



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Vejez institucionalizadas: reflexiones sobre la vida cotidiana en contexto de COVID-19

Autores (en el caso de tesis y directores):

Jimena Puertas

Constanza Fernanda Sosa

Rosana Croas, dir.

Jazmín Rodríguez Musso, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2023

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
ÁREA DE INVESTIGACIÓN



Trabajo de Investigación Final

**“Vejez institucionalizadas: reflexiones sobre la vida cotidiana en
contexto de COVID-19”**

AUTORAS:

Puertas, Jimena. DNI 39.921.950

Sosa, Constanza Fernanda. DNI 39.353.341

Tutora temática: Croas, Rosana.

Tutora metodológica: Rodriguez Musso, Jazmín.

Seminario TIF/Tesina: Segundo cuatrimestre 2021

Fecha de presentación: 15/6/2023

AGRADECIMIENTOS

Constanza:

A mi mamá y a mis hermanas, por siempre creer en mí, aún en los momentos de mayor desasosiego.

A mis amigos, motor de mi vida, por pintarme nuevos horizontes posibles para volar.

A Valkiria, compañera leal de mañanas, tardes y noches de escritura.

A JP por ayudarme a romper mis propios cercos.

Y a quienes conforman la UBA, por garantizar de manera tan noble y comprometida un derecho por demás fundamental: la educación.

Jimena:

A mi familia, quienes transitaron y transitan junto a mi y siempre estuvieron en todo momento.

Mis amigos que, sin importar día y hora, caminaron a la par mía.

Y a toda persona que conforma la UBA, que sin duda, dejaron una marca en mi vida y me permitieron crecer.

Pero por sobre todas las cosas queremos agradecerle a Jazmín por hacerlo posible.

RESUMEN

En el marco de la pandemia, la población adulta mayor ha tenido un lugar relevante al momento de implementar las medidas de prevención, siendo parte de lo que se denominó como “grupo de riesgo”. Comprendiendo la singularidad propia de cada experiencia, el presente Trabajo de Investigación Final de la carrera de Trabajo Social tiene como objetivo poder analizar cómo operaron las medidas implementadas por los protocolos contra el COVID-19 en el desarrollo de la vida cotidiana de residentes de la institución de Residencia Permanente para Adultes Mayores, el “Hogar San Martín” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Medidas tales como el confinamiento obligatorio, el uso de protección constante como el barbijo, la incorporación de prácticas higiénicas de manera sistemática como el lavado de manos, la no vinculación física con los seres queridos, la imposibilidad de realizar tareas por fuera de la Institución y la incertidumbre que signó, no solo a quienes se encontraban dentro de instituciones sino a la sociedad en su conjunto, produjeron efectos en la vida de los sujetos, quienes debieron acoplarse a cambios radicales en su realidad cotidiana.

Centrándonos en el desarrollo de las tareas de atención y cuidado por parte de profesionales y las experiencias personales de los adultos mayores de la Institución, a través del trabajo de investigación, se irá reflexionando de qué manera las medidas asumidas a partir de la implementación de protocolos institucionales en el marco de la pandemia originada por el virus SARS-CoV-2 afectaron específicamente a los residentes y qué efectos produjeron en su vida cotidiana.

Palabras claves: Pandemia - Cuarentena - Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio - Tareas de atención y cuidado - Vida Cotidiana - Experiencias - Adultxs Mayores - Protocolos - Hogares - Residentes

ÍNDICE

Aclaraciones para una correcta lectura del documento.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
Estructura del Trabajo de investigación final.....	7
Estrategia metodológica.....	8
CAPÍTULO I: ¿Manifestaciones de una nueva realidad?.....	11
1.1 Contexto general: pandemia.....	11
1.2 Adultes mayores: grupo de riesgo.....	13
1.3 Hogar San Martín: institución.....	15
1.4 Pandemia, Hogar San Martín y la implementación de nuevos protocolos.....	20
CAPÍTULO II: Una mirada sobre prácticas de atención y cuidado.....	25
2.1 Definición de tareas de atención y cuidado.....	25
2.2 Impacto en las tareas de atención y cuidado dentro del Hogar San Martín.....	26
CAPÍTULO III: Adultes mayores y sus experiencias personales dentro de la Institución en contexto COVID-19.....	38
3.1 Acercamiento a las experiencias personales de los residentes.....	38
3.2 Estrategias por parte de los residentes en un contexto de pandemia.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	55

Aclaraciones para una correcta lectura del documento

En consonancia con la Resolución N° 17948/2019 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y porque como actuales estudiantes consideramos de vital importancia que los trabajos académicos expresen sus contenidos desde una perspectiva igualitaria y de equidad de género, elegimos para la escritura del presente trabajo de investigación hacer uso del lenguaje inclusivo. Recuperamos el aporte de Monique Wittig (1986) quien sostiene que el lenguaje reproduce y expresa las desigualdades de género, siendo pieza fundamental del sexismo, la homofobia y la heteronormalización. En consecuencia, en el transcurso de su lectura para rehusar el universal masculino, encontrarán el uso de la “E” y la “X” como sustitución de la “O”, no solo para dar cuenta de la amplitud de formas de ser y existir, sino como aporte a la disputa de sentidos y significados que se construyen a través del lenguaje.

INTRODUCCIÓN

En el presente Trabajo de Investigación Final, enmarcado en la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, nos proponemos investigar sobre la relación entre el desarrollo de la vida cotidiana dentro del Hogar San Martín y las medidas implementadas para la prevención del COVID-19 en el período en que se declaran las medidas de prevención y aislamiento en el país, hacia marzo del año 2020, poniendo como fecha de corte de la investigación enero del 2021.

Abordaremos las posibles modificaciones en la vida cotidiana de los residentes a partir de la aplicación de protocolos de prevención contra el COVID-19 centrándonos en el desarrollo de las tareas de atención y cuidado por parte de los profesionales y las experiencias personales de los adultos mayores dentro de la Institución en el contexto pandemia, en el marco de la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO).

El interés por la temática se originó a partir de nuestras prácticas pre-profesionales de Taller IV de la carrera de Trabajo Social que tuvieron lugar durante el año 2021 en el Hogar San Martín, ubicado en el barrio La Paternal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En aquel entonces, con un contexto de pandemia vigente, nuestra inserción en la Institución se vio afectada por los protocolos de prevención y cuidados que regían a nivel local, hecho que generó que hasta el mes de junio del año 2021 los encuentros con residentes y trabajadores se dieran de manera virtual, recuperando luego la presencialidad. En ese tiempo de prácticas pre-profesionales, pudimos tener un acercamiento a los residentes y al equipo profesional que nos permitió conocer dinámicas y lógicas de funcionamiento del Hogar: sus rutinas y horarios así como también, producto de las observaciones y las conversaciones naturales, pudimos tomar conocimiento de cómo percibían los propios residentes y profesionales modificaciones en la vida cotidiana dentro del Hogar bajo el nuevo contexto de Pandemia y tener referencias de sus afecciones y cambios.

Es así cómo nuestro recorrido por la Institución, propició el interés de investigar de qué manera operaron los nuevos protocolos contra el COVID-19 en el desarrollo de la vida cotidiana de los residentes a través de dos dimensiones en particular: el ejercicio de las tareas de atención y cuidado hacia los adultos mayores por parte de trabajadores profesionales y las experiencias cotidianas de los residentes, realizando dicho abordaje a través de las voces de un grupo de adultos mayores y profesionales que componen el Hogar San Martín.

El recorte del tema se fundamenta en la consideración de que la población adulta mayor es una población que se encuentra atravesada por múltiples problemáticas vinculadas al lugar que ocupa social y económicamente el envejecimiento en el orden social en el que vivimos. La fragilidad en el ejercicio de su ciudadanía, la discriminación, la exclusión del mercado laboral, la falta de ingresos, sus condiciones de salud, el acceso a la vivienda, son algunos de los factores que atraviesan el proceso de envejecimiento. Entendemos que las experiencias sobre el confinamiento son múltiples y diversas, haciendo que el impacto en los sujetos se expresan de distinta manera y en diferentes niveles. En el marco de la pandemia, la población adulta mayor ha tenido un lugar relevante al momento de implementar las medidas de prevención, siendo parte de lo que se denominó como “*grupo de riesgo*”. Reconociendo la singularidad propia de cada experiencia y siendo de interés recuperar las vivencias de los adultos mayores, es que decidimos focalizar el presente trabajo en la experiencia de adultos mayores residentes de un hogar.

Consideramos fundamental el aporte a la temática “pandemia y adultos mayores” desde nuestra profesión a través de la perspectiva de derechos, recuperando su especificidad y poniendo en relieve los aspectos particulares que atraviesa este sector poblacional al analizar cómo pudieron verse afectados en un contexto que implementó medidas que produjeron ciertas restricciones en la vida cotidiana de la sociedad, con una materialización particular en los adultos mayores residentes de hogares.

A partir de esta fundamentación de nuestro Trabajo de Investigación Final, nos planteamos la siguiente **pregunta problema**:

¿De qué manera la aplicación de las medidas de prevención contra el COVID-19 han modificado el desarrollo de la vida cotidiana de los residentes dentro del Hogar San Martín, en el periodo que se comprende entre Marzo del año 2020 y Enero del año 2021?

Considerando la formulación de este problema, nos propusimos como **objetivo general** de la investigación:

Analizar cómo operaron las medidas implementadas por los protocolos contra el COVID-19 en el desarrollo de la vida cotidiana de los residentes dentro del Hogar San Martín CABA.

Para abordar dicho objetivo, nos centramos en tres **objetivos específicos**:

1. Identificar las nuevas medidas implementadas a través de los protocolos contra COVID-19 dentro del Hogar San Martín a partir del establecimiento del ASPO.
2. Indagar de qué manera los protocolos contra el COVID-19 afectaron el desarrollo de las tareas de atención y cuidado a cargo de las y los profesionales dentro de la Institución.
3. Analizar las experiencias personales de los residentes a partir de la aplicación de los protocolos de prevención contra el COVID-19.

Estructura del Trabajo de investigación final

El presente trabajo se encuentra compuesto por una introducción, tres capítulos y nuestras consideraciones finales. En el primer capítulo realizamos una descripción sobre el COVID-19, sus características y las medidas implementadas a nivel nacional para la prevención de su contagio. Se aborda a los adultos mayores como grupo de riesgo en este nuevo contexto de pandemia y las medidas que se asumieron en particular para este sector de la población. Asimismo, realizamos una presentación de la Institución en la que se enmarca nuestro trabajo y una descripción de los protocolos implementados dentro del Hogar. Para el análisis de la Institución utilizaremos los aportes teóricos de María Pia Barenys (1993), Paula Danel (2008) y Verdú (1977). A su vez recuperamos el concepto de *vida cotidiana* de Uribe Fernández (2014) y los planteos sobre el modelo de atención centrada en la persona de Teresa Martínez Rodríguez (2011) y Zolotow (2011).

En el segundo capítulo, abordamos cómo impactaron las nuevas medidas asumidas en el desarrollo de las tareas de atención y cuidado por parte del equipo profesional hacia residentes, realizando un recorrido por las nuevas tareas que se incorporaron, las que anteriormente se realizaban y cómo las mismas pudieron verse afectadas o modificadas en este nuevo contexto. En el transcurso de este capítulo, desarrollaremos distintos modelos de atención y paradigmas que se hacen presentes - o no - en los relatos de nuestros entrevistados. Para este capítulo recuperaremos las nociones de cuidado de Gherardi y Pautassi (2012), Freitas y Vilar Noronha (2010) y el concepto de proceso de salud - atención - cuidado de Tejeda Rivero (2003).

En el tercer capítulo, recuperamos la experiencia de residentes dentro de la Institución en el marco de la pandemia, el efecto del encierro, los cambios que produjo en sus prácticas cotidianas, focalizándonos en el impacto emocional, vincular y las formas en las que se habitaron los espacios dentro del Hogar. Para nuestros análisis, tomamos el concepto de “experiencia” planteado por Teresa De Lauretis (1992). Asimismo, utilizamos los aportes de Mauleon (2014), Maria del Carmen Ludi (2005) y Blanco y otros (1994) para enriquecer nuestro trabajo investigativo.

Al cierre del trabajo de investigación, se encuentran expuestas las consideraciones finales, donde recuperaremos brevemente lo desarrollado en los capítulos que conforman nuestro estudio, junto con nuestras conclusiones y los interrogantes surgidos a partir de los análisis realizados.

Estrategia metodológica

Realizamos nuestra investigación a partir de un paradigma interpretativo- cualitativo. Para Marshall y Rossman (1999) la investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas. La investigación cualitativa pone el foco en la inmersión en la vida cotidiana de quienes participan del proceso de investigativo en pos de la búsqueda por recuperar la perspectiva que poseen lxs participantes sobre su propio mundo, poniendo en relieve el discurso y comportamiento de lxs sujetos, para así comprender los fenómenos sociales a través de quienes los atraviesan (Vasilachis de Gialdino, 2006). Se trata, entonces, de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes (Vasilachis de Gialdino, 2006). La elección de este paradigma de investigación nos permite recuperar las experiencias de los sujetos entrevistados, sus perspectivas frente a una realidad modificada por la expansión de un virus dentro del marco de una institución habilitándonos la comprensión de las formas en las que el mundo social es comprendido, interpretado y producido a través de la generación de datos sensibles y flexibles al contexto, contemplando la complejidad de los fenómenos sociales (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Nos basamos en un estudio del tipo exploratorio y flexible, ya que la temática a abordar ha sido poco investigada y nuestra intención es generar conocimiento que nos aproxime a los fenómenos sociales propuestos a investigar. En ese sentido, Grajales plantea que “*los estudios*

exploratorios nos permiten aproximarnos a fenómenos desconocidos, con el fin de aumentar el grado de familiaridad y contribuyen con ideas respecto a la forma correcta de abordar una investigación en particular (...) En pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, establecen el tono para investigaciones posteriores y se caracterizan por ser más flexibles en su metodología, son más amplios y dispersos, implican un mayor riesgo y requieren de paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador. El estudio exploratorio se centra en descubrir” (Grajales, 1996; pág.2). A su vez, el diseño flexible nos permitió aplicar modificaciones y/o revisiones que se creyeron pertinentes para el enriquecimiento de la investigación propuesta, a partir de la recolección y el análisis de datos en función de nuestro trabajo de campo. Dicha flexibilidad, nos permitió incorporar durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas, producto de poseer una actitud abierta, expectante y creativa (Mendizábal, 2007)

En lo que respecta a nuestra unidad de análisis, elegimos a adultos mayores residentes del Hogar San Martín, que hayan habitado la Institución antes y durante la implementación del ASPO. Para su análisis, hemos tomado dos unidades de recolección de información distintas: profesionales y residentes. En primer lugar entrevistamos a cuatro residentes mujeres que se encuentran conviviendo en una misma sala: Noelia de 88 años, Araceli de 79 años, Julieta 64 años y Angela de 83 años. En segundo lugar realizamos tres entrevistas a distintos profesionales que desarrollan tareas dentro de la Institución: a Martina, Jefa del Servicio Social; Amanda, gerontóloga que desarrolla su labor en ese mismo área y Jorge, médico del Departamento Médico. Utilizamos como herramienta de obtención de información registros de campo y entrevistas semi-estructuradas para recuperar el discurso de lxs entrevistadxs e indagar en sus experiencias frente a la temática a investigar. Yuni y Urbano (2014) plantean que este tipo de entrevista “[...] *parte de un guión (un listado tentativo de temas y preguntas) en el cual se señalan los temas relacionados con la temática del estudio. En el desarrollo de la entrevista, se van planteando los interrogantes sin aferrarse a la secuencia establecida previamente, permitiendo que se formulen preguntas no previstas pero pertinentes. El guión indica la información que se necesita para alcanzar los objetivos planteados*” (Yuni y Urbano, 2014: pág. 83). Todas las entrevistas se realizaron con modalidad presencial - exceptuando la realizada a la Jefa del Servicio Social - y grabadas con el consentimiento informado de todxs lxs entrevistadxs.

