ha manifestat en les persones grans institucionalitzades amb un augment de la soledat, l'aparició de problemes emocionals i canvis en l'estat d'ànim. Un estudi realitzat als Països Baixos compara la intensitat d'algunes emocions abans i després de la cancel·lació de les visites dels familiars. S'observa un important augment de la tristesa i la inquietud i per contra, una disminució de la felicitat. Per altra banda, segons l'opinió dels professionals, va augmentar la depressió, l'ansietat, la irritabilitat i l'agitació dels residents(26).

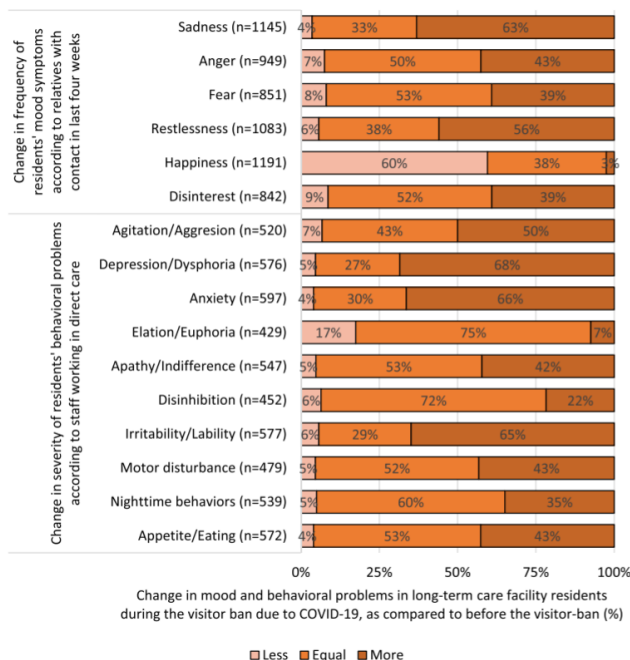


Figura 2. Canvi en l'estat d'ànim i problemes emocionals en residents de centres geriàtrics durant la prohibició de les visites a causa de la COVID-19 i comparat amb abans de la prohibició de les visites (%). Font: The impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. 2020

Així doncs, veiem com l'aïllament social i les restriccions en les visites de familiars tenen un efecte important sobre la salut i la qualitat de vida dels residents qui experimenten tristesa, soledat i una important disminució de la seva qualitat de vida. Per aquest motiu, en alguns països es va posar sobre la taula el restabliment de les visites per a evitar efectes adversos greus(30).

1.8 Efecte del confinament sobre els problemes de salut emocional preexistents

Durant els mesos de confinament, la salut mental de les persones grans institucionalitzades s'ha vist desatesa per la situació d'aïllament que ha reduït significativament les seves relacions socioafectives i ha cancel·lat l'assistència psicològica. Per aquest motiu, els residents demanaven més acompanyament psicològic per part de les cuidadores que a causa de l'elevada càrrega assistencial del moment no hi podien dedicar el temps que es mereixia. Així doncs, els problemes de salut mental més comuns com la depressió i l'ansietat han augmentat tant en intensitat com en incidència(31). Un estudi realitzat als Països Baixos mostra des de la perspectiva de les cuidadores com la gravetat de la depressió i l'ansietat ha augmentat respecte abans de la pandèmia(26).

Altres factors estressants a tenir en compte són la incertesa de no saber quan pot tornar la normalitat, la por a infectar-se o a haver d'ingressar a l'hospital on estarien fora del seu entorn habitual. És important escoltar les seves pors i inquietuds, ja que afecten tan de manera directa com indirecta en la seva salut mental(32).

De totes maneres, caldria estudiar en profunditat quines són les conseqüències a mitjà i llarg termini de l'aïllament en la salut mental de les persones institucionalitzades, donat que aquesta situació de restriccions continua.

1.9 Solucions pel problema d'aïllament social i familiar a les residències geriàtriques durant el confinament

La pandèmia per la COVID-19 va comportar la prohibició de l'entrada de persones de l'exterior als centres geriàtrics excepte el personal, ja que si el virus entrava, les conseqüències podien ser catastròfiques. Així doncs, les visites de familiars en persona es van anul·lar i per tant, les residències van haver d'idear nous mètodes per tal que els residents poguessin mantenir el contacte amb les seves famílies. Hi ha hagut diferents iniciatives, però la més popular han sigut les videotrucades, així les dues parts es podien veure. Una forma d'utilitzar aquesta eina, de manera que els residents se sentin acompanyats durant el dia, és trucant dues vegades al dia, una com a bon dia i l'altra com a bona nit. Una

altra proposta més tradicional és el mètode postal, és a dir, les famílies poden enviar cartes o dibuixos als residents. De manera paral·lela, s'ha vist que la presència d'animals també dona companyia. Finalment, relacionat amb la soledat personal, s'han vist imatges de familiars que s'acostaven a les finestres de les residències per a poder veure i contactar a través del vidre amb els residents. D'altra banda, per a combatre la soledat social, algunes institucions com l'església han augmentat el nombre de retransmissions per la televisió, de manera que els creients es continuaven sentint pertanyents a aquesta comunitat(24).

Un cop exposats els mètodes utilitzats, un estudi analitza l'impacte emocional d'aquests mètodes, és a dir, si és positiu o negatiu. Per començar, a la taula següent s'observa la freqüència d'ús de diferents mètodes en un centre de llarga estada com són les residències geriàtriques. Tot i això, alguns d'aquests mètodes com el correu electrònic o els missatges de mòbil rarament seran utilitzats en centres geriàtrics, ja que la majoria de residents no en disposen(33).

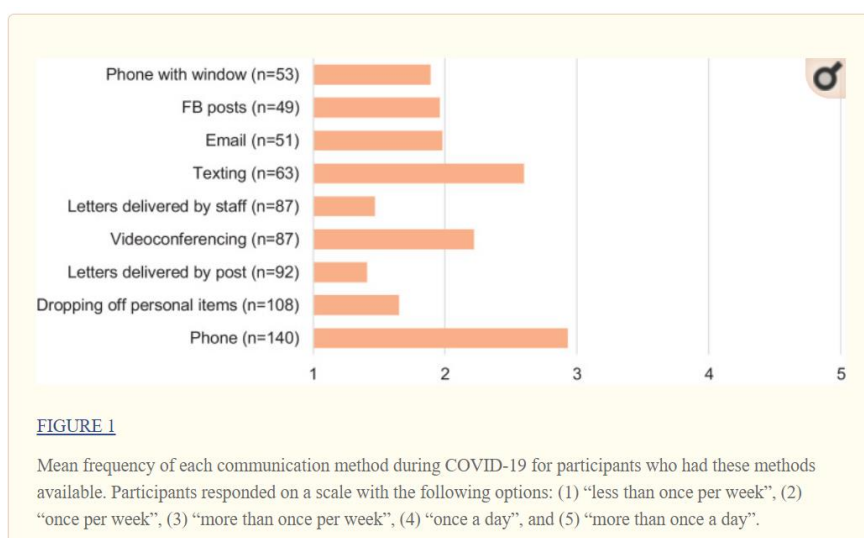


Figura 3. Freqüència mitjana de cada mètode de comunicació utilitzat durant la COVID-19 pels participants que tenien aquests mètodes disponibles. Els participants van respondre amb una escala amb les següents opcions: (1) "menys d'una vegada a la setmana", (2) "una vegada per setmana", (3) "més d'una vegada a la setmana", (4) "una vegada al dia" i (5) "més d'una vegada al dia". Font: Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. 2020

Per tant, excloent els missatges de mòbil, els dos mètodes més utilitzats són les trucades telefòniques i les videotrucades. S'ha demostrat doncs que les trucades tenen un elevat impacte emocional positiu i per contra, un baix impacte negatiu tant pels familiars com pels residents. Al contrari, el mètode menys utilitzat és l'entrega de cartes en la qual el personal fa de missatger atès que familiars i residents refereixen vivències negatives al respecte(33).

Podem dir que gràcies a les noves tecnologies ha sigut possible mantenir el contacte amb les famílies durant els mesos de confinament estricte, encara que per a les persones amb demència fos més complicat, ja que sovint necessiten el contacte físic dels seus familiars per a sentir-los a prop(29).

2. OBJECTIUS

2.1 Objectiu general

Analitzar la soledat i l'aïllament provocat pel confinament, a causa de la pandèmia de la COVID-19, en persones grans institucionalitzades en un centre geriàtric de Banyoles.

2.2 Objectius específics

1. Conèixer la percepció de salut actual de les persones grans institucionalitzades en un centre geriàtric de Banyoles.
2. Explorar els sentiments de soledat apareguts durant el confinament a les persones grans institucionalitzades d'un centre geriàtric de Banyoles.
3. Relacionar les vivències de soledat amb la percepció de salut actual de les persones grans institucionalitzades en un centre geriàtric de Banyoles durant el confinament a causa de la pandèmia de la COVID-19.

