



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

TRABAJO DE FIN DE GRADO

CONSECUENCIAS DEL COVID-19 EN LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES EN TORRELAVEGA (CANTABRIA)

Autoras

Ana Pilar De Lamo García

Carla López Prado

Tutora

Carmen Gallego Ranedo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2020 - 2021

ÍNDICE

Resumen.....	2
1. Introducción.....	3
2. Fundamentación teórica.....	4
2.1. Aproximación al concepto de soledad y aislamiento social.....	4
2.2. Envejecimiento.....	5
2.3. COVID-19 y personas adultas mayores.....	8
2.4. Trabajo Social y personas adultas mayores.....	10
2.5. Relaciones Sociales y apoyo social en personas adultas mayores.....	13
3. Objetivos.....	14
3.1. Objetivo General.....	14
3.2. Objetivos Específicos.....	14
4. Metodología.....	15
4.1. Población objeto de estudio.....	15
4.2. Tipo de investigación y técnicas utilizadas.....	19
4.3. Entrevista.....	20
5. Resultados y análisis.....	21
5.1. Ejes temáticos.....	21
5.2. Resultados y análisis de los mismos.....	22
6. Conclusión y reflexiones finales.....	30
7. Bibliografía.....	32
8. Anexos.....	34
8.1. Guión entrevista.....	34
8.2. Fichas de informantes.....	35
8.3. Guía y fichas de recursos.....	36

RESUMEN

El presente documento es un Trabajo de Fin de Grado sobre las consecuencias del COVID-19 en la soledad no deseada en personas adultas mayores en la localidad de Torrelavega (Santander). La investigación se va centrar en la localidad situada en Cantabria, profundizando en las consecuencias que ha tenido la pandemia en la soledad no deseada en personas adultas mayores, hablando con profesionales que han estado trabajando en diferentes instituciones con este colectivo durante la crisis sanitaria y social que todavía se está viviendo y que ha producido una disminución de las relaciones sociales y del contacto entre personas, generando consecuencias en la soledad no deseada. Además, se va a relacionar con la profesión del Trabajo Social.

Palabras clave: Soledad, Aislamiento Social, Envejecimiento, Personas Adultas Mayores, COVID-19 y Relaciones Sociales

ABSTRACT

This document is a Final Degree Project on the consequences of COVID-19 in unwanted loneliness in older adults in the town of Torrelavega. The research will focus on the town located in Cantabria, delving into the consequences that the pandemic has had on unwanted loneliness in older adults, speaking with professionals who have been working in different institutions with this group during the health and social crisis that is still being lived and that has produced a decrease in social relations and contact between people, generating consequences in unwanted loneliness. In addition, the aforementioned will be carried out with the profession of Social Work.

Key Words: Loneliness, Social isolation, Aging, Old people, COVID-19 and Social Relationships.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es un Trabajo de Fin de Grado, el cual consiste en la realización de una memoria en que se pongan de manifiesto los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes adquiridos por cada estudiante a lo largo de la titulación. Tratará de una investigación exploratoria acerca de las consecuencias del COVID-19 en la soledad no deseada en personas adultas mayores en la localidad de Torrelavega. Esta soledad no deseada ya se daba en personas adultas mayores, pero a raíz de ella las relaciones sociales han disminuido en gran medida y por lo tanto es necesario investigar las consecuencias que han podido aparecer a raíz de esta crisis sanitaria y, social.

Hay que tener en cuenta que los efectos de la soledad pueden empeorar los niveles de salud y aumentar el riesgo de mortalidad; y no olvidarnos que este concepto es una percepción y no se debe confundir con vivir solo y sin redes sociales. Además, el aumento de la esperanza de vida y la poca natalidad que hay hace que la población esté cada vez más envejecida, por lo que esto también afecta al incremento de la soledad no deseada.

Debemos tener claro que esta soledad puede generar en las personas sentimientos negativos y actitudes que requieran de una atención a nivel personal, y aquí es donde interviene el profesional del Trabajo Social, actuando como agente de cambio interviniendo con el usuario en aspectos tanto individuales como grupales.

El objetivo es conocer e investigar el impacto que ha tenido la pandemia sobre este sentimiento en la localidad de Torrelavega, a través de entrevistas realizadas a diferentes profesionales que han trabajado con estas personas durante la crisis para que puedan aportarnos su experiencia y conocimientos adquiridos que nos ayudarán a conseguir el objetivo de la investigación. Por todo esto, se considera de gran importancia el estudio de las consecuencias que ha tenido esta crisis sanitaria y social en la soledad no deseada en personas adultas mayores ya que se trata de un problema ya existente que se ha agravado con esta situación, por lo que es un fenómeno reciente.

Esta investigación puede ser de gran utilidad para poder estudiar y analizar posibles propuestas y puestas en marcha de proyectos o programas que traten de solventar o ayudar a disminuir este problema en esta localidad. Además de ayudar a conocer la realidad que mucha gente desconoce por diversos motivos.

En la primera parte de este documento, se ha realizado una búsqueda y estudio bibliográfico para establecer una fundamentación teórica de esta investigación en el cual nos aproximamos a los conceptos de soledad, aislamiento social, envejecimiento, personas adultas mayores, relaciones sociales y COVID-19, además de profundizar en la relación del Trabajo Social y las mismas.

En segundo lugar, se establecen los objetivos: un objetivo general y cuatro específicos con sus correspondientes actividades a llevar a cabo para conseguirlos y alcanzar el fin deseado de la investigación.

A continuación, se detalla la metodología y técnicas utilizadas que se han llevado a cabo para poder obtener los datos relevantes de las personas colaborativas en la investigación y participantes de las entrevistas. Con estos datos se lleva a cabo un análisis de los mismos y una conclusión en relación a los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL.

Como idea principal, hay que concienciarse de que la soledad es un problema no solo social sino también a nivel de salud y de gran importancia, ya que afecta de manera psicológica generando consecuencias negativas en la salud y bienestar de las personas aumentando así el riesgo de mortalidad. No afecta de igual manera a todos los estratos de la sociedad, tanto la soledad como el aislamiento social crecen con la edad y sobre todo en aquellas personas que ya se encuentran jubiladas. (Yanguas, Cilveti & Segura, 2019)

La soledad hay que entenderla como una percepción que tiene la persona, no se tiene que confundir con vivir solos o con no tener relaciones sociales y/o familiares, de hecho, esto último hace referencia al aislamiento social. Hay que tener claro que alguien puede vivir solo y no sentirse así, o vivir acompañado y en cambio sí se siente solo.

Por su parte, el aislamiento social hace referencia a esa falta de contacto o de relaciones, pudiendo así cuantificar objetivamente mientras que la soledad se trataría de manera subjetiva

ya que depende de las experiencias de la persona que hace que sienta una ausencia de pertenencia, de relaciones o la misma percepción de sentirse aislado. (Yanguas et al., 2018).

En relación a lo previamente dicho se podría enlazar la idea de Christine Victor (2000) de que la soledad es la parte subjetiva de la medida objetiva del aislamiento social, o como también podemos decir, lo inverso de una situación de apoyo social

Se puede considerar que una persona se siente sola cuando se sienten abandonadas, que no tienen compañía, echan de menos a alguien o que simplemente no tienen a quién recurrir en caso de necesidad.

Y en cuanto al aislamiento social, se considera que aquellas personas cuya red de relaciones de amistad y/o familiares es menor o lejana tienen mayor riesgo de encontrarse excluidas socialmente. Además, se podría diferenciar en dos tipos: Aislamiento de red social (aquel aislamiento por escasas o nulas relaciones de amistades) y Aislamiento de red familiar (aquel aislamiento por escasa o nula relación familiar). (Yanguas, Cilveti & Segura, 2019).

Cacioppo y Patrick (2008) comparan la soledad, definiéndose como dolor social, al dolor físico. Lo consideran como un mecanismo de defensa que trata de “despertarnos” para poder comprender y valorar la importancia que tienen las relaciones sociales y así motivarnos a tener contactos con personas generando relaciones o renovando vínculos ya débiles o rotos.

ENVEJECIMIENTO

Cuando se hace referencia al envejecimiento hay que tener claro que se trata de un proceso vital en todas las personas desde que nacemos y que la forma y ritmo envejecer de una persona no es igual que el de otra, cada cuerpo es diferente.

