



REVISTA PRISMA SOCIAL N° 36

COMUNICACIÓN, DISCAPACIDAD Y EMPLEABILIDAD EN LA SOCIEDAD DIGITAL

1ER TRIMESTRE, ENERO 2022 | SECCIÓN ABIERTA | PP. 315-343

RECIBIDO: 1/11/2021 – ACEPTADO: 30/11/2021

PERCEPCIÓN PROFESIONAL DE LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN LA CRISIS COVID-19:

LOS CENTROS DE MAYORES DEL DISTRITO
DE CIUDAD LINEAL DE MADRID

PROFESSIONAL PERCEPTION FOR THE ELDERLY
CARE IN THE COVID-19 CRISIS:

THE SENIOR CENTERS OF THE CIUDAD LINEAL DISTRICT OF MADRID

ANA DORADO BARBÉ / ADORAD01@UCM.ES

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, ESPAÑA

JESÚS M. PÉREZ VIEJO / JMPEREZVIEJO@DER.UNED.ES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA, ESPAÑA

ESTHER MERCADO GARCÍA / EMERCADO@UCM.ES

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, ESPAÑA

SANTIAGO PRADO CONDE / SANTIAGO.PRADO@UNIR.NET

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, ESPAÑA

ESTE ARTÍCULO SE ENMARCA EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN «CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS EQUIPOS PROFESIONALES» (CPVM), FINANCIADO POR LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA EN LA CONVOCATORIA DE PROYECTOS PROPIOS DE INVESTIGACIÓN UNIR (2019-2021), DENTRO EN EL ACUERDO DE COLABORACIÓN CON EL DISTRITO DE CIUDAD LINEAL DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID. GRUPO DE INVESTIGACIÓN BIENESTAR E INTERVENCIÓN SOCIAL (BIS), UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

La COVID-19 ha desencadenado una crisis sanitaria y social a nivel mundial. En España, las medidas de contención desencadenadas por la crisis han resultado especialmente duras y han generado situaciones sobrevenidas de vulnerabilidad. Los Centros Municipales de Mayores se configuran como equipamientos públicos, no residenciales y destinados a promover la convivencia de las personas mayores. El presente artículo tiene como objetivo conocer la percepción profesional de los Centros Municipales de Mayores en torno a la atención a las necesidades de las personas mayores durante la etapa de confinamiento en el distrito de Ciudad Lineal en Madrid. Para ello, se ha desarrollado un estudio cualitativo y realizado entrevistas semiestructuradas y un grupo focal. Los resultados muestran que el cierre de los Centros ha generado situaciones de vulnerabilidad para las personas mayores, especialmente para aquellas en situación de soledad y/o con mayor grado de dependencia y menores competencias digitales. Los equipos profesionales han visto incrementada su actividad laboral y diversidad de funciones para dar respuesta a las necesidades emergentes. Las aplicaciones en línea han jugado un papel fundamental en el acceso a los servicios prestados en hogares, visibilizándose la brecha digital para aquellas personas con menos accesibilidad y a su uso. Los Centros de Mayores Municipales se configuran como recursos proactivos en prevención de situaciones de soledad y aislamiento, superando el actual carácter de espacios de convivencia.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores; Centros Municipales de Mayores; Covid-19; intervención social; necesidades sociales; atención social; soledad; TIC.

ABSTRACT

COVID-19 has triggered a worldwide health and social crisis. In Spain, the containment measures unleashed by the crisis have been particularly harsh and have generated situations of vulnerability. The Municipal Centers for the Elderly are configured as public, non-residential facilities designed to promote the coexistence of the elderly. The aim of this article is to know the professional perception of the Municipal Centers for the Elderly regarding the attention to the needs of the elderly during the confinement stage in the district of Ciudad Lineal in Madrid. For this purpose, a qualitative study was carried out and semi-structured interviews and a focus group were conducted. The results show that the closure of the centers has generated situations of vulnerability for the elderly, especially for those in a situation of loneliness and/or with a higher degree of dependence and lower digital skills. The professional teams have seen an increase in their work activity and diversity of functions in order to respond to emerging needs. Online applications have played a fundamental role in the access to services provided in homes, making the digital divide visible for those people with less accessibility to its use. The Municipal Senior Citizen Centers are configured as proactive resources to prevent situations of loneliness and isolation, overcoming the current character of coexistence spaces.

KEYWORDS

Elderly people; Senior Citizen Centers; Covid-19; social intervention; social needs; social care; loneliness; ICT.

1. INTRODUCCIÓN

En España, las personas mayores de 65 años suponen un total de 9.218.381, con un índice de envejecimiento¹ del 125,75% que experimenta un crecimiento desde 2008 y con una tasa de dependencia² del 30,19%. Madrid está entre las comunidades con mayor número de personas mayores de 65 años con un total de 1.208.738, de las cuales un 58 % son mujeres (INE, 2020). Así, las personas mayores se constituyen como un colectivo prioritario para la atención social y sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), en el preámbulo de su constitución de 1946, define la salud como el «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2014, p.1). Esta definición propone una concepción de salud ampliada, por encima del binomio salud-enfermedad, implicando una mayor complejidad y, por lo tanto, apostando por un abordaje interdisciplinar (Pérez *et al.*, 2020). En este sentido, cobra importancia el concepto de envejecimiento activo al centrarlo en la salud, tanto la física como la mental y social; la participación, teniendo en cuenta derechos, deseos, necesidades y capacidades; y la seguridad, referida a la protección, asistencia y dignidad (OMS, 2002). Asociado a ello, adquiere relevancia el concepto de envejecimiento productivo (Butler, 1985; Jung *et al.*, 2010; Miralles, 2011), en tanto que dicho concepto supera los excesos de individuo y se pone el foco en lo colectivo, es decir, producir significa hacerlo con otros y para uno mismo, y hace hincapié en el campo de la sociabilidad y en la dimensión relacional intrínseca a ésta.

En España, los Servicios Sociales Municipales, como ámbito más cercano a la ciudadanía, asumen la competencia en la atención a las personas mayores, garantizando desde la titularidad pública respuestas a sus necesidades psicosociales. Entre los múltiples equipamientos municipales destinados a las personas mayores destacan los Centros Municipales de Mayores (en adelante, CMM) como recursos públicos, no residenciales y destinados a promover la convivencia de las personas mayores. Se trata de espacios integrales en los que se promueve la actividad física, cognitiva y, sobre todo, recursos en los que se fomenta la convivencia, la participación, y, por tanto, espacios y tiempos de sociabilidad. Promocionar el bienestar, tanto el personal como el grupal y comunitario, y, por ende, fomentar la participación de las personas mayores y mejorar su calidad de vida, se encuentran entre sus principales objetivos (Flores, 2018). Ofertan un amplio abanico de actividades (ejercicio físico, informática, juegos populares, calendario festivo, excursiones, talleres varios, etc.), en las que el ámbito relacional del ser humano adquiere un protagonismo relevante en consonancia con la *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021* en España (Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017) y en el reciente Libro verde sobre el envejecimiento (Comisión Europea, 2021).

¹ Se entiende por índice de envejecimiento el «Porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero de un año concreto» (INE, s.f.).

² La tasa de dependencia se define como el «Cociente entre la población perteneciente a un determinado ámbito a 1 de enero de un año concreto menor de 16 años o mayor de 64 entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien» (INE, s.f.).

Una cuestión esencial por considerar es la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. Dichas situaciones se asocian a resultados de salud claramente negativos, tanto física (Tomaka *et al.*, 2006) como mental (Coyle y Dugan, 2012) e, incluso, existen evidencias relacionadas con una mayor mortalidad (Alcaraz *et al.*, 2018; Holt-Lunstad *et al.*, 2015). La soledad no deseada es entendida como una dimensión subjetiva que se caracteriza por percibir una falta de conexiones sociales significativas (Kharicha *et al.*, 2017; Taylor 2019;) o porque existe una insatisfacción con éstas (Heinrich y Gullone, 2006), y el aislamiento social, entendido éste como la ausencia de redes sociales y de apoyo (Coyle y Duggan, 2012). En este sentido, los CMM permiten tejer redes y, así, alejarse del ser concreto y acercarse a lo compartido, al crear algo más que únicamente el compartir. Son lugares de fomento del apoyo social (Fernández-Ballesteros 1997), aunque las personas mayores que acuden a los CMM, en muchas ocasiones, presentan una alta prevalencia de la soledad (Yanguas, 2020). Se ubican en generar posibilidades en vez de únicamente articular actuaciones en programas estáticos que cosifican a las personas.

La aparición de la pandemia producida por la enfermedad SARS-CoV-2 (COVID-19) se ha convertido en una de las preocupaciones y desafíos más importantes para los seres humanos en la actualidad. España es uno de los países con mayor número de personas diagnosticadas y fallecidas por la COVID-19 en el mundo, y con mayor tiempo de confinamiento (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2021). Junto a la crisis sanitaria ha emergido una crisis social, cuyos efectos a largo plazo están por evaluar, pero que se caracteriza por una paralización de la actividad económica y un crecimiento de la pobreza y la exclusión social (Ryszard, 2020).

