Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Especialización en Gerontología Tesis de Especialización en Gerontología

2020

Impacto psicosocial del aislamiento por COVID-19 en personas mayores institucionalizadas : un estudio de caso

Irusta, María Paula

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/957

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL

CARRERA DE POSTGRADO: ESPECIALIZACION EN GERONTOLOGIA

TRABAJO FINAL DE TESIS

Impacto psicosocial del aislamiento por COVID-19 en personas mayores institucionalizadas
Un estudio de caso

ESPECIALIZANDA: Lic. Irusta, María Paula

DIRECTORA: Dra. Laura Adriana Cabero

Año: 2020

Resumen

Nuestro país y el mundo entero se encuentran cursando el año 2020 azotados por una pandemia causada por el Covid-19, una enfermedad respiratoria altamente contagiosa originada por el coronavirus (OMS, 2020).

Para evitar la propagación del virus, Argentina el 20 de marzo de 2020 decretó el aislamiento social preventivo y obligatorio para todas las personas que habitan el país (Decreto 297/20).

Las recomendaciones y medidas implementadas particularizaron grupos de riesgo. Dentro de uno de ellos, las personas de 60 años y más. Se puso énfasis en las instituciones de larga estadía.

Teniendo en cuenta el contexto actual de pandemia por coronavirus es que el presente estudio tuvo como objetivo conocer las implicancias psicosociales del aislamiento por Covid-19 en personas mayores institucionalizadas. Para ello se seleccionó el Hogar San José de la ciudad de Chacabuco, provincia de Buenos Aires, Argentina y ocho personas mayores que allí residen como así también cuatro cuidadores formales y seis profesionales.

Se realizó un tipo de estudio exploratorio-descriptivo a partir de la utilización de metodología cualitativa y de corte transversal (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010; Hernández-Sampieri, 2018).

El estudio, basado en la tradición cualitativa, se elaboró mediante la utilización de las técnicas de entrevista semiestructurada y observación participante, aplicadas a los mayores residentes como a cuidadores y profesionales. Se adaptaron los recursos necesarios para el acceso a la información, dentro de los cuales se utilizó la virtualidad.

Los resultados principales demuestran que el aislamiento por Covid-19 impacta de manera diferente en cada una de las personas mayores que residen en el Hogar San José y afrontar la situación actual depende de los recursos propios como así también, de su estado de salud, del contexto institucional, de sus relaciones sociales y la calidad de las mismas.

En tanto, se ha evidenciado que las personas mayores han mantenido condiciones emocionales que, inclusive con las perdidas biológicas, psicológicas y sociales, lograron sostener niveles de bienestar en contexto de pandemia. Si bien la rutina no se ha modificado, sí han

cambiado algunos hábitos. Y, el contacto social es uno de los principales factores que se ha visto afectado con el confinamiento.

Agradecimientos

A mí querida directora de tesis, Dra. Laura Cabero, quien acompañó el proceso de esta investigación de principio a fin, compartiendo su experiencia y conocimientos, además de brindar el ánimo para efectuarla con esfuerzo y dedicación.

A la Sra. Gabriela Belfortti Presidenta del Hogar San José y por su intermedio a toda la Comisión Directiva, quienes facilitaron el acceso a la institución.

A todos los actores entrevistados, principalmente a los residentes, puesto que sin su invaluable participación no se hubiese podido concretar el presente trabajo de investigación.

A mi familia y amigos quienes me acompañaron y sostuvieron desde el inicio de esta carrera de especialización y me han alentado para finalizarla.

A todos simplemente GRACIAS.-

Índice

Resumen 2

Agradecimientos 4

Introducción 7

Capítulo I 10

Estado de la cuestión, envejecimiento poblacional y paradigma 10

1.1 Antecedentes sobre el tema objeto de estudio 10

1.2 Vejez y Envejecimiento 12

1.2.1 Conceptualizaciones 12

1.2.2 Envejecimiento poblacional 13

1.2.3 Paradigma del Curso Vital 16

1.2.4 Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP) 19

Capítulo II 21

Institucionalización en Residencias de Larga Estadía 21

2.1 El proceso de institucionalización 21

2.2 Respecto del concepto de Residencia de Larga Estadía 25

2.3 Contexto situado de las Residencias de Larga Estadía 27

Capítulo III 30

Pandemia de enfermedad por Covid-19 y su impacto psicosocial en personas mayores institucionalizadas 30

3.1 Antecedentes del Covid-19 30

3.2 Marco normativo 32

3.3 Fases de administración del ASPO 34

3.4 Recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para la población en general 35

3.5 Protocolos de acción ante el Covid-19 en RLE 36
3.6 Impacto Psicosocial 41
3.6.1 Impacto del Covid-19 en personas mayores 42
3.6.2 Impacto del Covid-19 sobre RLE 46
Capítulo IV 48
Definición de objetivos y aspectos metodológicos 48
4.1 Objetivo general y objetivos específicos 48
4.2 Construcción y delimitación del objeto de estudio 48
4.3 Criterios de selección y justificación de la muestra 51
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 53
4.5 Consideraciones éticas 54
4.6 Análisis de los datos 55
4.7 Criterio de calidad o rigor de la investigación 56
Capítulo V 59
Análisis e interpretación de los datos 59
Conclusiones y propuestas 88
Referencias bibliográficas 94
Apéndice 102
a) Hogar San José 102
b) Consentimiento Informado 103
c) Entrevistas semiestructuradas 104

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (2020) declaró, al brote del nuevo coronavirus (COVID-19) como una pandemia, a raíz de ello nuestro país amplió la Emergencia Sanitaria y le brindó al Ministerio de Salud la facultad para tomar las medidas necesarias a fin de minimizar el contagio y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

En este marco, y teniendo en cuenta las recomendaciones de los organismos internacionales especializados, de los expertos locales, y a la luz de la experiencia de otros países, se determinó que la forma más efectiva para cuidar la salud de la población además de prevenir la diseminación del virus, es el aislamiento social (Argentina, 2020).

Así en Argentina el 20 de marzo de 2020 el Gobierno Nacional decretó el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" (Decreto 297/2020).

En virtud de ello el Ministerio de Salud impartió recomendaciones para toda la población y en particular para aquellos grupos considerados de riesgo epidemiológico. Dentro de este grupo se consideró a las personas mayores de 60 años y más. Asimismo se implementaron medias restrictivas de control en los establecimientos de estadía permanente para proteger a las personas que allí viven y trabajan, debido a que la estrecha proximidad en la convivencia incrementan los riesgos de contagio (Ministerio de Salud, 2020).

Teniendo en cuenta que el riesgo que supone la infección por COVID-19 es superior en personas de edad avanzada que en aquellas más jóvenes y que esta situación constituye una de las emergencias geriátricas más relevante del último siglo, surgió el interés por estudiar a este grupo en particular, las personas mayores que se encuentran institucionalizadas.

Conforme a lo mencionado, se profundiza en el presente estudio sobre la población mayor que residen en una institución de bien público sin fines de lucro conocida como Hogar San José emplazado en la ciudad de Chacabuco, Provincia de Buenos Aires, Argentina. A fin de conocer el impacto psicosocial del aislamiento por Covid.19 en esos mayores institucionalizados.

Para lograr el objetivo de esta investigación se seleccionó un tipo de estudio exploratorio-descriptivo a partir de la utilización de metodología cualitativa y de diseño no experimental de corte transversal (Hernández-Sampieri, et al., 2010; Hernández-Sampieri, 2018).

Entre los diferentes diseños en la investigación cualitativa, se optó por un diseño etnográfico (Hernández-Sampieri, 2018) con un enfoque metodológico desde la perspectiva del estudio de caso.

Para la construcción de información, además de la observación participante se realizaron entrevistas semiestructuradas (Hernández-Sampieri, 2018). Esta técnica se aplicó a personas mayores que residen en la institución, a profesionales que forman parte del equipo técnico y a los cuidadores de la residencia.

Se abordó a la población de mayores autónomos que se encuentran residiendo en la institución con una permanencia superior a los seis meses, que no padecen deterioro cognitivo y/o patologías psiquiátricas según información recibida por el equipo de profesionales, de ambos sexos y su edad oscila entre 60 y 90 años.

Se consideró importante el aporte de otros actores de la institución, como los profesionales del equipo técnico y el personal de atención directa, los cuidadores formales. Estos últimos conforman un grupo de trabajadores que mantienen mayor regularidad en el acompañamiento de las personas mayores en su vida cotidiana.

La presente investigación pretende contribuir al campo de la gerontología en particular y a las políticas sociales en general, a partir de la revisión para la planificación y ejecución de medidas adicionales y/o modificadas al confinamiento establecido. Como fortaleza del estudio se promueven intervenciones preventivas en pos del bienestar subjetivo de los residentes.

El trabajo se divide en cinco capítulos, en el Capítulo I se plantea un panorama sobre los diferentes antecedentes en relación al tema objeto de estudio, se desarrollan los conceptos de vejez y envejecimiento, se brinda un análisis global demográfico del envejecimiento y se presentan las teorías más relevantes como el Curso Vital y el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona desde donde se aborda el envejecimiento. En el Capítulo II se hace referencia a la institucionalización en Residencias de Larga Estadía, para lo cual se desarrolla el proceso de institucionalización, el concepto de Residencias de Larga Estadía a la luz de las teorías y los distintos paradigmas. En el Capítulo III se analiza la pandemia de enfermedad por coronavirus y su impacto psicosocial en las personas mayores y en las Residencias de Larga Estadía. En el Capítulo IV se detalla la opción teórica-epistemológica, la definición de objetivos, la selección de la muestra, los instrumentos utilizados para la recolección de datos, las consideraciones éticas, análisis de los datos, y los criterios de calidad y rigor de la investigación.

En el Capítulo V se hace referencia al análisis e interpretación de los datos y para finalizar se acopian las concusiones de la investigación conjuntamente con las propuestas como líneas de intervención e investigación en relación a la temática.

Capítulo I

Estado de la cuestión, envejecimiento poblacional y paradigma

1.1 Antecedentes sobre el tema objeto de estudio

Se realizó una investigación bibliográfica, sobre los efectos del aislamiento en las personas mayores institucionalizadas y/o intervenciones dirigidas a personas mayores en confinamiento, la que se sintetiza a continuación.

Un estudio realizado en España por Losada y colaboradores (2020) describe los resultados de una encuesta realizada por las redes sociales a 13010 personas de 18 a 88 años en confinamiento en contexto de COVID-19. Según estos investigadores las familias están pasando un momento de mucho estrés debido al COVID-19 y la edad es un factor de riesgo para esta enfermedad. Las autopercepciones negativas del envejecimiento pueden estar relacionadas con la soledad y la angustia causada por la situación actual. La investigación tenía como hipótesis que las personas mayores presentaban mayores niveles de soledad y sufrimiento psicológico. Sin embargo los autores revelaron una identificación inversa entre la edad cronológica y la soledad y el sufrimiento psicológico: a más edad menos soledad y sufrimiento. En relación a los recursos familiares, tener contacto con ellos se relacionó con menos soledad pero con un mayor sufrimiento. El sufrimiento era mayor, cuanto mayor era la insatisfacción con el apoyo recibido de su familia. Los autores concluyeron que las personas mayores con autopercepción positiva sobre el envejecimiento parecen ser más resilientes durante la situación de sufrimiento que supone la pandemia actual (Losada-Baltar, 2020).

Asimismo se identificaron dos estudios, uno en Turquía (2020) y otro en Francia (2020), que actualmente están en curso por lo cual no se disponen todavía de resultados. Ambos exploran intervenciones en personas mayores en situación de confinamiento.

El primero es un ensayo llevado a cabo en Turquía (primer publicado 06/04/2020) y evalúa el impacto de un programa de ejercicios sobre la actividad física, la salud y la soledad de personas mayores en confinamiento domiciliario. Turquía, al igual que otros países, adopto medidas de precaución para prevenir la pandemia y a partir del 21 de Marzo de 2020 las personas mayores de 65 años comenzaron a aplicar el toque de queda. Para estos investigadores no salir de casa y el aislamiento social conlleva la limitación de la actividad física. Así el propósito del estudio es evaluar el nivel de actividad física de las personas mayores de 65 años

que experimentan aislamiento social. El objetivo es usar un modelo innovador basado en el programa de ejercicios en el hogar con soporte digital. Se incluirán 15 voluntarios mayores de 65 años que estén en sus casas, que no estén impedidos de hacer actividad física, que tengan acceso a entrenamiento en línea ya que la participación se hará a través de Skype dirigida por un fisioterapeuta quien aplicara el protocolo de ejercicios combinando ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento (Koce, 2020).

El segundo es un estudio en Francia se inició el 27 de marzo de 2020 para evaluar las preferencias y satisfacción de las personas mayores, hospitalizadas en geriatría y residentes de un centro de larga estancia, con las videollamadas, las llamadas telefónicas, o ninguna de las dos como medio de comunicación con el exterior durante el periodo de confinamiento. Según los investigadores "contrariamente a nuestra intuición los pacientes y los residentes no necesariamente solicitan comunicación con el mundo exterior y cuando lo hacen el canal menos preferido no es la videotelefonía, sino a menudo una simple llamada telefónica con familiares". El objetivo de la investigación es conocer cuál es el medio de comunicación preferido por las personas mayores institucionalizadas para mantener contacto con sus familiares y amigos. Este estudio permitirá proponer soluciones más apropiadas a fin de limitar lo más posible el aumento del aislamiento social impuesto a las personas mayores institucionalizadas (Hospital Universitario Angers, 2020).

Asimismo en nuestro país un estudio detectó que los mayores de 60 años están mejor preparados emocionalmente para afrontar la cuarentena. Se trata de un trabajo realizado por la Facultad de Psicología de la UBA, que evaluó lo cambios en la rutina y el impacto del encierro. Se entrevistaron 812 personas mayores de 60 años de la Ciudad para conocer sus hábitos, sus preocupaciones y sus hallazgos durante esta cuarentena. Según Ricardo Iacub, titular de la catedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la Facultad de Psicología de la UBA y director de la investigación "esperábamos que lo encuestados nos respondieran que su vida había cambiado de manera menos moderada y que la emociones que estuvieran sintiendo fueran más agudas, sobre todo el miedo y la tristeza". Pero el resultado del estudio indicó que sus hábitos cambiaron poco y sus emociones sí se modificaron, pero independientemente de ello, las personas mayores están mejor preparadas que otros grupos etarios para afrontar el aislamiento social preventivo y obligatorio (Iacub, 2020).

En el relevamiento de información bibliográfica realizado hasta la fecha, no se encontró estudio específico sobre el recorte problemático elegido, es decir sobre el impacto del aislamiento por COVID-19 en personas mayores institucionalizadas.

1.2 Vejez y Envejecimiento

1.2.1 Conceptualizaciones

La presente investigación tiene como objeto de estudio personas mayores, por lo cual se considera pertinente definir este concepto seguido de los términos vejez y envejecimiento, los cuales frecuentemente son considerados homólogos pero no lo son. Si bien no resulta tarea sencilla debido a que existen diferentes concepciones a cerca de estas categorías, se considera oportuno dejar en claro desde donde se abordan estos conceptos.

Se hará referencia a personas mayores siguiendo la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015, p.5) como "todas aquellas de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor".

En esta misma línea se define la vejez como "una construcción social de la última etapa del curso de la vida" y al envejecimiento como "proceso gradual que se desarrolla durante el curso de la vida, y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales, y funcionales de variadas consecuencias las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio"[1] (OEA, 2015).

Si bien, vejez y envejecimiento son términos que se contienen, el primero es de orden socio cultural, determinado y definido por cada cultura y sociedad en un contexto temporal e histórico y se encuentra ligado al interior del segundo, que es de orden biológico entendido como proceso de continuidad, de evolución, de carácter permanente y universal que comienza con el nacimiento.

[1] Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, p.5, 2015.

Siendo el envejecimiento un fenómeno presente a lo largo del transcurso de la vida, entendido como un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, en ocasiones deriva en una dificultad de aceptación como realidad innata.

Hacer mención al transcurso de la vida, es reconocer la vida como un proceso de continuidad, de cambios, de desarrollo y de envejecimiento permanente. De esta forma desarrollo y envejecimiento se entienden como procesos de cambios interrelacionados durante toda la vida, desde el comienzo hasta el final de la vida, resultando la vejez condición final y consecuente de ese envejecer (Dulcey Ruiz, Perales Quenaza, & Posada Gilede, 2018).

El envejecimiento es un proceso natural, diferencial pero pincipalmente individual, cada persona porta una realidad biopsicosocial, una historia vital y una personalidad que lo diferencia (Cabero, 2019).

No hay una única forma de vivir-envejecer, por lo que todas las personas envejecen de manera diferente y llegan a la vejez de formas distintas. Por ello es sustancial comprender la herterogeneidad de las vidas humanas, la necesidad de reconocer que la vejez es resultado de lo vivido desde el comienzo de la existencia y es en la época en que más nos diferenciamos de otros (Cordero, Cabanillas, & Lerchundi, 2003; Dulcey Ruiz, 2018).

Asimismo “somos desde principio a fin seres humanos en interacción con otros, inter-somos, en contextos disimiles”, en el transcurso de la vida necesariamente interactuamos con otras personas (Dulcey Ruiz, 2018. p.44).

1.2.2 Envejecimiento poblacional

Los cambios demográficos en las últimas décadas, incluyen un aumento de la proporción de personas mayores a nivel mundial.

La OMS (2018) asegura que por primera vez en la historia la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta entrado los 60 años y más. El ritmo de envejecimiento es evoluciona más rápidamente que en el pasado.

Para el año 2050 habrá más personas mayores que niños menores de cinco años. Se vive más tiempo en todo el mundo, entre 2015 y 2050 el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará del 12% al 22%. La mayor esperanza de vida, sumada a las caídas importantes en las tasas de fecundidad, es la causa del rápido envejecimiento de poblaciones de todo el mundo (OMS, 2018).

Esta situación da lugar a que la población de personas mayores se haya incrementado considerablemente en varios países generando el fenómeno denominado “inversión de la pirámide poblacional” (Krzemien, 2013, p.11).

Según la especialista De Leonardis[2], este crecimiento no es ajeno en Argentina ya que se encuentra entre los más envejecidos de América Latina junto con Cuba, Chile y Uruguay. Según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, para el año 2050 en Argentina una de cada cinco personas tendrá 60 años y más. La misma, explica que el camino hacia el envejecimiento poblacional se inició alrededor de 1920 y avanzó de manera acelerada desde la segunda mitad del siglo XX convirtiéndose así el envejecimiento demográfico una característica principal de la población mundial en el siglo XXI (De Leonardis, 2016).

Amplía la especialista, que en relación a nuestro país además de la caída de la fecundidad y de la mortalidad, el componente migratorio tuvo un impacto relevante en el comienzo de este proceso. Si bien el fuerte afluente de población fines del siglo XIX era principalmente joven, al promediar el siglo XX el peso de los migrantes en la población de 60 años y más representaba casi el 60 %. A partir de los años 70 el incremento de la población de mayor edad continuó con su tendencia creciente y actualmente se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada. Según el Censo 2010[3], un 10.2% de la población tiene 60 años y más, esto demuestra que existe una alta proporción de personas mayores en relación a la población total. Tomando la población de 60 años y más, la tasa de envejecimiento asciende al 14,3%.

Destaca De Leonardis (2016) que una característica de este grupo de población, es la feminización de sus componentes a causa de los mayores niveles de sobre mortalidad masculina. Siguiendo el Censo 2010; sobre un total de 4,1 millones de personas de 60 años y más, 2,4 millones corresponden a mujeres y 1,7 millones a varones. Asimismo resalta otra característica del proceso de envejecimiento, su perfil urbano; y según los datos rescatados del Censo 2010, en la CABA reside el mayor porcentaje de población de 65 años y más (15,7%), seguida por el interior de la provincia de Buenos Aires (11,5%), las provincias de Santa Fe (11,1%), La Pampa (10,9%), y Córdoba (10,8%). Entre las provincias menos envejecidas se encuentran Tierra del

[2] María Paula De Leonardis, Lic, en Gerontología, Gerente Operativa de la Gerencia Operativa Innovación Aplicada a la calidad de Vida, dependiente de la Dirección General Nuevos Estándares y Tecnologías de la Secretaria de Tercera Edad del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano. Gobierno de la ciudad. CABA.

[3] Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2010. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC).

Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (3.6%), Santa Cruz (4,9%) Misiones (6,2%) y Neuquén (6,4%).

En cuanto a la distribución de la población por grupos etarios, en líneas generales la distribución de la población en el partido de Chacabuco muestra un comportamiento similar al de la población a nivel país y la provincia de Buenos Aires. El partido cuenta con una población total de 48.703 habitantes de los cuales 7.269 son personas mayores de 60 años. En un análisis detallado, se observa un leve incremento del grupo del grupo etario de 60 años y más en el partido de Chacabuco respecto a los porcentajes que presenta la provincia de Buenos Aires y el país, de modo que la población entre 0-14 no llega a duplicar a la población del grupo mayor de edad. Estos valores darían cuenta de un proceso incipiente de envejecimiento poblacional en el partido (Martino, 2018).

Asimismo, debido a las dificultades de obtención de empleo, son reducidos los habitantes que una vez concluidos sus estudios superiores regresan a sus pueblos a desarrollar sus actividades profesionales. En consecuencia ante la expulsión de población joven, se incrementa la población de edad adulta. Este proceso de envejecimiento poblacional trae aparejado la necesidad habitacional y atención para la salud destinada a las personas mayores.

Sostiene la especialista De Leonardis (2016) que los cambios en la composición por edades en una sociedad inciden en el comportamiento de la misma, de ahí la importancia de la demografía para poder anticiparse y diseñar respuestas más optimas a las necesidades de su población.

Siguiendo el informe mundial sobre envejecimiento y la salud (OMS, 2015) una vida más larga es un recurso extremadamente valioso, y otorga la posibilidad de repensar no solo cómo vivir la vejez, sino como podría desarrollarse. Datos empíricos demuestran que la pérdida de la capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de la salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse. Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimenten múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia. Según este informe mundial, con políticas y servicios adecuados, el envejecimiento de la población puede verse como una buena y nueva oportunidad tanto para las personas como para las sociedades (OMS, 2015).

El envejecimiento a nivel mundial y en particular en el contexto latinoamericano, tiende a darse con una gran diversidad cultural y socioeconómica, y si bien este fenómeno resulta preocupante, no es menos importante en qué condiciones psicosociales y ambientales se vive la vejez.

Se requiere de atención a la cuestión relacionada a los servicios, recursos y espacios edilicios destinados al cuidado y asistencia de este grupo de población. En vista de que las sociedades estarán compuestas cada vez menos por población de personas jóvenes y será mayor la cantidad de personas que envejecen, a la vez que se irá incrementando el número de personas en situación de dependencia, se hace necesaria una reanudación de la infraestructura de los servicios sociales y públicos. Las residencias se multiplican considerablemente en muchas regiones y países, debido al incremento de esta población con necesidad de atención especializada. En el intento de responder a las demandas de atención sanitaria de las personas mayores, en cuanto servicios asistenciales y residenciales destinados a esta población en cuanto a la infraestructura, resulta necesario un mecanismo de supervisión idóneo encargados de supervisar aspectos que a menudo por ser descuidados son los desencadenantes de una mala práctica institucional, situaciones de negligencia, malo tratos en especial en aquellas personas mayores más vulnerables (Krzemien, 2013).

Teniendo en cuenta que el envejecimiento poblacional es una realidad mundial, el reto será que cada sociedad deberá tener en cuenta este fenómeno y se tendrá que responsabilizar y revisar la calidad de prestación y servicios que reciben las personas mayores institucionalizadas.

1.2.3 Paradigma del Curso Vital

A lo largo del tiempo se han propuesto varias teorías y perspectivas sobre qué es y cómo se vive el envejecimiento. Sin embargo, no es objetivo de esta investigación el desarrollo de las mismas pero sí se considera oportuno desarrollar sobre la Perspectiva del Curso Vital, que se encuentra dentro de la segunda generación de las teorías sociológicas. El periodo en el que tiene sus orígenes data entre 1970 y 1985, su referente Eric Erickson (1972) y el campo de análisis lo conforman los componentes estructurales (impacto de la organización social sobre el envejecimiento) y su influencia en las diferentes cohortes de las personas que envejecen. (Paola & Saá, 2019).

El curso de vida es un marco de referencia de tipo contextual y dialéctico que destaca los parámetros históricos, culturales, de la experiencia cotidiana sobre cualquier clasificación del desarrollo que tome la edad como criterio. Resultando aplicable al estudio de todo curso de vida y a las diferentes dimensiones del desarrollo (biológico, cognitivo, afectivo, psicológico, social, histórico-cultural, familiar) y sus interrelaciones mutuas. Comprende al ser humano desde un punto de vista holístico, como ser bio-psico-social-espiritual (Krzemien, 2008).

Desde este paradigma, su propulsor y otros autores[4], conciben al desarrollo humano como "proceso ontogenético de adaptación transaccional", "proceso de cambios en la capacidad adaptativa de las personas" (p. 2).

El desarrollo se caracteriza por cambios en los diferentes aspectos de la vida de una persona y a su vez considera el impacto y las experiencias de esos eventos. De esta forma se observa que el desarrollo se define en relación a nociones de adaptación y transición e involucra relaciones interdependientes entre la persona y su contexto.

Si bien en la década del 30´-50´, ya existían trabajos pioneros que abarcaban el estudio del curso vital, este enfoque resurge en la década de los 70 siendo su porta voz inicial Paul B. Baltes (1983) quien prefirió denominar a este enfoque como curso de la vida. Este término hace referencia a extensión, lapso, transcurso, proceso, que da cuenta de la continuidad de la vida humana que tiene un comienzo en la concepción y un fin con la muerte, con etapas diferenciales en una regularidad temporal y a la vez caracterizada por una discontinuidad marcada por las disrupciones o procesos de cambio biológicos, psicosociales, y ambientales en interacción (Krzemien, 2013).

Este enfoque destaca el énfasis en la interdependencia y complejidad del desarrollo de una persona en interacción con los diferentes contextos mientras transita su curso de vida, así resulta oportuno detallar las bases conceptuales de este enfoque.

Siguiendo a Krzemien (2013) la edad deja de ser una variable explicativa del desarrollo, ninguna etapa vital tiene primacía sino que cada una implica características particulares, experiencias, procesos, cambios propios de cada momento del desarrollo en un contexto sociocultural determinado.

[4] Baltes, Linderberger & Staudinger, 2006, p.626; en Krzemien 2008.

El desarrollo es producto de la interacción entre factores biológicos y culturales que varían a lo largo de la vida. A medida que se avanza esta interacción varia significativamente, y algunos cambios pueden sufrir pérdidas en determinada área pero supone ganancia en otra.

Desde este paradigma se reconoce que cualquier momento de la vida se caracteriza por pérdidas y ganancias, es un proceso de adaptación selectiva que refleja la interacción entre los factores biológicos, culturales y contextuales.

