


TRABAJO INTEGRADOR FINAL

2023



**EL EJERCICIO
PROFESIONAL EN UNA
INSTITUCIÓN PARA
PERSONAS MAYORES**

**LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO
DEL HOSPITAL GERÁTRICO
PROVINCIAL DURANTE LA
PANDEMIA DE COVID-19**

AUTORA: GIELIS, ALFONSINA

DIRECTORA: LIC. RODRÍGUEZ, GABRIELA

“Lo único que debemos hacer es adquirir plena conciencia del poder que poseemos y no olvidarnos de que nadie puede hacer nada sin el pueblo, que nadie puede hacer tampoco nada que no quiera el pueblo. ¡Sólo basta que los pueblos nos decidamos a ser dueños de nuestros propios destinos! Todo lo demás es cuestión de enfrentar al destino”

Eva Duarte de Perón

Agradecimientos

A mi familia, por confiar

A mis amigas y amigos, por hacer todo más sencillo

A las y los compañeros que apuestan al trabajo con vejez, por las enseñanzas

A Gabriela, por la contención y el compromiso

A quienes forman parte de la Universidad Pública y la siguen defendiendo

Resumen

El presente trabajo se configura como un Trabajo Integrador Final (TIF) de grado, en la modalidad de Práctica Disciplinar, de la Licenciatura en Trabajo Social dictada en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

El tema surge de un interés personal por la intervención del Trabajo Social en el campo de las vejezes, pero, sobre todo, surge a raíz de las experiencias en las prácticas pre profesionales con Personas Mayores Institucionalizadas y la preocupación de la situación de las mismas en un contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio.

Se trata de intentar responder a la pregunta por los modos de intervención del Equipo Interdisciplinario de una institución geriátrica pública, como es el Hospital Geriátrico Provincial de la ciudad de Rosario, durante el año 2020, en relación a la contención y atención de las Personas Mayores Institucionalizadas en contexto de pandemia por COVID-19.

El interés está en pensar, desde las intervenciones de Trabajo Social, una alternativa de trabajo con Personas Mayores Institucionalizadas, que aporte a la inclusión de éstas en procesos educativos y comunicativos, así como también permita el sostenimiento de sus redes vinculares, en pos de garantizar su cuidado, en cuanto a la salud física y mental, así como también, asegurar el reconocimiento y defensa de sus derechos. Se parte de reconocer a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como herramientas estratégicas para tal fin.

Palabras claves: *Personas Mayores - Institucionalización - Pandemia - Interdisciplina - Trabajo Social - TIC*

ÍNDICE

Introducción.....	5
Capítulo 1.....	
1.1. Cambios paradigmáticos en el campo de la vejez: La Gerontología Crítica como punto de partida.....	12
1.2. La población mayor institucionalizada en Argentina.....	16
1.3. La interdisciplina en el abordaje de los cuidados de las Personas Mayores.....	20
Capítulo 2.....	
2.1. Políticas a nivel nacional, provincial y municipal en torno a las personas mayores.....	24
2.2. El Hospital Geriátrico Provincial de Rosario.....	31
2.3. La experiencia en el Hospital Geriátrico Provincial.....	33
Capítulo 3.....	
3.1. El Hospital Geriátrico Provincial en contexto de pandemia: Dificultades para la continuidad de los cuidados.....	36
3.2. El “encierro” como principal problemática y la reconfiguración del trabajo interdisciplinario.....	40
3.3. El desafío del sostenimiento de redes vinculares.....	43
3.4. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como herramientas de trabajo.....	46
Capítulo 4.....	
4.1. Una Propuesta de Práctica Disciplinar: “Tejiendo Lazos Digitales: Taller de Uso de Dispositivos Tecnológicos en el Hospital Geriátrico Provincial”.....	50
4.2. Conclusiones.....	55
Bibliografía.....	62
Anexo.....	67

Introducción

El desarrollo de la pandemia¹ por COVID-19 supuso grandes transformaciones en todos los ámbitos de la vida, específicamente trajo aparejadas restricciones al interior de instituciones geriátricas o residencias de larga estadía para personas mayores en Argentina, que jerarquizaron derechos colectivos por sobre derechos individuales con el fin de preservar el bienestar general ante la ola de contagios.

La reorganización del trabajo en este tipo de instituciones implicó multiplicar esfuerzos por parte de las y los trabajadores para dar respuesta a nuevas necesidades, tras el impacto psicosocial de la pandemia para las personas mayores institucionalizadas.

Habiendo tenido un recorrido como estudiante practicante en el Hospital Geriátrico Provincial de la ciudad de Rosario y ligado también a un interés personal por la intervención del Trabajo Social en el campo de las vejeces, surge la pregunta por los modos de intervención del Equipo Interdisciplinario de dicha institución durante el año 2020, en relación con la contención y atención de las Personas Mayores institucionalizadas en situación de aislamiento social, preventivo y obligatorio.

El interés está en reconocer las dificultades y obstáculos en la organización y conducción de los cuidados en ese contexto, así como también en la reconfiguración del trabajo interdisciplinario. Se trata de recuperar las estrategias y propuestas que fueron pensadas para hacer frente a las problemáticas de las personas residentes.

Se parte de comprender la actuación en pandemia como una oportunidad para repensar las miradas ético-políticas e ideológicas sobre las que se sostiene nuestra acción

¹ El virus se conoce como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). La enfermedad que causa se llama enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la COVID-19 como pandemia. Una pandemia es cuando la enfermedad se extiende a diferentes países y continentes. Hay un alto grado de infección y la enfermedad se traslada fácilmente de un sector geográfico a otro. (Mayo Clinic, 2023)

profesional, ya sea para perpetuar o modificar lo instituido, considerando que las decisiones políticas tomadas durante el estado de emergencia respondieron a un posicionamiento sobre las vejeces.