La pandemia y las medidas de aislamiento de la población han aumentado las situaciones de vulnerabilidad, como la soledad no deseada en personas mayores, especialmente para personas en situación de dependencia previa. Asimismo, se han agravado los problemas de salud en general para pacientes con enfermedades crónicas y generado mayores problemas de salud mental, violencia de género en el hogar, hacinamiento de personas en viviendas reducidas, personas en situación de calle, entre otras muchas (Vicente y Arredondo, 2020; Capitán-Moyano *et al.*, 2021; Porcel-Gálvez, 2021). Si algo ha revelado la pandemia es que la protección de la salud de las personas no puede articularse única y exclusivamente desde el punto de vista sanitario, que, aunque fundamental para la salud física de las personas, no resulta suficiente bajo el prisma de contemplar a la persona como un ser integral y caracterizado por su naturaleza social.

Las personas mayores se han convertido, entonces, en una de las principales poblaciones de riesgo debido a su edad biológica y la mayor prevalencia de otras enfermedades. Así, a las dificultades que ya vivían con anterioridad, propias de su momento vital, se han sumado las experimentadas por toda la sociedad (confinamiento, aislamiento, colapso del sistema sanitario, suspensión de tratamientos y terapias, cierre de centros de atención, entre otros), aumentando así su vulnerabilidad. Además, el cierre de los CMM ha supuesto que un número importante de personas mayores se quedasen sin espacios donde sociabilizar, viendo interrumpidas sus rutinas sociales y, por ende, muchos han quedado en situación de aislamiento social al verse interrumpidas sus redes de apoyo, con los riesgos que ello supone para su salud. Es decir, las medidas adoptadas han tenido como consecuencia que la población de mayores viera trunca-

da sus formas habituales de conexión con sus redes sociales y, que, en numerosas ocasiones, éstas se circunscriben al apoyo social prestado desde los CMM. En este sentido, se convierten, en su contexto más cercano, en el único punto de referencia que les permite acceder a los servicios y actividades que en éstos se prestan, como habían indicado Miñano y Martínez (2011) en el caso de los CMM de Murcia.

En otro orden de ideas, las medidas adoptadas durante la pandemia de la COVID-19 bajo el Estado de Alarma han supuesto un reto para las profesiones vinculadas con la intervención social, por sus consecuencias en la restricción en la atención directa. El nuevo escenario ha generado la búsqueda urgente de nuevos sistemas de atención vinculados con los medios telemáticos y telefónicos. En una coyuntura, además, en la que los Servicios Sociales han visto aumentada considerablemente las demandas de atención a complejas situaciones de necesidad con unas nuevas condiciones de trabajo, es decir, trabajar desde el propio domicilio. Todo ello ha supuesto un contexto de evidentes dificultades para acceder a las personas mayores usuarias, realizar seguimiento y ofrecer respuestas ágiles a sus necesidades.

Los nuevos sistemas de atención han reportado al escenario profesional y político, la necesidad urgente de incidir en la mejora de los procedimientos, en el aumento de los recursos técnicos y en los procesos de formación, a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) (Arauz 2020; Pellegrero, 2020). Asimismo, aparece la necesidad de fomentar el cuidado emocional de los profesionales y la coordinación sociosanitaria (Maranillo, 2020).

En este contexto, caracterizado por el aumento de las necesidades sociales y, por tanto, de las situaciones de vulneración social y exclusión, el sistema público de Servicios Sociales se ha visto profundamente tensionado. De hecho, la presión sobre los Servicios Sociales ha sido extraordinaria y ha supuesto un reto para articular los recursos disponibles, un desgaste profesional de enorme calado y, también, un sinfín de lecciones aprendidas para el futuro.

En base a las consideraciones realizadas, el objetivo general del presente artículo es conocer la percepción profesional de los CMM en torno a la atención a las necesidades de las personas mayores durante la etapa de confinamiento en la Junta Municipal de Ciudad Lineal en Madrid.

Con la finalidad de concretar dicho objetivo general, se formulan los siguientes objetivos específicos:

- OE1. Describir las necesidades psicosociales de las personas mayores durante la pandemia.
- OE2. Determinar la atención ofrecida por los equipos profesionales y los CMM durante el confinamiento.
- OE3. Identificar las situaciones de desgaste profesional y los dilemas éticos derivados de la situación de confinamiento.
- OE4. Considerar el futuro de la atención de los CMM.

2. DISEÑO Y MÉTODO

2.1. OBJETO FORMAL

En base al objeto de la investigación, a saber, la atención a las necesidades de las personas mayores durante la etapa de confinamiento, el análisis, de manera específica, se ubicará en cuatro dimensiones fundamentales de la intervención profesional: detección de necesidades, sistemas de atención, práctica profesional y futuro de la atención.

Partiendo de estas premisas, se pretende dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

En base al objetivo específico (OE1):

PI1. ¿Qué necesidades psicosociales han emergido durante la pandemia?

PI2. ¿Cómo se han dado respuesta a las necesidades psicosociales?

En relación al objetivo específico (OE2):

PI3. ¿Cuáles han sido los mecanismos de atención dentro del sistema de actuación profesional en los Centros de Mayores?

PI4. ¿Cuáles han sido las principales fortalezas del sistema de atención?

PI5. ¿Cuáles han sido las principales debilidades del sistema de atención?

Referido al objetivo específico (OE3):

PI6. ¿Qué las situaciones que han generado mayor desgaste profesional?

PI7. ¿Cuáles han sido las respuestas institucionales para mitigar el desgaste profesional?

PI8. ¿Qué dilemas éticos se han producido durante la intervención social?

Por último, en base al objetivo específico (OE4):

PI9. ¿Cuáles son los retos en el sistema de atención de los Servicios Sociales en la atención a las personas mayores?

PI0. ¿Qué aprendizajes profesionales han derivado de esta situación?

PI1. ¿Cómo se posicionan profesionalmente para el afrontamiento de estos nuevos retos?

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En base al objeto de estudio, la presente investigación se ubica en el enfoque cualitativo, de alcance exploratorio y descriptivo y diseño transversal. Las técnicas de recogida de información aplicadas fueron la entrevista semiestructurada y el grupo focal.

La elección del enfoque cualitativo obedece al propósito del estudio, ya que posibilita un marco de comprensión y significado social del fenómeno estudiado a partir del significado asignado por las participantes dentro del propio contexto (Bautista, 2011; Taylor y Bodgan, 1997).

2.3. MUESTRA Y PARTICIPANTES

La investigación se circunscribe a los CMM del Distrito de Ciudad Lineal en la ciudad de Madrid. Los motivos que sustentan su elección obedecen a que es el segundo distrito de Madrid con mayor número de centros (8 centros), el segundo con mayor número de personas usuarias de CMM (28.192 personas)³, y por criterios de accesibilidad a las personas participantes del estudio (Valles, 2007).

Resulta oportuno considerar que los CMM son recursos de titularidad municipal gestionados por la Asociación ASISPA, entidad de carácter privado y sin ánimo de lucro, a través de contrato público.

Las personas participantes fueron seleccionados estratégicamente de manera intencional (Marshall, 1996) en el contexto del recurso de los CMM⁴, atendiendo a criterios de homogeneidad (atención a personas mayores) y a criterios de heterogeneidad (atención directa, coordinación y gestión del recurso). El objetivo era lograr la máxima variación en el muestreo.

De esta manera, en relación con las personas entrevistadas, fueron seleccionadas tres personas por su responsabilidad en la coordinación y gestión de los CMM, tanto en el ámbito de titularidad como en gestión del recurso (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil de las personas participantes en las entrevistas semiestructuradas

ID	Género	Experiencia profesional	Puesto/cargo
P1	Mujer	25 años	Directora Servicio Animación-Sociocultural (ASISPA)
P2	Mujer	18 años	Coordinadora de Programa de Mayores. Área Servicios Sociales, Junta Distrito Ciudad Lineal
P3	Mujer	27 años	Coordinadora Técnicos Animación, Proyecto de Atención Social de SSSS (ASISPA)

Fuente: Elaboración propia

Y se realizó un grupo focal con la totalidad de las y los profesionales de los ocho CMM del distrito de Ciudad Lineal (Tabla 2).

³ Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Mayores (2020).

⁴ Los CMM son recursos ubicados en el Plan de Atención Social a Mayores del Distrito de Ciudad Lineal del Ayuntamiento de Madrid.

Tabla 2. Perfiles participantes del grupo focal

ID	Género	Años Experiencia profesional	Antigüedad en CMM	Puesto/cargo
P4	Mujer	11	3 años	Técnica Animación
P5	Mujer	5	1 año	Técnica Animación
P6	Hombre	20	4 años	Técnico Animación
P7	Mujer	11	9 años	Técnica Animación
P8	Mujer	11	9 años	Técnica Animación
P9	Mujer	15	15 años	Técnica Integración
P10	Mujer	7	2 años	Técnica Animación
P11	Mujer	2	7 meses	Técnica Animación

Fuente: Elaboración propia

2.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

En primer lugar, se realizaron las tres entrevistas con las personas responsables en coordinación y gestión de los CMM. Las entrevistas fueron semiestructuradas y elaboradas *ad hoc*, a partir de las cuatro dimensiones objeto de estudio, a saber, necesidades, sistema de atención, práctica profesional y futuro de la atención, para dar respuesta a los objetivos de la investigación y las características del fenómeno de estudio. Dichos tópicos y los subtópicos asociados se insertaron dentro de una guía de animación, en la que se presentaba y se contextualizaba el estudio, así como los ejes temáticos que dirigían el cuerpo de la entrevista (Corbetta, 2007).