En relación al contexto e historia, el desarrollo tiene un significado cultural y no sólo biológico. Es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre en ese tiempo (Neugarten, 1977).

Como sujeto de interacción social, actor y participante va construyendo su propia relación con el mundo. Interactúan en el desarrollo tres clases de factores que afectan a la trayectoria vital del individuo (Zarebski, 2005; Krzemien, 2008, 2013).

-Factores normativos relacionados a la edad: hacen referencia a factores y expectativas sociales relacionadas a la edad y al género que inciden en la conformación de la identidad social y la pertenencia a una cultura o grupo social, son influencias biológicas y ambientales que son comunes para un grupo o para determinada etapa de la vida.

-Factores históricos: se refiere a hechos relacionados a la historia, compartidos y experimentados por los todos miembros de una misma cohorte o generación.

-Factores no normativos: hacen referencia a las experiencias, vivencias que son significativas para cada sujeto y tienen un impacto importante sobre él.

Este grupo de factores interactúan dialécticamente e intervienen en el desarrollo del individuo de manera diferencial explicando la multidimensionalidad y multidireccionalidad de los procesos de cambio. La primera hace referencia a los factores biológicos y ambientales (psicosociales- contextuales) cuya interacción varia a lo largo de la vida y de manera diferencial en cada individuo y la segunda, alude a la diversidad en la dirección de los cambios, por lo cual cada persona experimenta los cambios en ritmos y direcciones diferentes.

Existe en el desarrollo una gran plasticidad intraindividual que se refiere a la adaptabilidad, esa plasticidad determina la potencialidad intraindividual, que es lo que permite a las personas mayores la capacidad de adaptarse a los cambios del medio ambiente en que viven a la vez que desarrollan otras habilidades que favorecen un envejecer más satisfactorio (Zarebski, 2005; Krzemien, 2008, 2013).

Teniendo en cuenta el objetivo de la investigación es que se considera oportuna la elección de este enfoque, el cual permite abordar de manera integral a las personas mayores permitiendo analizar desde una perspectiva psicosocial la experiencia de las personas mayores afectadas por el aislamiento social a causa de la pandemia actual. A fin de comprender, los comportamientos, las emociones, los pensamientos, sin aislarlos del contexto social, histórico y cultural en el que esto ocurre.

1.2.4 Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP)

En las Residencias de Larga Estadía, la atención integral se hace imprescindible para brindar bienes y cuidados para vivir una vida digna en la vejez, por lo cual se hace necesario antes de continuar definir qué se entiende por atención integral centrada en la persona, de acuerdo con Rodríguez (2013) es:

> La que promueve las condiciones necesarias para 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 (Ramos Feijóo, 2018, p. 104).

Esta mirada integral, holística centrada en la persona conlleva la necesidad de un abordaje interdisciplinar que abarque todos los aspectos de la vida sin perder la singularidad de la persona.

Desde esta perspectiva se considera oportuno otorgar una breve conceptualización sobre el modelo de atención conocido como Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP), resultando esta alternativa imprescindible para la calidad de vida de las personas mayores y las personas en situación de dependencia ya sea en su propio domicilio o en una residencia (Ramos Feijóo, 2018).

La principal característica que define a este modelo, y que ha superado los modelos tradicionales de organización de las residencias basados en modelos de servicios, es que reconocen el papel central de la persona mayor residente en su atención y proponen estrategias para que sea ella misma quien ejerza el control sobre las cuestiones que le afectan (Paola et al., 2018).

En este sentido, adaptar y aplicar el MAICP en las residencias supone un desafío por los beneficios que implica en la calidad de vida de sus residentes y no sólo en ellos sino que incluye

la calidad de vida de sus familiares y del propio personal que allí trabaja. El éxito de la implementación de este modelo a la vida institucional dependerá del compromiso de la totalidad de los integrantes de las residencias, y fundamentalmente de las autoridades de los establecimientos. Poner en marcha este modelo implica un cambio de estructuras no solo administrativas y profesionales, sino un cambio en las estructuras mentales, en las formas de trabajo en equipo como si también en la aplicación de las políticas sociales, las cuales deberán estar centradas con un criterio de derechos humanos (Paola, 2018; Ramos Feijóo, 2018).

Desde este modelo el envejecimiento es entendido como un proceso y resalta la singularidad de cada persona. El envejecimiento como hecho natural adquiere diferentes características en cada persona que por tanto debe ser reconocida como sujeto y protagonista de su proceso vital.

Dentro del enfoque de las políticas de derechos, implica reconocer los derechos de las personas mayores a vivir dignamente a lo largo de toda su vida. Todas las intervenciones (políticas y/o profesionales) deben estar centradas en un criterio de derechos humanos, adaptando las mismas a las necesidades y características de cada persona, es la persona, su historia social y su proyecto de vida la que define la intervención.

La dinámica de las residencias dentro del MAICP implica una apertura a la comunidad en relaciones bidireccionales. El ingreso a una residencia debe ser parte de la vida y no un camino al aislamiento y a la muerte. Este modelo orienta la atención para que todos los profesionales trabajen de manera interdisciplinaria poniendo la centralidad en la persona. En las residencias los recursos humanos deben integrarse y trabajar de una manera articulada estableciendo canales de comunicación y acuerdos. El papel de los equipos es asumir un compromiso con los derechos humanos de las personas mayores, respetando que quien toma decisiones sobre su propia vida es la persona y no el equipo de salud (Paola et al., 2018).

A la luz de los nuevos paradigmas desde donde se aborda y se interviene en la vejez, permiten reflexionar sobre los nuevos significados de la institucionalización y las instituciones donde residen las personas mayores, conceptos que serán ampliados en el siguiente apartado.

Capítulo II

Institucionalización en Residencias de Larga Estadía

2.1 El proceso de institucionalización

El fenómeno de institucionalización de personas mayores en residencias de larga estadía (RLE) ha tomado relevancia social, principalmente desde finales del siglo pasado.

Se considera pertinente, en principio, exponer sobre el término institución para luego continuar con el proceso de institucionalización.

Mencionar a las RLE como instituciones resulta relevante hacer referencia a la noción de "institución total", en el sentido escrito por Erving Goffman[5](2012):

> Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (p. 15).

De acuerdo con Goffman (2012) la institución total seria todo aquel lugar donde residen grupos de personas que están separadas de la sociedad, compartiendo una situación común donde transcurre una parte de la vida bajo un régimen cerrado y formalmente administrado.

Gómez Morales (2014) explica que en la caso de las residencias para personas mayores se puede aplicar a la obligación de los residentes a adaptarse a las reglas estipuladas implicando esa situación una desvinculación del individuo de su vida pasada, de sus hábitos y rutinas teniendo que adaptarse a horarios preestablecidos, menús específicos, control en las salidas, estructuración del tiempo para las diversas actividades y acciones, contribuyendo por tanto a una convivencia burocratizada alejada del ideal "hogar". Ciertamente las normas son necesarias en toda organización, pero el caso particular que nos ocupa, puede suponer una pérdida de autonomía.

Las situaciones vivenciadas por los residentes se encuentran vinculadas a la normativa o reglamentación interna planteadas con el fin de proteger a los mayores y acompañar una buena calidad de vida, pero algunos autores como Barenys (1990), plantean que el trato impuesto por

[5] Eving Goffman (1922-1982) canadiense, sociólogo y escritor. Fue profesor de Sociología en las Universidades de Berkeley y Pensilvania. Entre sus principales obras se destacan *La presentación de la persona en la vida cotidiana (1956), Relaciones en público (1971), estigma. La identidad deteriorada (19649, Interaction Ritual (1967)y Forms of Talk (1981)*

un reglamento sin el consentimiento ni acuerdo de los individuos que residen en una determinada institución, se consideran humillantes en la medida en que se toman decisiones siempre en virtud de la seguridad del mayor eliminando su capacidad de autonomía. Argumenta que las reglas en muchos casos no sólo tiene el fin de proteger a los individuos sino que van ligada al mantenimiento del orden y del control. La pérdida de control ante las normas establecidas puede generar en el individuo situaciones de ansiedad empatía sentimientos de angustia de incompetencia de inutilidad. Por otro lado la reglamentación en ocasiones puede obviar las necesidades específicas de cada persona manteniendo unos protocolos generalizados que difícilmente utilizarán herramientas especializadas y personalizadas para cada tipo de situación (Gómez Morales, 2014).

Como resultado para la persona que vive esa experiencia se originan en ella unos procesos de cambio radical en las opiniones que tiene acerca de sí misma y acerca de quienes la rodean. Las instituciones de este tipo ponen en marcha un mecanismo de explotación de los roles mediante el aislamiento y la eliminación de toda referencia al ambiente de procedencia. Los bienes personales anteriores se sustituyen por objetos estandarizados y uniformes. Tal mecanismo origina en el individuo una pérdida del sentido se seguridad personal y un proceso de desculturación (Paola, 2018).

Se entiende por proceso de institucionalización, “la sucesión de instancias que llevan a tomar la decisión de alojar-internarse de manera personal y autónoma o bien por parte de familiares/amigos, equipos técnico profesionales oficiales y/o privados, en una organización institucional” (p. 68).

La institucionalización se compone de un entramado complejo de causas, los cambios sociales ocurridos durante los últimos años resultan cruciales para comprender la necesidad de nuevos mecanismos de atención para las personas mayores. Los principales acontecimientos impulsores de esta situación, son por un lado la modificación del tipo de familia tendiendo a ser más reducida, a la vez que se torna inestable como institución surgiendo nuevos tipos de modelos de familia, como las familias monoparentales o la convivencia fuera del matrimonio. Por otro lado, el proceso de industrialización ha dado lugar a la emigración de las nuevas generaciones hacia grandes ciudades provocando la disminución de las redes sociales de las personas mayores. Respecto a la situación económica actual, la tendencia a la vivienda de tamaño reducido, disminuye las posibilidades de convivencia de muchos miembros de la familia, ingresos

económicos que no permiten afrontar los gastos crecientes. Las dificultades de salud que colocan al mayor en situación de dependencia La incorporación de la mujer al ámbito laboral, es otro factor fundamental a la hora de comprender por qué ha disminuido la permanencia de los mayores o personas dependientes en el domicilio. (De los Reyes, 2007; Gómez Morales, 2014; Cabero, 2015; Paola, et al., 2018).

Los aspectos anteriormente mencionados caracterizan a la sociedad actual en lo que refiere a los cuidados y atención de los mayores. Las nuevas formas de vida, las tendencias originadas por las situaciones económicas que atraviesan muchas familias y las nuevas necesidades de la población mayor, provocan una ruptura con la forma tradicional de atención. De este modo se hace necesaria la ayuda externa para colaborar en la asistencia de las personas mayores por requerir de atención permanente en algunos casos o por la necesidad de cuidados especializados por otro. Esta decisión puede ser tomada por la propia persona mayor, quien reconoce que ya no puede permanecer en su entorno y otra veces por terceros (hijos, sobrinos) (Gómez Morales, 2014; Cabero, 2015; Paola, et al., 2018).

El significado de la institucionalización de larga estadía (ILE) ha evolucionado con el paso del tiempo. Desde el pensamiento socialmente dominante se consideraban a los geriátricos como lugares de abandono, instituciones que cosifican, despersonalizan y aíslan a los individuos que en ellas residen, a sus residentes como viejos abandonados y a sus familias como abandónicas (De los Reyes, 2007).

En la actualidad, las residencias tienden a constituirse un espacio de atencion socio sanitario complejo con un modelo de intervencion evolucionado y centrado en los derechos de las personas mayores. El ingreso a una institucion no significa que la persona mayor pierda su autonomia, ni la posibilidad de seguir viviendo de acuerdo a su propios principios (Paola, et al. 2018).

Explican Machado (2018) y Cabero (2015) que los mayores y sus familias apelan a la institucionalizacion, generalmente cuando ya han agotado otros recursos y esta decisión es tomada por la propia persona mayor y otras veces por su familia.

El ingreso a una residencia no siempre resulta satifactorio por lo cual es fundamental comprehender empaticamente a la persona mayor que ingresa, este trayecto en su historia de vida va a estar signado de multiples cambios, lo que significa transitar diferentes aprendizajes, aprender una “nueva cultura”, una nueva forma de organización de la vida cotidiana,

familairizarse con reglas y formas de funcionamiento de la institución que no conoce, compartir la intimidad con sus pares y con el personal que alli trabaja. Se debera ayudar a estos mayores a desplegar tecnicas de afrontamiento para familiarizarse con ese nuevo espacio social que constituye la institucion, y que ahora forma parte de su vida. La intervención va dirigida a promover la constitución de un sujeto empoderado, que se afirme en los logros del pasado para construir su presente. Se trata de que transite su vida no como una etapa de estancia sino de continuidad, donde pueda plantearse metas y desafios (Machado, 2018).

Resulta importante definir el modelo de atención desde el cual intentan las residencias abordar a la persona mayor desde su admisión y durante su proceso de institucionalización.

De acuerdo a Machado (2018) desde el Modelo de Atencion Integral Centrado en la Persona, el proceso de admisión es llevado a cabo por los profesionales de la residencia quienes reciben a la persona mayor y a su familia, brindando un espacio de escucha donde se ofrece información clara y pecisa, facilitando la posibilidad de que la persona tenga acceso a conocer el lugar donde se le propone vivir para que su decision se base en un conocimiento fundado. Una vez concluido el trabajo de admisión y de considerarse el ingreso del mayor a la residencia, se require el consentimiento informado, en el que la persona interesada expresa su conformidad, siendo revocable cuando el mayor lo requiera.

En esa misma linea, el ingreso a una residencia resulta significativo para la persona mayor, por lo cual se acompaña al mismo durante su proceso de institucionalización. Para dar curso a este proceso se requiere que el eje de las acciones profesionales esté centrado en la atención sobre la persona mayor, a fin de conocer la biografia de la misma. Desde el paradigma del curso vital, el envejecimieto es un proceso singular en el que cada persona enejece de manera diferente de acuerdo a sus carcateristicas innatas, y aquellas adquiridas durante el transcurso de vida, teniendo en cuenta el contexto histórico, económico social y cultural en el que haya desarrollado su vida. Conocer la trayectoria vital posibilita un abordaje más comprensivo para desarrollar acciones centrada en el cuidado de las personas mayores.

Realizar un mapeo de las redes sociales de los residentes, es imprescindible para conocer los vínculos significativos de cada persona mayor. Señala Machado (2018), no exsiten personas desvinculadas, las personas siempre están en relación por acción u omisión.

El desarrollo de la vida en una residencia es un proceso complejo en el que inciden tanto aspectos estructurales como relacionales. Los primeros estan ligados al tipo de instiución, a sus

normas y reglas de funcionamiento como a su composición interna. Los segundos se refieren a los intercambios que suceden entre sus integrantes, los residentes, el personal que alli trabaja, las familias y la comunidad (Machado, 2018).

2.2 Respecto del concepto de Residencia de Larga Estadía

Para adentrarnos en el ámbito de las instituciones residenciales el IMSERSO[6] (España) a través de sus publicaciones facilitó una serie de conceptualizaciones acerca de las residencias de larga estadía brindando una primera aproximación hacia las mismas, pudiendose vislumbrar en ellas ciertas orientaciones muy vigentes hoy (Paola, 2018).

Se pueden encontrar en pubicaciones españolas que durante la decada de 1980 se conceptualizaban a las Residencia de Larga Estadía como "centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas con más de sesenta años". En la decada de 1990 eran definidas como "Centros que ofrecen atención integral y vivienda permamente a personas mayores de sesenta años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidas en sus porpios domiclilios y decesitan de otros servicios". Poco después aparecen los criterios geróntologicos en la conceptualizacion "Centros geróntologicos abiertos de desarrollo personal y de atención socio sanitaria interdisciplinaria en el que viven temporal o permanente personas mayores con algun grado de dependencia" (p.63).

En el año 2000 en Argentina la Secretaria de Tercera Edad del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, definden a las Residencias de Larga Estadía como:

> Modulo u organización institucional integral, destinada al alojamiento y atención de las necesidades bio-psico-sociales y culturales de las personas de sesenta años y más, mediante personal capacitado a tal fin, que cuenta con áreas específicas según requerimientos prestacionales en un ambiente adecuado al funcionamiento gerontológico (Paola, 2018, p. 64).

Estas organizaciones institucionales pueden presentar diferentes conformaciones legales, pudiendo ser públicas, como fundaciones, ONGs; o privadas en cuyo caso cuentan con un dueño o propietario quienes obtienen un redito económico por el servicio que brindan. El perfil de cada residencia estará influenciado por el modelo de atención y el tipo de gestión que promuevan sus directivos (Machado, 2018).

[6] Instituto de Mayores y Servicio Sociales (Madrid)

Siguiendo a Machado (2018) la misma aborda y desarrolla los actores sociales que conforman las residencias de larga estadia. Las personas mayores que alli residen son los actores sociales protagónicos de la intervención. Si bien la palabra residente es utilizada para definir a las personas mayores que viven en las residencias, no se debe perder la singularidad de los mismos. Por lo cual siempre que sea posible es preferible tomar por constumbre el uso del nombre y el apellido. Estas personas mayores coinciden en habitar una determinada residencia, pero cada una de ellas cuenta con un nombre y una historia de vida que las diferencia del resto. Intervenvir con personas mayores desde el enfoque de los derechos humanos, implica respetar y reconocer a cada una como sujeto con su historia de vida y aceptar sus decisiones en base a sus propios pensamientos y valores, respetando los derechos y responsabilidades respecto de los cuales las personas mayores son titulares.

Asimismo la autora en relación a los cuidados que reciben las personas mayores, hace mencion del concepto de cuidador, el cual hace referencia a la persona que asiste o cuida a otra persona con algún tipo de minusvalia que le impide desarrollar sus actividades vitales. Se pueden mencionar dos categorias de cuidadores, formales e informales. La primera hace referencia a las personas que reciben capacitación para ofrecer los cuidados, y perciben una retribución económica por el mismo, este tipo de cuidadores hace referencia al personal que forman parte de las residencia de larga estadía. Cuidadores y auxiliares de enfermería son quienes más tiempo pasan con las personas mayores y son quienes más participan de su intimidad y privacidad, los mismos resultan actores que conforman la institución e interactúan a diario con los residentes. Otros actores, son los profesionales quienes a través de un trabajo interdisciplinario brindan una atención integral a la persona mayor, y asimismo tienen la posibilidad de establecer espacios de acompañamiento y capacitación a los cuidadores y enfermeros de la institución, así como de repensar el día a día de la tarea cotidiana a la que los mismos se enfrentan. Este equipo interdisciplinario trabaja a su vez con las redes de apoyo de los residentes, con las autoridades de la institución y con la comunidad. Las residencias forman parte de la comunidad en las que se encuentran radicadas, por lo cuál se deben tender permanentemente lazos entre ellas y su entorno más próximo. De alli que las personas mayores puedan participar de actividades con otras personas aportando a la constitución de un proyecto de vida que trascienda su rutina diaria (Machado, 2018).

En términos de Paola (2018) las residencias de larga estadía deben ser más “porosas”, esto es, la institucion ha de propiciar una relación “afuera-adentro” para lograr una vinculación recíproca que facilite acciones de articulación con la comunidad. El clima institucional deberá favorecer no sólo su integración con el resto de residentes, el personal técnico-profesional, la familia sino también con la comunidad local (Paola, 2018, p. 173).

Asimismo la interpretacion del clima social institucional, es una variable muy significativa a la hora de analizar la conducta de las personas mayores en relación con las organizaciones institucionales. De acuerdo a Rudolf Moos (1984) existen tres dimensiones para carcaterizar el clima social:

> La dimension de relación, se refiere a las relaciones interpersonales. La dimension de desarrollo, evalúa el grado en que el medio favorece el desenvolvimiento individual de sus habitantes. Por último, la dimension de mantenimiento y cambio del sistema se refiere al grado que existe orden en el ambiente y éste es claro en cuanto a sus expectativas y sensible al cambio (Paola, 2018 p. 208).

La importancia del clima social en la evaluación del ambiente, como parte del contexto que atraviesa a las personas mayores, da cuenta de como influye en el compartamiento de los residentes la forma que estos perciben el clima social de la institución.

Se requiere de un enfoque psicosocial para la atención de las personas mayores en residencias de larga estadía, partiendo de intervenciones que promuevan la autonomía y el desempeño de la persona en el medio institucional, considerando a la persona sujeto de derechos, trabajando siempre desde la intersubjetividad, los significados, los sentidos dirigidos a desarrollar su calidad de vida y el bienestar de la persona mayor en su entorno institucional (Paola, et al., 2018).

Las residencias de larga estadía se encuentran en la actualidad en un proceso de revisión de sus objetivos y de su conformación, sin embargo, siguiendo la finalidad de la investigación, se considera oportuno la contextualización social situada.

2.3 Contexto situado de las Residencias de Larga Estadía

El contexto institucional y social no puede escindirse del recorrido histórico que ha mantenido este tipo de instituciones, que han sido creadas para otorgar una respuesta societal.

Se pueden ubicar las primeras acciones del Estado destinado a las personas mayores hacia finales del siglo XIX, a través de un modelo asilar que se fue adaptando a las diferentes circunstancias socioeconómicas para brindar respuesta a este grupo de población (Paola, 2018).

El paradigma "asilar" surge en Europa en el siglo XIX con el objetivo de vigilar y castigar a quienes debían educarse y corregirse. La creación de los asilos en nuestro país tenía como objetivo ocultar a los pobres de manera ejemplar. Si bien las Sociedades de Beneficencia atendían cuestiones relacionadas a la pobreza en general, desplegaron las primeras acciones que incluyeron a los mayores y lo hicieron bajo el paradigma "asilar", permitiendo que las necesidades básicas de alojamiento, alimentación y vestimenta de muchos mayores en situación de pobreza fueran cubiertas (Paola, Samter, & Manes, 2011; Paola, et al. 2018).

Con el paso del tiempo se sucedieron cambios a nivel histórico-social, que modificaron la mirada de la persona mayor, se procedió a conceptualizar a la persona mayor como sujeto, reconociendo sus necesidades y sus derechos (Paola, et al., 2011).

Es así como se pasó de concebir a la vejez como conjunto de carencias y debilidades, de pensar los mayores como objetos de atención sanitaria y social bajo una línea asistencialista, a promover el empoderamiento de las personas mayores, reconociéndolos como sujetos de necesidades y derechos, que tienen garantías pero también tienen responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y la sociedad (Arias & Sabatini, 2015).

Esta situación fue transformada en el modelo de derechos humanos (DDHH), donde la persona mayor es considerada como un ciudadano sujeto de derechos y en los cuidados es clave el respeto y la dignidad respetando la voluntad de las personas mayores (Danel, 2018).

Es a mediados del siglo XX, explica De los Reyes (2007), que se origina un incremento de la institucionalización de larga estadía de ancianos y con ello una oferta de establecimientos para personas mayores. Dichos establecimientos pueden reconocerse hoy con diferentes nombres "hogares" "residencias" "geriátricos", términos que han superado a los asilos de ancianos indigentes y desvalidos. En el presente trabajo se hace referencia al concepto de Residencia de Larga Estadía.

A nivel internacional se evidencia, en las últimas tres décadas, un cambio de enfoque sobre el abordaje del envejecimiento desde la perspectiva de los Derechos Humanos, dejando de considerar a las personas mayores como objetos de protección para hacer énfasis en que este grupo tienen los mismos derechos que el resto de la población. Promulgaciones y convenciones

internacionales dan cuenta de esto. Cabe mencionarse que el 15 de Junio de 2015 se aprueba la Convencion Interamericana de Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores, dos años despues mediante el Decreto 375/2017, el Poder Ejecutivo Nacional promulga la Ley 27360 que ratifica la Convencion Interamericana para nuestro país (Paola, 2018).

De esta manera se refleja cómo se han realizado a nivel mundial y nacional, esfuerzos mancomunados desde el compromiso de abordar la problemática de las personas mayores con una concepción diferente de la vejez, el envejecimiento y la institucionalización, superando los estereotipos negativos que los han simbolizado durante tanto tiempo.

Capítulo III

Pandemia de enfermedad por Covid-19 y su impacto psicosocial en personas mayores institucionalizadas

3.1 Antecedentes del Covid-19

En términos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) los coronavirus (CoV) son una gran familia de virus que causan enfermedades respiratorias que van desde un resfriado común hasta enfermedades más graves.

Siguiendo una cronología el 31 de diciembre de 2019 China reportó casos de neumonía de causas desconocidas en Wuhan, Hubei. En el mes de enero 2020 nuevo coronavirus fue identificado y se compartió la secuencia genética. Se registró el día 27 la primera transmisión humano-humano fuera de China (Vietnam). El 30 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) declara el brote como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional- ESPII. El 27 de febrero se aporta nueva definición de caso sospechoso y el 11 de Marzo la OMS declara pandemia.

El director de la Organización Mundial de la Salud[7] anunció: "La OMS ha estado evaluando este brote durante todo el día y estamos profundamente preocupados tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad, como por los niveles alarmantes de inacción, por lo tanto hemos evaluado que COVID-19 puede caracterizase como una pandemia"[8]. La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes y en todo el mundo afectando a un significativo número de personas (Ghebreyesus T. A., 2020).

En Argentina, el Ministro de Salud de la Nación[9] el día 3 de marzo de 2020, dio a conocer el primer caso confirmado de la pandemia de enfermedad por Covid-19 (González García, 2020).

Posteriormente a través del Ministerio de Salud, el día 7 de marzo, se informó la primera muerte del país y de América Latina (Costa, 2020).

---

[7] Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS.

[8] Ginebra, 11 de Marzo de 2020 (OMS).

[9] Ginés Mario González García, es médico y político argentino, actual Ministro de Salud de la Nación Argentina.

Según la CEPAL[10] (2020), a nivel mundial la acción más importante para enfrentar el Covid-19, es la contención de la expansión del virus mediante el autoaislamiento, la cuarentena y el distanciamiento social.

Para enfrentar la pandemia, Argentina como la mayoría de los países del mundo adoptó una serie de medidas sanitarias, económicas y sociales consensuadas entre el gobierno nacional y todas las provincias y la Ciudad de Buenos Aires.

Sanitariamente, el enfoque del país para enfrentar la pandemia se caracterizó por una cuarentena temprana y estricta.

El presidente de la nación, Alberto Fernández, decidió aplicar el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) a partir del 20 de marzo de 2020 en todo el país (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

Ante la pandemia de la enfermedad por coronavirus a nivel mundial, se vive una crisis sanitaria, humana y económica sin precedentes. Las economías se cierran, las sociedades entran en cuarentenas severas, medidas comparables a las situaciones de guerra. El Covid-19 tendrá efectos pero la intensidad y la profundidad de esos efectos dependerán de las condiciones internas de cada economía, el comercio mundial, la duración de la pandemia y las medidas sociales y económicas para prevenir el contagio (CEPAL, 2020).