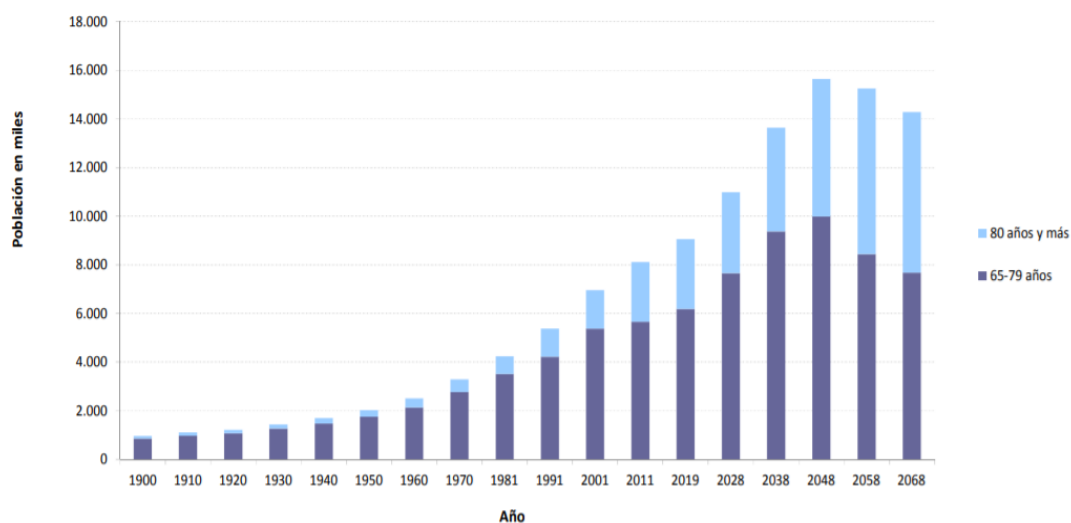
Muchos especialistas definen el envejecimiento como “las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte.” (Queralt, 2016)

Osorio (2006) habla de una posible y futura “quinta edad” debido a que según van pasando los años hasta la actualidad las cifras de personas adultas mayores van aumentando de tal manera que a su vez también es mayor su importancia no solo a nivel demográfico sino también social.

Hablando más concretamente en España, en su pirámide de población va aumentando y continúa así el porcentaje de personas adultas mayores de 65 años o más llegando a representar el 19,3% de la población total, según datos del INE (2019).

En el siguiente gráfico podemos observar la evolución de la población de personas adultas mayores y el aumento que se ha producido desde el año 1900 hasta la actualidad y lo que se estima de aquí a 2068 (debe quedar claro que esto se trata de proyecciones).

Gráfico 1: Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900 - 2068.



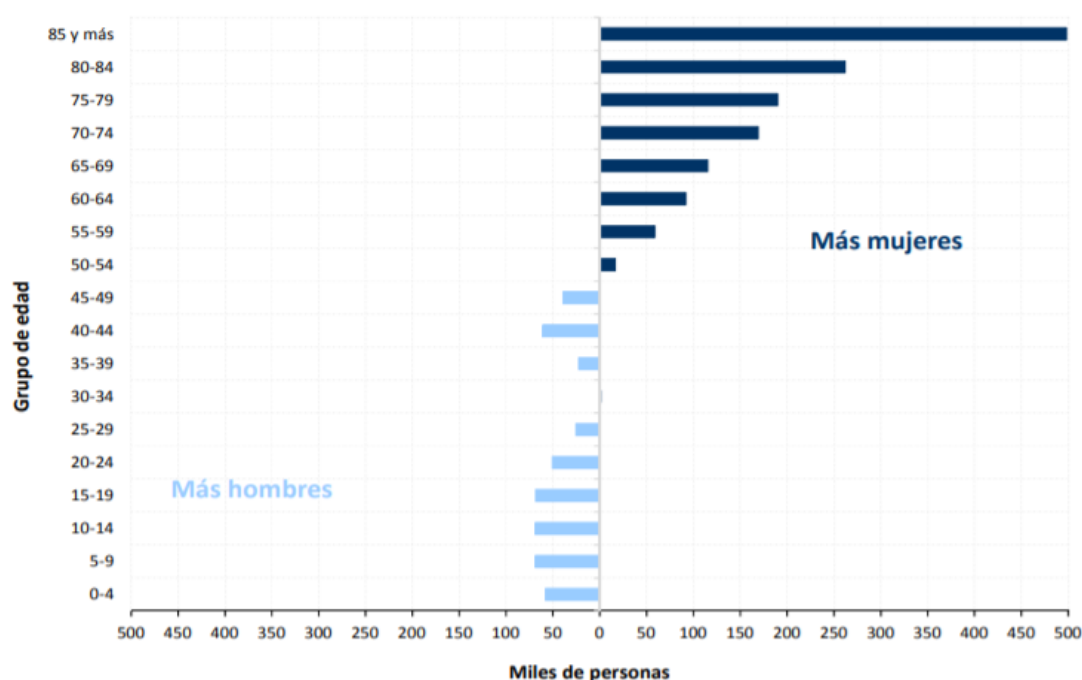
Nota: de 1900 a 2018 los datos son reales; de 2028 a 2068 se trata de proyecciones.

Fuente: INE:1900-2011: Censos de Población y Vivienda. 2019: Estadística del Padrón continuo a 1-1-2019. Consulta enero 2020; 2028-2068: Proyecciones de población. Consulta enero 2019.

Osorio (2006) también habla de una “feminización de la vejez”, la cual hace referencia a que en esta vejez es mucho mayor el número de mujeres que de hombres llegando a superar en un 32% a los hombres.

En el siguiente gráfico podemos observar dicha tendencia a ser superior el porcentaje de mujeres al de los hombres en la población de 65 años o más.

Gráfico 2: Diferencia entre la población de hombres y mujeres por grupo de edad, 2019.



Fuente: INE: Estadística del Padrón continuo a 1-1-2019. Consulta enero 2020.

A la hora de realizar la comparativa del desarrollo del envejecimiento en el mundo rural y urbano, analizando la proporción de personas adultas mayores respecto al total, se observa que está más acentuado en el mundo rural. En los municipios de menos de 2.000 habitantes las personas adultas mayores suponen el 28,4%, en los municipios de menos de 101 habitantes, los mayores llegan a ser el 40,3% y la edad media es de 56 años en los hombres y 59,6 en las mujeres. Todos estos datos deben ser tenidos en cuenta para alertarnos de que esto está generando despoblación en algunos territorios y con ello carencia de recursos.

Lo que queda claro es que hay que promover un envejecimiento en condiciones saludables y con autonomía, y para ello son esenciales los sistemas públicos de salud, dependencia y servicios sociales.

COVID-19 Y PERSONAS ADULTAS MAYORES

Durante esta crisis sanitaria y social se ha hablado de una discriminación de las personas adultas mayores que han sufrido a consecuencia de la pandemia.

Según el informe realizado por la Fundación Amigos de los Mayores, llamado *El impacto del Covid-19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores* (2021), un 53% de los encuestados consideran que sí han sido discriminados, y entre las razones estaban:

- Ponían en la tele que mucha gente mayor había muerto como si nada. (Mujer, 87 años)
- Se olvidaron de las personas mayores. (Mujer, 89 años)
- Ha continuado la misma indiferencia de siempre ante las personas mayores. (Hombre, 80 años)

Que un 53% de las personas adultas mayores (refiriéndonos a los encuestados) se sienta discriminado a causa de la pandemia es una señal de alerta social y sanitaria que debería tenerse en cuenta.

A causa de esta crisis se produjo un aumento de los estereotipos edadistas, promovidos muchas veces por las imágenes y testimonios dados en los medios de comunicación acerca de esta población mayor vinculando muchas veces enfermedad a la vejez, deterioro y carga social. Esto es lo que puede generar mayor edadismo, impulsión del rechazo y el miedo a envejecer.

Otra forma de discriminación que ha sufrido ha sido la franja por edades que se tomó en la desescalada, siendo estas personas adultas mayores los últimos en poder salir. La prohibición de visitas a los centros residenciales ha supuesto un aumento del aislamiento social y de la soledad en estas personas, además de aquellas que viven en su propio domicilio pero que estuvieron en la misma situación de aislamiento a causa del confinamiento.

Otro 26% de las personas que han respondido en cuanto a sentirse discriminados hacían referencia a que consideran que no han recibido la asistencia o atención que consideraban

necesaria tanto por la parte del sistema sanitario como por la de su red familiar. Relataron los siguientes testimonios:

- Porque he tenido necesidad de ir al médico o al dentista y no me han podido visitar, no podía venir el médico de cabecera. (Mujer, 84 años)
- Los médicos no atienden a las personas mayores por el coronavirus, se han olvidado de los otros enfermos. (Mujer, 91 años)

En el mismo informe habla sobre una encuesta realizada acerca del aumento o disminución de contacto con la red vecinal, relacionando el nivel de seguridad en la persona en consecuencia de estos contactos. Dentro de los que consideran que ha disminuido, hasta un 74% relacionan esto con un sentimiento de inseguridad.

Para todas aquellas personas adultas mayores, que previamente vivían solas, la situación de confinamiento derivada de la pandemia puede generarles soledad, depresión, un estado de ánimo más bajo... Y estos factores pueden ser causa de una mayor probabilidad de muerte prematura.

