



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

TAMBIÉN TIENEN VOZ.

**La realidad de las residencias de personas mayores en
tiempos de COVID-19 desde los testimonios de sus
protagonistas.**

**TRABAJO FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN SOCIAL**

AUTOR/A: Paula de la Viuda Camazón

TUTOR/A: Judith Quintano Nieto

Palencia, 15 de junio 2021

Resumen

El cuidado de nuestro mayores ha sido siempre un eje fundamental en la estructura de la sociedad actual, una prueba de ello es la larga existencia de residencias para personas mayores. La llegada del COVID-19 ha debilitado a esos grupos de edad puesto que se trata de una enfermedad que afecta principalmente a gente mayor, enferma y débil. Esto, desencadenó la toma de drásticas medidas con la función de intentar erradicar el virus o, al menos, frenar su expansión y contagio. Todas las medidas adoptadas contra la pandemia se han centrado en cuidar y proteger a los residentes de avanzada edad, es decir el aspecto médico, sin embargo, se ha desatendido a las necesidades psicológicas y sentimentales de los mismos.

Mediante este trabajo, se pretende elaborar una herramienta que facilite la recogida de experiencias vividas por los residentes durante el momento álgido de la pandemia, prestando atención en cómo se sintieron, cuáles han sido las consecuencias de vivir esta situación y cómo se sienten en la actualidad. Además de pretender tener utilidad para el sector profesional de la educación social, también resulta interesante para los propios residentes ya que mediante esta investigación han podido expresar sus sentimientos y vivencias de tal manera que posibilita el trabajar aspectos como el refuerzo de la memoria, autoestima, esperanza o la manera en la que han afrontado toda esta crisis, siempre con el enfoque puesto en la persona como individuo, en este caso la persona residente.

Palabras clave: COVID-19; tercera edad, centro residencial, envejecimiento activo, educación social, relatos de vida.

Abstract

The care of our elderly has always been a fundamental axis in the structure of today's society, a proof of this is the long existence of residences for the elderly. The advent of COVID-19 has weakened these age groups since it is a disease that mainly affects elderly, sick and weak people. This triggered the adoption of drastic measures to try to eradicate the virus or, at least, to slow down its spread and contagion. All the measures taken against the pandemic have focused on caring for and protecting elderly residents, i.e. the medical aspect, but their psychological and sentimental needs have been neglected.

Through this work, we intend to develop a tool that facilitates the collection of experiences lived by residents during the height of the pandemic, paying attention to how they felt, what have been the consequences of living this situation and how they feel today. In addition to being useful for the professional sector of social education, it is also

interesting for the residents themselves, since through this research they have been able to express their feelings and experiences in such a way that makes it possible to work on aspects such as the reinforcement of memory, self-esteem, hope or the way in which they have faced this whole crisis, always with the focus on the person as an individual, in this case the resident.

Key words: Covid; Senior/seniors; Old people's home / Nursing home; Active aging; Social Education; Life stories.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3 -
2. OBJETIVOS	4 -
3. JUSTIFICACIÓN	4 -
4. MARCO TEÓRICO	6 -
4.1. Etapa de la vejez.....	6 -
4.2. Envejecimiento y educación	9 -
4.2.1. Necesidades básicas de las personas mayores.....	9 -
4.2.2. Características del envejecimiento centradas en el déficit	10 -
4.2.3. Envejecimiento visto desde la oportunidad.....	12 -
4.2.4. Preparación y calidad de vida en el envejecimiento.....	14 -
4.2.5. La importancia de la educación en la vejez.	16 -
4.2.6. La labor del educador/a social en los centros residenciales.	19 -
4.3. La realidad de un centro residencial: legislación y funcionamiento	21 -
4.3.1. Normativa de las Residencias de ancianos antes del COVID.....	21 -
4.3.2. Reglas y normas durante la pandemia.	24 -
5. METODOLOGÍA	27 -
5.1. Diseño.....	27 -
5.2. Escenario.....	29 -
6. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	31 -
6.1. La vida en pandemia	31 -
6.2. Situación actual.....	33 -
6.3. Aprendizajes y experiencias.	34 -
7. CONCLUSIONES	36 -
8. REFERENCIAS BIOGRÁFICAS.....	38 -
9. ANEXOS.....	42 -

1. INTRODUCCIÓN

En lo que concierne al amplio campo del colectivo de personas mayores, este trabajo se centra en los centros residenciales para personas de tercera edad, justificando de forma pertinente los motivos que desencadenan tal decisión.

Primero se define lo que es la vejez y en que consiste esta etapa, para ello se ha realizado un exhaustivo análisis de diferentes textos científicos relacionados con el tema a tratar. Se continúa exponiendo las diferentes características que aparecen en esta etapa y se expone una breve clasificación en la que agrupan a las personas mayores según su estado físico y psíquico, haciendo alusión a los diferentes autores expertos del tema. A lo largo de la base teórica también aparecerán las pérdidas que se dan, tanto físicas, psíquicas como sociales, y que están relacionadas con el proceso de envejecimiento, vinculándolas a las necesidades básicas en una persona mayor. Después, dejando a un lado el déficit, se apuesta por abordar el envejecimiento desde la oportunidad, uniéndolo con la preparación y la calidad de vida en esta etapa, recalcando la importancia de la educación durante la vejez, y de pasar de un enfoque asistencialista que se ampara en el déficit a uno centrado en la persona y sus posibilidades de desarrollo y mejora de calidad de vida.

Después se vincula con el desarrollo profesional propio de este grado, explicando con exactitud cuál es la labor de un educador/a social en un centro residencial y el por qué la necesidad de la presencia de un profesional en este ámbito de intervención.

La parte más teórica, culmina con un repaso de las normativas que existen hoy en día en los centros residenciales y su historia, reflejando también la nueva normativa instaurada a raíz de la llegada del COVID-19.

Asimismo, toda esta recopilación de información se pone en relación con la realidad mediante un trabajo de investigación realizado en el propio ámbito. Siguiendo una metodología cualitativa, se analizan diferentes entrevistas realizadas a diez residentes escogidos de forma aleatoria y a dos profesionales de un centro residencial. Todo ello con la pretensión de conocer la realidad por la que han pasado los residentes en la pandemia y cómo se encuentran en la actualidad.

2. OBJETIVOS

Para presentar los objetivos de este trabajo se han planteado dos generales (OG) con sus respectivos específicos (OE).

OG1: Conocer la realidad de los centros residenciales de la tercera edad y los aspectos asociados a ese periodo vital.

OE1.1: Revisar los aspectos teóricos que caracterizan la realidad de las personas mayores.

OE1.2: Aproximarse a la realidad legislativa y estructural en la que se circunscriben los centros residenciales de la tercera edad.

OE1.3: Reconocer los aportes de la intervención socioeducativa en los centros de personas mayores residenciales.

OG2: Conocer y analizar la visión y experiencias acontecidas durante la pandemia provocada por la COVID-19 en las residencias de la tercera edad.

OE2.1: Detectar las necesidades que han surgido en este contexto para el posterior diseño de intervenciones socioeducativas.

OE2.3: Visibilizar el papel de la educación social en el mantenimiento y mejora de las habilidades físicas, mentales y sociales de las personas residentes desde un enfoque integral centrado en la persona.

3. JUSTIFICACIÓN

Para la realización del Trabajo Final de Grado (TFG) me he decantado por el colectivo de personas mayores, más concretamente en personas mayores internas residencias de la tercera edad. Esto se debe a que no había tenido la oportunidad de profundizar en este ámbito previamente y considero que es un colectivo muy interesante y agradecido con el que se puede trabajar de maneras muy diferentes, aspecto que he corroborado con el desarrollo de las prácticas en este último año de carrera. Además, es algo que tiene mucha presencia en mi vida personal, mis abuelos paternos en octubre del año 2017, por motivos de salud, ingresaron en una residencia de este tipo.

Tras muchas y largas visitas, casi a diario, a mis abuelos, pude ir detectando que en las instituciones para personas mayores, hay una falta notable de la figura del educador/a social, por lo que muchos aspectos quedan “en el aire” y las intervenciones son insuficientes (acompañamiento personalizado, coordinación con animadores sociales y culturales, acogida e inserción de nuevos residentes, ayudando a superar el período de "abandono" ...) y una gran necesidad es tener en cuenta a los residentes a la hora de realizar las actividades, ya que el personal sanitario debe ocuparse de su labor y en ocasiones se excede en sus labores sin poder abastecer todas las necesidades que se les presentan a diario por parte de los residentes. También, en el trascurso de las visitas que realizo a la residencia, tengo la ocasión de constatar que muchas de las personas mayores

que residen allí no reciben asiduamente visitas de sus familiares, solo ocasionalmente y en algunas ocasiones ni eso. Se ven solos y abandonados en la parte final de su vida, siendo esto algo incomprensible para mí e injusto con aquellas que han dedicado todo su esfuerzo en nuestra sociedad. Realizando este trabajo lo que pretendo, a parte de profundizar más en este colectivo, es averiguar si esas carencias son reales o solo surgen de mi mirada subjetiva, y en caso afirmativo conocer y reflexionar cómo abordarlas desde la intervención socioeducativa.

A esa realidad, hemos de sumar que cuando empezó la pandemia todo comenzó a complicarse, cerraron las puertas de las residencias, lo que significaba que nadie podía entrar ni salir a excepción de los trabajadores/as. Después llegó el confinamiento, nuestra libertad ambulatoria se vio reprimida por las restricciones adoptadas por nuestras autoridades en la lucha contra la COVID-19. Tras varias complicaciones muchas personas mayores han fallecido, en concreto, en el centro en el que voy a realizar mi trabajo, fallecieron treinta y tres, entre ellas mi abuela. Han muerto prácticamente solas, sin nadie de su entorno familiar a su lado, y aquellos residentes que no han muerto están afrontando un duro duelo por las pérdidas acontecidas y los miedos e incertidumbres acontecidos, en muchas ocasiones, también en solitario. Como, por desgracia, lo he vivido en primera persona, sé lo que sufren las familias e intuyo lo mucho que lo sufren los residentes. Por ello considero que este TFG puede ayudar a recoger esas experiencias y testimonios y ofrecer alternativas para afrontar procesos y/o situaciones similares, además de mejorar la calidad de las intervenciones en este tipo de centros.

Este ámbito de intervención tiene relación directa con la educación social, tal y como se aborda en las asignaturas de “Principios pedagógicos de la educación de personas adultas y mayores” que se cursa en segundo de carrera y la asignatura de tercero que se llama “Planes, programas y experiencias de educación de personas adultas y mayores”. Dos asignaturas que están ligadas a la materia “Educación a lo largo de la vida” y en las cuales se imparten competencias importantes y elocuentes para un futuro laboral próximo relacionado con la Educación Social y con uno de sus ámbitos esenciales.

Sus objetivos son que el alumnado adquiera la capacidad de poder crear planes y programas que se correspondan con el colectivo mencionado y saber identificar los puntos fuertes y débiles de ellos mediante la elaboración de informes de evaluación, investigación o asesoría; que sepan identificar el alcance y las características propias de los diferentes niveles de toma de decisiones de las políticas de Educación de Personas Adultas y Mayores; saber comprender las características, los factores, las posibilidades y limitaciones que rigen y condicionan los diferentes tipos de intervención socioeducativa en la Educación de Personas Adultas y Mayores, precisando de unas formas y estrategias y técnicas distintas; ser capaz de identificar las necesidades de intervención psico-socio-educativa en grupos de personas adultas y mayores en función del contexto social; saber que es esencial construir contextos de aprendizajes basados en el diálogo equitativo, la significatividad del conocimiento y de las prácticas sociales de las personas adultas y mayores; ver a las personas de forma individualizada y no como colectivo y reconocer

las características individuales y los procesos colectivos como factores determinantes en el diseño de programas de intervención socioeducativa y de aprendizaje a lo largo de la vida; y por último a conocer y aplicar estrategias y habilidades relacionales en el trato con grupos de personas adultas y mayores y así saber cómo abordar y tratar a este colectivo, o por lo menos tener una idea de cómo hacerlo.

Considero, que este trabajo pone en práctica muchos de esos conocimientos, y sobre todo aporta información que permite hacer un diagnóstico completo gracias al que, posteriormente, se pueden desarrollar diseños de intervenciones viables e imprescindibles que den respuesta a necesidades reales al colectivo y al ámbito de intervención.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Etapa de la vejez

La vejez es la consecuencia del paso del tiempo y el cambio biológico, psicológico y social de una persona. Dependiendo del contexto, puede tener influencias y significados negativos, al igual que en la sociedad occidental contemporánea los mayores, en ciertas ocasiones, son invisibles, ocultos y sin nombre, es decir, no existen oficialmente. Esto tiene un impacto en la representación de las personas mayores en la sociedad, lo que a su vez determina las prácticas sociales de las cuales son objeto. Esta etapa les ofrece un nuevo estatus social el cual tienen que aceptar y al que se tienen que adaptar. (Manzanares y Rodríguez, 2003; Bordignon, 2005)

En este ámbito cabe destacar la Teoría Psicosocial de Erickson (1970), ya que fue uno de los primeros autores que consideró la vejez como una etapa más de la vida, dándole la misma importancia que a las anteriores. La teoría de la psicología social de Erickson se divide en ocho etapas psicosociales desde la infancia hasta la vejez. Cada etapa marca un ajuste importante que las personas deben realizar a nivel biológico (soma), psicológico (psique) y social (ethos), y cada etapa se basa en la etapa anterior, que se denomina principio epigenético. Asimismo, cada vez que se pasa de etapa es similar a una crisis o un conflicto en evolución. (Manzanares y Rodríguez, 2003; Bordignon, 2005).

Según Erikson, cuando las personas mayores están en la última recta de su vida, su tarea es examinar sus vidas de manera conjunta y coherente, recapacitar sobre esas ocho etapas. Necesitan aceptar sus vidas y creer que han hecho todo lo posible en sus propias circunstancias. Si completa con éxito esta tarea, desarrollará la integridad del yo, y se beneficiará solo después de luchar contra la desesperación. Las personas solemos temer a la muerte y cuando se acerca podemos mostrar desprecio por la vida, pero siempre se anhela poder volver a vivirla. Para poder tener la fuerza propia de la edad es necesario mantener la entereza y la sabiduría, aceptando así las restricciones propias. (Moreno, 2004).