En segundo lugar, se implementó un grupo focal, con el objetivo de que la agrupación permitiera el enriquecimiento de lo expresado sobre el tema al establecer un debate y una complementariedad de la información declarada por cada miembro integrante del grupo (Fernández *et al.*, 2011). Las preguntas consistieron en un formato de entrevista semiestructurada y fue realizada por una moderadora que utilizó un programa de preguntas (Silverstein, 2006). Se diseñó una guía de animación centrada en las cuatro dimensiones temáticas señaladas y las preguntas sirvieron únicamente de guía y se formularon en un orden específico. La realización del procedimiento de recogida de datos de forma sistemática permite captar todos los aspectos potencialmente relevantes del tema en cuanto se perciben (Corbin & Strauss, 1990; Gundumogula, 2020).

3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.1. PROCEDIMIENTO

Una vez definido el objeto del estudio, objetivos y preguntas de investigación, se contactó con las personas responsables de los CMM, telefónicamente y por correo electrónico, para solicitar su colaboración y explicar la finalidad del estudio. Se seleccionaron las personas gestoras y coordinadoras de los CMM [n=3], y se realizaron las entrevistas semiestructuradas durante los días 10 y 11 de noviembre en los espacios de la Junta Municipal de Ciudad Lineal.

Posteriormente, se llevó a cabo un grupo focal [n=8 participantes], a través de MEET⁵ el día 12 de noviembre del 2020.

Las personas informantes recibieron información verbal y escrita sobre el objeto del estudio y se contó con su consentimiento informado para la grabación de las entrevistas y el grupo focal. Las entrevistas y el grupo focal fueron transcritos mediante un software independiente. Los archivos de audio se transcribieron en su totalidad y se asignó una narración a cada uno de ellos, así como un código a cada participante para garantizar la confidencialidad.

Las entrevistas y el grupo focal se transcribieron literalmente siguiendo el protocolo de Silverman (2006).

3.2. ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar, se creó una única unidad hermenéutica dentro del programa ATLAS.Ti⁹ estableciendo categorías y códigos de análisis. Se realizó un análisis de contenido descriptivo (Morgan, 1988), utilizando tres flujos concurrentes de actividad (Miles & Huberman, 1994). Los dominios temáticos incluyeron necesidades, sistemas de atención, práctica profesional y futuro de la atención. A partir de las transcripciones, se segmentaron y se redujeron los datos (Auerbach & Silverstein, 2003; Silverman, 2006).

La codificación de los datos se llevó a cabo en diferentes etapas acorde a Saldaña (2009). El primer paso fue la precodificación o códigos iniciales en que se captó un número ilimitado de códigos. El segundo paso fue la codificación in vivo para seleccionar los pasajes significativos de los participantes, utilizando códigos descriptivos. El tercer paso se correspondió con la codificación axial para relacionar las categorías y especificar las dimensiones de cada categoría. Se generaron cuatro subcategorías predominantes interrelacionadas, coincidentes con los dominios temáticos, y se agruparon múltiples códigos dentro de cada subcategoría (Tabla 3). También se identificaron citas para ilustrar y validar cada uno de los temas. Los datos se importaron y analizaron mediante el software de análisis cualitativo ATLAS Ti.

⁵ Cabe señalar que en el momento en el que se efectuó el trabajo de campo, se contaban con las medidas restrictivas de distanciamiento social por lo que, debido al número de participantes en el grupo focal, se tuvo que realizar de manera online.

Tabla 3. Libro de categorías y códigos empleados para el análisis de la información

Categoría I: Necesidades	
Códigos	Necesidades psicosociales Soledad Protagonismo
Categoría II Sistema de Atención	
Códigos	Fortalezas Debilidades Mecanismo de atención TIC Herramienta de atención Seguimiento telefónico Aprendizajes profesionales Redistribución profesional Voluntariado Protagonismo
Categoría III Práctica Profesional	
Códigos	Desgaste Profesional Burnout Secuelas Respuesta institucional Ética Profesional Cuestiones éticas Problemas éticos Dilemas éticos
Categoría IV Futuro de la atención	
Códigos	Retos TIC

Fuente: Elaboración propia

Los principales hallazgos de este trabajo se presentan en base a los objetivos específicos propuestos, de manera descriptiva y en relación con las preguntas de investigación formuladas. Dicha aproximación permite ofrecer respuesta al propósito de la indagación, a saber, la realidad en torno a la atención ofrecida por los CMM durante el confinamiento.

4. RESULTADOS

4.1. SISTEMAS DE ATENCIÓN OFRECIDA POR LOS CMM DURANTE EL CONFINAMIENTO

Se comienzan los resultados en relación con la percepción de los equipos profesionales sobre la idoneidad de los CMM como recurso esencial en la atención a las personas mayores. Los CMM eran percibidos como recursos de atención esenciales antes de iniciarse la pandemia, y tras ser cerrados como medida de prevención y contención de la Covid-19, el nuevo escenario ha permitido ratificar los notables beneficios psicosociales que conllevan en la calidad de vida de las personas mayores:

«(...) siempre decimos que no se aprecian las cosas hasta que no las perdemos, entonces ahora mismo que están cerrados, ves la necesidad que eso conlleva, o sea, ves gente, pues que por las mañanas se cogía su guitarra y se iba a ensayar su rondalla y

eso era, pues una alegría y una motivación y ahora en cambio, les ves en casita pues muy tristes, muy tristes y con mucho miedo» (P1).

Existe un discurso cristalizado profesional en torno a la percepción del carácter preventivo de los CMM, en el sentido de realizar una función de apoyo psicosocial para muchas personas y evitar situaciones de aislamiento y soledad no deseada:

«Sí, la verdad es que yo creo que después de la pandemia, una de las cosas que tenemos que pensar, es que los Centros de Mayores no es un centro de ocio como está estipulado, de ocio y tiempo libre, yo creo que son centros terapéuticos ¿sabes? (...) previenen físicamente, mantienen el estado físico, mantienen el estado cognitivo porque permiten relacionarse con otra persona, hablar con otras personas, hacer un curso de memoria, (...)». (P1).

En este sentido, el trabajo realizado por los equipos de los CMM ha permitido identificar a las personas en situación de especial vulnerabilidad, y, así, poder ofrecer una atención específica, convirtiéndose de esta manera en un recurso de apoyo fundamental para la atención a sus necesidades:

«En un principio, una de las necesidades que más nos apremiaban era un poco, saber la situación en la que se encontraban los mayores, si algunos de ellos se habían quedado de alguna manera aislados porque claro, fue como un boom el COVID, en la que los familiares e hijos no podían tener contacto, los mayores si lo vivieron eso con bastante, con mucho miedo la verdad y la prioridad así un poco, intentar, detectar situaciones de aislamiento para contactarles con los Servicios Sociales y que les facilitaran comida a domicilio, ayuda en el hogar, (...)». (P4).

Este trabajo de detección de nuevas necesidades ha funcionado como cauce de acceso al nuevo sistema de atención durante el confinamiento, tanto de personas mayores que previamente ya se encontraban en situación de vulnerabilidad, como de aquellas que, como consecuencia del aislamiento social, se encontraron en situación de vulnerabilidad sobrevenida:

«Pues hemos ido detectando gente a lo mejor, pues que de perder la movilidad pues no tenía familia y hemos tenido que poner comida sobre ruedas para poder ayudarles a sobrellevar la situación, o ayuda a domicilio o teleasistencia y todo esto, a través de los animadores pues se ha ido haciendo ahí red y una comunicación totalmente directa con Servicios Sociales». (P3).

«(...) había casos de, bueno, personas que estaban muy solitas, personas que acababan de ser operadas, viudedades, o sea, esta vulnerabilidad que con la pandemia se agudizan un montón (...). Nosotros le derivábamos a los trabajadores sociales de zona para que les pusieran los recursos (...)». (P4).

Por otra parte, una de las grandes funciones de los CMM es la generación de espacios de socialización entre las personas. Así, la relación previa de las personas mayores con otras personas usuarias y con los equipos técnicos han procurado un entramado de protección para la prevención de las situaciones de dificultad, tanto emocionales como sociales y sanitarias, generadas por la pandemia mediante el fomento de las relaciones sociales:

«(...) en un centro de mayores se crean redes informales, eso también durante la pandemia ha funcionado, es decir, mayores que nos contaban, oye, pues fulanito de tal centro se encuentra mal o me ha dicho...». (P2).