Aunque se sabe que la principal tarea sanitaria era la de salvar vidas, el colapso hospitalario y la crisis a todos los niveles que ha producido la pandemia ha desembocado en dificultar el habitual ritmo de trabajo en los centros sanitarios, teniendo esto un fuerte impacto a nivel emocional no solo en los pacientes sino también en sus familiares. En esta situación que todavía se vive está caracterizada por un distanciamiento social impuesto muy fuerte, viviendo en alguno de los casos el fallecimiento de seres queridos y en unas circunstancias poco habituales y con unos factores que se deben tener en cuenta que afectan de manera directa en la forma de llevar el duelo por una pérdida. (Carril, 2021)

Según Rebeca Carril (trabajadora social en Consorcio Sanitario de Maresme) estas situaciones de pérdidas de seres queridos han afectado a todo el mundo, pero en el caso de las personas adultas mayores genera mayores riesgos negativos en todos los aspectos, por ejemplo, la dificultad para reinsertarse en la vida social y sus actividades de vida diaria, entre otros muchos producidos.

Frente a este aislamiento social impuesto a causa de la pandemia a las personas adultas mayores, el mejor aliado sin duda ha sido el teléfono y los nuevos instrumentos de comunicación, los cuales han facilitado el contacto en mayor o menor medida. Demostrando así que las nuevas tecnologías pueden mejorar su calidad de vida.

En relación a esto, en numerosas residencias se han impulsado el uso de estas nuevas tecnologías con el principal objetivo de combatir la soledad de las personas adultas mayores con el fin de acercar y unir a las personas a pesar de la distancia física.

TRABAJO SOCIAL Y LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

El Consejo General del Trabajo Social define el Trabajo Social (2014) como *“Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”*.

El Trabajador Social es un profesional de la acción social que se encarga de promover y fomentar el bienestar del ser humano y la prevención y atención de dificultades y/o carencias sociales de las personas, familias, grupos y del medio social en el que viven. Por lo tanto los trabajadores sociales se convierten en agentes de cambio dentro de la vida de las personas con las que intervienen.

La profesión del Trabajo Social en casi todos los ámbitos de su actuación se relaciona con personas adultas mayores; en concreto, en el trabajo social sanitario, en los servicios sociales, residencias y centros de día es donde se tiene una relación más cercana, ya que dependen en gran mayoría de los profesionales que se encuentran en los centros.

La relación que se forma entre el trabajador social y la persona mayor siempre existe un componente social y otro de salud, debido a su avanzada edad. Además, también se trabaja

con las familias de estos mayores aconsejando, incentivando, informando a cómo actuar o tratar con diversos problemas que puedan surgir.

Por lo tanto, en cuanto a la atención directa, podemos encontrar la función preventiva, detectando problemas sociales o de salud que puedan surgir por la situación en la que estén o en la que pueda venir; una función promocional, donde se da importancia al fomento de la participación activa del mayor en todas las actividades que desarrolle; por último la función asistencia y de rehabilitación, ya que es muy importante animar a la persona mayor a utilizar de todos los medios que dispone.

En relación al contexto del COVID-19, a lo largo de este periodo se ha hecho hincapié sobre las personas adultas mayores y los efectos que ha generado esta crisis sanitaria y social en este colectivo. El trabajador social ha sido profesional clave en la intervención con esta población durante la pandemia tanto desde los servicios sociales como desde instituciones del ámbito sanitario.

Aunque en muchos casos los trabajadores sociales se han visto expulsados de manera presencial de sus lugares de trabajo, no han dejado ni un momento de trabajar por y para sus usuarios. Muchas veces un contacto telefónico era un recurso mucho más valioso que cualquier otro para muchas personas adultas mayores que se encontraban solas en sus domicilios.

El Consejo General de Trabajo Social (2020), describe que el trabajo Social en Residencias de Personas Mayores interviene en la atención integral realizando un seguimiento de sus condiciones sociales con el fin de garantizar una calidad de vida digna. Los trabajadores sociales velan por sus derechos y son el enlace entre el residente y su entorno. Además, describe las siguientes propuestas desde la profesión de Trabajo social frente a las residencias de personas adultas mayores en esta época de crisis sanitaria y social:

- Se requiere de un plan urgente de apoyo y suministro (Test diagnósticos y EPIS) tal y como ha propuesto la sociedad de Geriatria y Gerontología al Ministerio de Sanidad. “Recuerdan que las Residencias de Atención a personas mayores y en situación de dependencia, son el recurso más vulnerable frente al coronavirus”

- Se recomienda el aislamiento de usuarios/as afectados por el coronavirus, pero nos encontramos que en muchas Residencias de Mayores es imposible, ya que la infraestructura no lo permite. Por lo que se aconseja que la administración ceda espacio fuera de las residencias o en residencias específicas a todos los positivos de Coronavirus y que lo doten de personal. O bien trasladar los casos positivos al hospital, ya que tienen derecho a la atención sanitaria pública por su condición de ciudadanos/as tanto en atención primaria de salud como especializada. No se les puede privar de este derecho por su avanzada edad.
- Evitar que se produzcan restricciones de derechos de los usuarios/as y comunicar a Fiscalía de Mayores si existe vulneración de derechos. Los principios de igualdad y no discriminación están reconocidos en nuestra legislación nacional y en los derechos humanos, pero la realidad es que las personas mayores se enfrentan a numerosas barreras que les impiden el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones. Y en esta crisis las personas mayores están siendo las más abandonadas.
- Apoyar al conjunto del personal que en estos momentos se encuentran ante una situación de sobrecarga física y emocional, incrementando los recursos humanos con reducción de las ratios usuario/profesional.
- Obtención de recursos sociales y sanitarios como derecho en nuestro ámbito.
- Acompañamiento en su derecho de decir adiós a sus familiares.
- Establecer videollamadas para que usuarios/as mantengan el contacto familiar.
- Realizar intervención telefónica con familiares (Información, asesoramiento, detección de necesidades y derivación en su caso al organismo correspondiente)
- Mantener contacto con los distintos organismos para la gestión de recursos.
- Ahora es el momento de contribuir todas juntos a salvar vidas y minimizar los impactos negativos de esta crisis sanitaria COVID-19.

RELACIONES SOCIALES Y APOYO SOCIAL EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Walker y otros autores (1977) definieron las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”.

El hincapié que se hace sobre la necesidad de apoyos sociales en las personas mayores se debe a que además de sufrir un deterioro en la salud también se aumentan las probabilidades de que se dé un empobrecimiento en las redes sociales existentes.

Y precisamente esta pérdida de relaciones sociales o debilitamiento de las redes ha causado en muchos casos que estas personas sufran una soledad no deseada.

Antonucci y Jackson (1990) hablan de la importancia que tiene la satisfacción de una persona en cuanto a sus relaciones sociales y sus efectos en el sentimiento de salud y satisfacción con sus vidas, y de que a raíz de diversas investigaciones se ha podido demostrar que los beneficios que reciben las personas adultas mayores por parte de sus redes sociales son similares a los de otras etapas de la vida y los procesos implícitos a las mismas son equiparables.

Gottlieb (1981) distingue tres estratos diferentes de relaciones sociales, los cuales suponen distintos vínculos entre los individuos y su entorno sociales.

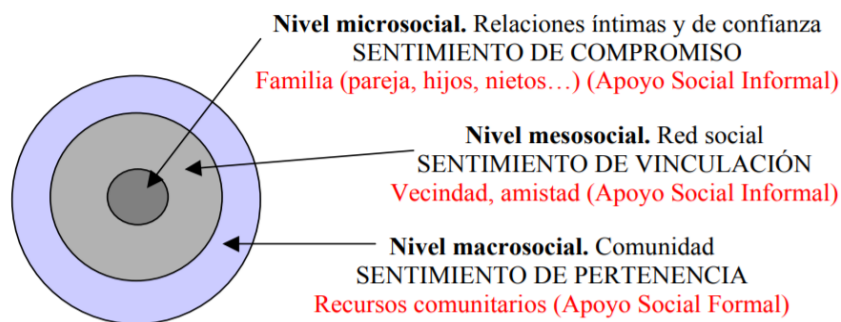


Figura 1. Modelo de Gottlieb (1981)

Cuando hablamos de apoyo social hay que referirse a la existencia o número de relaciones sociales que tiene una persona y las características estructurales que se distinguen en las mismas. Deben considerarse como clave, para poder explicar la cantidad de apoyo al que puede acceder un individuo, las diferentes dimensiones objetivas de las relaciones que forman la red social de la persona. (Lin, Dean y Ensel, 1981). Por lo que, la existencia de relaciones sociales habitualmente se relaciona con la existencia de apoyo social.

OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL

- Investigar y conocer las consecuencias del Covid-19 en la soledad no deseada en personas adultas mayores en Torrelavega.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar sobre los conceptos de soledad, aislamiento social y el envejecimiento desde una visión teórica.
- Examinar la relación entre Covid-19 y personas adultas mayores.
- Profundizar en el vínculo entre Trabajo Social y personas adultas mayores.
- Vincular la soledad no deseada en personas adultas mayores con el contexto de Torrelavega (Santander).

METODOLOGÍA

POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

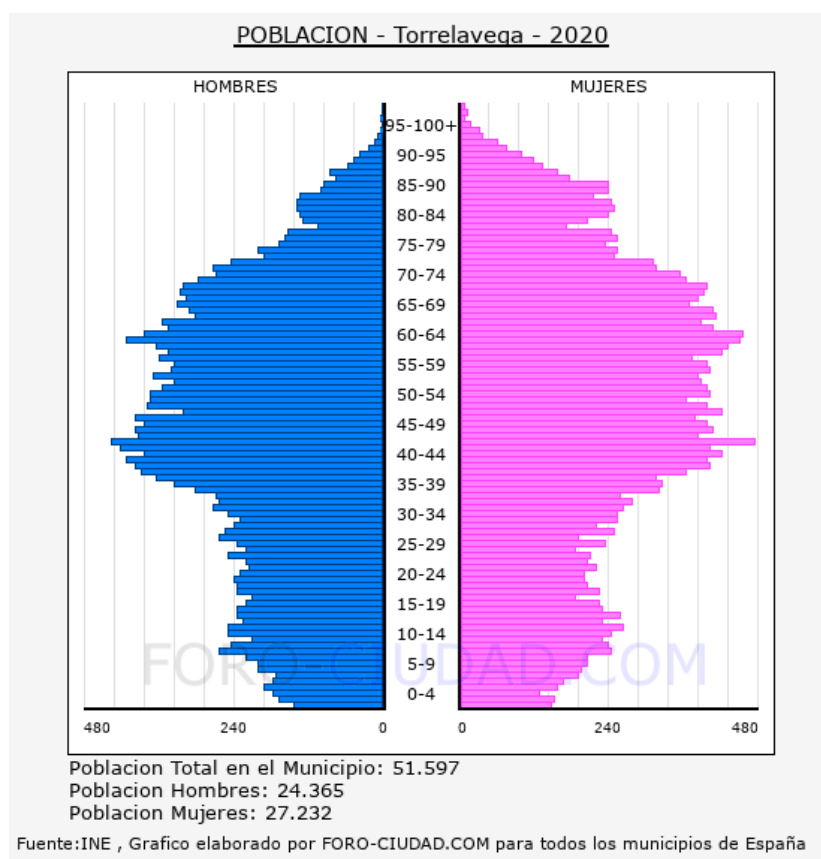
El objeto de estudio de esta investigación va a ser personas mayores de 65 años en adelante de la ciudad de Torrelavega situada en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Ésta cuenta con 52034 habitantes, 27478 mujeres y 24556 hombres, en el último censo de 2017.



En esta ciudad se observa un creciente envejecimiento de su población, equivaliendo a un 24% (1 de cada 4 de los censados) el porcentaje de censados, suponiendo así el doble de los que se sitúan en la franja de edad infantil que está en un 12%.

Este ritmo de envejecimiento de la población ha supuesto que el municipio tenga una tasa de dependencia del 55,6% (relación entre la población activa y la población dependiente), lo cual se encuentra en un 3,5% por encima de la media regional. (Carrera, 2018)

La pirámide de población de Torrelavega en el año 2020 era así:



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Este municipio cuenta con variados recursos para las personas mayores de 65 años. Dentro de los propios Servicios Sociales de la ciudad encontramos:

El SAD, servicio de atención domiciliaria, el cual consiste en prestar atenciones o cuidados de carácter personal, doméstico y social a la persona y/o familias en su domicilio, cuando se hallen incapacitados funcionalmente de manera parcial para la realización de las actividades de la vida diaria o en situaciones de conflicto psicofamiliar. Las prestaciones que ofrece este servicio son: limpieza de la vivienda, lavar y planchar siempre que el usuario tenga los medios técnicos, aseo personal, incluyendo cambio de ropa, lavado del cabello y todo aquello que requiera la higiene habitual, ayuda a la movilización dentro del hogar, levantar, sentar, acostar, etc, y ayuda para comer en los casos que sea necesario.

Además, dentro de la atención en el domicilio podemos encontrar también, el servicio de comida a domicilio y el servicio de teleasistencia.

Los objetivos de esta prestación son: Prevenir situaciones de crisis personal y/o familiar, fomentar la autonomía personal y la integración en el medio habitual de vida, evitar y retrasar internamientos, manteniendo a la persona en su medio con garantías de una adecuada atención, apoyar en sus responsabilidades de atención a las familias que presentan dificultades, asegurar que las prestaciones se hagan de manera individualizada, respetando la autonomía y dignidad del usuario.

Otro recurso es la ayuda para la adquisición de medicamentos cuya finalidad es atender los gastos de adquisición de medicamentos cubiertos por el Sistema Nacional de Salud y prescritos por un facultativo del citado Sistema.

En cuanto a las ayudas que hay dentro de la Comunidad Autónoma podemos encontrar la prestación económica individual para la promoción de la vida autónoma. “Bajo la condición de subvención va destinada a la realización de actividades, la adquisición de bienes materiales, servicios o tratamientos que favorezcan la autonomía personal, la ejecución de obras de adaptación funcional de la vivienda habitual y permanente, así como la eliminación de barreras arquitectónicas que faciliten el acceso o la movilidad dentro de su vivienda habitual y permanente.”¹

Va dirigida a personas físicas residentes en Cantabria, que debido a su edad o a sus limitaciones en la actividad derivadas de la discapacidad, tienen dificultades para desenvolverse en su medio habitual, facilitando así el acceso a prestaciones y servicios que mejoren su calidad de vida y su integración en el entorno social.

1

<https://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=prestacion-economica-individual-para-la-promocion-de-la-vida-autonoma>

La prestación no contributiva de jubilación asegura a todos los ciudadanos en situación de jubilación y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una Pensión Contributiva.

El consejo local de acción social, es uno de los órganos de participación ciudadana del ayuntamiento de Torrelavega, del cual forman parte los servicios sociales de este; “Se trata de un órgano de carácter consultivo cuya finalidad fundamental es facilitar la participación de los ciudadanos y canalizar la información de las entidades asociativas en los asuntos municipales, fomentando el debate social y la implicación ciudadana en las decisiones municipales. Sus funciones, composición, organización y funcionamiento vienen recogidos en sus estatutos, aprobados en Pleno de la Corporación Municipal el 6 de agosto de 2004.”²

Algunos de los componentes de este consejo son, el ICASS, Fundación Asilo, el Consejo de Personas Mayores, el Centro Social de Mayores de Torrelavega, Colegio Oficial de Trabajo Social de Cantabria, etc.

Por último, en la localidad de Torrelavega se encuentran dos residencias para personas adultas mayores: Residencia Alborada y Residencia San José (Fundación Asilo). También cuenta con tres centros de salud: Centro de Salud Dobra, Centro de Salud Zapatón y Centro de Salud Covadonga. Además, disponen de un Centro de Especialidades (Torrelavega) y un hospital (Sierrallana). Por último, cuentan con dos centros de día, el de la Fundación Asilo y el de Ancora.

El 2 de Junio de 2021 salió un artículo en el periódico Diario el Montañés donde anunciaban que se aprobó el servicio de Teleasistencia domiciliaria para Torrelavega para los próximos 5 años. Se contará con dispositivos de teleasistencia móvil adaptados a personas con limitaciones de audición o comunicación verbal, estos dispositivos contarán con localización GPS y otros dispositivos periféricos de teleasistencia que asociados al terminal permitan alertas en el centro de atención³

² <https://serviciosocialistorrelavega.es/servicios/red-social/>

³ <https://www.eldiariomontanes.es/torrelavega/ajudicado-servicio-teleasistencia-20210602173408-nt.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

TIPO DE INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS UTILIZADAS

La investigación que se va a llevar a cabo es exploratoria, la cual se suele caracterizar por buscar una visión general acerca de una determinada realidad, en este caso la soledad no deseada en personas adultas mayores. También suele surgir este tipo de investigaciones cuando aparece un nuevo fenómeno, que en la nuestra sería la pandemia y la crisis social y sanitaria que ha generado.

Para realizar esta investigación se va a utilizar la técnica cualitativa de entrevista dirigida a diferentes profesionales que trabajan con personas adultas mayores de diversas instituciones: centros de salud y residencias. De esta manera podremos realizar un análisis desde los diferentes puntos de vista y experiencias vividas durante la crisis social y sanitaria que se ha vivido.