El envejecimiento es un proceso de transformación y cambio que requiere una elaboración psíquica, y debe caracterizarse en un orden subjetivo y, por tanto, insertado en el orden social. El proceso de envejecimiento es complejo y pasa por todos los humanos desde el mismo momento del nacimiento, la edad de cada persona está determinada por su estilo de vida, por lo que los cambios de cada persona, debido a este proceso, son diferentes, lo que constituye un proceso diferente en cada una de ellas, además, cada persona es distinta y asume los nuevos retos que les plantea la vida de maneras muy diversas. Todos nosotros, aunque diferentes, tenemos ciertas herramientas para afrontar la vida, vivirla y crear nuestra propia persona: el sentimiento, la inteligencia y el espíritu. (Moreno, 2004; Miret, 2006; Grey y Rae, 2013; González, 2016)

Como bien sabemos existe una relación entre la edad cronológica, biológica, funcional, psicológica y social, aunque no siempre es así. Las personas mayores no dan importancia a la edad cronológica, lo realmente importante es sentir y vivir acorde a cada edad, con tu salud, con tu rol social y ser plenamente consciente de tus propias habilidades y capacidades y ser capaz de desarrollarlas de manera satisfactoria para uno mismo. Se puede influir de manera consciente, de forma negativa o positiva, en todos los aspectos nombrados en este párrafo menos en la edad cronológica que es la única que no se puede modificar. (Moreno, 2004; Grey y Rae, 2013; González, 2016)

En la vejez, el cuerpo se debilita, la fuerza física disminuye y aumenta la susceptibilidad a enfermedades y discapacidades, pero esto no es una enfermedad. Este es un proceso multifacético de madurez y declive, un proceso gradual, natural, universal e imparable. Este es solo el estado final del ciclo de vida normal. La práctica fisiológica y mental mal realizada es uno de los obstáculos para preservar la forma y disfrutar de la vida; pero hay que conocerlos para poder afrontarlos y ser felices. Deben centrarse en la actitud de contemplación y reflexión, adaptarse a sus logros, fracasos y defectos, y aprender a disfrutar de la diversión que brinda esta etapa, ya que todos y cada uno de nosotros vamos a tener que pasar por ella si nuestras vidas cursan el cauce natural de esta. (Moreno, 2004; Miret, 2006; Grey y Rae, 2013; González, 2016)

Ruipérez propone en 1996 una clasificación para las personas mayores con el objetivo de facilitar la planificación de servicios y el planteamiento que aborda la situación actual de los mayores dependientes y poder pensar en las perspectivas de futuro. Según este autor se dividen en cuatro, persona mayor sana, persona mayor enferma, persona frágil o de alto riesgo y paciente geriátrico.

Con la persona mayor sana se refieren a personas cuyas características físicas, funcionales, psicológicas y sociales coinciden con su edad. Se estima que entre el 15% y el 40% de las personas de 70 años no presentan enfermedades objetivables. Sus habilidades funcionales están bien protegidas, son independiente de las actividades básicas y de la vida diaria, y no tiene problemas mentales o sociales debido a su salud. Con este colectivo la única labor es trabajar sobre la prevención.

En el segundo puesto de la clasificación se encuentran las personas mayores enfermas que son los ancianos sanos con una enfermedad aguda. Su comportamiento es similar al de los pacientes adultos. Suelen ser personas que acuden a consultas o ingresan al hospital en un solo proceso, y no suelen tener otras enfermedades importantes o problemas mentales o sociales. Sus problemas de salud pueden ser tratados y resueltos con normalidad en los servicios tradicionales de salud de la profesión médica correspondiente.

La siguiente, la persona frágil o de alto riesgo es la cual se encuentra en un equilibrio muy inestable debido a su situación clínica, mental o social y tiene una alta probabilidad de ingresar en una institución de por vida, a menos que los recursos que se utilicen en la institución se realicen de forma adecuada. Es decir, es independiente, pero tiene un alto riesgo de volverse dependiente ya sea por una caída, una hospitalización, una infección... Las principales causas que dan lugar a este tipo de personas son las que se reflejan en la tabla 1:

Tabla 1

Características de personas mayores frágiles o de alto riesgo

Mayor de 80
Vivir solo
Ser viudo desde hace menos de un año
Cambio de domicilio desde hace menos de un año
Patología crónica que condiciona incapacidad funcional (ictus, insuficiencia cardiaca hace menos de seis meses, Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, caídas, déficits visuales y/o auditivo severos...)
Enfermedad terminal (neoplasia avanzada, demencia severa, otras con pronóstico vital inferior a seis meses...)
Tomar más de tres medicamentos al día
Prescripción en el último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes
Ingreso hospitalario en el último año
Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
Deterioro cognitivo
Depresión
Situación económica precaria

Nota. Siguiendo a González (2016)

En este grupo entran en juego los tres tipos de prevención, la primaria, secundaria y terciaria, cargando el peso de la responsabilidad en la prevención primaria.




En el último punto de la clasificación está el paciente geriátrico que es una persona mayor con varias enfermedades crónicas avanzadas el cual tiene una discapacidad evidente. Estas personas necesitan ayuda en las actividades cotidianas como es el autocuidado, además, suelen presentar también alteraciones mentales y problemas sociales. Para diagnosticar a una persona dentro de este colectivo resulta útil valorar si tiene tres o más de los siguientes puntos:

- Mas de 75 años

- Pluripatología (dos o más enfermedades crónicas en un mismo paciente) relevante
- Carácter incapacitante del proceso de su enfermedad
- Acompaña algún tipo de patología mental
- Existe algún problema social asociado con su estado de salud.

A modo de resumen de lo explicado en los párrafos anteriores la figura siguiente:

Figura 1
Tipologías de ancianos: perfiles clínicos.

			
Concepto	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable.	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición que se mantiene compensada (en equilibrio con el entorno) (alto riesgo de descompensarse) (alto riesgo de volverse dependiente).	Edad avanzada y algunas enfermedades crónicas que provocan dependencia, suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social.
Actividades instrumentales vida diaria **	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).	Dependiente (para una o más).
Actividades básicas vida diaria ***	Independiente (para todas).	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).
Comportamiento ante la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia.	Alta tendencia a la dependencia.	Tendencia a mayor progresión de la dependencia.
Probabilidad de desarrollar	Baja.	Alta.	Muy alta.

Nota: Parte general. Capítulo 1: Definición y objetivos de la especialidad de Geriátría. Tipología de ancianos y población diana.

Para este colectivo, el objetivo que quería conseguir Ruipérez, además de una adecuada valoración precoz por parte de la atención primaria, es la organización y la colocación de las personas según su estado y prevenir que existan suficientes espacios socio-sanitarios donde se requiera la institucionalización de las personas según su estado físico y psíquico.

4.2. Envejecimiento y educación

4.2.1. Necesidades básicas de las personas mayores

Los servicios sociales han organizado los recursos y sus acciones con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población.

Basándose en la opinión de diferentes expertos, el Plan Regional Sectorial de Personas Mayores (Junta de Castilla y León, 1995) señala las siguientes necesidades básicas de las personas mayores:

1. Cobertura económica básica.
2. Necesidad de ser informado. Acerca del proceso de envejecimiento y se la etapa de la vejez.

3. Intercambio cultural. Los ancianos tienen muchos conocimientos y saberes gracias a sus experiencias que pueden ser de gran ayuda en la sociedad y para otras generaciones más jóvenes.
4. Reconocimiento personal y social.
5. Autonomía e independencia.
6. Permanencia en su medio natural el mayor tiempo posible.
7. Adaptación psicológica.
8. Mejora de las relaciones sociales. Es la mejor herramienta para luchar contra el aislamiento y la soledad.
9. Alojamiento. Los cambios físicos que se producen en nuestros cuerpos hacen que tengamos que adaptar nuestro hogar a nuestras capacidades.
10. Atención especializada.

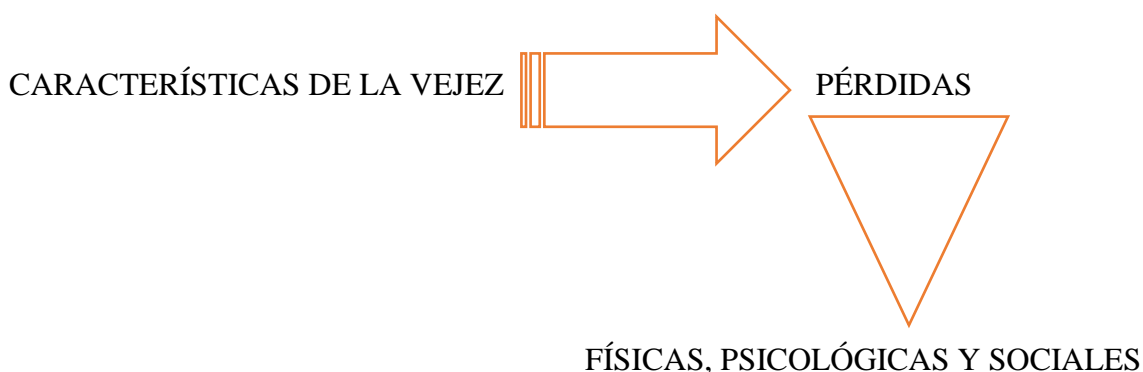
Es necesario conocer las necesidades básicas para poder ayudar a satisfacerlas, además, es muy importante reconocer cuál de ellas falta y poder completarla para una mejora de calidad de vida. Es muy interesante dar a conocer, a las personas mayores, esta información para que ellos también sean capaces de detectar los déficits que hay en sus vidas e intentar solucionarlos.

Todos los puntos marcados por el Plan Regional Sectorial de Personas Mayores marcan unos objetivos claros y definidos sobre los cuales los poderes públicos tienen la obligación de incidir con un trabajo firme y constante que alcance todos y cada uno de las necesidades marcadas, por lo demás, nuestro gremio tiene que estar atento para exigir que se cumplan, intentando en todo momento que este garantizada una asistencia digna para nuestros mayores.

4.2.2. Características del envejecimiento centradas en el déficit

Figura 2

La vejez vista desde el déficit.



Con el envejecimiento se asocia la pérdida, es decir la falta de alguna capacidad que anteriormente sí tenía. La pérdida puede ser traumática o no y puede ser repentina o gradual. Es importante señalar que esta pérdida existe a lo largo del ciclo de vida, pero su impacto se acumula gradualmente en la edad adulta, y con la nueva pérdida, reaparecerán los viejos sentimientos que aparecieron en otros momentos de la vida. La pérdida que sufren los ancianos se da en tres aspectos, que tienen que ver con la definición que he asignado a la vejez: pérdida física, pérdida psicológica y pérdida social. (Manzanares y Rodríguez, 2003)

La pérdida física es la más obvia y la que se detecta con mayor rapidez. La vejez conduce a cambios en los rasgos faciales, en la postura corporal, en la fuerza muscular y en las capacidades audiovisuales. Todos somos conscientes de los cambios que sufre nuestro cuerpo tanto como por dentro como por fuera. La pérdida en esta área se llama pérdida biológica y no ocurre al mismo ritmo en todos los organismos.

Con el paso de los años nuestro cuerpo se va deteriorando, van apareciendo cambios en la composición corporal, como puede ser la redistribución de la masa grasa y un descenso de la masa magra. Una de las peores cosas es lo que se conoce como sarcopenia que es la pérdida involuntaria del músculo que soporta el esqueleto, lo que produce una pérdida de fuerza. Otra característica de las personas en edad avanzada es lo mucho que les puede afectar otros agentes que les produzca estrés. Le sigue la disminución de la capacidad para mantener la homeostasis, es decir la capacidad que tiene un organismo de mantener su condición interna estable. Otro de los aspectos a destacar en este colectivo es la reducción de la función renal, que da consecuencia otros factores de riesgo como son, la esclerosis vascular y una capacidad menor de la orina, esto produce una disminución de la eliminación de productos metabólicos de desecho. También es frecuente cambios en el sistema cardiovascular que provocan efectos negativos a la hora de realizar ejercicio, ya que se produce una caída en la capacidad de aumentar la frecuencia cardiaca, una mayor prevalencia de la hipertensión arterial y un mayor riesgo de arritmias. El sistema nervioso es el más afectado, siendo así, la memoria y la atención de las esferas cognitivas, son las peor paradas, además de producir alteraciones en la función motora y en el proceso del sueño. Las personas mayores, también, presentan cambios en huesos y articulaciones. La densidad ósea disminuye, además, el cartílago articular también sufre alteraciones celulares y mecánicas, lo que da lugar a un proceso degenerativo que ocasiona artrosis, y que la articulación se vuelva más rígida y frágil. (Agirre, 2018)

La pérdida psicológica se define como el envejecimiento mental causado por cambios en los procesos sensoriales y de percepción, las habilidades motoras y las funciones mentales (memoria, aprendizaje e inteligencia). Habitualmente en el campo de la psicología se produce el envejecimiento cognitivo, que se refiere al declive en la capacidad de absorber nueva información y la dificultad para aprender nuevos comportamientos. (Manzanares y Rodríguez, 2003)

El deterioro cognitivo no suele aparecer antes de los setenta años de edad, y suele estar determinado sobre todo por enfermedades físicas. Al contrario de lo que muchas personas

creen, la mayoría de las personas mayores conservan un grado considerable de capacidades cognitivas y psicológicas. Para muchas personas, la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. El declive debido al envejecimiento mental es mucho más limitado y afecta principalmente a tareas que deben realizarse con rapidez. El motivo del bajo rendimiento de las pruebas de inteligencia es que las personas mayores tienen tiempos de reacción más largos, menor motivación y poco tienen que ver con la capacidad de inteligencia, ya que se desenvuelven mejor en las pruebas de problemas cotidianos y conocimientos sociales. Según Miret, (2006) la existencia es la ocupación continua y el seguir estando activo, lo que traerá vitalidad. (Moreno, 2004).