Asimismo el estado nacional tomó una serie de medidas de emergencia con el fin de garantizar que toda la población perciba un mínimo de ingreso y acceda a los alimentos, preservar los empleos y evitar quiebres de las empresas (Fitz Patrick & Crucianelli, 2020).

Entre las medidas económicas adoptadas se destacan el Ingreso Familiar de Emergencia[11] (ANSES) y la Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción[12] (Decreto 332/20, 2020).

De la misma forma todas las provincias y la Ciudad de Buenos Aires tomaron medidas complementarias.

[10] Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Es el organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsables de promover el desarrollo económico y social de la región. Creada en 1948 y se dedica a la investigación económica.

[11] El IFE es una suma fija para cada trabajador informal o autónomo de bajo ingreso.

[12] La ATP es una batería de herramientas de asistencia para las empresas, que incluye desgravaciones impositivas, créditos blandos y subsidios.

3.2 Marco normativo

Debido a la pandemia, la mayoría de los países del mundo comenzaron a tomar medidas de distinta índole, a fin de evitar la propagación del virus, incluido el aislamiento social.

En Argentina bajo el decreto 260/2020[13] se amplió la emergencia pública en materia sanitaria en virtud de la pandemia declarada. Siendo de envergadura la situación epidemiológica a escala internacional, se requirió la adopción de medidas inmediatas para hacer frente a esta situación (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

Por lo cual en línea con las determinaciones internacionales y el análisis epidemiológico, el Gobierno Nacional bajo el DECNU 279/20, decretó el "Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio"[14] para evitar la circulación y el contagio del virus.

El mencionado decreto se fundamentó en que la OMS (2020) declaró el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, habiéndose constatado una propagación de casos de COVID-19 a nivel global, con personas infectadas y fallecidas en varios países de diferentes continentes habiendo llegado a nuestra región.

Sin embargo, y a pesar de las medidas adoptadas desde el primer caso confirmado en nuestro país el día 3 de marzo, el Ministerio de Salud de la Nación registró personas infectadas y fallecidas en diferentes jurisdicciones.

Frente a esta crisis sanitaria y social sin precedentes, resultó necesario tomar medidas para mitigar la propagación del virus y su impacto en el sistema sanitario. Teniendo en cuenta que no existe tratamiento antiviral efectivo, ni tampoco vacuna que lo prevenga, las medidas de aislamiento y distanciamiento social obligatorio se consideraron impostergables.

En el marco de la obligación indelegable del Estado de proteger la salud pública, se estableció para todas las personas que habitan el país la medida "aislamiento social preventivo y obligatorio". Esta medida implica que todas las personas que habitan el país o se encuentren de manera transitoria deben permanecer en su residencia o en el lugar dónde se encuentre al momento de su implementación (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

Por su parte, a nivel local, el Intendente[15] continuando con los lineamientos a nivel nacional y provincial, decretó en el Municipio de Chacabuco la emergencia por Covid-19[16], con

[13] EMERGENCIA SANITARIA. Decreto 260/2020. DECNU-2020-260-APN-PTE - Coronavirus (COVID-19). Ciudad de Buenos Aires, 12 de marzo de 2020.

[14] AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO. Decreto 297/2020. DECNU-2020-297-APN-PTE-DISPOSICIONES. Ciudad de Buenos Aires, 19 de marzo de 2020.

el fin de tomar medidas en forma rápida y cumplir con ciertas normas de prevención para evitar la circulación del virus (Decreto 166, 2020).

Así en dicho partido, el 20 de marzo de 2020 entró en vigencia la medida del aislamiento social, preventivo y obligatorio impulsado por el gobierno nacional.

Debido a que en las distintas provincias de la República Argentina el impacto de la transmisión del virus es diferente, esta situación obligó al Estado a tomar decisiones en función de cada realidad. Diferenciando entre las zonas con circulación comunitaria del virus y el resto del país.

Resultó necesario establecer un nuevo marco normativo para aquellas zonas sin trasmisión comunitaria del virus. A partir del 8 de junio comenzó a regir el decreto 520/20[17] nueva media de "Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio" para todas las personas que habiten o transiten aglomerados urbanos, partidos o departamentos de las provincias argentinas donde no existe circulación comunitaria del virus (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

Según este decreto el objetivo de la medida es la recuperación del mayor grado de normalidad posible en cuanto al funcionamiento económico y social, pero con todos los cuidados necesarios, sosteniendo un constante monitoreo de la evolución epidemiológica para garantizar un control efectivo de la situación.

Las provincias y ciudades que pasan a esa etapa deben cumplir con tres instancias imprescindibles; no tener circulación comunitaria del virus Covid-19, el sistema de salud debe contar con la capacidad adecuada para dar respuesta la demanda sanitaria y el tiempo de duplicación de casos no debe ser inferior a los quince días (Decreto 520, 2020).

Entre las normas de comportamiento que deben cumplir aquellos que accedan a la fase del distanciamiento social está la distancia mínima de dos metros, la utilización de tapabocas en espacios compartidos, la higiene de manos, respiratoria, y de superficies, además de ventilar los ambientes como medidas preventivas para reducir la transmisión interhumana del SARS-CoV-2[18].

---

[15] Sr. Intendente, Dr. Víctor Aiola, de la ciudad de Chacabuco, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

[16] DECNU 166/20. Ciudad de Chacabuco, 13 de marzo de 2020.

[17] DECNU 2020-520/20APN-ATE; DISTANCIAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO. Ciudad de Buenos Aires, 7 de junio de 2020.

[18] DECNU 520/20. Art 5, Reglas de Conductas Generales (2020)

El decreto también hace mención en el caso de las actividades económicas y productivas, tendrán que tener un protocolo de funcionamiento aprobado por la autoridad sanitaria provincial. Las actividades deportivas, culturales y sociales solo podrán realizarse siempre que no implique una concurrencia superior a diez personas.

Asimismo la medida del distanciamiento social, preventivo y obligatorio y el estricto control de cumplimiento de reglas de conducta que ese distanciamiento supone, resultan medidas necesarias para contener el impacto de la epidemia en cada jurisdicción, y al mismo tiempo facilitar la habilitación de actividades económicas en forma paulatina, en tanto ello sea recomendable de conformidad con la situación epidemiológica de cada lugar y atendiendo a estrictos protocolos de funcionamiento.

Si bien cada jurisdicción instrumenta las medidas que entiende necesarias en su territorio la situación amerita que se asuman responsabilidades compartidas entre el estado, la comunidad y cada individuo dado que sus acciones impactan en los resultados colectivos.

Las medidas que se establecen en el presente decreto 520/20 son temporarias y necesarias para proteger la salud pública debido al riesgo sanitario que enfrenta nuestro país (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

Las medidas implementadas a nivel municipal en la localidad de Chacabuco al inicio de la pandemia han permitido mitigar la expansión de COVID-19, teniendo en cuenta la aparición gradual y detección precoz de casos. Con el correr del tiempo la situación epidemiológica comenzó a modificarse y la aparición de nuevos casos confirmados de Covid-19 impidió a la localidad avanzar de fase establecidas por el Ministerio de Salud.

3.3 Fases de administración del ASPO[19]

El gobierno nacional informó la administración de fases del aislamiento diagramadas por el Ministerio de Salud (2020), esta catalogación sirve para explicar el avance del virus por el país y determinar las medidas que se pueden ir flexibilizando según pasan los días.

Fase 1 Aislamiento Estricto (del 20/03 al 31/03 solo servicios esenciales). Fase 2 Aislamiento Administrativo (1/04 al 12/04 con nuevas autorizaciones), Fase 3 Segmentación Geográfica (13/04 al 26/04 con extensión del 27/04 al 10/05 con excepciones provinciales) Fase 4 Reapertura Progresiva (10/05 al 24/05 y del 25/05 al 7/06 con excepciones provinciales) Fase 5

[19] AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLOGATORIO (DENU 297/20).

Nueva Normalidad (a partir del 8 de junio con hábitos de higiene y cuidado sostenido, solo para localidades que no cuenten con casos positivos de Covid-19) (Perrrino, 2020).

Se podrá pasar de fase dependiendo la situación epidemiológica de cada región, este avance queda sujeto a cambios porque si las medidas adoptadas no funcionan y hay un repunte de casos, se verán obligados a retroceder de fase.

Chacabuco confirmó su primer caso positivo el día 5 de mayo de 2020. Los casos confirmados lograron recuperarse favorablemente, por lo cual a partir del 26 de junio de 2020 se informó a toda la población de Chacabuco el pase a Fase 5 ADAPTADA (Gastaldi I., 2020).

Por su parte el intendente municipal, Dr. Víctor Aiola, haciendo referencia a dicha fase expresó que es un paso más hacia la normalidad en medio de una situación nacional y provincial compleja. Como médico determina que la fase sea adaptada con el fin de cuidar todo lo conseguido y fundamentalmente la salud de la población. Cumplir con la normativa es necesario para no retroceder (Aiola, 2020).

La medida de flexibilización antes mencionada que corresponde a la Fase 5, tuvo vigencia en el partido de Chacabuco hasta el día 10 de julio, ya que el día 11 del corriente, la Provincia de Buenos Aires oficializó el pase de Chacabuco a Fase 4 debido a un brote por conglomerado (Chacabuco en Red, 2020).

3.4 Recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para la población en general

En virtud de las medidas dispuestas por el Gobierno Nacional ante la pandemia, el Ministerio de Salud de la Nación (2020) solicitó tener en cuenta una serie de recomendaciones. Las mismas deben ser adoptadas por toda la población en general para prevenir enfermedades de infecciones respiratorias incluida el coronavirus, que se transmiten por gotas de saliva al hablar, toser y estornudar y que contaminan superficies y objetos en un área de circunferencia de aproximadamente un metro.

Entre las recomendaciones es fundamental *una adecuada higiene de manos*, a través del lavado con agua y jabón o higienizar las manos con soluciones a base de alcohol.

La higiene respiratoria es necesaria para evitar la diseminación de secreciones al toser o estornudar. Se recomienda cubrirse la nariz y la boca con el pliegue interno del codo o usar un pañuelo descartable al toser o estornudar. Evitar llevarse la mano a la cara.

La contaminación de superficies y objetos es una de las vías más frecuentes de transmisión de infecciones respiratorias.

Debe realizarse *la limpieza de las superficies* con agua y detergente antes de aplicar cualquier tipo de desinfectante. El proceso más sencillo y económico para desinfectar requiere de elementos de uso corriente, agua, trapeador, hipoclorito de sodio de uso doméstico como la lavandina (10ml de lavandina en un litro de agua).

La ventilación de los ambientes cerrados debe hacerse con regularidad para permitir el recambio de aire, se recomienda la apertura de puertas y ventanas para facilitar la circulación del aire.

Mantener el *distanciamiento social,* evitar el contacto físico, reuniones con familiares y amigos como así también visitas a personas que forman parte de un grupo de riesgo como las que se encuentran en centros de atención para personas mayores u hospitales. Mantener de otras personas una distancia mínima de dos metros y *uso de barbijo o tapaboca* (Ministerio de Salud, 2020).

Las mencionadas recomendaciones están dirigidas a todas las personas en general y se solicita reforzar las mismas para aquellas de mayor riesgo. Este grupo está caracterizado por personas mayores de 60 años, embarazadas y personas con patologías crónicas. Asimismo para este grupo se recomienda además la vacuna contra la gripe y el neumococo de acuerdo al calendario de vacunación nacional (Ministerio de Salud, 2020).

Dentro de este grupo de riesgo se encuentra el grupo de población de estudio conformado por las personas mayores de 60 años y particularmente aquellas que viven en una residencia de larga estadía.

3.5 Protocolos de acción ante el Covid-19 en RLE

El Ministerio de Salud de la Nación (2020), diferenció los cuidados que se deben brindar para proteger a las personas mayores que viven en sus casas de aquellos que están institucionalizados.

Por lo cual el 21 de mayo del corriente, estableció recomendaciones junto a un plan de contingencia con el objetivo de proteger la salud de las personas que viven y trabajan en residencias de larga estadía (RLE).

Esas recomendaciones diferencian claramente dos escenarios y están dirigidas por un lado, a evitar el ingreso del virus a las instituciones y por otro, en caso de haberse introducido el virus evitar la transmisión y controlar el brote (Ministerio de Salud, 2020).

Entre las medidas para evitar la introducción del virus a las instituciones, dicho Ministerio determinó por un lado en cuanto a los residentes, restringir las visitas de personas externas a la institución, en caso de ser necesario su ingreso los visitantes deben respetar las medidas de bioseguridad. A toda persona que ingresa se le deberá tomar la temperatura corporal, prohibiendo el ingreso de aquellos que presenten una temperatura mayor o igual a 37,5. Impedir visitas de personas que presenten síntomas respiratorios. Para todos aquellos objetos que ingresen es importante aplicar el protocolo de recepción, incluyendo la aplicación de una solución lavandina diluida.

Ante un nuevo ingreso o la salida de un residente de la institución, deben cumplir 14 días de asilamiento. Dentro de lo posible, cerrar zonas comunes para disminuir al máximo la interacción entre residentes. Puede considerarse la organización por turnos y con una limpieza oportuna al finalizar cada turno. Ante la observación de un residente con fiebre y/o con síntomas respiratorios se deberá activar el protocolo de asistencia médica inmediata por parte del sistema sanitario. Instalar dispensadores de alcohol en gel para todos residentes.

Por otro lado, en relación al personal de salud, se recomienda a la institución, disponer y/o acondicionar un área para el personal, donde realizará el cambio de ropa y calzado de la calle por la de trabajo, en lo posible que esta área esté alejada de aquellos que residen en la institución. Disponer elementos de bioseguridad y protección del personal según normas vigentes del Ministerio de Salud de la Nación y capacitar al personal sobre las mismas. El uso de barbijos es obligatorio para todos los trabajadores de la residencia. El personal de salud deberá controlar diariamente signos vitales de los residentes de manera exhaustiva “TA/FR/FC/Temperatura y Oximetría de pulso”[20]. Realizarán higiene de manos antes y después del contacto con los residentes, después del contacto con superficies o equipos potencialmente contaminados y después quitarse el equipo de protección individual. Las medidas de bioseguridad deben estar claramente explicitadas y accesibles a todos los trabajadores de la institución.

[20] TA: tensión arterial; FR: frecuencia cardiaca; FC: frecuencia de fibrilación arterial. Ministerio de Salud de la Nación, p.3 (2020).

En dicho protocolo se hace mención de recomendaciones para los responsables de la institución entre ellas, facilitar los mecanismos para la obtención de licencias del personal afectado con el fin de evitar que concurran a trabajar con síntomas, verificar el seguimiento de los empleados con ausencias no justificadas para determinar su estado de salud, garantizar el acceso oportuno al diagnóstico del personal en casos sospechosos de Covid-19, evaluar la posibilidad de generar grupos rotativos, prever equipos de personal capacitado como reserva en caso de ausencias, en caso multiempleo, realizar acuerdos interinstitucionales para que realicen una sola tarea.

En el protocolo se reitera que todos los trabajadores encargados de la asistencia deben seguir estrictamente las medidas de protección encaminadas a controlar y reducir la transmisión del coronavirus y asimismo se recomienda reforzar la vacunación de acuerdo al calendario nacional, principalmente antigripal y antineumocócica, a los trabajadores y residentes.

Con respecto a las medidas para evitar y/o limitar la transmisión y la presencia de casos positivos de Covid-19 en relación con los residentes se recomienda, que todos aquellos que presenten sintomatología respiratoria aguda o fiebre deberán restringir sus movimientos al máximo posible y quedarse en una habitación ideal con un baño propio hasta ser evaluado por personal médico. Si luego de la evaluación cumple criterios de caso sospechoso, se activara el protocolo de derivación. Realizada la derivación, el espacio ocupado deberá ser desinfectado. Ante el diagnóstico de caso sospechoso deberán implementarse las medidas de protección individual según normas de contacto y por gotas. Se informara en forma inmediata al residente de su condición, a su familia y a las autoridades de salud pública. Se debe notificar el caso al sistema nacional de Vigilancia de la Salud. El residente que cumpla con la definición de contacto estrecho de un caso de Covid-19 se le indicara aislamiento por 14 días. La evaluación clínica del caso determinara la internación de un centro de mayor complejidad.

Casos de covid-19 en trabajadores, ante la presencia de un caso el coordinador del plan de contingencia deberá activar el protocolo de caso sospechoso.

Entre las medidas para la organización de las Residencias de Personas Mayores (RPM) se sugiere confeccionar un Plan de Contingencia, designando un coordinador responsable para su ejecución. En ese Plan se deberá especificar; características del establecimiento, recursos materiales, físicos y edilicios, recursos humanos personal y residentes. Procesos que se establecerán para la prevención del virus así como controlar la situación de brote a través de

medidas de higiene de los espacios institucionales, vajilla y alimentación, gestión de residuos. Asimismo traslados y derivaciones.

Frente al aislamiento social el Ministerio de Salud (2020) sugiere a las instituciones equilibrar las acciones del distanciamiento físico necesarias para preservar la salud de los residentes, sin descuidar la salud mental y la contención social (afectiva) promoviendo la comunicación con sus familiares y/o referentes a través de diferentes medios de comunicación.

Por su parte PAMI (2020)[21], ante el avance de la pandemia mundial de Covid-19, implementó distintas medidas desinadas a cuidar la vida de las personas que viven en Residencias de Larga Estadía (RLE). Creo un Comité de Contingencia para el tratamiento del Coronavirus, por medio del cual se activaron medidas sanitarias estrictas para las residencias propias del instituto como para aquellas con las que tienen convenio. La misión primordial de este comité es supervisar el trabajo de los equipos médicos y psicosociales en dichos establecimientos.

El día 7 de marzo PAMI impartió a todas las RLE protocolos sanitarios que fueron elaborados acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación para cuidar la salud y preservar la vida de las personas mayores institucionalizadas.

Asimismo, desde el Área Preventivo Social para RLE en sus diferentes modalidades (RAM-RAMP o/y IBP[22]) y a los fines de generar redes de contención y disminuir el impacto psicosocial en las personas institucionalizadas, consideró indispensable elaborar un plan de contingencia con los siguientes criterios (PAMI, 2020).

Mantener actualizado el listado de residentes. Panificar y monitorear ejecución de actividades recreativas/terapéuticas modalidad online o presencial. Efectuar acciones tendientes a la contención, atención y seguimiento de las personas institucionalizadas así como al personal de asistencia directa, por parte del equipo interdisciplinario de las residencias. Establecer y asegurar formas de comunicación alternativa entre los residentes y sus familiares/referentes (videollamadas, videos o imágenes por redes sociales). Se considera fundamental que la institución promueva según sus posibilidades, la continuidad del vínculo entre los residentes y sus familiares con motivo de contenerlos y contrarrestar los efectos de la medida de asilamiento.

[21] Programa de Atención Medica Integral (PAMI) es una Obra Social de jubilados y pensionados que opera en Argentina bajo el control estatal federal.

[22] RAM; Residencias de Adultos Mayores. RAMP; Residencia de Adultos Mayores Psiquiátricos. IBP; Instituciones de Bien Público (PAMI).

Diseñar un sistema de comunicación estrecha y frecuente con los familiares/referentes afectivos a cargo del profesional de Trabajo Social. Es importante que el profesional funcione como articulador entre la institución, los residentes, sus familiares y el INSSJP[23]. Se sugiere informar a familiares/referentes que se ha llevado a cabo el protocolo sanitario para minimizar el riesgo de contagio por Covid-19, siguiendo los lineamientos de protocolos emitidos por el INSSJP y las autoridades nacionales y locales. Ante un caso sospechoso se deberá informar los familiares y llevar tranquilidad. Es importante comunicar todas las medidas realizadas que se los contenga y se establezca un vínculo estrecho. En cuanto a los instrumentos sugeridos para comunicación grupal con familiares, el profesional establecerá el canal más acorde a las características propias del grupo poblacional y de la información a brindar.

En caso de confirmación de caso positivo de Covid-19, resulta fundamental la circulación de información cierta precisa clara y confiable para evitar incertidumbre ansiedad y miedos que la situación pueda generar. El Trabajador Social de la RLE coordinara la primera notificación individual a cada uno de los familiares/referentes respecto de la situación, según información y asesoramiento del médico responsable. Se informa el caso positivo sea residente o personal de la institución. Se explica los pasos desarrollados ante la aplicación del protocolo sanitario activado por la institución. Generar tranquilidad y garantizar que se notificara toda información relevante de la situación. Corroborar que el sistema de comunicación garantice que todos los familiares reciban la información. Dar especial continuidad a la comunicación entre residentes y familiares. El trabajador social mantendrá comunicación estrecha con un profesional de PAMI, que a su vez tendrá contacto con un profesional del equipo de nivel central.

A nivel local, entre las medidas adoptadas por el municipio, desde a la Secretaria de Salud y el Área de Adultos Mayores se visitaron las diferentes RLE de la localidad a fin de acercar información sobre los protocolos de actuación frente a la pandemia y su posterior seguimiento a las diferentes instituciones (Área Municipal Adultos Mayores, 2020).

Por su parte la Secretaria de Salud de este partido elaboró un protocolo para dichos establecimiento, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación y resaltando que las recomendaciones son dinámicas y pueden modificarse según evolución de la pandemia por COVID-19 (Secretaria de Salud, 2020).

[23] Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (1971).

3.6 Impacto Psicosocial

Los impactos psicosociales responden al análisis de las consecuencias de los acontecimientos desde una perspectiva psicosocial. Es decir, las repercusiones de un hecho se entienden desde la relación entre lo individual (dimensión personal) y lo colectivo (dimensión social) (Beristain, 2010).

Por impacto se entiende los efectos, consecuencias que el aislamiento por Covid-19 produce en las personas mayores institucionalizadas. Asimismo, se emplea el termino psicosocial para hacer referencia a la interacción del individuo y su entorno social.

Hablar de impacto psicosocial es hacer referencia a la mirada sobre los hechos atendiendo a los cambios, modificaciones que generan tanto en la persona como en su respectivo entorno social. Por lo cual resulta de relevancia explorar y conocer las propias interpretaciones de los residentes como atraviesan la crisis actual causada por el coronavirus, como impacta en el funcionamiento institucional, en sus estados de ánimo, en su rutina diaria, como así también en sus relaciones sociales.

El funcionamiento institucional hace referencia a las acciones planificadas, reglas, y/o estrategias por parte de la organización institucional para llevar adelante el desenvolvimiento de las actividades en todos los órdenes.

Estados de ánimo hace alusión a una actitud o disposición en la vida emocional de los residentes. El estado de ánimo no es una situación emocional transitoria, es un estado o una forma de permanecer cuya duración es prolongada, por ello se diferencia de las emociones. Un estado de ánimo puede ser mucho más suave que una emoción pero de mayor duración (Garrido J. M., 2020).

La rutina diaria hace referencia a los hábitos, las acciones repetitivas, que las personas mayores realizan en su vida diaria, como bañarse, desayunar, almorzar, merendar cenar, realizar actividad física, recreativa o de ocio, dormir.

Para finalizar resulta de interés conocer las relaciones sociales de los residentes, su familia, amistades y personas cercanas con quienes ellos pueden contar cuando necesitan apoyo.

Las relaciones sociales y el apoyo social van conformando el transcurrir vital de las personas, esos vínculos sociales y afectivos constituyen un aspecto fundamental y decisivo desde el comienzo hasta el final de la vida. Se consideran importantes porque contribuyen en buena

parte a la calidad de vida y a la satisfacción con la misma. “En el camino de la vida jamás caminamos solos, necesariamente interactuamos con otras personas y en diferentes entornos” (Dulcey Ruiz, 2018, p. 41).

Abordar las personas mayores desde una mirada holística que incluye lo bio-psico-social, en su contexto natural, histórico, político y social actual, permite a través de un estudio cualitativo, acercarse a la realidad de los participantes a fin de interpretar sus experiencias y vivencias desde un abordaje singular, cultural, territorial y subjetivo.

3.6.1 Impacto del Covid-19 en personas mayores

Es crucial saber que grupos dentro de la población están en mayor riesgo frente al contagio y la muerte por Covid-19. Este virus afecta a todas las edades, aunque los escasos datos epidemiológicos desglosados por edad, disponibles en la región y en el mundo demuestran una constante. Las personas mayores en particular las que tienen problemas de salud subyacentes (presión arterial, problemas cardíacos o diabetes) tienen un mayor riesgo de enfermarse gravemente una vez contagiadas (Huenchuan, 2020).

A medida que los casos del nuevo coronavirus continúan en aumento mundialmente, investigadores han descubierto que las personas mayores son particularmente susceptibles a las enfermedades respiratorias.

Por su parte, el Dr. Tartaglione[24]sostiene que el mayor riesgo frente a esta enfermedad respiratoria, lo presentan las personas mayores de 60 años fundamentalmente con enfermedades preexistentes como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades pulmonares. La letalidad en este grupo es significativamente mayor con respecto al resto de la población.

Agrega que el coronavirus se expande muy rápido, y si bien aún no ha aparecido vacuna ni medicación para tratarlo, hoy la prevención es la medida más eficaz para detener su avance. Por lo cual sugiere seguir las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación, intensificar las medidas de cuidado y prevención en las personas mayores y pacientes cardíacos, ya que son más vulnerables al contagio. Recalca la importancia de la vacunación contra la gripe, como así tener especial cuidado con los geriátricos y respetar la medida del aislamiento social (Tartaglione, 2020).

[24] Dr. Jorge Tartaglione, Presidente de la Fundación Cardiológica Argentina (2020)

Por su parte el Dr. Menachery[25], quien estudia el efecto de los coronavirus en los sistemas inmunitarios de las personas, menciona dos razones por las cuales las personas mayores son más susceptibles a contraer el coronavirus.

La primera es porque son más propensos a padecer enfermedades subyacentes, que impiden la capacidad del organismo para combatirlas y recuperarlas, tal como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La segunda causa tiene que ver con la manera en que la respuesta inmunológica cambia con el paso de los años. El coronavirus afecta la parte de los pulmones, a medida que una persona envejece, los pulmones ya no son tan elásticos o resistentes, esto combinado con cualquier otro problema de salud, tiende a propiciar la pérdida de la función pulmonar y de las vías respiratorias. Esto no quiere decir que tener 60 años o más, te coloque automáticamente en la categoría de alto riesgo. Así, la edad y condición de vida realmente impulsarán la susceptibilidad. Puedes tener cuarenta y tantos años, pero si presentas comorbilidades serás más susceptible, como sucede con la gripe (Adler, 2020).

