

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Estrategias de abordaje e intervención implementadas
por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO
(Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO
(Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en
contexto de pandemia por COVID-19.*

Autora: Ivana Melisa Fuchineco

Directora: Lic. Graciela González

Paraná, 15 de junio de 2023



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Compartirigual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



Trabajo Integrador Final de Licenciatura en Psicología

Modalidad: Investigación de Campo

**“Estrategias de abordaje e intervención
implementadas por instituciones geriátricas ante
las medidas de ASPO (Aislamiento social,
preventivo y obligatorio) y DISPO
(Distanciamiento social, preventivo y obligatorio)
en contexto de pandemia por COVID-19”**

Fuchineco, Ivana Melisa. DNI: 39.840.808

Celular: (03456) 15444806

E-mail: melifuchineco@gmail.com

Directora: Psicopedagoga y Lic. en Psicología González, Graciela.
DNI: 13.631.816

Junio de 2023

Paraná, Entre Ríos

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Dedicatorias

A mi mamá, que nunca dudó de mí.

A mi papá y hermano, pilares fundamentales en mi vida.

A mis amigos, a los que estuvieron cerca y a los que estuvieron a la distancia, que siempre supieron sostenerme.

A todas las personas mayores, apostando con el presente trabajo a los buenos tratos hacia ellos, a que se los reconozca, se los respete y no se vulneren sus derechos.

Agradecimientos

A mi familia, por darme la posibilidad de estudiar, esperarme y estar siempre.

A Graciela por acompañarme, enseñarme y ser mi guía para investigar y lograr escribir este trabajo.

A los Hogares “San José” y “San Vicente de Paul”, por abrirme sus puertas y permitirme realizar este trabajo. A su personal, por la buena predisposición y confianza al compartir conmigo sus experiencias.

A mi Universidad Pública, UADER, por formarme y posibilitarme el “pensar distinto”.

ÍNDICE

Páginas Preliminares

Dedicatorias	1
Agradecimientos	2
Índice	3
Resumen	5

PRIMERA PARTE

Capítulo I: Descripción y justificación de la problemática	6
Introducción	7
Objetivos de la investigación.	10
Estado de debate.....	11
Supuestos de investigación.....	14

SEGUNDA PARTE

Capítulo II: Perspectiva teórica	15
Psicogerontología.....	16
Vejez	18
Institución e Instituciones Geriátricas	19
Viejo institucionalizado.....	20
Intervención y Estrategias	21
Derechos humanos de las personas mayores.....	23
Pandemia	24
Capítulo III: Diseño metodológico	25
Tipo de diseño	26
Selección del contexto.....	26

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Unidad de análisis	27
Unidad de información.....	27
Tipo de muestra.....	27
Técnicas de recolección y análisis de la información	27

TERCERA PARTE

Capítulo IV: Análisis de los datos e interpretación	29
Contexto de la ciudad de Paraná, Entre Ríos y las instituciones geriátricas durante la pandemia	30
Contexto Institucional: Hogares “San José” y “San Vicente de Paul” de la ciudad de Paraná.....	32
Estrategias de abordaje e intervenciones tomadas por parte de las instituciones de personas mayores...	37
Recomendaciones del Comité de Organización de Emergencia en Salud (COES) y Ministerio de Salud de Entre Ríos durante la pandemia por Covid-19	42
Derechos de las Personas Mayores en contexto de Pandemia	48
Conclusiones.....	54
Bibliografía.....	59
Anexo	62
Entrevistas	62
Fotos tomadas de los Hogares	98

Resumen

En la presente investigación se pretende describir y analizar las estrategias de abordaje e intervenciones implementadas por dos instituciones geriátricas de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) por contexto de pandemia de COVID-19.

La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2, donde los síntomas más habituales son fiebre, tos seca y cansancio, además se puede presentar la pérdida del olfato y gusto, dolores musculares, de garganta y cabeza, etc. Mas allá de que cualquier persona, a cualquier edad puede enfermar de COVID-19, las personas mayores de 60 años y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, obesidad o cáncer, corren un mayor riesgo de presentar cuadros graves

Las medidas de ASPO y DISPO, en Argentina, se implementaron en marzo del año 2020 y en las instituciones geriátricas, también, se suspendieron las salidas y las visitas familiares, volviéndose a habilitar recién en el año 2021. Es así como las personas mayores estuvieron más de un año sin poder recibir visitas familiares. Además, siendo parte de los discursos que giraban en los medios de comunicación masiva, haciendo hincapié en adjetivos negativos hacia las personas mayores y en que, las instituciones geriátricas eran los lugares donde se producía el mayor grado de mortalidad, siendo los más proclives a contraer la enfermedad. Estos datos nos llevaron a interrogarnos acerca de cómo abordaron las instituciones geriátricas de Paraná este nuevo contexto de pandemia.

Esta investigación fue abordada desde una lógica cualitativa, incluyendo datos descriptivos y el relato de profesionales que ejercen en las instituciones geriátricas, los cuales forman parte de la unidad de análisis. Las herramientas utilizadas para la recolección de la información fueron entrevistas semiestructuradas y la observación participante.

Palabras claves: Vejez, Institución, Pandemia, Intervención y Estrategias.

PRIMERA PARTE

Capítulo I: Descripción y justificación de la problemática

Introducción

Nuestra investigación, estuvo dirigida a describir las distintas estrategias de abordaje e intervenciones que fueron tomando dos instituciones geriátricas de la ciudad de Paraná, Entre Ríos ante la nueva enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, conocida como COVID-19.

Esta enfermedad produce síntomas como tos seca, fiebre, pérdida de olfato y gusto, dolores musculares, de garganta y cabeza, etc. Cualquier persona, sin importar la edad, puede enfermar de COVID-19, pero los mayores de 60 años y los que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, obesidad o cáncer, pueden llegar a presentar cuadros más graves.

A nivel nacional los decretos implementados fueron el ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) decreto 297/2020, entrando en vigor el 20 de marzo del 2020 y teniendo como fin general proteger la salud pública de las personas estableciendo que las mismas no podían salir de sus domicilios, debiendo abstenerse a concurrir a sus lugares de trabajo y desplazarse en lugares públicos, entre otros. Posteriormente, en noviembre del mismo año mediante el decreto 297/2020 se implementó la medida de DISPO (distanciamiento social, preventivo y obligatorio) permitiendo la libre circulación de los ciudadanos, siempre y cuando respetaran las medidas sanitarias y protocolos correspondientes.

Cabe destacar que el Ministerio de Salud de Entre Ríos permitió las visitas a los hospitales geriátricos; residencias de larga estadía (geriátricas y gerontológicas y hogares para personas con discapacidad) recién en agosto del año 2021, donde las mismas debían gestionarse con turno y su duración sería de 30 minutos como máximo. Es decir que las personas mayores de dichas instituciones estuvieron más de un año sin poder recibir visitas presenciales, como eran normalmente antes de esta pandemia, así como tampoco poder salir a realizar actividades de ocio o que impliquen su bienestar físico y/o mental.

Consideramos que estas medidas han cambiado muchas situaciones de nuestra vida cotidiana: afectando nuestra manera de vivir, el ocio, hacer deporte, trabajar o relacionarse, teniendo que recurrir a la virtualidad y quedando este como único medio de relación con el otro.

Si bien hubo decretos a nivel nacional, los cuales debían respetarse y que afectaron la cotidianidad del funcionamiento de las instituciones geriátricas, consideramos que particularmente cada una de ellas debió afrontar este contexto de pandemia y tomar sus propias medidas al respecto, teniendo en cuenta las características institucionales de cada una.

Creemos, coincidiendo con Salvarezza (1988) que la vejez resulta un proceso complejo no solo para las personas que la atraviesan, sino también para los profesionales que, desde sus roles, la enfrentan diariamente. Puesto que trabajan con personas singulares, con una historia particular y que se encuentran en un contexto determinado, en este caso con aquellas que se encuentran en instituciones geriátricas, donde hay una necesidad de asistencia y atención constante. El grado de conflicto que este proceso pueda llegar a significar, está relacionado con la historia personal de cada uno y el modo en que ha ido construyendo sus ideas, fantasías y experiencias sobre la vejez y sobre cuál es el mejor modo de comportarse frente a ella.

Con estos datos fuimos respondiendo a los interrogantes que se nos presentaron sobre cómo afrontaron estas instituciones las dificultades que fueron atravesando en este contexto particular de pandemia, teniendo en cuenta a los profesionales que trabajan en las mismas y a las actividades que estos llevan a cabo, así como también la cantidad de residentes que hay en cada institución.

Algunas de nuestras preguntas frente a la temática han sido: ¿cuáles fueron las estrategias de abordaje e intervenciones que implementaron los profesionales de las instituciones geriátricas? ¿Cuáles fueron las medidas tomadas en una primera instancia? ¿Contaban con las herramientas necesarias para enfrentar esta nueva situación? ¿Cuáles fueron los cambios más relevantes que se hicieron? ¿Hubo implementación de herramientas tecnológicas como medio de comunicación? ¿Cómo fue la adaptación y recibimiento de estas por parte de las personas mayores? Hemos buscado indagar y repreguntar sobre los interrogantes al personal de las instituciones geriátricas, las cuales fueron nuestra unidad de análisis.

Consideramos que la relevancia de este estudio para el campo académico y ámbito disciplinar recae en lograr futuras reflexiones sobre lo que significó la pandemia por COVID-19 para las personas mayores y para las instituciones geriátricas de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Dónde encontraron mayor contención y qué estrategias de abordaje e intervenciones fueron tomando los profesionales y/o cuidadores para sobrellevar esta situación sanitaria.

Como menciona Paula Hintermeister (2018) es de suma importancia que quienes estemos en el campo de la psicogerontología y la salud mental busquemos información y diferentes alternativas para gestionar intervenciones que proporcionen bienestar a las personas mayores de hoy, y los que lo seremos mañana. Así como también, señala la necesidad de seguir trabajando en el ámbito académico sobre un modelo de vejez basado en un enfoque integrador y complejo, donde se promueva la salud mental y donde se generen nuevos espacios que permitan fortalecer la capacidad de empoderamiento de las personas mayores, enmarcados desde el campo de la psicogerontología, el cual se posiciona en un paradigma de derechos.

Por estos motivos, en dicha investigación coincidimos con la autora mencionada anteriormente, y ubicamos al adulto mayor en un lugar de sujeto y no de objeto, prefiriendo usar en este escrito el término “persona

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

mayor” para evitar realizar una distinción de género de las personas mayores que asisten a las dos instituciones geriátricas investigadas.

A su vez, encontramos dentro de nuestra casa de estudios, la Universidad Autónoma de Entre Ríos, diferentes ámbitos que dejan en evidencia la importancia de abordar temas relacionados a las personas mayores. Por ejemplo, contamos con una Tecnicatura Universitaria en Psicogerontología y un Programa denominado “Adulteces y Vejece”, implementado desde la secretaria general de la FHAYCS-UADER, conformado por un equipo especializado, con el objetivo de producir y visibilizar temáticas que tengan que ver con las Adulteces y Vejece. A su vez, actualmente, desde este programa se está llevando a cabo los cursos de capacitación laboral para Cuidadores, denominado: “El Rol del Cuidador/a de Personas Mayores desde la perspectiva integral e interdisciplinar”, destinados a la prevención, promoción, asistencia y fortalecimiento de la calidad de vida de la persona mayor que demande cuidados profesionales, ya sea en domicilio o en una institución.

Mediante nuestra investigación queremos seguir aportando al campo de la vejez y envejecimiento, con el objetivo de contribuir a una visión de las personas mayores como sujetos de derechos e incitar a reflexionar sobre lo que significó la pandemia por COVID-19 para los mayores que se encontraban institucionalizados y la importancia de dar lugar a sus voces y perspectivas, haciéndolos partícipes activos de lo que los atraviesa.

A su vez, mediante las entrevistas que realizamos en las instituciones geriátricas con el personal, consideramos que pueden ser relevantes para orientar a los mismos a reflexionar sobre las intervenciones y estrategias que fueron implementado, si consideran que estas fueron efectivas o no, si pensaron en otras que tal vez hayan brindado mejores resultados y también sentirse más preparados frente a situaciones similares que puedan llegar a transitarse a futuro.

A partir de estos interrogantes, surge la pregunta central de esta investigación:

- ¿Cuáles fueron las estrategias de abordaje e intervención en las instituciones geriátricas de la ciudad de Paraná, Entre Ríos ante las medidas de ASPO (Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio) Y DISPO (Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19?

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Objetivos de la investigación.

Objetivo General:

-Describir las estrategias de abordaje e intervenciones de las instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19

Objetivos Específicos:

- Describir el contexto institucional en el que los profesionales desempeñaron sus tareas.
- Identificar en el relato de los entrevistados las distintas estrategias e intervenciones implementadas.
- Describir los derechos humanos de las personas mayores en contexto de pandemia.

Estado de debate

Mariana Cataldi en su artículo **“El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la Pandemia de coronavirus COVID-19”** publicado en junio del 2020, resalta que las personas mayores son el grupo más vulnerable ante este virus, si bien los contagios pueden suceder a todas las edades, en estos se incrementa la posibilidad de presentar cuadros de mayor gravedad y más aun los que viven en una residencia por estar en un espacio colectivo. Pero también que, el riesgo puede estar asociado al daño emocional que pudo generar el confinamiento involuntario y la prohibición de las visitas familiares. En la CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) la tasa mayor de fallecidos ha ocurrido en el rango etario de 70 a 89 años.

En esta investigación se responde a varios de nuestros interrogantes, puesto que hace referencia a cómo se respondió frente a las modificaciones que hubo en la vida cotidiana de los residentes en algunas residencias de CABA, accediendo a la opinión de cuidadores, asistentes, auxiliares y enfermeros mediante entrevistas, estos refieren haber observado sentimientos de angustia, depresión, preocupación, nerviosismo, tristeza, irritabilidad y ansiedad. Y que estas actitudes se revertían de manera positiva cuando establecían algún tipo de contacto con sus familiares.

En otro artículo las Licenciadas Basilio Alejandra, Cáceres Ana y Corteggiano Viviana en **“Manejo nutricional en residencias geriátricas en el contexto COVID -19”** publicado en 2020 en Buenos Aires, redactan algunas recomendaciones para tener en cuenta en instituciones geriátricas. Remarcando que es fundamental implementar medidas de prevención y ser rigurosos en el cumplimiento de las normas de higiene y manipulación de alimentos, para así, evitar la propagación del virus dentro de las instituciones.

Dentro de estas recomendaciones se encuentran algunas generales como ventilar los ambientes, no llevarse las manos a la cara, estornudar sobre el pliegue del codo, desinfectar los objetos que se utilizan, no compartir el mate ni utensilios, entre otras. Además plantean una serie de ítems sobre cuándo es correcto lavarse las manos, cómo debe ser el recibimiento y despacho de mercadería que ingresa al geriátrico, medidas higiénicas para prevenir la contaminación de los alimentos y, en cuanto al plan de comida de las personas mayores se recomienda que se debe seguir una alimentación saludable para fortalecer las defensas y mantener el sistema inmunológico sano, incorporando frutas y verduras, carnes, lácteos, etc. para así evitar el deterioro nutricional y complicaciones, y propiciar una pronta recuperación.

Esta serie de recomendaciones nos resultó interesante para realizar una comparación con las recomendaciones que se mandaban desde el Ministerio de Salud de Entre Ríos y cuáles de estas se iban implementando en las instituciones geriátricas que investigamos.

Desde la Universidad Autónoma de Entre Ríos, para aspirar al título de Licenciatura en Psicología, Erika Robertone, defiende en 2020 su tesis denominada **“Representaciones acerca del envejecimiento y la vejez en enfermeros que desempeñan sus tareas en el hogar de ancianos municipal “Nuestra Señora de la Misericordia” de la ciudad de Chajarí”**. Su objetivo general ha sido describir las representaciones acerca del envejecimiento y la vejez que poseen los enfermeros que desempeñan sus tareas en el Hogar de Ancianos Municipal “Nuestra Señora de la Misericordia” de la ciudad de Chajarí.

Entre las conclusiones, y a partir del relato de los enfermeros, Robertone encuentra que predominan representaciones prejuiciosas y negativas en relación a la vejez, asociándola a enfermedad, soledad, falta de memoria y vista como una etapa donde ya no se puede aprender. Esta investigación resulta interesante como aporte a esta investigación por la visión que brinda acerca del lugar que ocupan las personas mayores institucionalizados para los enfermeros. Además, por el modo de abordaje y técnicas de análisis de datos.

Dentro de nuestra casa de estudios, la Universidad Autónoma de Entre Ríos, Hintermeister, Paula, defiende en 2018 su tesina denominada **“Calidad de Vida de las Personas Mayores, en relación al Envejecimiento Activo mediante la Participación en Talleres de Ejercitación de la Memoria”**, también para aspirar al título de Licenciatura en Psicología. Teniendo como objetivo general, analizar cómo operan en la Calidad de vida de las personas mayores, en relación al Envejecimiento Activo, la participación en dispositivos de Talleres de Ejercitación de la Memoria de UPAMI en la ciudad de Paraná.

Encontrándose entre sus conclusiones que, efectivamente los talleres de ejercitación de la memoria operan en la calidad de vida de las personas mayores, contribuyendo a la promoción de un envejecimiento activo, “...ya que representa un espacio de encuentro con sus pares, de intercambio y debate, abordando temáticas sobre el aspecto emocional, los duelos, la vejez, la memoria, la influencia de sentimientos positivos, el humor, etc., y mejora su salud en relación a la percepción que tienen del funcionamiento cognitivo.” (Hintermeister, 2018, pág. 73). Esta tesina nos ha resultado muy pertinente al momento del armado de nuestra investigación, desde su perspectiva de abordaje hasta las diferentes teorizaciones y afirmaciones que se plantean a lo largo de la misma.

También desde nuestra casa de estudios, la Universidad Autónoma de Entre Ríos, se realiza una investigación denominada **“Voces Mayores en tiempos de restricciones”** llevada a cabo por Giusti, Celia - Hintermeister, Paula - Parisi, Vanesa y Kloster, Agustina. Con la propuesta de indagar sobre qué piensan las personas mayores de la pandemia por COVID-19, puesto que mucho se ha dicho en los medios de comunicación masiva. Con el objetivo de dar voz a las vejeces y apartarse de las generalidades y clasificaciones, reflexionando sobre las significaciones de estas voces mayores.

Mediante un par de preguntas realizadas a personas mayores, con esta investigación concluyeron que cada uno de ellos ha podido posicionarse de manera singular, con su propia historia, contexto, recursos y redes. Y que las actividades ligadas a la tecnología y al uso de internet, como los tutoriales de YouTube, las videollamadas, celulares y aplicaciones, entre otros, permitieron constituir formas de saber hacer, frente a una situación global crítica que alteró la rutina. Esta investigación, si bien no está basada en personas mayores institucionalizados, nos permite conocer sus voces y perspectivas durante la pandemia y reflexionar sobre los modos de nombrar y pensar las vejeces.

Por otra parte, desde la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz-Murcia de España, Carmelo Gómez Martínez redactó una **“Guía de Acompañamiento en el ámbito de las Residencias de Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19”**, donde se aconseja tomar conciencia de que la relación terapéutica en las residencias de mayores está condicionada y determinada por la cronicidad de los cuidados, la motivación “personal” de los trabajadores, y la relación a largo plazo entre las personas mayores, profesionales y sus familiares. Priorizando los objetivos integrales de satisfacción personal y sentido de vivir, que van más allá de los resultados en el estado de salud.

Así esta guía se plantea como una herramienta de soporte a la hora de afrontar las situaciones que conlleva esta pandemia, buscando acompañar a los residentes, sus familiares y a los profesionales. Aparece la idea de acompañamiento como una de las posibles formas de apaciguar las dolencias que pudieron significar todos los cambios, recomendando que no se tomen decisiones irreversibles o que impliquen grandes cambios en el estilo de vida o el lugar de residencia y que haya una disponibilidad del acompañante, pudiendo proporcionar un apoyo lo más continuado posible y ofrecer un espacio de escucha donde las personas mayores puedan hablar de las situaciones que los atraviesa y preocupa.

Consideramos que esta guía resultó oportuna a la hora de investigar sobre las decisiones que se fueron tomando en las instituciones geriátricas de Paraná y a su vez, para realizar un análisis sobre la importancia del acompañar a las personas mayores en los malestares que iban surgiendo.

Juan Manuel Picardo García en su artículo **“COVID-19 en residencias de mayores: una asignatura pendiente”** explica aspectos del esfuerzo epidemiológico y las tareas de control y prevención que se llevaron a cabo en residencias geriátricas. Desde este artículo se motiva a comprender y conocer las medidas recomendadas para frenar la pandemia, apoyando e impulsando el valor de poner en práctica y promover que se lleven a cabo, ya sea aplicando medidas que protejan a los residentes, trabajadores y visitantes, como a la manera de gestionar los recursos que sean necesarios.

Indicando que en el contexto de pandemia por COVID-19, se deben implementar medidas proactivas por parte de las instituciones geriátricas para evitar la introducción de la COVID-19; así plantea, entre otras, la

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

restricción de visitas y personal no esencial, aplicación de medidas de detección de síntomas, el distanciamiento social, la restricción de actividades en grupo, la capacitación del personal, y además destaca el efecto que pueden tener medidas como el distanciamiento y restricción de visitas, en la salud mental de los residentes, aconsejando que se deben buscar alternativas viables para mantener el bienestar emocional.

De esta manera esta investigación muestra las estrategias que fueron utilizando por parte de instituciones geriátricas y sirvió de aporte para hacer una comparación con las estrategias que se utilizaron en las instituciones geriátricas investigadas.

Supuestos de investigación

Partimos de suponer, siguiendo los antecedentes recolectados en el siguiente estudio, que las intervenciones y estrategias de abordaje que se fueron implementando por parte de las instituciones geriátricas estuvieron dirigidas, en su mayoría, a evitar el ingreso del nuevo virus por COVID-19 a la institución y el contagio entre los residentes. Tomando a las personas mayores como objeto de cuidado y no como sujetos de derechos, es decir, más desde un modelo médico hegemónico y no desde una perspectiva gerontológica, donde se tenga en cuenta un abordaje bio-psico-social del envejecimiento y la vejez.

Entendemos que se tomaron medidas estrictas de higiene y control de todo lo que ingresaba a la institución. Destacando la importancia de desinfectar con alcohol todo lo que ingresaba y salía de los geriátricos, así como también el lavado de manos frecuente e higienizadas con alcohol, control de la temperatura y ante cualquier síntoma de COVID-19 se procedía al aislamiento de la persona. Procediendo a la vez, a la suspensión de las visitas de familiares y allegados de los residentes.

Además, creemos que estas reglamentaciones y recomendaciones para prevenir el contagio, eran emitidas desde nación y desde la provincia de Entre Ríos, debiendo ser controlada su implementación. Y, que este control pudo influir en la toma de decisiones y estrategias implementadas por parte del personal de las instituciones.

Suponemos también que, a la par de estas medidas de control e higiene, se hayan ideado otras estrategias e intervenciones desde un trabajo interdisciplinario entre los profesionales, tendientes a promover y mantener la salud de las personas mayores y del personal. Desde una visión de las personas mayores como sujetos de derechos, donde sus voces y perspectivas sean escuchadas, y no como objetos de cuidado, priorizando solo su salud biológica.

SEGUNDA PARTE

Capítulo II: Perspectiva teórica

Psicogerontología

En el siguiente capítulo, se desarrollarán las categorías teóricas cruciales para llevar a cabo esta investigación, que consideramos sirvieron para dar una respuesta a la pregunta planteada al comienzo del estudio y a su vez, para hacer un acercamiento a los objetivos propuestos.

La presente investigación se encontrará fundamentada desde el campo de la Psicogerontología, tomando aportes del psicoanálisis, ya que consideramos que nuestro objeto de estudio es complejo y merece un abordaje integral.

Para definir a la Psicogerontología tomaremos la perspectiva de Graciela Zarebski. La autora comienza planteando que “Se hace necesario tener siempre presente la simple definición de la gerontología como conjunto de disciplinas que abarcan las cuestiones concernientes al abordaje bio-psico-social del envejecimiento, lo cual señala a la geriatría como una de las disciplinas que la conforman...” “...Hablar de “lo geriátrico” es hablar de lo médico. Lo “gerontológico”, en cambio, abarca todas las disciplinas relacionadas con la vejez” (Zarebski, 1999, pág. 165).

A partir de entender a la Gerontología como campo interdisciplinario, que estudia el envejecimiento como proceso, y no solo a la vejez, podemos ir ubicando como pensamos a la Psicogerontología.

En primer lugar, siguiendo con Zarebski (2007) diremos que la Psicogerontología no es psicología de la vejez, ya que esta no existe, sino que debemos hablar de psicología del envejecimiento y entender que la Psicogerontología no se reduce solo a eso. A partir de esta reformulación, los procesos biológicos se van construyendo entramados con procesos sociales y subjetivos y un envejeciente es todo eso interrelacionadamente, y mucho más, no podemos estudiar separadamente la patología y la normalidad y prevención, sino verlo como objeto de estudio complejo.

Desde la psicogerontología se piensa al sujeto en constante interacción con su medio social e inserto en relaciones intersubjetivas. Se considera a la persona mayor como sujeto de derechos, dando lugar a sus voces y perspectivas, desde un abordaje integral y no como un objeto fragmentado y aislado del medio. De este modo, coincidiendo con la perspectiva Psicogerontologica, el sujeto que envejece no solo es efecto de su cultura, de su biología y de lo social; sino que lo vemos también desde lo que él produce. Pensamos al sujeto como pro-activo, que construye su cultura, sus relaciones, su historia y su modo de envejecer. (Zarebski, 2007). El sujeto envejeciente como un sujeto productivo, con capacidad para intervenir sobre su realidad, otorgándole nuevos sentidos o modificándola. Y fundamentalmente, amparados desde el modelo de derechos, consideramos a las personas mayores como sujetos de derechos y no como objetos de protección. Entendiendo que son responsables de sí mismos, así como de su familia y sociedad.

Como expresamos anteriormente, la psicogerontología se posiciona desde la “complejidad”. El filósofo Edgar Morín (1998), uno de los impulsores de la Epistemología de la Complejidad, nos dice que todo ser es un verdadero cosmos, puesto que la profusión de interacciones de su cerebro es mayor que todas las interacciones en el cosmos, y que lleva en sí un mundo desconocido y fabuloso. Y además sostiene: “...el hombre no es solamente biológico-cultural. Es también especie-individuo, sociedad-individuo; el ser humano es de naturaleza multidimensional” (Morin, 1998). Así es como la psicogerontología, posicionada desde la “complejidad” se propone no fragmentar, y entender el proceso del envejecer en el tiempo, en su historicidad. Esto nos va a permitir la apertura de nuevas posibilidades (Zarebski, 2007).