En cuanto a los cambios psicológicos, las personas mayores deben concienciarse primero del concepto de tiempo. Se dan cuenta de que esto es limitado y la toma de conciencia también está relacionada con la identidad. La crisis de identidad está asociada a una introspección del autoconocimiento. Con el tiempo hay una experiencia de pérdida, que marca el proceso de envejecimiento. La pérdida es una experiencia que te hace sentir que ya no tienes algo importante, real o no. Implica el proceso de duelo y no solo se relaciona con la muerte. Además de superar los cambios en el estado laboral y el deterioro de la salud física y las habilidades, la mayoría de las personas también deben enfrentar una serie de pérdidas (amigos, familiares). La capacidad de compensar lo sucedido, superar las pérdidas y afrontar el futuro es fundamental para las personas mayores porque reduce la posibilidad de que se repitan las crisis de identidad. Además, aparece el miedo, al envejecimiento, al deterioro, a la dependencia, a la soledad y a la muerte. (Moreno, 2004).

Las pérdidas sociales se reflejan en cambios en la esfera social porque las interacciones sociales de las personas disminuyen. El entorno social determina el significado de la vejez de una persona, esta pérdida se llama envejecimiento social. Una de las principales pérdidas es la pérdida del rol laboral que se produce después de la jubilación. Los roles sociales están apegados a las normas y convenciones sociales que prescriben, controlan o regulan el comportamiento correcto y aceptable.

La mayoría de la literatura vista anteriormente se centra en los déficit y pérdidas cuando se refiere a este colectivo, aunque, no obstante, parece que hay un cambio que permite ser optimistas centrado en los individuos, en su crecimiento personal y su prospera calidad de vida, lo veremos en el punto que viene a continuación.

4.2.3. Envejecimiento visto desde la oportunidad

Respecto a la socialización y las relaciones interpersonales, el psicólogo Miguel Costa (2003, p. 35) habló del envejecimiento activo, el llamado “empowerment”. En sus palabras, es como la capacidad de ganar y mantener el control de la vida y esta capacidad suele estar relacionada con la salud, que es muy importante para que las personas mayores tomen decisiones. Al hablar de personas mayores, se refieren a personas con creencias, experiencia, conocimientos, etc. Afirmó que el concepto social de nuestra vida no es

bueno para las personas mayores y un envejecimiento saludable requiere que los individuos controlen su vida. Costa, dijo que los resultados en la vida han dejado huellas y penetrado en nuestra biografía. Han aparecido dos enfoques muy interesantes que explican el ambiente social de las personas mayores y son la teoría del retiro que en general habla de la jubilación y el tiempo libre y la otra es la teoría de la actividad que habla de la calidad de vida. (Ministerio de trabajo y asuntos sociales, 2003)

Hay autores como Williams y Wirths (1965) que hablan de envejecimiento con éxito y lo definen como un proceso de adaptación en el que las personas crean y aumentan sus capacidades para la resolución de conflictos y pueden disminuir la importancia de las consecuencias de las pérdidas propias del paso de los años. Fisher (1992), por ejemplo, dice que se crean estrategias para afrontar las dificultades. Leyendo diferentes autores, llegan al mismo punto de encuentro, en el que dicen que para un envejecimiento positivo es necesario el bienestar y la satisfacción con la vida y que envejecer es una condición para tener una buena calidad de envejecimiento. (Parra, 2005)

En esta misma línea y hablando del envejecimiento activo, la OMS, se pronuncia alegando que es una herramienta política que poco a poco va avanzando y seguirá haciéndolo en el contexto de un cambiante panorama político y social. Lo define como un proceso interactivo y de optimización de la salud, de la participación y de la seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la sociedad que envejece. (Zunzunegui y Belánd, 2010; Faber, 2016)

El envejecimiento activo incluye no solo la salud física y mental, sino también la participación en la sociedad y su integración en la sociedad, y establece los derechos de las personas mayores como ciudadanos de nuestra sociedad. Se basa en los derechos de las personas mayores y reemplaza el enfoque basado en las necesidades de tratar a las personas mayores como sujetos pasivos. Se requieren acciones en las áreas de economía, cultura, trabajo, seguridad social, vivienda, transporte, justicia y desarrollo urbano y rural. El sector de los servicios de salud puede servir como enlace para la acción a través de otros sectores. (Zunzunegui y Belánd, 2010; Faber, 2015)

Centrándonos en el envejecimiento activo de nuestro país, los mayores españoles gozan de diferentes ventajas para lograrlo. Las pensiones que da seguridad económica y con acceso a los servicios de salud y sociales mediante cobertura universal; el sistema de salud y la Ley de Promoción de la Autonomía; una vida mediterránea que incluye la dieta mediterránea, las fuertes redes sociales y familiares, y la costumbre de incluir la marcha en la actividad cotidiana. (Zunzunegui y Belánd, 2010)

En esta línea, en los últimos años se persigue un cambio en el paradigma de intervención con personas en situación de dependencia, entre ellas las personas mayores: la atención centrada en la persona (ACP). Un modelo basado en la búsqueda del cuidado y apoyo de las personas para que puedan seguir teniendo el control de su entorno, desarrollar sus capacidades y sintiéndose bien consigo mismos y con su vida cotidiana. Pretende incrementar la calidad de la atención relacionada con la calidad de vida en esta etapa,

dejando así, los modelos de cuidados tradicionales a un lado, fijando su propósito en las capacidades y no en los déficits y apoyando la autodeterminación de las personas. (Martínez, 2015). Existen tantas definiciones como contextos en donde este modelo es aplicable, pero todas ellas tienen en común los aspectos más importantes. Rodríguez (2010) define el enfoque ACP: “La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”.

En la primera mitad del siglo XX aparece el término Atención Centrada en la Persona dentro de la psicología humanista. El pionero de este modelo es Carl Rogers, que en 1951 escribe un libro titulado “*Terapia Centrada en el Cliente*”. Este autor quiso cambiar el término paciente por clientes, dando a entender que las personas no estaban enfermas. En este libro explica que las personas deben de conocer su situación para poder cambiar el concepto de sí mismos, de las actitudes y el comportamiento. Él se refiere al modelo como “la terapia” y explica que la labor del terapeuta es favorecer actitudes psicológicas positivas para que sea el propio individuo quien pueda realizar los cambios. Para él, el terapeuta tiene que aceptar y respetar a la persona que le demanda ayuda, tener empatía y ser sincero y constructivo con “el cliente”. Esto da lugar a relaciones más cercanas, más humanas (Alejos, 2016).

Hay dos ámbitos de actuación en este modelo. El primero es la atención individualizada y el segundo el ambiente, que tiene que dar los recursos suficientes para favorecer el entorno y el abastecimiento de apoyos, ya que tienen un papel fundamental. Rodríguez (2013) cree que es importante facilitar las relaciones sociales y poner a disposición ambientes hogareños que favorezcan la autonomía, el descanso y las relaciones personales. (Matinez, 2015; Alejos, 2016)

Todas las personas tenemos un proyecto de vida, porque alguna persona mayor este en un centro residencial de manera temporal o definitiva no significa que haya dejado de tenerlo. Muchas de las personas que ingresan en un centro para personas de tercera edad ven mermadas sus expectativas y aparece en ellas el sentimiento de frustración, por ello la ACP da a conocer la necesidad de establecer un plan de atención y de vida, en el que la misma persona sea la protagonista y junto con diferentes profesionales, decida sobre su vida. Recolectar las habilidades de cada persona para que a través de estas habilidades puedan proponer y lograr los objetivos propuestos. El plan debe ser visto como un proceso continuo, abierto y participativo en el que se establecen pautas de acción a través del diálogo. (Alejos, 2016)

4.2.4. Preparación y calidad de vida en el envejecimiento.

Lo anteriormente expuesto define los beneficios para nuestra sociedad del envejecimiento activo, en el que aparte de lo nombrado en los párrafos anteriores es necesaria una previa

adaptación a esta etapa, además de una continua educación no formal y promover la educación a lo largo de la vida, en la que sigan aprendiendo y renovándose, ya que, en esta vida, seas mayor o joven, hay que estar siempre al día de los cambios y avances de la sociedad y aprender de ellos.

La mayoría de los cambios mencionados anteriormente están relacionados con situaciones que ocurren después de la jubilación, normalmente, si no hay una preparación previa, esto cambiará mucho el estilo de vida. La jubilación es a menudo un incentivo para envejecer. Algunas personas incluso dicen que una persona no se jubila porque sea vieja, sino que se jubila y envejece, muchas personas piensan, una vez jubiladas, que tienen demasiado tiempo libre, que no hacen nada productivo con sus vidas y dejan pasar los días sin motivación alguna. Para algunas personas, la jubilación es un período de estrés y pérdida de prestigio, que implica pérdida del poder adquisitivo o pérdida de la autoestima. Para otros, es hora de disfrutar del tiempo libre y sin compromiso laboral. Pero la mayoría de las personas no están acostumbradas a utilizar su tiempo libre, después de la jubilación se enfrentan a un factor que penetra en la crisis de identidad, que, como mencionamos antes, afecta a muchas personas mayores. (Moreno, 2004).

Desde la perspectiva de una salud física y mental razonable, es posible realizar una planificación básica desde el punto de vista económico y psicológico, condición necesaria para llevar una vida activa en la vejez y disfrutar de la jubilación. Si no es así puede llegar a una sensación de devaluación, inquietud ante el tiempo libre disponible, y condena a sufrir una enorme crisis psicológica. Si se quiere lograr la calidad de vida en la vejez, este plan nunca debe posponerse para la última hora.

La complejidad del término de calidad de vida, dificulta la determinación de la calidad de vida de los ancianos, el término involucra muchas variables interrelacionadas y muy singulares que es difícil describir y ponderar por separado. Algunas son metas más fáciles de medir que pueden cumplir con las que se consideran necesidades básicas: niveles económicos, socioculturales, funcionales, problemas de salud y otras metas subjetivas, que están relacionadas con las percepciones de las personas sobre ciertos aspectos, condiciones de vida difíciles de medir, tales como satisfacción, felicidad, autoestima. No hay un acuerdo de la definición por parte de los investigadores. Lolas (1992) es un gerontólogo chileno que insiste en las variables subjetivas y explica que se trata de una estructura subjetiva, multidimensional y compleja y que es la autosatisfacción de varias áreas importantes, incluyendo tanto los aspectos positivos como los negativos. Por otro lado, está la OMS, que lo define como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. También están Torrea Ortuño y otros, autores que intentar relacionar ambas. (Moreno, 2004).

Hablando de la calidad de vida y de su mejora, desde este trabajo se considera que la educación, la actividad y el uso de las nuevas tecnologías es fundamental en estos últimos años.

El modelo tradicional ya no es viable porque se basa en el concepto de déficit en la vejez, que solo considera pérdidas y disminuciones, la posibilidad de ver el lado positivo es mínimo y es algo en lo que hay que poner el foco y trabajar sobre ello. Aun existiendo en el imaginario social en forma de prejuicios y malentendidos, es necesario separarse para posicionarse en este proceso y maximizar el potencial de cada persona sin perder de vista su envejecimiento y asumiendo los cambios que van ligados a él, teniendo siempre presente las oportunidades que brinda esta nueva etapa.

La Gerontología Educativa es un intento de ampliar y aplicar los conocimientos sobre educación y envejecimiento para prolongar y mejorar la vida de las personas mayores. Se preocupa por el desarrollo de modelos de formación de adultos que reflejen las capacidades actuales de aprendizaje y desarrollo de los adultos y las necesidades de formación de las personas mayores. (Araneda y Roberto, 2007).

Miret Magdalena (2006) publicó un libro con ochenta y nueve años que lo tituló “Como ser mayor sin hacerse viejo” en el que elimina muchos prejuicios negativos sobre el estado físico y mental de las personas mayores. Él explica que los últimos avances psicológicos proporcionan una gran cantidad de datos que pueden asegurar que incluso los defectos o la discapacidad puedan estimular a las personas a desarrollar habilidades, de modo que puedan llevar una vida satisfactoria y ser útiles para los demás. El medio es un factor clave para las personas mayores. El autor sugiere que se creen un plan de vida en la que sigan presentes las perspectivas, ya sean antiguas o nuevas y sirvan como estimulante. (Miret, 2006).

4.2.5. La importancia de la educación en la vejez.

Para conseguir mejorar la calidad de vida de este colectivo y relacionarlo con la educación social, es necesario hablar de la Educación para el envejecimiento. En esta, se establecen pautas para las personas mayores que deben formularse de una manera diferente y dinámica que libere a todos de los prejuicios. Por un lado, debido a que las personas más jóvenes no atienden al proceso de envejecimiento y no le dan importancia a la edad ni a su avance, tienen prejuicios sociales frente a este proceso. Para ello se deben realizar actividades de integración intergeneracional para evitar su aislamiento y acumulación de habilidades y experiencia. Existen programas que trabajan en esta línea como puede ser el programa “Para hacer Mayores los Derechos de nuestros Viejos” que se da especialmente en escuelas primarias. (Moreno, 2004).

Para mantener la calidad de vida, las actividades también son necesarias. En el envejecimiento, realizar una tarea no debe constituir tan sólo el hecho de realizar cualquier actividad, dando así un sentido preciso a cada una de ellas. Para la salud mental de las personas es bueno estar ocupado y realizar actividades que te gusten y motiven y así afrontar la vida con más ilusión, uno de los aspectos más importantes de esta, de ilusiones no se vive, pero hace que alcancemos objetivos increíbles, como dijo Neruda (1924, Poema 12) “es en ti la ilusión de cada día”. Las actividades deberían causar alegría

y desarrollo en su estado de ánimo y en su inteligencia respectivamente, así como ser un complemento activo en su entorno y en la sociedad.