Poder recuperar los modos de intervención profesional en pandemia abre la posibilidad para repensar el lugar de la profesión del Trabajo Social en la reparación del lazo social, en un contexto de profunda ruptura del mismo a nivel comunitario e institucional. Por esta razón se intenta indagar acerca de las intervenciones con vejeces institucionalizadas del Equipo Interdisciplinario del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario integrado por Personal de Trabajo Social, Medicina, Enfermería, Psicología, Kinesiología, Musicoterapia, Fisiatría y Nutrición, tras las reconfiguraciones surgidas por el contexto de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio.

En el presente escrito se trabaja con algunas conceptualizaciones y categorías teóricas, que entienden a la vejez como una cualidad, la cualidad de ser viejo, aunque también es aplicable a las personas que han vivido más tiempo que las demás, es decir que surge desde una comparación al interior de una comunidad o de un grupo. Entendemos la vejez como un período de la vida y como parte del proceso mismo de envejecimiento, que ocurre en cada sujeto de manera particular y única.

El abordaje científico de la vejez y el envejecimiento tiene sus raíces en la Gerontología y la Geriatria. La geriatria es la rama médica o biológica de la gerontología, que aborda las enfermedades de la vejez, sus aspectos clínicos, preventivos y terapéuticos.

En cuanto a la Gerontología, ésta es una ciencia más abarcativa, ya que estudia al envejecimiento y sus consecuencias, no sólo desde el punto de vista médico sino también biológico, psicológico, socioeconómico y cultural. Nos centraremos en las premisas de la llamada Gerontología Crítica que se gesta dentro de la teoría y de la práctica gerontológica, partiendo de la consideración de que “construir el conocimiento social sin un espíritu crítico

sólo tiene como resultado la perpetuación de estructuras de dominación, estructuras que mantienen el status quo de la vejez en la sociedad” (Martín García, 2000, pp-161).

Esta última se propone cuestionar a la gerontología y, a la vez, plantear nuevos ejes de problematización, que permitan decidir rumbos para mejorar las condiciones de vida de aquellos a quienes hoy denominamos viejos. Implica criticar hacia atrás y proponer hacia delante.

Debido a que el envejecimiento impacta en la vida individual de las personas, y también en los distintos sectores e instituciones de la sociedad (economía, seguridad social, salud, educación, etc), el abordaje debería ser interdisciplinar.

Se trabaja también con el concepto de interdisciplina “en tanto posicionamiento que obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas -de época- atravesando distintos saberes disciplinarios”. (Stolkiner, 2005, como se citó en Azaretto y Ros, 2015)

Desde aquí adherimos a la idea de que “la práctica profesional del trabajo social no constituye una actividad aislada, abstracta o aséptica, sino más bien histórica y socialmente constituida e ideológicamente determinada”. Calienni et al. (2009)

En el Capítulo 1 se describen los principales cambios paradigmáticos que han marcado al campo de la vejez, considerando que el estudio del envejecimiento humano acapara la atención de diversas perspectivas teóricas y disciplinares; se recuperan los aportes de la Gerontología Crítica, paradigma que sirve de punto de partida de este trabajo. Dicha recuperación resulta útil para comprender de qué manera los modos de nombrar a la vejez responden a un posicionamiento político e ideológico y reproducen ciertas lógicas asociadas a éste. A continuación, se trabaja en torno a la población mayor institucionalizada en Argentina, considerando factores sociales, culturales y económicos que han sido determinantes para su institucionalización y la demanda de cuidados que conlleva este

contexto. También se realiza una conceptualización de la interdisciplina, recuperando aportes teóricos de diferentes autores que defienden el trabajo interdisciplinario y apuntan a la superación del sometimiento disciplinar.

En el Capítulo 2 se lleva a cabo la recuperación de las políticas destinadas a la protección de las personas mayores a nivel nacional, provincial y municipal para conocer los programas y planes que responden a las problemáticas del envejecimiento poblacional. Lo anterior prepara el terreno para el abordaje del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, recuperando su lógica institucional y el marco jurídico-administrativo que marca el hacer de los actores.

En el Capítulo 3 se sitúa al espacio institucional en contexto de pandemia identificando normativas a nivel nacional y provincial que lo atravesaron. A continuación, se analiza el impacto de las restricciones al interior del Hospital Geriátrico Provincial, con el objetivo de reconocer los principales desafíos que se plantearon en la organización y conducción de los cuidados y la manera en que se reconfiguró la intervención del Equipo Interdisciplinario.

Finalmente, en el Capítulo 4, se plantea una propuesta de trabajo de Práctica Disciplinar fundamentada sobre los objetivos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y sobre el trabajo a partir de los testimonios de las personas mayores en cuanto a sus experiencias y expectativas con el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC).

A modo de cierre, se presentan las conclusiones de este trabajo, identificando el lugar que tuvo y tiene la profesión del Trabajo Social en cuanto a la reparación y fortalecimiento del lazo social.

Estrategia Metodológica

La propuesta se enmarca en una modalidad de práctica disciplinar, configurándose como un trabajo analítico, explicativo y descriptivo, desde una perspectiva metodológica cualitativa. El mismo se desarrolla en el Hospital Geriátrico Provincial en la ciudad de Rosario y perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Lo que caracteriza a la investigación cualitativa, según Vasilachis (1992), es que “se actúa sobre contextos “reales” y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos” (pp-57).

Constituye una tradición particular en las ciencias sociales, que depende fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos. De tal manera, implica un compromiso con el trabajo de campo y constituye un fenómeno empírico, socialmente localizado, definido positivamente por su propia historia. (Vasilachis, 1992, pp-59)

A partir de esta elección metodológica se intenta poder describir las actuaciones del Equipo e identificar procesos y dificultades, así como también reflexionar sobre la profesión del Trabajo Social en dicho contexto. Se busca recuperar, registrar e interpretar las experiencias, prácticas y conclusiones de los sujetos, a través de la entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de información; teniendo en consideración las estructuras y el contexto socioeconómico e histórico en el que se encuentran insertos estos actores sociales.