Puesto que es el trabajo interdisciplinario el que da cuerpo al campo complejo de la Psicogerontología, creemos necesario desarrollar el concepto de Interdisciplina.

Elichiry Nora (1987) dice al respecto, la interdisciplinariedad debe incluir un intercambio disciplinario que produzca transformaciones y un enriquecimiento mutuo. Incluyendo, además interacción, cooperación, constancia en el tiempo y circularidad entre las disciplinas. Esta aproximación interdisciplinaria se debe llevar a cabo desde la especificidad de cada disciplina y solo puede implementarse si cada una de estas mantiene su identidad.

Además, esta autora plantea que existen una serie de prerequisites para que la interdisciplina sea tal:

- 1) Trabajo en equipo: una actitud cooperativa en el grupo.
- 2) Intencionalidad: que el encuentro entre las disciplinas sea provocado, y no un simple encuentro fortuito.
- 3) Flexibilidad: que haya apertura en la búsqueda de modelos y métodos de trabajo, con reconocimiento de las divergencias y disponibilidad para el dialogo.
- 4) Cooperación recurrente: que haya una continuidad en la cooperación entre las disciplinas logrando cohesión del equipo. Una cooperación ocasional no es interdisciplina.
- Y 5) Reciprocidad: dada por la interacción entre las disciplinas (Elichiry, 1987, pág. 5).

Por su parte, la Psicogerontología también recibe aportes de distintas disciplinas que buscan enriquecer la mirada en torno al envejecimiento y la vejez, buscando comprenderlos de manera integral.

La Psicogerontología “Como área diferenciada, representa hoy un nudo de convergencia de diversos desarrollos actuales en la salud mental: desde el psicoanálisis a la teoría cognitiva, pasando por el enfoque de las neurociencias, con los avances psiconeuroinmunoendócrinos, constituyendo, el logro de las interrelaciones, un desafío cotidiano en nuestros afanes investigativos. Debemos preguntarnos y bregar por la posibilidad de articulación entre disciplinas, entre prevención y asistencia, entre teorías diversas” (Zarebski, 2007, pág. 409).

Vejez

Teniendo en cuenta que nuestro trabajo de campo se realizó en instituciones geriátricas donde los residentes de estas son personas mayores consideramos pertinente definir lo que se entiende por vejez, más allá de que esta definición muchas veces va a depender del contexto. Generalmente desde estas instituciones geriátricas se ha determinado a un paciente geriátrico a aquellos que tienen más de 60 años.

Siguiendo a Elisa Dulcey-Ruiz y Cecilia Uribe Valdivieso (2002) definen a la vejez como “...la cualidad de ser viejo. A las personas y en general a los animales que han vivido más tiempo que los demás, se les llama viejos; término que también se aplica a las cosas que han existido desde hace un tiempo. Por lo tanto, ser viejo significa haber envejecido o haber vivido más que otras personas, comparativamente hablando...” (pág. 13).

A su vez, las autoras remarcan que las categorías más utilizadas para describir a los viejos son “cansadores”, “experiencia”, “poca inteligencia” y que la autopercepción como persona vieja resulta más favorable.

Por su parte, Zarebski (1999) plantea que hablamos del viejo, así como de la vejez, refiriéndonos al ser humano atravesado por cuestiones psicológicas, sociales y biológicas del envejecimiento.

Remitiéndonos a la dimensión psíquica de la vejez, en palabras de Zarebski (1999) podemos hablar de “viejo” en el ser humano en referencia a los aspectos biológicos y sociales. Biológicamente, los órganos y sus funciones envejecen y se deterioran. En el orden social, uno mismo o los demás, nos consideran viejos para determinada actividad o ambiente. Entonces, dice la autora, hay marcas biológicas y sociales de la vejez.

Dice Zarebski (1999) “Se puede ser viejo para algunas cosas, pero no para otras. Se puede serlo sin sentirlo y sentirlo sin serlo. Esta es la particularidad de la vejez en el ser humano porque es la particularidad del ser humano: la discordancia entre lo que se siente, lo que se aparenta y lo que se es. El resultado de esta combinatoria nunca será una definición absoluta: serlo o no serlo” (pág. 14).

Entonces, diremos que, desde el punto de vista psíquico, el sentirse viejo es relativo a cada persona y sus circunstancias, en algunos momentos puede sentirse viejo y en otros no. Lo esencial para lograr un buen envejecer consiste en poder sobrellevar la discordancia entre lo que se es y lo que se parece; aceptando que, aunque uno se sienta joven, el cuerpo envejece.

En conclusión, Zarebski (1999) propone que existe un camino para un envejecimiento satisfactorio, poniendo énfasis en que el sujeto acepte el paso del tiempo, pudiendo sobrellevar las pérdidas y adaptándose activamente a ellas, aprendiendo y adecuándose a los cambios que el envejecer le ha ido planteando, sin derrumbarse. Aceptar la finitud y al mismo tiempo mantener un espíritu joven.

Institución e Instituciones Geriátricas

Las instituciones para personas mayores se han convertido, en nuestra sociedad, en un lugar de contención, resguardo, compañía y cuidado para muchos mayores que se encuentran excluidos, ya sea por motivos económicos, sociales y/o culturales, por no contar con familiares que puedan acompañarlos o la suma de todo lo mencionado anteriormente. Por esto es necesario reflexionar sobre lo que se entiende por una institución.

Schvarstein (1992) define a la *Institución* como “aquellos cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social” (pág. 26). La institución es por lo que estamos atravesados desde nuestro nacimiento que nos va planteando que y como debemos ser y actuar en la vida en sociedad. Así aparece lo instituido como aquello establecido en el orden social, aquello que nos limita y que establece sus propias reglas. Por otro lado, lo instituyente como lo que vendría a corromper con estas reglas establecidas de lo instituido, negando y protestando contra esta. Produciendo cambios y formas de mirar el mundo con “nuevos ojos”.

El autor indica, a su vez, que las instituciones tienen como sustento material a las organizaciones, estas se manejan a partir del orden que establecen las instituciones por las que se encuentra atravesada. Desde el lugar de la organización, las instituciones pueden producir sus efectos en los individuos e intervenir en la constitución de su mundo interno. Las instituciones van determinando los procesos de relaciones sociales, los distintos modos de hacer y pensar en una sociedad. Dicho atravesamiento, de las instituciones sobre las organizaciones, impone límites y restringe que las organizaciones puedan crear sus propias normas. Pero esta dimensión vertical de los atravesamientos también tiene sus límites, por esto se explica que lo instituyente pueda modificar a lo instituido.

Además, la definición que propone Erving Goffman (2001) de las *instituciones totales* es de gran aporte para esta investigación. Las define como un lugar de residencia y trabajo, donde un grupo de individuos, en una misma situación y aislados de la sociedad por un periodo de tiempo, comparten una rutina diaria que se administra formalmente. Goffman caracteriza a estas instituciones como absorbentes o totalizadoras, absorben tiempo e interés de sus miembros y les proporciona un mundo propio. Las clasifica en cinco grupos: las que surgen para cuidar a personas incapaces e inofensivas, como los hogares para ancianos, ciegos, huérfanos, etc. Las que cuidan a personas incapaces de cuidarse a sí mismas y que además serían una amenaza para la sociedad, como los hospitales psiquiátricos, los de enfermos infecciosos y los de leproarios. Un tercer tipo serían las encargadas de proteger a la comunidad de los que constituyen un peligro para ella, cárceles, campos de trabajo y concentración, etc. Las instituciones encargadas de lograr un mejor

cumplimiento de tareas de carácter laboral, cuarteles, barcos, escuela de internos, etc. Y, por último, las creadas como refugios del mundo y para la formación de religiosos, como abadías, monasterios, etc.

El autor plantea que un ordenamiento social básico de una sociedad es que el individuo tiene que dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, y la característica central de estas instituciones es romper las barreras que separan estos tres ámbitos de la vida, desarrollándose así en el mismo lugar y bajo la misma autoridad.

Ahora bien, nuestra investigación se desarrolló en instituciones geriátricas que, en concordancia con lo planteado por Goffman, a una de estas la consideramos una *institución total*, ya que cuenta con un número de residentes bajo situaciones similares y se rige por una serie de normas que deben cumplirse y respetarse.

En relación a las instituciones geriátricas, Buendía y Riquelme (1998) sostienen que a pesar de las críticas que surgen contra este tipo de instituciones, el incremento de personas mayores junto con otros factores hace que estas instituciones sigan presentándose como una opción para personas con un alto nivel de dependencia, necesidad continuada de cuidados y bajos recursos. Los autores también mencionan el impacto psicológico que conlleva para la persona mayor incorporarse a una institución geriátrica, donde es, antes que nada, un desconocido. Se lo extrae de su medio social cotidiano para incorporarlo en un ambiente extraño y artificial, con personas de su misma edad.

Por su parte, Graciela Zarebski (1999) nos dice que aún existe en nosotros y en los propietarios de estas instituciones dedicadas al cuidado de personas mayores, ideas prejuiciosas sobre las mismas. Llevando a considerarlas como un depósito. Además, sostiene una cuestión fundamental, que refiere a la disposición personal en relación con el envejecer de quien decide abrir un geriátrico y quien está a la cabeza de la institución, esta disposición personal va a impregnar la actitud cotidiana hacia los residentes de todo el personal. Es decir, que imagen de vejez sostiene a esta institución.

Viejo institucionalizado

Ya habiendo visto la referencia a lo que significa ser viejo, ahora pasemos a analizar que significa ser viejo institucionalizado y cuáles son las decisiones que llevan a institucionalizar a una persona mayor.

Para comenzar “¿Qué queremos decir con INSTITUCIONALIZAR?...” “...en el diccionario de nuestra lengua que (en una de sus acepciones) dice que Institucionalizar es dar a una cosa carácter de institución (lo que participa de su naturaleza)...” (Soler & Gonzalez, 2014, pág. 1). Puede entenderse a la Institucionalización como permanente, donde se inserta a la persona a una institución, a un ambiente que no le es propio, apartándose de su medio familiar-social-laboral.

La institucionalización se realiza “...con un fin específico que habitualmente presupone (aunque no necesariamente conlleva) un beneficio para la persona en cuestión: recuperar la salud, mejorar su condición frente a la enfermedad, brindarle seguridad económica-social, suplir la falta de apoyo familiar, proveer los medios necesarios que garanticen la adecuada supervivencia de la persona” (Soler & Gonzalez, 2014, pág. 1).

Esta institucionalización es un recurso utilizado frente a un miembro de la familia en situación de “vejez”, que generalmente ve limitada la capacidad de mantener su auto valía. Así la institución viene a suplir con las demandas de compañía, atención, cuidados, contención, etc. que la familia deja de lado, presentándose como una opción frente a las familias que presentan dificultades para manejarse con este familiar anciano, o para aquellos que no tienen familiares.

Como mencionan Soler y González (2014): “Sin dudas, las llamadas “residencias para la tercera edad”, “hogares geriátricos”, etc. responden a una necesidad de la población: aquella que tiene que ver con el tener que hacerse cargo de un familiar anciano que no puede vivir de forma independiente y la imposibilidad de brindarle de otro modo, la atención que necesita” (pág. 1).

Intervención y Estrategias

En base a uno de los objetivos del presente trabajo, el cual es analizar y describir las distintas intervenciones y estrategias de abordaje que se implementaron en las instituciones geriátricas paso a definir qué se entiende por intervenir y de qué manera se deben ir estableciendo estrategias de trabajo.

María Beatriz Greco (2014) plantea a la intervención como: “un proceso que parte de la (re)construcción de un problema, desde un lugar de terceridad, – el “venir entre” de Ardoino– una forma de presencia que colabora para interrogar lo cotidiano, plantea condiciones para hacer un trabajo con otros, sostiene una escucha y miradas nuevas o renovadas sobre lo cotidiano” (pág. 1).

Sosteniendo que no se trata de establecer una lista de tareas para cada uno sino de disponer de maneras de hacer con otros, manteniendo todo el tiempo no solo la pregunta del cómo hacerlo sino también el para qué, no perdiendo de vista los objetivos de dichas intervenciones.

A su vez, estableciendo estrategias de trabajo “...que pueden materializarse en recortes temporales, recortes de objeto, definición de momentos diferentes: de puesta en marcha, de despliegue de acciones, de momentos de reflexión y evaluación en proceso que tal vez demanden detener la acción” (Greco, 2014, pág. 2).

Por otra parte, Valentina Maltanares (2010) define a la intervención psicológica, como “...una intervención que apunta a que un sujeto, un grupo o una comunidad pueda encontrar el sentido, el significado de su accionar, en relación a múltiples condicionantes de orden histórico, psicobiológico y sociocultural” (pág. 3).

Es así como mediante las intervenciones psicológicas se busca generar un posicionamiento activo por parte de los miembros de la institución, que puedan ubicar el lugar que ocupa cada uno en el problema que los compete y de qué manera este los afecta, que puedan involucrarse en lo que les sucede. Abriendo espacios de escucha, donde la palabra pueda circular libremente dando lugar a nuevos sentidos.

Nos dice Zarebski (1999): “El geriátrico puede y debe ser un lugar en el cual el adulto envejecido, con limitaciones físicas, sociales o psicológicas, despliegue la vitalidad que aún conserva de la manera más acorde a sus posibilidades. Un lugar donde no se avasalle su condición de sujeto, donde no se coarte su libertad, sus deseos, sino donde, por el contrario, se le permita desarrollar la tarea de seguir haciéndose humano hasta el último suspiro” (pág. 67).

Hoy en día, existen innumerables experiencias comunitarias e institucionales, talleres de todo tipo (de memoria, reflexivos, de cocina, de aprendizaje, etc.) que permiten mejorar la calidad del envejecimiento y también el armado de redes de apoyo y trabajo con las familias operando como recursos promotores de salud y preventivo de patologías (mentales, por ejemplo). De acuerdo con Edgar Morin (1998) : “La estrategia es un escenario de acción que puede modificarse en función de las informaciones, de los acontecimientos, de los azares que sobrevengan en el curso de la acción. Dicho de otro modo: la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre” (Morin, 1998).

La institución geriátrica, siguiendo lo que nos plantea Zarebski (1999), “Puede no contar con un equipo interdisciplinario completo, si los que están a su cargo tienen esto presente, desde un elemental respeto por los derechos humanos. Se trate de un equipo completo de profesionales o no, lo importante es que se pueda trabajar interdisciplinariamente en su rehabilitación integral, se lo mantenga conectado en el adentro y hacia el afuera, se le brinden estímulos y se fomente su participación activa” (pág. 68). Para así lograr generar estrategias que brinden una imagen de envejecimiento normal y activo.

Entendemos por envejecimiento normal, a diferencia del envejecimiento patológico, al que es producto del curso de la vida y carente de enfermedad o de alteraciones biopsicosociales. Esta distinción permite evitar intervenciones innecesarias y ampliar el campo de la salud mental en el envejecimiento, con el propósito de abordar, de manera integrada, tareas de asistencia, prevención y rehabilitación (Zarebski, 2009).

Derechos humanos de las personas mayores

Los derechos humanos son normas que reconocen y protegen la dignidad de los seres humanos. Estos derechos establecen las formas de relación de los individuos entre sí, de su relación con el Estado y de las obligaciones que el Estado tiene hacia ellos. Las leyes correspondientes a los derechos humanos exigen a los gobiernos determinadas acciones y les impide hacer otras. Tenemos responsabilidades, así como podemos hacer valer nuestros derechos también debemos respetar los de los demás. Ningún gobierno, grupo o persona tiene derecho a cometer actos que vulneren los derechos de los demás.

En cuanto a las personas mayores, es importante comprender que cuando se envejece no se pierden estos derechos, sino, al contrario, se van ganando derechos. Como lo establece la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, un instrumento en plena vigencia desde el año 2015.¹

Esta convención establece que las personas mayores son sujetos de derechos a los que el Estado debe garantizar la atención de la salud, las prestaciones económicas, la jubilación, el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. Además, promueve, protege y asegura el pleno goce y ejercicio de los Derechos Humanos, y fomenta el envejecimiento activo.

Dentro de estos derechos de las personas mayores, la Convención con respecto a las instituciones geriátricas, establece que estas deben “...responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía” (pág. 4). Entendemos que mientras los que estén a su cargo lo hagan desde un elemental respeto por sus derechos humanos, se lograra mantener a la persona mayor conectado en el adentro y hacia el afuera, brindándole estímulos y fomentando su participación activa (Zarebski, 1999).

Como menciona Paula Badalucco (2016) es un desafío lograr instituciones donde las personas mayores encuentren un sentido cotidiano y se generen proyectos para conseguir que vivan con la dignidad que merece todo ser humano. Con una atención que este dirigida no solo a satisfacer las necesidades derivadas de su dependencia, sino que vele por los derechos, deseos y preferencias de la persona mayor. Una atención que propicie su autonomía y potencie su independencia. Es necesario articular nuestras intervenciones en observancia con los derechos humanos.

¹ El instrumento fue aprobado el 15 de junio en la 45 Sesión de la Asamblea de la Organización de Estados Americanos, coincidiendo con el día mundial de concientización sobre la violencia hacia las personas mayores.

Pandemia

El director general de la OMS (Organización Mundial de la Salud), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró a la enfermedad por COVID-19 como una pandemia, el 11 de marzo de 2020.

Para que una enfermedad sea considerada como pandemia debe extenderse por todo el mundo y afectar a un gran número de personas. Este término hace énfasis en la propagación rápida y mundial, no en la gravedad que tenga la enfermedad. Por estos motivos la OMS encerró dentro del término pandemia a este nuevo virus, COVID-19.

Una epidemia es cuando una enfermedad excede el número de casos esperados en una comunidad, región o país, especificándose las particularidades del grupo poblacional afectado. Y una pandemia se produce “...cuando la epidemia traspasa las fronteras internacionales y generalmente afecta a un gran número de personas. Por lo tanto, la epidemia es la que se extiende por distintos países y continentes y en la que, generalmente, hay un alto grado de dispersión de la enfermedad por las diferentes regiones geográficas” (Sánchez & Bermejo, 2020, pág. 6). Las epidemias y pandemias han acompañado a la humanidad a lo largo de los años, prueba de ello son las huellas encontradas en restos y esqueletos y la información que quedo de documentos antiguos, contando las enfermedades, secuelas y muertes que dejaban a su paso.

Han sido siempre un reto para el hombre, controlar estas enfermedades basándose en los medios que han tenido a su alcance. En la actualidad, es un trabajo multidisciplinario llevado adelante por epidemiólogos, directivos, higienistas, agentes políticos y administrativos, y siempre mediando los profesionales de salud.

En la presente investigación veremos cómo se manejaron las instituciones geriátricas frente a esta nueva pandemia por COVID-19.

Capítulo III: Diseño metodológico

Tipo de diseño

El tipo de diseño para mi TIF (Trabajo Final Integrador) tuvo énfasis en la metodología de investigación en psicología de estrategia cualitativa ya que nuestra pregunta problema se dirigió a indagar las estrategias de abordaje e intervenciones implementadas para afrontar las medidas nacionales de ASPO y DISPO ante el contexto de pandemia por COVID-19, y las múltiples subjetividades que brindaron los profesionales a partir del acercamiento al campo. Entendiendo que de esta manera se logró describir y analizar de qué manera fueron afrontando este nuevo contexto.

Creswell (1998, como se citó en Vasilachis, 2006) “...considera que la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas -la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural” (Vasilachis, 2006, pág. 24).

Esta metodología es pertinente puesto que buscamos estudiar un numero pequeño de instituciones geriátricas preservando la individualidad de cada una de ellas y comprender el contexto en el cual actúan sus participantes debido a que este resulta ser complejo y por lo tanto requiere una metodología flexible. (Hintermeister, 2018, pág. 29)

Como sostiene Béliveau (2019): “Investigar cualitativamente lleva tiempo, lo sabemos, y también supone una autoobservación más bien descarnada, que desenrede los prejuicios, supuestos y construcciones conceptuales que significan nuestra vida y sostienen nuestra posición en el mundo. Incluso cuando estas implican revisiones tan profundas y poco conscientes como nuestro ¿manejo? del cuerpo, las distancias con las otras personas, el contacto físico con los demás, o las creencias sobre el orden natural y sobrenatural del mundo” (Béliveau, 2019, pág. 176). Es así como en dicha investigación nos comprometimos a tener una permanente vigilancia en no imponer concepciones de nuestra experiencia y mundo, realizando constantemente un proceso de autoobservación y reflexividad.

Selección del contexto

El escenario de la presente investigación fueron dos instituciones geriátricas de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina. Donde mediante entrevistas al personal y profesionales de la institución y a su vez, la observación pude llegar a responder mi pregunta problema.

Unidad de análisis

La unidad de análisis que hemos decidido tomar para nuestra investigación han sido dos instituciones geriátricas de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina.

Unidad de información

Se entrevistó a la directora y encargada de los hogares, con el fin de recolectar información sobre el funcionamiento de la institución.

Tipo de muestra

La investigación se realizó en la ciudad de Paraná, Entre Ríos con dos instituciones geriátricas. En la ciudad de Paraná existen 31 (treinta y uno) instituciones geriátricas habilitadas por la Municipalidad, y para la elección de la muestra hemos asistido a 2 (dos) de ellas, ambas en diferentes barrios de la ciudad. Una de ellas cuenta con 48 (cuarenta y ocho) y la otra con 39 (treinta y nueve) personas mayores.

Aquí se hará referencia a un muestreo no probabilístico, ya que la selección para proceder con mi investigación fueron 2 (dos) instituciones geriátricas de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina. Y según Hernández Sampieri (2014) en este tipo de muestras “...la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (pág. 176).

La retirada del escenario (Yuni & Urbano, 2014, pág. 49) se ha dado cuando consideré que los datos arrojados tanto por las observaciones como por las entrevistas tendían a repetirse.

Técnicas de recolección y análisis de la información

Siguiendo a Hernández Sampieri (2014) la “...observación cualitativa no es mera contemplación (“sentarse a ver el mundo y tomar notas”); implica adentrarnos profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (pág. 399). Por estos motivos fue una de las principales técnicas implementadas ya que me permitió explorar y comprender, junto con las entrevistas, las situaciones que fueron surgiendo.

A su vez, se utilizaron entrevistas, las cuales han sido cara a cara y, en todos los casos, previamente coordinadas y registradas por medio de grabaciones de audio.

Estas entrevistas fueron semiestructuradas e individuales ya que estas “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u

obtener mayor información” (Sampieri, 2014, pág. 403). Hemos partido de preguntas que se orientaban a conocer las diferentes situaciones que se presentaban en las instituciones a partir de la pandemia por COVID-19 y las estrategias e intervenciones que se iban implementando por parte del personal, teniendo en cuenta que a partir de estas podían surgir nuevos interrogantes sobre otras situaciones emergentes.

Consideramos que este tipo de entrevistas nos resultó adecuada para esta investigación puesto que se partió de una guía de interrogantes iniciales, pero existió también la posibilidad de adicionar otras preguntas que permitieron obtener mayor información y profundizar sobre lo que iba surgiendo, a la vez que conocer la subjetividad de los participantes.

Las entrevistas, al personal de las instituciones, han sido sobre *acontecimientos y actividades* que no han sido observadas directamente. De este modo nuestros entrevistados han sido nuestros ojos y oídos en el campo, convirtiéndose en nuestros informantes y observadores. No solo revelando sus propios modos de ver sino también describiendo lo que sucede (Taylor & Bodgan, 1984, pág. 101).

TERCERA PARTE

Capítulo IV: Análisis de los datos e interpretación

Contexto de la ciudad de Paraná, Entre Ríos y las instituciones geriátricas durante la pandemia

En el siguiente apartado realizaremos una descripción y análisis del funcionamiento de las instituciones geriátricas visitadas para dicha investigación y de la ciudad de Paraná, con el fin de alcanzar una mayor comprensión de sus características particulares y de las estrategias de abordaje e intervenciones implementadas en el contexto de pandemia por COVID-19.

Paraná es la ciudad capital de la provincia de Entre Ríos, Argentina. Se ubica al oeste de esta provincia y tiene una población de 391.962 habitantes (Censo 2022). Esta ciudad cuenta con 31 instituciones geriátricas habilitadas por la Municipalidad.

El nuevo virus de COVID-19 fue decretado como pandemia por la OMS el 11 de marzo del año 2020. Desde ese momento fueron surgiendo varias medidas nacionales para evitar su propagación, dentro de ellas la medida de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), decretado en Argentina el 20 de marzo del 2020 (decreto 297/2020). A partir de este decreto debíamos permanecer en nuestras residencias y abstenernos de ir a nuestros lugares de trabajo y circular por rutas, vías y espacios públicos. En distintos lugares del país, dentro de ellos en Paraná, el Ministerio de Seguridad disponía de controles permanentes en rutas y espacios públicos. Procediendo a guiar hasta su respectiva residencia a los que estuviésemos incumpliendo con esta normativa y que no nos encontráramos ejerciendo alguna de las actividades declaradas esenciales por el Estado, dentro de ellas, la asistencia a personas mayores.

Por otro lado, el 2 de marzo de 2020, en Entre Ríos, se creó el Comité de Organización de Emergencias de Salud (COES) de carácter multidisciplinario, con la finalidad de implementar acciones urgentes e inmediatas en todo el territorio de Entre Ríos para hacer frente a las enfermedades que aquejaban en el momento. Mediante este Comité se crearon decretos que esbozan recomendaciones para la población, las instituciones y para las diferentes situaciones que se vayan presentando y merezcan una intervención. Es así como las instituciones geriátricas presentes en esta investigación, como veremos más adelante, cambiaron su funcionamiento y actividad en base a lo que planteaban estos decretos provinciales.

Posteriormente, en noviembre del mismo año mediante el decreto 297/2020 se implementó la medida de Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) donde se permitía la libre circulación, pero respetando las medidas de higiene y protocolos correspondientes.

Los decretos destinados por el COES para las personas mayores de 65 años y para las residencias de larga estadía, fueron los siguientes: DCOES004, DCOES017, DCOES029, DCOES045 y DCOES054. Los cuales

describiremos brevemente a lo largo de esta investigación, ejemplificando con información recabada de las entrevistas realizadas. Cabe mencionar que algunos documentos no permiten su lectura.

Ahora bien, las instituciones geriátricas, siguiendo con lo que plantea la Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, en la Ley N°9823, son aquellas que “...tienen como objetivo brindar todos o algunos de los siguientes servicios: alojamiento; alimentación; asistencia médica de primer nivel; recreación; laborterapia u otros servicios relacionados en forma exclusiva a necesidades e intereses de ancianos autoválidos. A los mismos fines, se entiende por Instituciones y/o Servicios Geriátricos, los que además de los servicios enunciados estén destinados a la atención biopsíquica de ancianos que padezcan enfermedades que requieran de atención médica y de enfermería permanente o no permanente.”