3. MATERIAL I MÈTODES

3.1 Disseny

Segons els objectius establerts, s'utilitza la metodologia qualitativa per a dur a terme l'estudi. Així doncs, es tracta d'un estudi qualitatiu que obté la informació adequada mitjançant entrevistes individuals, sempre respectant les decisions, la intimitat i confidencialitat de les persones.

3.2 Àmbit d'estudi

L'estudi es realitza a una residència geriàtrica de Banyoles que tot i ser de titularitat privada, el finançament d'algunes places és de font pública. El centre residencial ofereix assistència continuada a les Activitats de la Vida Diària (ABVD) les 24h del dia a un total de 33 residents repartits en 8 habitacions dobles i 17 habitacions individuals. En l'actualitat, 7 dels 33 residents són homes. Alguns dels residents es van haver de desplaçar dels seus municipis d'origen per a estar més a prop dels seus familiars.

Per altra banda, els residents també gaudeixen de serveis especialitzats que milloren la seva qualitat de vida com la fisioteràpia, la psicologia, la podologia, la teràpia ocupacional, l'atenció mèdica i infermera, les activitats lúdiques i el servei de perruqueria

L'equip de treballadors de la residència està format per diferents professionals que es poden classificar segons:

- Equip de direcció: Directors de la residència
- Equip de salut (amb responsabilitat i/o atenció directe a la cura de la persona): Cuidadores/auxiliars, infermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicòloga i professional encarregada de l'entreteniment
- Professionals de serveis: Perruquera, cuineres i netejadores

Pel que fa al metge/ssa, la treballadora social i el podòleg, són serveis coordinats amb el Centre d'Atenció Primària (CAP) de Banyoles que van de forma periòdica a la residència per a atendre a aquelles persones que ho necessiten.

3.3 Població i mostra d'estudi

La població d'estudi són les persones grans de la residència geriàtrica que van viure allà durant els mesos de confinament de la primera onada.

La selecció de la mostra és mitjançant el mètode no probabilístic per conveniència, és a dir, es demanarà personalment als residents que compleixin amb els criteris d'inclusió la participació a l'estudi fins a arribar a 3 o 4 persones a qui es realitzarà l'entrevista personal

Criteris de selecció:

Els i les participants són persones grans institucionalitzades sense deteriorament cognitiu que puguin mantenir una conversa coherent, que visquessin a la residència abans de la primera onada de la COVID-19, que rebessin visites dels seus familiars i que acceptin participar a l'estudi.

Criteris d'exclusió:

Persones grans institucionalitzades amb deteriorament cognitiu, patologia mental greu i ingrés a la residència posterior al confinament.

Les entrevistes segueixen una estructura que afavoreix l'expressió de sentiments, emocions i vivències durant el confinament i regula la durada. Es van gravar les entrevistes amb el consentiment previ dels entrevistats.

3.4 Variables

Primer de tot, s'obtenen dades sociodemogràfiques i socials dels participants per a poder descriure el seu perfil.

- Edat: en anys naturals
- Sexe: Home o Dona
- Temps d'estada al centre geriàtric: en anys naturals
- Estat de salut percebuda: Excel·lent, molt bo, bo, regular i dolent
- Visites familiars: número de visites cada setmana abans del confinament (1 – 5)
- Relació amb la persona que els visitava: Resposta oberta que s'agruparà en grups (fills, germans, néts, amics)

- Aïllament social percebut: mesura la presència d'una xarxa social de suport. Mai, a vegades, sovint i sempre.
- Soledat percebuda: mesura la sensació subjectiva de soledat. Mai, a vegades, sovint i sempre.
- Presència de baix estat d'ànim: mesura subjectiva de la sensació de tristesa, fatiga o falta de ganes de realitzar activitat agradables. Mai, a vegades, sovint i sempre.
- Presència d'ansietat: mesura subjectiva de la sensació de nerviosisme, inquietud o tensió. Mai, a vegades, sovint i sempre.
- Presència de temor: mesura subjectiva de la sensació de por a quelcom que s'identifica. Mai, a vegades, sovint i sempre

3.5 Recollida de la informació

La tècnica per a la recollida de la informació són les entrevistes en profunditat, s'organitzen les entrevistes individuals de les persones que hagin decidit participar a l'estudi seguint una guia semiestructurada de preguntes obertes. L'objectiu és crear un entorn de confiança i intimitat que faciliti l'expressió dels sentiments i les emocions sentides durant el confinament. La durada de les entrevistes és d'aproximadament 20-25 minuts i són enregistrades, previ el consentiment informat i signat del/la participant, per la investigadora qui realitza la transcripció literal i analitza els continguts obtinguts. Les entrevistes segueixen una estructura que afavoreix l'expressió de sentiments, emocions i vivències durant el confinament i regula la durada.

3.6 Procediment

En primer lloc s'elabora el projecte de recerca i es presenta al comitè d'ètica de recerca de la Universitat de Girona: Comitè d'ètica i Bioseguretat on es valora i s'aprova a dia 24 de març de 2021. A continuació, es presenta el projecte a l'equip directiu de la residència qui ha de donar permís per a iniciar l'estudi. Tot seguit, s'explica l'estudi verbalment i es facilita informació per escrit als residents de la residència geriàtrica que compleixen amb els criteris d'inclusió i exclusió planificats i es demana la seva participació de manera voluntària. Així doncs, s'informa a una de les sessions d'activitats de la tarda, quan la majoria dels

residents estan reunits. Un cop hagin decidit participar, s'espera un mínim de 48h a iniciar les entrevistes per tal que els participants tinguin temps a reflexionar en relació a la seva decisió. Finalment, s'inicia la recollida de dades a partir de qüestionaris i les entrevistes individuals durant el mes de març.

3.7 Anàlisi

Pel que fa a l'anàlisi del discurs de les entrevistes individuals, primer de tot són transcrits literalment a partir de les gravacions. Es realitza l'anàlisi del discurs segons Braun i Clarke(34), en el que es constata que l'anàlisi qualitatiu no és un procés lineal, més aviant recurrent en les diferents frases. L'anàlisi el realitza la investigadora, en primer lloc es porta a terme un anàlisi temàtic identificant les frases formulades pels participants que siguin similars o expressin una mateixa idea, les quals formaran categories relacionades amb els objectius de la recerca. Posteriorment es prossegueix amb la fase interpretativa extraient idees generals que caracteritzen el fenomen de l'afectació del confinament sobre la salut de les persones grans institucionalitzades. D'aquesta manera, el text queda categoritzat en categories secundàries que s'agrupen per a formar diferents categories principals lligades als objectius de l'estudi. El contingut d'aquestes categories secundàries és analitzat de manera individual i s'estableixen relacions entre categories secundàries i principals segons els objectius definits en l'estudi. Posteriorment per l'assoliment d'alguns dels objectius es relacionen les categories amb les variables escollides.

Es realitza un diari de camp on es registren les motivacions personals, les suposicions sobre el tema, la posició teòrica i la història personal que porta a l'investigador/a fer-se la pregunta de recerca. Abans de començar l'anàlisi es plantegen les assumpcions prèvies respecte a la pregunta d'investigació des de la pròpia perspectiva de l'investigador/a i des de la literatura. D'altra banda, respecte a l'aproximació i mètodes escollits per a la recerca, per tal de garantir el rigor de la investigació s'utilitza la llista de control d'COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research)(35).

3.8 Condicions ètiques

El projecte va ser aprovat pel Comitè d'Ètica de la Universitat de Girona el dia 23 de març de 2021 amb el codi de referència *CEBRU0002-2021*.

Seguint els acords de la Declaració de Helsinki, l'estudi segueix unes pràctiques respectuoses amb els participants. S'ha elaborat un full de consentiment informat on s'explica en un llenguatge adaptat als participants, l'objectiu i la metodologia de l'estudi. A més, els participants poden decidir lliurement en qualsevol moment del procés si continuar o abandonar l'estudi. Per altra banda, es demana l'autorització per a gravar les entrevistes personals.