Aquellos que programan actividades con objetivos de rehabilitación, educativos o sociales y culturales pueden pensar que es legal ocupar tiempo solo para entretener a los demás, sin importar cuán suficiente sea. Sin embargo, le haremos un flaco favor a la gente si solo buscamos su distracción, además es difícil competir con importantes empresas de entretenimiento en este campo. Ahora, ocupar el tiempo libre es mucho más que entretenimiento. En ese punto convergería el trabajo de todos aquellos profesionales que abogan por la Pedagogía de la Longevidad (Liliana, 2008; Gonzáles, 2016) independientemente de que sus presupuestos provengan de terapia ocupacional, educación social o animación sociocultural. (Tabla 2)

Tabla 2

Objetivos y profesionales de los centros residenciales de personas mayores

Objetivo	Quién se encarga de llevarlo a cabo
Recuperar la función a través de la ocupación	Terapeutas Ocupacionales
Fomento de la integración social desarrollando, adquiriendo y / u optimizando habilidades sociales, así como mejorando el estado de ánimo promoviendo la asimilación de impulsos sociales, culturales y educativos.	Educadores/as sociales
Abogar por el empoderamiento y la participación social creando la oportunidad y el deseo de convertirse en un agente activo en su propio desarrollo y un agente activo en el desarrollo de su comunidad.	Animadores/as socioculturales

Nota. Siguiendo a González (2016)

La educación social y la animación sociocultural, en la medida en que la segunda es una de las áreas de intervención de la primera, concibe la programación de actividades en el marco de subordinar los proyectos a los programas y de éstos a los planes. Los términos plan, programa y proyecto son utilizados indistintamente por muchos autores, principalmente por la gran interrelación y dependencia que existe entre ellos. Sin embargo, no tienen el mismo significado que en los conceptos de ocupación, actividad o tarea que generalmente se definen en la terapia ocupacional. (González, 2016).

Ursula Lehr (2002) explica que la actividad física es uno de los requisitos más importante para tener una vejez satisfactoria, en todos los aspectos, tanto en el ámbito físico y en el psíquico, así como en la actividad mental, considerando que las personas mentalmente activas con más interacciones sociales y con visión de futuro tendrán un bienestar psicológico y físico más profundo cuando sean mayores y, por lo tanto, tendrán una comprensión más profunda de la calidad de vida. Específicamente señaló que la reducción de la actividad intelectual puede acelerar el proceso de envejecimiento. La actividad evita algunos fantasmas del envejecimiento: aburrimiento, vida cotidiana, aislamiento, soledad... Si la actividad que realiza es grupal es mucho más interesante de analizar ya que se crean lazos emocionales que sirven de sostén, de red, en el suele encontrar su

espacio para ser escuchado y escuchar ya que tiene algo en común con esas personas, la actividad. (Lehr, 2002)

Para terminar, consideramos necesario hablar de la educación de personas adultas (EPA) puesto que este colectivo se incluye en ese tipo de educación enmarca en el aprendizaje a lo largo de la vida. Se trata de un tipo de educación que es muy importante para mejorar la calidad de vida en la etapa de la vejez. Esta educación está presente en las residencias y centros específicos para personas mayores, aunque sería muy interesante poder crear una unión entre los usuarios de residencias y los demás colectivos participantes en este tipo de educación. La educación no formal en adultos sirve para intentar comprender las relaciones que se han establecido en nuestra sociedad, y la realidad de ellas. Además, es una herramienta muy útil para conseguir la cooperación social (Díaz, 2003).

Debido a los constantes cambios que se producen en nuestra vida, obligando a una actualización permanente de nuestros conocimientos, la educación a lo largo de la vida es exigencia de la sociedad para evitar quedar excluido de ésta. Los cambios que se producen pueden ser sociales, económicos, políticos y culturales. Además, el ser humano, antropológicamente hablando, es un ser inacabado, en constante formación. El aprendizaje a lo largo de la vida favorece el bienestar psicológico y mejora aspectos como el crecimiento personal y propósito en la vida de las personas. (Castro, 2009)

Uno de los mayores cambios que ha sufrido nuestra sociedad es el rápido avance en la tecnología. Un ejemplo de que seguimos en constante aprendizaje durante toda nuestra vida es que los profesores tienen que estar en un continuo aprender con relación al ámbito nombrado, tienen que fortalecerse según las capacidades de su país en lo que invade al desarrollo de esta esfera y compartir sus conocimientos con el resto de la sociedad (Delors, 1996), por eso las personas mayores del siglo XXI tienen nuevos retos.

La OMS (1998) en “Salud para todos en el siglo XXI” explica que para la mejora de vida del anciano es necesario saber utilizar las TIC. Las iniciativas de la Unión Europea van enfocadas en la misma dirección, tienen como objetivo el empleo de ordenadores como instrumento de ayuda en el ocio, la información y la participación. Otro programa existente relacionado también esta línea es el programa “Mayores en Acción” donde su objetivo principal pone el foco en la difusión de las nuevas tecnologías y el acceso de la información en los mayores. Pavón (1998, p.201-211) cree que mejora la relación intergeneracional, la actividad de vida y mejora también la autoestima, la participación social y las aportaciones de la persona a la sociedad, por eso los mayores no pueden quedarse al margen y deben aprender también con las nuevas tecnologías. Envejecer es vivir y nunca se deja de aprender, la pedagogía nunca rechazará el aprender en ninguna etapa de la vida.

Aunque la EPA hasta hace no mucho era pura y dura alfabetización, aprender a leer y a escribir, hoy puede aportar metodologías diferentes, innovadoras a la educación tradicional a la que estamos acostumbrados y acostumbradas. Se proponen enfoques más abiertos, interdisciplinarios, además de intergeneracionales. Puede otorgar mayor

importancia a lo colectivo y al intercambio. En la educación social se realiza una invitación constante a que todos eduquen a todos y todos nos eduquemos en conjunto, por lo tanto, es una educación social de inclusiones. (Ortega, 2009)

Freire (1961) apunta de forma literal: "... el aprendizaje y profundización de la propia palabra, la palabra de aquellos que no les es permitido expresarse, la palabra de los oprimidos que sólo a través de ella pueden liberarse y enfrentar críticamente el proceso dialéctico de su historización (ser persona en la historia)". Con esto quiere decir que las personas deben saber que son las autoras de su propia vida y una vez que aprenden eso pueden escribir su vida y ser protagonistas de su propia historia, también en su periodo de envejecimiento.

Nunca dejamos de aprender, aunque una persona se niegue a seguir aprendiendo las situaciones que le brinda la vida siempre hacen que aprenda ya sea una situación de felicidad o situaciones duras que se presentan a lo largo de la vida, como los duelos, o lo acontecido durante esta pandemia.

Por lo tanto, que el envejecimiento sea positivo y placentero depende en gran medida de cómo nos preparemos para la última etapa de nuestra vida. El espíritu permanece despierto, mientras uno se interese por las cosas que hace, se trata de no perder nunca la curiosidad, ya que cuando se pierde, es cuando te haces viejo. Nuestros mayores nos enseñaron que incluso si se pierden algunas cosas (como la juventud), se encontrarán otros dones (como el autoconocimiento). Ahora es el momento de abandonar la idea de que en el envejecimiento simplemente se pierde.

Todos estos aspectos pueden ponerse en práctica desde distintos planteamientos teóricos, no obstante, retomamos en este apartado la ACP, considerando que va a ser el paradigma que empiece a cobrar más protagonismo en los centros residenciales de personas mayores, tal y como ya está sucediendo en algunas comunidades autónomas de nuestro país.

La atención personalizada es el objetivo básico del modelo de atención orientada al ser humano, significa que los usuarios tienen un rol central y pueden participar en el proceso de atención de acuerdo con sus capacidades y deseos. Desde ese objetivo se tendrá que transformar el entorno para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores y favorecer su desarrollo.

4.2.6. La labor del educador/a social en los centros residenciales.

Nuestra profesión hoy en día no está valorada como se merece, aunque poco a poco va siendo reconocida. Es cierto que, como en todo, la construcción de un nuevo campo profesional es un proceso lento y difícil que poco a poco va consiguiendo su lugar.

A modo de resumen de los siguientes párrafos en los que vienen explicadas las tareas que realizan los educadores/as sociales, se presenta la siguiente tabla.

Tabla 3

Labor que realiza el educador/a social en las residencias de ancianos

1. Generar un clima que fomente la convivencia y las actividades cooperativas.
 2. La comunicación y la comprensión mutua.
 3. Aprendizaje y desarrollo de la convivencia.
 4. Búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos y la participación comunitaria.
 5. Acompañamiento.
 6. Capacidades de escuchar y retroalimentarse.
-

Centrándonos en los centros residenciales, sí que existe el papel del educador/a social y se caracteriza por trabajar en la intervención directamente en los recursos y la mediación para lograr la plena y buena integración social del colectivo de personas mayores, cuyos objetivos son la atención, las necesidades de relación, la comunicación y el compartir experiencias con las personas residentes.

Una de las funciones que se les presenta casi a diario con el colectivo de personas mayores es la función de mediadores. Este término es definido por Cohen Emérique (1997, p. 9.) como: “intermediación en las diversas situaciones y circunstancias en las que aparecen dificultades y problemas de comunicación”. Con esto quería decir que el educador/a debe de conocer la cultura de las personas con las que trabaja y así poder acercarse a ellos. El colectivo con el que trabaja, como bien expongo en los párrafos anteriores, es excluido, normalmente tras su jubilación, de las distintas esferas de la sociedad aun que sigan vinculados a ella. Según los autores Martínez de Miguel y Escarbajal Frutos (2009), existen tres ámbitos en los que trabajar con las personas mayores. El primero la mediación para la prevención, incluso en relación con la vulnerabilidad socioeconómica; le sigue la resolución de conflictos culturales y termina poniendo el foco en la mediación para poder crear y desarrollar nuevas estrategias de relación e intervención entre los diferentes colectivos, en diferentes ámbitos de contacto y de la relación social (Belchí, G. *et al.*, 2017).

El colectivo de personas mayores, como ya hemos visto anteriormente, se enfrenta a conflictos personales y sociales, por eso es fundamental el papel del educador/a social ya que puede aportar una perspectiva muy buena y ayudar a sensibilizarlo y motivarlos en la nueva etapa de su vida, hacerles entender que es una oportunidad para mejorar, considerándolo así un proceso de crecimiento personal y social. Un cauce en el que se puede enfocar nuestra intervención en el ámbito de mayores es en las relaciones interpersonales. Podemos basarnos en el trabajo de Martínez de Miguel y Escarbajal Frutos (2009) en el que explican que deben de ser capaz de comunicarse e interactuar con los demás, y hacerlos sentir seguros, poder analizar su propia situación y antecedentes y participar activamente en su propio desarrollo social y personal. Esto es algo que se ha reflejado claramente y que refleja la acción de la figura del educador/a social. (Belchí, G. *et.*, 2017)

Es necesario un profesional que tenga los recursos, conocimientos y técnicas necesarias para cualquier intervención y para poder dar una solución ante los problemas que se

presentan en estos centros, dándolos la vuelta y viéndolo como una oportunidad y no como un problema. Las personas mayores necesitan algo más que un mero asistencialismo, así como puede ser una intervención socioeducativa, donde el profesional de la educación social cobra especial importancia.

En los centros residenciales hay una ausencia de innovación, precisando así crear nuevos proyectos individualizados en los que gestionen sus propias experiencias, necesidades y capacidades, buscando con esto la autorrealización de cada individuo y una mejora en su autoestima. También, es necesario realizar una evaluación de los proyectos ya establecidos para una posterior mejora. El pilar fundamental es dar participación, dar protagonismo a las personas y no delegar los problemas ajenos a terceros y que la toma de decisiones sea autónoma. Todo aquello en lo que un educador/a social tiene competencia en el colectivo de personas mayores. (Buedo-Guirado, C. et al., 2018)

Hoy, se está abriendo paso enfoque de Atención Centrada en la Persona, como ya hemos reflejado con anterioridad; para llevar a cabo la ACP es necesario el desarrollo de unas competencias profesionales determinadas. Ahora, los profesionales no son los únicos que deciden, las personas afectadas tienen un papel central y activo. Los profesionales deben de trabajar desde las historias de vida de cada persona, escuchándolas, apoyándolas y ayudándolas en la búsqueda de oportunidades para poder desarrollar sus capacidades y tener el control de sus propias vidas. Para que esto sea posible, deben de plantearse propuesta flexibles y adaptadas a cada persona. Además, el equipo implicado debe de ser original para conseguir la implicación de las personas. En conclusión, se trata de establecer entornos terapéuticos, estimulantes y respetuosos con los gustos y preferencias de las personas que viven en ellos. (Martínez, 2015; Alejos, 2016)

Cada transformación generará una serie de necesidades en el desarrollo profesional, entre ellas: adoptar la creencia de este nuevo modelo, sensibilizar sobre la necesidad de una atención personalizada, adquirir nuevos conocimientos y habilidades, y asumir nuevos roles profesionales. En conclusión, la implementación de este nuevo modelo requiere la participación de profesionales de distintos ámbitos, entre ellos se encuentra el educativo, se necesitan profesionales expertos en este tema. El papel del educador/a social, por lo tanto, entra en juego en la implantación de este nuevo modelo centrado en las personas y en brindar oportunidades para su mejora de calidad de vida.

4.3. La realidad de un centro residencial: legislación y funcionamiento

4.3.1. Normativa de las Residencias de ancianos antes del COVID.

A lo largo de los años, ha habido muchos documentos que recogen los derechos de las personas mayores. La primera mención sobre personas mayores aparece en la Constitución Española de 1978 (Boletín Oficial del Estado, 29 de Diciembre de 1978), en el artículo 50 que habla de las personas mayores y establece que

“los poderes públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad. Así mismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán a los problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

Fundamentándose en este artículo y con la finalidad de implementar políticas sociales, en 1992 se aprobó el Plan Nacional de Geriátría (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1992), que proponía la meta de la población anciana. A lo largo de los años, el documento se ha ido modificando para adaptarse a la situación en cada instante. El Programa Nacional de Geriátría se lanzó en 2000.

También, el Real Decreto N ° 2171/1994 (publicado en el Boletín Oficial el 4 de noviembre de 1994) modificado por 428/1999 (Boletín Oficial del 12 de marzo de 1999) regula la constitución y gestión del Consejo de Estado de la tercera edad. Se trata de un organismo informativo vinculado al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Entre sus funciones se encuentran el asesoramiento sobre las convenciones públicas sobre personas mayores, aplicar y dar seguimiento al Programa Nacional de Geriátría, y realizar investigaciones y recomendaciones de investigación sobre el estado de los ancianos.