En base a las instituciones geriátricas visitadas, los residentes que se encuentran allí lo hacen por no contar con un apoyo económico y/o familiar y encontrarse en situación de calle o, por ya no poder valerse por sí mismos, por lo que sus familiares toman la decisión de institucionalizarlos.

Una persona que es institucionalizada debe abandonar su hogar, donde, en general, vivió más de la mitad de su vida, y adaptarse a las nuevas reglas y normas que plantea la institución a la que asista. Ese lugar con identidad, historia y vivencias, construido por el propio sujeto y no por otros debe ser abandonado para pasar a un nuevo hogar con sus normas e historias que no son propias de cada sujeto, con hábitos y costumbres institucionales, ya no individuales. Teniendo en cuenta palabras de la Terapeuta Ocupacional de uno de los Hogares “...*para ninguno es lindo estar en una institución en donde perdiste tu casa, perdiste tu independencia, perdiste tus herramientas personales, tus recuerdos, ya no cocinas la comida que te gusta...*”.

Institucionalizar significa apartar a la persona de su medio familiar-social-laboral para insertarla en un nuevo ambiente, ya no propio. Compartiendo este, con otras personas en igual condición de salud, edad, enfermedad, situación económica, etc. Todo esto en base a los fines antes mencionados de brindar alojamiento, recuperar su salud, brindarle seguridad, u otros servicios acordes a las necesidades de cada persona mayor.

Las instituciones geriátricas cubren una necesidad social, ya que están fijadas a esta, presentándose como una opción a tener en cuenta para aquellas familias que presentan dificultades para manejarse con su familiar, cuando este ya no puede vivir de forma independiente o en aquellos casos en que la persona mayor no cuenta con familiares que puedan brindarle la atención que necesita. (Soler & Gonzalez, 2014, pág. 1)

Si a esta institucionalización le sumamos una pandemia por un virus, en este caso el de COVID-19, estamos frente a un doble confinamiento. Las personas mayores de instituciones geriátricas además de haber

abandonado el hogar de toda su vida y su entorno debieron adaptarse a los protocolos de esta pandemia, aislándose y distanciándose, por ejemplo, de sus familiares, de aquellos vínculos que les traían algo del hogar que construyeron, de su historia. Adecuándose al resto de las estrategias e intervenciones que establecían las instituciones, las cuales cambiaban su funcionamiento y organización. Dejando de realizar, según la información recabada en entrevistas, actividades terapéuticas, como las de kinesiología y terapia ocupacional, así como también actividades externas, actividades en conjunto con la comunidad.

Mas allá de que múltiples pandemias han azotado a la humanidad a lo largo de la historia, tales como las de viruela, fiebre amarilla, gripe A, etc., cada una presenta sus propios síntomas y características. Nos atacan por la espalda, sin miramientos, causando crisis e impotencias, y sus destinatarios nos encontramos, al principio, desprevenidos.

Por último, observamos la dificultad que significó esta pandemia para el personal de las instituciones geriátricas, los cuales, como veremos más adelante, no recibieron ningún tipo de atención o acompañamiento. Considerando que todo era nuevo e inesperado y que producía ansiedad y preocupación en los mismos, debido al desconocimiento que había en cuanto a cómo actuar para combatir y evitar la propagación de este nuevo virus. Teniendo que adaptarse a los cambios en el funcionamiento institucional, con sus respectivas normas. Y pensar, a la par, en estrategias para su atención y la de los residentes, con las permanentes noticias sosteniendo que este virus era aún más grave en personas mayores, por su edad avanzada y las distintas afecciones medicas subyacentes que pudieran presentar.

Contexto Institucional: Hogares “San José” y “San Vicente de Paul” de la ciudad de Paraná

Las instituciones visitadas fueron el Hogar “San José” y el Hogar “San Vicente de Paúl” de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina.

Para abordar los objetivos de esta investigación, se entrevistó a la directora y/o encargada de ambas instituciones, así como también a diferentes profesionales que trabajan en la institución. Las entrevistas dan cuenta de situaciones experimentadas en los años 2020 y 2021.

En el hogar “San José” realizamos entrevistas a la directora, “Carmen”², la cual lleva 34 años en el hogar. “Lucía” es medica geriátrica y lleva 4 años trabajando allí. “Candela” es kinesióloga y lleva 5 años. “Mariana” es terapeuta ocupacional y lleva 8 años. Todas las entrevistadas fueron de sexo femenino.

El Hogar³ “San José” es una residencia geriátrica que alberga, actualmente, a 48 personas mayores. En cuanto a lo edilicio está dividido por dos casas amplias, unidas por un patio externo, donde su salida al exterior es por calles diferentes. En una de ellas albergan a las personas con más autonomía, que se pueden manejar solas en las actividades de su vida diaria y en la otra a todas las que se encuentran en sillas de ruedas o en cama. Cada casa cuenta con salones multiusos, cocina, comedor y baños. Las habitaciones no son mixtas, tampoco se comparten los baños, hay baños para los varones, para las mujeres y para el personal de la institución.

Si bien es una residencia privada, la directora comenta que son muy flexibles a la hora de aceptar residentes ya que tiene personas que pueden pagar una cuota elevada, de 90 a 120 mil pesos por obra social, y otros que debido a su economía solo pagan 40 mil pesos. Sin embargo, señala que esta caridad no la podría hacer con todos ya que el Hogar es independiente, no recibe ningún tipo de subsidio. El único ingreso con el que cuenta viene de parte de los familiares de las personas mayores.

En palabras de la directora el Hogar “...*fue creado debido a la necesidad que siempre hay con los adultos mayores de bajos recursos*”. Los requisitos para ingresar a la institución son, tener más de 60 años y tener patologías. Ya que este es un hogar donde la mayoría de sus residentes se encuentran en sillas de ruedas, en cama o caminan con ayuda de un bastón. No se aceptan residentes en perfecto estado de salud, que quieran institucionalizarse por una cuestión de seguridad o vejez en el Hogar.

Los profesionales que allí trabajan son, una médica geriátrica (directora de la parte de salud del Hogar), una kinesióloga, una terapeuta ocupacional, enfermeras, personal de limpieza, una podóloga, un psiquiatra y una ginecóloga. Estos tres últimos profesionales mencionados, solo asisten al hogar si son llamados para la atención de algún residente en particular. Cuando los residentes ingresan se les ofrece la consulta con la médica geriátrica, pero si ellos requieren de una interconsulta con algún otro profesional, la dirección del Hogar les provee de los contactos, pero ya sería aparte.

Las actividades de estimulación que se realizan tienen una duración de una hora, generalmente por la mañana, llevadas adelante por la terapeuta ocupacional y la kinesióloga. Estas actividades son grupales, de estimulación cognitiva o recreativa, caminan y hacen ejercicios con distintos elementos. No se trabaja con todas las personas mayores, solo con los que tienen más conservados los dominios cognitivos, ya que

² Se cambio los nombres de las entrevistadas para preservar su identidad

³ Estos datos pertenecen a una entrevista realizada a la encargada del hogar

algunos necesitan una atención más personalizada. Esta atención más individual debe ser demandada por los familiares del residente. La kinesióloga asiste al hogar dos veces en la semana, la terapeuta ocupacional y médica geriátrica una vez a la semana.

Los profesionales no realizan reuniones para comunicarse la evolución de los pacientes. Solamente se reúnen cuando es necesario comunicarles alguna situación a los familiares o para organizar actividades de fechas festivas. Las que hacen el nexo entre los profesionales y comunican la evolución del paciente son la directora del hogar y su hija.⁴

Las actividades de la vida diaria de los residentes están marcadas por horarios. Tienen horarios para el desayuno, para las actividades de kinesiología y terapia ocupacional, para las visitas, almuerzo, siesta, cena, etc. Los residentes esperan en sus respectivos lugares a que le sirvan el desayuno, almuerzo, etc. y no pueden utilizar la cocina. A algunos si se los deja doblar su ropa, guardarla o lavar algún utensilio. No se organizan actividades grupales por fuera de la institución, los residentes salen solo con sus familiares o por alguna interconsulta médica.

En la institución tienen de mascota a un perro⁵, antes albergaban a animales rescatados hasta que las proteccionistas de Paraná les encontraban un hogar, pero a partir de la pandemia se decidió adoptar a uno para que los residentes del hogar tengan una compañía más. También hay una tortuga y se alimenta a las palomas.

En el Hogar⁶ “San Vicente de Paul” realizamos entrevistas a la psicóloga, “Floencia”, la cual lleva 12 años trabajando en la institución; y a la trabajadora social, “Gisela”, que lleva 3 años trabajando allí, realizó sus prácticas académicas en el hogar y después se quedó a trabajar. A su vez se recabó información de una entrevista realizada por Diario Uno de Paraná al hogar⁷. También en este Hogar las entrevistadas fueron de sexo femenino.

Es una residencia geriátrica que alberga, actualmente, a 39 mujeres, con una capacidad máxima de 49. Hasta el momento se permitía solo mujeres, pero está en construcción un ala que va a ser destinada a varones, con capacidad para 10 personas mayores. El hogar cuenta con 49 camas, generalmente, 6 por habitación, baños, salones multiusos, una amplia cocina y comedor, un área de enfermería, patio y una capilla, donde se realizan misas abiertas a la comunidad.

⁴ Estos datos se extrajeron de entrevistas realizadas a la kinesióloga y terapeuta ocupacional del Hogar

⁵ Del cual se adjunta foto en el anexo

⁶ Datos recabados a partir de entrevistas con personal del Hogar

⁷ Entrevista realizada por Vanesa Erbes, el 24 de junio de 2020. <https://www.unoentrierios.com.ar/la-provincia/hogar-san-vicente-paul-125-anos-labor-solidaria-n2593076.html>

El Hogar “San Vicente de Paul” lleva 127 años en funcionamiento, es una asociación civil sin fines de lucro. No es público, tiene dos vías de financiación, particular, donde se cobra el 80% de los ingresos totales de la persona o por convenio con la obra social PAMI. El fin de la institución es dar albergue a mujeres mayores de 60 años, que se encuentren en un contexto de pobreza y/o vulnerabilidad social. Próximamente se va a modificar este fin, permitiéndose también el ingreso a varones.

Los profesionales que trabajan en el hogar son, una trabajadora social, una psicóloga, una nutricionista, un kinesiólogo, un médico, enfermeras, y el personal de mucamas, “las chicas” menciona la psicóloga. Se trata de que las reuniones de equipo sean mensuales. Además, cuentan con un grupo en WhatsApp donde se comunican las novedades y donde se citan si necesitan hablar con algún profesional de algún tema en particular.

Las actividades de la vida diaria de las residentes también están marcadas por horarios, para el desayuno, almuerzo, merienda, cena, etc. En sus tiempos libres las residentes toman mate, miran televisión, leen, pintan o tejen.

En palabras de las entrevistadas, es una residencia “puertas abiertas”, donde siempre se está tratando de integrar a la comunidad y a familiares con diferentes propuestas. A su vez, se organizan actividades para que las residentes salgan, por ejemplo, en octubre se realizó el paseo en el colectivo de la municipalidad, junto con estudiantes.

Ahora bien, habiendo descripto las particularidades más representativas de cada institución, resulta significativo señalar que, en cuanto al Hogar “San José”, podríamos estar frente a una *institución total*, ya que, como hemos señalado en el capítulo anterior, esta se caracteriza por ser un lugar donde sus miembros comparten una rutina diaria, administrada formalmente por los directivos del hogar, siguiendo normas y reglamentos internos. Al punto de tener horarios programados para desayunar, recibir visitas, almorzar, cenar, etc. También es importante destacar que ellos no pueden quedarse a dormir un poco más si así lo desean, ya que es todo en horario, no pueden utilizar la cocina y tampoco pueden decidir que ver en la televisión.⁸

Estas instituciones tienen la característica de poseer tendencias absorbentes, la vida misma de los sujetos se desarrolla dentro de ellas, presentando obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior, siendo una institución a puertas cerradas. En el Hogar “San José” se señala que los residentes no realizan salidas al exterior, solo salen si algún familiar lo requiere o si necesitan hacer una interconsulta con algún profesional que trabaje por fuera de la institución, siempre acompañados. Esto se debe, según palabras de

⁸ Estos datos se extrajeron de la entrevista con la directora y terapeuta ocupacional del hogar.

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

la directora, a que ellos aceptan solo a personas mayores que presenten alguna patología, “...no es un lugar donde son señoras o señores que están perfectamente bien, que solamente vienen por una cuestión de seguridad o vejez a un hogar.”

En el Hogar “San Vicente de Paul” también se presentan horarios programados para desayunar, almorzar, cenar, etc., pero a diferencia del Hogar “San José”, las residentes que se encuentran bien cognitivamente tienen permitido salir de la institución para realizar mandados, tramites o visitas que deseen.

Además, siguiendo con la diferenciación, en este Hogar se organizan salidas externas, actividades que acerquen a la comunidad y a los familiares al Hogar, y permanentemente se brinda el espacio para prácticas académicas de distintas profesiones, así como también reciben visitas de escuelas primarias, secundarias y de la Iglesia. Además, se realizan misas en una capilla que se encuentra dentro de la institución, donde cualquiera de la comunidad puede asistir. Es decir, existe una interacción social con el exterior. Por estos motivos consideramos que no se podría catalogar como *institución total*.

Continuando con el contexto institucional de ambas instituciones, encontramos que en ninguna de las dos se realiza un trabajo interdisciplinario. En palabras de las entrevistadas:

“Lo que pasa que al no trabajar de manera interdisciplinaria esas cosas por ahí no las podés pensar o las pensas y no las podés aplicar porque como no hay acá un grupo de trabajo o reuniones de trabajo interdisciplinar...”. Mariana, Hogar “San José”.

“No, estamos siempre en contacto, pero nunca nos reunimos.” Candela, Hogar “San José”

“Si, si tratamos, tratamos, no siempre lo logramos, de que las reuniones de equipos sean mensuales. Eh, hay veces que lamentablemente por distintos motivos, no lo logramos...” Florencia, Hogar “San Vicente de Paul”.

Siguiendo a Elichiry Nora (1987) la interdisciplina surge ante la demanda social, ante problemas cada vez más complejos, favoreciendo la integración y producción de conocimientos. La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que implican interacción, cooperación y circularidad entre las disciplinas produciendo un enriquecimiento mutuo y transformaciones, a través del intercambio de métodos, técnicas e instrumentos, etc. Además, plantea que el encuentro entre las disciplinas debe ser provocado y constante en el tiempo, que el grupo debe tener una actitud cooperativa y ser flexibles en cuanto a las otras disciplinas, reconociendo las divergencias entre ellas y estar dispuestos a la búsqueda de otros métodos y técnicas.

En base a lo anteriormente planteado por Elichiry y lo relatado por las entrevistadas, consideramos que no existe un trabajo interdisciplinario en las instituciones, puesto que para que este exista se requiere de un contexto donde se tienda a la integración y haya un trabajo en equipo sostenido en el tiempo y constante. Si

las reuniones que menciona Florencia se realizan una vez al mes y solo con algunos profesionales, ya que hay veces en las que algunos no pueden asistir, este no es considerado como un trabajo interdisciplinario. Los profesionales trabajan de manera individual, dedicándose cada disciplina a su especialidad, sin un diálogo que logre transformaciones y un enriquecimiento mutuo. Creemos que todo esto resulta un obstáculo a la hora de trabajar con personas mayores, puesto que trabajar con envejecimiento y vejez, requiere tener disposición a la interdisciplina, siendo esta indispensable para que pueda trabajarse en la salud integral de la persona mayor. Mas aún si consideramos la compleja problemática que significó la pandemia por COVID-19.

Por último, nos pareció relevante destacar que, el hecho de que todas las entrevistas hayan sido realizadas a personal de sexo femenino no fue por una elección nuestra, sino que, actualmente, no se encuentran personas del sexo masculino trabajando en las instituciones, en lo que respecta a la atención de los residentes. En relación a esto, un Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la OMS, señala que, “...la mayoría de los cuidadores son mujeres, ya sean familiares, vecinas o amigas que proporcionan atención y apoyo, o cuidadoras profesionales remuneradas.” (OMS, 2015, pág. 138). Estos datos nos invitan a pensar en el lugar de “cuidar” que se le ha ido otorgando a la mujer a lo largo de la historia. Pero consideramos que irnos por esta línea conllevaría a otra investigación, puesto que nos alejaría de nuestra pregunta problema.

Estrategias de abordaje e intervenciones tomadas por parte de las instituciones de personas mayores

Ante la pregunta a cuáles fueron las intervenciones y/o estrategias implementadas por las instituciones, además de las recomendadas por el Ministerio de Salud y el COES, algunas de las entrevistadas expresaban que no hubo tiempo de pensar en ello o que solo se actuaba según los decretos del COES. Sin embargo, durante las entrevistas fuimos encontrando algunas decisiones que pueden entenderse como intervenciones y estrategias para combatir esta pandemia. A continuación, iremos citando y analizando cada una de ellas.

La irrupción del COVID-19 a principios del año 2020 ha sido un reto para el sistema sanitario y para las instituciones geriátricas. Frente a una situación inesperada y desconocida, prácticamente de un día para el otro dado que avanzaba de forma muy rápida, la sociedad se ha tenido que reorganizar y el sistema sanitario improvisar, decidir y atender los distintos imprevistos que traía aparejado esta pandemia. Poniéndose de manifiesto la necesidad de medidas sociales para frenar la propagación del virus, como restricciones de movilidad, distanciamiento entre personas y medidas de protección personal y de higiene. Se ha tenido que

gestionar el miedo y ansiedad de la población, de manera que interfieran en lo más mínimo en la actividad diaria.

Además, hemos visto como en los medios de comunicación se difundían infinitas noticias sobre cómo afectaba este nuevo virus a las personas mayores y las consecuencias que tenían las medidas de prevención en ellos, destacando, en su mayoría, adjetivos negativos. Se generaron múltiples manifestaciones viejistas y edadistas⁹ en los medios de comunicación masiva y en la lectura de la sociedad. Por ejemplo, cuando vimos como las personas mayores no tuvieron acceso a la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) de los hospitales “porque no había capacidad”, y la aparición de adjetivos inapropiados hacia este grupo de personas como “enfermos”, “abandonados”, “frágiles”, “vulnerables” ligados a estereotipos negativos. (Armero Serrano, 2020) . Provocando miedo, ansiedad e incertidumbre en los mismos, así como también en sus familiares y el personal de las instituciones geriátricas.

Como señala Salvarezza (1988) en “Psicogeriatría. Teoría y Clínica”, Butler en 1973 ha sido el primero en estudiar esta serie de prejuicios en contra de la vejez, acuñando para esto el término *ageism*. Del cual, luego de varios años, se le ha creado un neologismo, “viejismo”. Nos dice Salvarezza (1988) “...el término viejismo define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad” (pág. 23). Remarcando que estos prejuicios son adquiridos en la infancia siendo, generalmente, resultado de identificaciones significativas en su entorno familiar, que luego se van asentando y racionalizando durante el resto de sus vidas.

Podríamos suponer que, por estas razones, Carmen, directora del Hogar “San José”, nos comenta que tomaron la decisión de suspender el uso de la televisión, “...tratamos de que no vean más noticias...”. “...como para que ellos no estén tan alarmados, me entendés, era grave, pero que tampoco piensen que era para morirse.” Recordando que al principio las noticias fueron las peores, mostrando pilas y fosas donde tiraban a los que fallecían a causa de este virus.

A su vez, Gisela, del Hogar “San Vicente de Paul” también nos cuenta que en pleno auge de la pandemia “...se restringió la tele porque ya era un caos, empezó todo esto de los miedos, “mañana me muero”, persecuciones por distintas cosas y demás, así que un poco se restringió, se dejaba ver, pero menos”, es decir que no se les saco por completo el acceso a la televisión, pero si se trató de disminuir el consumo de este medio.

⁹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el "edadismo" o "viejismo" refiere a los estereotipos y comportamientos prejuiciosos contra la población mayor a causa de su edad.

Con esta estrategia se buscaba que en las personas mayores no se siga generando miedo y ansiedad en torno al COVID-19. Pero Carmen remarca que esto fue efectivo hasta cierto punto, ya que había situaciones que escapaban de sus manos, como el hecho de que varios de sus residentes también escuchaban la radio.

Con respecto a la ansiedad en la vejez, Iacub y Acrich (2013) en *Psicología de la mediana edad y vejez. Módulo 3. “Dolor psíquico” – “Deterioro Cognitivo”*, la caracterizan como el sentimiento ante un peligro inminente, una actitud de espera y de desconcierto frente a la experiencia vivida o anticipada y plantean que existen ciertos factores que contribuyen a la incertidumbre: 1- la personalidad; 2- la afectividad; 3- el funcionamiento intelectual; 4- la vida de relación; 5- la percepción del cuerpo; 6- la enfermedad física, en el caso de la enfermedad por Covid-19 sus síntomas más frecuentes eran fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor muscular, cefalea, diarrea y/o vómitos y pérdida brusca de gusto u olfato; y, por último, 7- la vida social: “El corte con la vida social, la perspectiva de discapacitarse, las miradas prejuiciosas sobre la vejez llevan a que la imagen de si se ponga en duda y se vea de un modo negativo. Particularmente la entrada en una institución geriátrica u otros hechos que arrebatan el sentido del control personal pueden ser altamente ansiógenos” (Iacub & Acrich, 2013, pág. 58). Teniendo en cuenta esta última y que, según comentan las entrevistadas, la ansiedad de las personas mayores se vio incrementada, creemos que algunos de los motivos de este incremento fue la suspensión de su vida social, la suspensión de las visitas familiares, de poder salir y realizar actividades con la comunidad y además las continuas noticias prejuiciosas y negativas que se oían, leían o veían en los distintos medios de comunicación.

Dentro de las manifestaciones clínicas de esta ansiedad se encuentran: -Las preocupaciones subjetivas, como ejemplo, Florencia del Hogar “San Vicente de Paul”, nos cuenta que surgió mucho “...la cuestión del miedo de ellas, de que su familia que está fuera o que incluso nosotros mismos que salíamos, nos contagiemos, que nos pase algo, a nosotros, a su familia, eso también fue un tópico de trabajo, sobre todo en lo más duro, en el periodo donde más desconocimiento había”. Y Gisela que, “...empezó todo esto de los miedos, “mañana me muero”, persecuciones por distintas cosas y demás...”.

-Los síntomas somáticos, donde puede presentarse taquicardia, temblor, inestabilidad motriz. También suele presentarse la sensación de tener la garganta cerrada, la opresión torácica o disfagia. Cabe destacar que algunos de estos síntomas coinciden con los de la enfermedad por COVID-19, es decir, pudiendo incrementar la incertidumbre y preocupación en las personas mayores de estar contagiados. -Y, por último, las consecuencias comportamentales, donde predominan los comportamientos de evitación.

Por otro lado, Mariana, terapeuta ocupacional del Hogar “San José”, señala que cuando ella volvió a trabajar a la institución, ya que una de las intervenciones fue la suspensión de su actividad en el Hogar (de lo cual hablaremos más adelante), la mayoría de las personas mayores estaban enterados de lo que estaba pasando

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

porque seguían mirando televisión pero que, *“...muchos no comprenden entonces no... al no tener una comprensión de cosas sencillas, tampoco era como que, primero, que por ahí no comprenden, segundo, por ahí se olvidan, entonces es repetir todo el tiempo lo mismo.” “Pero te digo que de los que están acá muy pocos están en condiciones de entender lo que estaba pasando.”*

Con relación a lo anterior, Candela (kinesióloga) y Lucia (médica) también del Hogar “San José” expresan que son muy pocos los residentes que se encuentran cognitivamente bien y totalmente lúcidos, por lo que no comprendían lo que estaba sucediendo. En el mismo Hogar se señala que no se pudieron implementar estrategias y/o intervenciones debido a este deterioro cognitivo que caracteriza a sus residentes.

En lo que respecta a este deterioro, que se señala en el Hogar y siguiendo con Iacub y Acrich (2013) existen una serie de trastornos que afectan la capacidad cognitiva, por fuera de los consignados como deterioro normal del envejecimiento. Tenemos, por ejemplo, a los trastornos de memoria de tipo funcional, donde es importante discernir cuales son resultado de problemas psicobiológicos y cuáles de tipo emocional. Ya que existe evidencia de que no toda queja de memoria remite a un problema psicobiológico, volviendo con la ansiedad, esta puede atraer problemas en la memoria.

Dentro de los trastornos que afectan a la memoria tenemos a la Hipocondría mnésica (HM) donde los pacientes presentan quejas sobre eventuales pérdidas de memoria semántica y autobiográfica; la Desorganización cognitiva-funcional (DCF) caracterizada por presentar síntomas después de un duelo o hecho estresante, algunos de estos síntomas son confusión, distracción, hasta dificultades para organizar emocional y cognitivamente su vida. Y la Pseudodemencia la cual aparece bruscamente y su deterioro no progresa, además el paciente presenta un negativismo y sus problemas mnésicos son variables en el tiempo (Iacub & Acrich, 2013, pág. 69).

En base a lo anterior, creemos importante aclararlo ya que hubiera sido interesante indagar sobre el deterioro que se menciona en las entrevistas para poder discernir si este es resultado de algún trastorno psicobiológico o es resultado de problemas de tipo emocional, consecuencia misma de la ansiedad e incertidumbre que generaba este nuevo virus de COVID-19. Pero no logramos abarcar este aspecto.

Por otro lado, con respecto al Hogar “San Vicente de Paul” ante la pregunta sobre las estrategias ideadas, Florencia responde que implementaron el uso de una biblioteca, donde aprovecharon una nota con canal 11, por sus 125 años, para pedir donaciones de libros. Así comenzaron a circular libros y revistas entre las residentes. También comenta que intentaron volver a jugar al Bingo, desconocemos si lo lograron.

Gisela, trabajadora social del mismo Hogar, relata que intervenían de la siguiente manera: *“...lo que hacíamos por ahí nosotras más que nada eran las charlas y la escucha permanente, salir a recorrer un*

poco los pasillos, lo que se podía, o utilizar el patio como espacio para charlas, contención y demás.” En relación con esto, en uno de los documentos del COES, el número “054” para ser precisos, recomendaba que los profesionales hicieran turnos rotativos para acompañar a los residentes y evitar así su aislamiento emocional.

Por otra parte, una de las dificultades que nos manifestaron en ambos Hogares, apareció cuando las personas mayores comenzaron a preguntar sobre sus familiares, queriendo saber cómo se encontraban. Carmen, nos relata, “...cómo hacerles llegar que algunos de sus familiares se habían enfermado y muerto. Fue todo un tema manejarlo, no fue nada fácil, sobre todo con los abuelos que entienden, que salían, que se visitaban o que se frecuentaban con esa persona que había fallecido.” Frente a estos interrogantes que surgían se decidió que la mejor opción era decirles a los residentes que sus familiares se habían ido de viaje, que fueron trasladados al sur o al norte. Y así, Carmen nos comenta que algunos mayores fallecidos nunca se enteraron del fallecimiento de su hijo, nieto, sobrino, etc.