Las entrevistas realizadas a lxs profesionales se caracterizaron por su fluidez, claridad y predisposición. En las entrevistas con las residentes, detectamos que predominó cierta

resistencia a realizar críticas hacia el funcionamiento del Hogar en el momento en que se encontraban siendo grabadas; emergiendo ciertos elementos críticos en los momentos donde el grabador se encontraba apagado. Esto implicó un trabajo de análisis exhaustivo para comprender aquello que se filtraba en el discurso de las entrevistadas. En todos los casos se respetó el anonimato de quienes participaron de nuestra investigación, razón por la cual todos los nombres utilizados en la misma son ficticios.

Cabe mencionar que a lo largo del presente trabajo encontrarán caracterizaciones fundadas a partir de la información brindada por los distintos registros de nuestros cuadernos de campos, producto de las observaciones y las conversaciones naturales que se mantuvieron con distintos residentes del Hogar, además de las entrevistas realizadas en el marco del presente Trabajo de Investigación Final.

CAPÍTULO I: *¿Manifestaciones de una nueva realidad?*

“Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos, no es posible conformarse con reclamar una política de la vejez más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocios organizados. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede sino ser radical: cambiar la vida” (Simone De Beauvoir, 1970).

1.1 Contexto general: pandemia.

Los primeros reportes sobre el COVID-19 se ubican geográficamente en Wuhan, capital de la provincia de Hubei en China. El 31 de diciembre del 2019 se hace público un reporte realizado por la Comisión Municipal de Salud de Wuhan a la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se informaba sobre 27 casos de personas que se encontraban cursando una neumonía viral, de los cuales 7 pacientes estaban en condiciones críticas. El reporte contenía los casos de neumonía ocurridos entre el 12 de diciembre hasta el 29 de este corriente mes. Para esas fechas, se desconocía el origen y las causas de este virus. Luego de diversos estudios, se descubrió que la enfermedad era producida por una nueva variante proveniente de la familia del coronavirus la cual se la denominó SARS-CoV-2 y se popularizó a través de los medios como COVID-19. Los coronavirus son una familia de virus, los cuales pueden causar enfermedades tanto en humanos como en animales. En particular cuando se trata de seres humanos, el coronavirus puede generar enfermedades respiratorias que van desde un resfriado, hasta afecciones más graves que incluso pueden terminar con la vida. Sus principales síntomas son fiebre, dificultad para respirar acompañados de dolor de cabeza, garganta y músculos y articulaciones.¹ En el transcurso de la enfermedad se descubrieron dos síntomas que fueron los más característicos de esta nueva variante del virus: la pérdida del olfato y el gusto.

La transmisión del virus se puede dar de persona a persona mediante partículas pequeñas, a través de la boca al toser y hablar o por la nariz, al respirar o estornudar. Asimismo, se caracterizó que su mayor particularidad y, a su vez, peligrosidad se encontró en la facilidad y rapidez con la que el COVID-19 logra propagarse. El corto plazo que existió para que el virus se propagara en otros países da cuenta de eso: para el 13 de enero, a tan sólo un mes después del primer caso de neumonía en Wuhan, se confirma oficialmente el primer

¹“Coronavirus”, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>

caso fuera de China, en Tailandia. Para el 30 de enero de 2020 la OMS ya había declarado al COVID-19 como emergencia de salud pública de importancia internacional: había 19 países con población infectada². El escenario de contagios masivos determinó que para el 11 de Marzo del 2020 la OMS declarara que se trataba de una pandemia por su carácter mundial. En palabras del director de la OMS³ *“En estos momentos hay más de 118.000 casos en 114 países, y 4.291 personas han perdido la vida. Miles de personas más están luchando por sus vidas en los hospitales. En los días y semanas por venir esperamos que el número de casos, el número de víctimas mortales y el número de países afectados aumenten aún más. Desde la OMS hemos llevado a cabo una evaluación permanente de este brote y estamos profundamente preocupados tanto por los alarmantes niveles de propagación y gravedad, como por los alarmantes niveles de inacción. Por estas razones hemos llegado a la conclusión de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia (...)”*

Ante la novedad y la poca información que hasta el momento se tenía, se le brindó a la sociedad una serie de primeras recomendaciones en función de mitigar los altos niveles de propagación de contagios. Entre las más relevantes se encontraron: el distanciamiento social, la utilización de tapaboca cubriendo nariz, boca y mentón, lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón, utilización de alcohol en gel y, al toser y estornudar, hacerlo en el pliego del codo.

En Argentina se confirma el primer caso de COVID-19 el 5 de Marzo del 2020. Para ese entonces, aún no se había tomado ninguna medida de aislamiento en nuestro país pero las autoridades ya habían expresado públicamente que, ante algún síntoma, se realizaría inmediatamente una consulta médica para garantizar una rápida detección y tratamiento del caso⁴. Quince días más tarde, el 20 de ese mismo mes Alberto Fernandez, presidente de Argentina, en acuerdo con los y las distintas Ministras de aquel entonces - y en el marco de considerar al país en una emergencia sanitaria - declara el “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (ASPO) como principal medida de prevención al COVID-19 a través del Decreto N° 297/2020. Esta disposición determinó que toda persona que se encontrara en

² “COVID-19: cronología de la actuación de la OMS”, Organización Mundial de la Salud, 27/04/2020. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

³ “La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia”, Organización Mundial de la Salud, 11/03/2020.

Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

⁴ “Salud confirma el primer caso de coronavirus en el país”, Ministerio de Salud, 03/03/2020.

Disponible en

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais>

suelo argentino permaneciera en su hogar, se abstuviera de asistir a los lugares de trabajo, de desplazarse por rutas, vías y espacios públicos con el objetivo de prevenir los contagios que encontraban un mayor alcance a través de la circulación y la interacción entre humanos. Con el fin de garantizar el cumplimiento de las nuevas normas, el Gobierno nacional acompañó el decreto con controles permanentes en rutas, calles, accesos estratégicos y todo tipo de espacio público. A su vez, se decretaba la exceptualidad para trabajadorxs de 24 actividades y “servicios esenciales” permitiendo a un pequeño grupo el poder de continuar con su circulación en pos de garantizar tareas y servicios en específico (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020). El decreto aclaraba que el ASPO regiría “(...) desde el 20 hasta el 31 de marzo inclusive del corriente año, pudiéndose prorrogar este plazo por el tiempo que se considere necesario en atención a la situación epidemiológica” (DNU N° 297/2020, 2020). Pese a que el ASPO se había iniciado con una proyección de once días de duración, fue una medida que se fue prorrogando sucesivamente hasta el 31 de Enero del 2021.

“*Quédate en casa*” fue el lema que atravesó toda la campaña de prevención a nivel nacional; la consigna se cristalizó en distintas y múltiples medidas que se tomaron a nivel nacional y local -teniendo en cuenta nuestro caso de análisis- para disuadir el tránsito en las calles y el contacto entre personas de manera universal. En función de estudios sobre las altas tasas de contagio y mortalidad registradas a nivel mundial, se determinó que había tipos de personas que corrían un mayor riesgo de vida al contraer el virus; así fue como se clasificó como *grupo de riesgo* a toda persona mayor de 60 años de edad o a quien fuera menor pero tuviera hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares o respiratorias crónicas, con insuficiencia renal, inmunodeficiencias (congénita o adquirida), o con desnutrición u obesidad⁵. Es así como en este nuevo contexto de pandemia, lxs adultxs mayores fueron considerados *grupo de riesgo* determinando una serie de acciones focalizadas para ellxs vinculadas a la prevención de la diseminación del virus.

1.2 Adultes mayores: grupo de riesgo.

Según informes elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación, en Julio del año 2020, les mayores de 60 años ya representaban más del 80% de las muertes a nivel nacional,

⁵ “El Ministerio de Salud amplió la lista del grupo de riesgo para la vacunación contra la Covid-19” .
Página 12, 08/05/2021.

Disponible en:

<https://www.pagina12.com.ar/340299-el-ministerio-de-salud-amplio-la-lista-del-grupo-de-riesgo-p>

convirtiéndose en el sector más vulnerable frente al nuevo coronavirus. A nivel local, en la Ciudad de Buenos Aires habitan 650.000 personas mayores de 65 años y de ellas, más de 4 mil en condiciones de vulnerabilidad. Ya para el mes de Abril se reportaba que cada diez personas fallecidas, ocho eran adultxs mayores⁶. A partir de las altas tasas de mortalidad que este grupo etario atravesaba a nivel mundial, el 17 de Abril del 2020 el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires lanzó un programa especial enfocado a les adultes mayores llamado “Plan Integral de Cuidado y Acompañamiento a Adultos Mayores”⁷. El Plan tuvo una línea programática fundamental a través del programa “*Mayores Cuidados*”, el cual estaba orientado a brindar asistencia telefónica, contando con una red de voluntaries para garantizar la asistencia a todas aquellas personas mayores que no contaran con un familiar que les realizara la compra de alimentos y medicamentos. Esta red estuvo acompañada de un convenio realizado con encargados de edificios quienes también desempeñaron tareas de asistencia y cuidado (Bello, 2021).

A su vez, el Plan planteó la ejecución de protocolos diferenciados según la situación en particular de cada adulte mayor. En primer lugar, se lanzó un protocolo de cuidado para aquellos que vivían en familia con gente más joven donde la medida central estaba en la necesidad de aislar al adultx mayor en una habitación, sin mantener contacto con el resto del grupo familiar. Luego, contaba con un Plan de cuidados para vejecees en contexto de vulnerabilidad, haciendo referencia a quienes se encontraban habitando barrios populares o asentamientos. Para este sector en particular, se habilitaron “centros de resguardo” en parroquias, clubes o centros barriales donde se pudiera evitar que las personas convivieran en situaciones de hacinamiento y tuvieran garantizadas las medidas mínimas de higiene -elemento central en la prevención del virus -. Por último se lanzó un protocolo de cuidados especiales para las residencias⁸.

En el marco del lanzamiento del “Plan Integral de Cuidado y Acompañamiento a Adultos Mayores”, el Jefe porteño expresaba:

⁶ Información epidemiológica, Ministerio de Salud, Marzo 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/marzo2020>

⁷ Conferencia de Prensa; Rodríguez Larreta, Abril 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=im67AJvySi4&ab_channel=GCBA

⁸ “Horacio Rodríguez Larreta anunció el Plan Integral de Cuidado y Acompañamiento a Adultos Mayores”, Mirá Buenos Aires, 08/04/2020. Disponible en: <https://www.mirabuenosaires.com.ar/horacio-rodriguez-larreta-anuncio-el-plan-integral-de-cuidado-y-acompanamiento-a-adultos-mayores/>

“Los adultos mayores que no salgan a la calle, dos de cada tres personas que se contagian el virus no tienen síntoma, no tienen ninguna complicación y de la misma manera no saben que están enfermos y no lo saben. Es una enfermedad muy contagiosa, por eso es tan importante que los adultos mayores vivan separados, no entren en contacto con gente que esté en la calle. Nuestro mensaje especial para los adultos mayores es que se queden en su casa, no hay excepciones, solo para vacunarse o para el cobro de la jubilación que es una vez por mes, el resto no más salidas de ningún tipo, bajo ninguna circunstancia, bajo ninguna excepción; tenemos que ser muy enfáticos con esto” (Conferencia de Prensa, Horacio Rodríguez Larreta, Jefe de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 17/04/2020).

Los dichos fueron acompañados de una medida que tuvo un alto impacto en cuanto a la restricción de circular libremente por la vía pública: la obligatoriedad de tramitar un permiso para circular para cualquier adulto mayor que viviera en la Ciudad de Buenos Aires y deseara salir a realizar cualquier otra actividad que no estuviera vinculada a la atención médica, vacunación y/o al cobro de jubilaciones. El trámite de obtención se realizaba a través de la línea 147, allí un operador le informaba al solicitante sobre las estadísticas de coronavirus para su grupo etario, le ofrecía alternativas para resolver la demanda y evitar que transitara. En el caso de que la persona quisiera avanzar con el trámite, se le solicitaba el número de DNI y se le otorgaba un código de trámite, el cual poseía validez sólo para el día otorgado. Este periodo, estuvo caracterizado por la realización de controles mediante agentes de tránsito y oficiales de la policía. En el caso particular de los adultos mayores se advertía que, de encontrarse en la situación de estar transitando sin permiso, se le solicitaría que regresara a su casa sin multa. Sin embargo, ante la repetición del *incumplimiento*, podría dictaminarse trabajo comunitario como sanción por incumplimiento de la nueva normativa.

1.3 Hogar San Martín: institución.

Los hogares de Residencia Permanente dependiente de la Dirección General de Dependencias y Atención Primaria de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano (GCABA) son instituciones de puertas abiertas, destinadas a personas mayores de 60 años de edad que cumplan con los requisitos de admisión establecidos, donde se ofrecen servicios y programas dirigidos a

satisfacer las necesidades de las personas mayores y así brindar una mejor calidad de vida, orientados a la promoción del envejecimiento activo y el cuidado integral de la salud⁹.

Tomando de referencia el Reglamento de Acción de los Hogares de Residencia¹⁰ permanente para personas mayores del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, el objetivo de este tipo de instituciones radica en brindar servicios de alojamiento, alimentación, higiene, recreación, asistencia y rehabilitación funcional así como atención médica, social, de enfermería y psicológica no sanatorial a personas mayores de 60 años, que se encuentren en situación de vulnerabilidad socio –económica, en forma permanente o transitoria, promocionando la salud y la autonomía.

Para ingresar, las personas deben pasar por un proceso de admisión a cargo de un equipo interdisciplinario. El mismo, consiste en la realización de una evaluación, orientación y posterior derivación al hogar que resulte más adecuado para la persona que requiere ingresar, en función de las vacantes existentes. La solicitud de ingreso a un hogar residencial se tramita de manera centralizada en el Área de Admisión Dependiente de la Dirección General de Dependencias y Atención Primaria de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano (GCABA). En tal instancia, se registran los datos de la persona mayor y se evalúa si se cumplen las condiciones para continuar el proceso de admisión. Según Reglamento, los requisitos son los siguientes: *“poseer Documento de Identidad o haber iniciado el trámite para adquirirlo, tener domicilio real y comprobable en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante los dos años anteriores a la solicitud, carecer de vivienda o estar en situación de vivienda inestable, carecer de bienes propios y de ingresos económicos suficientes para su supervivencia, no tener cobertura de obra social, o con cobertura insuficiente o con obra social que estuviese convenida con la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores al momento de evaluarse la admisión. poseer capacidad para la ejecución de las actividades de la vida diaria o con un grado de dependencia funcional leve a moderado, no padecer enfermedad infecto-contagiosa activa o enfermedad clínica que requiera de atención médica en unidad de agudos que correspondan a hospitales ni que requieran régimen de internación domiciliaria,*

⁹ Hogares de Residencia Permanente, Gobierno de la Ciudad. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/hogares-de-residencia-permanente>

¹⁰ Reglamento de acción de los hogares de residencia permanente para personas mayores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2019. Disponible en <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MHYDHGC-SECISPM-240-19-A-NX.pdf>

no presentar trastornos mentales graves temporales o permanentes, o encontrarse descompensado en su cuadro de base, de forma que puedan alterar la normal convivencia en los hogares Residenciales y no haber sido sancionados con expulsión definitiva de alguno de los hogares Residenciales”¹¹.