Aquest estudi assegura la confidencialitat i la protecció de les dades, segons s'estableix a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia de drets digitals, i en el Reglament (UE) 2016/679 del parlament europeu i del consell, de 7 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46 / CE (Reglament general de protecció de dades). Així doncs, per tal de garantir l'anonimat, cada participant és identificat amb un codi que s'utilitza per a les gravacions i pels qüestionari de manera que queda pseudonimitzat. La relació entre el codi i la identificació de la persona es guarda en un lloc segur i només hi té accés la investigadora. D'altra banda, les dades es guarden en un primer moment en el dispositiu mòbil on es grava l'entrevista. Posteriorment a la gravació es trasllada l'arxiu d'àudio a l'ordinador portàtil i s'esborra del dispositiu mòbil. Després de la transcripció literal de l'arxiu d'àudio, aquest també s'esborra de l'ordinador portàtil. Remarcar el fet que només la investigadora té accés a aquests dos dispositius que consten de mesures de seguretat per a obrir-se. Les transcripcions literals així com la base de dades de codificació del discurs es guarden durant dos anys en una memòria externa només utilitzada per a emmagatzemar dades de recerca. Per acabar, dir que la responsable de prendre mesures per a guardar i protegir les dades és exclusivament de la investigadora. Finalment, comentar que la investigadora del projecte es tracta d'una de les cuidadores del centre residencial, tot i que no és una de les auxiliars habituals, ja que només hi va els caps de setmana. Així doncs, per tal que el biaix de les

entrevistes sigui el mínim, les entrevistes dutes a terme per la mateixa investigadora es realitzen a persones institucionalitzades amb qui el contacte no és directe.

4. RESULTATS

S'han realitzat un total de 4 entrevistes semiestructurades, els participants han estat majoritàriament dones (75%). Tot seguit es descriu el perfil dels participants a partir de les dades obtingudes del qüestionari.

Perfil dels participants:

Participant 1 (P1): Dona de 101 anys que fa 5 anys que viu a la residència. Considera que el seu estat de salut és bo. Abans del confinament rebia un cop per setmana la visita de la seva filla. Refereix que sovint se sent sola.

Participant 2 (P2): Dona de 95 anys que fa 3 anys que viu a la residència. També considera que el seu estat de salut actual és bo. Abans del confinament rebia un cop per setmana la visita de la seva filla i el seu gendre un cop per setmana. En general, sempre se sent sola.

Participant 3 (P3): Dona de 95 anys que fa 3 anys que viu a la residència. Es considera en un estat de salut actual molt bo. Abans de l'inici de la pandèmia, rebia la visita dels fills i néts un cop per setmana. Refereix que a vegades se sent sola.

Participant 4 (P4): Home de 87 anys que fa 4 anys que viu a la residència. També considera que el seu estat de salut actual és molt bo. Abans del confinament rebia un cop a la setmana la visita dels seus dos fills. En general, sempre se sent sol.

	Temes	
	Soledat	Percepció de salut
Categories	Manifestacions i experiències de soledat	Canvis en l'estat de salut emocional durant el confinament
	Recursos per a afrontar la soledat <ul style="list-style-type: none"> - Companyia de les auxiliars i residents - Relació i contacte amb els familiars 	Afectació de la salut a causa de la soledat i l'aïllament

Taula 1. Categories emergents de l'anàlisi qualitatiu. Font pròpia

De l'anàlisi han sortit 2 temes principals i 4 categories que s'exposen a la taula 1. A continuació s'explica el contingut de cada una d'elles.

4.1 Soledat:

La soledat emergeix com una sensació de la qual en parlen tots i totes les residents participants i que s'intensifica amb el pas del temps. Tot i això, com que es tracta d'una dada subjectiva, s'observa com la percepció de cadascú és diferent segons la seva trajectòria vital. D'aquesta manera, s'exposa la soledat com un sentiment conegut d'allunyament físic de la família viscut durant la vida que permet ser acceptat. El P2 expressa enyorança cap els seus familiars, però el sentiment de soledat es veu especialment marcat pel fet que la seva companya d'habitació, per la seva patologia, no es pot comunicar. Les respostes del qüestionari, contestades abans de l'inici de les entrevistes, ja mostren la presència d'aquesta sensació en el seu dia a dia, amb la qual han après a conviure-hi. També s'assenyala l'ingrés a la residència com un moment on s'intensifica més el sentiment de soledat. Es relaciona amb la separació física de la família i l'entorn social (P1). Posteriorment a l'ingrés, els i les participants no identifiquen un augment del sentiment de soledat. Sí que exposen que durant el

procés d'adaptació creen nous vincles amb els residents i el personal de l'equip de salut i identifiquen aquest fet com a factor important que influeix en no sentir-se sol o sola. Tots i totes les persones participants estan d'acord en què no és fins al confinament, quan el contacte amb els familiars es va reduir significativament, que aquesta sensació de soledat va tornar a aparèixer o es va intensificar altra vegada, ja que la soledat sol anar acompanyada d'una pèrdua, en aquest cas de la persona de suport i referència com podria ser un familiar proper. De totes maneres, el fet que aquesta sensació no fos nova per a ells, les conseqüències en el seu estat de salut físic o emocional no expliquen que hagin estat transcendents.

P1: “Només em vaig sentir abandonada el principi, quan vaig veure marxar la nena i jo quedar-me aquí. Llavors sí, però ja m'hi he anat acostumant. Tot i això, sents que necessites companyia dels teus.”

P2: “Pues sí me he sentido sola, y la pobra A, no puedo hablar con ella porque no te contesta, porque no habla y tiene la cara colorada. Me da mucha pena la pobre.”

P3: “Home, molt, molt sola no però sola sí. Per què complicar-te la vida? Que estic sola, que no hi puc estar,... Et compliques la vida, doncs mirar de viure bé.”

P4: “Jo m'he acostumat a viure sol molts anys de la meva vida. Ja he viscut 15 o 16 anys sol, dels 15 als 31, d'aquí cap allà tot sol.”

4.1.1 Manifestacions i experiències de soledat:

Totes les persones participants reconeixen haver-se sentit soles durant el confinament, tot i que abans de la pandèmia ja s'hi sentien. La soledat es manifesta en els participants amb sentiments i sensacions d'apatia, tristesa, malestar inespecífic, sensació que els dies són molt llargs i avorriment perllongat manifestat per les dones o fins i tot pèrdua de sentit dels dies. Alguns participants identifiquen moments de màxima soledat, com per exemple el primer dia d'ingrés quan van veure els seus familiars marxar i ell quedar-se (P1). Després d'aquell moment va aprendre a adaptar-se a la rutina de la residència i a conviure amb

aquesta soledat, així ho manifesta. Quan va començar la pandèmia, alguns dels sentiments de soledat anomenats anteriorment van tornar a aparèixer o es van intensificar.

P1: “I això m’ha entristit, jo esperava amb ànsies el dia que venien tots i jugaven aquí fora i ara no ve ningú... No et sents bé... (...) Mira des que va començar tot això el dia que m’he sentit més sola és quan la B no baixava a baix o el dia que no et trobes bé.”

P2: “He llorado más lágrimas arriba... Me siento malísima por no poder ver a la hija. Me llamaron por teléfono que tal estaba, que comiera bien y que fuese buena. Pero yo no me porto mal con nadie, digo yo. Yo he llorado muchas lágrimas aquí.”

P3: “Però molt, molt sola de pensar no venen per res i amoïnada perquè no venen no. Però com que sé que no els deixen venir, ho has d’acceptar. (...) Sempre, durant tot el dia em sento trista i abandonada.”

P4: “No, jo em sentia normal. A mi està sol no m’afecta gaire. A les tardes sempre vinc cap aquí (l’habitació). Mira joestic aquí a dalt i baixo a l’hora de sopar. És senzilla la meva vida aquí, ja ho veus. El matí baixem i ja vaig tot sol cap allà baix a la font.”

4.1.2 Recursos per a afrontar la soledat:

Tots i totes les participants manifesten haver utilitzat els recursos que tenien al seu abast, tant personals com del mateix centre, per a alleugerir l’absència dels seus éssers estimats. Els residents que disposen de telèfon mòbil propi contacten més sovint amb la seva família (P4). El centre residencial posava a disposició dels residents el telèfon fix i mòbil per a fer videotrucades amb la finalitat que tots poguessin mantenir el contacte amb els seus familiars. Alguns participants qualifiquen l’experiència de les videotrucades com tranquil·litzant, ja que veient en directe com estaven els seus familiars els marxava part de la preocupació (P1 i P3). D’altra banda, els participants verbalitzen agrair l’acompanyament i iniciativa de les auxiliars durant el confinament. Algunes de les activitats que realitzaven són les següents: alguns residents jugaven a cartes

una estona a la tarda (P3) o utilitzaven els passatemps quan s'avorrien, ja que durant els mesos de confinament no venia la terapeuta ocupacional (P2 i P3). En relació amb les estratègies personals, els i les participants exposen confiar que els seus familiars estiguessin bé, en base al que els explicaven per telèfon. Tot i això se sentien preocupats. A més, afirmen intentar no capficar-se en el tema i distreure's. Així doncs, comenten finalment ser capaços d'acceptar la situació i s'alegraven que a la residència no hagués passat res.

P1: "Hem estat de sort que hem estat molt bé. Pateixes pel que passa que no pot venir ningú. Però per una part penses, hem estat molt bé. (...) em conformo molt i ja sé que no poden venir. Joestic aquí queestic bé i miraestic contenta perquèestic bé, després de tot el que he passat a la vida. Sé el que dic, sé el que faig, l'edat que tinc, que és el principal."