El objeto de la entrevista, en tanto conversación sistematizada, es el de obtener, recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente. Es una situación en la que, por medio del lenguaje, el entrevistado cuenta sus historias y el entrevistador pregunta acerca de sucesos, situaciones. Cada

investigador realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento acerca del tema, y sobre todo, según sea el contexto espacio-temporal en el que se desarrolla la misma. (Sautu et al., 2005, pp-48)

Se recopilan datos en torno a la institución y a la población considerada. Se pretende la utilización de datos primarios que contribuyan a la elaboración del análisis, a saber: datos que recuperan la historia de la institución, sus leyes y normativas a nivel nacional, provincial y municipal, entrevistas desgrabadas realizadas durante el año 2020 a profesionales médicos, psicólogos y trabajadores sociales, tanto de la institución seleccionada como de otras pertenecientes al campo de las vejez en Rosario, así como también notas de campo recuperadas de la práctica pre profesional.

A los fines de comprender el impacto de la situación de pandemia en el funcionamiento del Hospital Geriátrico Provincial, se realizan dos instancias de análisis. En primer lugar, con el objetivo de identificar los obstáculos que se presentaron para la continuidad de los cuidados y de qué manera se reconfiguró el trabajo del personal de la institución en este contexto particular, se realiza un análisis de entrevistas llevadas a cabo durante el mes de Mayo de 2023, a profesionales de las diversas áreas del Hospital Geriátrico, a saber: Área de Trabajo Social, Enfermería, Medicina, Psicología, Musicoterapia, Servicios Generales, Kinesiología y Farmacia. Se trata de analizar estrategias y propuestas que fueron pensadas para hacer frente a las dificultades y obstáculos que se presentaron durante el contexto de Pandemia en la continuidad de los cuidados de las personas residentes.

En segundo lugar, se registran y analizan entrevistas realizadas a personas mayores de entre 60 y 80 años, residentes del Hospital Geriátrico Provincial desde antes de la pandemia o que hayan ingresado durante el año de la pandemia, a fin de recuperar las dificultades y, en algunos casos, las potencialidades que tuvieron lugar en una situación de aislamiento y soledad.

En función del análisis de las entrevistas realizadas, se desarrolla una Propuesta de Trabajo de Práctica Disciplinar que funcione como aporte para el Equipo del Hospital Geriátrico Provincial. Esta Propuesta toma *“lo que la pandemia dejó”*, en relación a aquellas estrategias e iniciativas pensadas para hacer frente a las problemáticas de las personas residentes, poniendo especial foco en el lugar que tuvieron las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el sostenimiento de redes vinculares, en pos de garantizar el cuidado de las vejez, en cuanto a la salud física y mental, así como también asegurar el reconocimiento y defensa de sus derechos.

Objetivos

Objetivo General

- Analizar el impacto de la situación de aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 en la organización y conducción de los cuidados de las Personas Mayores Institucionalizadas del Hospital Geriátrico Provincial de la ciudad de Rosario

Objetivos específicos

- Reconocer los obstáculos y/o dificultades en la organización y conducción de los cuidados en una institución para personas mayores en contexto de pandemia
- Describir la reconfiguración del trabajo interdisciplinario en contexto de pandemia y la nueva cotidianidad de las personas mayores residentes
- Identificar el lugar del Trabajo Social en la contención y reparación del lazo social para poder realizar una propuesta de trabajo

Capítulo 1

1.1. Cambios paradigmáticos en el campo de la vejez: La Gerontología Crítica como punto de partida

El campo de la vejez ha sufrido cambios paradigmáticos a lo largo del tiempo intentando dejar atrás enfoques más tradicionales que apuntan a un excesivo biologicismo y a tendencias estratificantes y funcionalistas. Es así que se busca un paradigma más crítico, que reconozca a las personas mayores como sujetos de derecho, teniendo en cuenta aportes de distintos ámbitos tales como la sociología, psicología, medicina y antropología.

A pesar de ello, estas diferentes miradas se han sostenido en el tiempo, entrecruzándose y reproduciéndose en lo simbólico, lo discursivo y lo institucional.

Las primeras investigaciones científicas promovidas durante el Siglo XIX sobre la vejez han tenido fundamentalmente una orientación médico-geriátrica que únicamente consideraba los aspectos de declive biológico de las personas mayores.

Según Iacub y Sabatini (2013), “este enfoque produjo una reducción de las interpretaciones acerca del fenómeno del envejecimiento a un hecho biológico, en el cual todo debía ser visto y constatable en el cuerpo. Las enfermedades propias de la vejez se vuelven el eje de la temática, concibiendo incluso un término específico para denominarlas: la senilidad”. (pp-33)

Por senilidad entendemos “una serie de cambios tanto físicos como cognitivos asociados con el envejecimiento avanzado. En el ámbito médico, este término a menudo se utiliza para describir la disminución de la función mental y física que puede acompañar a la vejez. Sin embargo, es importante aclarar que el término "senilidad" ha evolucionado con el tiempo y hoy en día es más preciso y adecuado hablar de demencia o de enfermedades neurodegenerativas específicas, como la enfermedad de Alzheimer.” (Clínica Universidad de Navarra, s/f)

En los albores del SXX, surgen nuevos relatos para explicar la vejez, los cuales comienzan a cuestionar las nociones de salud y enfermedad que se venían sosteniendo hasta el momento, pero, además, abren la posibilidad de pensar a la vejez desde otros lugares, desde otras narrativas.