El Plan de acción para las personas mayores 2003-2007 reflejó las prácticas europeas sobre los principios del envejecimiento activo, cuyo objetivo es preservar las capacidades de las personas mayores para que puedan conservar su autonomía durante el mayor tiempo posible. Los objetivos de este plan incluyen promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores. Además, en el III. El Congreso Estatal de Mayores de 2009 se obtuvo las conclusiones y propuestas del marco internacional que actualmente determinan la importancia de la política española de este ámbito.

De igual forma, se elaboró el Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo (IMSERSO, 2011) para diagnosticar la realidad de las personas mayores y trabajar desde nuevas ideas y oportunidades para que el país enfrente con éxito el fenómeno del envejecimiento. Es un documento que trabaja con las instituciones y agencias relevantes y puede diseñar e implementar pautas y medidas en relación con las personas mayores. Este documento destaca la importancia del ocio y el aprendizaje a lo largo de la vida del grupo, ya que proporcionan satisfacción y bienestar, y promueven la independencia y la autonomía. Se ha demostrado que las personas mayores que participan en actividades de ocio y promoción de la cultura, es decir, en programas de animación sociocultural, reciben beneficios que les brindan satisfacción y bienestar personal, lo que implica una mejora en su autoestima, encarcelamiento o disminución del deterioro mental y logro de una mejor calidad de vida.

Los centros para personas mayores, hoy en día, se rigen por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Para abrir un centro de este tipo tiene que cumplir ciertas características que se establecerán reglamentariamente. En los centros residenciales, que es en lo que se centra mi trabajo, se debe prestar una atención integral, continuada y profesional, siendo como una vivienda estable para los residentes como bien explica el artículo 32, Servicios y programas, en el tipo III a.

Según la ley, uno de los conceptos a tener en cuenta es el de una persona dependiente y según esta es:

“se entiende por dependencia la situación en la que se encuentra una persona mayor que, por disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o sensorial, precisa ayuda y/o asistencia importante para las actividades de la vida diaria y/o protección o supervisión de sus intereses.” Título cuarto *de la atención a las personas mayores dependientes* Capítulo Primero Disposiciones generales, Artículo 42.

La definición anterior dará paso a los principios específicos en el artículo 43, en el que explica que a las personas dependientes habrá que reconocer y respetar su dignidad como la de cualquier otra persona, su individualidad y pedir su opinión sobre las decisiones que puedan afectarla. Todos los cuidados que le presten serán orientados a su bienestar.

Las residencias de ancianos tanto las gestionadas por la Diputación como las de la Junta de Castilla y León tienen las mismas normativas.

Lo primero que cabe destacar son los derechos y compromisos que vienen registrados en el Boletín oficial recogidos en el segundo capítulo: *de los derechos y compromisos de las personas usuarias y sus representantes*.

Otro de los aspectos a tener en cuenta viene recogido en el mismo informe en el artículo ocho, en el que indica todo lo que tiene que ver con la organización que va dirigida hacia los/as residentes. El usuario debe ser el protagonista de todas las actividades del centro. La residencia es el hogar permanente de la persona, por lo que el entorno que ofrece debe garantizar su seguridad y comodidad, garantizar una atención de calidad, promover y tener plenamente en cuenta la autonomía de las personas y adaptar las prácticas habitacionales al estilo de vida de la persona en la medida de lo posible y contar con el apoyo de las familias y / o sus representantes legales. Se otorga un profesional de referencia a cada individuo y su trabajo debe estar centrado en la persona, con actividades individuales de apoyo, facilitando su coordinación diaria y a su desarrollo de vida, siendo también una conexión entre sus familiares y apoyos externos al centro.

Un aspecto necesario mencionar se refiere a las visitas a los residentes y sus salidas del centro, en concreto, además, será importante para ver en los párrafos posteriores la comparativa con la situación provocada por la COVID-19. Las visitas anteriores a la pandemia eran muy flexibles ya que eran muy necesarias para los residentes, pudiendo incluso entrar en las habitaciones de los visitados.

Al igual que las visitas, las salidas también eran muy importantes para el bienestar de las personas residentes y podían salir siempre y cuando sus condiciones físicas y psíquicas lo permitiesen, teniendo solo un requisito, avisar y registrar esas salidas.

4.3.2. Reglas y normas durante la pandemia.

La normativa expuesta en los párrafos anteriores cambia, aunque no en su totalidad, con la llegada de la pandemia COVID-19. Para este apartado se toma como referencia el *Informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias*, realizado por el Ministerio de derechos sociales y agenda 2030 (2020), así como el *Procedimiento de diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos de COVID-19 en residencias de personas mayores y centros sociales*, elaborado por la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Dirección General de Salud Pública de Castilla y León. (SACyL, 2020).

Comencemos con una breve introducción de esta situación y como afecta a las personas mayores. Cuando pasamos a los datos de defunciones por COVID-19 o el exceso de mortalidad observado en los períodos indicados, es evidente el mayor impacto en los ancianos. Los estudios no son capaces de ofrecer una cifra cien por cien real que indique el total de fallecidos por causa de COVID-19 en todo nuestro país, se puede estimar una cifra de unas 20.000 personas fallecidas en residencias. El número total de muertes confirmadas por COVID-19 según la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica-RENAVE es de 29.000 y muertes de residentes con síntomas apropiados (no confirmados) es de 39.000. El resto, hasta un supuesto de 43.600 muertes hipotéticas (inferidas de las muertes excesivas de MoMo, sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas) se deben a muertes no comprobadas causadas por COVID-19; estas muertes se produjeron en el entorno del hogar y otras situaciones en las que no hay un diagnóstico definitivo. Con todo esto aproximan que el rango en el que oscila la afectación en residencias respecto a otros sectores en la primera oleada es entre el 47% y el 50%.

Por eso se tuvieron que tomar ciertas medidas, para velar y proteger la salud de los y las residentes. Lo primero fue instalar un grupo de técnicos que se encargasen de realizar normativas y recomendaciones para la mejor de las adecuaciones posibles ante las diferentes realidades que se les presentaban.

Una de las normas más importantes y generales que instauraron fue la evitación de contactos y la prevención de contagios en residentes, con la excepción basada en estándares opcionales de preservación de la salud. Debe evitarse, siempre en lo posible, el confinamiento de los/as residentes, solo se realizará un confinamiento en caso de sospecha o que sea positivo, es decir, que este contagiado de coronavirus.

Para las visitas de residentes que se encuentran en la etapa tardía de la enfermedad, cuyas vidas están a punto de terminar, o que tienen síndrome del delirio (delirio) o tienen trastornos severos del comportamiento, se recomienda tratarlos de manera flexible y

aislada y siempre tomando una estricta prevención de infecciones con medidas para empleados y familiares.

Mientras el centro está implementando medidas de confinamiento, también debe formular un plan para mantener a los residentes en contacto con sus familiares mediante el uso de sistemas telemáticos, reducir el contacto entre los residentes y sus familiares, disminuyendo así el impacto negativo del aislamiento social y estimulando su movilidad, su posición en el espacio, el tiempo y la relación interpersonal.

Lo anterior podrá incluir áreas y horarios de uso de los espacios públicos por parte de los usuarios del centro residencial (calles adyacentes y / o jardines), así como la posibilidad de establecer salidas de grupo seguras como punto de partida con los cuidadores (especialmente en el caso de personas con discapacidad, problemas de comportamiento o problemas de salud mental).

La diversidad de personas con discapacidad es muy amplia, por lo que es necesario reconocer las necesidades especiales de apoyo de la comunicación (comprensión y expresión). La información debe ser fácil y sencilla para que puedan comprenderla. Esto requiere un gran esfuerzo para asegurar un entorno comprensible que garantice la accesibilidad cognitiva participando en el sistema de comunicación de todos. Todo ello facilitará el acceso a la información sobre la crisis, la situación en su centro y las medidas para prevenir la propagación de la infección, facilitando así la participación de las personas en la toma de decisiones.

Para prevenir la debilidad física y la dependencia, es necesario mantener y mejorar las capacidades funcionales de las personas mayores que viven en residencias para personas mayores identificando la debilidad física e interviniendo mediante programas de ejercicio físico multicomponente cuando sea necesario, así como promoviendo un estilo de vida saludable, es una parte muy importante para fomentar el bienestar físico, cognitivo y emocional y así reducir los efectos de la pandemia y sobre todo del aislamiento.

Hay algo que hay que tener bastante claro después de esta pandemia y es que las personas que están en este tipo de instituciones no son pacientes y por lo tanto no hay que tratarlos como tal.

Las características específicas de cada instalación determinan la viabilidad de tomar medidas preventivas y de control. El plan de contingencia debe adaptarse siempre a las posibilidades reales. El plan de emergencia de cada centro de residentes puede tener la misma estructura básica, pero debe ajustarse de un centro a otro, especialmente en temas como la división de sectores.

Existe una falta de apoyo psicológico, que es crucial para los empleados, residentes y familias durante una pandemia y, en muchos casos, cuando tienen que enfrentarse a situaciones muy difíciles, incluso a la de perder personas muy cercanas. Enfrentar el impacto tras el trauma. Esta estrecha conexión entre empleados y residentes es una característica inherente afortunada de la atención residencial. En algunos casos, la forma

de obtener el apoyo psicológico necesario fue y es a través de acciones de apoyo voluntario, más que a través de la sistematización de estos servicios.

La ocurrencia de desinformación familiar sobre la situación específica del centro y sus residentes puede generar altos niveles de ansiedad. En la mayoría de los casos, se han establecido canales de comunicación con las familias y, a medida que se desarrolla la pandemia, este canal mejora constantemente. Es muy importante que los residentes comprendan la situación y las opciones que elijan para respetar su derecho a decidir a la hora de tomar las medidas necesarias en cada situación del centro.

La falta de comunicación con el mundo exterior, la información y la transparencia provocarán inmediatamente especulación y mucha ansiedad. En ocasiones puede llevar a producir injustamente el sentimiento de inutilidad de los ancianos, convirtiéndose en una carga y sentimiento de inutilidad. Las personas mayores que se ven a sí mismas como una carga para los demás tienen más probabilidades de caer en la depresión y el aislamiento social, y corren el riesgo de autoexclusión.

La existencia de discriminación por edad, también conocido por edadismo, tendrá un impacto negativo en la salud de las personas mayores y en la autopercepción de estas generando consecuencias sociales, como la invisibilidad de las personas mayores y el impacto en la atención médica, o actitudes negativas en la prestación a largo plazo. Se han comprobado diversas formas de discriminación por discapacidad que han comprometido la salud y los derechos de vida de estas personas. Los discapacitados y los ancianos, especialmente los que padecen demencia, deben considerarse un factor clave en la atención para sus familiares. La prohibición de las visitas ha llevado a su separación a largo plazo y está causando daños devastadores y duraderos a la salud cognitiva y mental de las personas con demencia que viven en áreas residenciales.

Es necesario asegurar la dignidad de la última etapa de la vida, mantener los deseos de las personas mayores tanto como sea posible y permitir que familiares y amigos visiten de manera segura, y apoyar a los residentes en el duelo o compañeros de trabajo que viven en el centro antes la pérdida del allegado.

Por todo esto era y es necesario una estrategia nacional para poner solución a los problemas que se presentan en la población residencial durante la pandemia de COVID-19.

Todos los párrafos anteriores explican la teoría que las estrategias políticas han querido aplicar en las residencias de ancianos, las normas que han implantado para intentar erradicar con el virus dentro de los centros. Uno de los cometidos de este trabajo es comprobar si la teoría expuesta corresponde con la drástica realidad y si las normas establecidas por el Ministerio de Sanidad son prácticas y factibles y se han podido llevar a cabo, cuáles han sido los resultados y como lo han experimentado los residentes en lo que centro este trabajo.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño

A través de esta parte del trabajo lo que se pretende es realizar una investigación, que me permita conocer de manera más exacta la experiencia vivida de personas mayores que residen en centros de la tercera edad durante la pandemia. A partir de la investigación se recopilarán diferentes situaciones, problemáticas y la intervención desarrollada en este ámbito dentro de un contexto real. A través de esa recopilación se realizará un análisis para poder interpretar, comprender y reflexionar de manera más concreta sobre este hecho.

La metodología cualitativa, opción por la que se ha optado, nos permite estudiar la realidad desde una perspectiva humanista, porque tiene sus raíces en la fenomenología, el existencialismo y la hermenéutica, tratando de comprender el comportamiento humano a través del mismo, teniendo de referencia a las personas. (Martín, 1995)

Se ha optado por la historia de la vida a través de la realización de entrevistas semiestructuradas, como metodología cualitativa que intenta captar tal proceso de interpretación, mirando las cosas desde una perspectiva humana, y las personas constantemente se interpretan y definen a sí mismas en diferentes circunstancias.

En la investigación con historia de vida se buscan relaciones dialécticas, descubriendo la negociación diaria entre deseo y posibilidad, utopía y realidad, creación y aceptación; por lo tanto, sus datos provienen de la vida cotidiana, el sentido común y la interpretación y reconstrucción personal para la vida y supervivencia. A la hora de mencionar las historias de vida, hay que recalcar que comprender el mundo social que los rodea como persona es uno de los métodos de investigación descriptiva más puros y poderosos. Así mismo, las historias de vida forman una perspectiva fenomenológica que visualiza el comportamiento humano y lo que la gente dice y hace como producto de su definición del mundo (Chárriez, 2012).

La historia de vida es una técnica de investigación cualitativa, que se compone principalmente del análisis y la transcripción de historias por parte de un investigador sobre los eventos y experiencias más importantes de una persona en su propia vida. El análisis implica un proceso completo de indagación, a través de una metodología basada en entrevistas y conversaciones entre el investigador y el protagonista, sobre cómo sentir, comprender y experimentar el mundo y la realidad cotidiana. (Martín, 1995)

Dentro de las historias de vida también se encuentran los relatos de vida, que es la técnica utilizada para realizar este trabajo, para obtener datos relevantes en un proceso de recolección de datos más inclusivo, como en el marco del “análisis de la realidad”, o sobre

ciertas cuestiones y / o necesidades de diferentes grupos y sociedades. Pocas técnicas de recolección de información pueden permitir a las personas obtener tan importantes matices, detalles, ironías, dudas y certezas, dimensiones, etc. Esta información trata sobre cómo el sujeto interpreta, construye y reconstruye su entorno social y cultural. De esta forma, la información recolectada contendrá más riqueza en contenido, detalles y forma, dependiendo de la fuerza y calidad de la relación empática que se establezca entre el investigador y el informante (Martín, 1995).