En esta misma línea Dulcey Ruiz (2020) sostiene que las personas mayores no son vulnerables sólo por la edad, y explica que la vida es un riesgo permanente y en estos tiempos de pandemia estamos ante un riesgo constante e inesperado, pero esto no quiere decir que las condiciones de riesgo sean uniformes sólo por tener una edad determinada. Podemos reconocer que el envejecimiento en términos biológicos implicaría en algún grado menores posibilidades de defensa del organismo, pero resulta imposible que la vulnerabilidad se dé por igual en todas las personas, principalmente por su razón de edad, sin tener en cuenta sus condiciones de vida, su estado de salud. Tal generalización equivale a un concepto estereotipado de la vejez que desconoce las enormes diferencias entre las personas que la viven, sus contextos y sus historias individuales.

Hay cifras que exhiben la incidencia del contagio en la edad avanzada. Sin embargo lo más preocupante es la mortalidad por Covid-19 en este grupo. Información disponible han puesto en evidencia que el grupo de personas mayores es el más propenso a la muerte una vez contraído el virus, independientemente del país que se trate (Huenchuan, 2020).

Según los datos estadísticos comunicados por el Ministerio de Salud (2020), a través del Boletín Integrado de Vigilancia correpondiente a la SE 38, en relación a la situación

[25] Dr. Vineet David Menachery. Virólogo del Centro Médico de la Universidad de Texas-EE.UU (2020)

internacional, al 12 de septiembre la OMS, reportó 28.329.790 casos confirmados de Covid-19 y 911.877 muertes en el mundo, con afectación de 216 países.

En Argentina hasta la misma fecha se registraron 546.481 casos confirmados de Covid-19 y 11.263 fallecidos debido a esta causa.

Analizando la evolución de la pandemia a través del tiempo, se observa que la curva de casos confirmados a nivel país, muestra un ascenso sostenido desde su inicio.

La situación en el país es heterogénea, la Ciudad autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires son las jurisdicciones que presentan una mayor incidencia acumulada cada 100.000 habitantes.

En cuanto a la provincia de Buenos Aires se registraron 328.100 casos confirmados de Covid-19 y 6760 fallecidos.

En el partido de Chacabuco, siguiendo la misma fecha, se confirmaron 163 casos positivos de Covid-19 y un total de 3 fallecidos. Sobre el total de casos confirmados y en relación al sexo 79 femenino y 84 masculino. La mayor cantidad de casos confirmados se registra en el rango de 20-29 años. Del total de casos fallecidos por Covid-19 según grupo etario y sexo, los tres casos son mayores de 60 años, 2 femeninas y 1 masculino (Direccion de Salud, 2020) .

En cuanto a la distribución de casos confirmados por sexo y edad a nivel nacional, la mediana de edad de los casos confirmados es de 37 años. En cuanto a la distribución por sexo hasta el momento se distribuyen homogéneamente (51% varones y 49% mujeres).

En relación a los casos confirmados fallecidos por Covid-19, el promedio de edad de los casos confirmados fallecidos es de 72 años con un rango de 107 años.

Se observa una mayor concentración de los casos fallecidos a partir de los 60 años, pero especialmente en torno a los 70 y 90 años.

Entre los fallecido el 51% consigna datos en la sección comorbilidades, de esto se desprende que entre los fallecidos menores de 60 años, el 82,4% tenía al menos una comorbilidad mientras que el 17,6 % restante no presentaba ninguna. Entre los fallecidos mayores de 60 años, el 92,1% tenía al menos una comorbilidad mientras que el 7,9% no presentaba ninguna.

La hipertensión arterial; diabetes; insuficiencia cardiaca, renal; obesidad; enfermedades neurológicas, oncológicas; EPOC, se pueden mencionar como factores de riesgo en los casos fallecidos por COVID-19 (Ministerio de Salud, 2020).

Dado que las personas mayores se encuentran dentro del grupo de riesgo resulta de importancia la atención y contención de los mismos.

La especialista Miriam Rozenek[26] sostiene que en las personas mayores el aislamiento es muy complicado por lo que propone utilizar el concepto de asilamiento físico en lugar de aislamiento social. Recomienda mantener distancia física para proteger la salud de las personas mayores y recalca la importancia de sostener el contacto con sus familias o referentes sociales, ya que el lazo no debe ser interrumpido sino reformulado (Rozenek, 2020).

Vivir la vejez en tiempo de pandemia y aislamiento, requiere ante todo considerar las enormes diferencias entre las personas, tener en cuenta sus entornos, las condiciones de vida y las circunstancias en que vive. Las situaciones de aisalmiento son muy diferente entre las personas mayores, estan marcadas por el contexto en el que viven, por las relaciones interpersonales, por la calidad de esas relaciones , incluyendo el apoyo social real con el que cuentan (Dulcey Ruiz, 2020).

El Ministerio de Salud sostiene que la situacion sanitaria actual altera la cotidianidad de la toda la sociedad y que las personas mayores son espcialmente vulnerables a la preocupación de lo desconocido y esto puede provocar ansiedad, por lo que se les debe brindar información clara y precisa. Por ello advierte ciertas recomendaciones para el cuidado y atención a la salud mental de las personas mayores que se detallan a continuación (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

En este grupo de personas, la disminucion significativa de las actividades físicas y rutinas cotidianas, sumado a la falta de contacto social pueden alterar su estado anímico. Por lo cual resulta fundamental facilitar el acceso ese contacto con familaires, amigos y/ o referentes a traves de los diferentes medios de comunicación whatsapp, viedollamadas, llamadas telefónicas, audios, mensajes entre otros.

Saberse parte de la población en riesgo puede generar una precepción más negativa de la situación, aumentando la vulberabilidad y miedo. Aquellas personas con deterioro

[26] Especialista en Tercera Edad Miriam Rozenek, Medica Geriatra e Infectóloga de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG).

cognitivo/demencia pueden volverse mas ansiosas, enojadas, estresadas durante la pandemia y los momentos de aislamiento social preventivo y obligatorio.

Expertos internacionales han alertado sobre la vulnerabiliad de las personas con demencias ante la pandemia por Covid-19, argumentando que el acceso limitado a la información y la dificultad para comprenderla y recordar las medidas de seguridad puede ser un factor de riesgo que los expondrían más al contagio. Por ello se recomienda que además de las medidas físicas de protección, se estimule a las personas mayores a mantenerse activos mental y fisicamente en la medida de lo posible.

Para las personas con demencias, esta medida de aislamiento, social provoca cambio en las rutinas que les ofrecían estabilidad, como no poder concurrir al centro de dia, no poder salir a pasear, o recbir la asistencia de su acompañante.

Para las personas mayores esta situación de asilamiento social, tanto en el domicilio como en residencias, puede generar un aumento de la desorientación e incluso alteraciones conductuales. Por lo cual se recomienda compartir información simple sobre lo que esta sucediendo, como prevenir el riesgo de infección, promover actividades saludables manteniendo el distanciamiento social, mantener las demostraciones de acfecto a través del saludo gestual y la palabra, continuar con la rutina y / o crear nuevas, involucrar a la familia y otras redes de apoyo, favorecer rutinas de sueño regulares, promover la ingesta de alimentos saludables, prestar atención a los sestimientos y necesidades, ademas de pormover el ejercicio fisico regularmente de acuerdo a las posibilidades de la persona.

3.6.2 Impacto del Covid-19 sobre RLE

Sin duda el avance de la pandemia pone en riego las instituciones donde residen las personas mayores, por lo cual se deben ajustar las medidas anteriormente mencionadas para evitar contagios y no repetir el drama que golpeó a Europa.

Como antecedente a la problemática de los geriátricos (Gómez, 2020) está lo que ocurrió en países con miles de casos de contagios y muertos, como el caso de España, Italia. Allí la enfermedad hizo estragos en las residencias para mayores. Sólo en Madrid, según cifras oficiales, casi el 40% de las personas que murieron eran mayores y habitaban en geriátricos.

Para evitar el ingreso del virus en los establecimientos, las instituciones están funcionando bajo protocolos estrictos desde los primeros días de marzo, que además de cumplir

con las recomendaciones generales, cumplieron con cuidados más específicos como la suspensión de talleres y actividades recreativas, las visitas a toda persona externa a la institución, incluso recorte de profesionales y personal de atención. Diariamente los residentes se someten a control de temperatura, y la limpieza también está sometida a protocolos.

El Dr. Semino[27], por su parte advirtió sobre el foco de contagio que representa un geriátrico, explicando que uno de los principales problemas es el personal, las posibilidades de ir y venir con el virus son altas, y saber que el 70% de las personas que contraen el virus son asintomáticas, esto implica un riesgo. La llegada del frio suma una preocupación más, dado que puede haber mucha confusión sintomatológica debido a las gripes. Teniendo en cuenta cómo este virus afecta a las personas mayores, Semino advierte que se deben poner todos los recaudos sanitarios disponibles, por lo cual busca gestionar que haya test disponibles para realizar en estas instituciones (Gómez, 2020).

Las instituciones rectoras de los asuntos de las personas mayores están redoblando sus esfuerzos para atender las necesidades de salud de este grupo de población. Pero esto no es solo responsabilidad de dichas instituciones, se trata de una obligación conjunta del aparato estatal. La atención debe estar puesta en las personas mayores que viven solas, las que están postradas como las que viven en instituciones de estadía permanente. Ellas pueden ser más vulnerables frente a la pandemia porque requieren de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria Los protocolos elaborados para proteger a las personas mayores frente al riesgo de ser contagiados de Covid-19 son útiles y necesarios pero no son suficientes. Se requiere una vigilancia activa del Estado para que se cumplan dichos protocolos sin exponer a las personas mayores a una muerte anticipada. Por otra parte, en varios países del mundo se han limitado o suspendido temporalmente las visitas en las residencias en un intento de evitar la propagación del virus. Son pocos los cuestionamientos ante esta medida que puede tener consecuencias significativas para la salud mental y el bienestar general de sus residentes. Si bien es una medida necesaria, es crucial que los residentes experimenten tales limitaciones y sus consecuencias lo menos posible (Huenchuan, 2020).

[27] Dr. Eduardo Semino, Defensor de la tercera edad-Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

Capítulo IV

Definición de objetivos y aspectos metodológicos

4.1 Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general

Analizar el impacto psicosocial del aislamiento por Covid-19 en las personas mayores que residen en el Hogar San José de la ciudad de Chacabuco, Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- Explicar las repercusiones de la pandemia por Covid-19 en el funcionamiento institucional.

- Indagar sobre los estados de ánimo en los residentes a partir del aislamiento social.

- Relevar cambios y/o modificaciones en la rutina diaria de los residentes durante la cuarentena.

- Analizar las relaciones sociales de los residentes durante el confinamiento.

4.2 Construcción y delimitación del objeto de estudio

Teniendo en cuenta que el riesgo que supone la infección por COVID-19 es superior en personas de edad avanzada que en aquellas más jóvenes y que ésta situación constituye una de las emergencias geriátricas más relevante del último siglo, es que surgió el interés por estudiar a este grupo de riesgo en particular, de aquí la construcción del objeto de estudio.

Se investigó sobre la población mayor residente en una institución de larga estadía conocida como Hogar San José emplazado en la ciudad de Chacabuco, provincia de Buenos Aires, Argentina.

A partir del acercamiento a la temática surgieron diversos interrogantes que se pueden sintetizar en la siguiente pregunta de investigación ¿Qué impacto psicosocial produce el aislamiento por Covid-19 en personas mayores institucionalizadas?

Para lograr el objetivo planteado de la presente investigación se escogió un tipo de estudio exploratorio-descriptivo a partir de la utilización de metodología cualitativa y de diseño no experimental de corte transversal. Se explora y describe el fenómeno de estudio tal y como se

da en su contexto natural, sin ningún tipo de manipulación (Hernández-Sampieri, et al., 2010; Hernández-Sampieri, 2018).

De acuerdo Niglas (2010) citado en Hernández-Sampieri (2018) el término cualitativo tiene su origen en el latín “qualitas” y hace referencia a la naturaleza, carácter y propiedades de los fenómenos (p. 7).

Otro autor clásico de las ciencias sociales Max Weber (1864-1920) introdujo el término “Verstehen” o entender, resaltando que además de la descripción y medición de variables sociales, deben considerarse los significados subjetivos y la comprensión del contexto donde ocurre el fenómeno. Propuso que los estudios no sean únicamente variables sociales a nivel macro, sino de instancias individuales (Hernandez-Sampieri, 2018).

Se seleccionó la metodología cualitativa ya que la misma permite “comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto” (p. 390).

Siguiendo a Lindlof y Taylor (2018), Punch (2014), Lichtman (2013), Morse (2012) este enfoque metodológico permite describir la forma en que los individuos perciben y experimentan fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Hernández-Sampieri, 2018, p. 390).

Esta ruta se define como naturalista, porque estudia a los casos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad, los eventos se analizan tal como sucedieron (Sing, 2015; Corbetta, 2007, Hernández-Sampieri, 2018).

Este enfoque permite considerar la realidad como global, a través de un razonamiento inductivo se dirige de lo particular a lo general encontrando sentido a los fenómenos y hechos en función de los significados que las personas les otorgan. La realidad se define a través de la interpretación de los participantes (Hernández-Sampieri, 2018).

La metodología cualitativa se consideró la más apropiada para conocer, explorar, describir el ambiente natural donde ocurren los hechos, así como los significados que las personas asignan a sus experiencias.

Entre los diferentes diseños en la investigación cualitativa, se optó por un diseño etnográfico (Hernández-Sampieri, 2018), estos diseños permiten investigar grupos o comunidades que comparten una cultura, y están dirigidos a describir y analizar ideas, creencias, significados de grupos, culturas y comunidades.

El propósito de este diseño es explicar las prácticas, las creencias de un grupo determinado de estudio y a partir de allí poder revelar los patrones de interacción, comportamientos, formas de vida que emerge de una complejidad. Mantiene un carácter inductivo, basandose en la experiencia y la exploración.

Este método contempla el proceso cientifico de conocer personas y grupos durante un período de tiempo utilizando la observación de contexto y las entrevistas como principales técnicas para recopilar información (Garrido, 2017).

Cabe mencionar que en el presente contexto la observación se adaptó al contexto de la virtulidad la cual se logró a través de la videollamada.

Siguiendo este tipo de diseño se seleccionó el lugar Hogar San José, los participantes, las personas que allí residen y trabajan, para luego recolectar los datos y posteriormente analizarlos.

En este estudio se seleccionó un diseño etnográfico con un enfoque metodológico desde la perspectiva del estudio de caso.

El caso es una entidad porque tiene vida única, se define como el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas (Stake, 1999).

Los estudios de caso consideran a una unidad, y pueden estar constituida por un hecho, un grupo, comunidad o ciudad, en función de toda la cultura (sistematicamente) desde su historia y evolución hasta todos sus subsistemas, social, salud, económico, político (Hernández-Sampieri, 2018).

Se ha seleccionado el caso de estudio a partir de las condiciones que lo constituyen en una expresión paradigmática de un problema social, ahondamos en el mismo estudiándolo profundamente para comprenderlo en su totalidad.

En esta investigación el caso lo consitituye el grupo de personas mayores que residen en el Hogar San José, a fin de conocer qué impacto psicosocial produce en ellos aislamiento por Covid-19.

Una vez seleccionado el nivel, el enfoque y diseño de la investigación se determinaron los instrumentos para recabar los datos, lo cual desarrollaremos más adelante. A continuación se detalla la selección de la muestra que incluye el ambiente y las personas de estudio.

4.3 Criterios de selección y justificación de la muestra

Mertens (2015) citado en Hernández-Sampieri (2018) señala que a la hora de definir el muestreo cualitativo se suele comenzar con la identificación del ambiente, luego de los grupos y finalmente de individuos u otro tipo de casos (p.429).

En relación al ambiente seleccionado, el estudio de caso se llevó a cabo en el Hogar San José, una residencia de larga estadía para personas mayores, emplazada en la ciudad de Chacabuco, Provincia de Buenos Aires, República Argentina (ver apéndice I).

Es una institución de bien público sin fines de lucro, habilitada por la Municipalidad de Chacabuco y por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Fue declarada Patrimonio Histórico, debido a que es la única construcción en la ciudad edificada para el objetivo que le diera origen en 1901 de albergar y asistir a personas mayores.

La misma fue seleccionada por la investigadora debido a la trayectoria profesional allí desempeñada y teniendo en cuenta el contexto actual, esa experiencia facilitaría la recolección de la información. La predisposición de las autoridades y el interés por la investigación propuesta facilitó el acceso a la misma y a la población mayor con la cual ya existe un vínculo construido.

En la ruta cualitativa, la muestra hace referencia al grupo de personas que se eligió para el estudio, sobre la cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia (Hernández-Sampieri, 2018).

Se aplicaron diferentes tipos de muestras de acuerdo al grupo abordado para la investigación, las cuales se detallan a continuación.

Personas mayores residentes: para la aplicación de las entrevistas se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Personas mayores, autónomos[28]designados por el equipo de profesionales.
- Ambos sexos.
- Tener entre 60 y 95 años.
- Estar residiendo en la institución por un tiempo mínimo de seis meses.

La muestra quedó compuesta por once (11) personas mayores, pero se logró aplicar el instrumento a ocho (8). Las causales cuantitativas, a la fecha de la ejecución de las entrevistas,

[28] La autonomía personal (moral o decisoria) hace referencia a la capacidad que cada persona tiene para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir consecuencias de las mismas. Se trata de un ejercicio directo de las personas y desde su propio control que se aprende (Martinez, 2013).

surgieron a partir de lo informado desde el equipo de profesionales, dos (2) no participan debido a dificultades de audición, y uno (1) presentó desorientación témporo espacial asociado a deterioro cognitivo en el último tiempo. Del total de entrevistados, cinco (5) personas son de sexo femenino y cuatro (4) masculino. Las respuestas de los residentes se identifican de la siguiente manera en el presente estudio, R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8 y se incorpora a continuación la edad.

Cuidadores Formales: cuatro (4) personas conformaron la muestra, para la definición de la misma se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Ejercer el rol de cuidador.
- Tener una antigüedad en la institución de un año o más.
- Contar con un año o más de experiencia en el cargo.
- Desempeñar su función en turno mañana o tarde.

Las respuestas de los cuidadores formales se registraron de la siguiente manera C1, C2, C3, C4, anexando a continuación la edad.

Equipo Técnico: esta muestra estuvo constituida por cinco (5) profesionales, 1 Médica, 1 Enfermera, 1 Kinesiólogo, 1 Psicólogo, 1 Nutricionista, los mismos cumplían con los siguientes requisitos de inclusión:

- Experiencia profesional igual o superior a tres años.
- Antigüedad en la Institución de un año o más.
- Cumplir con una carga horaria mínima de 6 horas semanales.

Las respuestas de los profesionales entrevistados se registraron de la siguiente manera; P1, P2, P3, P4, P5.

Si bien no se contempló por estar dentro de un criterio de exclusión se entrevistó a la Trabajadora Social, profesional con menos de un año de experiencia en la institución, quien resultó un informante clave para suministrar y facilitar la información necesaria para describir el funcionamiento institucional. Las respuestas de la profesional se registraron de la siguiente manera: TS.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar la información necesaria y dar respuesta a los objetivos de investigación, se utilizaron diferentes técnicas como la observación participante y las entrevistas semiestructuradas. La triangulación constituyó el proceso básico para la validación de los datos.

Para acceder a la institución, se obtuvo un permiso por parte de las autoridades del Hogar, mediante previa nota enviada por e-mail, quienes permitieron el ingreso a la institución y a los participantes desde la modalidad virtual. Asimismo, se envió el consentimiento informado para participar de la investigación y ser firmado por cada persona (ver apéndice II).

Ante el actual contexto que imposibilita el ingreso a la institución por parte de la investigadora se llevó adelante el estudio de manera virtual, a través de videollamadas. Ello permitió la observación y la aplicación de la técnica de la entrevista y el acercamiento a la visualización del contexto cotidiano.

En cuanto a la técnica de observación, tal como se mencionó, fue adaptada a la modalidad virtual y se llevaron a cabo diferentes anotaciones siguiendo a Hernández-Sampieri (2018); *anotaciones de observación directa*, se registró todo aquello que se vio y escucho cuando se mantenían las entrevistas con los participantes. *Las anotaciones interpretativas,* se registraron las interpretaciones percibidas por la investigadora sobre los significados, emociones, reacciones de los participantes. *Las anotaciones temáticas*, son las relacionadas a ideas, preguntas, temas que surgieron del relato de los entrevistados. En las a*notaciones personales* se registraron sentimientos, aprendizajes de la propia investigadora y en las *anotaciones de la reactividad de los participantes*, se registraron cambios, problemas o situaciones inesperadas.

Estas anotaciones ayudaron a registrar datos importantes en un diario de campo, una especie de diario personal (Hernandez-Sampieri, 2018).

Respecto de la técnica de entrevista, siguiendo a Savin-Baden y Major, (2013) como King y Horrocks (2010), la entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta. Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado).

Para la presente investigación se seleccionó el tipo de entrevista semiestructurada porque se considera que se obtienen una importante cantidad y calidad de datos. El entrevistador realiza su trabajo siguiendo una guía de preguntas previamente elaboradas para dar respuesta a las preguntas de investigación, pero a su vez tiene la libertad de introducir preguntas adicionales

para precisar conceptos u obtener mayor información (Grinnell y Unrau, 2011; Ryen, 2013; Hernández-Sampieri, 2018).

Esta técnica se aplicó a todos participantes, a los residentes, profesionales y cuidadores de la residencia. Se diseñaron entrevistas diferentes de acuerdo al grupo de entrevistados al que pertenecían (ver apéndice III).

En relación a los medios virtuales utilizados, con los residentes las entrevistas se llevaron a cabo a través de videollamadas a fin de facilitar un encuentro que se aproxime al cara a cara, intentando un acercamiento natural a la perspectiva de cada persona mayor dándoles la libertad para exteriorizar sus sentimientos, significados y vivencias.

Las entrevistas a profesionales y cuidadores se realizaron por WhatsApp, utilizando audios y videollamadas. Se envió la guía de preguntas previamente. Al recepcionar las respuestas, se fue analizando para en la comunicación in situ repreguntar. La forma de comunicación y el establecimiento de pautas conforme a los audios o videollamadas respectivamente, fue una opción que se estableció de común acuerdo con los entrevistados a fin de no invadir su vida privada como tampoco interrumpir en su horario laboral.

4.5 Consideraciones éticas

La participación ha sido voluntaria y de carácter confidencial.

La voluntariedad de la participación implicó libertad de decisión, tanto para incorporarse al estudio como el retirarse si lo deseaba, en cualquier momento del mismo del proceso. Asimismo se puso a disposición el tiempo necesario para cada uno, considerando la singularidad de cada participante, en función de otorgar información para la motivación, para responder dudas, consultas, etcétera.

Se elaboró y administró un consentimiento informado para los entrevistados. El mismo contenía en forma expresa y clara, el objetivo de la investigación, la participación voluntaria, el procedimiento, el instrumento de recolección de información, datos del entrevistado, y medios de contacto con la investigadora y la directora, además de la explicitación y el uso confidencial de los datos.

Se entiende por “Consentimiento Informado” un documento informativo en donde se invita a las personas a participar de una investigación. Es la expresión de dos voluntades debidamente conocedoras que garantiza una relación de confianza y mutuo respeto a la relación

investigador-investigado. Constituye una herramienta del investigador que permite controlar y cuidar la integridad del proceso y de quien da el consentimiento.

El consentimiento informado fue enviado por mail a la Institución y entregado personalmente por la Trabajadora Social a quienes desearon participar. Asimismo antes del inicio de cada entrevista fue nuevamente leído por la investigadora y conversado con los participantes a fin de evacuar dudas a quienes lo requirieron.

Respecto al cuidado de los datos recabados, tanto de las entrevistas realizadas como de las observaciones, se siguió un proceso similar. Se respetó íntegramente la literalidad de los contenidos vertidos en las videollamadas, audios y escritos.

Se conservaron los audios de WhatsApp, como las grabaciones de las videollamadas al igual que el cuaderno de campo con notas, observaciones, discursos fuera de las grabaciones y todo dato que pudiera servir a la investigación sin perjuicio del informante.

4.6 Análisis de los datos

En el proceso cualitativo la recolección de datos y el análisis de los mismos ocurren prácticamente en paralelo. En el análisis, la acción esencial consiste en que recibimos datos no estructurados a los cuales debemos proporcionarle una estructura.

De acuerdo con Hernández-Sampieri (2018) el análisis cualitativo implica explorar los datos, reflexionar constantemente sobre los mismos. Los datos se organizan y las narraciones orales se transcriben. Hay que imponerle una estructura, describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje, descubrir categorías, temas y otorgarle sentido. Interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema Comprender en profundidad el contexto, reconstruir hechos o historias, y vincular los resultados con el conocimiento disponible para generar teoría fundamentada en los datos.

Se registraron los datos mediante el cuaderno de campo, tanto de observaciones como de entrevistas. Por otra parte, durante las entrevistas por videollamadas se efectuaron intervenciones que se creyeron convenientes para clarificar, con ejemplos cuando fue necesario. Asimismo las respuestas recibidas por audio de WhatsApp fueron desgravadas y se tomaron notas para repreguntar luego a fin de aclarar las dudas de la investigadora.

A medida que se realizaban las entrevistas, se efectuaba el correspondiente registro en el cuaderno de campo dentro de las 48 horas posteriores a fin de evitar la pérdida de las observaciones como gestos, emociones e impresiones personales de los entrevistados.

Por otra parte para llevar adelante el análisis cualitativo de las entrevistas se elaboró una matriz conceptual con el fin de fragmentar los datos y conceptualizarlos, para luego articularlos analíticamente. Esto se hizo con el objetivo de producir teorías explicativas a partir de las narrativas obtenidas.

Al revisar y analizar el material recolectado, las unidades de análisis emergen de los datos. Esas unidades son segmentos de contenido textual, auditivo o visual que se analiza para generar categorías. De cada unidad se extrae su significado, y de las unidades surgen las categorías así se efectúa la codificación. Esto implica que la investigadora considera segmentos de contenido, los analiza y compara. Si son distintos en términos de significado y concepto, induce una categoría de cada uno, si son similares induce una categoría común. Las categorías, son conceptualizaciones analíticas desarrolladas por la investigadora para organizar los resultados. A las categorías se le asignan códigos para identificar las categorías que emergen de la comparación constante de segmentos o unidades de análisis (Hernández-Sampieri, 2018).

En la presente investigación se considera a las unidades en función de las preguntas realizadas, buscando los fragmentos que convergen en el tema, segmentando las declaraciones conforme a las categorías consultadas.

Se elaboraron las siguientes áreas de exploración: el contexto natural donde viven los residentes es decir, la residencia de larga estadía y, a su vez, se abarco la dimensional personal y social de las personas mayores que allí residen. Estas áreas tuvieron sus respectivas sub áreas de indagación: profundizando en la dinámica institucional, en la rutina diaria de los residentes, en sus estados de ánimo y en sus relaciones sociales.