«(...) Sí que es verdad que ellas mismas sí han sacado de estos espacios compañeras y que a día de hoy sí que son figuras importantes, entonces sí, y en el caso de los centros es brutal la cercanía con las personas que bueno, que ellas consiguen y lo que lo mantienen sí, como algo cotidiano». (P4).

Resulta evidente que el nuevo escenario de no presencialidad en la atención a las personas mayores ha generado nuevos retos para los equipos y, por tanto, importantes esfuerzos profesionales y personales en la búsqueda de nuevas fórmulas para ofrecer respuesta a las necesidades emergentes, que han promovido la innovación en la atención ofrecida. Así, se habilitaron nuevas formas de comunicación, por ejemplo, a través de actividades online y conversaciones telefónicas, que han permitido monitorizar la situación de las personas mayores y dar cobertura a la diversidad y complejidad de situaciones emergentes. Gracias a ello, se ha podido mantener de la red de apoyo profesional con las personas mayores:

«Yo creo que los compañeros han hecho como un absoluto trabajo de reinventarse y, además, como nos ha ocurrido a todos, de un día para otro ¿no? (...)». (P2).

«Hemos estado muy agobiados pues porque a ver qué medidas y qué hacíamos y cómo lo reinventábamos y cómo llevábamos ahora esto, ya no se puede en los centros, cómo lo llevamos a casa; estudiando muchísimo, videos, tutoriales, cosas porque claro, tú ya tu trabajo al final, sabes lo que es en los centros ¿no? (P8).

«Yo he pasado de prepararme las clases para estar con los mayores y darlas con una pizarra y un rotulador ¿no? Para empezar a darlas a través de YouTube o a través de MEET, compartiendo pantallas, grabándote videos, en fin, ha sido un cambio bastante brutal». (P6).

En estos nuevos procesos de atención, resulta importante señalar, por una parte, el protagonismo que han tenido las personas mayores en la definición de sus intereses y necesidades, y, por otra, su consideración plena en la planificación de las respuestas profesionales. El confinamiento ha generado una oportunidad para constatar la importancia de dotar a las personas mayores de mayor participación en la definición de sus necesidades y en la exploración de sus intereses en la planificación de las actuaciones:

«(...) para hablar de cómo ha sido, al final, tenemos que centrarnos en los intereses de los propios mayores y bueno, al final, lo que se hizo fue pues llamada a llamada ¿no? Ver qué les interesa, ver qué les apetece, ver por dónde se les pueden crear espacios para que estén participando y demás, y entonces, bueno pues ahí, se empezaron a crear videos ¿no? (...)». (P6).

Asimismo, las personas mayores voluntarias de los CMM han jugado un papel muy importante como agentes clave en el nuevo sistema de atención:

«(...) era cómo un poco, intentar también a través de los propios voluntarios de los Centros de Mayores, con los que sí que teníamos contacto, que contactaran con alumnos

que tampoco habíamos tenido o no habíamos llegado para que nos facilitaran teléfono, situaciones de mayores y demás ¿no?». (P7).

«(...) lo que he hecho con los voluntarios es tenerles también como referentes, como personajes clave, llegar a personas a las que yo no llegaba, que al menos llegaran los voluntarios y así también los voluntarios tenían un papel protagonista en toda esta historia del control de cómo está la gente y de enviar actividades». (P6).

En el contexto de esfuerzo profesional, aparece el encaminado a facilitar a las personas mayores el tránsito tecnológico a través de diversas acciones de aprendizaje en el uso de las tecnologías y en el acceso a los dispositivos. Las personas mayores han experimentado un proceso de adaptación que ha requerido de un importante esfuerzo por su parte. Ello ha permitido continuar, en muchas ocasiones, con las actividades que venían desarrollando los mayores antes del confinamiento:

«(...) los monitores también de nuevas tecnologías están haciendo una labor importante porque ellos han sido un poco el acceso para que los mayores entiendan un poco cuál es el funcionamiento de la plataforma que usamos (...)». (P4).

«A mí me emociona cuando me llama un animador y me dice: «oye, en mi centro hay un matrimonio que se han comprado un smartphone y que, si puedo quedar con ellos para ponérselo en marcha (...)». (P3).

Sin embargo, resulta relevante destacar que, en este proceso, no todas las personas mayores han tenido la misma capacidad de adaptación, en base a la falta de recursos económicos para acceder a los medios tecnológicos o por la carencia de habilidades tecnológicas personales. Es evidente que aquellas personas con mayores dificultades de adaptación han sido más vulnerables y se han quedado al margen de ciertas actuaciones e incluso de la mayor parte del proceso, haciendo más patente la brecha digital como factor de vulnerabilidad:

«Y la debilidad, pues el uso de las redes, todavía hay mayores, hay muchos mayores que no controlan ni un smartphone ni un ordenador ni una Tablet». (P1).

«Con el problema, efectivamente, el hándicap de que no todos los mayores tienen acceso ¿no? (...) que ahí es cómo lo que seguimos dando vueltas ¿no? de intentar ver porque lógicamente no se llega a toda la población a la que se había llegado antes, ¿la gran debilidad? También lo decía antes, personas mayores es la brecha digital, (...)». (P2).

«Evidentemente, hoy una persona con 65 años se maneja su correo, se maneja su wasap, se maneja todas sus cosas y que no es lo mismo una persona de 65 que una persona de 90, y sí que tenemos gente con 90 que utiliza las nuevas tecnologías, pero a lo mejor pues habría que hacer un poquito más de hincapié en esa brecha digital el limarla un poco, que se va a ir socialmente limando sola ¿vale? Pero sí que a lo mejor hacer incidencia para que estas cosas no pasen y se queden descolgados». (P3).

En otro orden de ideas, el nuevo escenario de atención ha permitido repensar las funciones de los equipos profesionales, no sólo en la adaptación de las vías de comunicación e intervención, sino también, en la apertura de nuevos contextos de actividades telemáticas, que han revolucionado la experiencia tanto de las personas mayores como de los equipos profesionales. Esto, a

su vez, ha supuesto una redistribución profesional que ha permitido proporcionar una respuesta a las nuevas demandas y necesidades irrumpidas en el espacio pandémico:

«Los animadores lo que han hecho son las llamadas de seguimiento y aparte de eso, son reinventarse, o sea, han hecho actividades telemáticas que muchas veces cuando nos reunimos dicen, es que, imaginación al poder, o sea, olé por el equipo, (...)». (P1).

«Nosotros tenemos un contrato de animación sociocultural, de dinamización y hemos tenido que todo adaptarlo a ponerlo online (...) qué hacemos con estos mayores que de repente van a dar yoga, taichí y gimnasia de mantenimiento y cómo podemos acercar toda nuestra labor a los domicilios; pues desde crear grupos por wasap de difusión; todas las actividades mandarlas por estos grupos de difusión y a través de estas nuevas tecnologías poder llegar, a lo mejor a un número más pequeño». (P3).

Esta nueva realidad ha supuesto asimismo nuevos aprendizajes profesionales, emergiendo el discurso en torno al componente vocacional y el fortalecimiento de la identidad profesional:

«(...) si no tienes vocación por esto, al final, es muy difícil llegar y dar la atención y conseguir esa cercanía y crear esa red y esos vínculos que establecemos cada una de las animadoras y los animadores con la gente con la que trabajamos ¿no? Es que es tan básico ¿no?». (P6).

«Yo creo que la mayor fortaleza ha sido la vocación, la vocación del profesional ¿vale? El tú tener perdido el norte y decir, no le puedo perder y no me puedo venir abajo (...)». (P3).

«Pero ha habido un empeño ¿no? en que estemos aquí en demostrar la valía de nuestro trabajo y de nuestra intervención con los mayores dentro y fuera de los centros y de que se visibilice el trabajo que hacemos, entonces para mí, o sea, un agradecimiento a mis compañeros por la labor que hemos hecho (...) , a pesar de nuestras diferencias siempre y también un reconocimiento a los técnicos municipales y a las técnicas que trabajan con nosotros en nuestra empresa». (P6).

De igual manera, en el discurso profesional aparece claramente la oportunidad de adquisición de nuevas competencias profesionales en los procesos de intervención social, y el aprendizaje que ha supuesto también para las personas mayores:

«(...) todo ese trabajo ahora nos ha venido muy bien, ahora ya sabemos un montón de cosas que antes no, quizás no sabíamos, yo he aprendido muchísimo y bueno, me parece que, además, a los mayores también les ha venido bien (...) se sorprenden del uso que hacen del wasap, el YouTube y un largo etcétera.» (P6).

Sin embargo, a pesar de que los CMM son considerados como un recurso fundamental de atención a las personas mayores, la pandemia ha permitido vislumbrar no sólo las potencialidades sino también sus limitaciones, tanto en medios humanos como materiales y económicos y, todo ello, se ha visto agravado por la falta de unidad política en la crisis sanitaria:

«Han estado apoyando al Departamento a otras necesidades, quiero decir, que las necesidades del Departamento General pues han sido múltiples ya sin tema específico

del colectivo de mayores, quiero decir; reparto de comidas, tramitación de nuevas prestaciones, (...). (P2).