En lo que respecta a la solicitud de vacantes, la misma puede ser solicitada a través de los servicios de emergencia social, servicios sociales de los hospitales, sedes comunales, servicios o instituciones de asistencia social, familiares, Juzgados y Defensorías. En todos los casos, las personas que atraviesan el proceso de admisión deben prestar conformidad con su ingreso a la institución. De acuerdo a la disponibilidad de vacantes y cumpliendo los requisitos de admisión, se prioriza a les adultes mayores que refieran no contar con una vivienda, ingresos, cobertura social y/o grupo familiar de contención.

En la actualidad, dentro de la Capital Federal, sólo se cuenta con 2 hogares destinados a les adultes mayores. El Hogar San Martín es uno de ellos y cuenta con una capacidad máxima total de 280 residentes distribuidos en 5 salas, las cuales poseen tres tipos de clasificaciones: las salas donde residen las personas mayores semidependientes, las de las personas identificadas por auto válidas y la sala vincular, destinada a sujetos que posean algún tipo de vínculo sanguíneo o afectivo. Las salas semidependientes y las auto válidas se encuentran a su interior divididas por género y no se permite que un/a residente ingrese a una sala del género opuesto. Dicha clasificación sobre la independencia de les residentes radica en el diagnóstico que realice el equipo profesional considerando únicamente los niveles de movilidad física que posea el residente y su propia capacidad para garantizar sus cuidados personales.

Dicha Institución, cuenta con una Dirección General y cuatro departamentos encargados de distintas tareas: el Departamento administrativo, el Departamento Servicio Social conformado por gerontólogos y trabajadores sociales, el Departamento de Enfermería el cual nuclea enfermeras y cuidadores y el Departamento Médico conformado por mediques y psicólogos. Comprenderemos el concepto “institución” a través de la definición que nos brinda Pablo Lucas Verdú quien la define como *“la consolidación permanente, uniforme y sistemática de usos, conductas e ideas con medios e instrumentos que aseguran su control y el cumplimiento de su función social”* (Verdú, 1977, pág. 20). Nos parece interesante esta

¹¹ Reglamento de acción de los hogares de residencia permanente para personas mayores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, EX-2019-24270519- -GCABA-DGDAP.

definición porque plantea que las instituciones son capaces de permanecer en el tiempo más allá de las voluntades que las crearon, reclutando nuevas voluntades que asuman la tarea de su reproducción. Asimismo, les otorga la capacidad de uniformar conductas mediante el establecimiento de normas, ideales, valores dentro de los sujetos que la componen o habitan, es decir que las instituciones crean o moldean a las personas que atraviesan por ellas. Por otra parte, Verdú agrega que todas las instituciones poseen un fin, un por qué existir y esa función es social; para lograr ese fin la institución posee herramientas que vehiculizan el alcance de ese objetivo, estas pueden ser materiales, dispositivos, personas, entre otros.

Amanda, quien forma parte del Departamento Servicio Social nos compartió lo siguiente al consultarle sobre el ingreso de lxs residentes a la Institución:

“Los residentes llegan con una entrevista de admisión, y ustedes saben que una entrevista es una relación que en realidad es un comienzo de relación, uno está descubriendo quien es el otro, pero después hay que seguir profundizando en esa persona, lo que le pasa, qué le pasa con el proceso de adaptación en esta Institución que no es sencillo, cada sala tiene como una cultura o desnuda una cultura institucional muy diversa, entonces hay que ver a qué sala va y descubrir cómo esa sala interviene y transforma o no a ese sujeto que ingresa, es muy complejo...”(Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Según el II Simposium Argentino de Gerontología Institucional la cultura institucional se entiende como *“la personalidad de una institución, si su estructura puede considerarse como su cuerpo, su personalidad o alma es la manera en que la gente se relaciona entre sí y los valores y creencias dominantes. Determina las convenciones y reglas no escritas de la institución, sus normas de cooperación y conflicto, y sus canales para ejercer influencia”* (Suarez y Gonzalez, 2005, pág. 36). En este sentido, se podría decir que la cultura institucional incluye el conjunto de normas, reglas, disposiciones explícitas o implícitas, tratos del personal, dispositivos y dinámicas institucionales hegemónicas dentro de una institución u organización. Recuperando los dichos de Amanda, identificamos cómo una vez que les adultes mayores ingresan al Hogar, tienen que internalizar una nueva forma de vivir en el marco de habitar una institución, la cual posee rutinas generales establecidas, horarios y espacios adjudicados para el desarrollo de distintas actividades. A modo de ejemplo, reconocimos sobre lo que respecta a su rutina de alimentación que tanto el desayuno, como el almuerzo, la merienda y la cena se sirven siempre al mismo horario: desayuno entre las 9 y 9.30 almuerzo entre las 12 y 12.30 hs, merienda a las 15 hs y la cena a las 18.30 y 19 hs, no

pudiendo realizar dicha actividad por fuera del espacio del comedor. Con respecto a la recepción de visitas, hay días y horarios establecidos a respetar, y el ingreso de toda persona que no pertenezca a la Institución, debe quedar debidamente registrado en mesa de entrada.

María Pía Barenys plantea que las residencias para adultos mayores *“constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido dar cobijos, custodiar, recluir a individuos con fines dispares (socorro, prevención, cura, castigo, etc.)”* (María Pía Barneys, 1993, pág. 122). La autora aborda el funcionamiento de las residencias postulando el concepto de *“justificaciones racionales”*, para referirse a los argumentos propuestos por la institución para darle sustento a su reglamento interno. Para la autora (1993) existe una función latente en las normas aplicadas en los hogares: reducir al mínimo la incertidumbre de la conducta de las personas que residen y poderlas manejar con comodidad y con un mínimo esfuerzo por parte del personal.

Barneys (1993) adhiere a la idea de que existe una subcultura, es decir una cultura institucional dentro de las residencias, viéndose quienes ingresan en la situación de adaptarse e internalizar nuevas formas de organización de la vida cotidiana. Este fenómeno que la autora denomina *“desculturización”* se encontraría vinculado, según Barneys, a los niveles de *internamiento* - es decir los niveles de frecuencia e intensidad de intercambios con el mundo externo- y la reglamentación del hogar.

Anteriormente detallamos que para ingresar al Hogar, es necesario realizar una entrevista de admisión, en la cual se arma un diagnóstico socio - económico y sanitario. En relación a esta instancia Amanda relata:

“Entonces nos quedamos con que ingresa alguien, se lo entrevista, nos relacionamos con él, establecemos un vínculo profesional con esa persona y queda ahí, si no le pasa nada al residente, no llega de nuevo a nosotras... esa desobjetivación de la persona... pasa a ser un número con determinadas etiquetas “autovalido” “dependiente”, nunca una persona (...)” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

“Concebirlo como una persona con una historia... demanda mucho tiempo eso, muchos profesionales... a veces tenemos los recursos, los profesionales pero no está la articulación, no está el objetivo de intervención, no están las tareas y no están las articulaciones ni el abordaje propio desde la institución...”(Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Amanda refiere que en su ingreso, los residentes, generan un primer acercamiento con los profesionales pero luego, en el caso de no presentar alguna situación en particular que requiera una atención personalizada, se pierde todo tipo de seguimiento profesional. Ella se refiere a esta actitud por parte de los profesionales, como prácticas desubjetivantes hacia los residentes, es decir que no son concebidas como personas con demandas o deseos, sino que según, sus dichos, se convierten en “números con etiquetas”. En los dichos de Amanda identificamos fuertes rasgos que reproducen el paradigma asilar dentro de la Institución. Zolotow (2011) señala que los hogares para adultos mayores se pueden sustentar a través de tres tipos de paradigmas: el asilar, el rehabilitatorio y el enfoque desde la promoción de salud. En el paradigma asilar, las prácticas profesionales se encuentran destinadas a resolver únicamente las demandas vinculadas a necesidades fisiológicas y de seguridad física, es decir garantizar alimentación y un espacio donde habitar. Este paradigma reproduce una concepción que ubica a la vejez como una etapa pensada desde la enfermedad, la dependencia y la pasividad. Por el contrario, los otros dos enfoques, recuperan la noción de promoción del sujeto, considerando a los adultos mayores como personas activas, con demandas y deseos que deben ser escuchados y considerados a la hora de intervenir con ellos a través de las prácticas profesionales. Ubicamos que un rasgo diferencial entre estas concepciones es la constitución de instituciones que esperen que los residentes se adapten a ellas o por lo contrario, instituciones que se moldeen en función de los residentes que las conforman.

Hasta este punto del escrito nos enfocamos en poder contextualizar el estudio partiendo de la presentación de las condiciones que generaron el escenario mundial de la pandemia por el Covid-19 y, por su parte, realizamos una presentación de la Institución en la cual se enmarca nuestra investigación, describiendo algunos conceptos claves que nos permitieron comprender la complejidad del funcionamiento y el análisis de características propias del Hogar San Martín. Ambos elementos hacen de punto de partida para poder avanzar en la comprensión de su intersección, es decir cómo se ha visto la Institución atravesada por el contexto de pandemia y de vida protocolizada en relación al COVID-19.

1.4 Pandemia, Hogar San Martín y la implementación de nuevos protocolos.

Identificamos que medidas tales como el confinamiento obligatorio, el uso de protección constante como el barbijo, la incorporación de prácticas higiénicas de manera sistemática como el lavado de manos, la no vinculación física con los seres queridos, la

imposibilidad de realizar tareas por fuera de la Institución y la incertidumbre que signó no sólo a quienes se encontraban dentro de instituciones sino a la sociedad en su conjunto, produjo efectos en la calidad de vida de los sujetos, quienes debieron acoplarse a cambios radicales en su realidad cotidiana.

Nuestro tema de investigación se centra en analizar el impacto que tuvo la implementación de nuevos protocolos en la vida cotidiana de los residentes del Hogar San Martín. Para comprender mejor el concepto de vida cotidiana, nos referimos a la definición propuesta por Uribe Fernández (2014). Según esta autora, la vida cotidiana representa la expresión inmediata de las complejas relaciones sociales que regulan la vida de las personas en un tiempo, espacio y contexto histórico específico. Involucra aspectos como necesidades, condicionamientos, afectos, valoraciones y vínculos personales. La organización de la vida cotidiana es fundamental para la reproducción social de los individuos, ya que en ella se entrelazan el mundo subjetivo, los esquemas de interpretación y percepción, el mundo intersubjetivo. Además, adoptamos la noción de dimensión situacional desarrollada por Uribe Fernández para abordar la singularidad del desarrollo de la misma en un contexto pandémico. Esto implica que los contextos en los que las personas se encuentran insertas influyen, condicionan, otorgan sentido y dirección a su cotidianidad. Según Uribe Fernández *“la vida cotidiana se nutre de hechos y procesos dinámicos bajo la influencia de aspectos que provienen de condiciones externas al individuo, tales como: factores sociales, económicos, políticos y culturales en general, gestados en espacios y tiempos determinados con pluralidad de sentidos y simbolismos”* (Uribe Fernandez, 2014, pág. 101).

En Argentina el aislamiento social, preventivo y obligatorio se implementó a partir del 20 de Marzo del 2020, sin embargo en el Hogar se implementaron medidas antes de la declaración del ASPO. Esto se debe a que las personas mayores institucionalizadas fueron consideradas un grupo de extrema vulnerabilidad frente a la pandemia, debido a diversas causas. Entre los factores de riesgo especiales se incluyen la presencia de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, la edad avanzada, el contacto cercano con otras personas, la convivencia con otros individuos vulnerables y la manifestación de síntomas atípicos que dificultan el diagnóstico (Bonanad, 2020). En palabras de la Jefa del Servicios Social:

“Lo primero fue que 4 o 5 días antes del ASPO nosotros cerramos las puertas del Hogar, no permitiendo que ningún residente salga. Los únicos que entrábamos y salíamos

éramos los profesionales, cualquier trabajador del Hogar” (Martina, Jefa del Servicio Social, 15/05/2022).

Basándonos en los dichos de Martina, se puede decir que en la Institución se cerraron las puertas cinco días antes de que se asuma dicha medida a nivel nacional, impidiendo el ingreso de personal externo al Hogar y las salidas por parte de los residentes. En este nuevo escenario, los únicos que tenían habilitado salir y entrar eran los equipos profesionales.

Asimismo a los pocos días siguientes, se implementaron medidas de prevención para el ingreso: sanitización de manos, control de la temperatura, muestrario olfatorio para poder percibir aromas, un saturómetro para medir la saturación y el uso obligatorio del barbijo:

“Y a los 15 días, con el personal se empezó a utilizar medidas de prevención en la puerta, es decir, sanitización de manos, control de temperatura, un muestrario olfatorio para poder percibir aromas y saturómetro para medirnos la saturación. Hubo una circulación de gente mucho menor, pero los residentes quedaron totalmente aislados del afuera” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Según nos indicaron en las entrevistas, los primeros meses a los residentes se les prohibió salir del Hogar, no pudiendo realizar compras ni actividades de esparcimiento por fuera de la Institución. En especial, los primeros meses tampoco se les permitió salir de su sala de pertenencia, impidiendo la vinculación entre residentes de distintas salas. Con el tiempo, la normativa se flexibiliza permitiendo habitar tanto el hall como el jardín, espacios que se caracterizan por haber sido los lugares de mayor encuentro entre residentes:

“Las medidas que se tomaron estuvieron bien, fueron muy restrictivas al comienzo y de a poquito fuimos abriendo de forma gradual. Al principio podían únicamente habitar sus salas, en las que vivían. Tiempo después los halls y el jardín porque eran espacios abiertos. En los jardines podían estar al aire libre, siempre con el barbijo puesto” (Martina, Jefa del Servicio Social, 15/05/2022).

A su vez, el protocolo que se aplicaba ante un nuevo ingreso también fue afectado por las medidas de prevención. A partir de Marzo 2020 al ingresar un nuevo residente se lo aísla durante 3 o 5 días permaneciendo en enfermería para que exista un periodo de observación, ante la aparición de algún síntoma vinculado al COVID-19, mientras se realizan averiguaciones sobre sus vacunas, hisopados, testeos. Según el relato de la gerontóloga de la Institución:

“Al ingresar entre 3 y 5 días permanecen en enfermería, para saber si vienen con vacunas, hisopado o testeos. No está mal a nivel epidemiológico, no se si es tan necesario, pero no se han cambiado los protocolos, estamos como a destiempo” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Por otro parte, cuando algún residente debía salir para realizar tratamientos médicos en instituciones externas, desde el sector de Asistentes Gerontológicos Institucionales o Cuidadores (AGI) se llenaba una planilla donde figuraban los datos personales del residente junto con el horario de salida y de llegada, la cual se hacía entrega al área de vigilancia con el objetivo que al volver dichos residentes fueran acompañados por los cuidadores a su sala, cumpliendo con las medidas de bioseguridad planteadas por protocolo.

Al indagar sobre las formas en las que se decidieron y aplicaron las nuevas medidas, Martina nos relataba lo siguiente:

“En primer lugar 5 días antes de que se decretara el aislamiento y la cuarentena hubo una reunión en dirección con todos los profesionales y se tomó la decisión desde el director hacia abajo con muy buen criterio, de cerrar completamente el Hogar” (Martina, Jefa del Servicio Social, 15/05/2022).