4.7 Criterio de calidad o rigor de la investigación

Durante toda la indagación se pretendió realizar un trabajo de calidad que cumpla con el rigor de la metodología de la investigación. Se utiliza el término “rigor” para referirnos a la rigurosidad científica de la investigación (Hernández-Sampieri, 2018). Respecto de cómo se ha diseñado y desarrollado el estudio, y la confianza que infieren la veracidad de los resultados.

Se ha definido y respetado los criterios de calidad del estudio, aplicado tanto al proceso como al producto o reporte de resultados. Dichos criterios son los siguientes, presentados en la obra de Hernández-Sampieri (2018).

La dependencia es una especie de “confiabilidad cualitativa”. Podría definirse como la estrategia a seguir para conseguir la estabilidad de los resultados. El objetivo principal es asegurar la estabilidad de la información.

Las amenazas de la dependencia pueden ser los sesgos que pueda introducir a la investigadora en la sistematización durante la tarea en el campo y el análisis, que disponga de una sola fuente de datos y la inexperiencia del investigador para codificar.

Para asegurar la dependencia, la investigadora planteó el uso de diferentes métodos de recolección de datos, como la observación participante, las entrevistas semiestructuradas, y el cuaderno de campo.

La credibilidad, denominada también como validez, se refiere a si la investigadora ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes vinculadas al objeto de estudio. La credibilidad tiene que ver con la capacidad de la investigadora para comunicar el lenguaje, pensamientos, emociones de los participantes.

Para asegurar la credibilidad de los datos, los mismos fueron grabados dando énfasis a evitar la alteración de los testimonios. Además se ha tomado nota en el cuaderno de campo. Es por ello que se puede confirmar un trabajo con la triangulación de datos, dado que se combinaron diferentes técnicas de recolección de datos, como la observación participante y las entrevistas; y diferentes fuentes; entrevistas a profesionales, cuidadores. La triangulación fue utilizada como alternativa a la validación, para incrementar el alcance y validez del estudio.

La transferencia se refiere a que la investigadora pueda determinar el grado de similitud entre el contexto del estudio y otros contextos. Este criterio no se refiere a generalizar lo encontrado, ya que es muy difícil que los resultados de una investigación cualitativa particular puedan transferirse a otros contextos, pero pueden dar pautas para tener una idea general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar soluciones en otro ambiente.

Para asegurar la transferibilidad, a la hora de recoger información, la investigadora a aunado esfuerzos, para ser esa recolección lo más exhaustiva posible además de recopilar la mayor cantidad de datos posible en cada encuentro. Los datos se obtuvieron en distintos

momentos del día, en diferentes días de la semana, adaptándose la investigadora a los tiempos disponibles de los participantes.

Confirmación o confirmabilidad, este criterio está vinculado a la credibilidad y se refiere a demostrar que se han minimizado los sesgos derivados de la actividad de la investigadora. Implica rastrear los datos en sus fuentes y explicitar la lógica que se utilizó para interpretarlos. Para asegurar este criterio se hizo uso de la implementación de la triangulación metodológica.

Capítulo V
Análisis e interpretación de los datos

La institución seleccionada recibe el nombre Hogar San José, es una residencia de larga estadía para personas mayores que se encuentra ubicada en calle Avenida Solís 1 de la ciudad de Chacabuco, provincia de Buenos aires, Argentina. Inaugurada el 4 de agosto de 1901, surgió como la Sociedad Protectora de Pobres que luego pasaría a llamarse Sociedad Protectora de Ancianos Desvalidos, razón social que continúa. Sin embargo, a mediados del siglo XX se lo comienza a llamar Hogar San José a fines prácticos y en un intento de cambiar la imagen de ancianos desvalidos y de la atención que se brindaba.

Fue creado por una comisión de damas que tenían como objetivo albergar a las personas mayores pobres que vagaban por la ciudad. Se les daba asilo (hospedaje), comida, vestimenta y educación. Los recursos económicos de esta institución provenían de la donación de las familias más adineradas de la ciudad. Siguiendo a Sabatini y Arias (2015) este modelo "asilar" está relacionado con el primer eje de la política de vejez en la Argentina.

Ese modelo asilar tenía una representación negativa de la vejez, ya que las personas mayores eran vistas como objeto de caridad, un cuerpo para alimentar y cuidar. Con el transcurso del tiempo fueron evolucionando las formas de abordaje y comienza, en nuestro país, con la llegada del Estado de Bienestar, donde se pasó a concebir a las personas mayores como sujetos de derechos y no como objetos de cuidado (Paola, et al., 2011; Cabero, 2015).

El Hogar es una Institución de Bien Público sin Fines de Lucro, solventado por dos sistemas de becas (INSSJP –PAMI- y Ministerio de Desarrollo Social de la Pcia de Bs As) y por plazas particulares por las cuales se abona una cuota mensual. Asimismo cuenta con un número importante de socios que realizan el pago de una cuota mensual, como también donaciones de empresas y de la comunidad en dinero y en especies.

Esta institución, tiene normas y reglas, necesarias para su normal funcionamiento, las cuales actualmente difieren de las normas rígidas y represoras de las instituciones totales definidas por Goffman (2012).

El Hogar conserva la estructura edilicia con la que fue creada, compuesta por un amplio comedor y tres pabellones. En el extremo de uno de éstos últimos se encuentra la capilla y en otro, la secretaría espacio destinado para reuniones; éste lugar se encuentra adaptado en la

actualidad para dar curso a las visitas cuidadas. En el ingreso se encuentran dos oficinas una corresponde a la enfermería y la otra a los profesionales. Asimismo cuenta con una sala de cuidados especiales, una cocina con sus respectivas despensas y, el lavadero, en una construcción independiente al edificio. Cuenta con una dependencia para peluquería y podología y un espacio similar utilizado como ropería.

Se fueron realizando diferentes mejoras y ampliaciones para el mantenimiento edilicio y con la finalidad de incrementar la capacidad de población residente por la creciente demanda de atención que mantiene relación con la longevidad actual, se construyó un nuevo sector. El cual tiene exteriormente la misma estructura que los restantes pabellones, pero en su interior está dividido en nueve habitaciones.

En referencia al párrafo que precede y de acuerdo con Krzemien (2013), resulta importante destacar que se ha producido conjuntamente con el proceso de longevidad, una modificación en la estructura social que confluye en grupo de personas mayores autoválidas y otras dependientes para AVD y con necesidades de atención.

Las necesidades de este último grupo de población en relación a los cuidados y atención que requieren, provocan una ruptura en la tradicional forma de atención la cual ha estado a cargo de la familia y se evidenció y evidencia la feminización del mismo. Actualmente las nuevas formas de vida, la modificación en los tipos de familia, las viviendas más reducidas, la emigración de los más jóvenes, la difícil situación económica que no permite afrontar grandes gastos, la necesidad de salir la mujeres al mercado laboral, hace necesario la necesidad de una ayuda externa para abordar a los mayores con cuidados permanentes y /o especializados (De los Reyes, 2007; Gómez Morales, 2014; Cabero, 2015; Paola et al., 2018).

Esa ayuda externa aparece como alternativa en las residencias de larga estadía. Las mismas fueron evolucionando según los contextos cambiantes que las fueron moldeando. Simultaneamente al interiror de las residencias y a nivel societal el abordaje de la persona mayor como objeto de beneficiencia, fue mutando a la valoración de historia personal de cada sujeto en su propio proceso de envejecimiento; asimismo comienza a adquirir mayor relevancia el contexto en el cual la persona envejece y su influencia en el proceso.

La residencia seleccionada es un espacio de atención socio sanitario complejo con un modelo de intervención evolucionado y centrado en los derechos de las personas mayores.

Es una institución de puertas “abiertas”, esto hace referencia a la modalidad respecto de la libre circulación para las salidas de los residentes, de los ingresos, el lugar es elegido por el propio residente, ingreso voluntario y con consentimiento; y de la apertura comunitaria con la que cuenta, tienen la posibilidad de ingresar con fines socio-recreativos, amigos, vecinos, estudiantes de escuelas, jardines, entre otros.

Ingresar al Hogar implica encontrar un lugar para vivir y un espacio de atención especializada con profesionales de la salud. El equipo está compuesto por dos Médicos, tres Enfermeras Profesionales, una Trabajadora Social, un Psicólogo, un Kinesiólogo, una Nutricionista y una Terapista Ocupacional, la atención es interdisciplinaria y está dirigida a brindarla en forma integral a la persona mayor con el objetivo primordial de mantener y mejorar su calidad de vida[29].

En esta línea de trabajo que se inscribe, en la cotidianeidad, la modalidad de intervención basada en la teoría del curso vital y como marco de referencia el Paradigma de Derechos. Así, se tiende a modificar la atención basada desde la concepción de necesidades abordando a las personas mayores como objetos de cuidados y sujetos pasivos, hacia la promulgación y protección de los Derechos de las Personas Mayores que viven en el Hogar, haciendo énfasis en que este grupo posee los mismos derechos que el resto de la ciudadanía (Paola et al., 2018).

Siguiendo a Ramos Feijóo (2018) esta residencia adopta como modelo de intervención el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, por el tipo de modalidad descripta, es decir un abordaje holístico que aborda todos los aspectos de la vida de la persona mayor sin perder la singularidad que le es propia. Se trabaja sobre los intereses y necesidades de cada uno de los residentes.

El equipo de profesionales interviene con las personas mayores desde el momento de la evaluación y durante todo el proceso de institucionalización.

En el presente contexto de pandemia, no se realizaron nuevos ingresos como medida de prevención. De las narrativas se desprende la visualización del proceso de ingreso, en primera instancia se realiza una entrevista de admisión a cargo del equipo de salud, que consiste en

[29] La Calidad de Vida es la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de los valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales, y su relación con las características destacadas de su entorno (OMS, 1994). A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia (0MS, 2002 p. 98).

invitar a la persona mayor a conocer la institución acompañado de un familiar y /o referente responsable. Se recorren las instalaciones, se conversa sobre el funcionamiento, se abre un espacio para evacuar dudas y, además el equipo procede a realizar una evaluación integral del aspirante.

De lo descripto en el párrafo anterior, se observa la posibilidad de conocer previamente el lugar que habitará la persona mayor, seguramente el resto de su vida.

Luego del recorrido institucional se realiza la evaluación integral del aspirante, desde todas las áreas, y se eleva un informe a la Comisión Directiva quien tiene la potestad para otorgar el ingreso.

Para ello se planifican un conjunto de intervenciones desde el equipo, fundadas en premisas como que el adaptarse a una nueva forma de vida implica mantener contacto con sus redes, continuar con actividades, mantener relaciones con la comunidad, tener una participación activa, lo que es clave para mantener la autonomía, la independencia, sentirse útil y disminuir la pérdida de lo que se deja atrás (Gómez Morales, 2014). Se empodera a la persona dada la importancia de esto sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores residentes.

Asimismo, desde el proceso de admisión se trabaja en forma conjunta con la familia, para replicar el sentido de esta nueva etapa que comienza, donde el cuidado es compartido y donde el equipo de profesionales y todo el personal acompaña este proceso para otorgarle a la persona mayor una mejor calidad de vida, promoviendo su autonomía y participación, reconociendo las pérdidas y enfatizando en las potencialidades.

Durante todo el proceso de institucionalización se estimula a las personas mayores a tomar sus propias decisiones, como a participar en resolver problemas que los involucran.

Siguiendo a Machado (2018) en cuanto a los actores sociales que conforman la residencia de estudio, en primer lugar se hará mención a los residentes como los actores protagonistas. Teniendo en cuenta las narrativas de los entrevistados, se pudo observar que cuando hablan de los residentes o éstos de sus pares no pierden la singularidad, refiriéndose a cada uno a través de su nombre, apodo (apoyado por la persona) y/o apellido.

Así queda reflejado el enfoque de derechos humanos propiciado en el trato, respetando y reconociendo a cada uno como sujeto, con una historia particular, resaltando la singularidad que los diferencia (Machado, 2018).

En relación a los cuidadores formales, estas son las personas que brindan atención a los residentes, en el Hogar se definen como Asistentes Geriátricos quienes, junto a las enfermeras, son los actores que pasan mayor tiempo con los mayores. Suman 9 y se distribuyen en turnos mañana, tarde y noche. Conforman la planta de personal junto a la lavandera, 2 cocineras y 3 enfermeras profesionales.

Se agregan a los mencionados, los profesionales, quienes además de brindar una atención integral a los residentes, trabajan con el personal mencionado en el párrafo anterior. También se incluye a los integrantes de la Comisión Directiva.

La institución cuenta con habilitación Municipal y del Ministerio de Salud, se encuentra habilitada con 42 plazas, actualmente residen 37 personas mayores, de las cuales 20 son hombres y 17 mujeres.

A partir de la pandemia por Covid-19 el gobierno nacional decretó el 20 de marzo del corriente año el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) (DENU 297/20) para todas las personas que habitan el país, ello implica no poder salir y evitar el contacto físico. Esta medida se dictó para prevenir y cuidar la salud de toda la población del coronavirus, enfermedad respiratoria infecciosa que puede ocasionar la muerte (OMS, 2020).

Independientemente de la edad, el estado de salud, las condiciones de vida, las patologías preexistentes pueden poner en riesgo la salud de la población. Por lo cual las personas mayores son consideradas como grupo vulnerable y aquellos que residen en residencias aún más debido a la estrecha convivencia entre las personas (Adler, 2020; Dulcey Ruiz, 2020; Tartaglione, 2020).

Se consideró relevante conocer la percepción de los residentes sobre la medida del ASPO, y particularmente sobre las medidas de seguridad para las personas mayores, asimismo se indagó sobre el nivel de cumplimiento de esta medida.

Todos expresaron conformidad con la medida impartida y declararon un elevado nivel de acatamiento a la norma al igual que las medidas de seguridad recomendadas, lo cual queda plasmado en las siguientes narrativas:

> *"Yo estoy de acuerdo, si hay que hacerlo se hace, hay otra gente que no quiere. Yo lo veo bien, para mi está bien lo que hacen. Yo no salí más, para nada, ni siquiera a la galería. Encerrada adentro, y eso que yo estaba acostumbrada a irme a mi casa todos los fines de semana, y cumplo con todas las medidas como hay que hacer"* R4-90

"Yo estoy de acuerdo, sino ponen la medida quien nos cuida a nosotros. Porque nosotros somos grandes y podemos salir a la calle sin conocimiento, puedo tomar esto como una broma y no es así, ellos saben son personas preparadas. Hay que cuidarse y si no nos cuidan lo que saben que vamos a saber nosotros. Desde el aislamiento no salí más, hace como seis meses que no salgo, tampoco recibo visitas. El Hogar nos cuida, acá nos dicen todos los días que tenemos que hacer, y nosotros respetamos las medidas y también aconsejamos" R3-85

Consultados los profesionales sobre su precepción con respecto a la media impuesta por el gobierno nacional, y el impacto sobre la salud en los residentes, manifestaron por un lado, estar acuerdo con la disposición para prevenir el contagio del virus, es decir la consideran adecuada, y por otro, preocupación por el impacto en los residentes ya que a medida que la normativa se extiende en el tiempo se desconocen los efectos sobre esta población. Así lo expresaron algunos profesionales:

"En principio es una medida muy efectiva para evitar el contagio, esto es importantísimo porque si el virus entra en la institución con este tipo de población tiene resultados desbastadores. Sin embargo a largo plazo los efectos del asilamiento se hacen sentir y generan efectos" P1

"Creo que esta normativa no ha contemplado la cuestión emocional que terminaría repercutiendo en las otras enfermedades prexistentes de ellos, creo que se debía haber contemplado o no haberse hecho de una manera tan estricta desde un comienzo, ya pasaron seis meses en donde no han podido tener contacto con sus familiares y con las otras actividades que normalmente ocurrían dentro de la institución, y esto termina repercutiendo en la salud de ellos de manera considerable" P2

"Las medidas adoptadas que estaban destinadas a evitar el contagio, fueron tomadas en función de pautas generales, sin tener en cuenta las características de cada lugar, son amplias, abarcativas, sí son de cuidado, pero realmente muestran un desconocimiento de la realidad vivida en el Hogar. Sin lugar a duda estas impactaron negativamente en la vida de los viejos dejándolos y estando actualmente afectados física y psíquicamente. Quienes ya presentaban patologías de base esto ha agravado aún más su cuadro de salud general" P4

Teniendo cuenta lo expresado por los residentes entrevistados y los profesionales de la salud, los primeros demuestran un mayor control directo y concreto de la situación actual de

postergar lo que no pueden realizar fortaleciendo lo que sí pueden hacer o simplemente modificar lo que desean a través de su capacidad de adaptación además de la tolerancia y la paciencia y con el optimismo de que esto pronto pasará. En este grupo de residentes queda reflejado que afrontan esta medida haciendo uso de sus propios recursos los cuales han construido en el trayecto de sus vidas. La preocupación manifestada por lo profesionales está centrada en todo el grupo poblacional, y aún más en aquellos donde sus patologías se complejizan producto de la medida impuesta sumado a que los efectos sobre la salud podrían ser difícil con el tiempo de revertir.

Otro aspecto analizado en las narrativas de los residentes son las preferencias personales en cuanto a la necesidad de información sobre el coronavirus, la búsqueda y su manejo en relación a los medios de comunicación. En los protocolos sanitarios se advierte sobre la importancia de ofrecer información clara y precisa a los residentes sobre la situación sanitaria, por lo cual se consultó a los residentes sobre la información que poseen del Covid-19, quién les otorgó la información y qué medios de comunicación prefieren para informarse. De las narrativas de los entrevistados se infiere que, la mayoría, presenta un alto interés por mantenerse actualizado:

"Yo me entere del virus cuando empezaron a hablar acá y después por los diarios, acá nos informan siempre. A mí me interesa saber que está pasando, igual las noticias te dicen todo, ahora dijeron que estamos en la pico de la curva, en la etapa más fuerte" R1-74

"Yo me informo por la televisión, me gusta el noticiero estoy muy actualizado, me gusta estar informado, para mí la información es clara y suficiente" R2-66

"Acá casi todos los días nos hablan, cuando viene Gaby la presidenta nos habla, nos habla Paola, también como el cuidado que tenemos que tener, que tenemos que evitar, que tenemos que hacer. Y yo de esa información le informo todos los días a mi hija para que le diga a los hermanos y a los sobrinos de ella. Le digo que se cuiden al máximo todos los días, porque si no se cuida ella como lo va a evitar, le digo como lo tiene que evitar que no tenga contacto con ninguno, que no haga reuniones, que evite toda visita que pueda, porque uno no sabe de dónde viene esa visita, puede venir de cualquier lado." R3-85

Teniendo en cuenta los relatos, se puede observar que los residentes además de elegir fuentes y medios de comunicación, manejan información específica que a su vez comparten con sus pares o familiares. Esto da cuenta de la autonomía de los mismos, la capacidad de elegir y decidir sobre los medios de comunicación de preferencia y la cantidad y calidad de información que necesitan. No están ajenos a una realidad que afecta a nivel mundial, así lo demuestra la respuesta de una residente:

"Por las noticias escuche hablar del virus, forzosamente porque los televisores andan todo el día, no me gusta mucho la televisión. Prefiero leer. Este virus es una pandemia…sabes porque?...es una pandemia porque está en todo el mundo, lo busque en el diccionario" R6-87

A fin de conocer el contexto donde se desarrolla la vida de los residentes, se inició analizando el funcionamiento institucional y su modificación a partir de la implementación de la medida del ASPO, indagando a su vez sobre disposiciones adicionales que han implementado en la residencia para la prevención y abordaje del coronavirus.

Desde mediados del mes de marzo comenzaron a recibir protocolos enviados de PAMI (2020), de la Secretaria de Salud del Municipio (2020) como las actualizaciones constantes del Ministerio de Salud de Nación (2020), el trabajo de la institución fue adaptarse en la medida de lo posible para cumplir con las medidas solicitadas.

Entre las medidas para disminuir la exposición al riesgo del virus de residentes y trabajadores de la institución, siguieron la recomendación de suspender las visitas como también las salidas de los residentes, salvo excepciones (Ministerio de Salud, 2020; PAMI, 2020; Secretaría de Salud 2020).

Tal como se mencionó, es una institución de puertas abiertas, esto implica que las personas mayores están acostumbradas a salir y a recibir distintas visitas.

Resulta de importancia incorporar la percepción de los residentes con respecto a esta medida, de la narrativa de algunos se desprende:

"A mí me cambiaron las actividades, yo estaba acostumbrada a salir, a recibir muchas visitas ahí me cambio" R1-74

"Por la puerta de entrada no entra nadie, tocan el timbre pero no entran donaciones, no entra nadie por ahora. Yo no salí más, a ningún lado, al mercadito de Gaspari no fui más, a

comprar el diario tampoco, a lo de mi sobrina iba los domingos tampoco, al kiosco no voy más porque no fumo más, lo deje" R3-85

Paralelamente a la primera medida se continuó con la suspensión de los talleristas y todas las actividades terapéuticas y recreativas, como así también se redujo el personal profesional del equipo de salud.

Los talleres que se impartían, se planificaban anualmente conforme a las necesidades y requerimientos de los residentes. Hasta el comienzo de la pandemia se dictaban los siguientes: el taller de dibujo y musicoterapia, a cargo de la Escuela de Actividades Culturales (EAC) del Municipio, el taller de Gimnasia se recibía por el CEF Nro 20, el taller de Arteterapia a cargo de la institución y el taller de Terapia de Rene Mey. Además tenían kinesiología tres veces por semana y terapia ocupacional dos veces, ambos con profesionales del equipo de salud. La institución recibe pasantes de la carrera de Trabajo Social y Acompañante Terapéutico quienes siempre realizan diferentes actividades con los residentes.

Algunos talleristas hacían llegar diferentes actividades a fin de disminuir el impacto en los residentes ya que los mismos estaban acostumbrados a realizar diferentes tipos de actividades durante la semana. También se recibían cuadernillos con diferentes actividades de estimulación de la memoria que enviaba PAMI.

A medida que se avanzaba de fase en relación al ASPO se podía ir flexibilizando las actividades dentro de la institución (Perrrino, 2020).

Iniciada la fase tres, los profesionales del equipo fueron los primeros en incorporarse paulatinamente, luego el taller de Arteterapia, seguido por el de Gimnasia, todos los talleres se llevaron a cabo de manera presencial cumpliendo los profesionales todas las medidas de protocolo impartidas. En ningún momento se realizaron talleres de manera virtual.

En relación a los profesionales, los directivos realizaron reducción de personal y quedaron los que ellos consideraron indispensables. En un primer momento la TS y el kinesiólogo fueron los profesionales que continuaron de manera presencial, respecto de la primera se incrementó la frecuencia semanal no así del otro profesional. La Terapista Ocupacional, concurría dos veces por semana pero por las medidas del ASPO suspendió su concurrencia debido a que cursaba un embarazo. Con respecto a las enfermeras profesionales, continuaron con la misma frecuencia y carga horaria.

En cuanto a la concurrencia y frecuencia del resto de profesionales, el psicólogo al comienzo de la cuarentena dejó de asistir a la institución y luego por decisión de la Comisión Directiva y el equipo retomó su actividad de manera presencial y la frecuencia de horas se multiplicó. En cuanto a los médicos, al inicio de la pandemia la frecuencia se fue espaciando, normalmente era diaria, luego fueron disminuyendo la cantidad de horas pero siempre en contacto de manera virtual y concurriendo de manera presencial cuando era necesario. La profesional en nutrición al inicio del confinamiento su tarea se desarrolló de manera virtual, transcurrido unos meses comenzó a concurrir una vez por semana y luego los días habituales que asistía a la institución.

Otra medida implementada por la institución fue acondicionar un espacio, ubicado en la capilla, para que el personal haga cambio de ropa y calzado de calle. Antes de ingresar a la institución el personal debe higienizarse las manos y realizar el control de temperatura, como así también colocación de barbijo, guantes de látex, y/o mascara.

Esta medida tiene íntima relación con lo expresado por el Dr. Eugenio Semino, defensor de la Tercera Edad, quien sostiene que en las residencias de larga estadía el personal trabajador representa un factor de riesgo debido a que la posibilidad de ir y venir con el virus es alta y saber que muchas personas son asintomáticas implica un riesgo aún mayor (Gómez, 2020).

Lo anteriormente mencionado da cuenta como la institución para proteger a la población cumple con otras de las medidas mencionadas en los protocolos sanitarios, además de proveer a los trabajadores de los elementos de protección personal según normativas vigentes del Ministerio de Salud de la Nación (2020).

Asimismo, para todos los materiales y alimentos que ingresan a la institución se implementa un protocolo de recepción a cargo de las enfermeras.

Con respecto a las medidas para higiene de espacios institucionales y fómites, el procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de los espacios en contacto con los residentes se realiza diariamente y por turno. Según lo relatado por las cuidadoras entrevistadas no han notado cambio en su tarea ya que antes de la pandemia lo realizaban de la misma manera.

Se cumplimentan las medidas mencionadas en los protocolos sanitarios en relación a la ventilación de los ambientes a diario para favorecer el recambio de aire, como también, la limpieza de superficies, pisos, baños, utilizan un procedimiento sencillo que requiere de agua, lavandina y trapeador (Ministerio de Salud, 2020).

La referente institucional señaló que la totalidad del personal y residentes recibieron la dosis de la vacuna antigripal. Los residentes entrevistados mencionaron otras medidas implementadas por la institución, con las que están totalmente de acuerdo, para cuidar su salud y protegerlos del Covid-19 como usar en forma individual el mate, recipientes con alcohol en las mesas, el lavado de manos con agua y jabón en forma frecuente, el plástico divisorio en la reja de entrada.

De la narrativa de las cuidadoras entrevistadas se desprende total coincidencia con lo referido por los residentes y le agregaron que los envases de alcohol en gel se encuentran en todos los espacios, la desinfección diaria del calzado, uso de barbijo quirúrgico y el cambio de ropa de calle al ingresar a trabajar.

Asimismo resulta importante destacar lo expresado por una residente quien resaltó el esfuerzo de los profesionales y la comisión directiva por responder frente a las necesidades manifestadas por ellos y relata su experiencia:

"Nosotros respetamos todas las medidas pero también nuestras necesidades son tenidas en cuenta. Desde el inicio del aislamiento se suspendieron las misas, y hace como dos meses viene un ministro los sábados a la cinco y tomamos la comunión. Gabriela la presidenta nos permitió que venga a la puerta de la capilla, la verdad que eso lo extrañaba un montón y lo necesitaba. Me hacía falta recibir la comunión ahora me siento más llena, la fe te hace fuerte, no te decaes, y si te caes te volvés a levantar" R1-74

Entre las medidas dispuestas por los protocolos sanitarios, se encuentran especificados los lineamientos para actuar con residentes o personal que presenten fiebre o síntomas respiratorios; se deberá proceder a activar el protocolo de asistencia médica inmediata por el parte del sistema sanitario (Ministerio de Salud, 2020).