«(...) una de las debilidades que creo que hemos tenido que, al que nos hemos tenido que sobreponer continuamente y adaptar continuamente, es el cambio continuo de protocolos y de formas de actuación, es que no te daba tiempo a tener interiorizado una forma de actuar cuando ya estabas en otro protocolo que anulaba el anterior (...). (P3).

4.2. LAS NECESIDADES PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA

Contemplar la atención a las personas mayores implica la consideración de intervenciones en un escenario heterogéneo y complejo, que requiere contemplar sus diferentes características psicosociales y físicas, y el grado de autonomía asociado a ellas. Durante la pandemia, se han evidenciado diferentes grados de necesidades a las que dar respuesta, lo que ha conllevado un reajuste de las intervenciones profesionales debido a la extensión y diversidad de las mismas:

«(...) Las personas mayores independientes que estamos atendiendo en los Centros Municipales de Mayores han tenido unas necesidades totalmente distintas a las personas que están en otro nivel asistencial superior, pues que ya acuden a lo mejor a Centros de Día, porque ya su perfil es físico o bien es físico y cognitivo ¿vale? Entonces en función de esto, las necesidades que ellos han mostrado han sido totalmente distintas». (P3).

En relación a las necesidades básicas en el ámbito domiciliario, señalar que se han incrementado notablemente durante el confinamiento. En este sentido, aparece un mayor número de personas mayores que requieren de esta atención como consecuencia del cierre de los CMM y, por otra parte, personas usuarias del servicio con anterioridad, que incrementaron considerablemente sus necesidades a las que ofrecer respuesta. El Servicio de Ayuda a Domicilio se ha consolidado como una importante estrategia de atención a las personas mayores, ofreciendo una atención más individualizada ante la imposibilidad de atención y asistencia presencial en los CMM:

«Pues, sobre todo, gente mayor que era más dependiente, pues apoyarle con servicio de comidas sobre ruedas, con ayuda a domicilio, con teleasistencia, todo eso era la emergencia ¿no? de que alguien no pudiera bajar a comprar, no pudiera comer, eso era la emergencia». (P1).

En este escenario de nuevas necesidades, la soledad no deseada aparece constantemente como un elemento central que preocupa a los equipos profesionales:

«Lo que más nos encontramos son situaciones de soledad, aislamiento, vulnerabilidad, un poco de miedo por la situación ¿no? que es lo que nos hemos encontrado a nivel general ¿no?». (P3).

«Y luego es verdad, que cuando tú hablas con los socios pues nos dicen, es que queremos veros, es que os echamos mucho de menos, es que queremos ver a nuestros amigos. Me contaba una socia de aquí del Centro de Canal de Panamá me decía: «es que yo, en plena pandemia, estoy deseando que lleguen las siete de la tarde para

asomarme a aplaudir y ver caras» y es una señora que estaba en el centro desde por la mañana hasta por la tarde ¿sabes?». (P1).

Se ha podido constatar que aquellas personas que carecen de una red social sólida de apoyo han perdido los vínculos sociales que les generaba el encuentro entre iguales en los CCM. Esta pérdida de interacciones sociales ha generado nuevas necesidades psicológicas y sociales:

«(...) están muy tristes porque date cuenta de que los Centros son su vida, o sea, ellos se iban por la mañana, se tomaban un café con sus amigos, hacían la actividad que les gustaba y a lo que estaban apuntados, se iban a casa, comían y volvían por la tarde hasta las ocho o las nueve que cerraban los Centros. Entonces les hemos quitado ocho horas de su vida y están en casa, sin hacer actividad porque les da miedo salir, les da miedo coger un metro o coger un autobús, entonces están peor, están peor que estaban». (P1).

«(...) de la propia pandemia y del permanecer en el domicilio confinado, pues se han derivado otra serie de necesidades (...) de repente, pues su problema físico o psicológico se desborda y supone un problema grande para incluso la familia». (P3).

Por otra parte, la interrupción de toda la actividad de ocio saludable y de rehabilitación que se venía realizando desde los centros se vio interrumpida, y, por ello, tanto la socialización como los efectos reparadores de las actividades realizadas han tenido un alto impacto negativo para las personas mayores:

«(...) tenían muchísima actividad y esto fue un parón enorme, entonces bueno, esto, por un lado, y por otro lado, sí que es verdad que la parte de socialización también fue algo, una carencia que ellos han tenido enorme, bueno, yo creo que estas dos cosas podrían ser ahí importantes; eso, la necesidad de actividad y la necesidad de socializarse». (P4).

4.3. PRACTICA PROFESIONAL

El discurso en relación con el desgaste profesional se ubica, principalmente, en que la presión a la que han estado sometidos los equipos de trabajo ha sido doble. Por una parte, afrontar el aumento de necesidades de las personas mayores y la dificultad asociada para paliarlas, y, por otra, convivir con las dificultades personales, emocionales y sanitarias provocadas por la pandemia en sus entornos más cercanos:

«A esa presión de no tener miedo ¿vale? Y de decir, de dejar mi mente en blanco, de dejar mi mente en blanco porque si cojo miedo o si tengo miedo de salir a la calle estoy perdida ¿no?». (P4).

«(...) me sentí al principio muy muy agobiada porque no sabía un poco por dónde empezar (...) aunque sabíamos lo que teníamos que hacer, pero es esa sensación de se me queda gente fuera, no sé si estoy haciendo bien ahora mismo mi trabajo, aunque sé que llevo muchos años y soy profesional igual que todos (...) no sabía un poco manejar la situación, creo que es una situación nueva para todo el mundo y que mucha gente se ha podido sentir así». (P8).

«Yo estaba totalmente en mi caso aislada, yo tuve que confinar a mi hija con doce años con mis padres y estar tres meses sin verla, verla por una ventana, mis padres mayores también evidentemente, con 87 y con 88 años haciéndose cargo de una adolescente, y en esa circunstancia decir ¡jjo! es que soy sociosanitario y quiero darlo todo, o sea, tengo la obligación de darlo todo y la obligación moral de darlo todo». (P3).

Pese a las dificultades mencionadas, las y los profesionales verbalizan que han percibido apoyo institucional no sólo para ejecutar sus tareas adecuadamente, sino también para recibir supervisión profesional que mitigase el desgaste físico y emocional que supuso la atención durante el confinamiento. A ese apoyo institucional se ha unido el trabajo en equipo y el apoyo entre profesionales, que también ha jugado un papel fundamental. El apoyo de la red profesional y las capacidades resilientes adquieren una dimensión predominante dentro de sus propias narrativas:

«Si no hubiéramos estado todos haciendo piña esto hubiera sido un desastre (...)». (P3).

«Qué trabajar mucho, con alta angustia, con una situación de tensión y de estrés alto y continuado que es la realidad sí ha habido mucho apoyo y mucho respaldo por parte, tanto del equipo directivo como luego, a nivel de equipo (...) desde el Área de Servicios Sociales, del cual, dependemos como distrito, hay unas sesiones de supervisión que ya existían previamente, (...) y lógicamente las sesiones de supervisión van por la línea de la sobrecarga y de esta situación vivida». (P2).

Una cuestión predominante en los relatos profesionales fue la introspección crítica y el diálogo que surgió a nivel personal y profesional. Pese a la incertidumbre del momento, las y los profesionales han implementado diferentes estrategias para hacer frente a las situaciones de estrés vivido:

«La capacidad de reinventarnos a pesar de nuestras diferencias, porque las hemos tenido y hemos tenido momentos en los que las circunstancias personales, las reuniones por teletrabajo han sido tensas ¿no? Cada uno con una visión diferente de lo que cada uno veía que tenía que ser este proyecto, pero hemos sido capaces de crear un proyecto de cero ¿no? Y con los conocimientos y las carencias de cada uno de nosotros también a nivel individual y las fortalezas de cada uno de nosotros para compensar las carencias de uno con las fortalezas y esto a nivel grupal ¿eh? (...). (P7).

En relación con los procesos de atención y cuestiones éticas asociadas, existe un discurso generalizado, centrado mayoritariamente en la falta de recursos humanos, técnicos y la gestión del tiempo, que dificultaban ofrecer respuesta a todas las necesidades de las personas mayores durante la pandemia:

«(...) hay mayores a los que no llegamos porque el volumen de curro es tan grande que no podemos tener esa atención diaria tan estrecha con los mayores que lo necesitan vía telefónica, y eso es algo con lo que convivía y me causaba un poquito de angustia también». (P4).

«(...) no había una confrontación ética o deontológica de cómo, se ha llegado a los mayores que se ha podido llegar, otra cosa es, moralmente, el saber que tenías que

llegar a más mayores y por lo que hablábamos de los móviles, el no poder llegar, pero porque no había manera de acceder a ellos (...). (P2).

Aunque de manera excepcional, una de las participantes evidencia como uno de los problemas éticos a los que ha tenido que hacer frente durante la pandemia ha sido la grabación de las llamadas telefónicas realizadas a las personas mayores por protocolo institucional:

«Como todos los servicios del Ayuntamiento (...), tienen un servicio de grabación de llamadas y sí que hubo un momento en que nos plantean eso al principio de la pandemia y surgió un debate de, si era ético o no era ético grabar las llamadas que hacíamos con los mayores (...). (P6).