Comprender el papel de la historia de vida y las entrevistas de esta manera significa no solo extraer conocimientos o datos de ellos mismos, sino también invitar a una nueva explicación de las encuestas en los juegos de construcción que se llevan a cabo constantemente en ellas. La descripción del objeto de investigación y la hipótesis muta a través del proceso dialéctico entre la investigación y el campo, y se concreta en el corpus de entrevistas. La entrevista requiere dos roles, el entrevistador y el entrevistado.

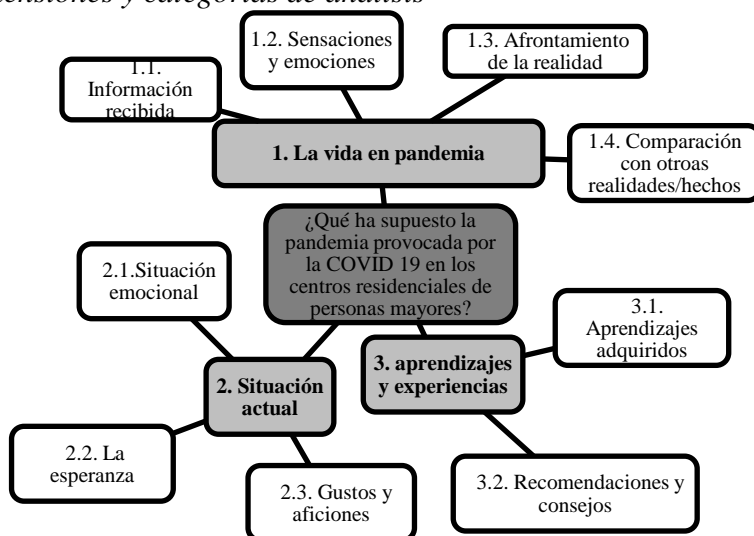
Los datos obtenidos para la realización de este documento se han adquirido a través de la recogida de información realizando entrevistas (guion en Anexo II) a las personas implicadas en la realidad.

La finalidad del trabajo es analizar las experiencias vividas durante la pandemia por parte de los residentes y analizarlas, teniendo en cuenta también la perspectiva de los trabajadores y concluir analizando la importancia de la figura del perfil profesional de la educación social en los centros residenciales que se ha defendido en el marco teórico previo y más en la situación tan extrema que hemos atravesado y que todavía arrastramos, la pandemia.

Para ello se han planteado tres dimensiones de análisis: vivir en pandemia, situación actual y aprendizaje y experiencias. Todas ellas con sus respectivas categorías tal y como se expone en la siguiente figura.

Figura 2

Dimensiones y categorías de análisis



Gracias a los materiales obtenidos, ha sido posible formular posibles descripciones objetivas con el fin de interpretarlas. La categorización se realizará a partir de datos verbales o de conducta, con fines de clasificación, resumen y tabulación que serán abordadas desde la técnica análisis de contenido.

5.2. Escenario

El centro residencial en el que se ubica este trabajo, abrió sus puertas en enero de 1974 para acoger ancianos de ambos sexos de la provincia de Valladolid, y fue inaugurada oficialmente el 18 de enero de 1975 (López, 2000).

Para ello dispone de todos los servicios, espacios y equipamientos adaptados que se precisan y de un gran equipo de profesionales de la medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, asistencia social y animación sociocultural, que colaboran de manera conjunta y coordinada para lograr mejorar la calidad de vida de todos sus ciudadanos.

Cuenta con un excelente Programa de Mayores encaminado a la promoción de un Envejecimiento Activo, con actividades preventivas e integradoras que se realizan diariamente y que están orientadas al mantenimiento de la autonomía, a la educación de hábitos y actitudes sanas y a frenar el aislamiento y la soledad, potenciando las relaciones dentro y fuera de la Comunidad.

La Residencia cuenta con servicio de enfermería, sala polivalente, ascensor, gimnasio, sala de visitas, ayudas técnicas, jardín, sala de estar, baño geriátrico, patio, sala de televisión, capilla, recepción, biblioteca, cocina propia, terraza, sala de lectura, cafetería (no activa por el COVID), servicio médico propio, psiquiatra, estimulación cognitiva, ATS/DUE propio, fisioterapia, podología, terapia ocupacional, estancia temporal, trabajadora social, dieta personalizada, servicio de acompañamiento, atención religiosa, diarios y revistas, manualidades, conferencias(online por la pandemia), cursos, servicio de lavandería, arreglo de ropa, peluquería, vehículo adaptado, aire acondicionado en zona común, aparcamiento. Y antes de la pandemia también contaba con excursiones, teatro, coro, fiestas o baile y voluntariado.

Además, las habitaciones están equipadas con terraza, calefacción, timbre de llamada, oxígeno, timbre en baño, cama articulada, televisión, suelo antideslizante en baño, aseo o cuarto de baño. El reparto de habitaciones entre los residentes se realiza en función de su grado de autonomía.

El número de plazas de que dispone depende del tipo de estancia:

- Estancias Permanentes: 206 plazas.
- Estancias Temporales y/o Respiro Familiar: 4 plazas.
- Centro de Día: 21 plazas.

Las actividades pueden ser *estables* o *especiales*, dependiendo de su tipología y duración. (Anexo III). Se pueden clasificar en:

- Talleres Ocupacionales
- Sesiones Educativas y Culturales
- Sesiones Terapéuticas
- Actividades Lúdicas
- Programas Socioculturales
- Celebraciones*
- Viajes, Excursiones y Visitas Culturales*

* *antes de la pandemia y se retomaran cuando las condiciones lo permitan.*

Es un centro gerontológico dependiente de la Diputación Provincial de Valladolid, que ofrece una atención integral a las personas en situación de dependencia. La residencia, se coordina y colabora con otras entidades en la realización y financiación de diversos programas y actividades:

- Hospital Psiquiátrico “Doctor Villacián”.
- Universidad de Valladolid (prácticas de la Diplomatura de Educación Social de la Facultad de Educación y Trabajo Social).
- Junta de Castilla y León.
- Ayuntamiento de Valladolid.
- Caja España-Unicaja.
- Organización juvenil “Vaya Tela, Animación” (colaboración de voluntarios y fomento de las relaciones intergeneracionales).
- CEAS.

Este trabajo de investigación educativo no hubiese sido posible sin la participación de diez residentes y dos trabajadores del centro que se presentan en la Tabla 4 y que componen la muestra del estudio.

Tabla 4
Perfil de los residentes entrevistados

	SEXO	EDAD	CLASIFICACIÓN	¿HA TENIDO EL COVID?
Sujeto 1	♀	89	Persona mayor enferma.	Si
Sujeto 2	♂	68	Persona mayor sana	Si
Sujeto 3	♀	87	Persona mayor sana	Si
Sujeto 4	♂	91	Persona mayor frágil o de alto riesgo.	Si
Sujeto 5	♀	86	Persona mayor enferma.	Si
Sujeto 6	♂	80	Persona mayor sana	No
Sujeto 7	♀	76	Persona mayor enferma.	Si
Sujeto 8	♀	88	Persona mayor sana	Si
Sujeto 9	♀	86	Persona mayor enferma.	Si
Sujeto 10	♂	93	Persona mayor sana	No

Tabla 4
Perfiles profesionales entrevistados

	SEXO	EDAD	PROFESIÓN
Sujeto 1	♀	39	Trabajadora social
Sujeto 2	♂	42	Terapeuta ocupacional

6. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para poder dar una interpretación sobre los datos recogidos a través de las entrevistas que he realizado y se han ido analizando según las categorías que tenía inmersas en las tres dimensiones expuestas anteriormente.

6.1. La vida en pandemia

La primera dimensión hace referencia a cómo ha acontecido la vida en pandemia, pues este aspecto es prioritario para comprender sus vivencias y relatos.

Respecto a la información, ninguno de los residentes ni de los trabajadores, al oír hablar del virus por primera vez, se esperaba la repercusión que iba a tener, pensaron que era algo “malo” y preocupante pero que no iba a ser como ha sido y está siendo, la mayoría pensaron que sería una gripe algo más fuerte pero que duraría menos de lo que está durando y que las consecuencias no iban a ser tan graves como están siendo. A excepción de S10 que apunta que él pensaba que iba a durar dos años, que se lo esperaba todo mucho peor y que el proceso de recuperación fuese mucho más lento.

Al principio todo el mundo estaba perdido, la soluciones que ponían ante el problema, era la distancia social de dos metros entre personas, que se lavaran mucho las manos y que procuraran estar solos, más tarde, se implanto la mascarilla y al principio, según uno de los trabajadores, pensaban que era imposible que los residentes se adaptasen a ella, pero sorprendentemente, desde un principio se amoldaron a ella sin ningún problema. Casi todos los residentes opinan que les informaron tarde de la situación.

Hablando con ellos sobre sus sentimientos y emociones parece que al principio todos se preocuparon y que sí que pensaron que era algo grave, pero en ningún momento pensaron que iba a pasar todo esto. Desde nuestra interpretación tras realizar las entrevistas parece

que se lo tomaron más en serio que el resto de la sociedad, que pensábamos que era una gripe más y que no iba a pasar absolutamente nada.

El afrontamiento de la realidad se daba de manera diversa en cada uno de los residentes, existían diferentes situaciones. Muchos de ellos ya estaban aislados porque ya tenían algún síntoma. Otros, estaban muy enfermos y estaban ingresados en el área de enfermería del centro y el resto estaban bien. Los dos primeros se enteraron de que la residencia cerraba sus puertas y que no permitía la entrada de gente de fuera por rumores, porque se lo decían unos a otros o porque les informaban los trabajadores. Los que estaban bien se enteraron porque la Dirección fue al comedor a comunicarlo y a explicar cómo estaba la situación, también hizo una reunión y les explicó lo que estaba pasando. El problema es que no todos pudieron acudir y no todos de los que acudieron se enteraron bien de lo que estaba pasando. Todos aluden al hecho de tener que estar encerrados en la habitación durante tanto tiempo, dicen que fue de lo más sacrificado, porque no podían salir para nada de la habitación. Además, a la mayoría les cambiaron de su habitación o como lo llaman ellos “su casa” y los llevaron a otras habitaciones con compañeros diferentes. Uno de los profesionales entrevistados lo define como “caos”, todo fue de prisa y corriendo sin saber muy bien cuál era la mejor alternativa.

A los residentes no les dio tiempo a despedirse de sus familias, muchos de ellos hablaban por teléfono, pero otros tantos que no tenían teléfono no podían comunicarse con ellos. Esto fue lo más difícil para ellos, ya que se preocupaban más por el estado de salud de sus familias que por el suyo, pero, aun sintiéndose solos entendían que no podían recibir visitas y ellos tampoco querían recibirlas porque tenían miedo de que sus familias se contagiasen.

En el primer momento de encierro, coincidimos con lo aportado por los trabajadores, ellos no vieron lo que venía después, sí que tenían cierta incertidumbre al no saber qué iba a pasar, pero los sentimientos se fueron desarrollando y saliendo a la luz cuando iba empeorando la situación y seguían encerrados, el sentimiento que más se ha detectado es tristeza y el que menos el miedo, algo bastante sorprendente, la mayoría no tiene miedo a morir, aunque algunos de ellos sí que han confesado que tenían miedo y que estaban asustados. Parece que les podía más el miedo de que su familia se contagiase que el sentimiento de soledad por no poder verlos, si tenían que estar mal sin poder verlos iban a estarlo simplemente por protegerlos y que ellos estuviesen bien.

Esta situación de la pandemia, para ellos ha sido difícil en general, cuando dieron la primera misa campera, en verano en el jardín, dijeron el número y los nombres de los fallecidos en ese periodo de tiempo, pero no se acuerdan muy bien. Con relación a las situaciones difíciles durante el periodo de encierro, la mayoría, coinciden en que no vieron nada porque estaban encerrados en sus habitaciones. S6, relata que él veía los coches de la funeraria ir y venir y que eso le preocupaba bastante. Ellos recuerdan con pena a los fallecidos, entienden que a esas edades y más en una residencia de ancianos la gente se muera, pero no por culpa de un virus, eso les produce mucha tristeza.

Parece que para ellos la situación más estresante fue que les sacaran de lo que tienen ellos como “su casa”, es decir, de sus habitaciones. Muchos de ellos no comparten habitación y es duro si no estás acostumbrado a convivir con otra persona durante 24 horas durante meses. Además, hay a algunos que les cambiaron de habitación varias veces y eso les trastocó mucho. Si que es verdad, que no han podido tener un duelo habitual, no hubo despedidas, por ejemplo, el S4 no pudo despedirse de su mujer, ni realizar el duelo normal que se hacía antes, acompañado de su familia y despidiéndola por el rito católico, es decir, haciendo un velatorio y un posterior funeral.

El escenario descrito no es comparable, según sus testimonios, a alguno de los vividos. Ciertos residentes hacían referencia a otras enfermedades como el tifus o la viruela, pero aludían a que no fue tan duro como lo está siendo el COVID-19. A nivel sentimental sí que me han apuntado que han vivido momentos duros pero muy diferentes a lo que han sentido y vivido durante la pandemia.

Sí que es cierto que han pasado momentos muy difíciles por sus vidas y que han sufrido más en otras ocasiones; la pandemia ha producido incertidumbre, pero no dolor, como puede ser la enfermedad de un marido, o la muerte de un hijo, o tener que ir a la guerra.

6.2. Situación actual

La segunda dimensión se preocupa por saber y analizar cómo se encuentran, tanto física como psíquicamente, pero mucho más cómo están a nivel psicológico y cómo después de un tiempo les ha afectado la pandemia.