A través de sus dichos, identificamos que institucionalmente no hubo espacios o instancias en las cuales los residentes participarían en la decisión de las nuevas medidas asumidas para la prevención de contagios o la aplicación de los protocolos. La metodología fue una aplicación directa de la nueva reglamentación. Frente a ello, nos parece pertinente recuperar los aportes de Zolotow sobre la concepción de quienes residen en este tipo de instituciones: *“los residentes no deben ser beneficiarios pasivos de la actividad institucional, su participación debe darse en todos los niveles y deben poder tener representación en las decisiones que los afectan en forma directa; no es solo ser parte del Hogar, sino también tener parte y formar parte”* (Zolotow, 2011, pág. 5). El autor plantea el ejercicio de la participación como un derecho a efectivizar por parte de las personas mayores y a su vez como un aporte a la consolidación del modelo de atención centrado en la persona. Siguiendo a Teresa Martínez Rodríguez (2011) este modelo propone una atención orientada hacia las personas desde una mirada global del sujeto, enfocando las intervenciones hacia su calidad de vida y hacia su bienestar cotidiano. Una atención que se dirija no sólo a dar respuesta a las necesidades derivadas de la dependencia sino que además contemple los derechos,

preferencias y deseos, interviniendo desde la garantización de la dignidad y la autonomía de les adultes mayores.

En función de lo que nos preguntamos al finalizar el apartado previo, en este capítulo introductorio buscamos poder realizar una descripción del contexto que define nuestro caso de estudio para comenzar a analizar las expresiones de las medidas de prevención por Covid-19 en el Hogar San Martín. Para ello, partimos por describir la aparición del virus en un contexto mundial con su llegada a la Argentina en conjunto a la instauración de medidas de prevención y cuidados. Por su parte, avanzamos en una caracterización de la Institución de estudio partiendo por detallar y comprender las complejidades que se hacen presente en su funcionamiento, las cuales están atravesadas por perspectivas y enfoques de cuidados y tratamiento que, en determinadas situaciones, entran en tensión.

A partir de tal contextualización, avanzamos en identificar cómo fue que la realidad de la pandemia por COVID-19 se hizo presente en el Hogar San Martín y manifestó su particular expresión. Pudimos identificar que las medidas adoptadas estuvieron en línea con la consideración de les adultes mayores como población de riesgo instalándose inmediata y radicalmente dentro de la Institución. Asimismo, observamos que su implementación se hizo presente sin habilitar espacios de discusión y participación que involucraran a les residentes y sus familias. Por el contrario, se instaló con cierta rigidez y verticalidad. Creemos que esta situación pudo haber agravado el sentimiento de aislamiento en los residentes y que la perspectiva adoptada en la implementación de la nueva normativa reflejó una visión institucional que colocó a les adultes mayores en una posición con tendencia a la pasividad, debiendo adaptarse a una nueva realidad.

Para poder ahondar y analizar de qué manera el virus del COVID-19 hizo su manifestación en la Institución de Residencia Permanente de Adultxs Mayores “San Martín” de la Ciudad de CABA, en el capítulo II avanzamos en el estudio considerando como punto de reflexión las prácticas de cuidado y atención del equipo de trabajo de la Residencia. En adelante, haremos foco en relatos y observaciones que surgen de nuestro trabajo de campo enfocadas en comprender las formas de ejercer las prácticas de las y los profesionales de la Institución en el nuevo contexto pandémico.

CAPÍTULO II: *Una mirada sobre prácticas de atención y cuidado*

“¿La situación degradante en la que son colocadas la mayoría de las personas mayores es solo una cuestión específica, incluso individual, que es posible resolver sin cuestionar la organización general de la sociedad? ¿O esta situación condensa el destino general que esta sociedad da a los seres humanos, de modo que para resolver el problema de la vejez es necesario transformar profundamente la sociedad en su conjunto?” (Simone De Beauvoir, 1970).

2.1 Definición de tareas de atención y cuidado

Nuestro análisis se centra en las tareas de atención y cuidado llevadas a cabo dentro de la Institución en relación con el proceso de salud-enfermedad-cuidado, especialmente en el contexto de la pandemia. Partiendo de la definición de las principales funciones del Hogar San Martín según la gerontóloga, en sus palabras:

“Las principales funciones del Hogar son brindar apoyos, cuidados y atención a personas en diversas situación de vulnerabilidad, ya sea habitacional, de salud, vincular” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Reconocemos que estas tareas pudieron haber experimentado modificaciones o interrupciones debido a la implementación de la nueva normativa institucional. La elección de hablar sobre el proceso de salud-enfermedad-cuidado radica en los aportes de Tejada de Rivero (2003) que expresa que el término atención comprende una relación vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. Es por ello que también utilizamos el concepto de cuidado, ya que coincidiendo con el autor, *“el ‘cuidado’ tiene una connotación mucho más amplia e integral que la ‘atención’.* *El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas”* (Tejada de Rivero, 2003, pág.5). A su vez, según Michalewicz y otros (2014) el uso del concepto cuidado permite expresar la dimensión vincular/afectiva para con quiénes se ejercen las tareas de atención y cuidado.

Si bien todos necesitamos de cuidados, Gherardi y Pautassi (2012) plantean que quienes se encuentran en los extremos de la vida, es decir niños y adultos mayores, o quienes se encuentran atravesando una enfermedad o una situación de discapacidad, requieren de un mayor tiempo de cuidado y de acuerdo a sus necesidades. Recuperamos la noción de cuidado en tanto lo plantean como todas aquellas tareas abocadas a la *“atención y satisfacción de aquellas necesidades físicas, biológicas, afectivas y emocionales que tienen las personas”*

(Gherardi y Pautassi, 2012, pág. 9). Las autoras postulan una mirada del sujeto integral; es decir, que las necesidades físicas y biológicas son igual de relevantes que las afectivas y/o emocionales para garantizar el bienestar de una persona, y que ninguna puede predominar por sobre otra. Estas definiciones nos parecen relevantes a la hora de analizar y estudiar de qué manera se desarrollaron las tareas a cargo del personal profesional de la Institución en el contexto de pandemia y, sobre todo, para identificar qué concepciones sobre los sujetos se hallaban predominantes en las disposiciones de tratamiento de los diferentes equipos.

2.2 Impacto en las tareas de atención y cuidado dentro del Hogar San Martín

Previo a la pandemia, algunas residentes realizaban determinadas actividades en función de sus voluntades, necesidades y deseos, las cuales tras la implementación de los nuevos protocolos y el encierro obligatorio se vieron imposibilitadas de seguir haciendo. En consecuencia, se tuvieron que incorporar nuevas tareas de asistencia y cuidado para satisfacer las demandas que emergieron ante la imposibilidad de poder resolverlas por sus propios medios.

En este nuevo escenario, el equipo del Servicio Social asumió una nueva tarea: la realización de las compras cotidianas ya que les residentes tenían prohibido efectuarlas por sus propios medios, como así también solicitar delivery de comida.

“Las tareas del servicio se modificaron ampliamente, antes ellos salían a hacer sus compras... el equipo del servicio social junto con 1 o 2 psicólogos se organizaron para hacer compras, semanalmente se hacían compras, lista de compras de víveres y medicación en la farmacias, eso es lo que más se le proveyó, una tarea antes que no hacíamos” (Martina, Jefa del Servicio Social, 15/05/2022).

Otra de las tareas incorporadas a cargo del Servicio Social fue posibilitar la vinculación de los residentes con sus familias a través de las herramientas virtuales, ya que se encontraban totalmente suspendidas las visitas. Amanda nos compartía lo siguiente:

“Fue muy duro la desconexión con los vínculos familiares o las redes sociales de apoyo de los residentes y el tema del control nuestro. Por ahí faltó mayor nivel de comunicación con los residentes, que seamos más los profesionales que trabajamos con los residentes sobre esto que sucedió. Al principio éramos muy pocos los que nos animamos a

enfrentar la situación. Hubo áreas que no aparecieron por semanas. No hubo una bajada institucional, las áreas son anárquicas. Acá hubo gente que se inventó licencias amparadas en no se donde” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

“Muchos profesionales lo que intentaron hacer es entablar vínculos a través del celular, llamadas telefónicas, videollamadas, es decir, reconectar con su familiares a esos residentes. Fue mucho impacto, los primeros 15 días fueron agotadores, por lo menos lo percibo así. Se suponía que tenía que hacer guardia de 6 horas, yo estaba 10 o 12 hs trabajando por el nivel de demanda de los residentes” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

“El área de servicio social afrontó todos los malestares de los residentes porque no entendían, los insultos, porque a alguien tenían que insultar, de alguna manera era su forma de descargar y bueno, lo sostuvimos. Pero bueno a veces costó la información, podría haber sido mejor, el director podría haber estado más presente, tomo la decisión pero en la transmisión no nos acompañó” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

De acuerdo al relato de la gerontóloga, no todos los profesionales asumieron las tareas de atención y cuidado de la misma manera, sino que existieron diferencias entre los distintos equipos de trabajadores en su predisposición e involucramiento en acompañar y suplir las nuevas demandas de residentes, propias del contexto pandémico .

Según los testimonios previamente expuestos, habría cierto desentendimiento por parte de los cargos jerárquicos en llevar a cabo acciones de seguimiento emocional de cercanía a residentes, mientras que un grupo de trabajadores del Servicio asumió dicha responsabilidad. Ello habría derivado en una sobrecarga de tareas y responsabilidades en un grupo reducido de profesionales que mantuvieron sus labores e incorporaron nuevas tareas, como la asistencia emocional y vincular, además de las de cuidados cotidianos que desarrollaban previamente dentro del Hogar.

“acá hubo gente que creyó que lo que necesitaban los viejos en pandemia era la asistencia de los enfermeros y de los médicos... nada más”(Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Amanda identifica que desde el Hogar hubo una tendencia a reconocer como *“tareas esenciales”* todas aquellas prácticas profesionales que se encuentran relacionadas con la salud física de los residentes. Se identifica una ausencia de reconocimiento de los efectos negativos

emocionales y psicológicos que podrían emerger dentro de un contexto de aislamiento, en función de verse afectados elementos que hacen a la cuestión socio afectiva de los sujetos y que intervienen en la salud mental de los mismos.

Con esta línea, son coincidentes los dichos de Jorge quien, al consultarle sobre cuál era su reflexión sobre las estrategias asumidas en contexto de cuarentena, planteó lo siguiente:

“Básicamente las estrategias, eran del punto de vista médico y eso es algo que hay que tener en cuenta en el día de mañana, porque la cuestión psiquiátrica no se contempló demasiado y ahora tenes un montón de residentes con estrés post traumático. Las estrategias eran que todo el personal no médico hiciera funciones propias del personal médico, control de temperatura, que estuvieran los jabones, informe de egreso e ingreso, pero bueno no hubo estrategias integrales, aca las medidas fueron más del tipo privativas” (Jorge, médico del Departamento Médico, 24/05/2022) .

Desde el discurso de Jorge, se puede ver como en una primera instancia se priorizaron las intervenciones dirigidas a mitigar la propagación del virus sin contemplar la salud psicológica y vincular de los residentes. Este accionar manifiesta cierta primacía del enfoque biomédico en la atención hacia los adultos mayores por parte de las áreas directivas y del departamento médico, antes que un enfoque integral y de derechos en la atención y cuidados de los sujetos.

Amanda nos compartió lo siguiente, en relación al protocolo ejecutado al ingresar un nuevo residente:

“Desde la pandemia el ingreso de un residente es ingresar y aislamiento, desprovisto de todo... si no tiene celular está al horno, ve solo a las personas con las que interactúa. Entonces llega acá y lo aislamos de todo...” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

En las palabras de la gerontóloga, podemos identificar cómo la nueva normativa profundiza la desvinculación y soledad de quien ingresa al Hogar. Comprendemos que mantener una mirada desde la perspectiva de sujeto de derechos implica contemplar la relevancia de los factores psico-sociales de los individuos al momento de desplegar intervenciones de atención y cuidado, en pos de promover la integración social del adulto mayor y su vinculación social. A su vez, plantea percibir a los sujetos como personas con

derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas por parte del Estado (Abramovich, 2004).

En esta línea, Andrea Palma y otras (2019) plantean que *“el reconocimiento de la especificidad de las personas mayores como titulares de derechos se ve obstaculizado por cuatro factores: i. la irrupción reciente del colectivo de personas mayores como sujetos diferenciados, ii. el conflicto al que se ven sometidas las personas mayores para identificarse con un colectivo con rasgos que simbolizan marginación, enfermedad, soledad, etc. iii. la carencia de un modelo social de atención que favorezca su autonomía y iv. las reacciones adversas frente a los supuestos privilegios de los que ellas gozan en la sociedad”* (Andrea Palma y otras, 2019, pág. 11).

Cuando profundizamos sobre el tipo de intervenciones médicas que tuvo el equipo de gerontopsiquiatría dentro de este nuevo contexto, Jorge nos indicó:

“En la pandemia cuando se impuso la restricción solamente había que acercarse al área de salud por una emergencia. En ese caso, hubo como un periodo de adaptación. Nuevamente, el miedo fue la supremacía y el médico era una bomba biológica, nadie iba acercarse a uno salvo que tenga síntomas (...) Trabajábamos a ciegas, no se podía pensar estrategias más allá de los lineamientos que se iban siguiendo y el resto todo se cerró... todo lo que excedía la pandemia, no se hacía. Por ejemplo: si alguien tenía una carie dental y esa carie no le afectaba, no se hacía, porque el odontólogo no se podía exponer a las secreciones. Todo lo que no era emergencia, se posponía” (Jorge, Jefe del Departamento Médico, 24/05/2022).

“Estamos trabajando con una población muy deteriorada, sobre todo en el punto de vista psicológico y psiquiátrico. Hubo mucho cambio de medicación, muchos reajustes, mucho sufrimiento, mucho dolor también, porque han fallecido muchas compañeras, familiares de residentes, han fallecido residentes también y se ha generado una nueva circunstancia que hay que trabajarla y atravesar, de a poco”(Jorge, médico del Departamento Médico, 24/05/2022).

En base a lo que nos comparte el Jefe del Departamento Médico, identificamos que la atención médica hacia los residentes se vio modificada, siendo reducida a casos de emergencia, atendiendo únicamente demandas relacionadas al COVID-19 o situaciones críticas vinculadas a enfermedades pre-existentes en los residentes. En consecuencia, se

reconoce que la población residente dentro del hogar sufrió un deterioro tanto en el aspecto físico-biológico como así también desde lo psicológico-emocional. Observamos que institucionalmente fueron escasas las estrategias del tipo integral con el fin de garantizar un abordaje que contemple los diversos padecimientos posibles producidos por el confinamiento, reconociéndose cierta carencia de interdisciplinariedad en el ejercicio de las tareas de atención y cuidado. En palabras de Amanda:

“(...)porque cuesta mucho el trabajo interdisciplinar. No hay equipo interdisciplinario. A veces se logra, pero dos disciplinas no es interdisciplina, entonces por ahí se logran equipos entre personas, más que entre disciplinas” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

“Todo sería más fácil si trabajamos en equipo interdisciplinario, podríamos resolver las cuestiones, realizar ateneo frente algunas situaciones muy complejas... cuando alguien no nos demanda nada pero observamos que la persona está con deterioro y bueno, entonces pensemos cómo intervenir, como abordarlas (...) falta trabajar más en objetivos, tareas, intervenciones, paradigmas, desde que lugar nos paramos a mirar a ese sujeto que está envejeciendo un poquito más que nosotros” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

El trabajo interdisciplinario se encuentra en relación con una mirada integral del sujeto. En relación a la interdisciplinariedad Carballeda (2016) nos plantea la intervención interdisciplinaria como una oportunidad a lo nuevo y complejo en la intervención social, presentándose así el trabajo en equipo como la posibilidad de construir algo diferente donde cada uno desde su área aporta sus conocimientos sin perder su singularidad construyéndose de manera cotidiana en función del diálogo (Carballeda, 2001). Muchas veces en las prácticas de atención y cuidado confluyen múltiples discursos y saberes que encuentran fundamento en costumbres y en un sentido común que estimamos como fundamental a problematizar. Razón por la cual se torna necesario generar espacios alternativos que posibiliten el intercambio horizontal, articulando saberes y conocimientos desde las distintas profesiones para tensionar discursos y prácticas focalizadoras y del tipo restrictivas.