A partir de la década de 1980, surgen nuevos estudios acerca de la vejez y el envejecimiento que van a estar teñidos por nuevas líneas de investigación, entre las cuales reconocemos a la gerontología crítica y las corrientes interpretativas y hermenéuticas - desarrolladas, en particular, desde la antropología-, la gerontología feminista y la perspectiva del curso de vida². Éstas examinan cómo es entendida la vejez en distintas sociedades, y observan matices y diferencias que se producen según sexo, clase, estado psicofísico y lugar de origen, entre otros. (Balbuena et al., 2019, p-41)

Corresponde, entonces, al abordaje de la denominada Gerontología Crítica. Se trata de una corriente de los estudios culturales de la vejez que se contrapone a una visión funcionalista de este campo. No se reduce a considerar sólo la dimensión biológica, sino que tiene en cuenta dimensiones culturales, sociales, políticas y contextuales que configuran una visión determinada del envejecimiento y de la vejez. La persona vieja se construye en un momento histórico determinado y en base a una narrativa social que puede valorar positiva o negativamente a este grupo etario.

El aporte de esta corriente nos acerca a la reflexión crítica de los modelos de sujeción de la vejez y de los dispositivos etarios sobre los que se sostiene la gerontología actual, que, a su vez, implican la generación de un diálogo entre diferentes campos del saber entre los que se encuentra el Trabajo Social.

² La perspectiva del curso de vida es una orientación teórico-metodológica que investiga fundamentalmente cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y los agregados poblacionales –cohortes o generaciones–. (Blanco, 2011, pp- 5)

La Gerontología Crítica representa el objetivo de buscar la emancipación de la gente mayor, consistente en la liberación de los sistemas de ataduras representados en la edad cronológica, la cultura juvenalista, los mitos (depreciación del significado de la vejez) y la dependencia económica estructurada (dominación económica impuesta por el sistema capitalista). (Martín García, 2000, pp-176)

Según Yuni y Urbano (2008), la Gerontología Crítica y la Gerontología Feminista proponen una revisión profunda que permita establecer los lazos y las rupturas entre los significados socio-culturales asignados a la vejez y al envejecimiento y las representaciones sociales que circulan en la trama social, y la continuidad y pervivencia de ciertas creencias, prejuicios y preconceptos sociales en los discursos de la ciencia y en las prácticas de los profesionales del campo gerontológico” (pp- 155-156).

Además, recuperamos principalmente los aportes de Ricardo Iacub, exponente de la Post Gerontología, la cual se enmarca en el contexto de la Gerontología Crítica. Dicho autor parte de la idea de “desestabilizar al texto de la gerontología y el sujeto construido por este relato, adhiriendo a una Perspectiva del Curso de Vida. Dicha perspectiva trata de definir desde diversos espacios disciplinares al envejecimiento, y para ello incorpora una mirada contextualista que “reconoce tanto los aspectos biológicos como culturales y de la experiencia personal en el abordaje del envejecimiento, entendido como un proceso dinámico y contextual. Aquí se considera que la historia de vida se inscribe en los cuerpos y dialoga con el lazo social.” (Iacub, 2011, pp-144)

Para Ludi³ (2005) es importante trabajar conceptualmente los modos de nombrar la vejez y a las personas que envejecen, en tanto posicionamiento teórico y para mostrar, a la vez, que “detrás de ello subyace una concepción de sujeto, de mundo, en este caso de la vejez, que a su vez va construyendo imaginarios, representaciones, prácticas, que desde nuestro punto de vista es necesario modificar y reconstruir” (pp- 34-35).

³ María del Carmen Ludi es Licenciada y Magíster en Trabajo Social, Especialista en Gerontología, Docente e Investigadora en la Universidad Nacional de Entre Ríos. Tiene una larga trayectoria dedicada al diseño e implementación de programas sociales y legislación en el campo de la vejez.

Por lo tanto, es importante acordar con ella una definición de Vejez, la cual se configura como:

Una construcción socio-cultural, sobredeterminada por dimensiones contextuales socio-económico-político-culturales que atraviesan la vida cotidiana; de allí que el envejecer sea un proceso particular y complejo, que comprende diferentes aspectos: físico, biológico, psicológico, social y emocional, constituyéndose en una experiencia única en relación a estos aspectos y dimensiones. (Ludi, 2011, pp- 39)

Según Iacub (2015) “la conformación de toda identidad es política, en la medida en que surge de una dinámica que incluye el conflicto y la reivindicación por las representaciones de cada grupo e individuo”. (pp-103)

Es allí donde confluyen el poder y la identidad en la vejez, ya que los discursos sociales son interiorizados, con mayor o menor poder de crítica, por el sujeto y pueden ocasionar como efecto tanto el desempoderamiento como el empoderamiento.

Resulta apropiado evitar eufemismos tales como “abuelos”, “ancianos” o “jubilados” al referirnos a personas mayores o viejas, ya que resulta ser terminología que favorece pensarlos asociados a estereotipos y prejuicios, o bien se les adjudican roles según un contexto socio-histórico determinado que responde a discursos dominantes. Por esta razón, en el presente escrito utilizaremos los términos “personas mayores” o “personas adultas mayores” por dos razones principales: en primer lugar, éstos nos permiten alejarnos de términos tradicionales que buscan homogeneizar la idea de “ser viejo”. Hablar de personas mayores nos permite pensar en sujetos de derechos y en la heterogeneidad de la vejez.

Consideramos favorable la reapropiación por parte de las personas mayores del término “viejo” en el relato de sí, subvirtiendo la carga negativa que éste término tuvo y sigue teniendo en el imaginario social.

En segundo lugar, hablamos de personas mayores desde una perspectiva de género y diversidad⁴ universal, aplicable a todas las personas sin perjuicio de las identidades de género.

En palabras de Iacub y Sabatini (2015) “la misma persona que se encuentra construida por todos los significados que se le atribuyen es a la vez un agente social en la medida que puede modificar y negociar el reconocimiento de su identidad en el interior de una multiplicidad de representaciones ideológicas contradictorias”. (pp-116)

1.2. La población mayor institucionalizada en Argentina

La necesidad de cuidado⁵ en las edades más avanzadas no es asunto nuevo: en todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, el envejecimiento poblacional trajo aparejados grandes cambios que exigieron nuevas respuestas a las necesidades de cuidados de las personas mayores.