Las entrevistas realizadas se llevan a cabo de manera presencial en los lugares de trabajo generalmente, exceptuando alguna vía online. Al poder realizar estas entrevistas físicamente en los centros ha podido favorecer a la investigación puesto que se lleva a cabo de manera más cómoda y calidad que en formato de video llamadas, que es un método mucho más frío y en el cual no sientes la comodidad suficiente para hablar.

Las palabras claves de este estudio son: “soledad no deseada”, “Personas Adultas Mayores” “aislamiento social”, “envejecimiento”, “relaciones sociales” y “COVID-19”

Las actividades que se van a llevar a cabo a raíz de los objetivos específicos son:

Dentro del objetivo: *Indagar sobre el concepto de soledad, aislamiento social y el envejecimiento desde una visión teórica.*

- > Búsqueda de bibliografía basada en libros, revistas y documentos.
- > Participación en la Presentación de “Amigos de los Mayores” de: El impacto del Covid-19 en el sentimiento de soledad no deseada en personas adultas mayores.
- > Recogida de información de documentos recomendados.

Examinar la relación entre Covid-19 y personas adultas mayores.

- > Búsqueda bibliográfica basada en investigaciones, revistas y documentos.
- > Realización de entrevistas y cuestionarios para obtención de datos y conclusiones.
- > Recogida de información de documentos recomendados.

Profundizar en el vínculo entre Trabajo Social y personas adultas mayores.

- > Búsqueda bibliográfica basada en libros, revistas y documentos.
- > Realización de entrevistas y cuestionarios para obtención de datos y conclusiones.
- > Recogida de información de documentos recomendados.

ENTREVISTA

Las entrevistas realizadas son semi-estructuradas, Alonso (1999, pp. 225-226) reconoce a la entrevista de investigación como un proceso comunicativo, en el cual se obtiene información de una persona. Si se tiene en cuenta que una entrevista es equivalente un encuentro entre personas no se puede dejar de lado el factor de las emociones y sentimientos que florecen en esa situación que se da durante la conversación, ya que son clave para el desarrollo de la investigación y el análisis de los resultados obtenidos en ella.

De esta manera se recogen creencias y opiniones del entrevistado, entendiendo por creencias las unidades de conocimiento que no tienen o no pueden ser contrastadas con algún otro criterio independiente de verdad; y por opiniones, aquellas creencias en las que los componentes evaluativos juegan un papel importante (van Dijk, 1980)

La entrevista semi-estructurada de investigación es un instrumento capaz de adaptarse a las diversas personalidades de cada sujeto, en la cual se trabaja con las palabras del entrevistado y con sus formas de sentir, no siendo una técnica que conduce simplemente a recabar datos acerca de una persona, sino que intenta hacer hablar a ese sujeto, para entenderlo desde dentro. El rol del investigador durante la entrevista consiste en acceder a la perspectiva del sujeto estudiado, descubriendo sus propias categorías mentales, sus sentimientos y los motivos de sus actos. (Corbetta, 2003, pp. 72-73)

Por otro lado, en la entrevista semi-estructurada el investigador proporciona al entrevistado la situación de libertad total para expresarse pudiendo destacar en el proceso comunicativo su punto de vista.

A la hora de realizar las entrevistas a los diferentes profesionales, el hecho de que se permitiera realizar las mismas en los centros de trabajo es algo muy beneficioso para

enriquecer la investigación. En tiempos de pandemia pocos lugares permiten llevar a cabo encuentros presenciales por miedo al contagio y muchas veces se tienen que hacer entrevistas por video llamadas, factor que afecta de manera muy negativa a la recogida de datos. Cuando tienes un encuentro cara a cara permite conocer a la persona mucho más, sientes mayor comodidad y eso influye en el desarrollo de la entrevista. Cuando lo haces a través de una pantalla es más frío ese “encuentro virtual”, no os encontráis en el mismo espacio físicamente ni puedes conocer a la persona tanto, por lo que esa pérdida de contacto tan necesario para procesos comunicativos afecta de manera negativa creando un ambiente menos cómodo, lo cual se traduce en un empobrecimiento del encuentro ya que las personas no hablan tanto o no se expresan tanto como cuando se realiza presencialmente ese contacto.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

EJES TEMÁTICOS

1. Condiciones del lugar de residencia de las personas adultas mayores. Domicilios particulares y residencias.
2. Recursos de los profesionales durante la pandemia.
3. Vivencias personales. Profesionales y personas adultas mayores.
4. Causas y percepciones de los profesionales ante la soledad no deseada en personas adultas mayores.
5. Consecuencias físicas, psicológicas y emocionales de las personas adultas mayores observadas por los profesionales

RESULTADOS Y ANÁLISIS

1- Condiciones del lugar de residencia de las personas adultas mayores. Domicilios particulares y residencias.

Para poder analizar al completo este eje temático hay que dividirlo en dos, en el primer lugar se encuentran los domicilios particulares, y en el segundo lugar las residencias. es necesaria esta división ya que las condiciones que se pueden dar en cada una son diferentes, hay personas que viven en pisos, con balcón o sin balcón, pero hay otras que viven en casa con jardín y otras que viven en residencias, donde lo único que no comparten en algunos casos son las habitación y los baños, siempre y cuando no sean compartidas; por lo tanto la forma en que se ha llevado la pandemia es diferentes en todos los lugares descritos anteriormente.

En primer lugar, vamos a hablar de los domicilios particulares centrándonos en edificios, ya que en la ciudad de Torrelavega es lo más numeroso.

Según el informante 5: *“Durante el confinamiento y después de este han aumentado las llamadas de personas mayores que viven solas, en un primer lugar te dicen que es porque se encuentran mal y algo les sucede, pero al estar hablando un rato con ellos ya se sinceran y te dicen que solo quieren charlar un rato”, “muchas de estas personas mayores antes del COVID-19 ya reclamaban atención, pero ahora se ha acentuado más.”* Como podemos ver la demanda de atención de las personas adultas mayores que viven solas ha aumentado durante la pandemia, algunas de las causas son (informante 5):” *Antes de la pandemia, aunque las personas vivieran solas, salían a la calle a comprar, a dar unas vuelta con los amigos, tomarse un café e interactuar con personas cercanas, pero todo esto desapareció de la noche a la mañana, produciéndose un aislamiento social forzado, el no poder salir a la calle, no ver a sus familiares y amistades más cercanas, no socializar de manera cercana ha hecho que tener un contacto, aunque sea telefónico con el centro de salud fuese vital para ellos durante el confinamiento”.*

Según Javier Yanguas, Amaya Cilveti y Cristina Segura (2019), *“se considera que están en riesgo de aislamiento social las personas cuya red familiar o de amistad es pequeña (tamaño), lejana (cercanía emocional), o suscita poca confianza de prestar apoyo en caso de necesidad”.*

Las personas adultas mayores dejaron de recibir trato cercano, de tú a tú, a un trato distante, el telefónico, pero a la vez necesario ya que sin este no cabría ninguna relación; algunas de estas cuentan con teléfonos móviles con los que podían realizar videollamadas a sus familiares o amigos; además según el informante 7; *”En la Cruz Roja, que está situada a escasos metros del centro de salud, informatizamos un programa que antes se llevaba a cabo de manera presencial, el acompañamiento a personas vulnerables”*; este programa tiene como finalidad dedicar el tiempo que tiene el voluntarios para acompañar a las personas más vulnerables a la hora de realizar trámites, ir al médico realizar actividades de ocio, o simplemente hacerles compañía, por lo que durante el confinamiento los voluntarios se ponían en contacto telefónico cada dos días, cuando este se acabó se pasó a una vez por semana y a día de hoy se está retomando el acompañamiento físico.

A parte de este proyecto, tanto servicios sociales del ayuntamiento, como cruz roja se unieron para poder abastecer de comida y medicamentos a todas aquellas personas que lo necesitaban, informante 7; *“ Se tardó un tiempo en identificar a todas las personas, en especial a las mayores, que necesitasen ayuda para realizar las compras, pero entre los tres pudimos sacar adelante esta iniciativa con voluntarios, que llevaban a las casa alimentos, medicamentos, u otros productos que pudieran necesitar, se lo dejaban en la puerta una vez por semana”*, este servicio dejó de ofrecerse cuando acabó el confinamiento.

En segundo lugar, las personas adultas mayores que vivían en residencias estuvieron aisladas en sus habitaciones desde el inicio del confinamiento hasta finales de julio del 2020 que fueron salieron de estas de manera escalonada, pero sin salir del recinto residencial, según el (informante 6); *“la prioridad absoluta que hemos tenido las trabajadoras sociales de la residencia ha sido evitar el aislamiento social realizando videollamadas entre los residentes y sus familias, para que no se rompiese la red social, al principio fue muy complicado, cuando llamabas no le cogían y cuando estabas con otro residente llamaban los que no te habían cojido, era un verdadero caos, además por un solo residente tenías más de un familiar que preguntaba por él, perdíamos mucho el tiempo avisando a todos sus familiares, por lo que se decidió informar solo a uno y que este informarse a los demás”*.