4.4. FUTURO DE LA ATENCIÓN

La pandemia ha transformado la intervención profesional en los CMM, en base a buscar respuestas a las necesidades derivadas del confinamiento. Los importantes esfuerzos realizados en el proceso de adaptación al escenario de aislamiento social han proporcionado aprendizajes en relación con nuevos sistemas de atención social, y han evidenciado su capacidad de adaptación a situaciones de emergencia a través de la atención online. Dicha adaptación, se ha vivenciado como un aprendizaje positivo, tanto desde el punto de vista personal como profesional, permitiendo desarrollar nuevas competencias, como se ha señalado anteriormente.

La pandemia ha supuesto la implementación de la atención social online, y, tal como se recoge en el discurso profesional, aunque la presencialidad se ha constatado que responde a las necesidades de sociabilidad y se constituye como un factor de protección ante las situaciones de soledad y vulnerabilidad asociadas, las actuaciones telemáticas se presentan como alternativa adecuada en el futuro profesional como respuesta a determinadas situaciones:

«De hecho, todo esto que hemos aprendido nos vale porque podemos llegar a más gente, el día que nos abran los centros, tendremos una parte presencial y otra parte telemática para aquellas personas que quieran seguir o que quieran hacer en casa a unas horas determinadas». (P1).

La soledad no deseada aparece de manera clara como desafío profesional, en el sentido de buscar nuevas formulas para reducir los factores de vulnerabilidad asociada a ella:

«Se ha creado una red a nivel comunitario mucho mayor, los centros que participan en mesas socio comunitarias del distrito han fortalecido mucho más y están muchas más pilas con el tema de la soledad (...). (P7).

«Es algo que tenemos encima de la mesa y que estamos trabajando en propuestas sólidas de dar respuesta a esta historia, además, con programas que desde las distintas administraciones también van saliendo y que es algo que se está empezando a poner en valor el trabajar en esta línea ¿vale?». (P3).

Un elemento esencial en el futuro de la atención a las necesidades mayores tiene que ver con su accesibilidad a las TIC. La brecha digital, en base al discurso profesional, se torna como una de las grandes debilidades del sistema de atención y, por tanto, como un reto para diseñar acciones a futuro que mejoren la accesibilidad digital y cognitiva de las personas mayores:

«El gran desafío para nosotros es el poder llegar a todos los mayores ante una situación como esta, es decir, ante una situación de aislamiento, poder tener las herramientas (...). Con el problema, efectivamente, el hándicap de que no todos los mayores tienen acceso ¿no?». (P2).

«O sea, que sí que es verdad que, a lo mejor, potenciar más en los centros el tema de la informática, el tema de los teléfonos móviles, de las tablets. (...)». (P1).

Los aprendizajes a partir de la pandemia han generado un nuevo escenario de la atención a los mayores, donde la flexibilidad y la integralidad se tornan como dimensiones esenciales en la intervención social. Desde el punto de vista institucional se requiere un cambio en el sistema burocrático de los Servicios Sociales. La gestión administrativa debe ser más rápida y flexible ante las necesidades sociales de la población mayor, especialmente hacia la más vulnerable:

«Sin el apoyo de otros... Tiene que ser global, es decir, no se puede cargar sobre las espaldas de un micro organismo en función de todo lo que es todo el sistema de Servicios Sociales o todo el sistema de bienestar social, tiene que ser algo global en conjunto, quiero decir, nosotros somos un distrito de unos Servicios Sociales; hay un Ministerio, hay un IMSERSO, hay unas Comunidades Autónomas, quiero decir, tiene que haber una línea de trabajo global de todas las administraciones implicadas y de todos los agentes, vamos y con la mayor importancia además, yo creo que también, que el tercer sector que es súper importante». (P2).

«Que no debemos de ser a veces tan cuadrículados, que debemos de aumentar el abanico de flexibilidad porque efectivamente, si hay una buena intención de fondo entre todos sumamos mucho y se puede mover montañas ¿vale? Y se pueden conseguir muchas cosas». (P3).

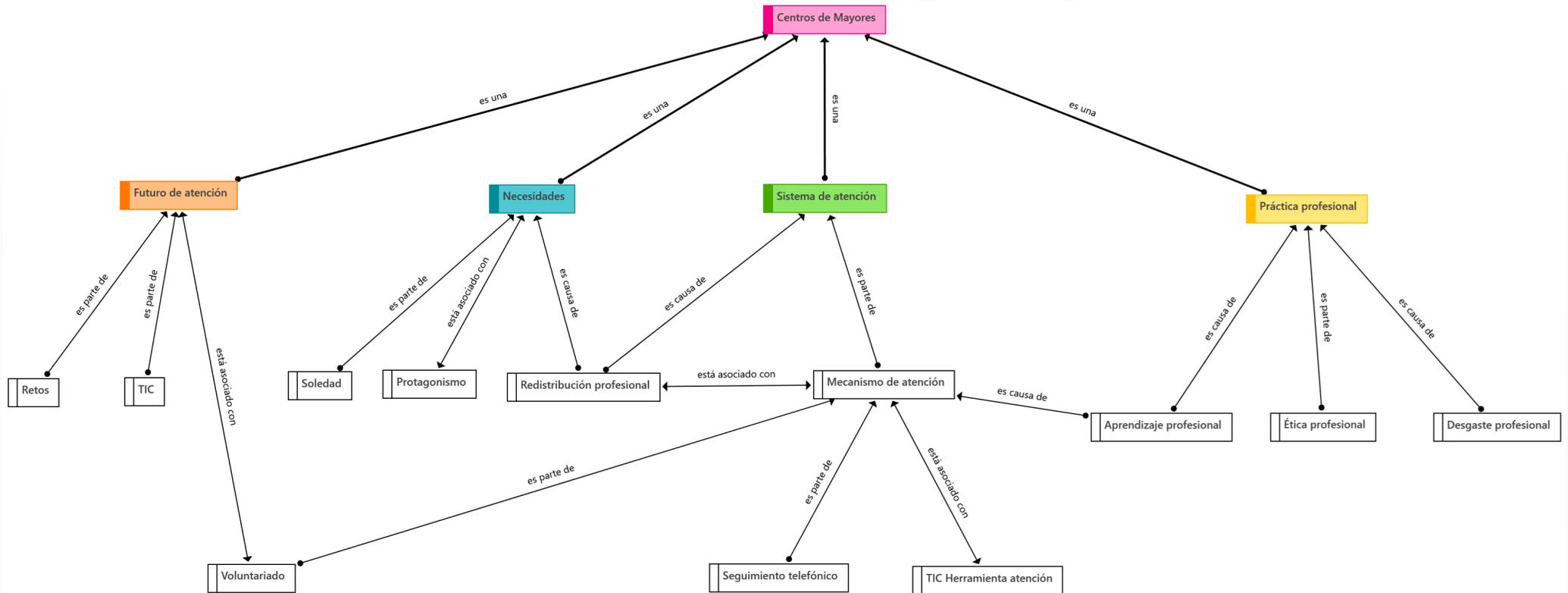
Asimismo, aparece la necesidad de crear estructuras de coordinación con dotación de recursos y protocolos en previsión de futuras situaciones de emergencia sociosanitaria:

«(...) hay que tener las cosas un poco más protocolarizadas para que no volviera a pasar lo mismo en una situación parecida ¿no?». (P3).

«(...) es una necesidad, eso o una dotación, lo de siempre ¿no? de más profesionales en lo que es el aparato de los Servicios Sociales para dar una respuesta cercana a los mayores (...)». (P2).

Para finalizar, en torno a la atención de las necesidades surgidas durante la pandemia dentro de los Centros Municipales de Mayores, se puede visualizar la red de interrelaciones del sistema de atención a las nuevas necesidades emergentes durante la pandemia (Figura 1).

Figura 1. Red de relaciones entre las diferentes categorías y códigos



Fuente: Elaboración propia

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN

Atendiendo a la integralidad del concepto de salud, destacar que, aunque el SARS-CoV2 ha producido un alto impacto en personas de todas las edades, el riesgo de enfermar de manera grave se incrementa a partir de los 40 años y especialmente en personas que superan los 60 años (Yan *et al.*, 2020). De igual manera, resulta necesario incidir en cómo la pandemia ha afectado de manera diferente a las personas, dependiendo de su situación de vulnerabilidad previa a la pandemia. Así, las personas mayores han formado un grupo de especial vulnerabilidad ante la enfermedad, puesto que presentaron un peor pronóstico y se ha generado, así, una situación de emergencia geriátrica (Bonanad *et al.*, 2020).

En tal sentido, los resultados del presente estudio corroboran como el impacto de la pandemia se ha extendido más allá de cuestiones estrictamente sanitarias, generando problemas psicológicos y sociales importantes para la sociedad (Singu *et al.*, 2020).