Siguiendo a Huenchuan (2008), el cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno debido a las particularidades de la situación actual. (pp-3)

Porcentualmente las mujeres son mayoría dentro de la población adulta mayor en nuestro país, siendo además mayoritariamente viudas. A estos factores, les sumamos los cambios en las estructuras familiares, donde, hoy en día, es común la

⁴ La Perspectiva de Género y Diversidad es un enfoque desde el cual es posible analizar de manera crítica cómo funcionan las representaciones sociales, los prejuicios y estereotipos cuando nos relacionamos entre las personas según el género, las corporalidades, la orientación sexual, entre otras categorías que nos caracterizan y también nos diferencian. Al mismo tiempo, este enfoque brinda herramientas para problematizar las desigualdades y construir un mundo más justo e igualitario. (Curso Micaela para la Ciudadanía, 2021)

⁵ Nadie puede sobrevivir sin ser cuidado, lo cual convierte al cuidado en una dimensión central del bienestar y del desarrollo humano. Sin embargo, aunque todos/as necesitamos ser cuidados –claramente en la infancia y en la vejez, pero también en la juventud y adultez, aunque no con la misma intensidad– el papel de cuidadoras muestra una distribución muy desigual. El tema es cuáles son las desigualdades en términos de cuidado. (Faur y Jelín, 2013)

coexistencia de varias generaciones, habiendo cada vez más personas viejas y menos jóvenes en su conformación; como consecuencia, cierta porción de las personas mayores vivirán solas sin un grupo primario de apoyo. (Huenchuan, 2008, pp- 4)

En este sentido, el aumento de la edad también se relaciona con la incidencia de determinadas patologías crónicas, las cuales aumentan la probabilidad de desarrollar situaciones de discapacidad y dependencia, y por lo tanto la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria. La transición demográfica va acompañada de una transición epidemiológica.

Además por los cambios producidos en la estructura, organización y roles familiares, en particular en el rol de la mujer como proveedora económica y la tensión que implica ser trabajadora, ama de casa y madre, se agrega el tiempo y el esfuerzo para sostener y dispensar cuidados a los ancianos de la familia. También podemos mencionar la incidencia de la reducción espacial de las viviendas y la inexistencia o insuficiencia de alternativas a la institucionalización geriátrica. (Fassio, 2007, pp-446)

Este contexto expone la importancia de las cuidadoras y cuidadores formales para el acompañamiento de las personas mayores con algún grado de dependencia, así como también, da cuenta de un claro crecimiento en la institucionalización de la vejez, influenciada por los factores planteados con anterioridad.

Según datos del Censo del año 2001, los mayores de 60 años constituyen el 13,4% de la población del país. De ellos 4.757.395 fueron censados en hogares familiares, 502 en hogares en situación de calle y el resto en instituciones colectivas (114.060) constituyendo el 2,3% de la población adulta mayor. Del total de personas institucionalizadas (3) una de cada tres tiene 60 años y más (34,3%), siendo la diferencias por género abrumadoras: casi cinco de cada diez mujeres (48,3%)

institucionalizadas son adultos mayores en tanto que sólo lo son algo más de dos cada diez varones (22,5%). (Fassio, 2007, pp-445)

Pero, ¿de qué hablamos cuando hablamos de institucionalización de personas mayores?

En este trabajo la referencia a la institucionalización tiene que ver con personas mayores que por diversos motivos, entre ellos el socioeconómico, deben residir en una institución o Residencia de Larga Estadía como su única vivienda.

“En el Censo Nacional de Población y Vivienda (2001) se define a la Residencia para Adultos Mayores (RAM) como una institución de carácter integral destinada al alojamiento y atención de las necesidades biológicas y culturales de las personas de sesenta años y más, mediante personal capacitado a tal fin, que cuenta con áreas específicas según requerimientos prestacionales, en un ambiente adecuado al funcionamiento gerontológico.” (Cabero, 2015, pp-93)

Hablar de residencias de larga estadía es hacer referencia a “hogares de ancianos”, “geriátricos”, “establecimientos de larga estadía”. La terminología generalizada en el país es de geriátricos, la cual es utilizada cotidianamente y se reproduce en los medios de comunicación masivos.

Las lógicas y fines de las instituciones destinadas al alojamiento y cuidados de personas mayores se corresponden a una mirada específica de la vejez, la cual ha ido cambiando a lo largo de la historia de nuestro país.

En el Siglo XVI, aparecen los asilos o residencias creados para dar albergue a vagabundos, locos, desviados de la ley y viejos. Sus objetivos eran los de vigilar y castigar, educando y corrigiendo conductas. Se ocupaba de ello el modelo de la caridad cristiana.

La intervención en lo social se organizaba a partir de la distinción de los individuos, según fueran capaces o incapaces para trabajar. Entre estos últimos se ubicarían las

personas mayores indigentes, los niños huérfanos, los lisiados, los alienados y las mujeres con niños.

“El estado argentino del siglo XIX abordará los problemas sociales a través de la beneficencia pública. Mediante ésta va a realizar las acciones de las que, hasta ese momento, se ocupaba el modelo de la caridad cristiana. Lo que busca es instalar un modo de actuar organizado bajo la moral laica de origen racional. Este modo de intervención en lo social será el hegemónico hasta la década del 40 del siglo siguiente.” (Tenti Fanfani, 1989. pp- 9-10)

“... Desde 1947 a 1955, visualizamos una perspectiva de la justicia social en donde el Estado encara un compromiso con los derechos en varios aspectos entre los que se encuentran la inclusión de las personas mayores. Así, en el 1950, la Fundación Eva Perón construye Hogares de Ancianos y se obtuvo la sanción de una ley que otorgaba pensiones a los mayores de 60 años que carecieran de recursos.” (Croas & Fernández, 2013, como se citó en Cabero, 2015)

Según Otero (2020), en el caso de la vejez, el peronismo operó dos cambios substantivos; “por un lado, la proclamación de los Derechos de la Ancianidad por Eva Perón en 1948 (decreto 32.138/48), incorporados en el artículo 37 de la Constitución de 1949, que definieron un conjunto amplio de derechos de la población mayor. Por otro, y en consonancia con lo anterior y con un discurso más general sobre el rol del hogar y la familia en la sociedad argentina, la emergente retórica del “hogar de ancianos” destinada a reemplazar al tradicional y peyorativo término de asilo”.