Esta estrategia fue tomada después de haber pasado por una situación donde una familiar de una de las residentes le empezara a comentar sobre quienes habían fallecido por COVID-19, a raíz de esto la adulta mayor “...entro en un cuadro depresivo terrible que después nos llevó meses recuperarla”, nos comenta Carmen.

Por último, nos parece relevante destacar que en varias entrevistas ante la pregunta a como consideraban que se manejaron durante la pandemia o si hubo muchas dificultades, se respondía en base a los contagios o fallecimientos por COVID-19:

“Entonces lo pudimos superar y solamente tuvimos una baja que la internamos.” Carmen, Hogar “San José”.

“Porque, por ejemplo, nosotros casos de COVID, durante el periodo grueso, no tuvimos. Entonces en ese sentido creo que hicimos bien las cosas, ahora sí, donde empezamos a abrir las puertas, ahí empezó.” Florencia, Hogar “San Vicente de Paul”.

“Sí, sí. Siempre hay cosas que mejorar, obviamente, pero si yo creo que nos agarró preparados más que nada por las directivas...” “Así que bueno, dentro de todo no tuvimos muchos casos...” Gisela, Hogar “San Vicente de Paul”.

Entonces, en este apartado y en los que siguen vamos a ir viendo como la mayoría de las estrategias de abordaje e intervenciones llevadas a cabo se basaban en evitar la propagación de este virus y en el cuidado de la persona mayor, todo esto nos lleva a pensar que las instituciones geriátricas investigadas se rigen aún por el Modelo Médico Hegemónico, situando al mayor como objeto de cuidados. Dejando en evidencia la

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

impronta médica que determina a las instituciones, puesto que la mayoría de las estrategias e intervenciones eran en función al control y caracterizadas por una eficacia pragmática.

Concluimos este apartado con una cita de Mario Testa (1993): “El episodio de la enfermedad, sobre todo cuando se trata de una enfermedad somática, de origen biológico o que afecta órganos definidos en forma bien particularizada, hace que se destaque el carácter objetual del individuo que padece el episodio y acentúa la necesidad del tratamiento de ese particular “objeto”” (pág. 182). De este modo el desconocimiento de la subjetividad y de la socialidad del mismo disminuye la eficacia de la intervención. A su vez, Testa (1993) señala que las consecuencias negativas de esta objetualización no solo recaen en la persona sino también en los trabajadores de salud, que sufren las consecuencias del permanente contacto con el dolor y la muerte. Esto lo vemos cuando, en el relato algunas de las entrevistadas de los Hogares manifiestan sentimientos de angustia y tristeza al recordar distintas situaciones que pasaron durante la pandemia por COVID-19, por ejemplo, el fallecimiento de una de sus residentes.

Recomendaciones del Comité de Organización de Emergencia en Salud (COES) y Ministerio de Salud de Entre Ríos durante la pandemia por Covid-19

Este punto surge a partir de observar cuan constante fue en el relato de las entrevistadas la mención del COES y Ministerio de Salud, cuando se preguntaba por las estrategias e intervenciones que implementaron. Resaltando que se basaban en los lineamientos que estos organismos hacían circular.

A continuación, describiremos y analizaremos las recomendaciones que brindaba el COES y Ministerio de Salud a través de sus documentos. Y, cómo interferían estas en el funcionamiento y organización de las instituciones investigadas, ejemplificando con experiencias extraídas de las entrevistas.

Cabe aclarar que el Ministerio de Salud de Entre Ríos y el COES (Comité de Organización de Emergencia en Salud) trabajaron en conjunto, el COES fue un órgano creado con el fin de coordinar e implementar estrategias y acciones para el tratamiento de patologías infecciosas transmisibles, dentro de las cuales se encuentra el coronavirus, así como también comunicar a la población sobre cómo proceder ante esta nueva enfermedad. Su creación responde a una medida recomendada por el Consejo Federal de Salud (Cofesa) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En primer lugar, con respecto a las recomendaciones para las personas mayores de 65 años y para las residencias de larga estadía, el documento número “004” fue uno de los primeros escritos por el COES. En el mismo se recomendaba minimizar las actividades sociales, fundamentalmente aquellas donde asistan gran cantidad de personas y sea en lugares cerrados. Consultar inmediatamente, por vía telefónica, ante la presencia de fiebre y/o síntomas respiratorios y no automedicarse.

Que se eviten las visitas de personas con síntomas respiratorios o que hayan estado en lugares de transmisión viral en los últimos 14 días. Y recibir la vacuna antigripal y antineumocócica.

El número “017” con fecha del 15 de marzo del 2020, planteaba la suspensión de toda actividad en las residencias, ya sean de rehabilitación, educativas y/o recreativas. La restricción de las visitas a un solo familiar por paciente y que la presencia de este sea por el llamado de la institución. A su vez las vacunas antigripal y antineumocócica recomendadas, pasaron a ser una rigurosa exigencia.

Luego, el documento número “029” del 25 de marzo de 2020 pasó, directamente, a recomendar la cancelación de toda actividad ambulatoria de carácter asistencial de rehabilitación, educativa y/o recreativa. Se exigía la vacuna antigripal y antineumocócica y se agrega que las instituciones se comuniquen con la Dirección General de Prestaciones del Ministerio de Salud de Entre Ríos con el fin de arbitrar las medidas para garantizar el cronograma de vacunación de los residentes y del personal.

A su vez y a diferencia de los decretos anteriores, se recomendaba prohibir el ingreso a toda persona ajena que no forme parte del personal de la institución. También se aconsejaba una alimentación saludable y una buena hidratación.

Las instituciones geriátricas fueron entornos donde existía un riesgo elevado de contagio y una prevalencia mayor de obtener graves resultados, debido a la edad avanzada de los residentes, los problemas de salud crónicos que pueden llegar a presentar y al movimiento del personal entre instituciones de la zona. En base a esto último, y siguiendo las recomendaciones de los documentos mencionados anteriormente, Carmen, directora del Hogar “San José”, comenta que tomó la decisión de suspender todas las actividades de kinesiología y terapia ocupacional, *“Yo suspendí hasta las actividades de los terapeutas, kinesiólogos porque ellos son los que andaban por todos los lugares y venían acá y podían venir contagiados sin saber.”* El resto de las entrevistadas del Hogar “San José” corroboran que se manejaban por los lineamientos que mandaba el Ministerio de Salud de Entre ríos, mediante el COES. Candela, *“...desde el Ministerio de Salud habían prohibido el ingreso a los geriátricos, solo venían la médica y las cuidadoras”*.

Del mismo modo, Gisela, del Hogar “San Vicente de Paul”, nos comenta *“en un momento estuvo cortado el ingreso, solo era el personal de salud y el de cuidado de las ancianas. Y bueno una vez que se nos dio el*

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

“ok” empezamos a venir, con todo lo acorde a ese momento que era cofia, barbijo, todo.” Es decir, que también en este Hogar se basaban en los lineamientos que planteaba el Ministerio de Salud mediante el COES.

Siguiendo con el Ministerio de Salud, el 21 de mayo del 2020, difundió una serie de *recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 en las residencias para personas mayores y plan de contingencia*. En el mismo, dentro del apartado 1- “Medidas para evitar la introducción del virus en las instituciones”, se planteaba “Restringir las visitas de personas externas a la residencia permitiendo solo aquellas estrictamente necesarias (procedimientos médicos invasivos imprescindibles, cuidados personales básicos, acompañamiento humanizado en el final de la vida)”. Y que, en caso de ser necesario el ingreso a la institución, los visitantes debían adoptar las medidas de bioseguridad, así como cumplir con las restricciones que la institución realizaba.

Dentro de estas restricciones se planteaba que los visitantes debían tener el pelo recogido, no podían utilizar elementos en las manos que obstaculizaran la correcta higienización, se debía tomar su temperatura y prohibir el ingreso a aquellos que presenten fiebre. También se debía aplicar solución de lavandina diluida a todos los objetos que ingresaban a la institución.

En base a estas reglas del Ministerio de Salud y el COES, es que las directoras de ambas instituciones prohibieron el ingreso del resto del personal como medida de prevención, solo podían ingresar el médico o médica, las enfermeras o enfermeros y el personal de limpieza, siempre y cuando cuenten con el equipo de protección e higiene correspondiente y no presenten síntomas de COVID-19. De todos modos, estos profesionales que no podían acceder a la institución seguían manteniéndose en contacto y mandando actividades de manera virtual o a través de fotocopias.

Otra de las recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 en las residencias para personas mayores fue que se cierren las zonas comunes y se establezcan turnos para la realización de cada actividad de los residentes, con su respectiva limpieza al finalizar cada turno. Florencia, del Hogar “San Vicente de Paul” nos relata de la implementación de esta recomendación, *“...se armaban también distintas burbujas en función de las habitaciones, se ponían mesas en los pasillos porque, por ejemplo, al comedor no se iba, no se compartía. Pasillos abiertos, ventanas, puertas, ventilación todo el tiempo, incluso por ahí en pleno invierno estaba todo abierto. Salía primero a comer una habitación, se guardaban, salía la otra en otro momento y así. Se hicieron como sub-burbujas.”*

Por otro lado, mediante el documento “045” se plantea que las residencias de personas mayores debían diseñar y disponer de una planificación institucional con acciones para implementar las medidas de prevención y actuar rápidamente frente a la presencia de un caso sospechoso o confirmado de COVID-19.

También se recomendaba designar un coordinador, el cual se encargaría de informar al personal y residentes sobre las características de este nuevo virus y el modo de protegerse del mismo. Así como también de la compra de insumos correspondientes para la limpieza, desinfección, de asegurar la provisión de insumos básicos de higiene personal para los residentes y el personal, y de la consulta y comunicación con el COES.

Según la información recabada en las instituciones investigadas no hubo un coordinador específicamente designado a estas tareas que planteaba el COES, sino que, de transmitir la información a residentes y familiares, así como de la compra de insumos, se encargaba la dirección de cada institución junto con otros miembros del personal.

Con respecto a la compra de insumos la directora del Hogar “San José” nos comenta que *“...al ser un geriátrico habilitado yo compraba cosas de la droguería entonces los otros geriátricos que no tenían las habilitaciones para comprar en la droguería me pedían a mí”*. También relata que tuvieron mucha ayuda de algunos laboratorios, los cuales les proveían de bolsas de remedios necesarios para combatir la enfermedad.

También se sugería no ingresar a nuevos residentes e informar a familiares, usuarios y proveedores sobre las restricciones y medidas de prevención adoptadas. Colocar carteles que informen sobre la higiene de manos y respiratoria, y disponer de dispensadores de alcohol en gel para los residentes. Así como también se debía otorgar licencia al personal con fiebre y/o síntomas respiratorios.

Desconocemos de la colocación de carteles, ya que cuando realizamos las entrevistas no vimos ninguno, excepto sobre el uso obligatorio de barbijo. Igualmente tenemos en cuenta que el mayor auge de la enfermedad fue en el año 2020 y 2021 y las entrevistas y observaciones fueron realizadas a fines del 2022. En base a esto, también recordamos un comentario de Gisela, del Hogar “San Vicente de Paul”, con respecto a los cambios que tuvieron que implementar en pandemia *“...la verdad no nos gustó nada, entonces tratamos de volver a lo de antes.”* Señalando que para ella lo único positivo fue que ahora pueden gestionar cualquier trámite de manera online, ya sea para conseguir medicamentos o para cualquier gestión que involucre a la obra social. Creemos que por este motivo se procedió a quitar los carteles que pudieron haber puesto durante el auge de la pandemia, para que en el Hogar no haya nada que les recuerde esos tiempos.

Por último, este documento número “045”, informaba sobre cómo actuar ante un caso sospechoso. Se debía colocar un barbijo al residente, aislarlo del resto de convivientes e informar a la familia y autoridades de salud pública. Dando al final un número telefónico para consultas sobre que otras acciones tomar con este caso sospechoso.

Con respecto al aislamiento del caso sospechoso, algunas de las entrevistadas nos relatan que:

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

“Los aislaban por habitaciones y se que desinfectaban, tenían una lámpara LED que desinfectaba todo, igual se terminaron contagiando todos tanto en la casa de acá como la otra.” Candela, Hogar “San José”.

“Primero aislamiento de la persona sintomática, aislamiento burbuja en la habitación, elementos de protección personal desde el momento cero”. Florencia, Hogar “San Vicente de Paul”.

Sin embargo, se encuentran algunas contradicciones en las respuestas de las entrevistadas. Puesto que, Lucia, médica del Hogar “San José”, señala que la estructura de la institución no estaba preparada para que se pueda realizar el debido aislamiento de la persona mayor, y que por esto *“lo que se tomó en las instituciones geriátricas era lo que se llamaba, lo que se decía, un brote. Ya cuando había más de tres infectados que era en cuestión de un rato, porque uno tenía con fiebre, otro con moco, y listo ya está. El brote fue cerrar la institución.”* *“...que no entre nadie, que no salga nadie...”* Es decir, que el aislamiento de un solo caso sospechoso o infectado no se realizaba.

Tomamos este último comentario de la médica del Hogar “San José”, que fue quien estuvo durante todo el periodo de pandemia, dado que su ingreso a la institución no fue suspendido en ningún momento, para concluir que la estructura edilicia de este Hogar no se encontraba en condiciones para realizar el aislamiento de algún residente que presentara síntomas, y que por estos motivos no se realizaba. Pasando directamente al cierre de toda la institución cuando ya había varios infectados. Y no olvidemos el hecho de que, si se pedía el traslado de algún residente infectado al hospital, este no los aceptaba con el criterio de que había personas más jóvenes esperando por una cama o respirador y que no tenían la capacidad suficiente. Mas abajo volveremos a nombrar esta situación que corresponde a ir en contra de los derechos de las personas mayores.

Por otra parte, en el Hogar “San Vicente de Paul” creemos que, si se realizaba el aislamiento correspondiente a algún caso sospechoso o infectado, puesto que Florencia, al final de la entrevista nos comenta que algo que llego para quedarse fue la habitación de aislamiento, pero que ahora su finalidad sería otra:

“...la habitación de aislamiento, eso es algo que en algún punto llego para quedarse. No para aislamiento, sino para paliativo. Nosotros ya desde antes veníamos con este proyecto, a raíz de una situación de una persona con un tratamiento oncológico, que la verdad sus compañeros sufrieron mucho.”

En base a los cuidados paliativos, traemos lo que plantea el artículo 12, de la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 27360), con respecto a los *derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo:*

Inc. e) Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

Por último y continuando con los decretos del COES, el documento número “054”, con fecha del 19 de mayo del 2020, presenta una serie de recomendaciones para aquellas personas que quieran visitar a los residentes de la institución, las mismas debían ser pautadas anticipadamente. Estas visitas podían realizarse a: pacientes que privados del contacto con su familia presenten deterioro en su estado psíquico, pacientes que presenten deterioro en su cuadro clínico con riesgo de vida y pacientes con un riesgo de muerte inminente (con excepción de aquel diagnosticado con COVID-19).

A diferencia de los anteriores, en este decreto, para evitar el aislamiento emocional se recomienda establecer turnos rotativos entre los profesionales para el acompañamiento de los residentes. Además, se plantean una serie de pasos para el ingreso, permanencia y salida de la institución. Y al final, se anexa un formulario de consentimiento informado para ser completado por la persona que realice la visita.

En todos estos decretos del COES, se anexan una serie de recomendaciones para la adecuada higiene de manos, respiratoria y ventilación de ambientes.

Ahora bien, con respecto a la suspensión de las visitas y luego a su respectiva habilitación, traemos una serie de relatos de las entrevistadas que dan cuenta de la postura que tomaron en los Hogares cumpliendo con las mencionadas recomendaciones del COES:

“Te diría que empezaron a abrir las puertas en el hogar en noviembre o diciembre, pero muy poco. Con visitas acordadas, que no se interpongan los familiares, con turnos, afuera, con barbijo.” Mariana, Hogar “San José”.

“Y al 100% fue desde marzo del 2020...” “...hasta finales de octubre tal vez del 2020”. Después de esa fecha “...fue con turnos. Solamente una persona por residente, una sola visita por residente, afuera. Días de lluvia se cancelaban y a reprogramar, con tiempo limitado, creo que eran 20 minutos por visita, todo era según el protocolo y ni bien aparecieron las vacunas, que, si no mal recuerdo fue finales de 2020, se empezó a exigir certificado de vacunación para las visitas”. Florencia, Hogar “San Vicente de Paul”.

“Cuando había contagios pico se cortaba más que nada por la circulación y después se empezaba a habilitar, con turno, por hora y demás, con barbijo, sin compartir mates, toda esa reglamentación estaba. O cuando había sospechas por algún síntoma o algo también, se cortaban las visitas y después cuando daban algún positivo o negativo se volvían a reactivar o no”. Gisela, Hogar “San Vicente de Paul”.

Para concluir y coincidiendo con algunas de las entrevistadas, creemos que la suspensión de las visitas afectó de manera negativa a los residentes, produciendo un incremento del desgano y de la preocupación por sus familiares. Además, teniendo en cuenta que a muchos les costó mantener el vínculo por medio de herramientas tecnológicas, ya sea porque no entendían el modo de utilizarlas o porque no estaban a gusto con estas formas de comunicarse.

Derechos de las Personas Mayores en contexto de Pandemia

En este punto intentamos realizar un análisis en base a los derechos de las personas mayores, considerando que son sujetos de derechos a los que el Estado debe garantizar la atención de su salud en igualdad de condiciones que el resto de la población ya que, muchas veces por motivos viejistas o edadistas se presentan problemas que no se encuentran en otros grupos etarios. Realizamos este análisis mediante respuestas que iban surgiendo en las entrevistas sobre las estrategias e intervenciones que se iban implementando en los Hogares, que nos llevaron a reflexionar sobre el lugar que ocuparon las personas mayores de instituciones geriátricas en este contexto de pandemia.

Comencemos con lo que nos relata Lucia, médica del Hogar “San José”, con respecto a los traslados a hospitales, “...tuvimos pacientes saturando, con antibiótico, con todo; demandando un estrés terrible porque los pacientes si se complicaban acá, no te los recibían tampoco los de salud, nos decían... “no me vas a mandar una vieja de ochenta porque tengo gente de cuarenta para un respirador y no le vamos a hacer nada”. Pero si nos dijeron lo que vos necesites nos pedís.” Esto deja en evidencia el privilegio que tenía la vida de los niños y personas jóvenes, dejando morir a las personas mayores sin ningún tipo de contención y sin ni siquiera dejar a sus allegados despedirse de ellos, ya que estaban prohibidas las visitas y que tampoco se podían realizar velatorios, por miedo a expandir la red de infectados. A su vez, como los servicios de sepelios exigían que los que fallecían tengan la famosa “bolsa negra”, el personal de los Hogares debía encargarse de conseguirla, “...la familia después lo embolsaban muerto y chau, ni velatorio, ni nada. No lo veía, no lo viste antes, no lo viste después, ya veían el cajón cerrado.”, nos sigue relatando la médica del Hogar “San José”.

Esta serie de situaciones que nos relata Lucia nos lleva a interrogarnos sobre, ¿por qué la cama o respirador del hospital se le niega a la persona mayor? ¿por qué vale más la vida de un niño o joven que la vida de un mayor? ¿las personas mayores estorban a la sociedad? Las respuestas a estos interrogantes nos remiten a volver a pensar en los prejuicios que existen contra esta etapa de la vida. Con frecuencia, no escuchamos

sus voces y perspectivas cuando se trata de su atención. Y olvidamos que las personas mayores tienen el mismo derecho a recibir cuidados que cualquier otra persona. Ninguna vida es más valiosa que otra.

En base a lo anterior, la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada en 2015 con el objetivo de proteger, asegurar y promover todos los derechos de las personas mayores y que sean reconocidos en condiciones de igualdad, contribuyendo con su inclusión y participación en la sociedad, en su artículo 5 sostiene que queda prohibida la discriminación por edad en la vejez y que los Estados Parte deberán desarrollar enfoques específicos en sus políticas sobre envejecimiento y vejez.

Por otra parte, el artículo 11 de la Convención, describe el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. Señala que se deberá garantizar el derecho de la persona mayor de manifestar su consentimiento de manera libre y voluntaria, así como a poder revocarlo o modificarlo.

Las instituciones públicas o privadas y sus profesionales no podrán aplicar ningún tipo de tratamiento o intervención sin el consentimiento informado de la persona mayor, en caso de no poder acceder al mismo se deberá actuar de acuerdo con las excepciones establecidas en la legislación nacional. Las personas mayores tienen derecho a aceptar, negarse o interrumpir los tratamientos médicos o quirúrgicos

Quedando los Estados Parte comprometidos a evitar que se produzcan abusos y a elaborar mecanismos que fortalezcan la capacidad de la persona mayor de comprender las opciones de tratamientos vigentes, así como sus riesgos y beneficios.

Entendemos que en las instituciones investigadas se actuaba ligados a la preocupación por todo lo nuevo que traía esta pandemia y acorde a lo que demandaba el Ministerio de Salud en ese momento, y que como nos comentan en algunas de las entrevistas, por ejemplo, Lucia, médica del Hogar “San José”, “...no se les explicaba mucho. Pero porque vos quieres hablar con una, miras para allá todo lo que es esto no podés hablar con nadie, con nadie.” Dando por sentado que muchos residentes no tenían la capacidad para comprender lo que estaba sucediendo, por ende, consideramos que su derecho a poder brindar su consentimiento libre e informado no se estaba cumpliendo.

Ahora bien, el artículo 12, dedicado a los *derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo*, señala que se deben tomar medidas para lograr un sistema integral de cuidados teniendo en cuenta el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

Comprometiéndose los Estados Parte a que los servicios de cuidado de largo plazo cuenten con el personal adecuado para ofrecer esta atención integral. Así como también, informar a la persona mayor sobre sus derechos, promover el acceso a los medios de comunicación, incluyendo redes sociales. Promover la

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

interacción social y familiar, su seguridad personal, el ejercicio de la libertad y movilidad. Y proteger su privacidad e intimidad en las actividades de la vida diaria, particularmente en las de higiene personal.

En relación con promover la interacción social y familiar, traemos algunas citas de las estrategias que iban implementando en las instituciones, con el fin de evitar el quiebre total de los vínculos con sus familiares, sin olvidar que eran momentos de muchas restricciones:

“...hacíamos videollamadas, fotos, hablaban por teléfono y, sino, la otra era ellos allá afuera en la reja y se los mostrábamos. Por lo menos los veían que estaban bien, que estaban sanos.” Carmen, Hogar “San José”.

“En cuanto a estrategias con ellas, bueno el tema de las videollamadas con las empleadas, ellas prestaban su teléfono, celular para que con los familiares ellas pudieran verse.” Florencia, Hogar “San Vicente de Paul”.

“...si había mucha demanda en esto de querer saber cómo estaban, entonces nosotras éramos su vínculo como para hacer videollamadas, sacar fotos y mandar. El teléfono siempre estuvo habilitado.” Gisela, Hogar “San Vicente de Paul”.

Del mismo modo, recordemos que la Convención en su artículo 14 plantea el derecho de las personas mayores al acceso a la información y la libertad de opinar y expresarse, en igualdad de condiciones que el resto de la población y mediante los medios que ellos prefieran. En base a este derecho, Florencia, psicóloga del Hogar “San Vicente de Paul” nos comenta que se informaban, a partir de los medios, de lo que venía sucediendo en otras partes del mundo con el COVID-19, y que esto hizo que se sintieran más preparados para enfrentar la situación. Desde diciembre del 2019 y enero del 2020, se venía hablando del coronavirus con las residentes y el resto del personal como algo que podía llegar a pasar en su institución: *“Esto de que nosotros somos puertas abiertas, de que buscamos que nuestras viejas estén lo más integrados a la sociedad y a la comunidad, nos permitió hablar mucho de esto, antes.”*

Pero también recordemos la estrategia que señalábamos más arriba, donde las directoras de ambas instituciones tomaron la decisión de restringir el acceso a la televisión, con fines de evitar el incremento del miedo y ansiedad. Es decir que en esos momentos en los cuales se decidía evitar que vean televisión se estaba incumpliendo con el derecho de las personas mayores de acceder a la información mediante los medios que ellos prefieran.

Por otro lado, en relación con la discriminación que mencionábamos más arriba, el artículo 19 de esta Convención se centra específicamente en el derecho a la salud de las personas mayores, dando cuenta del derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Establece que los Estados Parte quedan

comprometidos a diseñar e implementar políticas públicas de salud para lograr una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor.

Traemos dos puntos de este artículo que consideramos pertinentes a esta investigación:

Inc. a) Asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres.

Inc. f) Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.

Con estos incisos volvemos a dejar en evidencia como en este contexto de pandemia, algunos servicios de salud no respetaban los derechos de las personas mayores, por ejemplo, al negarles el acceso a la UCI, a una cama o respirador en igualdad de condiciones que el resto de la población. Con el pretexto de que no había suficiente capacidad.

Además, el artículo 29 con respecto, precisamente, a situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, sostiene que los Estados Parte deberán tomar las medidas que sean necesarias para garantizar los derechos de las personas mayores, y específicas a las necesidades de estos en la preparación, reconstrucción, prevención y recuperación en situaciones de emergencias o conflictos. Propiciando que la persona mayor participe en los protocolos de protección civil.

Así es como la pandemia dejó al descubierto la desigualdad de condiciones que padecieron las personas mayores para el ejercicio de sus derechos, principalmente el derecho a la asistencia hospitalaria acorde a su condición, dado que se les negaba una cama y/o respirador en los hospitales si existía alguien más joven que a la par lo necesitara. También el derecho a su autonomía personal, puesto que vemos que las estrategias se tomaban siguiendo con los lineamientos de los decretos que se mandaban desde el COES y Ministerio de Salud, se actuaba en base a estos, y en ningún momento alguna de las entrevistadas nos relata que se tenía en cuenta las voces y perspectivas de sus residentes (Davobe, 2020).

En este marco, recordemos lo que establece la Constitución de la Nación Argentina, en su artículo 75, inciso 23, sobre la obligatoriedad de asegurar la igualdad de oportunidades y trato, así como también el pleno goce y ejercicio de los derechos de las personas que se encuentran en contextos vulnerables, dentro de los cuales se encuentran precisamente, las personas mayores.

Para finalizar, traemos respuestas que fueron dadas ante la pregunta por la atención hacia la salud de los profesionales que trabajan en los Hogares investigados. Cuando preguntamos en el Hogar “San José” por

estrategias que hayan implementado para cuidar la salud mental del personal, las respuestas que obtuvimos fueron las siguientes:

“No, es que no había tiempo de pensar nada”. “Aparte los médicos no atendían, no te atendían en consultorio, era todo por videollamada, o sea, tenías que pasarla nomás, no había una asistencia mental para nosotros los que estábamos trabajando.” Carmen, Hogar “San José”.