Anteriormente abordamos que la vejez es una construcción social y cultural que se da por el múltiples entrecruzamiento de diversas dimensiones del contexto social en la vida cotidiana de los sujetos. En este sentido, envejecer es al mismo tiempo un proceso particular y complejo: complejo, por los elementos que intervienen en su definición, y particular por el

modo en el que los mismos se inscriben en las vidas singulares de los sujetos que envejecen. En esa complejidad y singularidad creemos que se inscribe la necesidad de poder tener una intervención que reúna las distintas disciplinas e intervenga desde una óptica de integralidad, comprendiendo los procesos de salud-enfermedad-cuidado como la articulación de múltiples causas y factores que condicionan la salud de una población, donde el estado de salud de una persona se ve influenciada por factores sociales, económicos y ecológicos. Es por esto que nos parece relevante tomar el concepto de salud que da la Organización Mundial de la Salud donde dice que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹².

En correlación a lo planteado recientemente, al momento de nuestro trabajo de campo indagamos en las experiencias particulares en contexto de pandemia de las residentes con respecto a las tareas de atención y cuidado ejercidas por el equipo profesional del Hogar; al consultarle, Noelia nos compartió una experiencia personal de maltrato. Tal situación sucedió al efectuar una consulta en la sala de enfermería en la época en la que los protocolos contra el COVID-19 se encontraban en plena implementación:

“le dije que me sentía mal hace unos días y me empezó a gritar, yo le grite también y se quedó medio pasmada. Como están acostumbrados a que los pobres viejos nos llamamos la boca, se cree que somos todos idiotas y yo de idiota no tengo nada, tengo mi carácter; dicen que me porto muy bien pero cuando la tengo que decir, la digo (...) No tiene por qué gritarme, porque gracias a nosotros tienen trabajo... no se si se dieron cuenta ellos, sino tienen que ir a buscar otro trabajo. Atendí bien, somos un cliente ¿o no?” (Noelia, residente, 30/04/2022).

Recuperamos este fragmento porque nos resultó llamativo cómo la residente expresa su disgusto percibiéndose así misma como *cliente*, lo que implica cierta ausencia de identificación del Hogar como parte de una política social que debe estar destinada a la garantía y promoción de sus derechos. Identifica maltrato mientras que, a su vez, hace referencia a cierta idea construida sobre “los viejos” por parte de algunos profesionales de la Institución. En esta línea, Freitas y Noronha (2010) plantean que el cuidado comprende una relación social, que en varias oportunidades, esta relación despliega una relación de poder, y es el cuidador o profesional quien está investido de ello por sobre los residentes. Postulamos

¹² La salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>

que en esta relación, se producen y reproducen las representaciones de los adultos mayores y el envejecimiento, dentro de la institución; donde muchas veces podemos encontrar una relación que ubica al adulto mayor en un lugar de sumisión y pasividad.

En este sentido, al continuar con nuestras consultas a las residentes sobre su vínculo con el equipo profesional en el contexto de pandemia, nos compartieron lo siguiente:

“Los de mantenimiento no hacían ni hacen nada, igual que las cuidadoras, hay algunas que no valen nada. Algunas, no todas, pero algunas contestan mal. Turno mañana, vienen como 3 o 4, una peor que la otra, no quieren que les moleste, están siempre sentadas. Yo no molesto para nada, me baño sola, me hago sola. No molesto ni de noche si estoy descompuesta yo voy solita al baño, nunca las molesto” (Angela, residente, 30/04/2022).

¿Cómo fue el trato? hay algunos que ni siquiera tuvieron trato, como los médicos... no hay área que haya funcionado mejor, algunas cuidadoras nada más” (Julieta, residente, 10/05/2022).

Sobre el trato profesional, tanto Julieta como Angela coinciden en que existió cierto trato o omisión por parte de quienes deberían garantizar el bienestar de las residentes. En el relato de las entrevistadas, pese haberles consultado por su experiencia en el marco de la pandemia, se dirigen tanto en tiempo pasado como presente para la caracterización que nos comparten. Detectamos que existe también cierta resignación o naturalización de ese trato o desinterés sobre lo que les pasa como residentes del Hogar. En el caso de Angelica, se refiere a sí misma como una residente que “casi no molesta” y que, aún siendo consciente de las dificultades que se le presentan para realizar ciertas tareas que están vinculadas a necesidades cotidianas como ir al baño, vestirse, etc, elige resolverlas por sus propios medios antes de solicitar la atención de las cuidadoras o enfermeras por el trato que las mismas les brindan.

Otro elemento que refuerza la idea de poder médico-paciente lo encontramos al preguntarle a Jorge sobre cómo percibe su relación hacia los residentes:

“El acercamiento del médico hacia las residentes en todo este nuevo contexto ha sido mucho más estrecho, la figura del médico es una figura de autoridad e imposición, se impone sobre el residente y le da una orden y el residente como lo dijo el médico va y lo cumple...” (Jorge, médico del Departamento Médico, 24/05/2022).

En sus dichos, encontramos que Jorge identifica la idea entre el vínculo médico-paciente y hace hincapié en que la existencia de cierta subordinación se encuentra conectada a su condición de médico, lo que podríamos inferir que este tipo de vínculo no se replica en todos los profesionales de la Institución y residentes. Esta relación de poder entre profesionales y residentes se identifica fuertemente en situaciones donde del otro lado hay algún personal médico, ya que es una profesión a la que se le adjudica cierta autoridad en detrimento de otras especialidades. Creemos que esto expresa una fuerte influencia del Modelo Médico Hegemónico (MMH). Menendez (1988) plantea que los principales rasgos de este modelo son el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, el mercantilismo, la eficacia pragmática, la asimetría, el autoritarismo y participación subordinada y pasiva del paciente, entre otros. Para el autor la mirada biologicista que propone el MMH promueve que *“lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo (...) sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad”* (Menendez, 2005, pag. 10).

Con el objetivo de conocer el funcionamiento de la Institución a través del desarrollo de las tareas de atención y cuidado, recuperaremos los siguientes apartados de entrevistas de una profesional del Servicio Social y de una residente:

“Ya de por sí este Hogar es una institución donde la atención desde lo clínico es muy lenta, es la ‘no’ atención, es decir que todo está muy protocolizado: el cuidador lo ve, el enfermero lo ve, le transmite a fulano y nunca viene Eso, en el marco de la pandemia, se profundizó (...) hay una búsqueda solamente de control de signos vitales para ver qué le sucede a todo tu cuerpo y a veces no es eso... a veces hay cuestiones que hay que detectarlos con otra instrumentalización (...) Cuando vemos que las causales de muerte tienen que ver con algo que no se detectó a tiempo, ahí es cuando me pregunto qué estamos haciendo acá...” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

“Los médicos no estaban casi nunca... cuando me di la primera vacuna, me agarró mucho dolor; una señora de otra sala me trajo un médico, me dijo el domingo te vengo a ver, todavía la sigo esperando... si vos insistís mucho te vienen a ver pero sino no...” (Noelia, residente, 30/04/2022)

“Yo lo que ví en la Institución es mucho desinterés... es decir, una institución no puede desinteresarse de los propios sujetos que la constituyen como sí. Si yo a las personas no las

observo, no intervengo con ellas, no diálogo(...) si siempre estamos atendiendo la demanda, no llegamos a ver qué es lo que pasa en aquellos que no nos están demandando nada; quedan como fantasmas...” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Para analizar, estos dichos retomaremos nuevamente el concepto de cultura institucional de Paula Danel (2008) anteriormente desarrollado. La cultura institucional es una construcción y se encuentra atravesada por relaciones de poder. Al ser una construcción social, la cultura institucional coexiste con la posibilidad de ser transformada o sufrir modificaciones sobre algunos de los elementos que la constituyen. Recuperando los aportes de Amanda, comprendemos que la cultura institucional del Hogar expresaría de manera predominante cierta ausencia de una mirada integral del sujeto en el abordaje de las tareas de atención y cuidado. Nos encontramos con relatos de cierta parte del equipo de trabajo que expresan una manifestación de desinterés, pasividad y/u omisión sobre el estado de salud de les residentes. En consonancia a esta idea, nos parece interesante lo que nos compartió Jorge al consultarle sobre la demanda de lxs residentes en contexto pandemia:

“la situación de vulnerabilidad y falta de contención familiar hizo que muchas veces les residentes consideren a lxs profesionales como parte de su familia y parte del acercamiento al personal, es por el hecho de hablar, de no sentirse solos, de aliviar esa sensación de soledad y lo canalizan a través de problemas médicos entonces la demanda va desde un dolor de muela inexistente, un dolor de rodilla, un dolor de cabeza, un dolor de brazo por el hecho de querer venir, sentarse y comunicarse y nada más (...) acá también los pacientes son muy manipuladores, para conseguir algo crean situaciones de enfermedades inexistentes o idean situaciones para conseguir algo que quieren” (Jorge, Jefe del Departamento Médico, 24/05/2022).

En el relato citado interpretamos una reproducción de lo que se define como *edadismo* el cual, en este hecho en particular, se comprende como una actitud de descreimiento por parte de quien debe garantizar una atención médica eficiente a quienes residen. El término *edadismo* hace referencia a todos aquellos prejuicios contruidos sobre una edad determinada. Luisa Seco-Lozano postula que *“el edadismo implica dos vertientes: una ideológica y representativa, que tiene que ver con las características atribuidas a personas de determinada edad, y otra de tipo práctico y conductual, cuando nos comportamos de acuerdo con esos prejuicios y creencias. Esta discriminación es a menudo muy sutil, en la medida que*

se encuadra en prácticas culturales, políticas y económicas naturales y normalizadas” (Seco-Lozano, 2022, pág. 1).

Nos parece relevante recuperar estos dichos porque creemos que la concepción que mantiene en particular el Jefe del Departamento Médico influye directamente en la atención médica a los residentes, en tanto acercarse a solicitar atención por un padecimiento podría no ser reconocido como tal por interpretar que lo hacen para lograr un momento de comunicación o diálogo, y no por un malestar real. A su vez, identificamos que dichos planteos ubican al adulto mayor en un lugar de inferioridad ya que se encuentran a merced de la decisión y caracterización que el médico haga de su situación, a la vez que dicho trato merma su condición de sujeto de derechos, vulnerando su acceso a una atención de calidad.

Consideramos que la concepción de un adulto mayor pasivo, enfermo, percibido como objeto de protección se halla con cierta primacía dentro de la cultura institucional del Hogar San Martín por sobre paradigmas que postulan al adulto mayor como sujeto de derechos abonando a la promoción de envejecimientos dignos y activos. Planteamos que se manifiesta como preponderante y no como paradigma instalado de manera total, en tanto, también reconocemos que hay actores profesionales que manifiestan otras maneras y enfoques en su accionar:

“Yo trabajo mucho con los residentes la situación de las muertes de otros residentes, esto de que no es que se muere, sale uno y entra otro sino poder acompañarlos en el dolor, en el duelo, que no sean cosas que van y vienen.. sino personas. Esto de lo humano... no son cosas, no es poner una fecha, no es un acto administrativo la vida de una persona, para mí cerrar ese legajo no fue ni será un acto meramente administrativo y acá en estas cositas cotidianas vemos que posicionamiento tenemos nosotros con el otro ser; miren como en las pequeñas cosas se manifiestan, en esos detalles.. cuando hablamos de personas, hay crisis, hay duelos” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Mediante estas palabras, detectamos que dentro de los profesionales se identifican elementos valiosos para transformar las dinámicas institucionales. Nos parece importante recuperar esta mirada que nos proporciona la Gerontóloga del Servicio Social ya que consideramos que pone en discusión cierto tipo de prácticas que tienen como consecuencia una objetivación y/o deshumanización hacia los residentes. Se expresa así que no hay una única forma de ejercer las tareas profesionales y que dentro de la institución conviven distintas miradas sobre el ejercicio de la atención y el cuidado. En ese sentido recuperamos

las palabras de Carmen Cecilia Gonzalez quien refiere que la intervención en gerontología implica *“el reconocimiento y el trabajo conjunto con los propios sujetos (adultos mayores), lo cual tiende a promover la participación y empoderamiento de los mismos mediante el fortalecimiento de espacios de representación social y política en las organizaciones propias del sector...”* (Gonzalez, 2017, pág.86). La intervención, comprendida de este modo por un lado, da respuestas a las necesidades y demandas de cierta población pero, paralelamente, contribuye a la visualización y deconstrucción de prejuicios, mitos y discriminaciones sobre la vejez y envejecimiento.

Toda intervención, parte de un posicionamiento teórico-metodológico, el cual no es el mismo en todas las instituciones ni profesionales que intervengan con adultos mayores. En la actualidad, la autora plantea que *“el paradigma que sustenta este enfoque gerontológico es el de los derechos humanos, reconociendo a las personas mayores como sujetos de derechos y no meros "objetos" o "beneficiarios" (Gonzalez, 2017, pág. 86). Este enfoque, no solo busca el reconocimiento de los derechos, sino el pleno goce de los mismos, contribuyendo a la superación del modelo asilar. Según Menaldi y otras (2013) “los hogares pueden configurar sistemas rígidos, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados; o sistemas flexibles, donde la actividad, la participación, el respeto por el individuo se constituyan en la base de su funcionamiento. El primero de los paradigmas, los sistemas rígidos, corresponde a la orientación de vejez igual a enfermedad, dependencia y falta de productividad; el segundo toma en cuenta los criterios de envejecimiento exitoso, activo y un buen envejecer” (Menaldi y otras, 2013. pág. 4). Las autoras plantean que el primer sistema se encuentra vinculado al modelo asilar, donde la intervención de los equipos profesionales está centrada en la satisfacción de necesidades fisiológicas y de seguridad física (baño, cama, comida). Mientras que el segundo sistema está vinculado al enfoque sujeto de derechos, donde el foco está en la promoción de la salud a través de una mirada integral de la persona, donde se identifiquen las potencialidades del residente y se trabaje para la realización personal. En este tipo de modelos la institución se piensa en función de quienes residen y la atención es personalizada (Menaldi y otras, 2013).*

Con el objetivo de investigar sobre los cambios producidos en la vida cotidiana de los residentes a partir de la aplicación de los protocolos, a lo largo de este segundo capítulo, nos propusimos comprender y definir las prácticas de atención y cuidado llevadas a cabo por el equipo profesional. Consideramos que la manera en que sucedió la aplicación de los protocolos de prevención contra el COVID-19 por un grupo considerable de profesionales

profundizó la predominancia de una mirada biologicista sobre el adulto mayor, reforzando la presencia del modelo médico hegemónico como paradigma preponderante dentro de la Institución. Identificamos, a través de los relatos, una inclinación a la relegación en las intervenciones profesionales de factores sociales y psicológicos al momento de considerar el cuidado y la atención de la salud de lxs adultxs mayores. Creemos que estos hechos promueven una profundización de situaciones de vulnerabilidad y abandono de les residentes por parte de la institución mientras que, a su vez, en les residentes se manifestó cierta agudización de malestares en relación al tratamiento médico por parte de enfermeros, cuidadores y doctores. Por último, se destaca que aún así se identificó que existen prácticas por parte de determinadas profesionales que intentan poner en discusión y a su vez, distanciarse de las lógicas asilares y la mirada biologicista sobre el adulto mayor, generando espacios relevantes desde donde se construyen intervenciones con les residentes que condicen y reproducen una perspectiva de sujeto de derechos.

CAPÍTULO III: *Adultes mayores y sus experiencias personales dentro de la Institución en contexto COVID-19.*

“Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior no hay más que una solución y es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida: dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social o político, intelectual, creador” (Simone De Beauvoir, 1970).