“Para aquellos que no cumplían con el principal factor de integración, la condición de trabajador, la acción social organizó diversas intervenciones para su integración. Las instituciones de la Sociedad de Beneficencia pasan a depender de la Dirección Nacional de Asistencia Social, creada en 1948. Dos años después esta institución pasa a llamarse Fundación Eva Perón.” (Otero, 2020, pp- 29-30)

A partir de la década de 1990 comenzamos a visualizar un nuevo paradigma con la necesidad de realizar una mirada diferente hacia la vejez y el envejecimiento, respaldado por las Naciones Unidas. Se origina una impronta ética y normativa que deja de lado a la persona mayor como sujeto de cuidado para considerarlo un sujeto titular de derechos, promoviendo su empoderamiento.

Desde el nuevo paradigma, se sostiene como alternativa positiva en la intervención para la atención de las personas mayores, el modelo español denominado Atención Centrada en la Persona (ACP). El modelo mencionado busca situar a la persona usuaria como agente activo en el centro del servicio, organización y proceso de atención, desde el reconocimiento de su singularidad y desde el respeto a su autonomía personal, es decir, a sus decisiones, a su modo de vida, preferencias y deseos. Según Martínez Rodríguez (2016), “la ACP es un enfoque reconocido como una estrategia valiosa especialmente en los servicios residenciales para guiar el cambio hacia modelos más deseables y amigables para las personas que allí conviven y reciben cuidados” (pp- 11-12).

1.3. La interdisciplina en el abordaje de los cuidados de las Personas Mayores

La interdisciplina en tanto trabajo conjunto de distintas disciplinas para abordar una situación o problemática social es, en efecto, la manera en que el Equipo del Hospital Geriátrico decide intervenir en el trabajo con las vejeces. Se trata de generar un espacio de diálogo en el que se puedan poner en valor los conocimientos y técnicas que cada disciplina puede aportar a los fines de encontrar respuestas integrales a las problemáticas que surgen.

Aquí recuperamos la perspectiva de Carballeda (2002), quien la define como “una oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo de aquello que interpela al campo de la

Intervención en lo Social”. A su vez, explicita que lo que interpela a la interdisciplina son “una serie de acontecimientos que se pueden englobar dentro de los padecimientos del presente” (pp-1).

“Estos acontecimientos suelen ser descritos por los profesionales como situaciones complejas. Esa complejidad es una construcción disciplinar, pero también es interdisciplinar e interinstitucional y tiene matices subjetivos, a medida que se va tomando conocimiento de la situación. Esto está directamente relacionado con el nivel de problematización que se realiza de la realidad que atraviesa a las personas con las que se trabaja. (Uriz et al., 2020, pp- 4)

Al respecto, M. Calienni, A. M. Martín y M. Moleda (2009) sostienen que “los problemas deben conceptualizarse de forma compleja, no sometidos a fronteras de saberes parciales, tratando de abandonar la naturalización del recorte que cada disciplina realiza y persiguiendo el logro de una intervención que genere respuestas integrales” (pp- 39).

En adición, Alicia Stolkiner (2019) va a apuntar que “la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud” (pp- 5).

Cuando pensamos en la salud y la salud pública, podemos reconocer que, históricamente, éstas han estado sometidas por una visión positivista, marcadamente biologicista y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud.

De la misma manera, cuando recuperamos la historia del campo de la vejez, durante el Siglo XIX imperó una mirada médico-geriátrica, que únicamente consideraba los aspectos de declive biológico de las personas mayores.

Existe entonces, siguiendo a Mario Testa (2001) una “doble barrera ideológica” a superar, siendo una de ellas creada por los profesionales de la salud cuando los mismos

creen que los problemas de salud son problemas de las poblaciones con las que trabajan; y la otra, por la población que ejerce su derecho a la salud, los denominados “pacientes”, cuando plantean que los problemas de salud son problemas que pertenecen al ámbito de los médicos. Así, lo que establece este autor, es la superación de ambas para abordar lo relativo a la salud en conjunto y, específicamente, la salud de las personas mayores. (pp-2)

El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición. Una de las primeras cuestiones que aparece como compleja dentro de esta posibilidad se centra dentro de la necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud - enfermedad, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de los pacientes, la noción de salud, la visión de "problema social", etc., posiblemente desde allí sea factible la construcción de equipos de trabajo. (Carballeda, 2001, pp- 2)

Al respecto, Stolkiner (1999) habla de una “multirreferencialidad teórica”, que considera en reconocer, en un abordaje particular, las diversas vertientes teóricas y disciplinarias desde las que se puede encarar.

Aún cuando se encare un problema desde un campo disciplinar o teórico, es preciso pensar cuales son las facetas que quedan abiertas a otros enfoques, su posible constitución como objeto de otros saberes”. También incorpora la cuestión de la “importación de saberes”, que pasan de un campo disciplinar a otro. Inclusive de marcos conceptuales que atraviesan transversalmente distintos saberes disciplinares en un determinado momento del conocimiento. (Stolkiner, 1999, pp-5)

Por último, Calenni, Martin y Moledda (2009) plantean que no basta con “el saber y saber-hacer”, con ejercer el oficio enmarcado sólo en las características del Trabajo Social definido, sino que “se necesita de un saber experto que trascienda lo disciplinar, la

resolución de las actuales problemáticas sociales, en territorios tan complejos que requiere de un enfoque que supere la especificidad” (pp-38).