“Lo que pasa que al no trabajar de manera interdisciplinaria esas cosas por ahí no las podés pensar o las pensas y no las podés aplicar porque como no hay acá un grupo de trabajo o reuniones de trabajo interdisciplinar. Por ahí, la verdad que uno no se sienta a pensarlas ¿por qué aplicarlas en qué? En mí no más.” Mariana, Hogar “San José”.

Es decir, no había un acompañamiento y atención para el personal que estaba trabajando con las personas mayores institucionalizados. Por lo tanto, no se cumplía con lo que establece la Convención en su artículo 19, inciso O:

o) Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.

Sí tenemos en cuenta que se realizaban reuniones virtuales, por zoom, con otras instituciones, y que estos encuentros pueden considerarse como un modo de acompañarse entre las instituciones:

“Si, porque teníamos reuniones por zoom. Entonces nosotros teníamos las reuniones y nos hablábamos para ver los diferentes métodos que íbamos utilizando y cómo nos íbamos manejando sobre todo porque teníamos mucha presión de las familias que los querían ver...” Carmen, Hogar “San José”.

“La dirección de adultos mayores en un par de oportunidades organizo encuentros virtuales donde residencias de toda la provincia, compartíamos experiencias de como afrontamos tal situación tal lugar, tal otro.” Florencia, Hogar “San Vicente de Paul”.

Por otro lado, a diferencia del Hogar “San José”, Florencia, psicóloga del Hogar “San Vicente de Paul”, produce otra respuesta en cuanto a la pregunta por la atención de su salud y la del resto del personal del Hogar, *“...esto de que nosotras somos de hacer las compras de navidad, las “mamá noelas” nos llamamos en esa época (risas), porque nos vamos al centro, pensamos cada uno de los regalos, pensamos que es lo que necesitan, que es lo que les gusta. Envolver los regalos, preparar la tarjetita, ponerlos abajo del árbol, todo eso en lo personal para mí fue una estrategia de lo creativo.”* También, relata que trataba de realizar actividad física, pasar tiempo al aire libre y leer sobre temáticas que no tenían ninguna relación con la pandemia por COVID-19.

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Con respecto, a medidas de higiene y desinfección, nos cuenta que comenzaron a utilizar ropa “de trabajo” destinada solo para asistir a la institución y que antes de la pandemia utilizaban ropa “normal”, de todos los días. Pero volvemos a señalar que estas estrategias son pensadas e implementadas por ellas mismas, no hubo este acompañamiento y capacitación que nombrábamos anteriormente, planteada por la Convención.

Conclusiones

Al iniciar con esta investigación, hemos planteado como uno de los supuestos que la mayoría de las intervenciones y estrategias de abordaje que se implementaban por parte de las dos instituciones geriátricas hayan estado dirigidas a evitar el ingreso y contagio de este nuevo virus de COVID-19 entre las personas mayores y el personal de los Hogares, es decir basadas en medidas de higiene y control. Y que las decisiones que iban tomando por parte de las instituciones estaban influenciadas por las reglamentaciones que mandaban desde Nación y Ministerios de la Provincia de Entre ríos.

Por otro lado, hemos supuesto que, además de estas medidas de control e higiene, se hayan ideado por parte de las instituciones, otras estrategias e intervenciones para mantener y promover la salud de las personas mayores, desde un abordaje integral donde se los considere como sujetos de derechos, y no como objetos de cuidado.

Para abordar estos supuestos, hemos partido de la siguiente pregunta problema: “¿Cuáles fueron las estrategias de abordaje e intervención en las instituciones geriátricas de la ciudad de Paraná, Entre Ríos ante las medidas de ASPO (Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio) Y DISPO (Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19?”

Estableciendo como un objetivo general el siguiente: describir las estrategias de abordaje e intervenciones de las instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19.

Para lograr responder a nuestra pregunta problema hemos comenzado con describir el contexto de la ciudad de Paraná, Entre Ríos y el de las dos instituciones investigadas durante la pandemia, así como también describimos la estructura y funcionamiento de ambas instituciones. Después continuamos con identificar en el relato de las entrevistadas las estrategias de abordaje e intervenciones que consideramos fueron implementadas más allá de lo que recomendaba el Ministerio de Salud de la provincia y el COES (Comité de Organización de Emergencia en Salud).

Luego, describimos cuáles fueron las recomendaciones del Ministerio de Salud y el COES, basándonos en sus documentos digitalizados, para las personas mayores de 65 años y las residencias de larga estadía. Ejemplificando algunas de estas medidas con los relatos de las distintas entrevistas realizadas al personal de ambas instituciones.

Por último, enmarcadas en los derechos humanos, fuimos describiendo algunos de los derechos correspondientes a las personas mayores y cuales considerábamos que no se respetaron en este contexto de pandemia, ya sea por parte de las instituciones o por otros ámbitos correspondientes a salud.

En cuanto al contexto durante la pandemia en la ciudad de Paraná y las instituciones investigadas, hemos concluido que había un elevado grado de control en cuanto a que se cumplan con las medidas que planteaban desde Nación y el Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, puesto que, mediante móviles policiales se recorría la ciudad y se generaban puntos de control dirigidos a controlar a la población para que se respeten las normativas vigentes en ese momento.

A su vez en los documentos que generaba el COES, se proveían de números telefónicos para que las instituciones den aviso de los casos sospechosos o los contagios que estaban ocurriendo en las mismas. Así como también números para que puedan consultar sobre como proseguir ante distintas situaciones que se iban presentando. Recordemos que el COES fue un órgano creado durante la pandemia con el objetivo de crear y coordinar acciones y estrategias para el tratamiento de las enfermedades infecciosas, en este caso para el tratamiento del COVID-19.

Por otro lado, observamos que el Hogar “San José” se enmarca dentro de lo que Goffman denomina una *institución total*, debido a que la misma tiene actitudes absorbentes, manteniendo ciertas restricciones en la libertad de los residentes. A su vez, las actividades de la vida diaria están organizadas por horarios que deben cumplirse todos los días, establecidas por las autoridades de la institución. El Hogar “San Vicente de Paul”, comparte ciertas características con el Hogar mencionado anteriormente, pero a este no lo catalogamos como *institución total*, puesto que cuenta con una diferenciación que consideramos esencial: constantemente se están realizando interacciones con el medio, se realizan diferentes actividades destinadas a la incorporación de la comunidad y los familiares al Hogar, se reciben pasantes de distintas disciplinas, así como también se planifican visitas con escuelas primarias, secundarias o con miembros de las Iglesias. Además, algunas de las residentes de este Hogar, pueden salir del Hogar cuando ellas lo deseen, ya sea para realizar algún trámite personal o para hacer alguna visita.

Otro punto dentro del contexto institucional y en base a los datos recabados de las entrevistas fue que, los profesionales de ambas instituciones desarrollan su actividad de manera individual, cada disciplina se dedica a su especialidad y el contacto que mantienen entre ellas, es solo para coordinar actividades de fechas festivas o por la necesidad de informarle a algún familiar sobre situaciones específicas que está atravesando la persona mayor. Pudimos observar entonces, que el trabajo interdisciplinario no tiene lugar en ninguna de las instituciones, y que esto dificulta el trabajo con personas mayores, más aún en un contexto de pandemia, ya que el trabajo con el envejecimiento y vejez requiere del aporte de todas las disciplinas necesarias para lograr un abordaje integral de la persona mayor como sujeto de derechos.

Consideramos que, si este trabajo interdisciplinario hubiera existido en ambas instituciones, se hubiesen podido idear otras estrategias e intervenciones más allá de las planteadas por el Ministerio de Salud, y que

varias de las arbitrariedades cometidas hacia los derechos de las personas mayores se pudieron haber evitado, mediante la búsqueda entre las disciplinas de otros métodos, técnicas e instrumentos acordes al contexto de pandemia que se estaba atravesando.

En lo que respecta a las estrategias de abordaje e intervenciones implementadas por parte de las instituciones geriátricas encontramos que fueron muy pocas las que se idearon por fuera de lo que recomendaba el Ministerio de Salud en conjunto con el COES.

Destacamos la suspensión del uso de la televisión, como una de las estrategias implementadas por parte de las directoras de los Hogares para lidiar con todas las manifestaciones viejistas y edadistas que se estaban generando en los medios de comunicación masiva. Generando miedo y ansiedad en las personas mayores, mediante adjetivos como “vulnerables”, “frágiles”, “abandonados” e informando noticias sobre los fallecimientos que dejaba el paso del virus COVID-19 por las instituciones geriátricas. Describimos al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a las personas mayores por su edad, como “viejismo”. (Salvarezza, 1988).

Con respecto a la ansiedad en la vejez, en base a los hechos que produjo esta pandemia y lo expresado en las entrevistas, concluimos que se vio incrementada en las personas mayores institucionalizados, debido a la suspensión de sus vidas sociales, ya que en los Hogares se suspendieron las visitas familiares, las salidas y las actividades que realizaban con profesionales de Kinesiología y Terapia Ocupacional. Siguiendo a Iacub y Acrich (2013) el corte con la vida social y las miradas prejuiciosas sobre la vejez generan que la imagen de sí se ponga en duda y se vea de manera negativa.

A su vez, algunas de las entrevistadas nos manifestaron que no podían idear estrategias e intervenciones, puesto que la mayoría de sus residentes presentaban un deterioro cognitivo muy avanzado como para comprender lo que estaba sucediendo con la pandemia, así Mariana nos cuenta: *“es repetir todo el tiempo lo mismo”*. Con respecto a esto planteamos el interés por indagar sobre este deterioro cognitivo que se menciona en las entrevistas, por investigar si este se debe a un problema psicobiológico o es resultado de algún problema de tipo emocional, como sería en este caso la ansiedad y miedo que generaban las noticias por COVID-19.

Por otro lado, en el Hogar “San Vicente de Paul” también nos relataron que implementaron el uso de una biblioteca y que las profesionales, por turnos, intervenían tratando de generar espacios de charlas y contención para los residentes. Sobre este espacio, luego encontramos en uno de los documentos generados por el COES, que formaba parte de una de sus recomendaciones, es decir, hacer rotaciones entre los profesionales para evitar el aislamiento emocional de las personas mayores.

Con respecto a nuestro supuesto de que a la par de las recomendaciones que se generaban desde el Ministerio de Salud y el COES, se hayan generado otras destinadas a promover la salud de las personas mayores desde un enfoque integral, donde se los piense como sujetos de derechos, concluimos que no fue así. Puesto que, dentro de las muy pocas estrategias que nos relataron las entrevistadas, estas fueron pensadas considerando a la persona mayor como un objeto de cuidado, como alguien a quien hay que cuidar y proteger de lo que estaba sucediendo, sin tener en cuenta sus voces y perspectivas con respecto al contexto que los estaba atravesando, viendo a la persona mayor como pasiva y no como un sujeto pro-activo, con la capacidad para intervenir sobre su realidad.

En relación a lo anterior, y siguiendo con nuestros supuestos de investigación, observamos que el supuesto acerca de que la mayoría de las estrategias de abordaje e intervenciones estuvieron basadas en el control e higiene para evitar el ingreso del virus y su propagación dentro de la institución, era correcto. Debido a que todas nuestras entrevistadas nos señalaron que se basaban en los lineamientos que les mandaban desde el Ministerio de Salud y el COES, y al analizar estos documentos nos encontramos con que eran medidas que, efectivamente, estaban destinadas a evitar la propagación del virus mediante medidas de higiene personal y de limpieza dentro de la institución. Así como también, el control con respecto a que estas medidas sean implementadas y de que ante casos sospechosos o infectados se de aviso, vía telefónica, al Ministerio de Salud.

Por último, enmarcados en los derechos y con respecto a lo que planteamos a lo largo de esta investigación, de la necesidad de ver a la persona mayor como sujeto de derechos, realizamos un análisis de las arbitrariedades que consideramos, se cometieron durante la pandemia, basadas en lo relatado por las entrevistadas.

En primer lugar, observamos el privilegio que tenía la vida de niños y jóvenes, debido a que cuando algún profesional de los Hogares demandaba a otro servicio de salud por un lugar o respirador que necesitaban para sus residentes, este se les negaba con la excusa de que “no había capacidad” o que tenían personas más jóvenes esperando por esa cama o respirador. Esto nos remitió a interrogarnos sobre por qué la vida de una persona joven es más importante que la de una persona mayor, llevándonos a volver a pensar en los prejuicios y discriminaciones que existen para este grupo de edad, concluyendo que son vistos como un estorbo para la sociedad.

A su vez, los velatorios no estaban permitidos, por lo que cuando fallecía algún residente, sus familiares lo veían directamente dentro de una bolsa negra, exigida por parte de los servicios de sepelios. Y no olvidemos que las visitas familiares en las instituciones geriátricas estaban prohibidas, por lo que la persona mayor fallecía sin contención o acompañamiento de su familiar.

Por otra parte, con respecto a su derecho de brindar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, consideramos que este no se estaba respetando. Puesto que en las entrevistas se manifestaba que la mayoría presentaba un deterioro cognitivo muy avanzado por lo que no se les informaba lo que estaba sucediendo. Además, volvemos a señalar que las instituciones estaban muy enmarcadas y respaldadas con lo que se mandaba desde el Ministerio de Salud de la provincia.

Con respecto a los derechos de las personas mayores que se encuentran en residencias de larga estadía, la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 12, señala como uno de sus puntos que se debe promover la interacción social y familiar. En base a esto consideramos que las instituciones trataron de mantener el vínculo familiar de sus residentes dentro de lo que se encontraba posible en los tiempos de restricciones, ya que nos relatan que hacían videollamadas constantemente, enviaban fotos a los familiares o permitían que se vean a la distancia, a través de una puerta con rejas y la protección correspondiente.

Por otro lado, observamos ciertos rasgos en las entrevistas que dejaron en evidencia el desgaste psíquico y físico que significó la pandemia para el personal de las instituciones y como no existió una contención y acompañamiento por parte de los servicios de salud de la provincia para los profesionales y cuidadores que trabajan en instituciones geriátricas, como señala la Convención, en su artículo 19, se deben promover y garantizar el acompañamiento y capacitación de estos con el fin de procurar su salud y bienestar.

Ahora bien, mediante nuestra investigación pudimos advertir como estas instituciones geriátricas se rigen aun por un Modelo Médico Hegemónico, en el cual la práctica curativa del mismo se basa en eliminar el síntoma, ya que las estrategias e intervenciones implementadas estuvieron dirigidas al cuidado de la persona mayor como objeto y a evitar el contagio y propagación de este nuevo virus. Pero, no queremos dejar de lado que, si bien en las instituciones existe una mirada cercana al modelo biomédico, inferimos que los profesionales consideran que lo anímico influye en la salud de las personas, puesto que se destacaba la preocupación por los residentes al no poder recibir visitas, darles un abrazo o compartir un mate con ellos, y concluyen en que estas situaciones les afectaba negativamente.

Para concluir volvemos a señalar que, la falta de un trabajo interdisciplinario resulto ser un inconveniente a la hora de idear estrategias e intervenciones desde un enfoque integrador bio-psico-social de la persona que envejece, donde la persona mayor sea considerada como sujeto de derechos. Como nos menciona Zarebski (1999) lo importante es que se pueda trabajar interdisciplinariamente manteniendo a la persona mayor conectado en el adentro y hacia el afuera, brindando estímulos y fomentando su participación activa. Además, señala, que no es necesario un equipo interdisciplinario completo, si los que están tienen presente el respeto por los derechos humanos.

Bibliografía

- Alberti, R., Angulo Novoa, A., & Aristizábal Oviedo, D. (2020). *La vejez. Reflexiones de la postpandemia*. Colombia.
- Armero Serrano, R. (2020). *Edadismo en la prensa digital sobre covid-19*. España.
- Badalucco, P. (2016). *Instituciones de larga estadía para adultos mayores*. Buenos Aires, Argentina.
- Basilio Alejandra, C. A. (2020). *Manejo nutricional en residencias geriátricas en el contexto de COVID-19*. págs. 40-48.
- Béliveau, V. G. (2019). *Categorías, teoría y campo. Reflexiones sobre la naturaleza y el uso de las teorías en investigación cualitativa*. Gedisa.
- Buendía, J., & Riquelme, A. (1998). “*La experiencia depresiva en residencias geriátricas*”. En: *Salvareza Leopoldo. "La vejez. Una mirada Gerontológica actual"*. Buenos Aires: Paidós.
- Cataldi, M. (2020). *El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas*. Buenos Aires.
- Davobe, M. I. (2020). *Derechos de la vejez en tiempos de pandemia*. Revista de la Facultad de Derecho, (49), e110.Epub.
- Dulcey-Ruiz, E., & Uribe Valdivieso, C. (2002). *Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*. Revista Latinoamericana de Psicología.
- Elichiry, N. (1987). *La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- García, J. M. (2020). *COVID-19 en residencias de mayores: una asignatura pendiente*. Cádiz, España.
- Giusti, C. (2018). *Palabras de Adultos historias Mayores, vivenciando...* Editorial Académica Española.
- Giusti, C.; Hintermeister, P.; Parisi, V.; Kloster, A. (2021) *Voces Mayores en tiempos de restricciones*. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, UADER.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Greco, M. B. (23 de 03 de 2014). *Sobre los dispositivos y la intervención institucional. Sugerencias para pensar la construcción de dispositivos*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Educación de la Nación.

Hintermeister, P. (2018). “*Calidad de Vida de las Personas Mayores, en relación al Envejecimiento Activo mediante la Participación en Talleres de Ejercitación de la Memoria*”. Facultad de Humanidades Artes y Ciencias Sociales, UADER

Iacub, R., & Acrich, L. (2013). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Buenos Aires.

Maltanares, V. (2010). *¿Qué significa intervenir como psicólogos educacionales?* Rosario, Santa Fe, Argentina: Laborde.

Martínez, C. G. (02 de abril de 2020). *Guía de Acompañamiento en el ámbito de las Residencias de Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19*. España.

Morin, E. (1998). Epistemología de la Complejidad. En Fried Schnitman, Dora (compiladora) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*.

Robertone, E. (2020) *Representaciones acerca del envejecimiento y la vejez en enfermeros que desempeñan sus tareas en el hogar de ancianos municipal “Nuestra Señora de la Misericordia” de la ciudad de Chajari*. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, UADER.

Salud, O. M. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Estados Unidos.

Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.

Sampieri, H. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. Interamericana Editores.

Sánchez, O., & Bermejo, P. (2020). *Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano*. Revista Cubana de Salud Pública.

Schvarstein, L. (1992). *Psicología Social de las Organizaciones*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Soler, A. M., & González, M. G. (2014). *Institucionalización en Adultos Mayores*. Paraná, Entre Ríos, Argentina.

Taylor, S., & Bodgan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Testa, M. (1993). *El hospital: visión desde la cama del paciente*. Revista: Salud, problema y debate.

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. España: Gedisa Editorial.

Yuni, J., & Urbano, C. (2014). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.

Yuni, U. y. (2014). *Psicología del Desarrollo. Enfoques y Perspectivas del Curso Vital*. Córdoba: Brujas.

Zarebski, G. (1999). *Hacia un buen envejecer*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.

Zarebski, G. (2007) *De la Psicogeriatría a la Psicogerontología*. 8° Congreso virtual de psiquiatría. Universidad Maimónides. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Zarebski, G. (2007). *Envejecimiento, Memoria Colectiva y Construcción de Futuro*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitarios.

Zarebski (2009). *Envejecimiento: un enfoque interdisciplinario e integrador*. Congreso de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria.

Leyes, Convenciones y Constituciones

-Constitución de la Nación Argentina

-Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Ley N° 27360 (2015)

-Ley Nacional de Salud Mental N° 26657

-Ley N° 9823. Sistema de tipificación, normatización y reglamentación de prestaciones y servicios gerontológicos y geriátricos de la provincia de Entre Ríos

Documentos del COES

<http://www.hospitalcentenario.com.ar/content/hospitalcentenario/documents/DCOES004.pdf>

<http://www.hospitalcentenario.com.ar/content/hospitalcentenario/documents/DCOES017.pdf>

<http://www.hospitalcentenario.com.ar/content/hospitalcentenario/documents/DCOES029.pdf>

http://www.hospitalcentenario.com.ar/content/hospitalcentenario/documents/DCOES45_5f18c48b08fd6.pdf

http://www.hospitalcentenario.com.ar/content/hospitalcentenario/documents/DCOES054_5f18c8e0bec71.pdf

Anexo

Entrevistas

Entrevista N° 1

Fecha: 5/11/22

Hora: 11:00 am.

Lugar: Hogar “San José”

Entrevistada: Carmen

E- ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el Hogar?

Desde el año 1988, 34 años.

E- ¿Hace cuanto que está en funcionamiento el Hogar?

Desde esa época, cuando nosotros vinimos. Yo vine con mi suegra de un geriátrico que ella tenía en calle Don Bosco. Entonces, hubo una propuesta del padre Alejandro de la Iglesia, que tenía estas casas disponibles y las daría para el cuidado de ancianos. Y ellos eran vecinos, amigos que vivían cerca de la Parroquia San José y bueno, ella aceptó. Entonces mudo ese geriátrico que tenía en Don Bosco y otro que tenía en Blas Parera y nos vinimos a calle Rosario del Tala primero, y después nos dieron esta casa de calle San Juan.

E- ¿Comenzaste con ella como directora?

No, no. La directora era ella, que era la dueña del lugar. Porque ella era la que lo había fundado.

E- ¿Es privado no?

Si

E- ¿Y cuál es el fin de la Institución?

Fue creado debido a la necesidad que siempre hay con los adultos mayores de bajos recursos. Porque si bien, yo tengo gente que puede pagar una cuota de noventa mil pesos o de ciento veinte por obra social, tengo gente que cobra cuarenta mil pesos. Pero tampoco me puedo llenar de toda esa gente que no puede pagar porque yo tengo gastos, tengo costos. Tengo los sueldos, mantenimiento del hogar, la comida de los

abuelos. O sea si, se hace la caridad, pero no podría hacer la caridad con todos porque no tengo ayuda. El único ingreso que tengo es de lo que me pagan los familiares de los abuelos. Es independiente, no tengo ningún subsidio que me ayude o que me asista.

E- ¿Qué actividades realizan acá en el Hogar los adultos mayores?

Hay terapia ocupacional, hay kinesiología y también hay actividad física que les hace movilidad, una movilidad diferente a la kinesióloga. Que caminan, que hacen con elementos gimnasia, con botellas de arena. Cosas que puedan manejar, pelotas, etc.

E- ¿Cuáles son los requisitos para ingresar al Hogar?

Tener más de 60 años y tener patologías. Porque este es un lugar donde la mayoría de la gente o es postrada o anda en sillas de ruedas, camina con bastón. O sea, no es un lugar donde son señoras o señores que están perfectamente bien, que solamente vienen por una cuestión de seguridad o vejez a un hogar.

E- ¿Qué profesionales trabajan en el Hogar?

Yo tengo la médica geriátrica, que es la directora de la parte de salud del hogar. Después tengo psiquiatra, y después kinesióloga, terapeuta, tengo podóloga. También una ginecóloga que cuando necesitan...o sea, nosotros cuando vienen yo le ofrezco la médica geriátrica que es la que lo asiste, pero después si necesita una interconsulta con un médico profesional, ya sea hacerle un electro o que tenga que venir un urólogo a hacerle un diagnóstico a un abuelo para ponerle una sonda porque esta con bolo vesical, yo tengo los profesionales, pero eso es aparte.

E- ¿Ellos pueden salir a estas interconsultas?

Los que pueden salir, van. Pero en el caso de que el abuelo este con un dolor que no sabe qué le pasa, esta con un bolo vesical y hay que colocarle una sonda, no lo podes llevar. Pero yo tengo un urólogo que trabaja hace muchos años conmigo, entonces él me dijo “cuando vos necesites yo siempre voy a estar ahí”. Entonces tengo un grupo de gente, como el cardiólogo también, que yo lo llamo y viene. Porque eso es un problema también que los profesionales vayan a las casas, pero nosotros porque ya tenemos una relación de antes, ya nos conocemos. Tengo una ginecóloga también, que esta la abuela acá, pero anteriormente ella ya venía acá. También me ha pasado con la hematóloga, que es mi hematóloga. Un poco vienen de favor hacia la institución, porque saben el fin que tiene la institución. Ellos cobran su arancel, y yo se lo cobro al familiar, prefiero que el familiar le pague al profesional para yo no tener nada que ver con esa plata. Simplemente les paso el audio de cuánto les va a cobrar el profesional. Es optativo también ellos pueden elegir el profesional y traerlos, no es un requisito usar los profesionales que yo les puedo brindar.

E- ¿Y estos profesionales se reúnen en algún momento para comunicarse, la evolución del paciente, por ejemplo?

Eso sí, tenemos reuniones sobre todo con los familiares. Porque por ejemplo hace poco me trajeron una abuela que hace dos meses no quería comer, que comía un bocadito por día y escupía todo. Y todos los médicos que la vieron les decían que tenían que colocarle sonda nasogástrica, no estaba internada acá, estaba en su casa. Pero la familia no quería, no entendían que era el único medio por el cual ella iba a subsistir, que cuando me la trajeron estaba en las ultimas la mujer. Entonces hubo que hacer una reunión entre los profesionales, psicólogo incluido, para explicarle que la mamá no iba a sobrevivir mucho tiempo por la patología que tenía.

E- ¿Cuántos residentes hay actualmente?

Nosotros en este momento tenemos cuarenta y ocho.

E- ¿Y durante la pandemia?

No, en la pandemia tuvimos menos, tuvimos como 34 en ese momento. Cuando empezó la pandemia fue un número, cuando terminó la pandemia fue otro. Porque vino el problema de que la gente no podía circular, las cuidadoras no podían ir a las casas de los abuelos porque no tenían un justificativo legal para circular. Las chicas acá del hogar circulaban con el recibo de sueldo porque para tomar el colectivo tenías que justificar todo y si te agarraban en la calle, que por qué andaba a las 10:00 de la noche, por qué andaban a las 6 de la mañana y bueno entonces tenían que sacar el recibo de sueldo para mostrar que trabajaban en una institución.

Pero había mucha gente que no podía justificar esos cambios de horario, entonces la gente empezó a volcarse en los geriátricos. Para mayor seguridad y tranquilidad, en el sentido de que no tenían que salir a buscar gente que los cuide.

E- ¿Cómo es un día habitual para los residentes en el hogar?

Generalmente se levantan y desayunan, después esperan las actividades que se van desarrollando que tienen más o menos una duración de una hora, después de ese lapso también vienen algunas visitas, tenemos visitas de 10 a 11. Después de las 11, ya empieza el horario de la comida. Hay muchos a los que hay que darles en la boca entonces demoras mucho tiempo en darles a todos de comer. Viste, porque no es solo servirle el plato, sino que tenés que sentarte y darle uno por uno, asegurarte de que coman el postre, si no, no toma el jugo, si no tomas el jugo no tiene el postre, sino no te acuesto, etc. Viste, funciona un poco así porque si no muchos te dicen, “no, no quiero, no me gusta.” Porque ya la misma vejez, pierden el apetito, están desganados, están en la culminación de su vida.