A día de hoy, su situación emocional ya es mucho mejor, están más tranquilos, saben que sigue habiendo peligro, pero ya consideran que hay más seguridad y sabiendo más que es y que hay que hacer para no contagiarse, se encuentran bien y con esperanza de terminar con esto pronto. Todos creen que es necesario un apoyo psicológico dentro del centro, piensan que muchos de ellos lo necesitan, aunque sorprendentemente, a los residentes que he entrevistados dicen ser felices y su felicidad se completa con poco, ellos solo quieren estar cerca de su familia, seguir viviendo la vida que viven, que nos les falte un techo y la comida. Dicen que teniendo una vida cómoda como la que tienen, son felices. Preguntando a los profesionales, explican que lo que más demandan ellos para ser felices, principalmente, es a su familia, pero que lo que más valoran es que les traten con dignidad, reconocimiento y aceptación de su complejidad en esta etapa de la vida.

Sinceramente, poco a poco recuperan la esperanza y las ganas de seguir haciendo cosas y de estar bien ellos mismos, según la perspectiva de los profesionales, se les nota que están mucho más contentos. Es fundamental el apoyo psicológico dentro del centro, pero para trabajadores como para residentes. Además, no solo consideramos que lo psicológico solo necesite terapia o atención de esa área, las acciones de otras áreas de intervención también influyen en lo psicológico y en otros aspectos que pueden mejorar la calidad de vida de

forma integral. Es aquí donde consideramos que sería muy importante la figura del educador/a social, a través de muchas acciones, entre ellas programas de entrenamiento de habilidades sociales, información/orientación a la realidad, por ejemplo, ya que estamos preparados para trabajar y abordar de forma integral la estimulación de los mayores. Desde la perspectiva profesional opinan igual, que el centro carece de un programa de entrenamiento psicológico global, aunque solo sea para trabajar fortalezas.

La siguiente categoría se centra en la visión esperanzadora, todos los entrevistados, menos S2, tienen mucha esperanza y piensan que sí que volveremos a la normalidad algún día, de hecho, el S4 dice de forma literal “¡Como no! Sería terrible para el mundo”. Si es verdad, que piensan que vamos a tardar todavía algún tiempo en volver a la normalidad, pero que sí que será posible llegar a ello. Creen que será difícil por todo lo que arrastra la pandemia, una crisis muy grande y con ello mucha más pobreza. Los profesionales se centraban más en la normalidad de la residencia, esperan que se pueda volver a abrir el servicio de cafetería y que puedan abrir la puerta a las vivistas sin necesidad de una cita previa.

Una de las preocupaciones que más les inquieta es la situación económica después de la crisis pandémica, y no solo la de nuestro país. El entorno mundial se ha visto afectado y después de que muchos de los residentes vivieran otras situaciones similares de precariedad económica, por ejemplo, la postguerra civil y mundial, les causa una honda inquietud y desasosiego.

Con respecto a sus gustos y preferencias no han cambiado mucho, ellos se conforman con poco, en la actualidad los residentes han vuelto a retomar, casi por completo, sus rutinas dentro de la residencia, han vuelto a reactivarse ciertas actividades y ellos hacen vida con normalidad. Echan de menos las excursiones, las celebraciones y el poder salir a pasear con la libertad con la que lo hacían antes.

Los internos, por lo general, no son muy exigentes y en la residencia, con anterioridad a la pandemia, tampoco realizaban muchas más actividades de lo que hacen a día de hoy. Asisten a las actividades y pasean por el jardín los días que hace bueno, etc., eso sí, de forma diferente, es decir, contemplando las normas establecidas para la lucha contra el virus.

6.3. Aprendizajes y experiencias.

En la última dimensión interesaba recoger algo más personal, enlazando experiencias y aprendizaje; también, se han querido recoger sus testimonios y sabios consejos para mostrárselos a la sociedad, y en especial a las personas jóvenes.

Respecto a los aprendizajes durante la pandemia, dado que las respuestas aportan reflexiones personales e intransferibles, se ha considerado más interesante y enriquecedor exponer los testimonios literales. Únicamente los sujetos S4, S7 y S9, apuntan que no han

cambiado, que no les ha transformado su forma de ver la realidad y no argumentan ningún motivo, pero el resto sí. A continuación, se exponen sus respuestas:

S1: A mostrar más cariño hacia las personas y me vuelco como más hacia ellas. Soy muy sensible y no aguanto las imprudencias.

S2: Bueno, el darte cuenta que no puedes estar realmente encerrado en ti mismo porque hay más gente, más humanos, y lo importante es compartir las alegrías y las penas con todas las personas, y pensar que no eres mejor que nadie porque viene una de estas y no hay grandes ni pequeños, se ha visto en esto, todos por el mismo rasero, dentro de lo malo es lo mejor que nos ha podido suceder que seamos todos iguales, que de la muerte no nos libramos ninguno. De esto hay que darse cuenta, de que no eres más que nadie ni menos que nadie. Y entonces entendiendo esto puedes ser feliz, si tienes para comer todos los días, y tienes un vicio como yo el fumar y te lo puedes permitir, no necesitas nada más.

S3: A una persona que no haya sufrido nunca puede haber aprendido algo, pero a una persona que ha sufrido desde que ha nacido, es un sufrimiento más.

S5: Si he aprendido a saber llevar mejor la soledad.

S6: Pues a tener más precaución y más cuidado de todo. Hay gente que lo de la pandemia se les ha olvidado.

S8: A mí me ha acobardado mucho, estar 15 meses sin salir a la puerta de la calle...

S10. Nada porque yo conocí la guerra y fue mucho peor, porque conocí la revolución de Asturias del 34, la guerra del 36...

Al realizar esta pregunta, se sorprendían, se tomaban unos segundos o incluso minutos para pensar bien su respuesta, lo que demuestra que valoran la oportunidad de expresar su opinión y que hablaban con total sinceridad. Todas las respuestas diferentes, pero sinceras y reales. Sorprende como, a pesar de la edad, la gente sigue aprendiendo de sus propias experiencias, como después de mayores siguen abriendo su corazón hacia el resto de personas, luchando por su protección y la del resto; algunos han vivido situaciones muy duras y esta experiencia se la han tomado como algo más en su vida; S8 vivió la guerra, una de las experiencias más duras que un ser humano puede afrontar.

Esto pone de manifiesto lo cierto que es que nunca dejas de aprender, tanto de forma cultural, como personal, siempre hay algo que hace que aprendas algo nuevo como persona y da igual la edad que tengas y lo mucho que hayas vivido.

Casi todos ellos consideran que es necesario que haya más empatía en nuestra sociedad, que sepan comportarse y que se ayuden unos a otros, piden seriedad y compromiso con sus semejantes.

Achacan mucho la culpa a los jóvenes porque piensan que lo estamos haciendo muy mal, considerando que en todos los grupos de edad hay personas responsables y lo contrario.

Desde este trabajo pensamos mucha culpa de esta visión sobre las personas jóvenes lo tienen los medios de comunicación, cierto es que muchos no se lo toman en serio, pero no se puede generalizar; también hay que ser objetivos y ser conscientes de que no solo los jóvenes están incumpliendo las normas establecidas, sino que muchas personas adultas y mayores tampoco las están respetando, se trata más de un ejercicio de responsabilidad y decisión personal que de algo característico de grupos de edad.

Toda esta información recopilada, sumada a la realización de las entrevistas, ha aportado un breve retrato de la realidad vivida en los centros residenciales de personas mayores, una información que sin lugar a dudas puede hacernos comprender mejor sus vivencias y emociones y prepararnos, como profesionales, para atender a sus necesidades en situaciones similares mediante la formulación de propuestas socioeducativas que den respuestas de calidad.

7. CONCLUSIONES

El gobierno de nuestro país dicta normas y restricciones para todos, pero en particular para las residencias de ancianos, además, cada residencia pone las medidas de seguridad que creen oportunas, todo para su protección. No poniendo en duda la intención de las medidas adoptadas, entiendo que las autoridades sanitarias y los responsables de los centros deben hacer hincapié y velar por la mejora de la salud psicológica y sentimental de los residentes, no únicamente la sanitaria.

Realizando este trabajo, además de haciendo las prácticas, he podido conocer la realidad de los centros residenciales de la tercera edad y los aspectos asociados a ese periodo vital de pandemia, en el que la realidad no ha sido tan drástica como me la imaginaba. Cierto es, que llegué en un momento en el que todo estaba más tranquilo, el auge de contagios había cedido hacía varios meses y ya se habían acostumbrado, sorprendentemente, a seguir las normas y pautas establecidas para evitar contagios.

Gracias al trabajo de campo, la observación y las entrevistas a algunos residentes, he podido conocer y analizar la visión y experiencias acontecidas durante la pandemia provocada por la COVID-19 en el centro.

Partiré, para empezar mis conclusiones, informando de que éstas, están relacionadas con las propias, expectativas, miedos y anhelos de los propios residentes, personas que los avatares de la vida les ha llevado a sobrellevar (valga la redundancia) todo tipo de situaciones con un estoicismo admirable, soportando las realidades que les han llegado, de una manera, que hacen enorgullecer a cualquier estudiante que se precie, que empatice con ellos, bien sea estudiando su situación particular o simplemente compartiendo relatos y sueños de unos ancianos que son enciclopedias andantes y que no siempre tienen el reconocimiento que se merecen. No debemos de olvidar que son supervivientes natos de

guerras y crisis, de unas condiciones de vida que aunque nos sentemos a escuchar sus relatos de vida, no creo que lleguemos a entender todo lo que han sufrido, porque necesidades tuvieron y muchas.

La premisa fundamental de la que debemos partir, en este argumentario, no es otra que con el contacto con nuestros mayores mejoramos sustancialmente nuestras vidas, aprendemos a mirar a una generación que está desapareciendo y de la que yo no veo que hayamos aprendido mucho, seguramente porque a la nuestra, a la de los jóvenes de hoy, todo y digo todo, hasta nuestros días, nos ha venido rodado. Nuestros mayores han soportado hambre, guerras y una dura vida para acabar muchos de ellos, con esta terrible pandemia que les ha tenido sumidos en la soledad e incertidumbre. El estar alejado de los suyos, de los que quieren, es seguramente, para estos supervivientes, lo más duro a lo que se han tenido que enfrentar.

Todo el desarrollo de este trabajo no hace otra cosa que dar fé de lo que he expuesto en las líneas anteriores. Las cambiantes condiciones en las vidas de los residentes han hecho, en muchos casos, que algunos de ellos se hayan encerrado en sí mismos, en sus pesadillas y miedos. Para alguno de ellos, va a ser muy difícil volver al ritmo de vida que tenían. Su cotidiana existencia se vio truncada por un enemigo invisible que ha trastocado todo su entorno, en ocasiones de forma irreparable, con la pérdida de personas cercanas que les han sido arrancadas de su lado de una manera “adelantada”, en ocasiones. Esa dura experiencia da como resultado, a veces, el ostracismo de alguno y todo lo contrario en otros, es decir, ganas de volver a vivir, hacer de lo diario una fiesta.

Estas últimas personas dan luz al final del túnel, hacen que los que en su entorno hemos coincidido en esa dura vida que han tenido que soportar, apreciemos su experiencia y sus ganas de seguir adelante, enfrentando la realidad y los problemas como siempre lo han hecho, con la frente alta y la mirada firme, arrimando el hombro y empujando a esta sociedad que haría muy bien en adoptar una posición similar a la que estos duros y estupendos hombres y mujeres tienen con relación a lo que significa levantarse una y otra vez y tratar de que el futuro sea un poco mejor día a día.

En relación con los aportes de este trabajo a mi formación como futura educadora social, considero que la revisión bibliográfica y normativa me ha permitido profundizar en aspectos que durante el grado no se abordan con la misma magnitud. La educación de personas adultas y mayores es un ámbito que me motiva, y considero que tras finalizar el trabajo tengo más aprendizajes al respecto que me harán convertirme en una profesional más preparada. Además, como ya he apuntado, este trabajo ofrece una visión real de lo acontecido durante la pandemia, y de la situación con la que nos encontramos en estos momentos, una información que es interesante para comprender la realidad y diseñar apropiadas intervenciones con personas mayores, dentro y fuera de los centros residenciales.

Este trabajo quiere ser un brindis por todos aquellos que trabajaron muy duro para legar una vida mejor a nuestras jóvenes generaciones y, sobre todo, y esto es lo más importante,

nos dieron capacidad para no caer en el precipicio y si lo hacíamos, saber emprender la subida con fuerzas y ganas de superación para alcanzar los sueños que deben regir a todo ser humano. Los principios y virtudes que ellos nos han transmitido, fuerza, voluntad, sacrificio y un sinnúmero de cualidades, tienen que servirnos para no desfallecer en el camino que toda sociedad que se precie tiene que tener, y que no es otro que conseguir un entorno lo mejor posible para todos sus cogeneres. Mi padre siempre dice que sería “el tío más feliz del mundo” si mañana se despertara siendo el más pobre de entre los humanos, eso sí, con lo que tiene, que no siendo mucho es suficiente para comer caliente todos los días y tener un techo donde cobijarse, salud, libertad y amigos. Cree que estos valores son los que han sustanciado la vida de mi abuelo, residente y persona estupenda y buena donde las haya.

8. REFERENCIAS BIOGRÁFICAS

- Agirre Lekue, M.C, (29 de enero 2018). el farmaceutico.es profesión y cultura. <https://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/8768-caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores#.YCWQRmhKjIW>
- Alejos Garro, M. (2016). *El enfoque de Atención Centrada en la Persona. Plan formativo de sensibilización para los profesionales de referencia*. (Tesis doctoral). Universidad de Navarra, Pamplona.
- Alemán, J. L. (2010). Hacia dónde va la educación de las personas adultas. *EDU-PSYCHO*, 2174-6818, 29-32.
- Belchí Romero, G.; Martínez de Miguel, S. y Escarbajal de Haro, A. (2017). El profesional de la Educación Social y la competencia mediadora en el ámbito de las personas mayores. *Mediaciones Sociales*, Volumen 16. 155-174.
- Buedo-Guirado, C.; Rubio, L. y Romero-Coronado, J. (2018). La inclusión de la Educación Social en la intervención sociocultural en la residencia de mayores. Propuesta para la modificación del marco regulador. *Revista de Educación Social*, 27, 221-235.
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23, 43-72.
- Chárriez Cordero, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5 (1), pp. 50-67.
- Cruz Díaz, M.R. (2003). *El ámbito de la educación no formal como espacio de formación civil: la participación ciudadana*. Universidad de Huelva.