Los CMM como consecuencia de su cerramiento, y tal como se recoge en el discurso profesional, se constituyen como espacios de referencia imprescindibles para la atención a personas mayores que viven en sus hogares, en la línea de las aportaciones de Aquino-Canchari *et al.* (2020). Asimismo, se ha evidenciado su protagonismo como recurso de prevención en la atención social y en el fomento de la calidad de vida de las personas mayores como espacios educativos y de socialización. En relación con la dimensión socializadora, en base a la información obtenida en el estudio, los CMM se configuran como puntos de referencia del entorno y de las relaciones sociales de las personas mayores (Miñano y Martínez, 2011)

Las TIC constituyen un escenario para la participación de las personas mayores, puesto que facilitan su interacción social, educativa y cultural (Martínez-Heredia, 2020). Si con anterioridad se consideraba esencial la formación de las personas mayores en los recursos que ofrece la Sociedad de la Información para lograr su inclusión social, la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad existente de aprendizaje y mejora del uso de las TIC y las redes sociales (Palacios-Rodríguez, *et al.*, 2019). En este sentido, conviene destacar la necesidad de incidir en la accesibilidad universal de las aplicaciones y los dispositivos a través de diseños adaptados a todas las personas (Rodríguez *et al.*, 2021)

Para los equipos profesionales también ha supuesto un reto adaptar las intervenciones a este nuevo escenario de emergencia. Se han creado espacios virtuales para compartir experiencias y facilitar recursos, aspecto muy relevante para luchar contra el aislamiento (Steiner, 2020). En la presente investigación se han podido constatar las dificultades y los esfuerzos realizados para efectuar el tránsito de la atención presencial al formato online, y la urgencia en reinventar sus intervenciones para poder mantener el contacto con las personas mayores, con el fin de aliviar la ansiedad, la soledad y el aislamiento social (Berg-Wegger y Morley, 2020). De la presencia física en las relaciones y en la atención social, se ha tenido que ir a lo virtual, al contacto telefónico diario y hacer mucho hincapié en una educación preventiva ante la gravedad de la situación (Chen, 2020).

Asimismo, el desgaste profesional se ha evidenciado de manera clara en el discurso profesional, motivado por la intensidad de la presión asistencial, en base a un escenario desconocido

para ellos, con un aumento considerable de personas mayores en situación de vulnerabilidad, un incremento de sus necesidades, y ello, asociado con las dificultades de acceso asociadas a la falta de recursos técnicos y de competencias digitales. Añadir, que a toda esta situación de presión profesional hay que sumar el propio miedo a la enfermedad y las dificultades añadidas de cada persona en la gestión de su vida en esta situación de emergencia (Calzada *et al.*, 2020).

Toda la intervención online llevada a cabo por los equipos profesionales durante la pandemia, a través de llamadas telefónicas, teleasistencia a través de foros y videoconferencias, entre otras, han permitido dar respuesta a aquellas personas que disfrutaban de dispositivos y manejaban la tecnología. Sin embargo, ha evidenciado la brecha digital de nuestros mayores en comparación con los más jóvenes y con otros países del entorno europeo, principalmente en la e-inclusión, como enfoque que pone el foco de atención en el acceso a las TIC y en las competencias de tipo operacional (Abad, 2016). En este mismo sentido, la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021 (Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017), señala que el uso y conocimiento de las TIC, permite toda una serie de beneficios de tipo relacional (familia y amigos), cognitivo (creación de contenidos) y de autonomía personal (Arias *et al.*, 2018). De hecho, Chen y Schulz (2016) ya indicaron, en la revisión sistemática sobre las intervenciones sociales a través de las TIC, que sus efectos son positivos como soporte social para prevenir el aislamiento social, aunque los resultados no fueron concluyentes respecto a la soledad y alertaron de que la conexión y apoyo social se vuelve efímero y presenta dificultades de continuidad a partir de los seis meses.

El proceso de adaptación realizado tanto por las personas mayores como por los equipos profesionales ha generado un aprendizaje relevante y ha permitido desarrollar nuevas competencias aplicadas al contexto de intervención. Pese a ello, aquellas personas mayores con mayor grado de dependencia y/o que han experimentado mayores dificultades para la accesibilidad cognitiva y digital, han estado expuestos a situaciones de mayor vulnerabilidad. Ante esta situación, se coincide con Walter-McCabe (2020), a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, en que no sólo se deben desarrollar nuevos modelos de atención social, sino que de manera sincrónica se deben potenciar las cuestiones de acceso a dichos modelos de atención.

Por otra parte, de los resultados se desprende el aumento de las necesidades básicas en el ámbito domiciliario desde el inicio de la pandemia. Asimismo, la soledad no deseada producida por la situación de confinamiento y las restricciones en las relaciones sociales, han supuesto una importante dificultad con graves repercusiones para la salud física y social de las personas mayores. Se han modificado las rutinas de interacción social (Pinazo-Herendis, 2020) y ello, ha tenido como consecuencia el empeoramiento del bienestar emocional.

La experiencia que se ha producido como consecuencia de la pandemia ha permitido identificar los aspectos mejorables en la atención a personas mayores y generado una oportunidad de aprendizaje. Así, de cara a futuras situaciones similares, ha surgido una oportunidad de mejora para evitar repetir los mismos errores. Es necesario garantizar la atención sanitaria y social, como ejes fundamentales del proceso de atención a las personas mayores; mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones implicadas en la atención; formar a los equipos profesionales que intervienen e invertir más en investigación (Porcel-Gálvez, *et al.*, 2020).

5.2. CONCLUSIONES

Siguiendo las orientaciones de la Unión Europea, en cumplimiento de lo dispuesto en la Declaración del Consejo de la Unión Europea (EPSCO) de 6 de diciembre de 2012 y en la Comunicación de la Comisión Europea de 20 de febrero de 2013, en la que se insta a los Estados miembros a que sigan las Orientaciones que han de guiar el envejecimiento activo y la solidaridad entre las generaciones, elaboradas conjuntamente por los Comités de Empleo y Protección Social de la Unión Europea y plasmada en la Estrategia Nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y buen trato (2018-21), los CMM han desarrollado, en un momento de dificultad máxima, un papel fundamental en la atención social y seguimiento a personas mayores como recurso de atención a situaciones de especial vulnerabilidad y riesgo en la Junta Municipal de Ciudad Lineal en Madrid.

A pesar de la paralización de las actividades presenciales en los CMM, los equipos profesionales han reducido la burocracia vinculada a los procesos de atención y agilizado las respuestas para la atención de las necesidades que han emergido durante la pandemia, añadidas a las numerosas necesidades previamente existentes. Con mucho esfuerzo y con una carga adicional de trabajo y estrés, se han ofrecido respuestas innovadoras que han permitido seguir realizando intervenciones y cumpliendo con su objetivo de acompañamiento socioeducativo como recurso de atención municipal.

Sin embargo, los CMM se han consolidado como un recurso que va más allá del ocio y envejecimiento activo, emergiendo como recurso proactivo en la prevención de situaciones de soledad y aislamiento, como se ha evidenciado desde el inicio de la pandemia. Los vínculos relacionales y sociales que se han establecido a partir de sus nuevos y urgentes programas de atención han permitido atenuar las situaciones de soledad no deseada experimentada por las personas mayores, y convertirse en una red de apoyo y acompañamiento durante la pandemia.

Asimismo, los equipos profesionales han mostrado su fortaleza y capacidad de adaptación durante la pandemia, y aunque con un impacto emocional negativo sobre su propia salud mental, han sido capaces de desarrollar su actividad profesional orientada a dar respuesta a las necesidades emergentes de las personas mayores. El trabajo en equipo, el apoyo institucional y su propia motivación vocacional han sido una demostración de fortaleza durante la pandemia.

Se destaca el papel que han jugado las TIC para facilitar el contacto con las personas mayores y su participación en las diferentes actividades. Paralelamente, las dificultades de accesibilidad a la tecnología y a su uso han generado una brecha importante que ha dejado al margen a las personas, que, por falta de recursos o competencias digitales, no han podido adaptarse a esta nueva realidad. La brecha digital se configura como un pilar clave en la atención en las personas mayores y se enfatiza la necesidad de adaptar el diseño y la tecnología para facilitar la accesibilidad de las aplicaciones y los dispositivos a la población mayor.

Pese a la importancia de los CMM en el sistema de atención público a las necesidades psicosociales de las personas mayores desde el inicio de la pandemia, no sólo se han detectado sus fortalezas como recurso proactivo de prevención y activo en las respuestas de actuación, sino que también se han visibilizado sus debilidades. En este sentido, dichas debilidades, inevitablemente deber ser consideradas como retos de futuro y asociadas a la escasez de recursos humanos, materiales, técnicos y económicos agravados por la crisis vivida. La situación de

emergencia vivida supone una oportunidad para repensar los sistemas de atención a las personas mayores, e implementar y diseñar políticas y actuaciones administrativas encaminadas a mejorar y adecuar los recursos de atención psicosocial y sanitaria.

Por último, hay que destacar la necesidad de continuar con futuras investigaciones que permitan conocer la evolución de la atención durante la situación de pandemia, y las propuestas administrativas y técnicas encaminadas a afrontar futuras situaciones de crisis sanitarias.