Después tienen la siesta, después los levantan tienen la merienda y a veces tienen actividades a la tarde y si no también tienen visitas.

-*Llego la mascota del hogar, un perrito* **(foto al final)**

Nosotros le dábamos lugar a las proteccionistas, cuando tenían perros chiquitos, ahora ya no porque está el. Nosotros se los teníamos, pero chiquitos y le dábamos lugar y cuando llegó la pandemia, antes de la pandemia, lo trajeron a él y él era chiquito. Era la mitad, que se lo habían sacado a una señora porque se había aguzanado toda la boca y una de las bolitas tenía orgullonada y bueno, entonces las proteccionistas se lo quitaron y lo castraron de la otra bolita, y un día que necesitaban tránsito porque no podían pagar ya la veterinaria y el alojamiento, nosotros lo recibimos, pero era chiquito. Él realmente era cachorro porque era chiquito y bueno y se largó la pandemia y justo ya él ya tenía dos probables adopciones y yo le digo a mi hija porque no nos dejamos el perro para que, aunque sea los abuelos tengan con quien renegar.

Y es re bueno, porque nunca volteo a un abuelo, nunca le salto, es re educado. Si bien duerme en el sillón nunca se subió una cama.

Pero bueno, esa es la historia de él y ahora no podemos tener más perros porque con el ya tenemos suficiente, no le damos más alojamiento a los otros perros.

Bueno también tenemos palomas, también junto las palomas y le damos de comer, las criamos. Ahora junto una paloma que estaba ciega y la curé, ya ve de los dos lados, o sea, pero ahí anda caminando en el patio, así que bueno, acá es una ensalada siempre, hay de todo (risas).

E- ¿En cuanto a lo edilicio, las habitaciones son mixtas?

No, no son mixtas las habitaciones. Los hombres tienen sus habitaciones y las mujeres las suyas. Hasta a los matrimonios los hemos tenido separados porque si bien han estado toda la vida juntos, siguen dependiendo uno del otro y a veces el otro no descansa por estar atendiendo al débil digamos, y para atenderlo al débil estamos nosotros. Siempre me pasó que en todos los casos de matrimonio siempre falleció el hombre primero y la mujer quedo. Ahora tengo dos señoras que vinieron con sus esposos y están solas, años de diferencias de que falleció y ellas están espléndidas, están bárbaras.

Entonces ellos las están llamando permanentemente, no las dejan descansar, ellas que se levantan, van a buscar a la chica y no se puede, entonces separados ellas duermen tranquilas. Se levanta al otro día, va lo ve, ¿viejo como dormiste? y él bueno, si tuvo una noche fea lo sabrá con la chica que lo atienden, pero la abuela tiene que descansar porque después se enferman también ellas.

E- ¿Los baños no se comparten, entonces?

No, no tampoco. Los varones tienen sus baños y las mujeres tienen sus baños y también hay baño para los empleados.

E- ¿Con respecto a la pandemia mantenían contacto con otras instituciones geriátricas?

Si, porque teníamos reuniones por zoom. Entonces nosotros teníamos las reuniones y nos hablábamos para ver los diferentes métodos que íbamos utilizando y cómo nos íbamos manejando sobre todo porque teníamos mucha presión de las familias que los querían ver, que querían entrar, que querían saber, entonces era todo un problema porque como todo era nuevo y ellos fueron el punto de todo. Aislaron a todo el mundo y quedamos solo nosotros los geriátricos, los hospitales, la parte de salud o sea nosotros teníamos que seguir funcionando como que, si no pasaba nada, pero sin los familiares.

E- ¿Entonces durante la pandemia directamente no salían, se prohibieron visitas familiares?

Si todo, al principio cuando fue cerrado, todo. Yo suspendí hasta las actividades de los terapeutas, kinesiólogos porque ellos son los que andaban por todos los lugares y venían acá y podían venir contagiados sin saber.

E- ¿Y cómo las personas mayores se iban tomando esas decisiones?

Hubo que explicarles que había una enfermedad, que todo el mundo se contagiaba. Aparte al principio veían noticias y fueron las peores noticias, las que caía la gente muerta en la calle caminando, entonces viste que todos muertos por todos lados, pilas de muertos, fosas con montones de gente muerta. Viste que mostraban eso, y fue una mala prensa también para ellos. Entonces tratamos de que no vean más noticias, pero están los que escuchan radio y bueno, entonces vos podés controlar, pero hasta cierto punto las informaciones. Pero era como para que ellos no estén tan alarmados, me entendés, era grave, pero que tampoco piensen que era para morir. El no ver a los familiares, aparte después, entro la otra, como estaba la familia de ellos. Cómo hacerles llegar que algunos de sus familiares se habían enfermado y muerto. Fue todo un tema manejarlo, no fue nada fácil, sobre todo con los abuelos que entienden, que salían, que se visitaban o que se frecuentaban con esa persona que había fallecido.

E- ¿En esos casos actuaban en conjunto con el psicólogo o psiquiatra?

Si si, la opción fue viajes, todos los trasladaron al sur o al norte, para donde sea, donde tenían familiares. Y los abuelos fallecidos nunca se enteraron de que había muerto un hijo, un nieto, fue una manera de preservar porque los que se enteraron se deprimieron mal.

También tuvimos el caso de una mujer que, cuando se habilitó la visita, lo primero que hizo cuando vino a verla es decirle todos los que se habían muerto en la familia. Lo que menos te imaginas es que en vez de

preguntarle, “hola como estas, que bueno ahora voy a poder venir más seguido a verte”. No, lo primero que hizo fue venir a contarle todos los que se habían muerto en la familia. Eso le hizo malísimo a la mujer, entro en un cuadro depresivo terrible que después nos llevó meses recuperarla, y ella también castigada, no vino por un montón de meses. Y bueno, después ahí cada vez que venía un familiar les decíamos “por favor no les vayan a decir que falleció tal, cuando pregunten: viajes, todos trasladados,” fue una manera de preservarlos.

Después con el tiempo es como que se olvidan, se olvida. No tiene sentido decirle que falleció un sobrino que nunca veían, todo porque era el hijo del hermano. Doloroso, pero no tiene sentido traer dolor o angustia o preocupación, para qué.

E- ¿Hubo muchos contagios?

Acá adentro nosotros tuvimos el COVID-19 que nos agarramos todos, en mi casa, todos.

Yo en esa época en el mes de julio, mi hijo que vivía conmigo todavía, se contagió y bueno, él estuvo aislado en mi casa, pasamos el mes de julio y nadie se contagió. Solamente él pero leve.

Y nosotros en el mes de octubre, acá nos contagiamos. Nos contagiamos y no sabíamos. Empezamos con fiebre y no sabíamos por qué ni cómo, ni dónde, ni qué sé yo y me llama una de las chicas, y me dice “vos sabes que perdí el gusto.” Y cómo le digo yo, desde cuando que estas así, y me dice “recién perdí el gusto.” Cuando hablo a salud pública, me dice esa chica hace cinco días que está contagiada porque era sintomática.

Y bueno agarramos todos, por ende, nos contagiamos todos, por más que usábamos barbijos, amonio cuaternario, que con un aparato UV pasaba en las habitaciones. Fue terrible porque yo pensé que se iban a morir todos los abuelos, era que se morían todos, que se morían 15, que se morían 20 en los geriátricos, de a montones.

Estas son dos casas que nos comunicamos por el fondo, tratábamos de no llegar, pero igual se contagiaron las dos casas. Pero en la otra casa cuando se contagiaron, nosotros ya llevábamos 15 días acá, entonces como que ya sabíamos cómo era la enfermedad y como tratarla, ya habíamos aprendido, o sea, de la desesperación de la primera vez, pasamos a la tranquilidad de saber cómo nos íbamos a manejar. Entonces lo pudimos superar y solamente tuvimos una baja que la internamos.

E- Entonces ¿con los familiares directamente no había comunicación o hacían videollamadas?

No, hacíamos videollamadas, fotos, hablaban por teléfono y, sino, la otra era ellos allá afuera en la reja y se los mostrábamos. Por lo menos los veían que estaban bien, que estaban sanos.

E- ¿Consideras que estaban preparados para afrontar una situación así?

No, porque no había mucha información. Vos veías en la televisión y reportaban a la gente y les decían que tomen tafirol nomas, que hagan reposo y que se queden en la casa. Entonces vos decías como con tafirol y se mueren tanto. Después entendimos lo que es el COVID y que todas las otras patologías que tenían se las descuidaba, los cánceres, tumores, todo eso se descuidaba. Entonces combaten el COVID y cuando vuelve el organismo para prepararse para lo otro, ya lo otro ya avanza. Entonces me paso a mí, que el post COVID fue lo que se llevó muchos abuelos, tenía gente que tenía tumores cerebrales, que toda la vida estuvo dormido, pero después de tener el COVID, a los dos meses empezaron a convulsionarse y era que el tumor había marchado. O sea, el post COVID era lo que se llevaba a los abuelos.

E-¿Qué medidas o estrategias fueron implementando frente a esta situación para preservar la salud mental de las personas mayores y las de ustedes mismos como profesionales?

Nosotros teníamos el barbijo de forma permanente, el uso del amonio cuaternario, que fuimos uno de los primeros en usarlo. Después en salud dieron una charla sobre los beneficios y utilidades del amonio cuaternario que es como la lavandina, pero no tiene el olor y no mancha, lo podes poner entero menos en la cara. Entonces cuando entraba la persona la mojábamos entera. Le mandábamos amonio cuaternario y teníamos alcohol en gel. Y el barbijo, lo que pasa es que era un problema. La gente decía que “se ahogaba, que no quería, que yo estoy sana”.

Decía que ya estaba bien y después el que decía que estaba sana a los dos o tres días me decía, “ay, vos sabes que me fui a hisopar porque estoy con dolor de garganta” y entonces...

E- ¿Cuánto tiempo estuvieron sin recibir visitas ni poder salir?

Yo creo que fue... Porque después tuvimos un interfaz donde podían venir a distancia y después cortaron de vuelta que fue cuando hubo como un rebrote.

Nosotros nos contagiarnos en octubre del 2020 y en diciembre, nosotros hicimos una reunión, como ya nos habíamos contagiado, ¿Quién nos iba a traer contagio? Entonces ahí nosotros habilitamos para toda la gente que vengan a verlos, con los cuidados y con distancia porque ya nos habíamos contagiado y como decían que tenías tres meses para no contagiarte nuevamente, hasta que llegaron las vacunas. Porque las vacunas no llegaron enseguida, demoraron bastante.

Y bueno, nosotros hicimos una reunión, yo reuní como a las 2 de la tarde a todos los familiares acá y les conté lo que había sido el COVID con nosotros. Porque una cosa fue lo que ellos sabían, pero otra cosa fue la guerra acá dentro, del correr con los tubos de oxígeno, con los nebulizadores, con aspiradores porque había que sacar mocos porque los abuelos se ahogaban en flema, entonces todo eso.

Yo me acuerdo patente el día de la madre, a mí me entraban mensajes, “feliz día de la madre, espero que la pases lindo en familia” y yo a las 11 de la noche me iba de acá, después de aspirar, de nebulizar y golpear espaldas aflojando mocos porque no venía la kinesióloga. Porque nosotros no queríamos que venga más gente porque aparte estábamos enfermos, no podíamos traer gente a que se contagie, no podían venir a ayudarme los familiares porque no se habían enfermado, o sea, nosotros acá era un foco de infección y yo me acuerdo de que me iba a las 11 de la noche y yo decía “dios mío, como se nota que no tienen ni idea de la que yo estoy viviendo”. Yo venía a las nueve de la mañana acá, me iba un rato a mi casa, ponele a las 3 de la tarde, y a las 6 ya estaba acá de vuelta para ayudar a las chicas. Nebulizar todo, porque acá trabajan mis hijas también y está mi marido que nos ayuda. Entonces todo el mundo acá aprendió a nebulizar, todo el mundo aprendió a dar golpecitos en la espalda y el que no daba tenía que darle agua al abuelo que estaba en la cama, la médica que venía y nos decía un día levanten una habitación a la mañana, a la tarde levanten la otra, siéntenlos aislados en la mesa no lo sienten al lado. Por más que estén enfermos levanten, roten, uno a la mañana, otro a la tarde. Un día uno, un día el otro y así todo era un plan para levantarlo, para moverlo, para que no queden en la cama los abuelos y se depriman porque ellos pensaban que se iban a morir.

Ellos se morían y bueno y la batalla esa, fácil duró en cada uno de los abuelos 20 días hasta que se empezaron a recuperar.

Después vino el otro proceso, quedaron sin apetito porque al perder el gusto y el olfato sentían amarga la boca, todo era amargo, el agua era amarga, no querían comer, no querían tomar agua.

E- ¿Y con respecto a la salud mental de ustedes mismo digamos, hacían algo como para despejarse de todo el trabajo que tuvieron?

No, es que no había tiempo de pensar nada. Yo cuando me enfermé de COVID me di cuenta porque se me seco la garganta y al otro día me voy a poner perfume y no siento el olor a perfume. Pero no es que tuve grandes síntomas, no estuve resfriada, no tuve nada en los pulmones y acá estaban todos contagiados los abuelos. Entonces yo entraba y salía de mi casa, echaba amonio cuaternario por todos lados para que nadie se contagie. Pero fue terrible.

Aparte los médicos no atendían, no te atendían en consultorio, era todo por videollamada, o sea, tenías que pasarla nomás, no había una asistencia mental para nosotros los que estábamos trabajando.

E- ¿Y después de que pasó la pandemia también quedó todo así digamos? ¿No implementaron alguna medida por su salud mental?

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

No, no. Fue pasando y es como que todos lo incorporamos como que el COVID es una enfermedad más, como la gripe A. Y bueno, después vinieron las vacunaciones, la primera dosis, la segunda dosis, los refuerzos.

Y bueno y salud publica siempre estuvo con nosotros, me mandaba a hisopar gente, me mandaba a aislar gente en diferentes habitaciones...

E- Antes me habías comentado que hubo muchos problemas con los familiares, que querían ver a las personas mayores...

Claro, viste que hubo mucha gente que no creyó ni en el barbijo, que no uso barbijo, que no se quiso vacunar, que creía que toda una estrategia del gobierno, de los laboratorios, de todo...

E- ¿Hubo algún profesional que haya renunciado?

No no, para nada. Por COVID ninguno, al contrario, siempre estuvieron en el teléfono atentos a ayudar o lo que yo necesitara.

Igual de los otros geriátricos cuando les pasaba alguna cosa; a mí personalmente me pasó que al ser un geriátrico habilitado yo compraba cosas de la droguería entonces los otros geriátricos que no tenían las habilitaciones para comprar en la droguería, me pedían a mí. Y yo se lo daba al mismo costo de la droguería, o sea compraba en la droguería y le mostraba la boleta lo que salía y me pagaban eso, o sea, en eso nos ayudamos, a conseguir elementos para poder combatir la enfermedad.

Porque hay una realidad cuando vos tenés 40 grados de fiebre no podés pedirle al familiar que está, en la otra punta de la ciudad que salga a comprarte dos ampollas, que tiene que salir, que no había, no había paracetamol en la ciudad, porque todo el mundo estaba contagiado y era lo que todo el mundo tomaba y bueno, entonces nosotros nos vimos en la obligación como de hacernos de un arsenal de cosas. Nos ayudaron mucho los laboratorios de Vagó, de Casasco nos dieron muchos antibióticos, necesitábamos antibióticos para prevenir las neumonías. Los abuelos que tenían mucha flema o moco y teníamos que combatirlo con antibióticos, fuera de todo el cuadro que tenían era otra de las complicaciones, la respiratoria.

Pero tuvimos ayuda de los laboratorios que nos traían las bolsadas de los remedios. Tuvimos mucha ayuda.

E- ¿Cómo institución consideras que la pandemia los afectó de alguna manera?

Si, porque falleció gente que no debía haber muerto, cuando vos no estas preparada. Estoy hace 30 años y los re quiero y nos re duelen las muertes, pero cuando se los lleva así, de un día para el otro, eso es lo doloroso. Cuando es así que es de golpe, no, no te repones fácil y más cuando lo querés y este trabajo si vos no lo querés, no lo podés hacer.

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

E- Bueno, ha sido un gusto. Muchísimas gracias por tu tiempo.

Entrevista N° 2

Fecha: 10/11/22

Hora: 10:15

Lugar: Hogar “San José”

Entrevistada: Mariana

E- ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el hogar?

Desde el 2014, serán cinco o seis años ya.

E- ¿Qué actividades realizadas?

Yo soy terapeuta ocupacional. Acá hacemos un abordaje grupal haciendo actividades de estimulación cognitivas o recreativas. Antes venia dos horas en cada casa, pero ahora como están más deteriorados, el tiempo no se lo aguantan. Entonces me repartí una hora y una hora.

E- ¿Con todas las personas mayores?

No, con algunos. Trabajo más con los que tienen más conservados los dominios cognitivos. Porque con algunos necesitas más atención, más personalizada y con una hora no podes.

E- ¿Te reunís en algún momento con el resto de los profesionales?

Muy poco. El trabajo interdisciplinario, la verdad que es muy poco, en todas las instituciones es así. Es muy utópico eso.

E- ¿Con respecto a la pandemia mantenías contacto para ver, por ejemplo, las estrategias que utilizaban en otras instituciones geriátricas?

Sí, igualmente acá, por ejemplo, se pararon las actividades, ningún profesional podía ingresar. En el otro hogar en el que trabajo sí, al principio no trabajamos y después fuimos incorporándonos de a poco y todos, acá el hogar se manejaba por lo que decía la Municipalidad digamos. Todo lo que hablaba el gobierno que se tenían las medidas que se tenían que tomar. Así que acá se pararon las actividades, yo traje actividades para que ellos hagan de manera individual, pero fue muy difícil. Escritas digamos, yo hoy trabaje oral pero en realidad yo también trabajo mucho con juegos, actividades en papel. Así que bueno las propuestas eran que ellos estén activos, como que pase un poco todo el temor porque imagínate que no veían a los

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

profesionales, no veían a los parientes, a los familiares, era como un encierro bastante importante y así durante tres, cuatro meses estuvieron.

E- ¿Consideras que estaban preparados para afrontar esta situación?

No, pero te diría que en este hogar lo mantuvieron súper bien, durante los primeros cuatro meses estuvieron bárbaros. No tuvieron ningún contagio, después cuando se fue abriendo, ahí empezaron a caer. Pero no, nadie estaba preparado.

E- ¿Cuáles fueron los cambios más relevantes en cuanto a la institución y a las personas mayores?

Bueno con respecto a la institución, se cerraron las puertas por mucho tiempo, supongo que por precaución. La pandemia empezó en marzo y yo empecé a trabajar en septiembre y se cortó de nuevo porque se enfermaron en octubre. Así que imagínate todo lo que estuvieron encerrados, eso era sin recibir visitas, ni nada. Solo de acá para allá con el nylon (señalando la puerta principal) pero eso fue mucho después, al principio nada, ni siquiera con el nylon, creo, porque como yo no venía. Pero de a poquito fueron incorporando, como paso en todos los hogares, porque eso a medida que iba pasando el tiempo iban abriendo estrategias nuevas porque como nadie sabía lo que iba a pasar, fue todo una prueba- error, prueba-error

E- ¿Qué otras intervenciones o estrategias fueron implementando para preservar la salud mental de las personas mayores y de ustedes mismos, aparte de los protocolos enviados desde el Ministerio de Salud?

La verdad que acá no sé, porque como yo no estaba, mantenía muy poco contacto con la dirección porque hasta ellos estaban abocados a otra cosa. Si, por ejemplo, yo tenía pacientes individuales acá y con una de ellas seguía manteniendo a través de la virtualidad las sesiones, que fue sumamente difícil. Porque imagínate que se estaba empezando a deteriorar más, entonces había que acomodarla, dejarle el celular, por ahí tocaba y se apagaba y teníamos que volver a llamarla y no a ella, sino que llamar a dirección para que vengan a conectarla, que se le caía el auricular, fue muy...

E- ¿Entonces utilizaron herramientas tecnológicas, pero costó mucho?

Si, pero bueno es porque el familiar quería que mantengamos, que ella mantenga su rutina, que se súper adaptó la verdad, ahora ya falleció ella, pero se readaptó, no cualquiera lo hace.

E- Bueno, me decías que no estabas acá, pero te iba a preguntar ¿cómo procedieron a explicarles la situación a las personas mayores?

Mira cuando yo volví muchos sabían del tema, de lo que estaba pasando, ellos seguían mirando la tele, pero muchos no comprenden entonces no... al no tener una comprensión de cosas sencillas, tampoco era como que, primero, que por ahí no comprenden, segundo, por ahí se olvidan, entonces es repetir todo el tiempo lo

mismo. No sé bien como algunos lo tomaron, pero había otra señora que estaba bien cognitivamente que por elección vino acá al hogar, que ella estaba muy al tanto de la situación. Pero te digo que de los que están acá muy pocos están en condiciones de entender lo que estaba pasando.

E- ¿En quién o cómo crees que encontraron mayor contención las personas mayores?

Me parece que entre el personal, el personal y los profesionales que empezamos a venir. La contención fue así. Mantenían, supongo, videollamadas a través del celular de la institución, con llamados telefónicos. Y ya cuando se empezaron a abrir más las puertas, a través de las visitas pero siempre afuera. Te diría que empezaron a abrir las puertas en el hogar en noviembre o diciembre, pero muy poco. Con visitas acordadas, que no se interpongan los familiares, con turnos, afuera, con barbijo. Mientras yo trabajaba con algunos abuelos afuera, que yo ya venía, el familiar venía y no los podía tocar, no los podía abrazar. Entonces, “dame un abrazo” “no puedo mama” “como que no, dame un mate”, no se podía compartir mate, nada.

E- ¿A la normalidad entonces, volvieron en el 2021 recién?

Y más o menos, te diría que sí.

E- ¿Que te sostuvo cuando tenían que enfrentar al paciente, en qué pensabas para seguir, en que se agarraban?

Mira, a mí... yo trabajo mucho con el tacto y no podía, no me dejaban tocarlos y cuando me acercaba la misma cuidadora me decía “te están mirando”, porque pusieron cámaras. Yo la verdad que hacia lo que sentía más que nada, que era contenerlas, pero ya te digo yo no sé si muchos se daban cuenta de la situación que estaba pasando, por ahí algunos que están mejor cognitivamente, sí. Pero bueno en la charla, el escucharlos, el poderlos ver y prestarles la atención que necesitan, darle la mano, son pequeñas cosas que vos te das cuenta que con hacerlas es para ellos un montón. Pero bueno, a mí me sale natural.

E - ¿Qué cambios notaste en las personas mayores durante la pandemia?

Decayeron todos, más cuando tuvieron el COVID decayeron un montón cognitivamente. Un declive cognitivo impresionante, del estado anímico, desgano. Pero te diría que o sea los veo y fue en todos, todos, todos.

E- ¿Consideras que la pandemia los afectó de alguna manera como institución?

Como institución no, me parece que como que se hicieron más fuertes. Todos participamos en esta situación, los que no estábamos tratábamos de estar de alguna manera. Todos siguieron al pie del cañón. Las cuidadoras venían enfermas a laburar.

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

E- ¿Y algo bueno, positivo que puedas rescatar de toda esta situación?

Supongo que eso, el trabajar a pulmón viste, a darlo todo. Porque no está bueno verlos a ellos cómo se caen y encima privarlos de su familia, de la contención, eso fue lo peor, lo peor.

E- ¿Actualmente cambiarías algo o has pensado en algo que se debería haber hecho por la salud mental de ellos y de ustedes mismos como profesionales?

Y esto de prohibirles las visitas para mí no estuvo bien o tanto tiempo. Si en un primer momento porque uno no sabía hasta qué punto podía llegar a ser perjudicial para ellos. Pero fue, o sea los cuidaste de un momento, de una situación, pero los perjudicaste en otra, porque ellos lo que más necesitan en esta etapa evolutiva es el acompañamiento de la familia y más cuando están institucionalizados. Ya la visita no es la misma más allá de que es puertas abiertas esto, ya el familiar no viene con esa frecuencia diaria que pueden llegar a estar en la casa, capaz que en su casa están más solos que acá pero... Acá hay mucha gente y están acompañados. Pero para ninguno es lindo estar en una institución en donde perdiste tu casa, perdiste tu independencia, perdiste tus herramientas personales, tus recuerdos, ya no cocinas la comida que te gusta...

E- ¿Ellos no pueden utilizar la cocina?

No, nada. Muchas actividades por ahí los que están más independientes hacen, arreglan su ropa, doblan su ropa. Algunos hacen actividades, por ejemplo, de lavar los platos, esas cosas se los dejan hacer. Por ahí les ponen ahí, entonces después cada uno dobla su ropa y la guardan, los que pueden. Pero uno cuando se institucionaliza pierde un montón de cosas, desde las ganas de quedarte durmiendo un poco más, porque es todo en horario, hasta ya te digo, comer lo que te gusta, mirar la tele que te gusta, el programa que te gusta, escuchar la música si quieres escuchar música, ya no tenés intimidad en tu habitación porque compartís con otro entonces por ahí ya no dormís bien.

E- ¿Con respecto a ustedes, o sea estrategias para preservar la salud mental de ustedes como profesionales no sé si pensaste en algo que se debería haber hecho o se hizo?

Lo que pasa que al no trabajar de manera interdisciplinaria esas cosas por ahí no las podés pensar o las pensas y no las podes aplicar porque como no hay acá un grupo de trabajo o reuniones de trabajo interdisciplinar por ahí, la verdad que uno no se sienta a pensarlas porque aplicarlas en qué? En mí no más.

E- Y por último ¿qué cambios implementaron o van a implementar a partir de esta pandemia?

Y eso lo tendrías que hablar con la dueña porque no se. Igualmente, acá ya se abrieron las puertas, los familiares vienen, igual se siguen higienizando, algunos entran con barbijos.

Bueno, ha sido un gusto. Muchísimas gracias por tu tiempo.

Entrevista N°3

Fecha: 11/10/22

Hora: 9:50

Lugar: Hogar “San José”

Entrevistada: Candela

E- ¿Hace cuánto que trabajas en el hogar?

Hace cuatro años y medio

E- ¿Qué actividades realizas?

Yo soy kinesióloga y vengo a hacer movilidad en general

E- ¿Con todas las personas mayores?

En realidad, depende, hay algunos que están muy perdidos cognitivamente y que no comprenden las ordenes simples por ende con ellos no se puede trabajar, digamos tendría que hacer una sesión muy individual que el hogar no la brinda digamos, brinda actividades grupales, terapia de grupo. Es electiva de cada familia trabajar aparte o no.

E- ¿Te reunís en algún momento con el resto de los profesionales?