En todo momento se intentó evitar el aislamiento, pero la informante reconoce que no se logró, vivir meses en una habitación sin poder salir y solo tener un compañero de habitación

con el que poder hablar lo puedes aguantar unos días, pero durante un periodo tan largo te acabas apagando. Durante la pandemia se habilitó el comedor comunitario y la planta uno para albergar a todos los residentes que fuesen positivos, aquí el realizar las videollamadas fue muy diferente, (informante 3):” *Al estar con todos los positivo nosotros éramos quienes hacíamos las videollamadas, nos dieron una tablet, la cual no salió de allí, con la cual íbamos uno por uno llamando a los familiares*”. Realizar las videollamadas era la única manera que había para no perder el contacto.

Según el (informante 2):” *Los abuelos estaban acostumbrando a que les diéramos cariño. con abrazos, besos, se les coge cariño, pasas mucho tiempo con ellos, les cuidas, y verles en las habitaciones solos, se les veía en los ojos la tristeza, te pedían conversación cuando entraban pero no tenías tiempo, eso nos partía el corazón a todas; además te veían con esos trajes y no te conocen, se volvían reacios a que les atendiésemos*”; Desde el comienzo de la pandemia los residentes estuvieron aislados del resto del mundo, no podían ver a sus familias, solo por videollamada y durante un tiempo muy limitado solo cinco minutos y una vez a la semana, ya que el número de residentes es alto y no había tiempo suficiente para poder realizarlas todos en un mismo día, también hay que tener en cuenta que han perdido contacto con los trabajadores, puntos de apoyo clave para ellos durante su estancia, con los cuales se generan vínculos afectivos.

A día de hoy los ingresos en las residencias han disminuido, en primer lugar porque la gente está esperando a que se estabilice todo, tienen miedo de los que pueda pasar si se establecen en estas, además según el (informante 6):” *Según llegan a la residencia los usuarios de nuevo ingreso deben estar diez días en aislamiento obligatorio, con esta norma, es muy poca gente la que quiere acudir, ya que se les ve que todavía no hay superado el aislamiento forzoso que vivieron al principio de la pandemia, sumándole además el miedo que tienen*”.

2- Recursos de los profesionales durante la pandemia.

Todos los informantes coinciden en la misma respuesta, los recursos no llegaron a tiempo y a veces fueron insuficientes. informante 1; “*Al principio no hubo mascarillas para todos, había que traerlas por cuenta propia y tuvieron que decidir a qué plantas de las 8 que tiene la residencia le daban EPIS (equipos de protección individual) y a cuáles no, era todo a*

suerte, esto no lo decían los jefes pero solo hacía falta fijarse y compara unas plantas con otras.”

Informante 5:” El primer mes fue muy complicado obtener mascarillas para todos, se pactó que si algún trabajador tenía la oportunidad de conseguirlas, las tendría que compartir con el resto del personal, porque el Servicio Cántabro de Salud no podía abastecer a todos los centros de salud de la comunidad; a mediados de abril esto cambió y los recursos nunca más faltaron, empezó a ser obligatorio el uso de trajes en las visitas domiciliarias, los cuales te los daba el propio centro”

La falta de recursos al principio de la pandemia fue muy evidente, nadie estaba preparado para lo que se avecinaba, no había suficientes suministros y los que había se tuvieron que repartir pero no llegaban a todos los profesionales. En el caso de la residencia se pensaban que sería un virus pasajero que a las pocas semanas desaparecería, por lo que no hicieron nada al respecto hasta que ya era demasiado tarde, según el informante 2:” *Nuestros jefes no se lo creían, les pedíamos protecciones pero ellos no lo veían necesario, las primeras mascarillas que llegaron parecían de papel de fumar, era increíble; cuando la gente se empezó a contagiar vieron las orejas al lobo y movieron ficha, pero solo nos daban una FP2 por semana, o te las traías tu de casa o te arriesgabas a contagiarte”.*

El informante 3:” *Todo el equipo de enfermería de la residencia informó a los directivos de lo que estaba por venir y nadie nos hizo caso, no tomaron cartas en el asunto; una vez que fueron conscientes no ha faltado material, pero si es verdad que también ha habido muchas donaciones de fábricas como Aspla que nos daban capas de plásticos resistentes para poder entrar en las habitaciones de positivos mientras nos llegaban los EPIS”.*

Actualmente los residentes son los que deben abastecerse de las mascarillas, de esto no se hace cargo la residencia, en caso de que no tengan, no pueden salir de la habitación.

3- Vivencias personales. Profesionales y personas adultas mayores.

Todos los informantes menos el cinco, realizaron durante la pandemia tareas que no les correspondían, informante 4:” *Cuando llegaban las ambulancias durante la pandemia éramos nosotras quienes subíamos la camilla a la ambulancia, antes no era así, subían los*

técnicos de ésta directamente con la camilla a la planta y después la bajaban con el residente, la metían a la ambulancia y se iban, ahora no es así, esa carga nos la han pasado a nosotras”.

Informante 3: *“Desde el primer día de la pandemia me mandaron trabajar en el área de COVID, éramos muy pocos profesionales los que estuvimos allí, por lo que sí a una auxiliar no le daba tiempo a dar de comer a un residente o a cambiarle el pañal o asearle, lo hacíamos nosotros/as sin ningún problema”.*

La mayoría de los informantes tuvieron que hacer las tareas de otros profesionales por la situación de necesidad y colapso que se vivía en los diferentes centros, dejaron de existir departamentos como fisioterapia, terapia ocupacional... para dedicarse todos al cuidado de los usuarios.

Informante 1:” *En muchas ocasiones éramos las auxiliares las que hacíamos las videollamadas, incluso con nuestros propios teléfonos móviles, o nos ponemos en contacto con las parejas de residentes que estaban en otras plantas para que no dejaran de tener información de estas”*

El informante 2 nos describe lo siguiente:” *Hemos visto y realizado cosas traumáticas, rociamos los cuerpos de los fallecidos con lejía para desinfectarlos del todo y que no se propagase, porque podían pasar días hasta que venían a buscarlos, estas imágenes no se borran de la cabeza y lo único que pensabas era, que no le suceda a mis padres por favor”*

Podemos observar con estos relatos el compañerismo y la unión que se creó entre profesionales, fueron todos a una y eso es lo que hizo que salieran adelante, se apoyaron unos a otros en los momentos más difíciles, cuando se acaban las fuerzas de uno, siempre había otro para ayudarle.

Los profesionales intentaban explicar a los residentes lo que sucedía, él porque sus familiares no podían ir a visitarlos, porque usaban esos trajes, porque no podían salir de sus habitaciones, pero ellos no lo entiendan, el informante 1 nos comenta:” *había residentes con los tenía bastante apego que cuando entrabas a sus habitaciones lo primero que hacían era decirte que sus familiares les han abandonado y se echaban a llorar y no podías hacer nada,*

ni siquiera darles un abrazo, era una impotencia la que tenías que cuando salías te ibas al despacho de la planta a llorar”.

4- Causas y percepciones de los profesionales ante la soledad no deseada en personas adultas mayores.

Según el texto de la soledad de las personas mayores de Pisado y Bellegarde(2018), autores clásicos como Robert Weiss (1983) afirman que la soledad es un fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica. Además, en el mismo texto descrito anteriormente expone que Weiss (1983) en su libro *Loneliness: the experience of emotional and social loneliness*, diferenció entre dos tipos de soledad: la soledad emocional y la soledad social y cada una de ellas se produce por diferentes motivos, está acompañada de distintas sensaciones y puede ser eliminada con diferentes estrategias. La soledad emocional es la respuesta subjetiva a la falta de una figura generalizada de apego. La soledad social puede resultar de la pérdida de roles sociales, tal y como sucede cuando uno se queda viudo o cuando se jubila o si se muda a un barrio donde no es bien acogido, por ejemplo.

Todos los informantes están de acuerdo en que la soledad no deseada ya existía antes de la pandemia, pero esto lo que ha producido es un aumento tanto de la soledad, como del aislamiento. Según el informante 4:” *Antes de la pandemia había residentes a los que sus familias no visitaban, ellos intentaban ponerse en contacto, pero veías que los familiares no hacían por la labor, eso da mucha pena, sobre todo con residentes que lo pasaban mal por estar en esa situación”.*

Según el informante 2;” *Pienso que todas las personas mayores, no solo las de las residencias se han visto solas durante la pandemia y no por decisión propia, aunque algunos han podido tener contacto telefónico, no ha sido suficiente para poder con esa situación”.* A nivel social a todas estas personas adultas mayores les queda un camino bastante largo para volver a la normalidad y recuperar las redes sociales perdidas.