P2: "Estoy con A en la habitación que como no habla nada, estoy aburridísima. A veces pongo la televisión para no sentirme sola o hago sopa de letras. (...) Y me preguntan, ¿qué tal estás? Pues divinamente estoy, no sufrís por la abuela."

P3: "Per sort sóc bastant animada. Em faig càrrec de les coses. (...) Si era una cosa que m'obligaven, doncs mirava de prendre-m'ho bé. No sóc d'aquelles dones que es capfica. Si diuen que no poden venir alguna cosa deu haver-hi. (...) Si veus que s'han llevat i estan bé. Doncs ja està. Has d'acceptar la situació. I mira quan t'avorreixes doncs faig sopes de lletres."

P4: "Doncs jo bé, perquè sé que ells estan bé. Sé que estan bé perquè em truquen gairebé cada dia o dia per altre. Em truquen ells o els truco jo. (...) És clar (faig coses per entretenir-me), si no et pots moure de la cadira. Jo he fet tota la vida gimnàs i clar ho trobo a faltar."

4.1.2.1 Relació i contacte amb els familiars:

Tots i totes les residents participants afirmen mantenir una relació estreta amb els seus familiars qui els venien a visitar un cop per setmana abans del confinament. Els participants identifiquen la visita dels seus familiars com part de la seva rutina setmanal. Amb l'inici del confinament, aquesta rutina es va trencar

i per tant, alguns es van haver d'adaptar a la nova realitat i a una via alternativa de contacte. Un dels participants ja mantenia sovint el contacte via telefònica, ell mateix expressa que no li va suposar una dificultat afegida haver d'utilitzar únicament aquesta via de contacte amb els familiars, ja que ja estava habituat (P4). D'altra banda, alguns dels participants no disposen d'un telèfon mòbil personal, per aquest motiu expliquen que se sentien dependents del personal de la residència per a posar-se en contacte amb els seus familiars. Tot i això, tots i totes estaven d'acord que trobaven a faltar les visites presencials, ja que era quan veritablement sentien els seus familiars a prop.

P1: "El que més he trobat a faltar és que vinguessin la filla i el nét. (...) Sí (eren un recolzament i tenia la il·lusió de veure'ls), i ara l'altre dia els vaig veure pel mòbil. (...) Sí, per un telèfon o un mòbil, no sé què era. Hi vaig parlar i tot. (...) Mira si em convenia algú, ho deia i la telefonava. Perquè una setmana de seguida és passada i si estàs bé per què has de fer córrer?"

P2: "Pues mi hija, que venía a verme un día a la semana y me traía caramelos y turrón. (...) Mucha ilusión me hace cuando me llaman, però yo ya les digo que no se puede venir. Mi hija entraba aquí se sentaba a la mesa con nosotros y dale que te pego. Y ahí estábamos divinamente. A veces venía también mi yerno. Y ahora ya no pueden entrar... (...) Sí me llama la hija y también la nuera y la nieta, cada día. Solo hablábamos por teléfono normal. (...) Ellos me han llamado cada día y me pongo muy contenta. Son buenísimos, me quieren horrores. Ahora fue mi cumpleaños, y todos me felicitaron. (...) Yo cuando hablo con mi nuera ya se lo digo. Tengo muchas ganas de veros, però no os podéis venir. No se puede entrar."

P3: "Malament, perquè sóc molt de família joc, malament. (...) No podien no, no els deixaven venir. (...) Sí, es clar que els trobo a faltar. Però si no venien perquè no volien venir, seria un altre tema. Però no els deixen venir! (...) No gaire (els trucava) perquè jo no tinc telèfon, he d'anar al despatx. Però de tant en tant trucaven ells també. Jo els deia que no es molestessin que estava bé, perquè sinó estaven molt pendants de mi, que no podien sortir de casa,... Que estava bé els deia. Sí, m'agradava (veure'ls en vídeo). Són coses modernes però t'has d'adaptar."

P4: “Em truquen ells o els truco jo. Fins i tot amb uns amics que tinc a Itàlia ens truquem. (...) El que valorava més era que em truquessin casi cada dia i em preguntessin sempre com estava. Que paciència, que tot s’arreglaria. Sempre bones paraules i bon fer. (...) Sí, és clar que no és el mateix que veure’ls en persona però com que ja m’he fet a la idea que no poden venir, ja no pateixo. Quan tinc algun dubte, agafo el telèfon i ja. Sí (està acostumat a tenir contacte per telèfon), abans també ens trucàvem contínuament. Potser no tan com ara però també forces vegades. Petit problema que jo tenia, ja trucava i venien de seguida. Sí, ells em cuiden. Entre pares i fills sempre hi ha algun disparat però és normal. A l’hora de la veritat tothom et respon.”

4.1.2.2 Companyia de les auxiliars i residents:

Durant els mesos que les visites dels familiars estaven cancel·lades, alguns participants identifiquen a les auxiliars com a companyia quan se sentien sols o tristos (P2 i P4). En canvi, un dels participants expressa valorar encara més durant aquest període de temps, el suport del grup d’amistats creat a la residència amb qui manté una relació estreta (P1). Un dels participants, a diferència dels altres, explica no tenir especial relació amb les auxiliars ni sentir-se acompanyat per les altres dones de la residència (P3).

P1: “El que valorava? La companyia que tinc aquí del grup que érem encara que ara només tinc a la B. Ens fem companyia.”

P2: “La pobre A, no puedo hablar con ella porque no te contesta, porque no habla y tiene la cara colorada. (...) Y, ¿le toca a C (auxiliar) venir hoy? Ella es buenísima, yo la quiero muchísimo. (...) Suerte que C es un cielo, con ella no me encuentro tan mal.”

P3: “No gaire acompanyada, la veïna m’hi sentia però alguns d’aquí no sé ni qui són. (...) No ho sé (si li donaven suport les auxiliars). Perquè quan em diuen una cosa jo la faig, acostumo a creure el que em diuen.”

P4: “Sí (es va sentir acompanyat per les auxiliars), hi ha 3 o 4 noies que hi he fet més amistat que d’altres. Elles fan la seva feina i dins la seva feina a mi m’atenen molt bé o potser a m’ho sembla. Hi ha la D que m’hi entenc. Ahir a la

ni em va dir: Va que avui guanyem! Estigues pendent del futbol, que el miro a la nit. Miro futbol si en fan i després boxeu.”

4.2 Percepció de salut

4.2.1 Canvis en l'estat de salut emocional durant el confinament:

Tots i totes les participants identifiquen petits canvis en el seu l'estat d'ànim a causa de l'aïllament social i sobretot familiar, però no consideren que el seu estat de salut es veiés afectat de manera significativa. La preocupació pels seus familiars la identifiquen com la causa de la inquietud durant els mesos de confinament. Tots i totes estan d'acord que un recurs per a minimitzar l'impacte emocional va ser el manteniment de les rutines a la residència. Encara que descriuen emocions com la por o la ràbia vers el virus (P1, P2 i P3), tots i totes afirmen que es van sentir segurs dins la residència durant la primera onada. Atribueixen la por i la ràbia vers al virus a la informació rebuda pels mitjans de comunicació que qualifiquen d'alarmant (P3 i P4).

P1: “Una mica avorrida, una mica angoixada. Es clar perquè no ha pogut venir ningú i sempre tots sols aquí dintre tots plegats. Si potser podíem sortir una mica a fora però encara que sortim aquí a fora és aquí. (...) Clar que em feia por, s'havia d'estar a dins no pas sortir. (...) Bé, por per ells sí. Quan ens trucàvem amb la nena, li deia vigila sobretot la mainada. No els deixeu córrer. I ara estan a casa seva amb els seus pares, tancats a dins. No córrer pas ningú per Olot, es veu que és terrible. Ara aquesta setmana vaig parlar amb la nena, i ja li vaig no pateixis que aquí estem molt bé. (...) Exacte, no hi ha dia que no hi pensi. Quan me'n vaig al llit i quan m'aixeco i varies vegades. Fins que no els vegi, patiré.”

P2: “Yo he sufrido mucho però mi hija me llamó (...) Un virus malísimo. Malísimamente lo he vivido, però con las compañeras bien, me llevo bien con todas. (...) Yo me siento mal. Lloro más lágrimas por la noche cuando estoy en la cama. (...) Muchísimo (sufre), además de la hija me acuerdo muchísimo y el yerno. Yo por la noche lloro y rezo mucho por ellos.”

P3: “Malament, perquè sóc molt de família jo, malament. Com l'altra gent, aquí dins tancats esperant que tot això s'esbravés. (...) Clar que patia (pels

familiars), a mi m'hagués agradat veure'l cada dos per tres. Però ja li deia no vingueu, no vingueu. Això és tothom que pateix per si la família ho pot agafar.(...) Jo tinc ràbia per tot això, ja vaig sentir que deien que no deixaven sortir a la gent.”