No, estamos siempre en contacto, pero nunca nos reunimos. Si estamos en contacto con respecto a cuando hay actividades, por ejemplo, para el día de la primavera, para fin de año, ahí si nos ponemos en contacto para ver qué actividad hace cada uno, cosa de no repetir.

E- Con respecto a la pandemia, ¿mantenías contacto para ver, por ejemplo, las estrategias que utilizaban en otras instituciones?

Y yo trabajo en otra institución también, así que sí.

E- ¿Consideras que estaban preparados para afrontar esta situación de pandemia?

Y cognitivamente no, les cayó muy mal a los abuelos, les afectó mucho y físicamente se vinieron unos cuantos abajo, que se notaron.

E- ¿Y ustedes estaban preparados?

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Y a nosotros quieras o no, en la facultad siempre nos educan que puede llegar a pasar, podía llegar como no, pero sí.

E- ¿Cuáles fueron los cambios más relevantes cuando estabas trabajando y cuando empezó la pandemia?

Y cuando empezó la pandemia nosotros acá tuvimos que cortar, se cortó como dos meses, tres la actividad. Y bueno se vio un retroceso bastante importante.

E- ¿O sea, dejaste de venir directamente en esos meses?

Claro porque no estaban permitidas... desde el Ministerio de Salud habían prohibido el ingreso a los geriátricos, solo venían la médica y las cuidadoras.

E- ¿Qué medidas o estrategias fueron implementando por la salud mental de ellos y de ustedes también por toda la situación que estaban pasando?

Mira, yo sé que ellos con las terapistas ocupacionales hacían videollamadas con los familiares y se ponían en contacto así y no, nosotros... yo venía y hacíamos juegos, hacíamos todo actividades recreativas, cosa de despejar la cabeza.

E- ¿Cómo procedieron a explicarles la situación a las personas mayores?

Yo no estaba, eso estaba encargada la directora, pero igual ellos sabían de que se acababa de venir el coronavirus y veían en la tele, o escuchaban en la radio y preguntaban así que ellos... los que están cognitivamente bien están informados porque escuchan tele o radio y nos preguntan todo.

E- ¿Cómo actuaban ante un posible caso?

Los aislaban por habitaciones y sé que desinfectaban, tenían una lámpara LED que desinfectaba todo, igual se terminaron contagiando todos tanto en la casa de acá como la otra.

E- ¿En quién o cómo crees que las personas mayores encontraron mayor contención?

Eso tendrías que preguntarle a la directora que es la que estaba todos los días con ellos.

E- ¿Qué te sostuvo para seguir adelante? ¿De qué te aferraste para enfrentar esta pandemia, para seguir viniendo?

Y es que amo mi profesión y me encanta poder ayudarlos, en lo mínimo, pero poder ayudarlos.

E- ¿Como institución consideras que la pandemia los afectó de alguna manera?

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

No, yo creo que los fortaleció y los hizo crecer un montón porque se especializaron todos en mucho. Aumento, por ejemplo, antes había un tubo de oxígeno, ahora hay dos. Las chicas aprendieron a aspirar, todas. Yo creo que eso hizo crecer mucho como institución digamos, para una mejor calidad.

E- Actualmente, ¿cambiarías algo o has pensado en algo que se debería haber hecho con la salud mental de ellos y de ustedes también?

Mira, yo creo que ellos estuvieron contenidos. Si, estuvieron mucho tiempo alejados de sus familias, pero bueno no fue una cuestión interna, digamos fue una cuestión externa del ministerio no del hogar porque cuando el ministerio permitió las visitas, acá se permitió. Eran visitas programadas con turno y cortitas pero bueno por lo menos los podían ver.

E- ¿Y por último qué cambios implementaron o van a implementar de a partir de esta pandemia?

Y no sé, eso tendrías que preguntarle a la directora también (risas).

E- Bueno, ha sido un gusto. Muchísimas gracias por tu tiempo.

Entrevista N° 4

Fecha: 12/11/22

Hora: 8:05

Lugar: Hogar “San José”

Entrevistada: Lucía

E- ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el hogar?

Del 2019, si por ahí

E- ¿Qué actividades realizadas?

Soy médica

E- ¿Te reuniones en algún momento con el resto de los profesionales?

No, porque en realidad las que me hacen el nexo a mí de toda la info, son ellas (la directora y la hija)¹⁰ que están todo el día acá. Entonces me van diciendo esta esta así, este está acá, o mira quisiera que veas a tal o la fono quiere que veas a... entonces así vamos viendo. He tenido así en forma particular y coordinamos, pero no son muchos.

E- ¿Con respecto a la pandemia mantenías contacto con otras instituciones como para ver las estrategias que se iban implementando?

Si, en la pandemia hicimos... bueno yo estaba en otros lugares, pero básicamente los lineamientos nos mandaban, nos bajaba salud pública. Bueno, salió esto que dice que a partir de ahora se restringe el ingreso, tienen que hacer esto y esto... todos los lineamientos que iban mandando a partir del comité de emergencia y salud...

E- ¿Además de estos lineamientos que iban mandando de salud, se implementaron algunas otras estrategias, en cuanto a la salud mental de las personas mayores y de ustedes?

No, lo que pasa que nosotros como la primera info que teníamos en el tema de la pandemia, era lo que estaba pasando en Europa. Imagínate que España fue terrible con el tema de los abuelos, pero porque Europa tiene una población totalmente envejecida, entonces uno veía eso y pensamos que se venía una catástrofe, la

¹⁰ La dirección de la institución está a cargo de Carmen y su hija.

verdad que nosotros no la vivimos tan mal acá, con la cantidad. Vos viste la cantidad de abuelos que hay acá y tuvimos muy poquitos muertos. Si pasamos feo que tuvimos pacientes saturando, con antibiótico, con todo; demandando un estrés terrible porque los pacientes si se complicaban acá, no te los recibían tampoco los de salud, nos decían “tenemos todas las camas ocupadas afuera, no vamos a ocupar una cama con un paciente de 80 años, 90 años, báncalo ahí”. Y como que nos pusieron a disposición entonces, sí necesitas bolsa, si se mueren y esto... entonces era como re estresante. Pero en realidad, nosotros no la pasamos con muertos. Sí, con mucho trabajo acá adentro, paciente con oxígeno, que le saturaban, que hacían el tratamiento viste, muy así, pero no sufrimos, así como decían “se murieron veinte, fue terrible”, era más el estrés nuestro.

Acá lo que tratamos de hacer era, bueno empezaba uno con fiebre, con moco, se amontonaban en un sector, pero pasa que después se infectó la mayoría.

E- ¿Consideras que estaban preparados para afrontar esta situación de pandemia?

Y no, no. El lugar fijate que cuando vos entras, entras directamente, no tenes áreas, lugares para separar. Porque ellos, ¿qué te decían? Bueno, tenes uno con fiebre y tiene que estar aislado en una habitación, ¿a dónde vas a aislarlo?¹¹ En esa habitación que son tres camas, uno y los otros dos, ¿dónde los metes? No es simple.

E- ¿Entonces ante un posible caso de COVID se lo trataba de aislar o no se podía?

Y no, porque en realidad lo que se tomó en las instituciones geriátricas era lo que se llamaba, lo que se decía, un brote. Ya cuando había más de tres infectados que era en cuestión de un rato, porque uno tenía con fiebre, otro con moco, y listo ya está. El brote fue cerrar la institución. ¿Nosotros decíamos bueno qué hago ahora? Nada se cierra, se bloquea y que no entre nadie, que no salga nadie, o sea los únicos nosotros que éramos el personal de salud que entrábamos con los equipos de protección. Pero después se trató de mantener, bien cerrado. Era eso.

E- ¿Se utilizaron herramientas tecnológicas para mantener el vínculo con los familiares/amigos?

Acá sí, para el vínculo si, para los que se podía sí era por videollamadas. El que podía, pero sí digamos lo único tecnológico que podías hacer... en otro hogar también, pero hay gente que tiene otros recursos, que tenía tablets, qué sé yo y que están lúcidos, pero es la gente que normalmente tiene comunicación con el exterior era la manera, pero sino no.

E- ¿Cómo procedieron a explicarles la situación que se estaba viviendo a las personas mayores?

¹¹ Señalando una de las habitaciones

Y no, no se les explicaba mucho. Pero porque vos quieres hablar con una, miras para allá todo lo que es esto no podés hablar con nadie, con nadie. (Señalando a los adultos mayores que se encontraban en el pasillo). Por ahí capaz que alguna otra institución que tengan personas más lúcidas, pero igual las que están lúcidas estaban con la tele que estaban viendo lo que pasaba o sea estaban al tanto. Pero acá viste que no, acá no podemos hacer mucha intervención. Yo sé que hay hogares que tienen psicólogos, hay algunos casos que capaz que podés trabajar con algunos pacientes como foco, gente que esta lucida pero que ya tienen su psicólogo.

E- ¿Acá hay psicólogos?

Tenemos una chica, pero eso corre por el familiar, si lo quiere abonar lo abona. Pero no hay que se trabaje en forma grupal digamos, pero es porque hay mucho deterioro cognitivo aparte del físico. Mas para nosotros necesitamos (risas).

E- ¿En quién o cómo crees que las personas mayores encontraron mayor contención en esa situación de pandemia?

Y en las cuidadoras, en todo lo que fue el personal.

E- ¿Y en cuanto a ustedes, en qué en qué se sostenían para enfrentar al paciente? ¿Cómo se sostuvieron ustedes mismos para enfrentar la situación, en que se apoyaban?

No, básicamente en los lineamientos. Te vuelvo a repetir, la parte sanitaria, los lineamientos que iba bajando salud. Era acá se cierra, acá se abre, ahora tienen que hacer esto, lo otro. Es informarte continuamente o saber qué es lo que se estaba haciendo, pero fue como un desconocimiento también en todos lados. Viste que por ejemplo en España los primeros geriátricos, ¿qué hacían? Los sacaban, se llevaban a todos los viejos afuera y con nosotros fue, al contrario, era hacer tipo un operativo cerrojo, era que había tres confiables y vuelvo a repetir esto se va como un brote y era listo no sale nadie y para sacar, para trasladar era bueno este si lo internan tiene posibilidades de volver o no... pero básicamente siempre el apoyo lo tuvimos con salud pública, y después medio que tampoco tuvimos tiempo. Yo no, yo creo que nosotras ninguna nos caímos psicológicamente ni nada, porque como que estábamos, te pones alerta. Como cuando uno tiene que estar enfrentando una situación como que uno actúa, actúa, actúa y bueno capaz que después tenías tiempo de pensar y todo. Pero no sé, yo no lo viví tan caótico porque ya te digo nosotros no tuvimos una situación... por ahí el caos se generaba cuando tuvimos dos momentos en los cuales se contagiaron todos, pero era más con esto de estar todo el tiempo corriendo.

Como se encerraron todos y la única que ingresaba era yo como médica. Salud publica había recomendado que los profesionales como kinesiología y todo eso, lo diéramos de baja, y eso si los tiro abajo porque todas

las actividades que por más que vos vez que están acá sentados, a la mañana vino la kine, entonces son actividades de tres veces a la semana, de ver a otra persona y hacer algo. En ese momento se cortó todo, no había nada, no había kine, no había terapia ocupacional, no había nada. Entonces fue muy estresante porque nosotras hicimos de kinesiólogas, kinesiología respiratoria, hacíamos contención nosotras, como que todo quedo apoyado sobre nosotras.¹². Encima los familiares cuando alguien se contagiaba le echaban la culpa a uno, que estaba asistiendo de que vos lo contagiaste porque si nosotros no entramos y nadie entra, como se contagió la gente.

E- ¿Actualmente cambiarías algo o pensaste en algo que se debería haber hecho, alguna estrategia?

No, la verdad que lo manejamos bien. Yo creo que se manejó bien. Después bueno, se puso esto de que se podía ver a los familiares del otro lado de la reja de entrada. Los pacientes que estaban por morir se le permitimos entrar ya cuando estaban medio en la última, ya era bueno lo dejamos entrar en la habitación solo y que este. Porque como no había velorio... ah esa era otra no había velatorio, imagínate que la gente dejo de ver a la familia y después lo llevaban. Acá no me pasó, pero en otro hogar, por ejemplo, que se murió, que no tiene la bolsa esa, que era una bolsa con cierre que qué sé yo. Otra, los servicios de sepelio eran no, si no tiene bolsa negra, no te lo llevo. Buscar bolsa, todo y la familia después lo embolsaban muerto y chau, ni velatorio, ni nada. No lo veía, no lo viste antes, no lo viste después, ya veían el cajón cerrado.

A ver, hay situaciones particulares. Yo no sé si vos estás mucho más en geriatría, pero en geriatría capaz que ves toda esta gente (haciendo alusión a los adultos mayores del hogar) y ni el 10% de los familiares vienen a verlos.

E- ¿Consideras que la pandemia los afectó de alguna manera, como institución?

No, acá hay un grupo re solido de trabajo, como que de gente no hay rotaciones. Hay un grupo re sólido y yo creo que todos se pusieron porque empezaban con síntomas y era bueno, pero ya están todos contagiados, con moco, venimos, laburamos, como que todos le recontra pusieron el pecho.

Se trabajo re bien y con todo, ellos hasta compraron una máquina para esterilizar el ambiente, tubos de oxígeno, medicamentos. Lo bancaron todos ellos porque desde salud te decían “no me lo mandés a internar porque me colapsas” pero tampoco eso sí, eso se hubiese podido cambiar, de que el Estado hubiese tenido que proveer a los lugares donde te decían quédate encerrado y no me lo mandés, o sea ellos hubiesen tenido que proveer.

¹² Al decir nosotras se refiere a ella como médica junto con la directora y cuidadores

Se hubiese podido hacer un reclamo a eso, ahora hablando y todo, a salud. Así como te decían ellos “no me lo mandés”, era una directiva eso, o sea que no se blanqueó en papeles, pero digamos nosotros teníamos contacto directamente con la gente que bajaba los lineamientos desde acá de salud y esto no era una decisión del médico de la guardia que me decía bueno, sí o no, sino que fue directamente de la gente que organizaba de decir “no me vas a mandar una vieja de ochenta porque tengo gente de cuarenta para un respirador y no le vamos a hacer nada”. Pero sí nos dijeron lo que vos necesites nos pedís. Morfina, ponele me dijeron “si necesitas morfina o algo para hacer alguna sedación algo se le da”, pero nada más.

Pero acá se trabajó bien. Te digo, hay un equipo bien sólido de trabajo que no pasó en otros lados, acá nadie renunció ni nada. Incluso alguno con algún síntoma y todo se decía bueno, ya están todos contagiado y se venía, trabajo igual.

E-Bueno, ha sido un gusto. Muchísimas gracias por el tiempo.

Entrevista N°5

Fecha: 16/11/22

Hora: 17:30

Lugar: Hogar “San Vicente de Paul”

Entrevistada: Florencia

E- ¿Hace cuanto que está en funcionamiento el hogar?

127 o 128 años

E- ¿Hace cuánto que trabajas en el Hogar?

Hizo 12 en septiembre, 12 años.

E- En el hogar, ¿hay solo mujeres?

Si, si por el momento nos encontramos solamente mujeres, albergando solamente mujeres. Tenemos un ala que esta en este momento en construcción que eso si son para destinar a varones. Por cuestiones de que bueno dentro de lo que es la ciudad existe una gran deuda, en esto de dar alojamiento a los hombres viejos. No hay tipos de residencias de estas características, como la nuestra, para varones.

E- ¿Cuál es el fin de la institución?

El fin de la institución es dar albergue, por estatuto, a mujeres mayores de 60 años, en contexto de pobreza y vulnerabilidad social. Después tendremos que modificar los estatutos para incluir también a los hombres.

E- ¿Es público el hogar?

Es una sociedad civil sin fin de lucro, no es público porque no dependemos del estado, pero te diría que es más una cuestión privada. Si, todo lo que se recauda aquí adentro, porque se retiene un montón... Nosotros tenemos dos vías digamos de financiación. Particular, ahí nosotros cobramos el 80% de los ingresos totales de la persona o por convenio de la obra social PAMI.

E- ¿Y en qué consiste tu trabajo en el hogar?

De todo (risas). Un poco de gestión ante la obra social. Un poco de todo lo que es contención, de algunas situaciones puntuales no se hace tratamiento psicológico dentro de la institución, pero si el tema de la contención ante alguna situación particular, o de duelo o se pelearon o cuestiones más específicas.

Coordinación con profesionales de instituciones fuera de lo que es la residencia. Esta es una residencia de puertas abiertas, obviamente las puertas abiertas es simbólico por una cuestión de que manejamos muchas personas con situaciones de demencia, que si nosotros dejamos la puerta abierta literalmente... Nos ha pasado, en una época, antes de la pandemia, había misa y en el horario de la misa se dejaba la puerta abierta, persona con demencia se fue, empezó a caminar y se fue. Si o si tenemos que tener la puerta cerrada, eso no implica que nuestros residentes que están con las facultades cognitivas que lo permiten puedan salir de la institución para hacer mandados, tramites o visitas que deseen.

E- A partir de esta contención que mencionabas, ¿trabajos en grupo se realizan?

Si, se realizan trabajos en grupo, por ahí si nosotras lo que más hacemos es la cuestión de la coordinación de ese trabajo en grupo, no somos quienes lo llevamos adelante. Nosotros trabajamos, en este momento este año, en esta “postpandemia” entre comillas... en esto de los convenios con otras instituciones y todo eso siempre hemos mantenido hasta el 2020 prácticas profesionales de Derecho, prácticas profesionales de Trabajo Social, Psicología, Psicopedagogía, la Tecnicatura en Psicogerontología. Hemos tenido prácticas un poco más cortas, más reducidas, con objetivos distintos, no académicos, pero, por ejemplo, hasta este año vinieron del Cristo Redentor, han venido de escuelas primarias a pasar el día con nuestros residentes y todas esas cuestiones. Siempre digamos esas cuestiones las coordinamos más nosotros. Y por ahí, lo que es talleres los llevan adelante los estudiantes, independiente de la carrera porque eso va digamos de la propuesta que cada uno traiga, pero nosotras damos las guías, cuáles son los lineamientos, a que ponerle atención y a que no, con quienes sí, con quienes no; porque por ahí también esto de poder identificar quiénes son las personas que más demenciadas están y que eso les va a entorpecer la tarea y no lo van a poder desarrollar y que más vale podrían integrarlas en otro tipo de actividades. Esas coordinaciones, sí.

Nosotros hacemos lo que es evaluaciones, asesoramiento en la comunidad, en cuanto a situaciones distintas de vejez, problemáticas distintas que referenciamos a otras instituciones. Contención con las familias, muchas veces el trabajo no es solamente con los residentes sino también lo que implica lo familiar. Y después como somos prestadores de la obra social también tenemos ciertas cuestiones que cumplir para la obra social, realización de informes, actividades que se deben realizar en el marco de la comunidad.

E- ¿Cuántos residentes hay actualmente?

Residentes en este momento tenemos treinta y nueve. Estamos con una cuestión económica, nuestra capacidad total es de cuarenta y nueve personas y bueno, por distintos motivos no se ha podido recuperar la totalidad que teníamos prepandemia.

E- Y durante la pandemia, ¿cuántos eran?

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Cuarenta y nueve, hasta el 16 de marzo.

E- ¿Qué otros profesionales trabajan en el hogar?

Nosotros tenemos nutricionista, trabajadora social, kinesiólogo, psicología, tenemos médico, enfermero y después las que sostienen y han sostenido todo que es el personal de mucamas, las chicas.

E- ¿Y en algún momento se reúnen entre ustedes para ir viendo el avance de alguna residente, etc.?

Si, si tratamos, tratamos, no siempre lo logramos, de que las reuniones de equipos sean mensuales. Eh, hay veces que lamentablemente por distintos motivos, no lo logramos, pero tenemos el clásico grupito de WhatsApp donde compartimos todas las novedades o incluso si hay una situación puntual que hablar con un profesional puntual, nos citamos, “me gustaría hablar sobre tal cosa”, “dale pasa tal momento, yo voy a estar..” y esas cuestiones por ahí. Que no son reuniones de equipo, pero si hay una comunicación en lo que respecta a la interdisciplina.

E- Con respecto a la pandemia, ¿mantenían contacto con otras instituciones como para transmitirse las estrategias que se implementaban, cómo iban llevando adelante la situación?

Mas que nada con lo que era institucionalización, nosotros esa cuestión lo hacíamos a través del COES (Comité de Organización de Emergencias de Salud) y del Ministerio de Desarrollo. La dirección de adultos mayores en un par de oportunidades organizo encuentros virtuales donde residencias de toda la provincia, compartíamos experiencias de como afrontamos tal situación tal lugar, tal otro. Por ahí en el interior de la provincia había algunas ventajas en cuanto a que eran más reducida la cantidad de personas, entonces podían manejar y darse algunos lujos que acá en Paraná y con tanta cantidad de residentes fue un poco más complicado.

E- ¿Consideres que estaban preparados para afrontar esta situación de pandemia?

Creo que nadie está preparado para afrontar esa situación. Hoy lo veo a la distancia y te digo que sí, podríamos haber actuado de manera distinta, ¿actuamos mal? No. Actuamos en función de lo que los protocolos de seguridad indicaban en ese momento, de lo que estaba siendo una pandemia mundial. Y en ese sentido, yo creo que siempre el miedo, en algún punto, funciona como un regulador.

Después es fácil también decir con el diario del lunes, si esto estuvo mal. En ese sentido, sí, hay cosas que se manejaron, no mal, pero si se podrían haber manejado distinto y hay otras cosas con las que estoy muy conforme con lo que se hizo. Porque, por ejemplo, nosotros casos de COVID, durante el periodo grueso, no tuvimos. Entonces en ese sentido creo que hicimos bien las cosas, ahora sí, donde empezamos a abrir las puertas, ahí empezó. O sea, hay cuestiones que eran lógicas obviamente, por cuestiones de lo emocional, lo

afectivo que ya sabemos la importancia que refieren, pero ahí es donde se nos empezó a complicar la calidad institucional.

E- ¿Cuánto tiempo estuvieron a puertas cerradas y sin poder recibir visitas?

Y al 100% fue desde marzo del 2020, el 16 de marzo cuando comienza... el decreto sale el 20, pero el 16, el lunes 16, sino mal recuerdo, ya empiezan todas las cuestiones de las protecciones, hasta finales de octubre tal vez del 2020. Te estoy dando un aproximado, no lo tomes como exacto porque...(risas). Hasta ahí sí, fue 100% cerrado, después lo que fue ponele noviembre, no recuerdo la fecha exacta, hasta marzo de 2021, fue con turnos. Solamente una persona por residente, una sola visita por residente, afuera. Días de lluvia se cancelaban y a reprogramar, con tiempo limitado, creo que eran 20 minutos por visita, todo era según el protocolo y ni bien aparecieron las vacunas, que, si no mal recuerdo fue finales de 2020, se empezó a exigir certificado de vacunación para las visitas. Y después si hubo un periodo en 2021, pero que habrá sido más corto y ahí también se cerraron las puertas un tiempito, que hubo un brote grande. Pero fue más corto, habrán sido 3 meses por suerte.

E- ¿Qué medidas o estrategias fueron implementando para preservar la salud mental de ellas y también de ustedes?

Fue difícil... todos los días nosotras teníamos que hacer un listado, listado de empleados, listado de residencia, listado de la institución. Para salud, para ministerio de trabajo, para el seguro, para... a todo el mundo le teníamos que mandar un listado de algo (risas). Que si bien, obviamente, eso lo tenes más o menos hecho, pero había que requerir una información extra que era la que te pedían que no siempre la tenías porque no era algo que en el contexto estuviera.

En cuanto a estrategias con ellas, bueno el tema de las videollamadas con las empleadas, ellas prestaban su teléfono, celular para que con los familiares ellas pudieran verse. El tema del teléfono; implementamos la biblioteca aprovechamos justo nosotros en plena pandemia, cumplimos los 125 años entonces en ese contexto no queríamos que pase desapercibido, porque nosotros teníamos desde enero veníamos planificando una fiesta que queríamos traer la banda de policía, teníamos un montón de ideas, íbamos a hacer con familiares, con socios, una merienda acá en el hogar, íbamos a hacer otro acto. Bueno, teníamos un montón de proyectos que en marzo nos dijeron “olvidalo”. Y no, no queríamos que los 125 años pasen desapercibidos, entonces hicimos una movida en los medios, Gisela hizo nota en canal 11 y aprovechamos ese momento para pedir donaciones de libros. Entonces empezaron a circular mucho más los libros, revistas. Se trato de volver al bingo. Hicimos horarios reducidos en algún punto, porque nosotros al trabajar todos en otras instituciones también éramos vectores de contagio. Pero siempre estás haciendo algo, la contención telefónica, la coordinación con la nutricionista, con enfermería, con los familiares también. El trabajo en

pandemia fue mucho más con los familiares con esto de, “no puedo verla, cómo está, vos que la conoces, que si la podés ver, tengo miedo de que se muera”. Esas cuestiones por ahí aparecieron bastante y las trabajamos mucho.

También una cuestión que se dio y que se da hasta el día de hoy, es la cuestión económica. Nos afectó mucho en lo que respecta a la economía, nosotros todavía no estamos logrando recuperarnos económicamente de eso. Con lo cual también todo lo que fue gestionar donaciones, convenios. El año pasado gestionamos para ser beneficiarios del once por todos, este año también. Porque por lo menos ya es plata menos que destino del fondo del hogar para productos de limpieza, para higiene personal.

También mucho la cuestión del miedo de ellas, de que su familia que está fuera o que incluso nosotros mismos que salíamos, nos contagiemos, que nos pase algo, a nosotros, a su familia, eso también fue un tópico de trabajo, sobre todo en lo más duro, en el periodo donde más desconocimiento había. Creo que todos un poco teníamos eso de llegar a casa y desvestirnos todos, desinfectar. En ese momento de paranoia, bueno empezamos a usar nuestra ropa de trabajo, nosotros antes del 2020 no veníamos así, eso lo empezamos a implementar a partir de mayo, junio, de llegar y cambiar nuestra ropa de trabajo.

E- ¿Y en cuanto a ustedes implementaron alguna medida por su salud mental?

Y lo personal ya llegaba más a mi casa (risas). Por ahí si acá, nosotros siempre le dimos bolilla al tema de la navidad, por ejemplo, como sabemos que es una fecha clave con todo lo que es el que viene y la busca para irse con su familia, las que quedan acá, las que no tienen familia. Nosotros tenemos un porcentaje importante, no de depósito, sino de que directamente no tienen a nadie. No es que vienen, las dejaron y se fueron, no tienen a nadie. De eso tenemos un porcentaje muy significativo y somos nosotros sus referentes institucionales. Que eso también es un trabajito extra (risas), desde ir a cobrar, gestionar medicamentos, gestionar pañales, tramites en la obra social, consultas médicas externas a la institución.