- DECRETO 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 145, de 31 de julio de 2017, pp. 31600 a 31643. http://castillayleon.fespugt.es/images/pdfs/Sociosanitario/Decreto14_17.pdf
- Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro. *Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI*. Ediciones Unesco.
- Domínguez, M. (2003). Las personas mayores y la discapacidad: un enfoque desde la prevención. *Sesenta y más*, (2018), 35-37
- Faber, P. (2015). Envejecimiento activo: un marco político ante la revolución de la longevidad. *Centro Internacional de Longevidad de Brasil*.
- Flecha, R. (2004). La Pedagogía de la Autonomía de Freire y la Educación Democrática de personas adultas. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 18, 27-43.
- Freire, P. (1989). Virtudes del educador. *La Dimensión Pedagógica de la Alfabetización*, 14.
- García Araneda, N. R. (2007). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Horizontes Educativos*, 12, 51-62.
- Gómez Serra, M. (2003). Aproximación conceptual a los sectores y ámbitos de intervención de la educación social. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, 10, 233-251.
- González González, X. Ma. (2016). “PEDAGOGÍA DE LA LONGEVIDAD: PROYECTAR UN ENVEJECIMIENTO EXITOSO”. (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid. Facultad de educación y trabajo social.
- GREY, A. y RAE, M. (2013). *El fin del envejecimiento*. Lola Books GbR.
- INE, 2020. Informe del grupo de trabajo covid 19 y residencias. *Ministerio de derechos sociales y agenda 2030*, 3ª.
- Junta de Castilla y León (2005). *Plan Regional Sectorial de atención a Personas Mayores 2004-2007*.
- Lares Castilla y León (s.f.). Asociación castellano-leonesa de residencia y servicios de atención a los mayores-sector solidario- *Residencia San José*. <http://www.larescyl.org/Residencia-San-Jose-LARES-CASTILLA-Y-LEON-70898.html>
- Lehr, U. (2002). Procesos de envejecimiento - la necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 29-39.

- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, *Área de igualdad de oportunidades y servicios sociales*. Boletín Oficial de la Provincia de Valladolid, núm 73, de 16 de abril de 2018, pp. 17 a 52.
- Liliana Tamer, N. (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *REVISTA ARGENTINA DE SOCIOLOGÍA*, 10, 91-110
- Lopez Mongil, R. (2000). Diputación de Valladolid. Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos.
- Manzanares Méndez, A.M. y Rodríguez Montañez, Y. (2003). Intervención de trabajo social con adultos mayores. *Revista de Trabajo Social*, 5, 119-130.
- Martín García, A.V.. (1995). Fundamentación teórica y uso de las historias y relatos de vida como técnicas de investigación en la pedagogía social.). *Ediciones Universidad de Salamanca*. 41-60.
- Martínez Rodríguez, T. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. *Informes envejecimiento en red*, (12), 1-24.
- Miret Magdalena, E. (2005). *Como ser mayor sin hacerse viejo*. Booket.
- Moreno Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. *PORTULARIA*, 4, 187-198.
- Ortega Esteban, J. (2004). *"Pedagogía Social, realidades actuales y perspectivas de futuro"*. Universidad de Salamanca.
- Ortega Esteban, J. (2009). *Retos y perspectivas de los nuevos educadores y educadoras de personas adultas*, 3. Universidad de Salamanca.
- Parra Rizo, M.A. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Pavón Rabasco, F. (2000). Tecnologías avanzadas: nuevos retos de comunicación para los mayores. *Comunicar*, 15, 133-139.
- Residencia Cardenal Marcelo (Diputación de Valladolid)
<https://cultura.diputaciondevalladolid.es/-/residencia-cardenal-marcelo-diputacion-de-valladolid-1116>
- Robles Raya, M^a. J.; Miralles Basseda, R.; Llorach Gaspar, I.; Cervera Alemany, A. M^a. (2017) Capítulo 1: Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. tipología de ancianos y población diana. (pp. 25-32) *'Tratado de Geriatría para residentes'*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Sarrate Capdevila, M.L. y Pérez De Guzmán Puya, M.V. (2005). Educación de personas adultas situación actual y propuestas de futuro. *Revista de Educación*, 336, 41-57.

Vargas, C. (2017). El aprendizaje a lo largo de toda la vida desde una perspectiva de justicia social. *Investigación y prospectiva en educación documentos temáticos*, 3.

Zunzunegui, M.V. y Béland, F, (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. *Gac Sanit*, 24, 68-73.

9. ANEXOS

Anexo I: Tablas de población.

	Total 2020
47186 Valladolid	299.265

Ambos sexos

60 años		70 años	
Total Nacional	627.393 ¹	Total Nacional	466.130 ¹
05 Ávila	2.422 ¹	05 Ávila	1.781 ¹
09 Burgos	5.384 ¹	09 Burgos	4.032 ¹
24 León	7.484 ¹	24 León	5.392 ¹
34 Palencia	2.685 ¹	34 Palencia	1.922 ¹
37 Salamanca	4.999 ¹	37 Salamanca	3.850 ¹
40 Segovia	2.385 ¹	40 Segovia	1.523 ¹
42 Soria	1.351 ¹	42 Soria	957 ¹
47 Valladolid	7.596 ¹	47 Valladolid	6.177 ¹
49 Zamora	2.760 ¹	49 Zamora	2.226 ¹
65 años		75 años	
Total Nacional	507.327 ¹	Total Nacional	398.924 ¹
05 Ávila	1.915 ¹	05 Ávila	1.583 ¹
09 Burgos	4.506 ¹	09 Burgos	3.386 ¹
24 León	6.099 ¹	24 León	4.758 ¹
34 Palencia	2.203 ¹	34 Palencia	1.646 ¹
37 Salamanca	4.169 ¹	37 Salamanca	3.585 ¹
40 Segovia	1.716 ¹	40 Segovia	1.354 ¹
42 Soria	1.007 ¹	42 Soria	848 ¹
47 Valladolid	6.318 ¹	47 Valladolid	5.387 ¹
49 Zamora	2.314 ¹	49 Zamora	2.058 ¹
85 y más años		85 y más años	
Total Nacional	1.567.374 ¹	Total Nacional	1.567.374 ¹
05 Ávila	9.473 ¹	05 Ávila	9.473 ¹
09 Burgos	18.003 ¹	09 Burgos	18.003 ¹
24 León	28.791 ¹	24 León	28.791 ¹
34 Palencia	8.783 ¹	34 Palencia	8.783 ¹
37 Salamanca	19.928 ¹	37 Salamanca	19.928 ¹
40 Segovia	8.074 ¹	40 Segovia	8.074 ¹
42 Soria	5.873 ¹	42 Soria	5.873 ¹
47 Valladolid	20.820 ¹	47 Valladolid	20.820 ¹
49 Zamora	12.432 ¹	49 Zamora	12.432 ¹

	1 de enero de 2020
Ambos sexos	
55 años	
Total Nacional	723.621 ¹
65 años	
Total Nacional	507.327 ¹
70 años	
Total Nacional	466.130 ¹
75 años	
Total Nacional	398.924 ¹
80 años	
Total Nacional	227.824 ¹
85 y más años	
Total Nacional	1.567.374 ¹

Anexo II: Guion de entrevista.

Para los residentes:

D1. Vivir en pandemia	C1. Captación de información.	1. ¿Qué pensaste que iba a pasar cuando oíste hablar del virus por primera vez?	2. ¿qué información recuerdas que nos dieron para no contagiarnos?	3. ¿Te esperabas que llegásemos a estos extremos que hemos vivido?
	C2. Sensaciones y emociones.	1. ¿Cómo te enteraste de que se cerraba la residencia a las visitas?	2. ¿Te dio tiempo a despedirte de tu familia?	3. ¿Qué sentías en ese primer momento de encierro? ¿Qué pasaba por tu cabeza?
		1. De todas estas emociones ¿Cuál define mejor cómo te sentiste (elige máximo 3)?	2. Y cuando pasaban los días y seguía empeorando la situación ¿Cómo te sentías?	3. ¿Al estar en la residencia y no poder ver a tus seres queridos, te sentiste solo/a? El que no pudieras recibir visitas ¿era algo que comprendías ante la situación o culpabas a alguien por ello?
	C3. Afrontación de la realidad.	1. ¿Cuántos compañeros/as crees que fallecieron por el COVID?	2. ¿Viste alguna situación difícil relacionado con esto en la residencia?	3. ¿Recuerdas el fallecimiento de algún compañero/a en particular? ¿Cómo te enteraste y cómo te sentiste...te afectó?
	C4. Comparación con otras realidades/hechos.	1. ¿Alguna vez has vivido algo similar a esta situación?	2. ¿Consideras que es comparable con algún otro momento que hayas vivido?	
	C1. Situación emocional actual.	1. ¿Cómo dirías que te encuentras ahora?	2. Ante la situación	3. Para ser feliz, ¿qué necesitarías ahora?

D2. Situación actual.			que estamos viviendo... ¿consideras necesario tener apoyo psicológico dentro de la residencia?	
	C2. La esperanza.	1. ¿Crees que volveremos a la normalidad algún día?	2. Afirmativo: ¿Cuánto crees que falta para poder volver? Negativo: ¿Por qué?	
	C3. Gustos y aficiones.	1. ¿Qué actividades realizabas antes que ahora por culpa de la pandemia no estas realizando? ¿Cuál te gustaría retomar?	2. ¿Qué actividad te gustaría realizar en general? ¿Qué aficiones tienes o tenías y cuál de ellas realizas?	

D3. Aprendizajes y experiencias.	C1. Aprendizajes adquiridos durante la pandemia.	1. ¿Qué dirías que has aprendido como persona en esta pandemia?		
	C2. Recomendaciones y consejos.	1. ¿Qué pedirías a la sociedad ahora mismo?	2. ¿Qué consejos le darías a los jóvenes para afrontar toda esta situación?	

Para los trabajadores:

¿Qué crees que pensaron que iba a pasar cuando escucharon hablar del virus por primera vez?	¿qué información recuerdas que les dieron para no contagiarnos?	¿Ellos pensaron que llegásemos a estos extremos que hemos vivido?
¿Cómo se enteraron de que se cerraba la residencia a las visitas?	¿Les dio tiempo a despedirte de su familia?	¿Qué crees que sintieron en ese primer momento de encierro? ¿Qué pasaba por su cabeza?
De todas estas emociones ¿Cuál define mejor cómo se sintieron (elige máximo 3)?	Y cuando pasaban los días y seguía empeorando la situación ¿Cómo se sentían?	¿Al estar en la residencia y no poder ver a sus seres queridos, se sintieron solos/as? El que no pudieran recibir visitas ¿era algo que comprendían ante la situación o culpaban a alguien por ello?
¿Cuántos residentes crees que fallecieron por el COVID?	¿Vieron alguna situación difícil relacionado con esto en la residencia?	¿Recuerdan el fallecimiento de algún compañero/a en particular? ¿Cómo crees que se enteraban y cómo se sentían?
¿Crees que alguna vez han vivido algo similar a esta situación?	¿Consideras que lo pueden comparar con algún otro momento que hayan vivido?	
¿Cómo dirías que te encuentras ahora?	Ante la situación que estamos viviendo... ¿consideras necesario tener apoyo psicológico dentro de la residencia?	Para ser feliz, ¿qué crees que necesitaran ahora?
¿Crees que ellos piensan que volveremos a la normalidad algún día?	Afirmativo: ¿Cuánto crees que falta para poder volver? Negativo: ¿Por qué?	

¿Qué actividades realizaban antes que ahora por culpa de la pandemia no están realizando? ¿Cuál les gustaría retomar?	¿Qué actividad les gustaría realizar en general? ¿Qué aficiones tienen o tenían y cuál de ellas realizan?	
¿Qué dirías que han aprendido como persona en esta pandemia?		
¿Qué pedirían a la sociedad ahora mismo?	¿Qué consejos les darían a los jóvenes para afrontar toda esta situación?	

Anexo III: Horario de actividades.

PROGRAMA DE OCIO EN LA RESIDENCIA "CARDENAL MARCELO"

OFERTAS DE OCUPACIÓN MEDIANTE ACTIVIDADES ESTABLES 2021
RUTINAS DE LOS RESIDENTES

DIA HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
9,30	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
9,45	Buenos días	Buenos días	Buenos días	Buenos días	Buenos días	-	-
10,15	Revitalización	Revitalización	Eucaristía	Revitalización	Revitalización	-	Eucaristía
10,45	-	Bingo 1*	Bingo 2*	Bingo 4*	-	-	-
10,30	Memoria	Memoria	Memoria	Memoria	Memoria	-	-
11,15	Memoria	Memoria	Memoria	Memoria	Memoria	-	-
11,45	Estimulación	Ventana Abierta	Aula de Cultura	Escuela de Salud	Bingo	-	-
12,00	Memoria	Memoria	Memoria	Memoria	Memoria	-	-
13,30	Comida	Comida	Comida	Comidas	Comida	Comida	Comida
16,30	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda
17,00	Rosario	Rosario	Rosario	Rosario	Rosario	Rosario	Rosario
17,30	-	-	Tarde de Toros	-	-	-	-
18,30	Juegos Mesa	Juegos Mesa	Juegos Mesa	Juegos Mesa	Juegos Mesa	Juegos Mesa	Juegos Mesa
20,00	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena

OTRAS ACTIVIDADES:
Laborterapia, biblioteca (prensa), paseos, visitas de familiares, salidas al exterior peluquería, podología, consultas médicas, reuniones del consejo de residentes, comisión de menús...

ACTIVIDADES A RECUPERAR:
Taller de informática. Coral "Marcoral". Visitas culturales y excursiones. Fiestas de fin de mes (baile y merienda). Programaciones especiales: *Aguadas, Carnaval, Semana Santa, Primavera (Consejo Social Huerta del Rey - Girón - Villa del Prado), San Juan, Fiestas de la Virgen de San Lorenzo, Convivencia Intergeneracional (Uva), Otoño Cultural, Navidad...*