Informó la TS que fue necesario activar el protocolo sólo en dos situaciones para los residentes. En ambos casos cuando la enfermera detectó la fiebre, lo primero que se hizo fue dar parte a los médicos de la institución, una vez evaluado el paciente, se dio aviso al 107 al SAME, se informó al familiar y se derivó al residente a un segundo nivel de atención, el Hospital Municipal, el traslado se realizó en ambulancia e internados en el ala 3, fueron hisopados, ambos dieron negativo y luego fueron derivados nuevamente a la institución.

Se infiere de lo relevado en las entrevistas que la actual situación epidemiológica de la población que vive y trabaja está controlada. En aquellos casos que se presentó alguna

sintomatología se activó el protocolo con los hisopados correspondientes, dando negativos al Covid-19. La institución cuenta con una habitación para efectivizar el aislamiento en caso de requerirse.

La obra social PAMI, determinó que el área social preventiva/ terapéutica de la institución elabore un plan de contingencia según criterios determinados, a los fines de reducir el impacto psicosocial en los residentes y sus familias además de generar redes de contención.

Se han modificado algunos roles profesionales cumplimentando ciertos protocolos de actuaciones emanados de PAMI, entre ellos el de la TS. La misma hizo manifiesto que, al inicio de la pandemia y debido a la suspensión de los talleres y restricción del personal profesional, se encargó de actividades recreativas enviadas por los talleristas, a realizar con los residentes. Tarea que culminó con la reinserción de los distintos talleristas.

Asimismo la referente entrevistada agrega, que los días miércoles a las diez de la mañana el equipo de profesionales se reúne para trabajar diferentes temas y ese espacio también fue ofrecido al personal para que lo tengan en cuenta. La TS creó un grupo de WhatsApp compuesto por todo el personal con la finalidad de mantener una fluida y constante comunicación sobre lo más relevante de lo sucedido en la cotidianeidad de la institución y como medio de información de cursos y capacitaciones.

Lo desarrollado demuestra cómo el equipo de salud implementó diferentes estrategias delineando acciones tendientes a contener y a acompañar al personal de atención directa, tal como lo exige el protocolo (PAMI, 2020).

En relación a los residentes también se generaron espacios de contención y acompañamiento desde el equipo de salud en forma permanente y con los medios sincrónicos disponibles además de la presencialidad indispensable.

Siguiendo la misma línea de protocolo, otra medida fue establecer formas de comunicación alternativa entre los residentes y sus familiares y/ o referentes (PAMI, 2020).

Los medios de comunicación utilizados para el contacto con el exterior fueron: el teléfono fijo y un celular, ambos de la institución; el celular estuvo a disposición para las videollamadas de los residentes con sus familiares o referentes y los dispositivos propios de las personas mayores. Agrega la referente institucional:

“Algunos familiares se acercaban a la institución para verlos. El frente del Hogar tiene rejas por lo cual los familiares se acercaban a charlar, les pasaban cosas, lo que resultaba

riesgoso para los residentes por lo cual se cubrieron las rejas con un plástico transparente a fin de que puedan verse, conversar sin peligrar la salud de los residentes, además ambos deben tener barbijos" TS

Al mismo tiempo la profesional de Trabajo Social diseñó un sistema de comunicación estrecho y frecuente con los familiares (PAMI, 2020) mediante el uso de las redes sociales, comunicaciones telefónicas y grupo de WhatsApp.

Además se cumplimentó en tiempo y forma con las normativas detalladas de PAMI respecto al reporte de situación diario y semanal.

Teniendo en cuenta lo hasta aquí desarrollado, se visualiza la modificación de la rutina institucional; respondiendo a las medidas indicadas por los protocolos sanitarios exigidos por PAMI (2020), la Secretaria de Salud del Municipio (2020) ambos elaborados acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud de Nación (2020), dirigidos a cuidar y proteger la salud de los residentes en RLE en el contexto actual de pandemia por Covid-19.

El detalle realizado da cuenta de las repercusiones de la pandemia en el funcionamiento institucional que transversaliza la cotidianeidad y a cada uno de los sujetos, los residentes, cuidadores y profesionales. Asimismo, evidencia la adaptación colectiva y paulatina de todos a los cambios implementados.

Tal como se describió, el Ministerio de Salud de Nación (2020) dejó manifiesto que la actual situación sanitaria afecta la vida diaria de toda la sociedad y que las personas mayores son más vulnerables a la preocupación de lo desconocido y que puede provocar ansiedad y aumentar la vulnerabilidad y el miedo. Se puede sostener que las medidas del ASPO han afectado e impactado de manera diferente en los residentes, así lo refieren en sus narrativas personales de la residencia:

" Ellos se manifiestan de diferentes maneras, para algunos este tiempo paso y esto generalmente en personas que no son conscientes de la realidad actual debido a su patología, aquellas personas más lúcidas lo han afrontado bastante bien, aunque hoy se los nota más cansados" TS

"Esta medida está trayendo muchos efectos secundarios más de los que pensábamos, por ejemplo todo lo que sea enfermedades neurológicas ha avanzado increíblemente, yo nunca vi semejante incremento de síntomas en tan poco tiempo" P5

"*A mí me cuesta hablar de manera grupal, pero creo y estoy convencida de que tiene que ver con la individualidad de cada uno, en la forma de sobrellevar esta adversidad. Lo que he notado es que hubo una gran progresión de enfermedades prexistentes o sea ese Parkinson avanzó, esa demencia avanzó, ese trastorno en la marcha que estaba avanzó, pero bueno ahí hay que ponerle pila para que no avance más teniendo en cuenta que la progresión de estas enfermedades en los adultos mayores es muy difícil de revertir"* P2

Sobre este mismo punto, desde las narrativas de los residentes, han dejado en claro su capacidad de adaptación a la nueva realidad y a las normas establecidas para su cuidado; aunque implique restricciones, lo que se encuentra relacionado con los propios recursos para afrontar la adversidad.

Los profesionales, por su parte, explicaron que el impacto es diferente en aquellos residentes con deterioro cognitivo, donde la alteración de la rutina tiende a provocar cambios irreversibles.

Para las personas con deterioro/demencia esta medida de aislamiento provocaron cambios en las rutinas que antes les ofrecían estabilidad, pueden volverse más ansiosas y enojadas. Expertos han argumentado que el acceso limitado a la información y a la dificultad de comprender lo que está pasando, no poder continuar con su rutina, no poder retener los cuidados indicados pueden exponerlos a una situación de mayor riesgo (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

La profesional en TS hace mención que desde el inicio de la pandemia hubo residentes que contaban con acompañantes terapéuticos con quienes salían o hacían diferentes actividades que no pudieron continuar, del mismo modo con una de las residentes que concurría a un centro de día y no pudo volver. En ellos, se evidenció que esa alteración a la cotidianeidad afectó directamente sus estados de ánimo, lo que se manifestó en sus comportamientos estando más irritables, contestando de forma alterada o peleándose con sus compañeros.

Desde el abordaje teórico, lo expuesto en el párrafo anterior coincide con lo mencionado por el Ministerio de Salud (2020), que el aislamiento puede generar un aumento de la desorientación e incluso alterar sus comportamiento.

Consultados los profesionales sobre su percepción con respecto a lo referido, expresaron:

"Se nota el cambio en el comportamiento, se pelean mucho, están más irritables. Hay muchos que están desorientados que antes no estaban así, están perdidos" P3

"En algunos observe deterioro físico, disminución en la capacidad de moverse, pérdida de equilibrio, aquellos con deterioro cognitivo un poco más avanzado, otros que estaban bien cognitivamente están más desorientados" P5

Otro eje central a investigar fue sobre los estados de ánimo en los residentes durante el confinamiento. Desde la perspectiva de los residentes, dos de ellos, expresaron que transitan este momento vivenciando diferentes emociones como angustia y tristeza por no tener contacto con sus familias:

"Como ser los primeros diez quince días un mes o dos parecía que esto iba a pasar, después se fue alargando y ahora sí tengo angustia, extraño mucho mi familia, mis amigas, eso extraño mucho, ese modo de vernos y estar no es lo mismo que hablar por teléfono o las videollamadas, mirarnos a la cara, vos sentís la respiración, no es lo mismo" R1-74

"Yo me siento triste, triste, hablo por teléfono con mis hijas mis nietas, pero no las puedo ver por esta situación y las extraño" R6-87

El resto de los residentes entrevistados expresaron no notar cambios en sus estados de ánimo y lo manifestaron de la siguiente manera:

"No, yo me siento igual que el primer día que entré, yo me siento bien, si me pongo a mirar para atrás cuantos hermanos se han ido antes que yo, y yo digo tengo casi 86 años y todavía puedo comer de todo, me afeito solo, yo estoy muy contento y estoy bien" R3-85

"No, no, lo único que extraño son los chicos, los nietos y nada más, después estoy bien si hay que estar estaremos que va hacer, hay que cumplir las órdenes" R4-90

"No, la verdad que no, miro televisión, juego a las cartas, leo el diario me quedo ahí tranquilamente, o me voy afuera al patio a sentarme un rato se ve la plaza, pasa gente, los coches" R5-80

"Yo estoy igual que antes, no sentí diferencia en mi cuerpo con lo que está pasando" R7-87

*"No, yo me siento tranquila, viste y con la tranquilidad lo voy llevando, si estaría en mi casa me pasaría exactamente lo mismo, porque no podría ir a ningún lado tampoco. Yo me siento igual"*R8-69

Consultadas las cuidadoras sobre si observaron cambios en los estados de ánimo en los residentes desde el inicio del ASPO, respondieron:

"Si se notan cambios negativos, algunos están más agresivos, otros tristes, decaídos" C2-53

*"Sí no están como antes, es como a todos. Todo está cambiado y aunque a veces no quieras sentirte mal, te sentís mal y a ellos les pasa lo mismo"*C3-40

"Y sí están más tristes, extrañan mucho a la familia, a los hijos, los nietos. Una residente se puso tan triste que se fue, pobrecita. Estaba acostumbrada ella que veía al hijo todos los días y de un día para otro no lo vio más, imagínate lo que fue para ella, ella estaba desorientada pero se notó que extrañaba, lo llamaba y la señora que la venia acompañar tampoco pudo seguir viniendo. Ellos hacen videollamadas pero no es lo mismo y eso que algunos están conscientes lo entienden pero lo que no están conscientes no lo pueden entender" C4-31

Por su parte, los profesionales coincidieron que han observado cambios en los estados de ánimo observando, tristeza, irritabilidad, mal humor, aburrimiento:

"Los veo más tristes, más irritables con poca tolerancia" P3

"Sí hay un gran deterioro y un cambio en sus estados de ánimo, es muy visible desde la postura, desde la mirada, desde las contestaciones, desde la comunicación, muchas veces no puede ser una comunicación fluida y habitual, sino con mucha carga de bronca, de angustia" P4

"Es como que el umbral de irritabilidad está muy bajito, cualquier cosa que pase por chiquita que sea como que ya se ponen de mal humor" P5

Se consultó a los profesionales y cuidadores cuáles han sido los sentimientos, emociones más frecuentes manifestadas por los residentes y sus respuestas fueron la ansiedad por ver a sus seres queridos, preocupación y miedo por ellos, que los extrañan. Y hacen referencia a los que padecen patologías como demencia que no entienden de qué se trata y no lo expresan.

Si bien la mayoría de residentes entrevistados no han notado cambios en sus estados de ánimo, los que sí han notado lo pudieron expresar y se trabajó sobre ellos. Por otra parte, los

cuidadores y profesionales consultados sobre los residentes que no pueden expresarse verbalmente producto de sus patologías, han evidenciado alteraciones en su comportamiento.

Se analizó también, cuál es la mayor preocupación en este contexto y qué es lo que más se extraña. Unánimemente los residentes extrañan salir y ver a sus familias, fundamentalmente la falta de contacto con ellos y la preocupación está centrada en el afuera, en sus propias familias, así lo expresan algunos de ellos:

"Mi mayor preocupación es la pandemia, el virus y tengo miedo por mí y por mi familia, va si me toca a mí yo ya tengo la batalla ganada pero los que quedan no querida. Me preocupa que esta pandemia trae cosas, se viene mucha pobreza, yo lo veo así, la gente no trabaja, hay cosas que no se pueden pagar, va a ver mucha gente desprotegida del todo, yo ya estoy, pero se viene eso, los chicos no van al colegio, para mi va a traer colita. Yo lo que más extraño son las salidas y la familia" R1-74

"No yo en eso no me miro, yo tengo 85 años voy a cumplir 86, yo ya estoy jugado, el que se tiene que cuidar es el chico, el nieto, ellos estudian, pero yo ya estoy jugado. Lo que más extraño es la hija, pero bueno hablo con ella por teléfono todos los días" R3-85

"Yo no tengo miedo, estoy más preocupadas por los chicos y los nietos, ellos andan en la calle, viste. Lo que más se extraña es… ir a mi casa, ver a los chicos, los nietos" R4-90

"La verdad no estoy preocupado, si extraño salir, hacer mis compras, ir a lo de mi sobrina" R5-80

"Mi preocupación es que se prolonga que se larga el tiempo de la cuarentena y extraño la compañía de mi familia" R6-87

"Yo estoy bien, más me preocupan los chicos y lo que más extraño es que vengan mis hijos mis nietos, es lo que más extraño, y salir" R8-69

De las narrativas se desprende que la situación actual de pandemia no les produce miedo por su seguridad pero sí, preocupación por sus seres queridos.

Respecto de las dificultades para afrontar la cuarentena y las fortalezas para atravesarla, en relación a lo primero respondieron, en su mayoría, que la mayor dificultad ha sido no tener contacto con sus familias y no poder salir, en cuanto a las fortalezas todas son diferentes. Los expresaron así:

"Mi principal dificultad es estar alejada de mi familia, y mi mayor fortaleza la fé" R1-74

"No me encontré con alguna dificultad, yo me doy cuenta que para mí es igual, hay quienes lo afrontan bien como yo y quien lo afronta mal o le cuesta más. Yo pienso que esto va a pasar si Dios quiere" R3-85

"Dificultad, no. Paciencia, hay que tener paciencia querida, yo tengo mucha paciencia" R4-90

"La mayor dificulta es estar encerrado, no poder salir, no poder ir a lo de mi sobrina, pero bueno hay que aguantar, tenemos que esperar" R5-80

"*Yo lo que más quisiera es que los chicos puedan entrar como entraban antes, me traían cosas, ahora también me traen pero no es lo mismo que se lo entreguen a la enfermera que me lo traigan a mí. Todas esas cosas cambiaron y bueno yo hago todo lo posible por estar entretenida, le pongo flores a la Virgen todos los días le pongo flores frescas, voy al Sum y jugamos a la cartas, al chinchon, y voy pasando el tiempo, viste, con todo eso me voy entreteniendo es bueno pensar en otras cosas"* R8-69

De las narrativas se desprende que las personas entrevistadas se han apoyado en diferentes recursos que le permiten afrontar y transitar la situación actual de la mejor manera y eso tiene que ver con los ideales, valores y creencias de cada uno. Esto hace referencia a la singularidad de cada persona con decisiones, acciones y pensamientos diferentes resultado de los años vividos y de las experiencias que han transitado.

Desde la percepción de los profesionales y cuidadores, los mismos acuerdan con lo respondido por los residentes ya que sostienen que la mayor dificultad de los residentes para afrontar la cuarentena es no tener contacto con su familia siendo asimismo lo que más extrañan sumado a no poder salir.

Un tercer eje de investigación estuvo centrado en revelar cambios en la rutina diaria de los residentes. Según el Ministerio de Salud (2020), esta medida de aislamiento puede influir directamente sobre la rutina diaria de las personas mayores pudiendo alterar hábitos como el sueño, la alimentación, y en actividades físicas y recreativas.

A fin de revelar cambios o modificaciones en la rutina diaria de los residentes durante la cuarentena, se evaluaron los siguientes indicadores; hábitos en la alimentación, baño y sueño, como así también actividad física y actividades recreativas o de ocio.

La mayoría de los residentes entrevistados relataron que su rutina no ha sido modificada y no han notados cambios significativos en los hábitos de alimentación, baño, sueño, actividad física y/o recreativa por lo que hacen una valoración positiva que se reflejan en las siguientes narrativas:

"No… con respecto al sueño soy un ángel, duermo toda la noche y siesta también. En la comida y lo días de baño todo igual, bien" R2-66

"No, yo no tuve cambios, no lo note, yo sigo con mi rutina de siempre igual, igual. Para mí en nada nada se modificó". R3-85

"No, no noté cambios, si tengo hambre como, la comida acá es linda y variada, yo como una sola vez, otros repiten. Con respecto al sueño, después de cenar me acuesto por ahí me agarran insomnios pero eso desde siempre no ahora y no me gusta porque pienso en una cosa, de ahí paso a otra y otra, miro el reloj y son las dos, las tres, las cuatro y por ahí me duermo. Los días de baños los mismos, todo igual" R6-87

"No he notado cambios, mi cuerpo esta impecable, todo igual" R7-84

"No, yo sigo igual con respecto a la alimentación yo tengo un régimen especial por los intestinos y lo sigo al pie de la letra, me baño los tres días y duermo bien" R8-69

Con respecto a actividades físicas como recreativas y de ocio, en general los residentes entrevistados refieren haber realizado una u otra actividad propuesta desde la institución y unos pocos incorporaron nuevas actividades. Respecto de las nuevas actividades se refieren a juegos de mesa, lectura, pintura, bordado. Entre las actividades de ocio se han incrementado las videollamadas para contactarse con familiares y amigos, como así también el uso y manejo de redes sociales y entretenimientos en red, así lo manifiestan sus narrativas:

"Y en las actividades si me cambio cosas que antes no hacia estoy haciendo ahora, como bordar estoy haciendo almohadones a lo loco. Después continuo haciendo gimnasia con Bernardo el kinesiólogo tres veces por semana" R1-74

"Noto que hay días que ando bien de las piernas y días que no, camino, camino y camino acá dentro y no veo los frutos. Trabajo con el kinesiólogo a veces, ahora empezó una terapista (…) Yo uso Facebook hay un juego de básquet y entro un rato todas las noches ya fui campeón, es un juego en las redes y podes invitar a tus amigos de Facebook juego con mis nietos, mi ex consuegra y otros amigos, tengo todos los vecinos del barrio en Facebook. Ahora encontré otro juego para armar palabras, me voy metiendo, metiendo, escarbo, escarbo y siempre encuentro algo para hacer. También tengo Instagram. Yo tengo mi teléfono celular y acá tenemos WiFi, también hago videollamadas con mis hijas, mis nietos, con mi sobrina de Bs As" R2-66

"Con Antonela los jueves bordamos y los martes pintamos, yo lo que nos propone Antonela hago, yo bordo y cuando tengo que pintar pinto, cuando tengo que recortar recorto y así hago todo. Tenemos educación física, voy sí con el profesor y con el kinesiólogo. Empezó una terapista ocupacional, ya me atendió (…). Yo siempre participe de los talleres, también tejo y leo el diario, el mío y los que llegan acá me gusta leer, hablo por teléfono con los chicos, un poco de todo" R4-90

*"Voy a la sala de tareas y pinto en el taller de Antonela (…) Me gusta es nuevo para mí. Otra cosa que hago es leer, me encanta la lectura, pero tengo que cuidarme porque cuando paso dos o tres horas leyendo me duelen los ojos. Actividad física yo siempre hice, desde joven hacia gimnasia y jugaba al tenis, muchas horas de gimnasia y mucho entrenamiento al tenis hasta que me dolía la muñeca. Acá trabajo con el kinesiólogo y el profesor de gimnasia, hago todos los ejercicios también me gusta mucho"*R6-87

En cuanto a la rutina diaria se consultó a los cuidadores formales si han observado cambios en los hábitos de alimentación, baño y sueño como así también en relación a las actividades físicas y recreativas, así lo detallan:

*"En general no hubo cambios en relación a la alimentación, con respecto al baño y al sueño, en algunos pocos por ahí te das cuenta que comen menos porque están más triste otros más porque están ansiosos. En relación a las actividades, al principio no tenían ningún taller, después fueron incorporando algunas actividades, como el profesor de gimnasia, el taller de arte. Yo veo que están mucho más enganchados ahora que antes de la pandemia, y la participación es enorme, eso les ayuda a ellos a distraerse"*C1-40

"Se han notados cambios, algunos se niegan a bañarse, duermen menos y comen más, han aumentado de peso. Al principio de la pandemia se habían suspendido las actividades, ahora tienen algunas y se nota la participación" C2-40

"No en eso no me he dado cuenta, yo tengo a cargo el pabellón de mujeres, todas se bañan, comen bien, todas se levantan no se quedan en la cama. Y con respecto a las actividades sí participan en el taller de Antonela ella los lleva al SUM y si no quieren ir les deja actividades en la mesa para que pinten o hagan otra actividad, ella está muy pendiente de lo que los residentes quieren hacer. Veo que muchas mujeres participan les encanta el taller, están bordando, pintan les gusta mucho eso. Otra residente bordar no puede, entonces pinta o mira en YouTube videos que le pone Antonela según lo que ella quiera mirar. Y también hacen ejercicio físico con Bernardo y ahora va un profesor de gimnasia también" C3-53

"En general no he notado cambios, por ahí alguno no se quiere bañar un día y se lo respeta, si están nerviosos o alterados no se baña ese día y después el próximo día de baño sí. Todos los residentes se levantan por ahí uno o dos por problemas propios de su patología a la mañana no se levantan pero a la tarde sí. En relación a la comida unos pocos están comiendo más y han aumentado de peso. En relación a las actividades al principio los talleres se suspendieron después se fueron reincorporando algunos, empezó Antonela con ella pintan, dibujan, juegan al bingo al truco todo eso lo que a ellos les gusta, también está el chico de kinesiología Bernardo el lleva de a cuatros al SUM, trabajan y los trae y lleva otros cuatros, van en tanda para que no trabajen todos juntos y la tarde también dos días tiene actividad física" C4-31

Con respecto a las actividades físicas y recreativas, se consultó a la TS cómo se desarrollaron durante la cuarentena, refirió que no se realizan actividades fuera de la institución. Por ejemplo la concurrencia de una residente al Hogar de Día fue suspendida aunque mantiene un contacto semanal por videollamadas con profesionales del centro. Asimismo se dejaron de llevar adelante las salidas colectivas programadas por profesional de la institución.

En definitiva, desde el inicio de la cuarentena se suspendieron todas las actividades planificadas anualmente, recreativas, talleristas, acompañantes terapéuticos, como así también aquellos cuidadores contratados por los familiares para asistir en determinado horario a los

residentes. Sólo continúo el Kinesiólogo tres veces por semana a la mañana, a fin de estimular la movilidad de los residentes a través de diferentes actividades propuestas por el profesional.

A medida que transcurrió el tiempo y se flexibilizaban las actividades se incorporó a la Profesora de arteterapia de manera presencial, martes y jueves a la mañana, cumpliendo con el protocolo de ingreso y atención. Luego se incorporó el Profesor de gimnasia quien concurre lunes y miércoles por la tarde. La última incorporación ha sido la Terapista Ocupacional que asiste dos veces por semana por la tarde. Todas las incorporaciones se realizaron de forma paulatina y conforme a la necesidad de las personas mayores.

Se denota que se ha puesto énfasis en detectar las actitudes y sentimientos expresos de las personas mayores y por ello fueron incorporando las actividades con mayor demanda. Esto se encuentra sustentado en las recomendaciones de profesionales de la salud que indican estimular a las personas mayores para mantenerse activas físicas y mentalmente en el contexto de pandemia (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Cabe mencionarse que dos residentes mantienen comunicación con sus acompañantes terapéuticos, una lo hace a través de videollamadas y a veces comunicación telefónica y la otra recibe semanalmente actividades enviadas por su acompañante.

Asimismo otra residente que recibía una prestación de apoyo visual, en la actualidad recibe el acompañamiento de manera virtual (videollamadas).

Teniendo en cuenta las recomendaciones del Ministerio de Salud (2020) sobre el cuidado de la salud mental de los residentes en contexto de pandemia, queda manifiesto que, la institución, ha aunado esfuerzos para continuar con la rutina a la que los residentes estaban acostumbrados antes de la pandemia y han implementado alternativas varias a fin de lograr una adaptación a la nueva realidad.

Se continúa con la rutina horaria respecto de la alimentación (desayuno, almuerzo, merienda y cena), del baño y del descanso nocturno y siesta.

Los integrantes del equipo de la institución intervienen teniendo en cuenta la singularidad del residente, considerando las diferencias y reconociendo los recursos propios de cada uno para afrontar la situación actual. La situación del ASPO es vivida y atravesada de manera diferente por las personas y marcada por el contexto en el que viven. Se visualiza el arduo trabajo que se lleva adelante con la finalidad de proporcionar condiciones de vida favorables, estando pendientes de su alimentación, del descanso, de las relaciones interpersonales, de ofrecerles

espacios de recreación y terapéuticos, facilitando el contacto con su familiares y amigos por los medios virtuales. Las condiciones de vida de esos mayores y las circunstancias en las que viven determina el afrontamiento de la situación actual (Dulcey Ruiz, 2020).

El Ministerio de Salud (2020) sugirió a las RLE equilibrar las acciones del distanciamiento físico para preservar la salud de los residentes sin descuidar la salud mental y la contención social. La especialista Rozenek (2020), sostiene que si bien el distanciamiento físico es necesario como medida de protección hacia las personas mayores ello no implica distanciamiento social, distanciamiento de sus seres queridos, por lo cual se deben arbitrar y adecuar medios alternativos para mantener esos vínculos. Se vislumbra aquí el último eje de investigación dirigido a analizar las relaciones sociales de los residentes durante el confinamiento.

En líneas con el párrafo anterior, la institución a partir del ASPO, arbitró formas de comunicación alternativa entre residentes y sus familiares y/o referentes.

Consultados los profesionales en relación a la comunicación entre familiares y residentes manifestaron que las estrategias implementadas para mantener el contacto fueron las llamadas telefónicas al teléfono fijo o celular, videollamadas, la presencia en la institución a través de las rejas y algunos residentes tienen sus teléfonos celulares por lo cual pueden comunicarse con sus afectos cuando así lo consideren al igual que el resto, que independientemente de compartir un solo teléfono pueden comunicarse cuando así lo deseen. Se transcriben algunas narrativas:

"Igual que siempre se sigue usando el telefoneo de línea, pero también se ha implementado las videollamadas por celular, que es una herramienta muy extendida y que puede facilitar mucho el contacto, sin embargo esto no es aplicable a todo los casos, ya que algunos residentes con patologías neurológicas o psiquiátricas no logran entender la lógica de estos dispositivos. También se han abierto de parte de algunas familias canales informales como acercarse a la reja que cerca el edificio de la institución y allí logran un vínculo más directo, esto nos ha traído algunas complicaciones con el control de protocolos" P1

"Las familias se comunican por teléfono, por videollamadas, WhatsApp, los residentes no todos se pudieron adaptar al hecho de usar un teléfono inteligente por ello muchos seguían recibiendo llamadas al teléfono fijo, tal vez el hecho de la pantalla de poder verlos pero no tocarlos, no poder tenerlos presencialmente fue un impedimento para ellos dentro del conocimiento de la tecnología que tienen. Otra opción fue que algunos familiares se acercaban

a la puerta, ya que las rejas están cubiertas con una tela plástica transparente, para poder ver su viejo. Al momento ya está autorizado el sector para las visitas cuidadas, una alternativa más para poder ver a la familia" P4

Continuando en la indagación sobre la comunicación entre residentes y sus familias y/o referentes, se detallan las narrativas en función de los patrones interpretativos que emergen de las entrevistas realizadas a los propios residentes.