P4: “Doncs estava una mica preocupat com tothom. Una mica sí, una mica preocupat perquè no se sap mai. (...) Doncs jo em sento bé, perquè sé que ells estan bé. Sé que estan bé perquè em truquen gairebé cada dia o dia per altre. Em truquen ells o els truco jo. (...) Home por, por. Por sí, respecte, perquè senties tants ingressos, tantes morts i deies ostres... Però tampoc perquè penso que no l'agafaré.”

4.2.2 Afectació de la salut a causa de la soledat i l'aïllament:

Tots i totes les residents participants identifiquen la soledat com a factor incident en el seu estat d'ànim, però no li donen massa importància. Els efectes sobre la salut es manifesten en els participants amb signes i símptomes de malestar general, inquietud i nerviosisme (P1 i P2). Tot i això, cap dels 4 participants no considera que el seu estat de salut hagi quedat afectat a conseqüència de l'aïllament. Alguns participants atribueixen el manteniment de l'estat de salut a l'absència de casos de COVID-19 a la residència durant la primera onada (P1 i P4). Segons les respostes recollides del qüestionari, tots i totes les persones participants perceben un estat de salut bo o molt bo tot i les patologies de base i l'edat.

P1: “Hem estat de sort que hem estat molt bé. Pateixes pel que passa que no pot venir ningú. Però per una part penses, hem estat molt bé. (...) Sí, perquè no ha passat res i no ens hem espantat. Allò de dir ai la tal l'ha agafat, ai s'ha mort, ai potser nosaltres... Per això no hem hagut de patir. No, perquè hem estat bé, em penso, que jo sàpiga.”

P2: “No lo sé (si salud ha empeorado), però yo he llorado muchísimo. Yo por la noche lloro y rezo mucho.”

P3: “Home a vegades pensava, ostres com està tot... Això d'estar-te tant a dins t'afecta una mica. Però no, sóc bastant animada. Em faig càrrec de les coses. (...) Sí (es sentia segura), perquè no sortíem per res. Doncs pensava que

alguna cosa devíem haver guanyat, sense sortir d'aquí per no agafar el virus de fora. No vam sortir cap dia!”

P4: “No, aquí vam seguir fent la vida normal. Jo almenys no vaig notar pas res. (...) Diuen que hi va haver una dona que el va agafar. Però jo em sentia normal, com sempre. (...) Normal (era l'ambient), perquè aquí tampoc hi va haver res.”

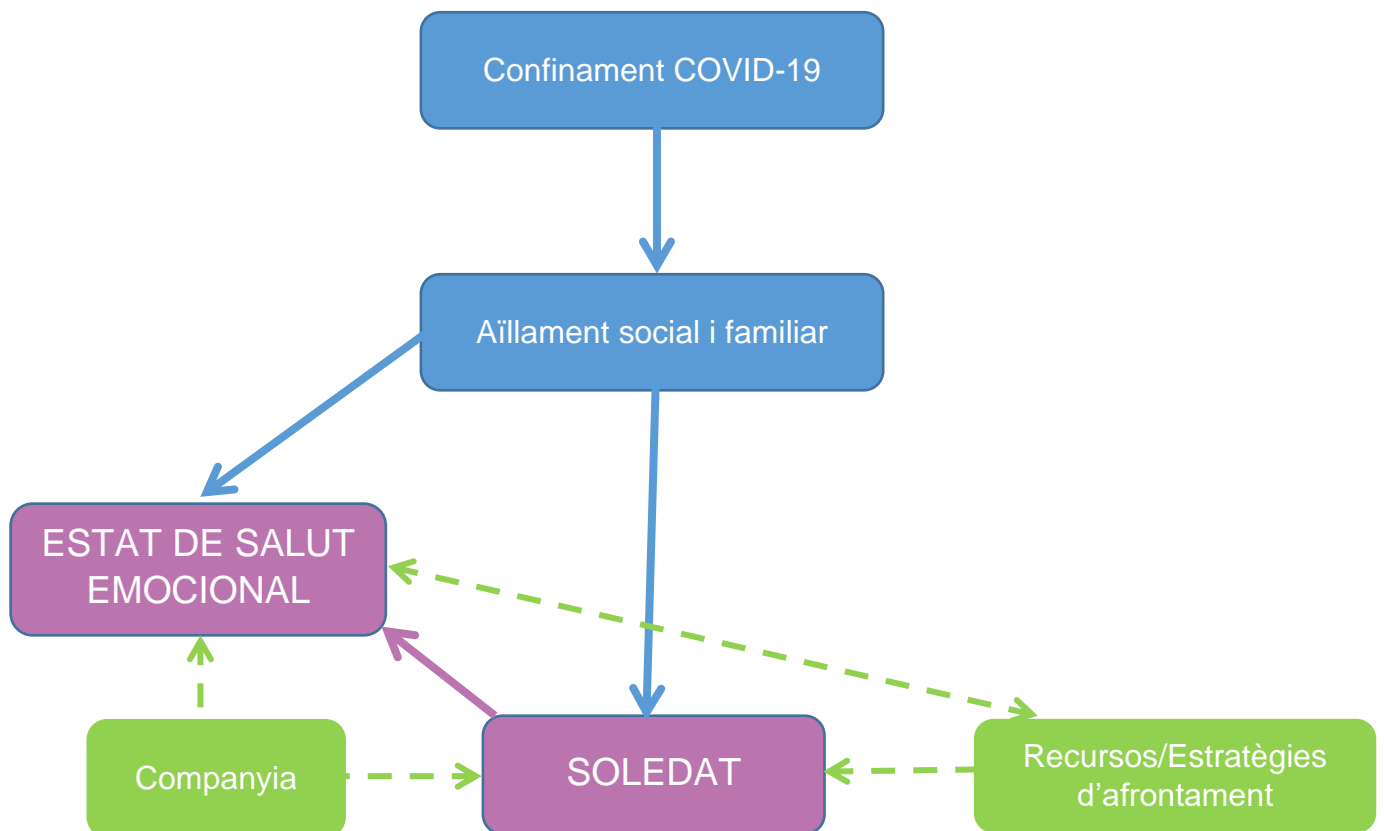


Figura 4. Relació entre l'estat de salut emocional i soledat. Font pròpia

5. DISCUSSIÓ

Els resultats mostren les conseqüències de l'aïllament social familiar durant el confinament i l'impacte sobre l'estat de salut de les persones grans institucionalitzades. L'estat de salut d'una persona és una mesura subjectiva i multifactorial, ja que depèn de múltiples aspectes subjectius (benestar físic, mental i social), objectius (capacitat de funcionament) i socials (adaptació i feina socialment productiva) (36). Per tant, encara que un d'aquests factors o determinants no estigui cobert, la persona pot continuar tenint la percepció d'un bon estat de salut. En aquest cas, tots i totes les persones participants expliquen que tot i no haver tingut el suport familiar que els hagués agradat, el seu estat de salut no s'ha vist afectat.

Per començar, en relació amb la soledat, tots i totes les residents participants comenten sentir-se sols abans, durant i després dels mesos de confinament, és a dir, no es tracta d'una sensació nova per a ells sinó que amb el temps a la residència han après a conviure-hi. Segons Paque K, et al.(23), un 55% de les persones grans institucionalitzades senten soledat. A causa del confinament aquesta xifra ha augmentat a un 77%. Així doncs, com mostra l'estudi citat anteriorment, tot i que la prevalença ha augmentat, la soledat és una sensació estretament lligada i comuna durant el procés d'envelliment.

D'altra banda, la personalitat de cada persona igual com el suport familiar, la seva història vital o l'ús d'estratègies per a afrontar la soledat són factors determinants per a superar la sensació de soledat(37). Els resultats mostren que si la vivència de la soledat és satisfactòria, aquesta no té impacte sobre la persona ni la seva salut. Un altre aspecte important és el suport social en relació amb la sensació de soledat. Tots i totes les residents participants coincideixen que un punt de suport important per a ells són els seus familiars amb qui sovint comparteixen com se senten emocionalment. Els resultats demostren que qui està acostumat a contactar amb els seus familiars via telefònica, tot i el confinament ha pogut mantenir el punt de suport familiar. D'altra banda, els resultats mostren que la pèrdua de suport familiar desencadena malestar, tristesa i ansietat i és fa necessària la recerca d'un nou punt de suport. Segons Chen L, et al.(38), el suport social redueix la prevalença de la soledat, ja que

aquest facilita l'ús d'estratègies d'afrontament, és a dir, una millor gestió de la conducta i les emocions.