En definitiva, la práctica profesional no constituye una actividad aislada, abstracta o aséptica, sino más bien histórica y socialmente constituida e ideológicamente determinada.

Capítulo 2

2. 1. Políticas a nivel nacional, provincial y municipal en torno a las personas mayores

El conjunto de protecciones de la vejez en Argentina interviene en la generación de reglas de juego, de instituciones, en pos de materializar los derechos y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En Argentina, el primer antecedente data de 1949, en la reforma constitucional producida bajo el gobierno de Juan Domingo Perón, en el apartado tres del Capítulo III de la misma, allí se hacía referencia a los **derechos "de la ancianidad"** y ya se tenía noción de cómo se pensaba a la persona mayor en torno al cuidado. Estos eran: derecho a la asistencia, a la vivienda, a la alimentación, al cuidado de la salud física, al cuidado de la salud moral, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y al respeto.

El artículo 75 inciso 23 establece que corresponde al Congreso de la Nación, entre otras atribuciones, "legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. (Constitución Nacional, 1949, pp-53)

La **Reforma Constitucional del año 1944** incorpora tratados internacionales, algunos de los cuales tienen un impacto sobre este campo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 22), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (arts. 9 y 12), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. XVI) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 26) entraron en juego y consagran derechos relacionados a la protección social de las personas. Más adelante, en

el año 2008, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En junio del año 2015 la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprueba la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores** que será de gran relevancia ya que tiene como objeto “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”. (pp-3)

La Convención en su artículo 5 sobre Igualdad y No Discriminación por razones de edad, establece la prohibición de la discriminación por edad en la vejez y, con ello, las responsabilidades que tienen para con ésta los Estados que forman parte. Los artículos 7 (Derecho a la independencia y la autonomía) y artículo 9 (Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia) son especialmente representativos de un posicionamiento del Estado respecto de la vejez como grupo vulnerable, por lo que las programas, políticas y acciones deben dirigirse a la garantía de sus proyectos de vida autónomos. (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, 2015, pp-5-6)

Siguiendo con las disposiciones a nivel internacional, durante la Asamblea Mundial de Envejecimiento realizada en Madrid, en el año 2002 se redacta el **Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento**, en el cual se realiza un llamamiento a la acción, y se esbozan pasos para cambiar actitudes, políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento en todos los niveles y en diferentes sectores, de forma que las personas mayores permanezcan saludables, activas y productivas.

En ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Asamblea de las Naciones Unidas lanza un Marco de Políticas sobre el Envejecimiento

Activo, que incluye el enfoque del envejecimiento activo en pos de optimizar las oportunidades para la salud, participación y seguridad de las personas mayores.

El enfoque del envejecimiento activo va a estar presente en diversas disposiciones a nivel nacional. Ejemplo de esto es la creación en el año 2007 del **Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores**, cuyo objetivo general es fortalecer la accesibilidad al sistema de salud y mejorar la calidad de vida de las personas mayores con el enfoque de Envejecimiento Activo. En este sentido, se promueve la inclusión de la perspectiva de salud integral en los programas impulsados por el Ministerio de Salud y se impulsan modelos de atención que incluyan la modificación de las prácticas de atención para que se respeten las necesidades y los derechos de las personas mayores.

En este sentido, en el año 2009 se sanciona en nuestro país la Ley 26.529 que regula los Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada en el año 2009. Esta Ley estipula que “los derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, agentes del seguro de salud y cualquier efecto de que se trate son: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad y autonomía de la voluntad. Además, el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud, de forma escrita a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.” (Ley de Paciente, 2009, Artículo 2)

Siguiendo a Bonetto (2017), “a lo largo de la historia en Argentina, desde hace ya más de cincuenta años, se vienen sosteniendo políticas públicas para las personas mayores en el marco del sistema previsional y del aporte contributivo de los sujetos que se encuentran insertos en el mercado laboral (salvo las pensiones no contributivas y la moratoria previsional)” (pp-83).

En nuestro país existen instituciones públicas dedicadas a la protección de las personas mayores.

En primer lugar, la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS) que es la que ejecuta casi el 40% del presupuesto nacional destinado a jubilaciones y pensiones, y complemento a las pensiones previsionales, atención a las ex Cajas Provinciales y Transferencias y Contribuciones a la Seguridad Social y Organismos Descentralizados.

En segundo lugar, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) siendo el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) el mayor efector de atención sanitaria de las personas mayores. Con dicho programa se comienza a incidir en el manejo de la salud de una gran parte de la población. Fue una respuesta a las necesidades insatisfechas de la salud en la creciente población adulta.

En el año 2016, mediante la Ley N° 27.260, se crea la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM) que busca garantizar una cobertura previsional a las personas mayores de 65 años que no cuentan con ninguna jubilación o pensión. La PUAM es equivalente al 80% de la jubilación mínima a actualizarse con la Ley de Movilidad⁶. Quienes cobran la pensión tienen cobertura de salud y servicios de PAMI y pueden acceder a los créditos de ANSES y a las asignaciones familiares (por hijo/a, hijo/a con discapacidad, por cónyuge, y ayuda escolar anual). (Defensoría del Pueblo, s/f)

En tercer lugar, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. A partir de la DINAPAM, se comienzan a incorporar otro tipo de políticas que se alejan, en cierta forma, del carácter objetivo que pretende una política previsional como requisito. La propuesta de la DINAPAM tiene por finalidad brindar apoyo domiciliario con el fin de promover la autonomía personal de la persona mayor y propiciar la demora o evitar la institucionalización.

⁶ La Ley N° 26.417, conocida como Ley de Movilidad Jubilatoria, establece un ajuste trimestral de las jubilaciones, en base a una fórmula que se aplica en un 50% en base a los recursos con destino a la ANSES y en un 50% a la evolución de los salarios de los trabajadores estables.