En general resulta relevante que la mayoría de las personas entrevistadas manifiestan haber incrementado la frecuencia del contacto y la calidad afectiva de sus relaciones, con sus hijos, nietos, amigos, a través de diferentes medios alternativos de comunicación como redes sociales que se suman a los ya mencionados. Se extraen algunas expresiones de los residentes:

"Desde que se suspendieron las visitas vienen a la puerta con dos metros de distancia hablamos, pero no mucho como estás y ya está chau chau, pero por lo menos los veo. Mi nieto pasa como un refusilo, las chicas también, mi hija. Viene mi hermana, mi sobrino, diez quince minutos. Por lo menos los veo, un ratito porque no puedo estar mucha parada. Con mi hija y los nietos hacemos también videollamadas, como hacemos ahora nosotras, pero no es lo mismo, pero bueno peor sería no poder verlos. Mis amigas algunas me llaman al teléfono fijo y con otras hago videollamadas. De todas las formas que tenemos yo prefiero verlos por la reja. Ellos están afuera en la vereda con barbijo y yo adentro también con barbijo. Pero a veces hace frio y yo corro riesgo no solo de agarrar el coronavirus sino un resfrió, porque estamos adentro tan calentitos, viste, pero bueno salgo un ratito con tal de verlos. El 14 de agosto fue el cumpleaños de mi nieto primero hicimos una videollamada, después me dice abuela espérame, salí con el tapaboca, ponete una chalina, abrígate que te voy a ir a saludar. Ellos están muy pendientes de mí, yo note que se preocupan mucho más todos mi hija, los nietos, mi hermana, sí sí se nota. Mi hermana está más mal ella, más preocupada, que nosotros acá" R1-74

"*Yo mantengo comunicación con mi familia a través de mi teléfono celular, llamo a las chicas o hacemos videollamadas, les mando mensajes por WhatsApp y audios, también me comunico con mi sobrina de Bs As. Las chicas vienen a traerme las cosas que necesito, el vínculo esta igual aunque un poco más pendientes, a veces no salgo a verlas porque como nos comunicamos todo el tiempo eso me alcanza, hago las videollamadas con mis nietos eso me alegra la vida, por lo menos los veo un rato y con ellos compartimos juegos en las redes. En*

Facebook y en Instagram tengo muchos amigos, todos los vecinos del barrio con ellos me comunico por ahí" R2-66

"Desde el aislamiento no volví a ver a mi familia, yo me iba a mi casa todos los fines de semana, el 20 de febrero fue la última vez que fui, volví el lunes a la mañana como siempre me trajo mi hijo, y a partir de ahí no los vi más. Mi hijo el varón por ahí me llama por videollamadas y la hija por teléfono, ellos me llaman y yo contesto. Con mi hija y la nieta creo que una sola vez hicimos videollamadas. Yo estoy acostumbrada al fijo, viste. Los chicos están pendiente de mi como siempre, no note cambio en la relación, está igual que siempre" R4-90

"Yo me comunico con mi sobrina por el teléfono de línea, a ella no la vi más, porque no puede entrar. Me manda todo lo que necesito, las cosas para la semana, como ser la gaseosa, las galletitas, los medicamentos. La relación esta igual, normal, yo no note ningún cambio con mi sobrina, no nos podemos ver pero hablamos siempre por teléfono y me pregunta que necesito, que me falta, así" R5-80

"A los chicos los veo por el teléfono, recién termino de ver a mi nieta así por videollamadas, cuando se puede, viste, otras veces mi hija la cruza y la veo por la reja, porque estamos cerca ellas viven enfrente. El día de mi cumpleaños vinieron mis hijos a saludarme por ahí, por la reja, mi hijo también viene con los hijos y bueno me pasan a saludar, nos vemos de lejos, pero igual vienen a verme. Me acuerdo triste el día de mi cumpleaños, porque los chicos me ponían mal, porque insistían mami como te podemos acompañar, que necesitas, que te podemos hacer y yo les decía nada porque acá me hacen la torta y después la compartimos, yo estoy bien, no se preocupen, y yo me preocupo más por ellos porque no quiero que se preocupen por mí porque yo estoy bien. Están muy atentos a todo, están desesperados por querer entrar y hablar como hacíamos antes así de cerca, darnos un beso, un abrazo, todo eso pero bueno no se puede, viste, hay que aguantársela hay que esperar" R8-69

En relación a las visitas cuidadas, se determinó un espacio dentro de la institución para tal fin. El espacio tiene comunicación interna, por donde se trasladan los residentes, y externa, para el ingreso de la familia. En el encuentro están separados por un nylon transparente, el lugar es cerrado, pueden sentarse y conversar, y ambas partes deben estar con barbijo. Se diagramó un protocolo para la higiene del espacio y la organización cronológica diaria para las visitas.

El lugar fue aprobado por el Municipio al igual que la autorización de las vistas cuidadas, lo cual era un requisito fundamental para la realización de las mismas.

Se realizó una prueba piloto y resultó favorable aunque los residentes manifestaron que igual no es lo mismo debido a que ellos esperan mantener contacto físico con sus personas queridas. Debido a que las visitas cuidadas responden a una medida dictada en los protocolos de PAMI (2020) y están autorizadas para realizarse en fase 5, teniendo en cuenta la situación epidemiológica local caracterizada por el avance de casos positivos de coronavirus se debió retroceder de fase por lo cual las dichas visitas debieron ser postergadas por el momento.

Resultando relevante la convivencia y las relaciones al interior de la misma, se indagó sobre las relaciones entre los residentes y con el personal, con la finalidad de conocer la percepción que ellos tienen del cotidiano vivir durante el confinamiento.

La mayoría refirieron en sus discursos que la convivencia se no ha sufrido modificaciones respecto al tiempo previo del ASPO. Se ilustra en las narrativas de algunas personas mayores:

*"Hay algunos que no deberían estar acá, tienen que estar en otra institución, por la patología que presentan siempre generando conflictos y otros están muy porfiados, ni hablar se puede. Pero bueno esto pasa ahora y antes también, nada nuevo. Con respecto al personal yo siempre digo son de fierro las chicas acá, lo que hacen ellas no sé si otras lo pueden hacer. No note cambio en la relación, a mí siempre me trataron muy bien y veo que a los demás también, yo me siento acompañado por todas desde la cocinera, la lavandera, en todo lo que uno les pide ahí están, por eso te digo son de fierro"*R2-66

*"En la convivencia no note cambios, ahora estamos más encerrados antes era más libertad porque alguno se iba con la familia y cuando volvía comentábamos algo distinto, ahora nos miramos la cara de la noche a la mañana. Yo noto que estamos todos tranquilos, seguimos la misma rutina, esperamos la hora del desayuno, la hora de la merienda, la cena. Ahora nos comunicamos más con las chicas porque ellas están permanentemente arriba de nosotros atentas a todo, entra la Dra. y empieza a preguntar a todos a ver como están, que están haciendo. Todos en general están pendientes de nosotros tanto la cocinera, las mucamas, los profesionales, todos, pero igual que antes"*R3-85

"La convivencia esta igual, se pelean de la misma manera que antes del encierro. La atención es igual que siempre pero yo noto que las chicas te dan más, que se yo, yo lo siento así me siento más querida, más cuidada y la ayuda que recibo para que la pase mejor es de todo el personal" R7-84

En cuanto a las relaciones sociales de los residentes tanto dentro como fuera de la institución se indagó a los profesionales a fin de conocer su percepción sobre esos vínculos, de sus narrativas se desprende:

*"No sé si ha cambiado mucho, me parece que se ha dejado al descubierto la dinámica que ya tenía cada relación particular, por ejemplo los familiares que en circunstancias normales están muy presentes lo siguen estando de una forma u otra y los ausentes tiene la coartada perfecta para seguir siéndolo"*P1

"En cuanto a las relaciones sociales de los residente durante la pandemia cada uno de los residentes ha respondido ante esta situación con su historia, con su forma de encarar la adversidad, con lo que ya tiene prexistente en su vida, entonces ha habido residentes que han logrado adaptarse favorablemente y otros en los que ha impactado muchísimo este aislamiento, afectando la relación con sus pares, mayor intolerancia en algunas situaciones y en otras han logrado hacer más grupos para poder sortear este momento de manera más llevadera. En cuanto a las relaciones con el afuera lo que se ve es una gran necesidad de vincularse con su familia, de encontrarse de verse y están esperando obviamente el momento de poder reencontrarse." P2

"En cuanto a las relaciones sociales han estado muy afectadas, el Hogar es de puertas abiertas, donde había vistas no solamente de las familias sino de la comunidad, y ellos han tenido que adaptarse a esta nueva situación, y tal vez en algunos casos generar relaciones con sus pares que tal vez antes no las tenían. Con algunos residentes fue positivo, mejoro la relación con sus pares, pero con otros todo lo contrario, la falta de contacto con otras personas no da otra opción a tener que relacionarse entre ellos y aparecieron tal vez otros sentimientos, otras rispideces entre ellos, por ahí alguna discusión, pelea también por el mal humor general y la mala predisposición que genera el encierro" P4

Asimismo se consultó a los cuidadores si ellos han notado algún cambio o modificación en su relación con los residentes. Se evidenció un mismo patrón de interpretación, la relación con

los residentes esta igual y han notado que la presencia familiar a continuado. De la siguiente manera lo manifiestan:

*"La relación es muy buena, muy cercana, por ahí contestan más alterados, pero la relación es igual que siempre. Con respecto a la familia note algunos familiares tranquilos, otros muy insistentes con las vistas, pero siempre presentes"*C2-40

"No note cambios la relación está igual, por ahí alguno de ellos está más nervioso porque extraña salir o la familia, otro porque está dolorido o durmieron mal, entonces por ahí te contestan mal, pero eso no afecta nuestra relación, nosotras a veces les hacemos chistes porque están muy callados para que se rían un rato pero la relación está igual. Con respecto a las familias están todo el tiempo, el fin de semana suena todo el tiempo el teléfono, llaman para saber cómo están, hay residentes que pueden mantener una comunicación telefónica entonces conversan un rato, otro tiene sus propios teléfonos celulares y se comunican con sus familia"

C4-31

Profundizando sobre las relaciones sociales y el grupo de personas que brindan contención a los residentes durante el confinamiento, la respuesta ha sido unánime. Es decir, que el colectivo de actores que componen la institución ha conformado un importante grupo de apoyo para los residentes.

De lo observado y relevado en las diferentes narrativas, no se han encontrado en la residencia personas desvinculadas, tal como lo señala Machado (2018) siempre estamos en relación por acción u omisión. Es dable destacar cómo las personas institucionalizadas han mantenido sus relaciones sociales externas sin importantes cambios. De igual manera sucedió al interior de la institución, donde los residentes han mantenido, reforzado y forjado nuevas relaciones como recurso eficaz para transitar la cuarentena. Todo ello genera un efecto positivo sobre el bienestar biopsicosocial permitiendo afrontar la situación actual de una mejor manera.

En relación al clima social institucional vivido y percibido por las personas mayores, mayoritariamente consideran no haber notado cambios en el ambiente. Se indagó sobre este indicador dada la importancia para el análisis del comportamiento de las personas estudiadas.

El ambiente se puede describir a través de tres dimensiones, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal y la estabilidad. La primera, hace referencia a las sucesivas interacciones de las personas con el ambiente, la calidad de esas relaciones que se sitúan en el pasado y que han forjado sus creencias, estilos de vida. La segunda, hace referencia

al grado en que el medio favorece el desarrollo individual de los residentes, se sitúa en el presente (autonomía, actuación, social-recreativo). La estabilidad se relaciona a la posibilidad de los residentes de opinar sobre su entorno para adaptar mejor su propia conducta (Paola, et al. 2018).

La influencia del ambiente sobre el comportamiento de los residentes explica la forma en que estos perciben el clima social, los residentes entrevistados presentaron el mismo patrón de interpretación "normal" y se representa en las siguientes narrativas:

"Para mí el clima es bueno, normal" R8-69

"Para mi normal, como siempre, no se siente distinto" R3-85

"Normal cada uno hace lo que mejor puede desde su lugar" R7-84

Teniendo en cuenta los relatos de los residentes en base a sus experiencias en el contexto de pandemia, la forma de percibir el clima social institucional, el espacio en el que residen, la convivencia, las relaciones con las personas con las que conviven y con las que están fuera de la institución, la adaptación a las normas impuestas para su cuidado y protección del virus, revela plasticidad intraindividual de los mayores, que permite la capacidad de adaptase a los cambios del medio ambiente en que viven (Zarebski, 2005; Krzemien, 2013).

En concordancia con lo mencionado, cada persona envejece de manera diferente y acorde a sus características innatas y a las adquiridas, teniendo en cuenta el momento histórico, el contexto económico y sociocultural en el que se haya desarrollado su vida y de esa forma enfrenta su vida cotidiana (Machado, 2018).

Conclusiones y propuestas

La actual situación socio sanitaria a nivel mundial debido a la pandemia por Covid-19, motivó el conocer el impacto psicosocial experimentado por las personas mayores que residen en el Hogar San José de la ciudad de Chacabuco, provincia de Buenos Aires, Argentina.

En el presente trabajo se tomó como período de estudio y análisis los primeros seis meses a partir de la declaración y vigencia del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

Se partió de analizar las repercusiones del Covid-19 en el funcionamiento institucional de la residencia seleccionada, de las observaciones y las narrativas obtenidas se puede decir que el mismo se ha modificado desde el inicio de la pandemia debido a las medidas implementadas por los protocolos sanitarios.

Esta institución, mantiene características en su dinámica de organización y funcionamiento relacionadas con la atención centrada en la persona desde el paradigma de derechos humanos de las personas mayores diferenciándose de la caracterización realizada por Goffman (2012) sobre las instituciones totales.

Con el inicio de la pandemia se modificó el funcionamiento institucional y perduró durante el transcurso del presente estudio. Los cambios experimentados se debieron a la implementación de las medidas para dar cumplimiento a los protocolos sanitarios, las que han repercutido en la vida cotidiana de todos los actores que componen la institución. Como primera medida cerraron las puertas del Hogar, siendo que la institución tiene la particular característica de ser de puertas abiertas para sus residentes, familiares, amigos y comunidad. Se suspendieron las visitas, las salidas, los talleres y se redujo el personal continuando sólo los indispensables. Se modificaron las condiciones de ingreso del personal creando un espacio para el cambio de ropa de calle por la de trabajo, desinfección de calzado y colocación de elementos de protección, higiene de manos y control de temperatura. No se permitió el ingreso de donaciones y la entrada de objetos como medicación y elementos personales para residentes cumplen con protocolos de desinfección. Ajustaron las normas de limpieza, ventilación de los ambientes e higienes de superficies. En todos los ambientes colocaron frascos de alcohol en gel para la higiene de residentes y personal. Facilitaron a través de diferentes estrategias una comunicación alternativa entre residentes familiares y amigos.

Se implementaron espacios de contención y capacitación para el personal, como así también espacios de escucha y contención para los residentes, al igual que para familiares y autoridades de la Comisión Directiva. Paulatinamente fueron incorporando diversos talleres con la finalidad de incorporar alternativas de elección de actividades para afrontar el encierro. Se puede afirmar que se han apoyado masivamente las medidas sanitarias adaptándose sin mayor dificultad.

A fin de conocer las vivencias en cuarentena de los residentes, otro eje analizado estuvo relacionado con los cambios de ánimo de los mismos durante el confinamiento. La mayoría de los residentes poseen favorables condiciones emocionales ante el aislamiento social contrariamente al imaginario social creado alrededor de éste grupo de riesgo. Aun cuando existen ciertos niveles de tristeza y ansiedad por la falta de contacto con personas queridas, responden positivamente en el afrontamiento de momentos críticos. Se pueden mencionar como recursos personales para llevar adelante el transitar de la cuarentena, la tolerancia, la paciencia, la adaptación, hacer cosas nuevas, el optimismo. Esto da cuenta de la riqueza emocional en la vejez, del conjunto de emociones positivas que utilizan como factores y procesos que permiten protegerse, sobrevivir y generar fortalezas personales, lo cual incide en su bienestar permitiendo un afrontamiento más saludable de las situaciones de crisis y de estrés. Más allá de las pérdidas biológicas, psicológicas y sociales, los niveles de bienestar se mantuvieron en contexto de pandemia.

En consonancia con lo mencionado, la mayoría de los residentes cuentan con diferentes recursos de afrontamiento debido a su singularidad y a las experiencias que han transitado, lo que su vez acentúa la disimilitud entre ellos. Sin embargo, aquellos residentes con deterioro cognitivo y/o demencia no cuentan con recursos propios para afrontar la crisis sanitaria actual. Por lo cual sus estados de ánimo han sido modificados volviéndose más irritables e intolerantes alterando su conducta y relación con los demás.

En relación a la cotidianeidad y el análisis sobre la existencia de modificaciones en la misma, se puede afirmar que no han evidenciado, los residentes, importantes cambios o alteraciones en la vida diaria como horarios y tipo de alimentación, baño y sueño. Contrariamente, ante el relevamiento de las narrativas del personal, sí se han denotado ciertas alteraciones en algunos hábitos como en la alimentación en la cual se modificó cantidad de ingesta tanto disminuida como aumentada, según la persona; en relación al baño algunos se han

negado cuando no era lo habitual en ese mayor y, finalmente respecto del sueño la mayoría descansa mayor tiempo que antes.

Se denotó que la institución ha puesto sus esfuerzos por mantener la rutina diaria y lo ha logrado aunque algunos hábitos se hayan modificado.

En cuanto a las actividades para los residentes, paulatinamente fueron incorporando aquellas dirigidas a promover el movimiento, a través de ejercicios físicos y recreativos, como así también otras de estimulación cognitiva, ambas son consideradas relevantes para mantener el bienestar. Respecto del total de la población un 70% participa de las actividades propuestas desde la institución.

Se enfatizó en actividades físicas y recreativas como hábito necesario y saludable para evitar el sedentarismo y disminuir la sensación de encierro y el estrés producido por el encierro y que tienen correlación con el mantenimiento de una buena salud psicofísica.

En relación a las relaciones sociales de los residentes durante el confinamiento, resulta imprescindible destacar que el contacto social es uno de los principales factores que se ha visto afectado con el confinamiento.

Si bien han mantenido comunicación alternativa con sus familiares y amigos a través de videollamadas, comunicaciones telefónicas, mensajes y audios de WhatsApp, presencial, a través de la reja de la institución, ningún medio alternativo logró satisfacer por completo la necesidad de los residentes de verse, tocarse, poder sentir, abrazar y besar a sus personas queridas.

Se puede afirmar que los residentes adoptaron e incluyeron nuevas actividades a su rutina administrando el tiempo diario de diferente manera dado que reemplazaron sus salidas y momentos de visitas. Han utilizado con mayor frecuencia espacio para escuchar música, leer, también han compartido parte de su tiempo en charlas, juego de cartas, o compartir, con otros residentes con quienes no habían tenido contacto antes, alguna actividad.

De todos modos, también han utilizado su tiempo en ocasiones de mantener contacto con el exterior mediante los medios de comunicación alternativos. El estar asilados no significó coartar la comunicación con amigos y familia sino llevarla a cabo de diferente modo. Mantener esa interacción con los vínculos sociales y afectivos, permite fortalecer el apoyo social favoreciendo el bienestar social y la calidad de vida de los residentes.

Tal como señala Dulcey Ruiz “somos desde principio a fin seres humanos en interacción con otros, inter-somos” (2018, p.44), como seres sociales necesitamos de esos vínculos humanos,

por ello los medios de comunicación alternativos resultan de importancia para seguir fomentando y afianzando los vínculos existentes.

Se han analizado las diferentes intervenciones realizadas por las personas a cargo del cuidado de los residentes en contexto de pandemia, y como han cumplido dentro de sus posibilidades con todas las medidas y recomendaciones aportadas en los protocolos de salud. Han asumido un compromiso en relación a la problemática abordada, han tenido en cuenta las necesidades de los residentes sabiendo que cada persona es un sujeto único, han generado espacios de escucha y contención, han facilitado información clara y precisa sobre la realidad que los atraviesa, han comunicado y explicado las normas a cumplir para el cuidado de todos, han promovido a través de los diferentes medios de comunicación lazos afectivos y sociales acercando residentes, familiares y amigos, han mantenido la rutina diaria, en relación a las comidas, los días de baño, festejo de cumpleaños, el sostenimiento de diferentes actividades, han incorporado nuevas, han acompañado a que las personas mayores puedan transformar su propia realidad, han implementado lineamientos de trabajos con foco en el sujeto centrada en la persona como sujeto de derecho, sin descuidar su círculo afectivo, y ese trabajo se vio reflejado en las narrativas de los entrevistados.

De la investigación realizada se desprende que el aislamiento por Covid-19 impacta de manera diferenciada en cada una de las personas mayores que residen en el Hogar San José y afrontar la situación actual dependerá de los recursos propios, como también, de sus relaciones sociales, de su estado de salud, del contexto y las condiciones y facilitaciones que otorga la institución para mantener la calidad de vida.

Para ello y teniendo en cuenta la suspensión de talleres presenciales debido a la emergencia sanitaria junto a la reincorporación paulatina de algunos, resulta oportuno proponer la realización de talleres virtuales en base a los intereses y necesidades de los residentes.

Esta propuesta es una forma de utilizar la virtualidad que ha ido en consonancia con lo instalado socialmente y se la puede incorporar a la vida diaria institucional. Esta iniciativa puede generar nuevos espacios con fines pedagógicos, terapéuticos y recreativos, individuales y/o grupales como grupos de lectura o escritura, cine o musicales. Las clases se dictarían de forma virtual, los interesados en participar deben contar con computadora, o teléfono celular, una casilla de e-mail y un número de contacto de WhatsApp donde recibirán semanalmente los contenidos de las clases. Las clases virtuales permiten encuentros sincrónicos y aseguran la

interacción entre docente y participantes en tiempo real. Esta posibilidad permite acercar una amplia diversidad de actividades, superando el encuentro presencial por otras formas de comunicación.

Mantener diversidad de talleres y/o readaptarlos a la modalidad virtual, en consonancia con elecciones de las personas mayores respecto de la temática, resulta oportuno como estrategia de disminución y/o prevención del estrés que puede generar la situación de aislamiento por el Covid-19.

La pandemia por coronavirus ha focalizado en las personas mayores, protagonistas involuntarias de esta crisis sin precedentes. En este marco se propone comenzar a pensar en políticas sociales que tengan como finalidad la respuesta a las distintas necesidades y realidades de las personas mayores desde el abordaje singular que implica llevar adelante un modelo centrado en la persona.

El presente estudio imprime como relevante que la falta de contacto con personas queridas y la imposibilidad de salir al exterior, son factores que impactaron directamente sobre las personas mayores institucionalizadas. Asimismo, la falta de estímulos, de actividades personalizadas, afectan directamente sobre la salud de los residentes con deterioro cognitivo y demencias incrementando sintomatologías que podrían ser muy difícil de revertir a largo plazo, sin dejar de mencionar que hay personas que llegan al final de su vida y fallecen en la soledad de la institución, es decir sin mediar contacto con sus seres queridos.

Si bien los protocolos sanitarios estuvieron destinados a ofrecer recomendaciones a fines de cuidar la salud de las personas mayores, a seis meses de aislamiento social preventivo y obligatorio, se requiere reflexionar sobre protocolos focalizados dirigidos a la realidad que se pretende abordar y cuidar. Para ello, resulta de importancia contar con la intervención de especialistas en la temática y la correspondiente evaluación del proceso vivenciado por las personas mayores institucionalizadas. Esto redundaría en forma favorable en las estrategias a implementar por el Estado.

La toma de decisiones y los efectos que ello provoca respecto del aislamiento social sobre la salud de las personas mayores institucionalizadas, obligan a rever las medidas impartidas y diseñar nuevas que permitan mantener un contacto regular con los afectos. Por supuesto que se ha de analizar en términos de costo-beneficio teniendo en cuenta que las enfermedades preexistentes se agravan y avanzan, hay presencia de retrocesos y desorientación, varios de los

mayores han fallecido, conforme a lo relevado, de tristeza, deseando y necesitando el contacto con sus seres queridos.

Pensar en protocolos que permitan garantizar seguridad, cuidando a los residentes y a sus familias, buscar lugares apropiados y abiertos en lo posible, de esta manera se conseguiría un alto beneficio y el costo puede ser controlado.

Para ello se requiere abrir espacios al diálogo, de intercambio de las experiencias vivenciadas en las instituciones, de acuerdos colectivos en pos de la presentación de proyectos que surjan de la realidad situada y con la presencia de especialistas en la materia para la implementación de políticas que redunden beneficiosas y garanticen los derechos humanos de las personas mayores en pos de una mejora en la calidad de vida.

Referencias bibliográficas

Adler, S. E. (3 de abril de 2020). *Por qué el coronavirus afecta más a los adultos mayores*. Recuperado el 15 de Julio de 2020, de www.aarp.org: https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2020/coronavirus-en-personas-mayores.html

Aiola, V. (24 de junio de 2020). *"Como Intendente habilité la Fase 5, como médico les pido que se queden en sus casas"*. Recuperado el 10 de Julio de 2020, de Chacabuco en Red. Com: https://chacabucoenred.com/como-intendente-habilite-fase-5-como-medico-les-pido-que-se-queden-en-sus-casas/

ANSES. (s.f.). *INGRESO FAMILIAR DE EMERGENCIA*. Obtenido de ANSES: https://www.anses.gob.ar/ingreso-familiar-de-emergencia

Área Municipal Adultos Mayores. (21 de mayo de 2020). *Geriátricos: la importancia de estar cerca*. Recuperado el 12 de Junio de 2020, de Municipalidad de Chacabuco: https://chacabuco.gob.ar/category/adultos-mayores/

Arias, C., & Sabatini, M. B. (2015). *Mirando la vejez.* Mar del Plata: EUDEM.

Beristain, M. C. (2010). *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigacion de derechos humanos.* Bilbao.