Així mateix, els resultats posen de manifest l'ús d'estratègies per a adaptar-se a la nova situació per part de tots els participants. L'estudi de Chen L, et al.(38) exposa algunes estratègies d'afrontament, les quals divideix en positives o adaptatives i negatives o mal-adaptatives. Les estratègies positives són l'afrontament actiu dels problemes, el suport instrumental, la planificació, l'acceptació, el suport emocional i l'humor. Aquestes serien algunes accions adaptatives: parlar amb algú dels teus problemes, canviar alguna acció habitual per a superar la dificultat i observar els altres com solucionen problemes semblants. Pel que fa a les estratègies negatives explica la desconexió del comportament, la negació, l'autodistracció o l'autoculpa. En l'àmbit pràctic correspondria a oblidar el problema perquè no es pot solucionar, dependre dels altres per a resoldre el problema i no fer res al respecte(38,39). Els resultats mostren que els participants van utilitzar les estratègies positives per a afrontar la situació de pandèmia de la COVID-19, ja que van acceptar la situació i en van treure la part positiva, que tots estaven bé.

Seguint en relació amb la soledat, Raut N.B, et al.(39) afirmen que la soledat és un factor de risc important de la depressió. Els resultats mostren l'aparició simptomatologia física i emocional depressiva com el malestar general, la tristesa i l'angoixa a causa de l'aïllament social. A més, el mateix estudi mostra una correlació entre la simptomatologia depressiva i l'ús d'estratègies negatives(39).

La disminució de la xarxa social de les persones grans institucionalitzades afecta l'estat de salut físic i psicològic. Segons Abdel Aleem O.Z, et al.(40), un 31,3±94,2% de les persones residents en centres geriàtrics presenten depressió. La soledat, l'ansietat i la depressió presenten simptomatologia semblant que en alguns casos dificulta la diferenciació(41). Segons Chavarría Ayara J. et al.(42), a la simptomatologia depressiva de la persona gran dominen més els símptomes somàtics que els psiquiàtrics a diferència de l'adult. D'altra banda, alguns factors de risc que predisposen l'aparició de la depressió és el poc suport familiar i l'aïllament social, és a dir, les condicions que es van donar durant el confinament per la COVID-19. Els resultats mostren una simptomatologia depressiva molt lleu, ja que en general se sentien bé i el seu estat de salut no va variar

notablement. Es podria classificar com una depressió subclínica, és a dir, un episodi depressiu. Un motiu pel qual mantinguessin el seu estat de salut podria ser que tots ells fa més de 3 anys que viuen a la residència i per tant, estan acostumats a veure els seus familiars menys sovint en comparació quan vivien a casa seva. Un altre punt clau és que no hi va haver cap cas de COVID-19 a la residència durant la primera onada, fet que els donava certa seguretat i els sentiments de por que expressen van quedar més esvaïts. A l'estudi de Van der Roest H.G. et al.(26), et al. realitzat a 3 centres geriàtrics de Països Baixos durant la pandèmia de la COVID-19 s'evidencia des de la perspectiva dels familiars i auxiliars d'infermeria un augment en comparació abans de la pandèmia de la COVID-19 de la tristesa, la depressió, l'ansietat, la irritabilitat i la soledat. Tot i això, aproximadament un 30% consideren que estan igual. D'altra banda, l'estudi no especifica la presència o no de casos COVID-19 a les residències.

La bibliografia demostra que la soledat és un factor de risc important per a l'aparició i progressió de malalties físiques i mentals. Produeix un augment de la simptomatologia depressiva, deteriorament cognitiu, progressió de la demència i empitjorament de malalties físiques cròniques com la hipertensió o malalties cardiovasculars. Tot i això, hi ha controvèrsia sobre alguns aspectes com el mecanisme d'acció que provoca les afectacions sobre la salut, l'efecte de l'aïllament social objectiu o l'efecte de variables relacionades amb la soledat que no es mesuren(43).

6. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

L'estudi ha estat realitzat amb una mostra reduïda i no homogènia, fet que pot limitar els resultats des d'aquesta perspectiva. Per a obtenir uns resultats més complets sobre quin ha sigut l'efecte del confinament a les persones grans institucionalitzades hauria sigut necessari reclutar participants a més d'un centre geriàtric, ja que la situació a cada un d'ells ha estat diferent. En relació amb la residència geriàtrica escollida, l'absència de casos durant la primera onada va fer que l'experiència dels participants segurament fos més positiva. Així mateix, l'estudi no ha avaluat l'efecte del confinament a les persones amb demència o alteracions cognitives severes. Malgrat les limitacions, el present estudi ens ha

permès conèixer amb profunditat com ha estat l'experiència del confinament de les persones grans residents a la institució geriàtrica, concretament la percepció de salut i relacionar aquesta amb la soledat que es podria derivar del confinament al que han estat sotmesos/es.

7. CONCLUSIONS

En relació amb l'anàlisi de la soledat i l'aïllament de les persones grans institucionalitzades, durant el confinament per la COVID-19:

- La soledat és una sensació comuna en les persones grans institucionalitzades que es manté al llarg del temps i augmenta en alguns moments concrets, com el confinament per la COVID-19 o l'ingrés a un centre residencial.
- Les persones grans participants identifiquen el moment d'ingrés a la residència com a moment de màxima soledat, ja que van allunyar-se del seu principal punt de suport emocional.
- S'ha evidenciat, que mitjançant estratègies personals adquirides en el passat, els residents són capaços d'adaptar-se a una nova situació de soledat fora del seu entorn familiar i social i crear nous vincles amb auxiliars i residents.
- Els nous vincles socials a la residència esdevenen un factor protector de la soledat.

En relació amb la percepció de salut actual de les persones grans institucionalitzades:

- L'estat de salut de les persones grans institucionalitzades és d'elevada fragilitat a causa de la presència de comorbiditats.
- Les persones residents perceben el seu estat de salut com a molt bo o bo.
- Es pot concloure, que en les persones grans institucionalitzades la percepció de salut és un concepte que va més enllà de la presència de patologies físiques o mentals.

En relació amb els sentiments de soledat apareguts durant el confinament a les persones grans institucionalitzades:

- La soledat es va manifestar en els participants durant el confinament amb simptomatologia lleu. El sentiment més rellevant va ser la preocupació pel benestar dels seus familiars per sobre del seu.

En relacionar les vivències de soledat amb la percepció de salut actual de les persones grans institucionalitzades, es conclou que:

- La soledat i l'estat de salut són dues variables que es relacionen: si la percepció de soledat augmenta, l'estat de salut de la persona tendeix a empitjorar, sobretot pel que fa a la salut mental.
- Les persones poden aprendre a controlar part de la simptomatologia de la soledat mitjançant estratègies d'afrontament que facilitaran el manteniment de l'estat de salut físic i emocional.
- Els residents participants es van adaptar a l'experiència del confinament aconseguint mantenir la seva salut física i mental tot i l'augment de la sensació de soledat durant aquells mesos.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med* [Internet]. 2020 [citad 18 novembre 2020];288(2):192-206. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267177/>
2. Who.it: Weekly operational Update on COVID-19 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citad 18 novembre 2020]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---13-november-2020>
3. Who.it: Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citad 18 novembre 2020]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
4. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 25 agost 2020 [citad 18 novembre 2020];324(8):782-93. Disponible a: <https://jamanetwork.com/>
5. NHS.uk: Who's at higher risk from coronavirus [Internet]. Londres: NHS; 2020 [citad 18 novembre 2020]. Disponible a: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/people-at-higher-risk/whos-at-higher-risk-from-coronavirus/>
6. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society Policy Brief: COVID-19 and Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020 [citad 18 novembre 2020];68(5):908-11. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.16477>
7. Imsero.es: Centros residenciales [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2020 [citad 18 novembre 2020]. Disponible a: https://www.imsero.es/imsero_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm
8. Del Pino E, Moreno-Fuentes F, Cruz-Martínez G, Moreno L, Pereira-Puga M, Perna R. Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de

- Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes.[Internet]. 2020 [citad 19 novembre 2020]. Disponible a:
<http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
9. Abellán García A, Aceituno Nieto M, Ramiro Fariñas D. Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019. Envejecimiento en red [Internet]. 2019 [citad 19 novembre 2020] 24:16-20. Disponible a:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>
 10. González B, Ordovás J., Inzitari M, Ramasco JJ, de Leucona I, Valencia A, 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 [Internet]. 2020 [citad 21 novembre 2020]. Disponible a:
https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf
 11. Martínez Rodríguez T. Urge cambiar el modelo residencial. News Terc Edad [Internet]. 2012 [citad 21 novembre 2020];10:24-7. Disponible a:
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/articulos/prensa/urgecambiarmodelo.pdf>
 12. Larrea-Leoz B, Vázquez-Calatayud M, Labiano-Turrillas J, Larrea Leoz B. Evaluación del impacto de una intervención de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2015 [citad 22 desembre 2020]; 58(6): 431-435. Disponible a:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300009
 13. Svalastog AL, Donev D, Kristoffersen NJ, Gajović S. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. Croat Med J [Internet]. 2017 [citad 25 novembre 2020];58(6):431-5. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5778676/>
 14. Tse M, Wan V, Vong S. Health-Related Profile and Quality of Life Among