Según el informante 3:” *estoy seguro de que la principal causa ahora mismo de la soledad no deseada es el miedo que se ha instaurado en las personas mayores, muchos de los residentes*

que pueden salir de la residencia no lo hacen por miedo a poder contagiarse al estar en contacto con otra gente que no sea la de la residencia”. este comportamiento lo que hace es mantener el aislamiento que ya sufrían ya que les da pánico relacionarse por lo que las redes sociales van desapareciendo y solo quedan las más cercanas como la familia que va a visitarlos o amigos de la propia residencia con los que salen al jardín a dar un paseo.

Para el informante 1;” *Antes de la pandemia los familiares podían venir en cualquier momento, había familias que venían a las 9 de la mañana a dar el desayuno y hasta las ocho de la tarde que no se daban las cenas no se iban, a día de hoy eso es imposible, solo pueden venir dos días a la semana y durante 45 minutos”.* Para todos ha sido un golpe muy fuerte el no poder ver a sus familiares, pero sobre todo los residentes que estaban casi todo el día con ellos ha sido devastador, de pasar todo el día compañía y estar solo, ni nadie con quien hablar, ni poder salir a caminar, solo pudiendo salir al banco para poder tomar un poco el aire; en estas circunstancias es imposible que no aumente la soledad no deseada

El informante 2;” *Las relaciones entre los residentes también han cambiado, ha habido mucha organización en las plantas y gente que antes compartía habitación o planta y que tenía una relación bueno, ahora no pueden verse y las relaciones se están perdiendo”*

Con todo esto vemos como las circunstancias ahora mismo no favorecen al mantenimiento o a la creación de nuevas redes sociales, lo cual afecta directamente en la soledad no deseada. Por ello varios de los informantes consideran la necesidad de proyectos o programas que fomenten las creaciones de nuevas relaciones y que se haga un seguimiento de las mismas para asegurar su mantenimiento.

5-. Consecuencias físicas, psicológicas y emocionales de las personas adultas mayores observadas por los profesionales

Si nos fijamos en las personas adultas mayores hay diferentes tipos de perfiles, es decir, puede haber residentes totalmente autónomos, otros que necesitan ayuda para ciertas cosas y otros que son dependientes totales, por lo que cada perfil necesita diferentes ayudas. según el informante 6:”*los residentes han perdido a lo largo de la pandemia capacidades cognitivas y físicas, de las que no han podido recuperarse, es evidente que durante ese tiempo las*

rehabilitaciones fueron casi inexistentes, los fisioterapeutas realizaban otros trabajos ya que el contacto con el residente se intentaba que fuese el mínimo, además al no poder salir de las habitaciones la movilidad era mínima, al igual que las redes sociales que pasaron a ser casi inexistentes, todo esto hizo que el nivel de salud cayera en picado.”

Informante 5: “En el centro de salud han aumentado las solicitudes de dependencia, ya sea por parte de los familiares o sugerido por los médicos, porque ven que pacientes empeoran y empiezan a necesitar más apoyo del que tienen; antes un paciente que andaba perfectamente con bastón te le encuentras por los pasillos con un andador”.

Informante 1:” En muchos casos se han dejado de lado enfermedades para poder atender al coronavirus, caídas que con la ayuda de un fisio se hubieran recuperado al 100%, al no poder realizar la rehabilitación quedaron con secuelas”.

Todos los cambios que han sufrido las personas adultas mayores durante la pandemia va a ser muy difícil eliminarlos al completo, algunos incluso se quedarán, como pueden ser las redes sociales rotas a causa de fallecimientos de familiares o amigos, o secuelas que se han quedado por haber sufrido el COVID-19, etc. Van a necesitar tiempo para intentar por lo menos recuperarse de esta situación, recuperando poco a poco las redes sociales si es posible.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Una de las principales causas por lo que ha aumentado la soledad no deseada en las personas adultas mayores son los sentimientos negativos como el miedo e inseguridad que han causado la pérdida de relaciones sociales. Esto ha sido consecuencia del confinamiento impuesto por el estado de alarma y la crisis sanitaria y social que todavía se está viviendo y que aún impide poder relacionarse con las redes sociales y familiares de manera habitual.

Las personas adultas mayores previamente a la pandemia, contaban con personas (ya sean amistades o familiares) a las cuales podían recurrir en caso de necesidad, y durante la misma esto cambió desapareciendo esa figura que representaba cada una de las personas de sus redes sociales sintiéndose inseguros, con miedo a contagiarse y poder fallecer solos sin tener a nadie quién les ayude.

El conocimiento de los fallecimientos a su alrededor de personas cercanas y observar las condiciones en las que vivían, le causaba incertidumbre, mucho miedo a contagiarse y sufrir durante la enfermedad sin poder contar con un familiar o amigo que les apoyara durante la misma. Otra cosa a tener en cuenta era la fractura de las redes que tenían con los trabajadores, ya que debido a los numerosos Epis que debían de llevar no les reconocían y esto generó una “barrera” entre la relación profesional-usuario.

Esta pandemia y la crisis no solo sanitaria, como hacen ver en muchos medios de comunicación, sino también social que ha generado, ha afectado negativamente a todo el mundo, pero en especial a las personas adultas mayores, quienes se han visto discriminadas en muchos casos por su avanzada edad. En este colectivo no solo es importante evitar el contagio sino también evitar que lleguen a sentir soledad a causa de las restricciones que ha causado el COVID-19, entendiendo que para su salud también es importante tener contacto con sus redes sociales, tanto familiares, como de amistad, ya que en muchos casos la soledad no deseada ha perjudicado directamente la salud de las personas adultas mayores.

La situación de confinamiento pilló a todo el mundo desprevenido, en el caso de las personas adultas mayores el poco uso, o nulo, de teléfonos móviles u otras tecnologías que facilitan el contacto más cercano (como videollamadas), mientras que otros, los que menos, fue para ellos una vía de escape y un factor preventivo de sentirse solos.

Por último, se proponen las siguientes actividades para intervenir en la mejora de la situación que ha generado soledad no deseada en este colectivo.

- Desarrollar formaciones entre las personas adultas mayores para el uso de las nuevas tecnologías, fomentando así el contacto no presencial.
- Fomentar las visitas de familiares y amigos a los usuarios.
- Fomentar el voluntariado en los diversos proyectos para acompañamiento a las personas adultas mayores.
- Grupos de apoyo entre las mismas personas adultas mayores para compartir experiencias y vivencias, creando así nuevos vínculos y aumentando sus relaciones
- Establecer una línea telefónica, mediante voluntariado, únicamente destinada para que estas personas puedan llamar no solo para cuestiones de necesidad como la salud, sino
- para poder mantener conversaciones informales y charlar sobre cualquier cosa.

BIBLIOGRAFÍA

- de Toscano, G. T. (2009). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. *Graciela Tonon (comp.)*, 46.
- Dolado, A. (2020). Informe del Justicia sobre las Residencias de Personas Mayores en Aragón durante el Estado de Alarma por el Covid-19. *El Justicia de Aragón*.
- Hernandis, S. P. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. *Gerontología: actualización, innovación y propuesta*.
- Huenchuan, S., Guzmán, J. M., & Montes de Oca Zavala, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*.
- Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, (22), 1-28.
- Pinazo, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, (55). Núm. 5, páginas 249-252 ,
- Pinzado,S & Bellegarde,M. (2018). *LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES: Conceptualización, valoración e intervención*. España: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Sala, E & Martinez, R. (Febrero de 2021). *Informe: El impacto de la COVID-19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores*. Amigos de los Mayores. Observatorio de la Soledad.

- Yanguas, Cilveti & Segura. (2019). ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?. *Observatorio Social de "la Caixa"*.