Boletín Integrado de Vigilancia. (25 de abril de 2020). *Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas*. Obtenido de Argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_493_se15.pdf

Boletín Oficial de la República Argentina. (19 de marzo de 2020). *Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio*. Recuperado el 3 de Junio de 2020, de Boletín Oficial de la República Argentina: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320

Boletín Oficial de la República Argentina. (7 de junio de 2020). *Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio*. Recuperado el 4 de Julio de 2020, de Boletín Oficial de la República Argentina: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230245/20200608

Boletín Oficial de la República Argentina. (12 de marzo de 2020). *Emergencia Sanitaria*. Recuperado el 2 de Junio de 2020, de Boletín Oficial de la República Argentina: https://www.boletinoficial.gob.ar/suplementos/2020031201NS.pdf

Cabero, L. A. (2015). *Experiencias convivenciales entre adultos mayores autónomos y con demencias en una institución de larga estadía. Un estudio de caso.* Mar del Plata.

Cabero, L. A. (2019). *Calidad de vida en el curso de la vida: una mirada gerontológica.* Universidad de Concepcion (Chile). Chile: Revista Electronica de Trabajo Social.

CEPAL. (2020). *America Latina y el Caribe.*

Chacabuco en Red. (11 de julio de 2020). *La provincia puso a Chacabuco en fase 4 y Rawson en fase 3*. Recuperado el 13 de Julio de 2020, de Chacabuco en Red.Com - Diario Multimedia: https://chacabucoenred.com/la-provincia-puso-a-chacabuco-en-fase-4-y-rawson-en-fase-3/

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2015). *oas.org*. Obtenido de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Cordero, L., Cabanillas, S., & Lerchundi, G. (2003). *Trabajo Social con adultos mayores.* Buenos Aires: Espacio Editorial.

Costa, J. M. (7 de marzo de 2020). *Confirman el primer muerto por coronavirus en la Argentina: un hombre de 64 años que estuvo en Francia*. Recuperado el 3 de Julio de 2020, de La Nación: https://www.lanacion.com.ar/sociedad/confirman-primer-muerto-coronavirus-argentina-hombre-63-nid2341027

Danel, P. M. (2018). Transitando las Residencias de Larga Estadia desde la producción de cuidados progresivos de atención. En J. P. Paola, P. M. Danel, C. Ramos Feijóo, & E. Machado, *La intervencion de Trabajo Social en las residencias de larga estadía* (pág. 217). Buenos Aires: Espacio Editorial.

De Leonardis, M. P. (2016). *Algunas cifras sobre el envejecimiento poblacional*. Recuperado el 30 de Julio de 2020, de buenosaires.gov.ar: https://www.buenosaires.gob.ar/massimple/algunas-cifras-sobre-el-envejecimiento-poblacional#:~:text=La%20Rep%C3%BAblica%20Argentina%20se%20encuentra,tendr%C3%A1%2065%20a%C3%B1os%20y%20m%C3%A1s.

De los Reyes, M. C. (2007). *Familia y geriátricos. La relatividad del abandono.* Buenos Aires: Espacio Editorial.

DECNU 297/20. (19 de marzo de 2020). *AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO*. Obtenido de boletínoficial.gob.ar: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320

Decreto 166/20. (13 de marzo de 2020). *Resolución Nº166/20*. Obtenido de Municipalidad de Chacabuco: https://chacabuco.gob.ar/decreto-166-suspendase-todo-acto-reunion-o-acontecimiento-de-caracter-eventual-mayor-a-doscientos-asistentes/

Decreto 332/20. (1 de abril de 2020). *PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA AL TRABAJO Y LA PRODUCCIÓN*. Recuperado el 12 de Junio de 2020, de Boletín Oficial de la República Argentina: https://www.boletinoficial.gob.ar/suplementos/2020040101NS.pdf

Decreto 520. (7 de junio de 2020). *DISTANCIAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO.* Recuperado el 10 de Julio de 2020, de Boletín Oficial de la República Argentina: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230245/20200608

Direccion de Salud. (2020). *Situación local de salud-Analisis epidemiológico y estadístico.* Chacabuco.

Dulcey Ruiz, E. (2018). La perspectiva del transcurso de la vida: una mirada biográfica y contextual. En E. Dlucey Ruiz, C. J. Peralez Quenaza, & R. Posada Gilede, *Envejecmiento del nacer al morir.* Colombia: Siglo del Hombre Editores. CEPSIGER-Envejemciento y y trasncurso de la vida. Fundación-Christel-Wasiek, Pro personas Mayores en el Mundo.

Dulcey Ruiz, E. (2020). *Vivir la vejez en tiempos de pandemia y confinamiento*. Recuperado el 8 de agosto de 2020, de Cespsiger: https://cepsiger.org/vivir-la-vejez-en-tiempos-de-pandemia-y-confinamiento/

Dulcey Ruiz, E., Perales Quenaza, C. J., & Posada Gilede, R. (2018). *Envejecimiento Del nacer al morir.* Siglo del Hombre Editores. Fundacion-Christel-Wasiek. CEPSIGER.

Fitz Patrick, M., & Crucianelli, S. (14 de Junio de 2020). *Coronavirus en Argentina: ¿cuánto se presupuestó y ya se gastó en la lucha contra la pandemia?* Recuperado el 3 de Junio de 2020, de Infobae: https://www.infobae.com/politica/2020/06/14/coronavirus-en-argentina-cuanto-se-presupuesto-y-ya-se-gasto-en-la-lucha-contra-la-pandemia/

Garrido, J. M. (1 de Mayo de 2020). *Emociones: ¿qué son? ¿cuántas hay? ¿cómo determinan nuestra conducta?* Recuperado el 23 de octubre de 2020, de Psicopedia.com: https://psicopedia.org/1369/emociones-que-son-cuantas-hay-como-determinan-nuestra-conducta/

Garrido, N. (Octubre de 2017). *EL Método de James Spradley en la investigación cualitativa*. Recuperado el 26 de Octubre de 2020, de www.scielo.edu.uy: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-

66062017000200037#:~:text=La%20estrategia%20de%20Spradley%20fue,en%20un%20instrumento%20de%20investigaci%C3%B3n.

Gastaldi, I. (6 de Julio de 2020). *#Parte Diario | Un caso positivo*. Obtenido de ChacabucoEnRed.Com: https://chacabucoenred.com/parte-diario-un-caso-positivo/

Ghebreyesus, T. A. (12 de marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. Recuperado el 3 de Junio de 2020, de Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226

Goffman, E. (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermeos mentales* (2° edicion- 2° reimpresion ed.). Buenos Aires: Amorrortu editores S.A.

Gómez Morales, M. (2014). *El poceso de institucionalización en la tercera edad.* Trabajo de Fin de Grado, Universidad Internacional de La Rioja, Córdoba.

Gómez, S. (22 de abril de 2020). *El avance de la pandemia. geriatricos en riesgo: qué medidas se aplican para evitar contagios de coronavirus y no repetir el drama que golpeó a Europa*. Recuperado el 3 de agosto de 2020, de www.clarín.com: https://www.clarin.com/ciudades/geriatricos-riesgo-protocolo-aplica-evitar-contagios-coronavirus-residencia-belgrano_0__qo868b8j.html

González García, G. M. (3 de marzo de 2020). *Salud confirma el primer caso de coronavirus en el país*. Recuperado el 3 de Julio de 2020, de Argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). Metodología de la Investigación. Mexico: Mc GRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A DE C.V.

Hernandez-Sampieri, R. (2018). *Metodologia de la investigacion: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES. S.A. de C. V.

Hospital Universitario Angers. (3 de Abril de 2020). *Telefonía o videofonía para ancianos aislados en Maine-et-Loire 49 durante COVID-19 (TOVID-49)*. Recuperado el 14 de Mayo de 2020, de ClinicalTrials.gov: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04333849

Huenchuan, S. (Mayo de 2020). *El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID_19*. (CEPAL, Editor) Recuperado el 20 de Agosto de

2020, de CEPAL: https://www.cepal.org/es/publicaciones/45493-derecho-la-vida-la-salud-personas-mayores-marco-la-pandemia-covid-19.

Iacub, R. (6 de Junio de 2020). *Coronavirus: "Los viejos resisten mejor a las malas situaciones"*. Obtenido de Página 12: https://www.pagina12.com.ar/270570-coronavirus-los-viejos-resisten-mejor-a-las-malas-situacione

Koce, K. (6 de Abril de 2020). *Telerrehabilitación en personas mayores de 65 años con aislamiento social debido al coronavirus (Covid-19)*. Recuperado el 14 de Mayo de 2020, de ClinicalTrials.gov.

Krzemien, D. (2008). *PARADIGMA DEL CURSO VITAL*. Mar del Plata.

Krzemien, D. (2013). *El campo multidisciplinario de la Gerontología. Debate actual sobre demografía, desarrollo social e investigación del envejecimiento.* Saarbucken: Editorial Académica Española.

Losada-Baltar, A. (13 de Abril de 2020). *"Nos quedamos en casa". Asociación de las autopercepciones del envejecimiento, los recursos personales y familiares y la soledad con la angustia psicológica durante el período de bloqueo de COVID-19*. Recuperado el 14 de Mayo de 2020, de The Gerontological: https://academic.oup.com/psychsocgerontology/advance-article/doi/10.1093/geronb/gbaa048/5819592

Machado, E. (2018). La práctica profesional del Trabajo Social en las Residencias de Larga Estadía. En J. P. Paola, P. M. Danel, C. Ramos Feijóo, & E. Machado, *La intervencion del Trabajo Social en las Residencias de Larga Estadía* (pág. 217). Buenos Aires: Esapcio Editorial.

Martinez, T. (2013). *Atencion centrada en la persona*. Recuperado el 29 de Octubre de 2020, de www.acpgerontologia.com: http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/laautonomia.htm.

Martino, H. (diciembre de 2018). *Plan Estratégico Urbano Territorial Chacabuco*. Recuperado el 30 de Julio de 2020, de SEDICI: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/87238

Ministerio de Salud. (25 de julio de 2020). *Boletín Epidemiólogico*. Recuperado el 3 de Agosto de 2020, de ms.gob.ar: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/07/Bolet%C3%ADn-EPI-30.pdf

Ministerio de Salud. (12 de septiembre de 2020). *Boletin Integrado de Vigilancia*. Recuperado el 16 de septiembre de 2020, de argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_514_se_38.pdf

Ministerio de Salud. (21 de mayo de 2020). *Covid-19. Recomendaciones para la prevención y abordaje en residencias para personas mayores y plan de contingencia*. Recuperado el 12 de Junio de 2020, de Ministerio de Salud: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001853cnt-covid19-prevencion-y-abordaje-en-residencias-para-personas-mayores-y-plan-de-contingencia.pdf

Ministerio de Salud. (2020). *Fases de administración del aislamiento.* Obtenido de Argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento/fases

Ministerio de Salud. (2020). *Mayores de 60 años, embarazadas y personas con patologías crónicas*. Recuperado el 11 de Junio de 2020, de Argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/poblacion/mayores

Ministerio de Salud. (2020). *Medidas de prevención para el coronavirus y otras enfermedades respiratorias*. Recuperado el 14 de Julio de 2020, de Argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/poblacion/prevencion

Ministerio de Salud de la Nación. (7 de Julio de 2020). *Covid-19. Recomendaciones para el cuidado y atención de la salud/salud mental de las personas mayorees en el marco de la pandemia*. Recuperado el 15 de septiembre de 2020, de www.msal.gob.ar: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000002030cnt-covid-19-recomendaciones-salud-mental-personas-mayores.pdf

OEA. (15 de Junio de 2015). *Convencion Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores*. Obtenido de Organización de los Estados Americanos: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

OMS. (2015). *Informe Munidal sobre el Envejecimiento y la Salud.* Luxemburgo: Ediciones de la OMS.

OMS. (5 de febrero de 2018). *Envejecimiento y salud*. Recuperado el 29 de Julio de 2020, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

Organización Paramericana de la Salud. (14 de febrero de 2020). *Nuevo coronavirus (COVID-19) - Actualización Epidemiológica*. Obtenido de paho.org: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15725:14-february-2020-novel-coronavirus-ncov-epidemiological-update&Itemid=42346&lang=es

PAMI. (18 de mayo de 2020). *Plan de Contingencia en el marco de la pandemia por Covid-19.* Buenos Aires. Obtenido de www.pami.org.ar.

Paola , J., Samter, N., & Manes, R. (2011). *Trabajo Social en el campo gerontológico.* Buenos Aires: Espacio Editorial.

Paola, J. P. (2018). ¿Las Residencias de Larga Estadía tienen futuro en la línea de la defensa de los Derechos Humanos? En J. P. Paola, P. M. Danel, C. Ramos Feijóo, & E. Machado, *la intervencion del Trabajo Social en las Residencias de Larga Estadia* (pág. 2017). Buenos Aires: Espacio Editorial.

Paola, J. P., Danel, P. M., Ramos Feijóo, C., & Machado, E. (2018). *La intervencion del Trabajo Social en las Residencias de Larga Estadía.* Buenos Aires: Espacio Editorial.

Perrrino, J. L. (26 de junio de 2020). *100 días de cuarentena: cómo fue cada una de las etapas*. Recuperado el 10 de Julio de 2020, de Ambito Financiero: https://www.ambito.com/informacion-general/aislamiento/100-dias-cuarentena-como-fue-cada-una-las-etapas-n5101244

Ramos Feijóo, C. (2018). Aportes del Trabajo Social desde la prespectiva española. Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP). En J. P. Paola, P. M. Danel, C. Ramos Feijóo, & E. Machado, *La intervención de Trabajo Social en las residencias de larga estadía* (pág. 217). Buenos Aires: Espacio Editorial.

Rozenek, M. (30 de marzo de 2020). *COVID-19: Recomendaciones para el cuidado de la salud en adultos mayores*. Recuperado el 5 de Junio de 2020, de argentina.gob. ar: https://www.argentina.gob.ar/noticias/covid-19-recomendaciones-para-el-cuidado-de-la-salud-en-adultos-mayores

Secretaria de Salud. (2020). *Plan operativo de control COVID-19 en residencias de personas mayores.* Chacabuco.

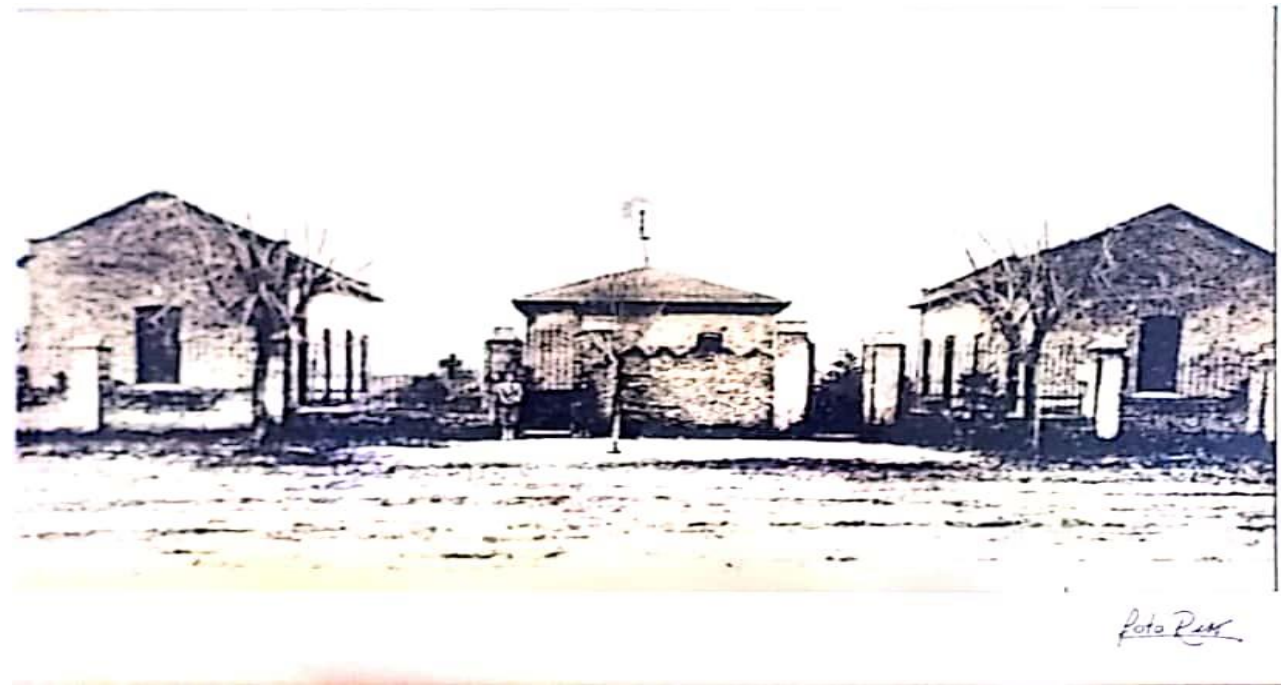
Stake, R. E. (1999). *Investigacion con estudios de casos*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2020, de https://imas2011.files.wordpress.com/2011/06/stake11-24.pdf: https://imas2011.files.wordpress.com/2011/06/stake11-24.pd

Tartaglione, J. (20 de marzo de 2020). *Coronavirus: ¿por qué afecta más a adultos mayores y personas cardíacas?* Recuperado el 15 de Julio de 2020, de www.telam.com.ar: https://www.telam.com.ar/notas/202003/442890-coronavirus-afecta-adultos-mayores-cardiacos.html

Zarebski, G. (2011). *La Teoría del Curso de la Vida y la Psicogerontología actual: frutos simultáneos de un mismo árbol.* Bs As: Encuentro Grupo Editor.

Apéndice

a) **Hogar San José**



CS Escaneado con CamScanner

b) Consentimiento Informado

Mediante la presente se invita a Ud. a participar de un estudio de investigación para el Trabajo Final, del Postgrado *Especialización en Gerontología* de la Universidad Nacional de Mar del Plata dependiente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

El propósito del estudio radica en conocer las implicancias psicosociales del aislamiento por Covid-19 en las personas mayores que viven en ésta Residencia.

Se informa que la Directora de esta Investigación es la Dra. Laura Adriana Cabero (laucabero@hotmail.com) y la Investigadora es la Lic. María Paula Irusta (irustamaria@hotmail.com) quienes ante cualquier consulta se encuentran a su disposición.

La participación es totalmente voluntaria y Ud. puede revocar este consentimiento informado en cualquier momento.

Participar, implica mantener una entrevista con la investigadora, la cual se realizará a través de una video llamada debido al contexto actual de distanciamiento y cuarentena dispuesta por el ejecutivo nacional.

Se solicita permiso para trabajar con los datos por Ud. aportados en esas entrevistas, y se le garantiza que toda la información se estudiará con absoluta reserva y en forma anónima respecto a los datos personales que brinde.

Declaro que he leído y entiendo el contenido de la presente y acepto participar en este trabajo de investigación.-

Colaborador de la información

Firma:……. **Fecha:…….**

c) Entrevistas semiestructuradas

Entrevista Residentes

Iniciales de su nombre:…….Edad:……Sexo:……Estado civil:…….

Grupo familiar (conyugue, hijos, sobrinos, referente……

Nivel de instrucción:……Oficio u profesión:……..

Diagnóstico:…….

1. ¿En qué fecha ingresó en la Institución?
2. ¿Ah notado algún cambio en la Institución desde mediados de marzo hasta la fecha? En caso de responder afirmativamente ¿Cómo puede describir esos cambios?
3. ¿Qué conoce sobre Covid-19? ¿Esa información quien se la otorgó (profesionales, cuidadores, familiares) o la obtuvo por sus propios medios (Tv, radio, Internet)? ¿Considera que esa información es clara y suficiente? Por ejemplo, forma de contagio, prevención del mismo
4. Qué opina sobre las normas prescriptas por el gobierno actual sobre el ASPO y particularmente sobre las medidas para las personas mayores. ¿Desde el inicio del ASPO, ha salido en algún momento de la Institución? En caso de salir ¿Hay normas que Ud. debe cumplir?
5. ¿Qué medidas ha tomado la Institución para cuidar su salud y protegerlo del Covid-19? ¿Ha formado parte de las decisiones que se han tomado para su cuidado?
6. ¿Cómo se ha sentido Ud. emocionalmente durante este tiempo de aislamiento social? ¿Notó cambios en sus estados de ánimo? En caso de responder afirmativamente ¿Podría identificarlos o definirlos?
7. En relación a su rutina diaria, ¿Ha notado alteraciones o modificaciones en hábitos como, el sueño-baño- alimentación, durante la cuarentena? En caso de responder afirmativamente, ¿Podría describirlo?
8. Con respecto a la actividad física y/o actividades recreativas, ¿Cómo ha sido su nivel de participación en esas actividades? ¿Supo mantener alguna actividad fuera de la Institución? ¿Actualmente realiza otro tipo de actividades?
9. En cuanto sus relaciones sociales y debido a la suspensión de visitas, ¿Cómo ha logrado mantener comunicación con sus familiares y/o referentes durante este tiempo de

aislamiento social? ¿A través de qué medios puedo comunicarse? ¿Cuál es el de su preferencia, y por qué?

10. ¿Se ha sentido acompañado por su familia durante este tiempo de aislamiento? En relación a ello, ¿Ah notado algún cambio respecto al apoyo recibido antes de la pandemia, durante y/o actualmente? Puede contar como es ese cambio en caso de haberse realizado.

11. ¿Cómo puede describir la convivencia con sus pares durante este período de aislamiento social? ¿Cómo percibió Ud. a los demás (residentes), en cuanto a las actitudes, sentimientos que han tenido durante la cuarentena?

12. ¿Qué palabra/s le pondría al clima vivido durante el aislamiento social dentro de la Institución?

13. ¿Cómo describiría la atención recibida por parte de la Institución (autoridades-cuidadores-profesionales)? ¿Se ha sentido contenido, apoyado, acompañado, informado por parte del personal (cuidadores-profesionales) de la Institución durante este tiempo?

14. ¿Cuál es su mayor preocupación en este contexto? ¿Qué es lo que más extraña?

15. ¿Cuál cree que es o fue, su principal dificultad para afrontar esta cuarentena? ¿Puede mencionar alguna fortaleza personal para afrontarla?

Entrevista cuidadores formales

Función que desempeña:……....Turno de trabajo:…….

Antigüedad en la Institución:……..……..… En la función:…...…….…..

Edad:……..Formación geriátrica o gerontológica:…….…….

1- ¿Qué medidas ha implementado la Institución a partir del ASPO?

2- ¿Qué modificaciones ha tenido para el desempeño de su tarea la implementación de las medidas mencionadas?

3- A partir del cumplimiento del ASPO ¿Ha observado en los residentes, cambios en sus estados de ánimo? En caso de responder afirmativamente, ¿Podría identificar y definir los estados de ánimo más frecuentes en esta población?

4- ¿Cuáles han sido los sentimientos más frecuentes expresados por los residentes?

5- En cuanto a la rutina diaria ¿Qué cambios en el comportamiento de los residentes que asiste (en hábitos como el sueño, la higiene personal, la alimentación) ha observado desde el inicio del aislamiento hasta la actualidad? ¿Podría describir alguna situación que ha llamado su atención?

6- En cuanto a actividades físicas y recreativas ¿Qué alteraciones o cambios ha observado en la participación de los residentes?

7- ¿Qué tan cercano se siente Ud. a los residentes? ¿Podría expresar si observó alguna modificación en esa relación desde el inicio del aislamiento social?

8- ¿Qué ha podido observar en este contexto sobre el comportamiento de las familias o referentes de los residentes?

9- Desde su consideración, ¿Qué fue lo que más afectó a los residentes en el cumplimiento del ASPO?

10- ¿Cómo se siente Ud. frente a esta situación sanitaria en relación a su función dentro de la Institución? ¿Cuál es su mayor preocupación?

Equipo Profesional

Función que desempeña:……

Antigüedad en la Institución:…….

1- Teniendo en cuenta el contexto actual, ¿El rol que Ud. desempeña en la Institución, lo realiza virtualmente o presencialmente? en caso de este último, ¿Qué modificaciones de frecuencia ha tenido?

2- Las personas mayores son consideradas uno de los grupos más vulnerables ante el Covid-19, por lo cual se adoptaron diferentes medidas para protegerlos, como la disposición del ASPO. ¿Qué opinión le merece esta medida y cómo cree que impacta sobre las personas mayores que residen en este Hogar?

3- En cuanto a las relaciones sociales de los residentes ¿Qué cambios ha podido observar en esos vínculos durante este tiempo de cuarentena dentro de la Institución como fuera de ella?

4- En este marco de aislamiento social, desde su opinión ¿Por quienes está conformado el grupo de personas que brindan contención a los residentes?

5- En relación a la comunicación con las familias/ referentes ¿Qué estrategias se han implementado para mantener el contacto?

6- A partir del cumplimiento del ASPO ¿Han observado en los residentes cambios en sus estados de ánimo?

7- ¿Los residentes hablan de sus emociones? ¿Cuáles han sido los sentimientos más frecuentes expresados por ellos?

8- En relación al comportamiento de los residentes ¿Ha notado cambios en la conducta de los mismos en su vida cotidiana? ¿Cuáles podría mencionar?

9- ¿Cuál cree Ud. que fue/es la mayor dificultad, en los residentes, para afrontar esta medida?

10- ¿Cómo se siente Ud. frente a esta situación sanitaria en relación a su función dentro de la Institución? ¿Cuál es su mayor preocupación?

Referente Institucional

Función que desempeña:……..

Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución:……

1- ¿Qué cantidad de personas mayores residen actualmente en la institución? Podría describir características generales de esa población.

2- ¿Cómo está conformado el personal de la institución y que funciones tienen los mismos?

3- ¿Cuál fue el mayor impacto sobre el habitual funcionamiento institucional a partir del ASPO?

4- ¿Cómo ha cambiado la rutina institucional a partir de la pandemia? ¿Cuáles son las medidas específica que se llevaron a cabo en la institución para cuidar la salud y preservar la vida de los residentes?

5- ¿Cómo es la actual situación epidemiológica de la población que vive y trabaja en la institución?

6- ¿Han activado el protocolo de derivación ante la presencia de un caso sospechoso? En caso de responder afirmativamente ¿Podría describir como se desarrolló el proceso y cuál es la situación actual?

7- Frente a la presente situación ¿Qué estrategias han implementado los profesionales, para acompañar y contener a los trabajadores de la institución?

8- En relación a los residentes ¿Qué nuevas estrategias y/o espacios se han generado para brindar información, contención, atender las demandas de los residentes, sus preocupaciones, sentimientos, inquietudes? ¿Cómo y por quienes se han desarrollado esos espacios?

9- ¿Cuáles han sido los sentimientos más frecuentes expresados por los residentes?

10- En cuanto a las relaciones sociales ¿De qué manera articularon la comunicación alternativa entre los residentes y sus familiares/referentes?

11- Con respecto a las actividades recreativas y terapéuticas (intra y/o extra-institucional) ¿Cómo las están llevando a cabo?

12- ¿Cómo se siente Ud. frente a esta situación sanitaria en relación a su función dentro de la Institución? ¿Cuál es su mayor preocupación?