3.1 Acercamiento a las experiencias personales de los residentes

Creemos que un elemento fundamental para comprender cómo han impactado los protocolos de prevención contra el COVID-19 en el desarrollo de la vida cotidiana de los residentes son las experiencias personales de ellos mismos. Con el objetivo de acercarnos a poder comprender el efecto de la nueva normativa, es que nos focalizamos en lograr recuperar el impacto de las nuevas medidas en sus prácticas cotidianas y cómo pudo haber tenido implicancias emocionales y vinculares para los adultos mayores de la Institución.

Comprendemos el término “experiencia” desde Teresa De Lauretis (1992), quien la plantea como un proceso a través del cual se construye la subjetividad de los sujetos sociales. Según la autora mediante ese proceso, *“uno se coloca a sí mismo o se ve colocado en la realidad social, y con ello percibe y aprehende como algo subjetivo (referido a uno mismo u originado en el) esas relaciones -materiales, económicas e interpersonales- que son de hecho sociales, y en una perspectiva más amplia, históricas”* (De Lauretis, 1992, pág. 253).

Lo primero que indagamos fue sobre las reacciones y las maneras de asumir las nuevas medidas por parte de los residentes, desde la visión de los profesionales recuperamos lo siguiente:

“En ningún momento note resistencia, extrañaban la calle, extrañaban mucho salir... excepto dos hechos puntuales de transgresiones, después tranquilos acá dentro, con todas sus necesidades cubiertas, con su medicación, un lugar para dormir, comida, con todo lo que necesitaban” (Martina, Jefa del Servicio Social, 15/05/2022).

“De una gran angustia, demanda, había que intervenir con los niveles de angustia de los residentes, y el proceso de duelo que vivimos todos, pero uno como profesional

sosteniendo, brindando apoyo para que el otro afronte una situación en la que había un descontento puro” (Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022).

Comparando los relatos de las profesionales entrevistadas, volvemos a reconocer ciertas diferencias entre los equipos profesionales esta vez referidas al modo de caracterizar la experiencia que interpretan en residentes: por un lado la Jefa del Servicio Social expresa que no noto ningún tipo de resistencia ante las nuevas medidas, adjudicando esa tranquilidad al hecho de que les residentes se encontraban con todas sus necesidades cubiertas. Los aspectos que Martina expresa como necesidades cubiertas interpretamos que se encuentran vinculados a necesidades del tipo físicas, mientras que no hace referencia a aspectos que constituyan un bienestar del tipo psicológico/emocional, emergiendo nuevamente en los relatos de determinados profesionales elementos vinculados a concepciones que toman en consideración únicamente lo físico-biológico, reproduciendo el paradigma de modelo asilar dentro de la Institución. Por otro lado, la gerontóloga de la Institución nos proporciona otra mirada, ella indica que se encontró con mucho descontento y angustias que emergieron a partir del nuevo contexto y de la incertidumbre que predominó en los primeros tiempos de cuarentena entre adultos mayores.

Al consultarles directamente a las residentes entrevistadas nos compartieron lo siguiente, en función de su propias vivencias:

“Nos enteramos de las medidas porque vino Rosana, profesional del Servicio Social y nos dijo, no hubo resistencia (...) cuando nos dieron la noticia de que cerraban el Hogar lo primero que sentí fue impotencia y, al pasar de los días, fue cada vez peor. No tenía otra que estar de acuerdo con las medidas y me hubiera gustado que fuera distinto, poder salir. Me sentí atada, no podías ir enfrente, ni a la puerta. Horrible ” (Araceli, residente, 30/04/2022).

“Al principio decis bueno, tiene que pasar. Después ya cuando empiezan a pasar los días piensas que ya no quieres más... pero era algo inevitable, nosotros somos personas de riesgo y no podemos salir, así que te la tenias que bancar” (Julieta, residente, 10/05/2022).

Yo estuve bien acá, hace de cuenta que es un hotel... solo que esto es un hotel de cuarta... ¿Viste el piso de mi sala? no tiene piso... tiene agujeros así de grande -gesto con la mano -; si reclamas no te dan bola... se han hecho tantas notas, ¿sabes por donde se lo pasan ellos? no les importan los viejxs, qué le vas hacer?” (Noelia, residente, 30/04/2022).

Retomando los dichos de Julieta y Araceli, con respecto a sus reacciones o sentimientos al enterarse de las nuevas medidas, nos encontramos con sentimientos de impotencia y de cierta resignación ante un escenario que se les presentaba como inevitable o inmodificable. Nos es llamativo cómo, pese a que existiera cierto descontento general ante las medidas, no hayan existido resistencias por parte de los adultos mayores. Analizamos que esta reacción podría encontrarse vinculada a una realidad histórica previa a la implementación del ASPO en la cual las personas mayores se encuentran en una posición pasiva con respecto a ciertas dinámicas y lógicas que se desarrollan dentro de la Institución. En este sentido recuperamos a Paula Danel (2008) quien postula la existencia de un fenómeno propio de la cultura institucional de los hogares: la internalización de las lógicas institucionales por parte de los residentes, comprendiéndolas como naturales e inevitables.

Por nuestra parte, en la búsqueda por comprender qué es lo que interviene y vuelve posible ese proceso de internalización que se genera en los residentes, se nos aparece la cuestión de la identidad y de la autopercepción por parte de los adultos mayores y cómo las mismas se ven moldeadas y atravesadas por las concepciones de vejez y envejecimiento hegemónicas en la sociedad de la cual son parte. No es lo mismo ser viejo en diferentes culturas ni se considera vejez a lo mismo en distintos contextos, incluso dentro de una misma sociedad. Por esta razón creemos que el concepto *vejez* es una construcción social y cultural que se da por el múltiple entrecruzamiento de diversas dimensiones del contexto social en la vida cotidiana de las personas. Sobre los cambios en la percepción que tienen los sujetos en la etapa del envejecimiento, Ricardo Iacub (2011) plantea que *“las importantes transformaciones que se producen en el sujeto, tales como los cambios físicos, psicológicos, sociales o existenciales, pueden ser detonantes de cambios en la lectura que realiza el sujeto sobre su identidad, que tensionan y ponen en cuestión al sí mismo, lo que puede incrementar inseguridades, fragilizar mecanismos de control y afrontamiento, demandar nuevas formas de adaptación o modificar proyectos.”*(Iacub, pág. 29).

A su vez, en el relato sobre la vivencia personal de Noelia, se revela el estado edilicio de las salas donde se ubican los cuartos en los que habitan los residentes. Comprendemos que estos espacios fueron más habitados en contexto pandemia, ya que había lugares que por nueva normativa eran intransitables. Elegimos recuperar en sus dichos el estado edilicio de salas y cuartos ya que en un escenario de encierro, la situación en que se encuentren dichos ambientes se vuelven aún más relevantes para los residentes, quienes ya no contaron con la posibilidad de poder pasar tiempo en otros espacios. Asimismo, no es menor poner en relieve

el hecho de que los pisos de cementos se encuentren sin alisar o con agujeros, se vuelve no solo una complicación para lxs residentes que se encuentran con movilidad reducida sino también implica un riesgo para cualquiera de ellos que transite. Es llamativo como Noelia desde un lugar que interpretamos de resignación, expresa que no importa cuantas quejas eleven, hay algo que se mantiene y es el desinterés por quienes residen; reaparece en su relato la poca participación de ellxs en los aspectos que hacen a la vida cotidiana institucional y la poca absorción de las demandas por parte de la Institución lo cual, en este caso, lo vemos expresado en los reclamos mediante notas que no obtuvieron respuesta.

El contexto de la pandemia y las restricciones implementadas para prevenir la propagación del virus han tenido un impacto significativo en nuestras interacciones sociales. En este escenario, la prohibición de reuniones y actividades sociales generó cambios en nuestra forma de socializar ante la imposibilidad de generar encuentros presenciales. Morgante (2020) plantea que *“en particular en el caso de Argentina, el confinamiento por medio del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio , junto con la brecha digital y las desigualdades socio-estructurales, condujeron también a acentuar las condiciones de aislamiento, el sentimiento de soledad y la desprotección de las Personas Mayores”* (Morgante, pág 4). Según un informe de la CEPAL *“el confinamiento obligatorio en el hogar tiene consecuencias en la salud mental de las personas mayores, pues afecta la comunicación con sus familiares o amigos, debilita sus redes de apoyo social y provoca un cambio en las rutinas de las actividades que realizan a diario. La sensación de inseguridad ante el contagio se acentúa con los sentimientos de soledad y abandono al no poder recibir la visita de su familia o salir a realizar sus actividades en la comunidad”* (CEPAL, 2020, pág 22).

Durante las entrevistas, se preguntó si notaron algún cambio en la forma en que se relacionaban con otras compañeras de su sala después de la implementación de los nuevos protocolos. A continuación, presentamos las siguientes declaraciones recopiladas:

“El encierro y el miedo. Yo desde mi habitación por tres meses no salí más que para ir al baño. Hasta que no me vacunaron, no salí. La comida me ponían un ganchito delante de la puerta, ya me habían avisado y yo salía con lavandina, desodorante, lysoform... no me relacionaba con nadie” (Angela, residente, 30/04/2022).

“los cambios más fuertes fueron no poder salir, no poder ver visitas... me sentí encerrada, como presa. No me relacione más con otros residentes, no podíamos transitar más

allá de las salas, ni siquiera al parque, no podíamos salir para nada, no podías pedir delivery de nada...” (Julieta, residente, 10/05/2022).

“Estábamos todo el día encerrados y juntos, yo me conocí mucho más... hubo algunas excepciones de personas que tuvieron mucho miedo y se quedaron siempre en su cuarto pero en general el comedor estaba lleno y eso hizo que nos relacionáramos entre nosotros” (Araceli, residente, 30/04/2022).

Partiendo de la premisa de que cada persona experimenta las situaciones de manera única, en los relatos de todas las entrevistadas se destaca el desafío que representó el confinamiento total como el cambio que les resultó más difícil de adaptarse. Aquellas que enfrentaron la pandemia con niveles más bajos de temor encontraron la oportunidad de establecer un mayor reconocimiento y vínculo con sus compañeras de sala al estar encerradas juntas. Sin embargo, una residente que experimentó un mayor miedo optó por no salir de su habitación, lo que intensificó su aislamiento social y dificultó su conexión no solo con sus compañeras de residencia, sino también con el personal de la Institución.

Cuando nos tocó indagar a les residentes sobre qué prácticas cotidianas reconocían que se vieron modificadas a partir de la implementación de los protocolos de prevención, dos de ellas coincidieron en la cuestión de no poder realizar compras de alimentos por fuera de la institución y la ausencia de visitas. Sobre esta etapa, les residentes nos comparten lo siguiente:

“Una de las cosas que más sufrí acá fue no poder comprar cosas afuera, acá la comida es mala, te lo digo así... es mala porque por ejemplo te dan una polenta así como está el agua, tiran la polenta y después lo que te sirven no tiene sabor a polenta ni a nada, es agua directamente. La comida no tiene gusto, está cruda, o está todo hervido...” (Julieta, residente, 10/05/2022).

“Acá la comida es muy mala, yo comía afuera y me traía comida... después en la cuarentena ya no me dejaban comprar comida afuera. Seis kilos baje, estoy pesando 38 kilos... acá no se puede comer” (Araceli, residente, 30/04/2022).

“fue duro porque yo era siempre de recibir visitas, una amiga, mi hijo, mis nieto. Recién en octubre del 2021 pudimos empezar a recibir visitas... y primero tenían que llamar, pedir fecha, el horario, tenían que ser afuera y había un tiempo estimado...” (Noelia, residente, 30/04/2022).

A partir de los testimonios de Julieta y Araceli se puede entrever que la alimentación no se considera como un elemento relevante o prioritario, sino más bien como una necesidad básica que se aborda sin tener en cuenta los gustos o deseos de los residentes, ni una planificación que tome en cuenta criterios sanitarios para satisfacer las necesidades nutricionales de la población a la que se atiende. En ambos relatos las residentes manifiestan disconformidad con los alimentos que ofrece el Hogar, dicho malestar se vió agudizado durante el COVID-19 porque implicó que empiecen a depender totalmente de los profesionales para acceder a ciertos productos, lo que podría haber reforzado un control sobre los hábitos de consumo de las personas mayores, agudizando un vínculo de dependencia con parte del equipo profesional.

A su vez, a través de los dichos de Noelia identificamos que, una vez flexibilizados los protocolos, les residentes pudieron comenzar a recibir visitas, mediante otro tipo de medidas que implicaron un control sobre esa actividad: tiempos estimados, programación y un espacio habilitado para el desarrollo de las mismas.

De tal manera, los factores que se implementaron a partir de las nuevas medidas y protocolos institucionales reforzaron elementos preexistentes a la pandemia del COVID-19. El control posible sobre la vida de lxs sujetos que habitan el Hogar se dió en mayor medida en un escenario donde la vida se encontraba totalmente protocolizada y en vigilancia por parte de lxs profesionales. De por sí, la dinámica de la Institución instaló una rutina en la vida de lxs residentes con horarios para bañarse, hacer las cuatro comidas e, incluso, horarios para retirarse a sus habitaciones; la garantización de que estos esquemas de horarios se cumplieren estuvo a cargo de un grupo específico de cuidadores. Los nuevos protocolos implementados en la emergencia sanitaria reforzaron la rutina sumando un nuevo elemento: la disposición de los sujetos en los espacios, habilitando en una primera etapa únicamente habitar sus cuartos, luego sus salas, para posteriormente permitir el uso de espacios comunes como el jardín o el hall del hogar.

Retomando nuestro interés por identificar en les residentes las emociones que predominaron en ellas a partir del nuevo escenario que impuso el Covid-19, habiéndose indagado sobre ello, recuperamos los siguientes dichos:

“El encierro fue el cambio más grande. Sentí temor de que me pasara algo como a cualquiera... cuando uno es joven no, pero cuando uno es grande piensa siempre en la muerte. En cualquier momento Dios se acuerda de a uno, aca muere gente, uno lo ve... no

como vos que vivis en un barrio y por ahí te enteras cada tanto que muere alguien. Aca muere gente, entonces decis..en cualquier momento te toca a vos, desgraciadamente se piensa así” (Noelia, residente, 30/04/2022)

“a la semana nos dijeron que ya no podía entrar nadie y ahí es como que me sentí un poco sola viste? como que te falta la visita...” (Angela, residente, 30/04/2022).

“(..) lo que más me costó fue el aburrimiento, el no poder salir, compartir en los talleres, estábamos encerrados totalmente” (Araceli, residente, 30/04/2022).

En los relatos de las residentes aparecen sentimientos de soledad, aburrimiento, encierro y el miedo a la muerte como elementos que estuvieron presentes en su aislamiento. En la cita que recuperamos de Araceli, ella expresa puntualmente que sintió la ausencia de los talleres. Esto se debe a que en la época que antecedió a la pandemia la Institución contaba con tales instancias recreativas donde se realizaban distintas actividades para sus residentes, sin embargo al momento de implementarse los nuevos protocolos todo desapareció. En esta nueva normalidad, las residentes dejaron de contar con un espacio no solo de esparcimiento sino también de encuentro con otros residentes del Hogar, espacios de socialización y vinculación entre pares. Las actividades recreativas constituyen espacios de prevención, promoción y rehabilitación de la salud, ya que no sólo aportan al entretenimiento y disfrute sino que estimula el conocimiento, acercamiento, establecimiento y profundización de vínculos, permitiendo el armado de una red de sostén y contención entre pares y con otros, que incrementan y mantienen la vitalidad de los sujetos. La ausencia de este tipo de espacios se expresa negativamente en los adultos mayores, manifestándose en sentimientos de soledad, de aislamiento y depresión. (Ludi,2005).