- Nursing Home Residents: Does Pain Matter? Pain Manag Nurs [Internet]. 2013 [citat 25 novembre 2020];14(4):173-84. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24315270/>
15. Martins LK, Carvalho AR da S, Oliveira JLC de, Santos RP dos, Lordani TVA. Qualidade de vida e percepção do estado de saúde entre indivíduos hospitalizados. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [citat 27 novembre 2020];24(4):2020. Disponible a: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0065>
 16. Acevedo E, Alcaraz M, Benito J, Robert B, Navalón C. Situación de nuestros mayores institucionalizados en residencias y necesidades para su integración social. Rev Int Trab Soc i bienestar [Internet]. 2014 [citat 27 novembre 2020];3:279-82. Disponible a: <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198761>
 17. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. J Clin Nurs [Internet]. 2014 [citat 4 desembre 2020];23(7-8):1030-43. Disponible a: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.12282?casa_token=cV5R3vnzVI0AAAAA%3AofO-0Li5llqGLWk_VcQjnTKs-JBaPdgdmEP5_81BnfnpcNkG8K4_SQpz1ZZmbQOhQ8-4_DkiSyZlXg
 18. Cramer-Ebner R, Dorn C, Feilcke A, Hach I. Befinden und psychosoziale Aktivitäten im Pflegeheim : Befragung von Bewohnern [Well-being and psychosocial activities in nursing homes : Survey of residents]. Z Gerontol Geriat [Internet]. 2017 [citat 4 desembre 2020];50:538-46. Disponible a: <https://psycnet.apa.org/record/2017-33590-010>
 19. Herlina, Agrina. Spirituality and health status among elderly people in nursing home in Riau, Indonesia. Enfermería clínica [Internet]. 2019 [citat 4 desembre 2020];29(S1):13-5. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S113086211930004X>
 20. Moghaddasifar I, Fereidooni-Moghadam M, Fakharzadeh L, Haghighi-Zadeh M. Investigating the effect of multisensory stimulation on depression and anxiety of the elderly nursing home residents: A

- randomized controlled trial. *Psychiatr care* [Internet]. 2019 [citad 6 desembre 2020];55(1):42-7. Disponible a:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12285>
21. Zhao X, Zhang D, Wu M, Yang Y, Xie H, Li Y, et al. Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiary Res* [Internet]. 2018 [citad 6 desembre 2020];268:143-51. Disponible a:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016517811732365X?via%3Dihub>
 22. Holmerová I, Auer SR, Beránková A, Höfler M, Ratajczak P, Štefl M. Cognitive status and use of analgesics and anxiolytics in residents of nursing homes in the Czech republic. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 [citad 6 desembre 2020];13:2511-5. Disponible a:
<http://dx.doi.org/10.2147/CIA.s188601>
 23. Paque K, Bastiaens H, Van Bogaert P, Dilles T. Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2018 [citad 8 desembre 2020];32(4):1477-84. Disponible a:
<http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12599>
 24. Simard J, Volicer L. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2020 [citad 8 desembre 2020]; 21:966-7. Disponible a: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)30373-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30373-X/fulltext)
 25. Trabucchi M, De Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy [Internet]. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [citad 8 desembre 2020]; 7:387-8. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185948/>
 26. Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, van Tilburg TG, et al. The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2020 [citad 10 desembre 2020];21:1569-70.

Disponibile a: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)30789-1/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30789-1/fulltext)

27. van Dyck LI, Wilkins KM, Ouellet J, Ouellet GM, Conroy ML. Combating Heightened Social Isolation of Nursing Home Elders: The Telephone Outreach in the COVID-19 Outbreak Program. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2020 [citad 8 desembre 2020];28(9):989-92. Disponible a: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1064748120303651?token=5F4B5632DB6D1C36BB938BD8250C1429B5C087336A7B90EFFBBC50E14F73E11F7B1356D88B3B914CBCC07DC46E47BDA6>
28. H. Chu C, Donato-Woodger S, J. Dainton C. Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2020 [citad 10 desembre 2020];76(10):2456-9. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361866/>
29. Gilleard CJ, O'caoimh R, O'donovan MR, Monahan MP, Dalton O'connor C, Buckley C, et al. Psychosocial Impact of COVID-19 Nursing Home Restrictions on Visitors of Residents With Cognitive Impairment: A Cross-Sectional Study as Part of the Engaging Remotely in Care (ERiC) Project. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 [citad 10 desembre 2020];11. Disponible a: www.frontiersin.org
30. 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 [citad 30 desembre 2020];21:1746-50. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.031>
31. Flint AJ, Bingham KS, Iaboni A. Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2020 [citad 14 desembre 2020];32(10):113-6. Disponible a: <https://doi.org/10.1017/S1041610220000708>
32. López J, Perez-Rojo G, Noriega C, Carretero I, Velasco C, Martinez-

- Huertas JA, et al. Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2020 [citad 15 desembre 2020];32(11):1365-70. Disponible a: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/851BDA1A7B8481332534D979558F8684/S1041610220000964a.pdf/psychological_wellbeing_among_older_adults_during_the_covid19_outbreak_a_comparative_study_of_the_youngold_and_the_oldold_adult
33. Monin JK, Ali T, Syed S, Piechota A, Lepore M, Mourgues C, et al. Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2020 [citad 15 desembre 2020];28(12):1299-307. Disponible a: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1064748120304784?token=6B4F45A7F5183511A4F09165E47B7D81B4B2BEFDE770BFCD050E6640357346F92B36B68ED7E54FDFD27F1FFCC2812C18>
34. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist* [Internet]. 2013 [citad 22 desembre 2020];26(2):120-3. Disponible a: uwe-repository.worktribe.com/output/937596/teaching-thematic-analysis-overcoming-challenges-and-developing-strategies-for-effective-learning
35. 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 Heal Care* [Internet]. 2007 [citad 22 desembre 2020];19:349-57. Disponible a: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
36. De MA, Guardia Gutiérrez L, Carlos J, Ledezma R. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria Health and its determinants, health promotion and health education. *J Negat no Posit results* [Internet]. 2020 [citad 2 abril 2021];5(1):81-90. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-

850X2020000100081

37. de Aguiar Sá Azeredo Z, Alcina Neto Afonso M, Zaida de Aguiar Sá Azeredo C. Loneliness from the perspective of the elderly. *Rev Bras Geriatria y Gerentología* [Internet]. 2016 [citad 5 abril 2021];19(2):313-24. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
38. Chen L, Alston M, Guo W, Wei Guo C. The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. *J Community Psychol* [Internet]. 2019 [citad 30 març 2021];47:1235-45. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcop.22185>
39. Raut N, Shanker S, Singh S, Subramanyam A, Kamath R, Pinto C. Study of loneliness, depression and coping mechanisms in elderly. *J Geriatr Ment Heal* [Internet]. 2014 [citad 21 abril 2021];1(1):20. Disponible a: <http://www.jgmh.org/text.asp?2014/1/1/20/141920>
40. Abdel Aleem OZ, El-Rahim Al Nagar M., Hassnin Eita L, Shattla S. The relationship between Loneliness, Anxiety Level and Depressive Symptoms among Elderly. *Int J Nov Res Healthc Nurs* [Internet]. 2020 [citad 5 abril 2021];7(1):997-1010. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/347944051_The_Relationship_between_Loneliness_Anxiety_Level_and_Depressive_Symptoms_among_Elderly
41. Carreiro-Martins P, Gomes-Belo J, Papoila AL, Caires I, Palmeiro T, Gaspar-Marques J, et al. Chronic respiratory diseases and quality of life in elderly nursing home residents. *Chron Respir Dis*. 2016 [citad 5 abril 2021];13(3):211-9. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5720184/>
42. Chavarría Araya J. Depresión: Una enfermedad común en el adulto mayor. *Rev médica Costa Rica i Centroam* [Internet]. 2015 [citad 21 abril 2021];615:427-9. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zk.pdf>

43. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology* [Internet]. 2016 [citat 21 abril 2021];62:443-9. Disponible a: www.karger.com/ger

9. ANNEXOS

9.1 Qüestionari de dades demogràfiques i socials

Edat (en anys):

Sexe:

Dona

Home

Com considera el seu estat de salut actual?

Excel·lent

Molt bo

Bo

Regular

Dolent

Temps d'estada a la residència (en anys):

Quantes visites rebia a la setmana aproximadament abans del confinament?

Qui el venia a visitar a la residència abans del confinament?

En general, es sent sol/a?

Mai

A vegades

Sovint

Sempre

En general, es sent acompanyat/da per les persones del seu voltant?