6. REFERENCIAS

- Abad, L. (2016). La alfabetización digital como instrumento de e-inclusión de las personas mayores. *Prisma Social*, 16, 156-204.
- Arias, E., Lirio, J., Alonso, D., y Herranz, I. (2018). Acceso y uso de las TIC de las mujeres mayores de la Europa comunitaria. *Prisma Social*, 21, 282-315.
- Alcaraz, K. I., Eddens, K. S., Blase, J. L., Diver, W. R., Patel, A. V., Teras, R., Stevens, V. L., Jacobs, E. J., y Gapstur, S. M. (2018). Social Isolation and Mortality in US Black and White Men and Women. *American Journal of Epidemiology*, 188(1), 102–109. DOI: 10.1093/aje/kwy231
- Arauz, S. (2020). Adaptación servicios sociales generales ante emergencia Covid 19 en Comarca Ribera Baja del Ebro (Aragón). *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 37, 129-139.
- Auerbach, A.E., y Silverstein, L.B. (2003). *Qualitative Data. An introduction to coding and analysis*. New York University Press.
- Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Mayores (2020). *Estadística*. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Areas-de-informacion-estadistica/Servicios-sociales/Personas-mayores/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=60906f22a1f59210VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=34dfa6360e73a210VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Aquino-Canchari, C.R., Quispe-Arrieta, R. C., y Huaman, K. M. (2020). COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(0). <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3341>
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones*. El Manual Moderno.
- Berg-Weger, M., y Morley, J. E. (2020). Loneliness and Social Isolation in Older Adults During the Covid-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(5), 456–458.
- Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F.J., Díez-Villanueva, P., Ayesta, A., Sanchis, J., Vidán-Austiz, M^o. T., Francesc, A. y Martínez-Sellés, M. (2020). Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Revista Española de Cardiología*, 73(7), 569-576. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>
- Butler, R. N. (1985). *Productive aging: Enhancing vitality in later life*. Springer Publishing.
- Calzada, I., Muriel, M., Páez, V., Caro, F., Gómez, M^o, Alkorta, E., Fouassier, M., Ruíz, I, Gutiérrez, M., Almaguer-Kalixto, P., Gómez, J. D. y Hernández, A. L. (2020). *Los servicios sociales ante la pandemia: retos, desafíos y respuestas hacia la nueva normalidad*. INAP-Instituto Nacional de Administración Pública. <https://www.inap.es/documents/84257/0/INFORME+MONITOR+DE+IMPACTO-SEPTIEMBRE.pdf/>

Capitán-Moyano, L., Bedmar, M. A., Artigas, B., Bennasar-Veny, M., Pou, J., Molina-Núñez, J. P., Garcias, L., García-Toro, M., y Yáñez, A. M. (2021). Personas sin hogar y salud: vulnerabilidad y riesgos durante la pandemia de COVID-19. Estudio piloto. *Academic Journal of Health Sciences: Medicina balear*, 36(4), 136-144.

Chen, Y.R., y Schulz, P.J. (2016). The effect of information communication technology Interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of Medical Internet research*, 18(1), e18. DOI: 10.2196/jmir.4596

Chen, K. (2020). Use of gerontechnology to assist older adults to cope with the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 983-984.

Consejo Estatal de Personas Mayores (2017). *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/12/Estrateg-Nacde-PM-2018-lmserso.pdf>

Comisión Europea (2021). *Libro verde sobre el envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones*. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com_2021_50_f1_green_paper_es.pdf

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw Hill.

Corbin, J., y Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.

Coyle, C. E., y Duggan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346-1363. DOI: 10.1177/0898264312460275

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/9036/11488>

Fernández, C., Revilla, J., y Domínguez, R. (2011). Identificación y especularidad en los espectadores de violencia en televisión: una reconstrucción a partir del discurso. *Comunicación y Sociedad*, 24(1), 7-33.

Flores, M^a. J. (2018). Satisfacción de vida en los centros de mayores. *Quaderns d'animació i Educació Social*, (27), 1-8.

Gundumogula, M. (2020). Importance of Focus Group in Qualitative Research. *The International Journal of Humanities & Social Studies*, 8(11), 299-302. DOI: 10.24940/theijhss/2020/v8/i11/HS2011-082

Heinrich, L. M., y Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., y Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. DOI: 10.1177/1745691614568352

- INE (2020). Instituto Nacional de Estadística. *Población por provincias, edad (grupos quinquenales), españoles/Extranjeros, Sexo y Año*. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=03002.px>
- INE (s.f.). *Métodos y proyectos / Glosario de Conceptos Índice de envejecimiento*. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=5097&op=30264&p=1&n=20>
- INE (s.f.). *Métodos y proyectos / Glosario de Conceptos Tasa de dependencia*. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?txt=tasa%20de%20dependencia&c=5098&p=1&n=20>
- Jung, Y., Gruenewald, T.L., Seeman, T.E., y Sarkisian, C.A. (2010). Productive activities and development of frailty in older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(2), 256–261.
- Kharicha, K., Iliffe, S., Manthorpe, J., Chew-Graham, C. A., Cattan, M., Goodman, C. Kirby-Barr, M. Whitehouse, J. H., y Walters, K. (2017). What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health and Social Care in the community*, 25(6), 1733-1742.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. SAGE Publications.
- Maranillo, A. (2020). Intervención social adaptada al estado de alarma en Aragón. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 37, 19-30.
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-526. <https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522>
- Martínez-Heredia, N. (2020). Desafíos en la era digital actual: TIC y personas seniors de la Universidad de Granada (España). *Texto Livre*, 13(1), 82-95. DOI:10.17851/1983-3652.13.1.82-95
- Miles, M. B., y Huberman, A.M. (1994). *An Expanded Sourcebook. Qualitative Data Analysis (2nd Edition)*. SAGE Publications Inc.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). *Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19*. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
- Miñano, L., y Martínez, S. (2011). El asociacionismo y las necesidades socioeducativas en los centros de mayores del municipio de Murcia. *Revista de Investigación Educativa*, 29(2), 325-340.
- Miralles, I. (2011). Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trabajo y Sociedad*, 16, 137-161.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Sage.
- Nymba, T. O., Wilson, K., Derrick, C. J., y Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9, 20-32. DOI: 10.1111/2041-210X.12860
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 74-105.

Palacios-Rodríguez, A., Romero, R. M^o., Gómez, G. y De la Cruz, J. C. (2020). Capítulo 2. Aislamiento social y uso de las TIC en personas mayores en época de pandemia COVID 19. Revisión sistemática. En I. Aznar, M^o P. Cáceres, J. A. Marín, y A. J. Moreno (Eds.), *Desafíos de investigación educativa durante la pandemia COVID19* (pp. 17-25). Dykinson.

Pellegero, J. (2020). Reflexiones alrededor de la visita a domicilio en contextos de crisis y estado de alarma. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 37, 11-18.

Pérez Viejo, J., Dorado, A., Rodríguez-Brioso, M.M. y López J. (2020). Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis Covid-19 en España. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(4), 52-63

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la Covid-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>

Porcel-Gálvez, A. M^o, Badanta, B., Barrientos-Trigo, S. y Lima-Serrano, M. (2021). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria, *Enfermería clínica*, 31(1), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>

Rodríguez, M., Bascones, L.M. y Turrero, M. (2021). Ante el auge de la monitorización de la salud, ¿son accesibles las aplicaciones y dispositivos? *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 29, 16-37

Ryszard, M. Z. (2020). *Social assistance institutions during the COVID-19 pandemic: Experiences of Polish social workers*. *International Social Work*. <https://doi.org/10.1177/0020872820959361>

Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE.

Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data (3rd Edition)*. SAGE.

Silverstein, D. (2006). *Interpreting qualitative data. A Guide to the Principles of Qualitative Research (4th Edition)*. SAGE.

Singu, S., Acharya, A., Challagundla, K. y Byrareddy, S.N. (2020). Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Front. Public Health*, 8, 1-10. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00406

Steiner, O. (2020). Social Work in the Digital Era: Theoretical, Ethical and Practical Considerations. *The British Journal of Social Work*, 51(8), 3358-3374. DOI:10.1093/bjsw/bcaa160

Taylor, H. O. (2020). Social Isolation's Influence on Loneliness Among Older Adults. *Clinical Social Work Journal*, 48(1), 140-151. DOI:10.1007/s10615-019-00737-9

Taylor, S.J., y Bodgan, R. (1997). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Tomaka, J., Thompson, S., y Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 359-384. DOI: 10.1177/0898264305280993

Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis.*

Vicente, E. y Arredondo, R. (2020). *El trabajo social ante la emergencia del COVID-19.* Consejo general del Trabajo Social.

Yan, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., y Xiang YT. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), E19. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30079-1

Yanguas, J. (2020). *La soledad en las personas mayores: prevalencia, características y estrategias de afrontamiento.* Fundación "la Caixa". <https://fundacionlacaixa.org/documentos/10280/1477443/soledad-personas-mayores.pdf>

Walter-McCabe, H. A. (2020). Coronavirus Pandemic Calls for an Immediate Social Work Response. *Social Work in Public Health*, 35(3), 69-72. DOI: 10.1080/19371918.2020.1751533