A su vez en Noelia aparece como aspecto significativo la idea de la muerte como una cuestión presente de manera sistemática. Si bien es cierto que toda la primera etapa de contagios en el marco del ASPO estuvo signada por la cantidad de fallecimientos diarios producto de la expansión del virus COVID-19, y que eso se convirtió en un tema imperante en la cotidianidad y medios públicos, entendemos que fueron distintos los niveles de atravesamiento según la edad y la situación de salud de cada sujeto; pudiendo haberse visto más presente en personas que se encontraban incluidas como “grupo de riesgo” ya que por presentar enfermedades crónicas precedentes, se incrementaban las posibilidades de presentar cuadros de mayor gravedad, lo que podía aumentar la mortalidad.

En nuestra sociedad, las vejezes se encuentran asociadas a *la etapa final* de la vida, la cual nos acerca a la finitud de la existencia misma, volviendo a la muerte algo concretable. Blanco y otros (1994) plantean la existencia de un fenómeno por parte de los adultos mayores que se encuentra vinculado a esperar la muerte o cierta familiarización con la finitud de su existencia. Los autores explican este fenómeno a través de cuatro factores: el primero es la asimilación de la *desvalorización social* que sus vidas van teniendo; es decir que el sujeto percibe ya no tener relevancia en el tejido social. El segundo factor está vinculado a la sensación de haber vivido lo suficiente; el tercero es la *socialización de la muerte* producto de ser testigo del fallecimiento de sus contemporáneos y, por último, la existencia de fuertes convicciones religiosas que suelen emerger como estrategia para asimilar el advenimiento de su propia muerte con la idea de que existe la voluntad de un tercero supremo. Los autores plantean que la muerte del otro se convierte en el acontecimiento según el cual el/la adulte mayor imagina la propia y se prepara para su fallecimiento. En relación a estos planteos, recuperamos los dichos de dos residentes donde encontramos estos elementos:

“(..) ya a esta altura no puedes tener miedo a la muerte. Uno tiene tiempo para vivir y tiempo para morir. Creo en Dios y creo que ya la fecha está, algún día voy a llegar y me moriré. Yo ya viví mucho y viví muy bien antes de venir acá. No tengo asignaturas pendientes. Todo lo que hice y lo deshice... después mi vida se arruinó y por eso estoy acá. Yo ya sé que me voy a morir, por eso no me pegó tanto...” (Araceli, residente, 30/04/2022)

“El año pasado murió una de mi habitación... quede a la miseria yo, porque yo veía los movimientos, todo que la embolsaban que esto, que lo otro, que se la llevan.. solo podía imaginar mi muerte” (Noelia, residente, 30/04/2022)

Recuperando las ideas planteadas por los autores previamente mencionados, podemos identificar la presencia de dos factores: la aceptación basada en la percepción de haber vivido lo suficiente, influenciada por convicciones religiosas que creen en una fecha predestinada para la muerte, y el factor de la socialización con la muerte. Este último factor puede ser una constante en la vida social de muchos adultos mayores, pero se vuelve especialmente relevante para los residentes del Hogar San Martín debido a que comparten su cotidianidad con un número considerable de adultos mayores, lo que aumenta la posibilidad de presenciar la muerte de compañeros y genera una mayor aproximación al final de su propia existencia. Además, al considerar los testimonios de las residentes, podemos inferir que este fenómeno

de miedo y proximidad a la muerte pareció haberse intensificado en un contexto de aislamiento y la propagación de un virus altamente peligroso.

3.2 Estrategias por parte de los residentes en un contexto de pandemia.

Hasta el momento desarrollamos y analizamos las distintas modificaciones que se dieron en las prácticas cotidianas de los residentes y, consecuente a ello, el impacto vincular y emocional producido por dichos cambios. En este último apartado nos proponemos recuperar las diferentes estrategias desplegadas por los residentes entrevistados que identificamos surgieron a la par del aislamiento social y confinamiento obligatorio en el Hogar. Pensar en estrategias nos permite discutir con las concepciones que los ubican únicamente como actores receptores y no como agentes con capacidad de actuar y decidir. Archer (2003) define el concepto “agencia” a partir de: i) reflexividad, como la capacidad de desplegar tácticas, estrategias y alternativas inmediatas frente a obstáculos que se presenten; ii) memoria o registro histórico de los agentes y, iii) pensamiento racional y eficaz de causalidad, que lo define como la capacidad de planificar de manera perdurable calculando medios y fines. De tal forma, el concepto de agencia ofrece aproximarnos a la comprensión de la vida cotidiana de las personas mayores desde un enfoque que incorpore la potencialidad creadora e innovadora presentes en ellas. A su vez, Lazarus y Folkman (1986) definen como estrategias de afrontamiento a *“aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 183). Estos autores plantean que hay dos tipos de estrategias para afrontar un suceso: 1) estrategia de resolución de problemas, dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar, y 2) estrategias de regulación emocional, siendo los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Poniendo el foco en la relación de los residentes con los espacios transitados antes de la pandemia, analizamos cómo el encierro, la no vinculación entre ellos, la falta de recibimiento de visitas y actividades que realizaban, trajo consecuencias emocionales tales como angustia, ansiedad, miedo o soledad. Como plantea Mariana Cataldi: *“de acuerdo a información aportada por la OMS, la restricción de las visitas y las actividades puede afectar la salud y bienestar mental tanto de los y las residentes como del personal de la institución”* (2020, pág.4). Sin embargo, a través de nuestro proceso de entrevistas reconocimos que pese al

descontento general, las residentes desarrollaron sus propias estrategias para transitar el contexto de pandemia:

“Qué quieres que te diga... estuvimos encerrados, sufrimos porque no podíamos salir a la calle, hacer los mandados, o porque no podíamos pasear o ver visita... pero después con respecto a eso yo no la pase mal, me ofrecí a coser la ropa y entonces ya estaba entretenida...” (Noelia, residente, 30/04/2022).

“Yo no la pase ni bien ni mal, lo único que extrañaba que no podía venir mi visita, pero como yo hablaba por teléfono con mi familia, con mis amigas..” (Araceli, residente, 30/04/2022).

“Yo me salvé con los libros y la computadora; me la pase todo el día leyendo. Cuando es algo inevitable, para que te vas a hacer mala sangre si no lo puedes solucionar?” (Julieta, residente, 10/05/2022).

Al analizar el relato de las residentes, se observa que reconocen la importancia de encontrar actividades como la lectura, el uso de la computadora o realizar labores como coser, así como el contacto telefónico y virtual con sus vínculos afectivos. Estas estrategias resultaron fundamentales para sobrellevar el contexto de aislamiento. Tales experiencias evidencian que las personas mayores también poseen fortalezas, habilidades y capacidad para tomar decisiones sobre su vida diaria y su salud. Es crucial resaltar estas características como propias de los adultos mayores, ya que durante nuestra investigación encontramos prácticas y medidas que les relegaban a ser meros receptores de decisiones tomadas por otros.

Resulta importante reconocer que durante el período de implementación del ASPO, toda la sociedad vio disminuida su autonomía al adaptar sus rutinas a los protocolos vigentes del momento. No obstante, analizando este fenómeno, identificamos que los adultos mayores institucionalizados experimentaron particularidades y efectos singulares, ya que enfrentaron restricciones más severas que el resto de la sociedad. En un principio, se les impidió gestionar sus propias comidas y tuvieron limitaciones para salir de sus habitaciones. Además, se les prohibió recibir visitas, lo que aumentó su sensación de aislamiento. Para comunicarse con sus seres queridos, dependían del equipo profesional para utilizar dispositivos móviles, lo cual implicaba una dependencia adicional. Además, se vieron limitados a recibir atención médica únicamente del equipo médico de la Institución, sin poder acceder a los servicios de atención de sus obras sociales o prepagas. Esto dejó al residente sujeto al criterio del médico

en cuanto a la urgencia de su demanda, arrojándolo en muchas ocasiones a la no atención. Estos aspectos subrayan que la autonomía de los residentes se vio gravemente afectada durante este período.

Siguiendo el paradigma de los derechos, concebimos la autonomía desde la perspectiva de la ciudadanía, es decir, como la capacidad de elección que un individuo tiene sobre diversos aspectos de su vida. Según González Carmen Cecilia. (2017), en dicho enfoque se destacan las principales dimensiones teóricas relacionadas con la autonomía de las personas mayores. Estas dimensiones incluyen la autodeterminación y toma de decisiones, así como el acceso a cuidados progresivos que se centren en la persona y comprendan su subjetividad. Además, de acuerdo con Xabier Etxeberria Mauleon (2014) *“la autonomía como capacidad para decidir —pensando en su efectividad, y en la oportunidad para elegir eficazmente— se da cuando no solo hay ausencia de coacción externa, sino cuando se dispone de los recursos que se precisan, en forma de bienes y servicios, y además se está en circunstancias personales y sociales que permiten aprovecharlo”* (Etxeberria Mauleon, 2014, pág. 66). Es decir que el ejercicio pleno de la autonomía se puede ver condicionado por factores externos a los sujetos.

En el contexto de las personas mayores institucionalizadas, el ejercicio de la autonomía se vuelve más complejo y se enfrenta a diversas limitaciones. Se encuentra condicionado por las normativas y reglas propias de la Institución, así como por la rutina establecida y la presencia constante de dinámicas que, según nuestro proceso de investigación, evidencian un bajo grado de involucramiento y participación de los residentes en la toma de decisiones. Sin embargo, tal como evidenciamos en párrafos precedentes, nos encontramos con residentes que han elaborado sus propias conclusiones sobre sus experiencias personales, que han podido, pese a las limitaciones del contexto y de la Institución, poder producir y ejecutar estrategias para transitar de una mejor manera el aislamiento.

Asimismo nos han compartido sus consideraciones y demandas en relación al trato institucional. Esta experiencia nos refuerza que los adultos mayores son sujetos activos, con capacidad de decisión y de acción, que sienten, definen, eligen, manifiestan y agencian, materializando que todo tipo de intervención que esté destinada a esta población tiene que ser desde una perspectiva de promoción y de pleno ejercicio de sus derechos.

REFLEXIONES FINALES

La llegada del COVID-19 al mundo ha desestabilizado muchas de las estructuras que conforman nuestra vida cotidiana tal como la conocemos. Las medidas de confinamiento y aislamiento han tenido un impacto significativo, generando transformaciones en la forma en que organizamos nuestras vidas y dando lugar a una "nueva normalidad". Este trabajo surge del interés por comprender cómo se desarrolló la vida cotidiana de los residentes del Hogar San Martín durante el ASPO. Con este objetivo, nos embarcamos en la tarea de explorar los protocolos institucionales implementados en el Hogar, así como de analizar las tareas de atención y cuidado por parte de los profesionales y las posibles adaptaciones que se llevaron a cabo. Además, nos propusimos recoger los relatos y percepciones de los residentes con el fin de conocer, a través de sus experiencias subjetivas, cómo se desarrolló su vida cotidiana dentro de la Institución.

En el primer capítulo, partimos por contextualizar nuestra investigación presentando, por un lado, de qué manera llega el COVID-19 a la Institución de estudio según las medidas tomadas, los protocolos implementados, las modificaciones en dinámicas internas y tratos entre actores dentro del Hogar: residentes, equipos profesionales, responsables directivos. Asimismo, avanzamos en realizar una descripción y caracterización del Hogar San Martín para poder visualizar la complejidad de su funcionamiento reconociendo que la cultura institucional del lugar está atravesada por perspectivas y enfoques de cuidados y tratamiento diversos, reconociendo cierta primacía de aquella mirada sobre los adultos mayores que los consideran como sujetos vulnerables, con capacidades disminuidas, que han pasado su etapa activa y útil y que, por ende, otros deben decidir por ellos y controlarlos de acuerdo a una lógica disciplinar.

Partiendo de tales concepciones, la categorización de los adultos mayores como personas en situación de riesgo conllevó una serie de medidas que se focalizaron puntualmente en el grupo de estudio obligándoles a acatar y respetar estrictamente lo establecido. La manera en que se implementó el confinamiento obligatorio, el uso de protección constante como el barbijo, la incorporación de prácticas higiénicas de manera sistemática como el lavado de manos, la no vinculación física con los seres queridos, la imposibilidad de realizar tareas por fuera de la Institución y la incertidumbre propia de la pandemia, tuvo una manifestación particular dentro del Hogar produciendo efectos en la calidad de vida de los sujetos que, entendemos, profundizó aquella tendencia previamente

instalada donde residentes se encuentran tendencialmente disminuidos en ejercicio pleno de su ciudadanía, actividad y libertad como seres activos y deseantes.

Entendemos que dentro del Hogar San Martín, la manera en que se aplicaron las medidas fueron incluso más estrictas que en el resto de población adulta mayor. Planteamos que las medidas presentaron características particulares que reflejaron cierta radicalización en su aplicación en tanto se dió el cierre anticipado del Hogar, se incorporó el aislamiento total en enfermería después de que un residente realizara alguna salida, se determinó la prohibición de poder consumir cualquier producto que viniera por fuera del Hogar, como también la suspensión total de actividades recreativas realizadas dentro de la Institución. Así mismo estos hechos han sido manifestación de las acciones de aislamiento que tomaron una manera propia respecto a lo definido por los protocolos oficiales. Además, observamos que las medidas asumidas dentro del Hogar carecieron de espacios de discusión y participación que involucraran a los residentes y sus familias. Por lo contrario, su implementación fue de forma inmediata, con rigidez y cierta verticalidad. Creemos que esta situación pudo haber agravado el sentimiento de aislamiento en los residentes y que en la perspectiva adoptada en la implementación de la nueva normativa prevaleció una visión asilar institucional que colocó a los adultos mayores en una posición pasiva, de meros receptores relegados a adaptarse a una nueva realidad.

En el segundo capítulo de nuestra investigación, nos propusimos reflexionar sobre las prácticas de atención y cuidado llevadas a cabo por los equipos profesionales del Hogar San Martín a raíz de la implementación de los protocolos contra el COVID-19. Elegimos centrarnos en las tareas desarrolladas por el equipo de trabajo profesional considerando la relevancia de las mismas en una institución que está pensada para garantizar el cuidado y la atención de sus residentes. Durante el desarrollo de nuestro estudio, pudimos comprender cómo este nuevo escenario generó nuevas responsabilidades para los profesionales. En este contexto, algunos de los trabajadores asumieron tareas adicionales, como mantener a los residentes en contacto con sus seres queridos, gestionar compras de alimentos e insumos básicos, y brindar apoyo emocional en un momento de gran incertidumbre y miedo. Esto implicó que parte de los profesionales tuvieran que dedicar muchas más horas de trabajo dentro de la Institución. Sin embargo, observamos que esta carga horaria y la garantía de estas nuevas tareas no se distribuyó equitativamente entre los equipos. Consideramos que este desequilibrio fue posible debido a la falta de una dirección clara por parte de la Institución y a la ausencia de un seguimiento institucional del desempeño de las tareas de atención y cuidado

en el hogar. Esta falta de supervisión permitió que en ciertos casos se abandonaran por completo las responsabilidades o se cumplieran de manera insuficiente, quedando a voluntad de cada profesional el desarrollo de la atención y el cuidado. Además, encontramos relatos de residentes que sugieren cierto abandono médico en esta etapa. Identificamos que la atención médica hacia los residentes se vio modificada, siendo reducida a casos de emergencia, atendiendo únicamente demandas relacionadas al COVID-19 o situaciones críticas vinculadas a enfermedades pre-existentes en los residentes. Como resultado, los residentes experimentaron un deterioro significativo en su estado de salud. Si tenemos en cuenta que muchos de estos residentes ya padecían condiciones médicas previas que los colocan en el grupo de riesgo, la falta de una atención específica y particular revela una falta de enfoque en la singularidad de la población con la que se trabaja. En los relatos de los profesionales, también se observa una mayor ausencia por cierta parte del equipo y una falta de atención a los factores sociales y psicológicos al considerar como primordial el cuidado y la atención de la salud física de los residentes, estando la mayoría de las intervenciones centradas principalmente en aspectos de control vital. Observamos que institucionalmente fueron escasas las estrategias del tipo integral con el fin de garantizar un abordaje que contemple los diversos padecimientos posibles producidos por el confinamiento, reconociéndose cierta carencia de interdisciplinariedad en el ejercicio de las tareas de atención y cuidado.