- Mai
- A vegades
- Sovint
- Sempre

Abans del confinament es sentia trist, cansat o sense ganes de fer res?

- Mai
- A vegades
- Sovint
- Sempre

Abans del confinament es sentia neguitós, inquiet o en tensió?

- Mai
- A vegades
- Sovint
- Sempre

Durant els mesos de confinament, va tenir por del virus en algun moment?

- Mai
- A vegades
- Sovint
- Sempre

9.2 Guia semiestructurada de les entrevistes individuals

Com va viure el confinament durant els primer mesos?

Què va canviar de la seva vida diària a causa del confinament?

Creu que el confinament va afectar a la seva salut física i mental? Quins canvis va experimentar?

Em vol explicar com es sentia quan els seus familiars no el podien visitar? De quina manera va afectar al seu estat d'ànim? Em sabria dir altres motius que van afavorir que canviés el seu estat d'ànim? (si verbalitza que es va sentir abandonat o sol en algun moment, aprofundirem en aquest aspecte: em vol explicar aquest moment, com es sentia?)

Creu que durant el confinament la sensació soledat o abandonament es va intensificar o es va convertir una sensació més recurrent? Cada quan?

Amb quina freqüència contactava amb la seva família? Com mantenia el contacte? Utilitzava noves tecnologies?

Em vol explicar què valorava més del que tenia en aquell moment?

9.3 Full d'informació i consentiment informat

Títol de l'estudi: La soledat i l'aïllament social durant el confinament per la COVID-19 des de la perspectiva de les persones grans institucionalitzades.

Població d'estudi: Persones grans institucionalitzades de la Residència del Mirador de l'Estany de Banyoles

Investigadora responsable: Marta Coll i Julià

Dades de contacte de la investigadora: 629028855/marta.colljulia@gmail.com

El present informe té com a objectiu primordial proporcionar-vos tota la informació necessària perquè pugueu decidir lliurement i voluntàriament si voleu participar en aquest estudi. Per això, heu de llegir atentament la següent informació i preguntar qualsevol dubte al respecte.

PROPÒSIT DE L'ESTUDI

La pandèmia per la COVID-19 ha tingut múltiples conseqüències en la vida diària de tothom, independentment de l'edat i la seva situació de salut. Les residències geriàtriques són un dels principals focus d'infecció a causa de la fragilitat d'alguns dels residents. Per aquest motiu, es va prendre la decisió d'anul·lar les visites dels familiars, de manera que l'entrada d'agents externs fos la mínima. Aquesta mesura va durar més de dos mesos i posteriorment va continuar amb períodes intermitents segons el risc de contagi.

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar l'efecte sobre la soledat i l'aïllament de les persones grans de la Residència del Mirador de l'Estany de Banyoles durant els mesos de confinament total. Per a assolir aquest objectiu s'avaluaran aspectes de la salut física i emocional d'aquestes persones, és a dir, s'exploraran sentiments, emocions i vivències.

PROCEDIMENT

Per a realitzar aquest estudi, es duran a terme entrevistes individuals a 3 o 4 persones de la residència. Per altra banda, caldrà respondre un qüestionari amb

preguntes senzilles de manera anònima. Així doncs, si decideix participar en aquest estudi, serà entrevistat per la investigadora qui li preguntarà, a partir d'una guia estructurada, sobre les vivències i els sentiments derivats de l'aïllament social durant el confinament. La durada de les entrevistes serà aproximadament de 30 minuts i tindran lloc a la mateixa residència.

Després de les entrevistes les quals seran enregistrades, la mateixa investigadora les transcriurà i analitzarà el contingut que serà guardat de manera segura i mantenint sempre l'anonimat de la persona entrevistada. Finalment, s'extrauran conclusions i es publicarà l'informe final.

RISCOS I INCOMODITATS

No existeixen riscos directes relacionats amb la participació en aquest estudi.

BENEFICIS

A nivell personal, l'entrevista el pot ajudar a expressar emocions i sentiments que havia experimentat durant el confinament i que potser s'havia guardat per vostè. Per altra banda, els resultats obtinguts permetran millorar l'actuació tenint en compte l'impacte psicològic en cas que en un futur es produís una situació similar.

CONFIDENCIALITAT

Les dades de caràcter personal cedides i recollides dels participants durant l'estudi seran protegides com s'estableix en la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre. Es garantirà en tot moment la confidencialitat i l'anonimat tal com dicta la mateixa llei. Per altra banda, vostè té dret a accedir, modificar, oposar-se i cancel·lar les dades cedides.

En relació a les gravacions de les entrevistes, aquestes seran codificades per a mantenir l'anonimat. Sols la investigadora tindrà accés a les gravacions i serà coneixedor de la relació entre el codi i la seva identitat. La informació obtinguda a les gravacions no serà utilitzada com a font de dades per a altres projectes sinó

que es protegirà la privacitat i confidencialitat de les dades proporcionades per vostè. Els resultats obtinguts podran ser publicats en llibres o revistes científiques de l'àmbit però sempre de manera anònima, és a dir, el seu nom o altres dades personals que el puguin identificar no apareixeran a l'estudi publicat.

Així doncs, s'assegura la confidencialitat i la protecció de les dades, segons s'estableix en la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia de drets digitals, i en el Reglament (UE) 2016/679 del parlament europeu i del consell, de 7 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46 / CE (Reglament general de protecció de dades).

DRET A TENIR MÉS INFORMACIÓ SOBRE L'ESTUDI

En qualsevol moment durant el transcurs de l'estudi pot exercir el seu dret a demanar més informació, preguntant o expressant els seus dubtes o preocupacions a la investigadora. Se l'informarà de seguida en cas que es realitzés qualsevol canvi del pla establert fins al moment.

REBUIG O ABANDONAMENT DE LA PARTICIPACIÓ

Recordar que la participació en l'estudi és totalment voluntària, si en qualsevol moment decideix no continuar pot exercir el seu dret a deixar l'estudi sense cap penalització.

De mateixa manera, la investigadora té dret a excloure'l de l'estudi si ho creu convenient en cas que no compliu amb els criteris d'inclusió o es pari l'estudi.

SIGNATURA

Jo afirmo que se m'ha explicat la finalitat i objectius de la present investigació, els procediments utilitzats en l'estudi, els possibles riscos i incomoditats, així com els drets i beneficis potencials que en pugui experimentar. Les alternatives possibles a la participació en l'estudi també han estat discutides, com la possibilitat de retirar-me'n quan vulgui i sense haver de donar explicacions. M'han respost també a les diferents preguntes que he formulat. Declaro que he llegit aquest consentiment informat i que la signatura a continuació expressa el meu desig de participar voluntàriament en aquest estudi.

La persona voluntària

(O, el vostre representant legal)

Data

El sotasignat declara haver explicat la finalitat de la investigació, els procediments utilitzats en l'estudi, identificant aquells que tenen finalitat merament d'investigació, els possibles riscos i incomoditats que puguin originar-se i que ha respost el millor que ha pogut a les preguntes que se li han formulat respecte a l'estudi.

La investigadora responsable de l'estudi

Data

9.4 Dictamen del Comitè d'ètica i bioseguretat de la Universitat de Girona



DICTAMEN DEL COMITÈ D'ÈTICA I BIOSEGURETAT DE LA RECERCA DE LA UNIVERSITAT DE GIRONA

Nom projecte: La soledat i l'aïllament social durant el confinament per la COVID-19 des de la perspectiva de les persones grans institucionalitzades

Codi Projecte: CEBRU0002-2021

Investigador Principal: Coll Julià, Marta

Pere Condom Vila, secretari del Comitè d'Ètica i Bioseguretat de la Recerca de la Universitat de Girona,

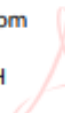
FAIG CONSTAR :

Que en la sessió ordinària número 02/2021 que va tenir lloc el dia 22 de març de 2021, el Comitè d'Ètica i Bioseguretat de la Recerca de la Universitat de Girona va avaluar el protocol del projecte "La soledat i l'aïllament social durant el confinament per la COVID-19 des de la perspectiva de les persones grans institucionalitzades" i va considerar per unanimitat que compleix els requeriments ètics exigibles.

Que és responsabilitat dels investigadors que la recerca es realitzi tal i com descriu la documentació presentada. Qualsevol canvi significatiu ha de ser comunicat al Comitè, la qual cosa requerirà una nova valoració.

Per la qual cosa, s'emet aquest dictamen favorable.

Pere Condom Vilà - DNI 40432983H (TCAT)



Firmado digitalmente por Pere Condom Vilà - DNI 40432983H (TCAT) Fecha: 2021.03.24 16:45:51 +01'00'

Pere Condom Vila

Secretari del Comitè d'Ètica i Bioseguretat de la Recerca de la Universitat de Girona

Girona, 23 de març de 2021