WEBGRAFÍA

- Abellán, A, Pérez, J & Ramiro, D. (Marzo de 2020). *Un perfil de las personas mayores en España*. Envejecimiento en Red. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/765/76500603.pdf>
- Carrera, D .(18/02/2018). La pérdida de habitantes y el envejecimiento de la población amenazan el futuro de Torrelavega *El Diario Montañés*. Recuperado de <https://www.eldiariomontanes.es/torrelavega/perdida-habitantes-envejecimiento-20180218211136-nt.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Carril, R. (Marzo de 2021). *Covid, Duelo y Familias. La relación de ayuda en Trabajo Social Sanitario* . Geriatricarea. Geriatricarea.com Recuperado de https://www.geriatricarea.com/2021/03/10/covid-duelo-y-familias-la-relacion-de-ayuda-en-trabajo-social-sanitario/?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=nutricion-y-ejercicio-fisico-monografico-especial-geriatricarea_127
- Queralt, M. (3 de noviembre de 2016). ¿Qué es el envejecimiento?. []. Recuperado de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/definicion-de-envejecimiento/>
- (Septiembre de 2019). *Para un envejecimiento activo*. Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO. Observatorio Social para las Personas Mayores Recuperado de <https://pensionistas.ccoo.es/26f074caa793de0ddc13f8118e7204c4000059.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Guión entrevista para profesionales:

- ¿Desde su puesto de trabajo que labores ha tenido que realizar con respecto a las personas adultas mayores?
- ¿Ha trabajado alguna vez con personas mayores en situación de soledad no deseada?
- ¿Cómo les afecta a las personas atendidas esa soledad en su vida cotidiana?
- ¿Cuáles cree que son las principales causas de la soledad no deseada?
- ¿Cree que la pandemia ha afectado a la soledad no deseada en personas mayores? ¿En qué aspecto?
- ¿Se han dado casos de personas mayores que previamente a la pandemia no se encontrasen con soledad no deseada y a raíz de esta la hayan desarrollado?
- ¿Cuáles han sido las consecuencias reales de las medidas de confinamiento y sucesivas restricciones que han sufrido estas personas con soledad no deseada? ¿Y las que no sentían soledad previamente?
- ¿Ha conocido algún caso en el cual el Covid haya afectado a esa soledad en personas mayores?
- ¿Cómo han afectado estas consecuencias en la profesión de Trabajo Social? ¿Se ha podido disponer de medios para intervenir con estas situaciones?
- ¿Tienes algo que añadir o alguna propuesta respecto a lo que hemos hablado?

ANEXO 2

Fichas de informantes

	Edad	Profesión	Lugar de trabajo
Informante 1	47	Auxiliar de enfermería	Residencia
Informante 2	26	Auxiliar de enfermería	Residencia
Informante 3	29	Enfermero	Residencia
Informante 4	39	Auxiliar de enfermería	Residencia
Informante 5	42	Trabajadora social	Centro de salud
Informante 6	36	Trabajadora social	Residencia
Informante 7	20	Vicedirectora y voluntaria	Cruz Roja Torrelavega

ANEXO 3

Guía y fichas de recursos

- RESIDENCIA LA ALBORADA

Nombre del Centro: Residencia La Alborada

Domicilio: Calle Julián Urbina, 16, 39300, Torrelavega

Teléfono: 942 08 11 11

E-mail: administracion@residenciaalborada.es

Dirigirse a: Directora del centro, Begoña García

Población atendida: Personas mayores con un grado de dependencia, en el caso de que sean plazas concertadas solo se puede acceder con los grados I y II, si accedes por lo privado valen los tres grados. También pueden acceder adultos que tengas dependencia y discapacidad

Atención ofrecida: Presta un servicio residencial y asistencial. Tiene una capacidad máxima de 113 usuarios.

Documentación para la solicitud: Se puede acceder por medio de la dependencia o por privado.

Medios económicos: Mediante el pago de plazas privadas y los convenios con el Gobierno de Cantabria para la adjudicación de plazas concertadas.

Medios humanos: Cuenta con un médico, varios enfermos, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, administrativos . Servicio de limpieza, podología, peluquería, cafetería, lavandería, y tanatorio.

Organización: La directora es la que organiza todo dentro de la residencia y la que toma las decisiones de contratación y organización, cambios de cartelera, etc, se apoya en los administrativos. Después cada servicio cumple su función.

- **RESIDENCIA SAN JOSÉ (FUNDACIÓN ASILO)**

Dirección: Avda. Fernando Arce, 18, 39300 Torrelavega (Cantabria)

Teléfono.: 942 88 21 41

Fax.: 942 89 49 95

Dirigirse a : Mónica (trabajadora Social)

Sitio Web: info@fundacionasilo.com

Población atendida: Personas ancianas y adultas con discapacidad y dependencia y con diferentes grados de asistencia: válidos, asistidos leves y máximos.

Atención ofrecida: 355 usuarios en régimen de 24 Horas.

Documentación para la solicitud: Se requiere aportar por parte del solicitante Documentación que será preciso aportar por el solicitante:

- Informe Medico.
- Fotocopia del D.N.I.
- Fotocopia Tarjeta Sanitaria

Dispone de plazas privadas y concertadas para su acceso.

Medios económicos: Mediante el pago de plazas privadas y los convenios con el Gobierno de Cantabria para la adjudicación de plazas concertadas.

Medios humanos: Cuenta con tres trabajadores sociales, seis médicos, varios enfermeros, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, administrativos . Servicio de limpieza, podología, peluquería, cafetería, lavandería, y tanatorio.

Organización: La organización del centro dispone de una persona en cada departamento para guiarlo y organizar funciones y actividades.

- CRUZ ROJA

Nombre del Centro: Cruz Roja, asamblea local de Torrelavega

Área: Cruz Roja Española

Domicilio: Calle Pintor Salces, 39300

Teléfono: 942 89 09 08

Fax: 942 83 52 72

E-mail: Torrelavega@cruzroja.es

Titular: Cruz Roja Española - Privada

Dirigirse a: Chema

Población atendida: Toda personas que quiera acudir

Atención ofrecida: Se divide por planes que son:

- Desarrollo de la red territorial
- Empleo
- Formación interna
- Intervención social en personas mayores, en situación de extrema vulnerabilidad, etc
- Juventud
- Socorros y emergencias

A su vez estos planes se dividen en programas y estos en proyectos.

Documentación para la solicitud: Pidiendo cita previa por teléfono o derivado de otras instituciones públicas o privadas.

Medios económicos: subvenciones, contratos públicos, socios, donaciones, etc.

Medios humanos: Voluntarios, dos trabajadores sociales, dos administrativas, un educador social, un integrador social, personal de socorros y emergencias.

Organización: En esta asamblea todo pasa por la directora y la organización depende de cada proyecto.

- **SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE TORRELAVEGA**

Nombre del Centro: Servicios Sociales del ayuntamiento, área de la Inmobiliaria

Área: Servicios Sociales

Domicilio: Calle Pintor Salces, 39300 Torrelavega

Teléfono: 942 80 83 39

Titular: Sistema de Servicios Sociales de Cantabria - Público

Dirigirse a: Elena o Pilar, las dos son Trabajadoras Sociales de esta UTS 3; Actualmente nadie ocupa el cargo de director.

Población atendida: Es un servicio para toda la población del área de Torres, Ganzo, Dualez, Inmobiliaria y alrededores.

Atención ofrecida: Los servicios sociales de Torrelavega son el primer nivel de atención de las necesidades sociales básicas. Se trata de un servicio municipal que, a través de un equipo de profesionales informa, orienta y ayuda a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de los vecinos y vecinas del municipio.

Las principales actuaciones que nos ofrece la atención primaria son:

- Información y orientación sobre derechos y prestaciones de servicios sociales y de otros sistemas de protección.
- Intervención individual/familiar para la mejora de la situación social.
- Apoyo profesional en la tramitación de prestaciones y servicios.
- Información comunitaria y sensibilización social

Los servicios ofrecidos son:

- Servicio de atención a la infancia, familia y mujer
- Servicio de información, orientación, y valoración
- Servicio de atención a domicilio
- Ayudas sociales

- Participación, solidaridad y cooperación
- Interculturalidad
- Servicio de mediación
- Red social

Documentación para la solicitud: Se solicita la entrada mediante cita previa o por derivación del Centro de Salud, colegios, Cruz Roja, Cáritas, etc.

Medios humanos: La UTS 3 de la inmobiliaria está compuesta por dos trabajadoras sociales, un educador social, un auxiliar administrativo y una psicóloga para todo el ayuntamiento de Torrelavega.

Organización: Se estipula por calles, dependiendo de cual sea le toca a una u otra. Las dos participan en todos los programas, junto con el educador social; en el caso de la psicóloga solo está incluida en el programa de familia.

- **CENTRO DE SALUD DOBRA**

Nombre del centro: Centro de Salud Dobra

Dirección: Calle de la Llama, S/N, 39300 Torrelavega, Cantabria

Código Postal: 39300

Teléfono: 942 88 17 30

Dirigirse a : Maite (trabajadora social)

Sitio web: <http://saludcantabria.es/index.php/buscador-de-centros>

- **CENTRO DE SALUD COVADONGA**

Nombre del centro: Centro de Salud Covadonga

Dirección: Av. de Besaya, s/n, 39300 Torrelavega, Cantabria

Código Postal: 39300

Teléfono: 942 80 27 37

Dirigirse a: Dalila (trabajadora social)

Sitio web: <http://saludcantabria.es/index.php/buscador-de-centros>

- **INTERNET** (búsqueda bibliográfica)