Esto, sostenemos, refleja una predominancia de una perspectiva biologicista asumida bajo el modelo médico hegemónico en la atención y cuidado brindados propios del paradigma asilar.

Sin embargo, reconocimos que coexisten rasgos de ambas concepciones: la del modelo asilar y la de sujeto de derechos; ya que en los dichos de la gerontóloga hemos visto que se ponían en discusión muchas prácticas instaladas dentro del Hogar. Creemos que el desafío se encuentra en disputar al interior de la Institución la modificación de aquellas prácticas que conducen a las lógicas asilares e instituir el paradigma de derechos como eje de su proyecto institucional, donde los profesionales se encuentren comprometidos a garantizar un envejecimiento activo y digno, con sujetos participantes y protagonistas de la realidad institucional. En esa complejidad y singularidad que bregamos creemos que se inscribe la necesidad de poder tener una intervención que reúna las distintas disciplinas e intervenga desde una óptica de integralidad, comprendiendo los procesos de salud-enfermedad-cuidado como la articulación de múltiples causas y factores que condicionan la salud de una

población, donde el estado de salud de una persona se ve influenciada por factores sociales, económicos y ecológicos.

En el último y tercer capítulo, nuestro objetivo fue recuperar las experiencias personales de los residentes para comprender cómo las nuevas medidas tuvieron impactos en su vida cotidiana. Nos centramos en las modificaciones generadas en sus prácticas diarias, su forma de relacionarse con otros residentes y vínculos afectivos, así como las implicancias emocionales y psicológicas que surgieron en este nuevo contexto. En los relatos de las entrevistadas encontramos malestares previos a la pandemia, como el trato del personal médico, la calidad de la comida y el estado de las instalaciones, que se reconoce que se han intensificado en el contexto de COVID-19. Sin embargo, han surgido nuevos elementos, como la ausencia de visitas, la incapacidad de comer fuera de la Institución y la falta de actividades recreativas. Esto indica que no solo se han agravado las angustias y molestias previas, sino que han surgido nuevos elementos.

Asimismo, observamos que la Institución ha ejercido un mayor control sobre los residentes. Se les ha limitado a alimentarse únicamente con la comida proporcionada por la institución o adquirir productos a través del equipo profesional. También se han establecido horarios y días específicos para recibir visitas, y se ha controlado la circulación de los residentes dentro de la institución mediante la habilitación de ciertos sectores. Nos parece relevante, recuperar que en un contexto de ASPO, todos los márgenes que antes existían para realizar actividades por fuera de la Institución o prácticas que le permitieran a los residentes transitar otra cotidianidad que no sea la institucional se vieron suprimidos. Tal es así que, de acuerdo a las palabras de las residentes entrevistadas, pudimos reconocer de manera inmediata sentimientos de soledad, aburrimiento, angustia y el miedo a la muerte como elementos que estuvieron de manera constante en su aislamiento.

Sin embargo, pese a tener muchas de sus prácticas restringidas o controladas, - generando que el ejercicio de su autonomía se haya visto doblegado en muchas ocasiones - nuestras entrevistadas nos han demostrado que han desarrollado sus propias estrategias para enfrentar la pandemia. Reconocemos como un gran hallazgo la mención a distintas actividades que los residentes crearon de manera autónoma para ocupar su tiempo, mantenerse activas y acompañadas.

Consideramos que las actividades identificadas son productos directos de las residentes y demuestran su capacidad de actividad, autonomía, deseos, protagonismo y pulsión vital.

Consideramos que dichas estrategias son sumamente significativas si se tiene en cuenta que emergieron dentro de una Institución que había suspendido y coartado los espacios de recreación y las instancias de socialización y vinculación en residentes. Instancias fundamentales en tanto abonan al cuidado de la salud emocional y mental. Recuperar la noción de estrategias nos permite reforzar la concepción de adulto mayor que los ubica como sujetos con capacidades y deseos, seres autónomos con márgenes de acción y transformación.

Nuestra pregunta problema de investigación fue “¿de qué manera la aplicación de las medidas de prevención contra el COVID-19 han modificado el desarrollo de la vida cotidiana de los residentes dentro del Hogar San Martín, en el periodo que se comprende entre Marzo del año 2020 y Enero del año 2021?” para responder decidimos realizar nuestro análisis a través de dos elementos: las tareas de atención y cuidado y las experiencias personales de los residentes. A través de nuestro proceso de investigación pudimos dar cuenta que en lo que respecta a las tareas de atención y cuidado los residentes se encontraron en una situación de mayor abandono, ante la determinación de solo abordar casos urgentes de salud física-vital. Es decir que la atención y el cuidado se garantizaron de manera limitada, impactando en la salud biológica de los adultos. Por otra parte, recuperando sus experiencias personales reconocimos que los residentes se vieron afectados emocional y psicológicamente. Que, si bien ciertos malestares con respecto a algunas prácticas profesionales o dinámicas de la Institución pre existían a la pandemia, las mismas se vieron profundizadas en el nuevo contexto al mismo tiempo que emergieron nuevas angustias por restricción de rutinas y recorridos, encuentros, actividades y tareas recreativas.

Consideramos que su calidad de vida en este nuevo contexto se vio disminuida y que la Institución expresó fuertes dificultades para lograr ejercer atención y cuidados que consideran a los adultos mayores como una población con necesidades y demandas particulares, ausentándose - salvo excepciones - intervenciones que se encontraran atravesadas por una mirada integral de la salud.

Asimismo nos parece importante recuperar que, a pesar de no haber sido un elemento considerado para indagar en las entrevistas, emergió en los relatos de nuestras entrevistadas las distintas formas que encontraron de hacerle frente al encierro y el aislamiento, reforzando que son sujetos activos con capacidad de acción, y es por esta razón que elegimos hablar de estrategias. Nos parece importante poder generar conocimiento que exprese y refuerce miradas que reconozcan a los adultos mayores como sujetos de derechos, pensantes, autónomos, deseantes.

Partiendo de nuestro interés por aportar conocimiento a la incipientemente temática abordada, es nuestro deseo que el presente trabajo contribuya a la visibilización de los distintos atravesamientos que interpelan a los adultos mayores y sirva de insumo para reforzar la importancia que tiene disputar al interior de las Instituciones los enfoques a través de los cuales se interviene y las miradas construidas sobre el adulto mayor. Entendemos que, de tal manera, es posible construir intervenciones dentro de las lógicas institucionales que den cuenta e instalen de manera predominante perspectivas de derechos, en pos de construir vejez dignas, libres, protagonistas e igualitarias. Creemos fervientemente en la capacidad y la relevancia que tiene, no solo el rol del Estado, sino del Trabajo Social en dicha construcción.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. (2004), “Una Aproximación al Enfoque de Derechos en las Estrategias y Políticas de Desarrollo de América Latina”. Centro de Estudios Legales y Sociales, Argentina.
- Archer, M. (2003). “Estructura, agencia y la conversación interna”. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Barenys, M.P. (1993). “Las residencias de ancianos y su significado sociológico” Papers. Revista de Sociología, núm. 40. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bello Rocío D. (2021). “Aislamiento y adultez mayores: algunas reflexiones sobre el programa estatal “Mayores cuidados”. Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Blanco Picabia, I., Antequera Jurado, R. y Torrico Linares, E. (1994). “Mesa redonda: Actitudes y creencias en el anciano. Ponencia: Actitudes ante la muerte y creencias religiosas en los ancianos”. Intus: Revista de la Cátedra de Psicología Médica y Psiquiatría y U.D. de Historia de la Medicina.
- Blanco Picabia, A. y Antequera Jurado, R. (1998). “La muerte y el morir en el anciano, en: Salvarezza, L. (Comp.). La Vejez: una mirada gerontológica actual”. Argentina, Paidós.
- Boletín Oficial de la República Argentina. Legislación y Avisos oficiales. Aislamiento social y preventivo obligatorio. Decreto 297/2020.
- Bonanad C., Martínez Sellés M., Tarazona Santabalbina F., Díez Villanueva P., Ayesta A., Sanchis Forés J., Vidán Austiz M., Formiga F., Ariza Solé A. (2020). “Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020”. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Revista española de cardiología.
- Cataldi, M. (2020). “El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la Pandemia de coronavirus COVID-19”. margen

<https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Cataldi-97.pdf>

- Carballada, A. (2001). “La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud”. Margen(23). Obtenido de <https://www.margen.org/suscri/margen23/interd.html>
- Carballada, A. (2016). “¿Qué nos hace ser trabajadores sociales? ¿Por qué el Trabajo Social?”. Obtenido de la Universidad de Costa Rica. Escuela de Trabajo Social: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000570.pdf>
- CEPAL. Informe COVID 19. “Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID19”. Diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46487-desafios-la-proteccion-personas-mayor-es-sus-derechos-frente-la-pandemia-covid-19>
- Danel, P. M. (2008). “Adultos mayores institucionalizados : Objetos de protección, cuidado y rentabilidad”. Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física, La Plata.
- De Beauvoir, Simone (1970) “La Vejez”. Buenos Aires: Sudamericana, 1970.
- De Lauretis, T. (1992). “Alicia ya no: feminismo, semiótica, cine, Ediciones Cátedra”.
- Fernández T. y Stolkiner A. (2013). “Las prácticas de cuidado de la salud de las personas adultas mayores institucionalizadas”. Facultad de psicología- UBA. Secretaría de investigaciones. Anuario de investigaciones. Volumen XX. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v20n1/v20n1a31.pdf>
- Freitas, S. A. y Vilar Noronha, C. (2010). “Personas mayores en instituciones de larga permanencia, hablando del cuidado”. Comunicação - Saúde, educação. 2010
- Gherardi, N. y Pautassi, L (2012). “De eso no se habla: El cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado”. ELA - Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Buenos Aires, 2012.

- Grajales Guerra, Tevni. (1996). “Conceptos Básicos para la Investigación Social”. Nuevo León, México. Publicaciones Universidad de Montemorelos.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Hogares de residencia permanente.
- Gonzalez Carmen C. (2017). “La intervención social en el campo gerontológico” [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, n.º 1. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp 82-96 [Fecha de consulta: dd/mm/aa]. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/1844>
- Iacub, R. (2011). “Identidad y Envejecimiento”. Buenos Aires: Paidós
- Lazarus RS, Folkman S (1986). “Estrés y procesos cognitivos”. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657). Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ludi M. del Carmen (2011). “Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos”. Revista cátedra paralela. N°8. 2011. Disponible en: <http://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/5136/Ludi.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Marshall, C., & Rossman, G. (1999). Designing Qualitative Research. California.
- Martínez Rodríguez, T. (2011). “La atención gerontológica centrada en la persona”. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Mauleon Xabier E. (2014). “Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores”. CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Menaldi (2013) “Rupturas con el modelo asilar: el desafío de la participación en las residencias de larga estadia para adultos mayores”. Jornadas de Trabajo Social

en el Campo Gerontológico (La Plata, 30 y 31 de agosto de 2013). Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/82153>

- Menendez E. L. (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud”. (1988) 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires
- Menéndez, E. L. (2005). “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”. Salud Colectiva. Vol 1 (pp.9-32). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
- Mendizábal, N. (2007) “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa.” En: Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa: Buenos Aires
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). Boletín integrado de vigilancia N516 SE40. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica; 11/2020. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-integrado-de-vigilancia-n507-se31-28072020>
- Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S, (2014) “Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización”. Anuario de Investigaciones, vol. XXI, 2014, pp. 217-224 Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
- Morgante M. G. y Valero A. S. (2020) . “Re-pensar las trayectorias de vida de Personas Mayores en la pandemia”. Actas de Periodismo y Comunicación, Vol. 6, N.º 2, octubre 2020 ISSN 2469-0910 | <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/actas> FPyCS. Universidad Nacional de La Plata.
- Osorio-Parraguez P. ,Jorquera P. y Araya Tessini M.(2021). “Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios”. Horizontes Antropológicos, 59 | 2021, 227-243.

- Organización Mundial de la Salud. (2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Abil. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Palma Andrea, Perrotta Valentina y Rovira Adriana (2019). “Las personas mayores como sujetos de derecho: el aporte de la intervención interamericana sobre la protección de los derechos de las personas mayores”. CEPAL. Montevideo, 2019.
- Plan Integral de Cuidado y Acompañamiento a Adultxs Mayores https://www.youtube.com/watch?v=MkpyUQFzKyM&ab_channel=Cr%C3%B3nicaTV
- Reglamento de acción de los hogares de residencia permanente para personas mayores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, EX-2019-24270519-GCABA-DGDAP.
- Resolución N° 17948/2019 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en <http://www.sociales.uba.ar/wp-content/blogs.dir/219/files/2019/07/reso-lenguaje-inclusivo.pdf>
- Santoro, E. (2020). “Cuarentena: la feminización de la vejez. El riesgo de ser vieja no es sólo la pandemia”. 17 abril 2020. <https://www.pagina12.com.ar/259859-el-riesgo-de-servieja-no-es-solo-la-pandemia>.
- Seco-Lozano, Luisa. (2022). Edadismo: la barrera invisible. Enfermería Nefrológica, 25(1), 7-9. Epub 09 de mayo de 2022. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842022001>
- SUAREZ, Francisco, GONZALEZ, Natalia “Cultura Institucional y Estrategias de Vida de los adultos mayores en la argentina en la población inserta en residencias geriátricas”. En: CULTURA INSTITUCIONAL Y ESTRATEGIAS GERONTOLÓGICAS. PRIMER ANUARIO DEL SIMPOSIUM ARGENTINO DE GERONTOLOGÍA INSTITUCIONAL. Ediciones Suárez. Mar del Plata, 2005.
- Tejada de Rivero, D.A. (2003). “Alma-Ata: 25 años después”. Perspectivas de Salud.

- Fernandez U.(2014). “Vida cotidiana como espacio de construcción social”. Venezuela. Procesos Históricos, núm. 25, enero-junio, 2014.
- Vasilachis de Gialdino I. (2006). “Estrategias de investigación cualitativa”. Barcelona-España, Editorial Gedisa S.A.
- Verdú P. L.(1977). “Principios de la ciencia política”. Madrid. 1997. Editorial Tecnos.
- Videgaray C. M. (2021). “Pandemia y antropología: esbozos para una reflexión urgente. Es la enfermedad de los viejitos. Covid-19, vejez y discriminación”. Cuicuilco. Rev. cienc. antropol. vol.28 no.81 Ciudad de México may./ago. 2021 Epub 04-Abr-2022.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-84882021000200004&script=sci_artext
- Wittig, M. ([1992] 2006). “El pensamiento heterosexual y otros ensayos”. Égales.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2014). “Técnicas para investigar 2. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación”. Segunda edición. Editorial Brujas.
- Zolotow D. (2011) “Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer”. Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Artículos seleccionados.
- Zolotow D. (2002) “Los devenires de la ancianidad”. Lumen Humanitas.

ENTREVISTAS

- Noelia, residente, 30/04/2022.
- Araceli, residente, 30/04/2022.
- Julieta, residente, 10/05/2022.
- Angela, residente, 30/04/2022.
- Martina, Jefa del Servicio Social, 15/05/2022.

- Amanda, Gerontóloga del Servicio Social, 21/04/2022.
- Jorge, Médico del Departamento Médico, 24/05/2022.