Puntualmente el tema de navidad, que me fui por las ramas, la tarjetita del 2020, la tarjetita del 2021, que se note que hay una elaboración. A mí me gusta mucho hacer manualidades y todas estas cuestiones, me parece muy terapéutico, entonces soy de pintar, soy de tejer, soy de hacer cosas. Que no tengan que ver con lo mental, sí que sean más desde lo creativo. Entonces esto de que nosotras somos de hacer las compras de navidad, las “mamá noelas” nos llamamos en esa época (risas), porque nos vamos al centro, pensamos cada uno de los regalos, pensamos que es lo que necesitan, que es lo que les gusta. Envolver los regalos, preparar la tarjetita, ponerlos abajo del árbol, todo eso en lo personal para mí fue una estrategia de lo creativo.

Y después yo trabajo en otras instituciones también, en ese momento trabajaba en otra muy pesada emocionalmente, por situaciones muy críticas, si bien esta era crítica, la otra institución ya tenía ya que ver con riesgos de vida, toda una situación mucho mas de impotencia.

Y bueno cuestiones relacionadas con la actividad física, a leer cosas que no tuvieran nada que ver, lo más tonto que había, recurrir más a esas cuestiones de despeje. Pasar tiempo al aire libre, eso es de lo personal como para hacer un cable a tierra, y tratar de no meterme en la paranoia que había, sobre todo en el primer tiempo, por ahí el año pasado (refiriéndose al 2021) no fue tanto. Yo creo que fue una pandemia la del 2020 y otra la del 2021. Igual a nosotros nos pegó más la del 2021, y este principio de año (2022) que hubo un brote grande también, esos fueron los dos por ahí quiebres que tuvimos nosotros.

La verdad es que, a mediados de la pandemia, cuando empiezan a fallecer, no precisamente de COVID sino que paralelamente al COVID, acá se seguía el deterioro, seguían las cuestiones del transcurso de la vida, seguían los infartos, los procesos oncológicos seguían igual, o sea, no necesariamente nuestras defunciones tenían que ver con el COVID sino con el paso del tiempo. Y eso al no poder hacer, sobre todo en el período duro, los ingresos como para reponer esa vacante es lo que ha hecho que nuestra cuestión económica se haya ido debilitando cada vez más.

E- ¿Cómo procedieron a explicarles a ellas la situación, lo que estaba pasando?

Fueron más que nada “las chicas”¹³, del personal, pero por suerte ellas estaban muy al tanto, porque ya veníamos siguiendo desde enero, diciembre, ya veníamos siguiendo que es lo que pasaba en el resto del mundo. Que eso indirectamente, fue una estrategia que, sin pensarlo, porque la verdad es que no fue premeditado, no es que dijimos “che vamos a prepararnos por si esto pasa” porque creo que ni nosotros nos imaginamos que iba a pasar, pero si era algo que se venía hablando. Esto de que nosotros somos puertas abiertas, de que buscamos que nuestras viejas estén lo más integrados a la sociedad y a la comunidad, nos permitió hablar mucho de esto, antes. Que no significa que el cagaso no haya estado, son dos cosas distintas. Saber y entender no significa que uno tramita distinto la situación, los procesos internos se dan de igual manera, en algunos mejor, en otros peor, eso es muy personal.

E- ¿Cómo actuaban ante un posible caso de COVID?

Primero aislamiento de la persona sintomática, aislamiento burbuja en la habitación, elementos de protección personal desde el momento cero. Es más nosotras el barbijo lo seguimos usando, no acá porque

¹³ Así llaman a las enfermeras y mucamas del Hogar.

acá estamos nosotras (en la oficina), pero para lo que es el contacto con ellas, cuando salimos al exterior de la oficina el barbijo lo seguimos usando.

Según lo que el COES en ese momento indicaba, se armaban también distintas burbujas en función de las habitaciones, se ponían mesas en los pasillos porque, por ejemplo, al comedor no se iba, no se compartía. Pasillos abiertos, ventanas, puertas, ventilación todo el tiempo, incluso por ahí en pleno invierno estaba todo abierto. Salía primero a comer una habitación, se guardaban, salía la otra en otro momento y así. Se hicieron como sub-burbujas.

E- ¿En quién o cómo crees que encontraron mayor contención ellas?

Principalmente creo que entre ellas mismas. Lo que por un lado nos juega como ventaja y por otro lado como desventaja, es que sean muchas. Y, en segundo lugar, obviamente, en nuestras mucamas, son las que hicieron el trabajo grueso, de principio a fin.

E- ¿Que te sostuvo cuando tenías que enfrentar algún paciente o en qué pensabas para seguir, de qué te agarrabas?

No sé si lo pensé, te soy sincera. No, no sé si lo pensé. Creo que en algún punto era que hay que seguirla, porque aparte el otro esta del otro lado. No sé si me detuve a pensarlo.

E- ¿Qué cambios notaste en ellas durante la pandemia? ¿cómo era su estado de ánimo?

Muy fluctuante, había días en que sí, estaban más bajón, otros días en los que acá no pasaba nada, y otros días, en los que, por ahí, esos eran los más difíciles, se peleaban mucho entre ellas. Por ahí esas cuestiones, se volvían una *ciclotimia*¹⁴ (risas), más que nada hasta que pudieron empezar a salir, una vez que ellas empezaron a cruzar la puerta es como que acá no hubo pandemia, cambio rotundamente.

E- ¿Ellas realizan actividades por fuera?

Tratamos de que sí. Por ejemplo, ahora para el día de la primavera, organizamos junto con los estudiantes, viste el colectivo de la muni que es el techo abierto, todas las que quisieron, todas las que tenían ganas, las subimos al colectivo y nos fuimos a dar vueltas. Tratamos de que si, nos quedó lamentablemente truncado, por cuestiones de tiempo, un paseo que teníamos pensado a las termas de María Grande, pero si tratamos de que sí que salgan lo más posible. O sino con sus familias, vienen, las buscan los fines de semana, de sábado a domingo o las cruzan a tomar un helado acá a la heladería que esta hace algunos años, se toman un helado, vuelven, van al parque Gazzano. Antes si, antes del 2020 era un poco más abierto.

¹⁴ La *ciclotimia* es un trastorno bifásico ya que se caracteriza por oscilaciones entre una fase de hipomanía y una fase de depresión.

E- Antes me había dicho que les había pegado en cuanto lo económico, ¿y algo positivo, algo bueno, que puedas rescatar de la pandemia?

Es que no se sabría decir si hubo cambios buenos o cambios malos, porque incluso te podría decir esto de la contención entre ellas, que por ahí se puntualizó un poco más. Porque los cambios que se dieron me parece que fueron propios de lo que atravesamos todos como sociedad, no sé si considerarlo positivo o negativo porque me parece que es ponerle una vara que no se si es asimilable o no. Creo que cada uno de nosotros actuamos de la manera en que intuitivamente nos salió, y a veces el instinto es supervivencia. Entonces ahí pensar en lo bueno o malo... es lo que te decía hoy, que podríamos haber hecho las cosas distintas, si seguro, muchas cosas.

E- ¿Qué cosas, por ejemplo? ¿qué hubieses cambiado?

Y bueno, estas cuestiones de la familia y del contacto con la familia por ahí, no sé si lo hubiera manejado distinto, pero con otras condiciones.

E- ¿Qué cambios implementaron o van a implementar a partir de lo que fue la pandemia?

Bueno, la habitación de aislamiento, eso es algo que en algún punto llego para quedarse. No para aislamiento, sino para paliativo. Nosotros ya desde antes veníamos con este proyecto, a raíz de una situación de una persona con un tratamiento oncológico, que la verdad sus compañeros sufrieron mucho. Nosotros tratamos de que esta sea el hogar de cada uno, la casa. Con lo cual mientras nosotros podamos dar tratamiento a la situación con la que la persona se encuentre y atraviesa, principalmente de salud. Nosotros tratamos de que estén acá hasta su último momento porque llega un momento en que consideramos que tanto sus compañeras de residencia, como las empleadas, se hace como una extensión de esos lazos afectivos que da la familia, hermanos, sobrinos, tíos en algún punto, si bien obviamente que no es equiparables, no es comparable la sangre con lo que no es, pero llega a tener ese valor simbólico y de sostén emocional y todas estas cuestiones, incluso a veces hasta más te diría que adentro que de lo que es la familia. A veces lo hemos visto también.

Y bueno esto de que las compañeras hayan sufrido tanto ver el deterioro, el dolor de la persona, nosotros veníamos pensando en esto de tener una habitación para cuidados paliativos. La pandemia nos obliga, en algún punto, a tener un lugar exclusivo para realizar el aislamiento, entonces la idea es que, en ese lugar, específicamente, que se usó como habitación de aislamiento, poder destinar... que ya la hemos usado, lamentablemente, como paliativos.

De igual modo, nosotros seguimos haciendo aislamiento. Persona que hace más o menos tres meses se cayó, se quebró, fue y estuvo en cirugía, estuvo internada en una institución hospitalaria, cuando llegó todo

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

correspondiente a aislamiento, porque somos conscientes de que, si bien el pico de la pandemia no está presente, casos de COVID-19 sigue habiendo. Entonces si bien se han flexibilizado algunas medidas, otras se siguen sosteniendo. Tal vez esto del aislamiento, siga estando por lo menos un poco más, no te sabría decir si para siempre o no, pero bueno la idea de igual modo es volver a una normalidad, que esto quede en el recuerdo como una anécdota. Pero va llevando su tiempo, hay algunas cosas que son mucho más fáciles de recuperar que otras.

E- Bueno, ha sido un gusto. Muchísimas gracias por tu tiempo.

Entrevista N°6

Fecha: 16/11/22

Hora: 18:00

Lugar: Hogar “San Vicente de Paul”

Entrevistada: Gisela

E- ¿Hace cuanto que trabajas en el hogar?

2019, hace tres años. Yo hice mis prácticas académicas acá y después me quedé. Soy licenciada en trabajo social

E- ¿En qué consiste tu trabajo en el hogar?

Y básicamente es mi relación con las familias, procurar que las ancianas tengan todo lo que necesitan, ellas por ahí hacen demandas sobre algunas cuestiones de salud, solicitar turnos. Todo lo que es la gestión con la obra social, tanto de la institución como de las ancianas. Básicamente eso, tenemos alumnas de la licenciatura también de trabajo social y somos sus referentes.

E- ¿Con todas las personas mayores?

Sí, sí, con todo generalmente por ahí con los que más trabajos son con aquellos que no tienen en un vínculo familiar cercano que por ahí bueno son los referentes pueden ser algún vecino, sobrino, entonces ellos generalmente se ofrecen como referente, pero bueno por ahí más cuestiones que son ligadas a la salud y todo eso porque tratamos de aliviar un poco ese trabajo de referente que sería hacerse cargo del 100% de ellas digamos. Entonces gestionamos turnos y ellos se encargan de llevarlas, ese tipo de cosas. O por ahí ellas me dicen “me falta tal cosa” entonces nosotras transmitimos “mira no se si te dijo, pero a mí me pidió tal cosa”. O por ejemplo ellas me manifiestan a mí “me gustaría ir al oculista, porque no estoy viendo muy bien”, entonces nosotros transmitimos al referente que si hay una posibilidad de que pueda hacer una consulta y entonces gestionamos el turno. Con aquellas que no tienen vínculos familiares, hay algunas que tienen medios alejados, pero los tienen y contas con ellos y hay algunas que no tienen un vínculo familiar, entonces ahí sí 100% nos ocupamos nosotras.

E- ¿Con respecto a la pandemia mantenías contacto para ver por ejemplo las estrategias que se implementaban en otras instituciones?

Yo trabajo aparte en un municipio, entonces trabajaba en burbuja o sea que nunca deje de trabajar o sea que en la semana iba dos días y el resto lo hacía en mi casa virtual. Acá en un momento estuvo cortado el ingreso, solo era el personal de salud y el de cuidado de las ancianas. Y bueno una vez que se nos dio el “ok” empezamos a venir, con todo lo acorde a ese momento que era cofia, barbijo, todo.

Volviendo a la pregunta

No, no. Si más que nada teníamos en cuenta el tema de las directivas que daba el COES con respecto a las instituciones. Por ahí no, porque bueno, cada institución tenía su propia reglamentación, por ahí había algunas que se habilitaban más las visitas, eran un poco más liberal en esas cuestiones, nosotros no. Porque por ahí hay instituciones con menos cantidad de personas, nosotros tenemos muchas, entonces el cuidado era mucho mayor. Las visitas familiares también fue una demanda, se dejaba, pero no ingresar o sea que era medio de lejos, organizadas por una enfermera. Mucho en eso no, no, la verdad que no no tuvimos relación con otras instituciones. Si, obvio, que te informas de lo que está haciendo una u otra, pero cada que yo creo que cada una en ese momento tomaban su propia reglamentación interna porque sabe con la población que trabaja. Capaz que tenían ancianas con menos edad, nosotros tenemos la mayoría de los nuestros son ochentosas, son muy poquitas, las que tienen entre 60 y 70 años son muy poquitas, entonces mayor complicación todavía porque más había que resguardar porque si ellas se nos enfermaban y la verdad que iba a estar difícil remontar. Pero era más personalizado ese tema.

E- ¿Consideras que estaban preparados para afrontar esa situación?

Si, sí. Siempre hay cosas que mejorar, obviamente, pero si yo creo que nos agarró preparados más que nada por las directivas, ya te digo el médico de la institución, el COES, y bueno la verdad que el personal. Eso es re importante, se pudo laburar bien, acatados a la reglamentación con respecto a la limpieza, todo eso.

O sea, porque igual nosotros tratamos siempre de respetar todo lo que se reglamentaba. Sí, desde el COES se decía se cortan las visitas, bueno cortábamos las visitas, tratábamos siempre de ir bien con la reglamentación. Así que bueno, dentro de todo no tuvimos muchos casos, salvo un último top, que fue creo que, en enero, fue como el ultimo pico de contagios y tuvimos cinco bajas pero eran ancianas, las más mayores de edad y las que mayores dificultades de salud tenían, eso fue lo único y no fue mucho tampoco, que por suerte se contuvo bien no hubo muchos contagios ni nada.

E- ¿Qué medidas o estrategias fueron implementando para preservar la salud mental de ellas y la de ustedes mismos?

Y ya te digo, al principio no veníamos mucho, lo que hacíamos por ahí nosotras más que nada eran las charlas y la escucha permanente, salir a recorrer un poco los pasillos, lo que se podía, o utilizar el patio

como espacio para charlas, contención y demás. Habilitar de que puedan hablar de teléfono con sus familias, hacer videollamadas con nuestros propios teléfonos digamos porque era así, hacer videollamadas que las vean. Esas cuestiones sí.

E- ¿Cómo precedieron explicarles la situación a las personas mayores?

Y ellas ven mucha tele, o sea que estaban bastante informadas en cuanto a lo que era la situación de pandemia. Por ahí también un poco se restringió la tele porque ya era un caos, empezó todo esto de los miedos, “mañana me muero”, persecuciones por distintas cosas y demás, así que un poco se restringió, se dejaba ver, pero menos. En un momento en que los medios estaban pandemia, pandemia, pandemia, todos los canales eran pandemia, entonces ahí se restringió un poco. Pero bueno, algunas entendían. Mas que nada porque algunas con su deterioro cognitivo no llegan a dimensionar, salvo que te ven con una vestimenta rara y te preguntan “porque estas así, sácate eso”, muchas no lo entendían. Algunas si, entendían el tema de lo que era el contagio, las precauciones que tenían que tener y demás. Otras hasta se enojaban, a veces, porque venias con cosas, ellas no dimensionaban y no hacían esta idea de que nosotras hacíamos lo que estábamos haciendo para cuidarlas, sino que era como que ellas tenían la peste y nosotras hacíamos todo eso para protegernos nosotras, y no, en realidad era al contrario entonces tenías que tener paciencia y tomarte un tiempo para explicarles. Entonces lo que una vuelta de pasillo antes tardabas una hora, ahora te tomaba tres o cuatro horas porque parabas en cada grupito.

E-Y en cuanto a los familiares, ¿hubo mucha resistencia para aceptar las prohibiciones de las visitas y demás medidas?

Si, hubo algunas que no lo entendieron e incluso se la llevaron a la residente. Y hay otras que sí, que lo entendieron, la mayoría entendió. Pero bueno, si había mucha demanda en esto de querer saber cómo estaban, entonces nosotras éramos su vínculo como para hacer videollamadas, sacar fotos y mandar. El teléfono siempre estuvo habilitado.

Algunas más resistentes que otras. Hay familias, por ejemplo, antivacunas pero bueno entendieron que nosotros sin vacunas no los podíamos dejar ingresar y lo entendieron perfectamente, con un poco de resistencia, pero su madre estaba acá y había que respetar la normativa digamos.

E- ¿Por cuánto tiempo se prohibieron las visitas?

La verdad que no estoy segura, pero fue en el principio de pandemia, en el pico de contagio. Generalmente cuando había ese pico de contagio, ahí se suspendían las visitas quince días y volvían, así, no es que fue seguido, continuo. Cuando había contagios pico se cortaba más que nada por la circulación y después se empezaba a habilitar, con turno, por hora y demás, con barbijo, sin compartir mates, toda esa reglamentación

estaba. O cuando había sospechas por algún síntoma o algo también, se cortaban las visitas y después cuando daban algún positivo o negativo se volvían a reactivar o no.

E- ¿En quién o cómo crees que encontraron mayor contención las residentes?

Yo creo que, con el personal, con nosotros, con las enfermeras, eso creo que fue su mayor contención. Y obvio, las familias que estaban de atrás, los que podían. Pero al tener contacto con nosotras fue donde mayor contención recibieron, más de las empleadas y de la parte de enfermería que son las que pasan más tiempo con ellas

E- ¿Que te sostuvo cuando tenías que enfrentar algún paciente o en qué pensabas para seguir, de qué te agarrabas?

Por ahí yo hablaba más que nada de esto, trataba de explicar que todo lo que se hacía se hacía más que nada para cuidar y siempre a través de ejemplos o traer cosas del cotidiano de uno que explicara tal situación. Yo trato siempre de comentarles las cosas con ejemplos o con experiencias o con algún caso que haya salido en la tele.

E- ¿Como institución consideras que la pandemia los afectó de alguna manera?

Si, afecto vínculos familiares. Yo creo que en ese momento como que se enfriaron un poco las cosas. Esto no deja de verse, las instituciones de este tipo, como depósitos de viejos que vienen a dejar. Nosotros no apoyamos eso, justamente tratamos de que sea un hogar, de que la familia siga viniendo, puertas abiertas, que visiten, qué participen. Siempre se trabajó así en el hogar. Entonces con pandemia al estar cerrado para mí eso como que enfrió un poco esta imagen que se tenía del hogar, de que siempre abierto, de que venía gente. Me parece que eso freno un poco, y para ellas también porque dejaban de sociabilizar con otra gente, que venían a visitarlas los chicos de la escuela, de la iglesia. Y ellas hicieron ese como “ya nos quedamos acá adentro, nos vamos a morir acá, nadie nos quiere”, y atrás ir diciendo “no esto no es así, ya de a poco vamos a ir saliendo”. Y así ir trabajando, todo el tiempo era cotidiana la charla, la explicación permanente. Ya te digo de una parte, porque otra parte no tomaron dimensión de lo que era la pandemia.

Pero si para mí el vínculo es algo. Porque hay familias muy presentes que siguen estando y hay familias que no tanto, entonces siempre se trabaja para reforzar ese vínculo y demás, pero en pandemia se enfrió un poco más. Y ahora de a poco se vuelve a trabajar, a invitar a las fiestas, a los acontecimientos que hay, llamar para hacer visitas.

E- ¿Y algo bueno, positivo que puedas traer de toda esta situación que se vivió?

Positivo para mí, o sea, desde mi trabajo, algo muy positivo fue todo lo que es gestión de Obra Social, por ejemplo, que se agilizó en cuanto a lo online. Nosotros eso genial porque ya no tenemos que ir personalmente a dejar recetas o gestionar cosas a través de la obra social, allá. Sino que todo podemos hacer online, subiendo la documentación y todo eso, eso para mí fue algo positivo, que se habilitaran cosas más de forma virtual para gestionar cosas, para mi trabajo y para nosotros. Estoy pensando en viejos en otro contexto, que viven solos, que no tienen acceso a la tecnología y demás, no fue tan bueno, para mí en mi trabajo, sí. Eso como algo positivo, sí, creo que es lo único.

E- ¿Y actualmente cambiarías algo o has pensado en algo que se debería haber hecho por la salud mental de ustedes mismos y también de las residentes?

Para mí que, si se hizo, pero bueno me pareció que hizo falta más, es habilitar de alguna manera el contacto, ya sea con los familiares... era re arriesgado, pero para mí eso es parte de una necesidad de ellas, de todos. Y que también en la pandemia se vio re perjudicado el vínculo, el contacto con otro. De saber de la vida del otro. Para mí eso fue algo de lo que más se perdió, y contención. Y si más que nada nosotros tenemos que estar bien para poder estar bien ellas, así que bueno tratamos siempre de pensar en algo, traer algo para que se nos pase el día, el tiempo. Y obvio responder a todas las dudas que había y demás.

Yo creo que eso fue lo que más afecto, que hasta ahora cuesta eso de te abrazo o no te abrazo, te toco o no te toco, te beso o no te beso y no es tan fácil de explicar.

E- ¿Qué cambios implementaron o van a implementar a partir de esta pandemia?

No muchos, porque la verdad no nos gustó nada, entonces tratamos de volver a lo de antes. Por ahí lo que sí, un poco, es esto de compartir los mates, consideramos que puede seguir así, esto de no compartir los mates entre ellas y con las familias, pero algunos, no todos.

No mucho de pandemia que haya quedado así. Solo la gestiones a la distancia para mí es lo único positivo que hoy nos quedó, porque podemos pedir digamos los alimentos nutricionales a la obra social, podemos gestionar órdenes médicas y todo a través de Internet que antes no podíamos hacer.

E -Bueno, ha sido un gusto. Muchísimas gracias por tu tiempo.

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

Fotos tomadas de los Hogares



Ilustración 1- Patio del Hogar San José



Ilustración 2- Palomas comiendo. Hogar San José

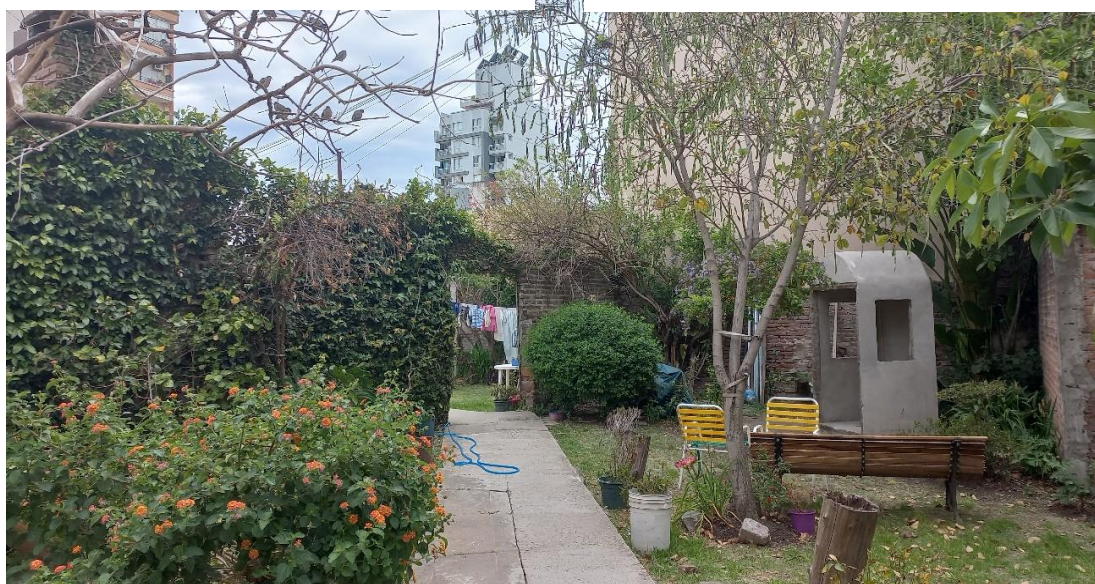


Ilustración 3- Patio del Hogar San José

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”



Ilustración 1- Mascota del Hogar San José

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”



Ilustración 5- Patio del Hogar San Vicente de Paul



Ilustración 6- Capilla del Hogar San Vicente de Paul

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”

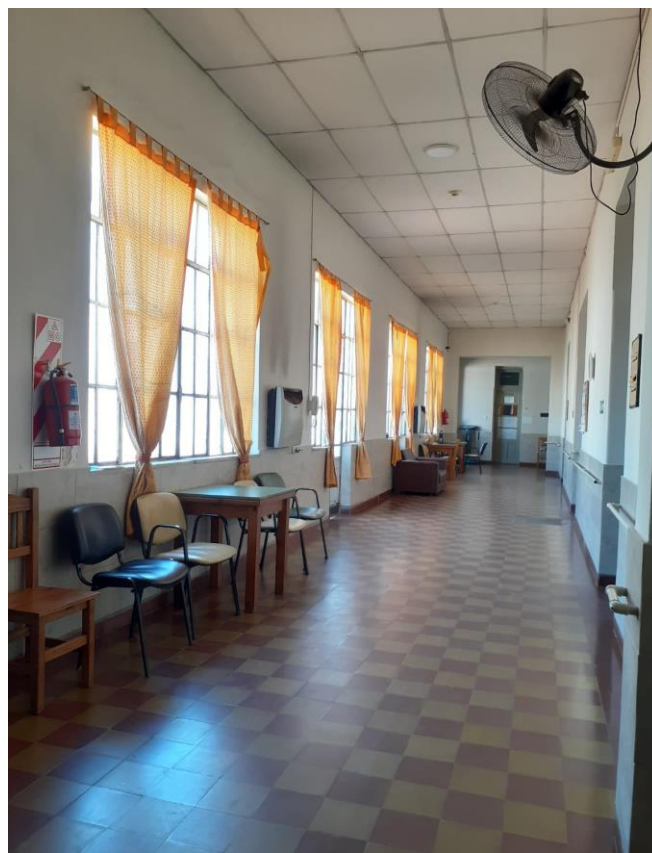


Ilustración 7- Salón multiuso del Hogar San Vicente de Paul



Ilustración 8- Habitaciones del Hogar San Vicente de Paul



Ilustración 9- Área de Enfermería del Hogar San Vicente de Paul

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”



Ilustración 10- Comedor del Hogar San Vicente de Paul



Ilustración 11 -Cocina del Hogar San Vicente de Paul

“Estrategias de abordaje e intervención implementadas por instituciones geriátricas ante las medidas de ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (Distanciamiento social, preventivo y obligatorio) en contexto de pandemia por COVID-19”



Ilustración 12- Baños del Hogar San Vicente de Paul



Ilustración 13- Baños del Hogar San Vicente de Paul