En adición, destacamos el rol de la Comisión Nacional de Pensiones, organismo desconcentrado que funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. A través de esta Comisión, son tramitadas y otorgadas las pensiones no contributivas.

A nivel provincial, la Ley de Promoción y Protección integral de los Derechos de las Personas Mayores sancionada por la provincia de Santa Fe en el año 2018, que establece la creación del Servicio de Atención para Víctimas de abuso y maltrato y de la figura de Defensoría Provincial de Personas Mayores para su representación y asesoramiento respecto de sus derechos. Ésta última es el encargado de proteger y promover los derechos fundamentales del individuo e intereses colectivos de la comunidad contra actos irregulares, arbitrarios, ilegítimos o discriminatorios de parte de funcionarios de la administración pública; en ese sentido, ejerce su jurisdicción sobre todo el territorio provincial y actúa ante quejas presentadas o no por ciudadanos o grupos de personas y/o instituciones.

Además, se encuentra la Dirección Provincial de Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social, con un modelo de atención centrado en la persona, trabaja en la promoción de la integración social y comunitaria de las personas mayores, con perspectiva de derechos, apuntando al desarrollo de la calidad de vida y apostando a su participación activa.

La provincia también cuenta con un Registro Único Provincial de Cuidadores y un Registro de Instituciones públicas y privadas para fortalecer los controles de habilitación provincial y hacer cumplir las pautas sobre instalaciones, infraestructura, acciones y procesos.

Sumado al área de capacitación del trabajador gerontológico, existe el Programa de Formación de Promotores Gerontológicos que brinda capacitaciones y especializaciones, destinado a aquellas personas con intervención práctica y profesionales vinculados al área gerontológico-geriátrica de instituciones, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones privadas.

A nivel municipal, Rosario cuenta con diversas instituciones destinadas al cuidado de las personas mayores, entre las cuales destacamos:

-El Consejo de la Tercera Edad (creado a partir de la Ordenanza N°8159/2007). El mismo establece como meta principal canalizar orgánicamente la participación de las personas adultas mayores en la generación y evaluación de políticas específicas para el sector en la competencia del Estado Local. Asimismo, será espacio primordial que se encargará de asesorar al municipio en la materia. El Consejo Municipal de la Tercera Edad tendrá carácter consultivo. De esta manera se busca trabajar con el criterio de integralidad en el desarrollo de las políticas públicas para el sector y promover la articulación de los espacios y programas existentes a nivel local y regional.

-La Dirección Municipal de Adultas y Adultos Mayores, descendiente directa de la Dirección de Gerontología (1996), tiene bajo su órbita la responsabilidad de diseñar, implementar y coordinar la ejecución de políticas y propuestas dirigidas a promover una mejor calidad de vida y bienestar de los Adultos y Adultas Mayores de la ciudad de Rosario. La Dirección trabaja enmarcada en los lineamientos planteados por la Secretaría de Promoción Social, en relación a generar e implementar políticas sociales integrales e integradas territorialmente, que promuevan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos, la participación ciudadana, el fortalecimiento de lazos sociales y la inclusión social.

En el marco de diferentes estrategias para el desarrollo de actividades que contribuyan a garantizar derechos, la Dirección crea áreas con finalidades culturales, recreativas, asistenciales y de capacitación para personas mayores.

-El Plan Integral de Cuidados o “Plan Cuidar”, el cual implica la unificación de todos los equipos, recursos y acciones del estado municipal para trabajar en forma conjunta para la promoción de la inclusión y el cuidado de todas las personas en todos los barrios de la ciudad. Este Plan configura la “Red de Cuidados”, una plataforma compuesta por los Puntos Cuidar, espacios físicos, tanto municipales como comunitarios, donde se coordinan y

unifican esfuerzos y se llevan adelante acciones propias de los equipos municipales junto a la fuerza y cercanía de las organizaciones civiles.

-La Escuela de Gerontología Municipal “Prof. Dr. Marcos Berezovsky” que realiza actividades de formación vinculadas con el envejecimiento. Se organizan talleres, cursos y charlas destinadas a las personas mayores y se brinda capacitación para la atención de este grupo etéreo.

-La Red de Cuidados de Adultas y Adultos Mayores en el Distrito Centro, organizada por distintas organizaciones de la sociedad civil del Distrito Centro de Rosario entre las que se encuentran iglesias, vecinales, centros culturales, museos, centros de jubilados, entre otros. Esta Red define las actividades anuales gratuitas destinadas a las personas mayores.

Las organizaciones de la sociedad civil que realizan actividades destinadas a los adultos mayores son muy heterogéneas e incluyen centros de jubilados, clubes de abuelos, federaciones provinciales y nacionales, entre otras. Se estima que existen miles de instituciones que incorporan un número elevado pero desconocido de afiliados. La mayoría de ellas desarrollan actividades de iniciativa propia que son financiadas por el Estado o por los afiliados, pero también tienen una importante participación en el desarrollo de acciones y actividades de promoción o gestión asociada de programas sociales o socio-sanitarias que se diseñan desde el ámbito estatal. Más allá de todas las particularidades que se puedan encontrar en estas instituciones, cumplen un rol fundamental para el desarrollo de determinadas actividades que colaboran con la protección y promoción de los derechos de las personas mayores. (ONU, 2019, pp-66)

2.2. El Hospital Geriátrico Provincial de Rosario

Comenzamos por realizar una descripción de la institución referida, recuperando las características centrales que den cuenta de su funcionamiento previo a la pandemia suscitada por COVID-19 desde Mayo del año 2020.

La institución tiene el nombre de Hospital Geriátrico Provincial, ubicado geográficamente en el Barrio General José de San Martín, en la calle Ayolas 141, en la zona sur de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina. Su historia data de 1855, con su creación a cargo de la Sociedad de Beneficencia de Rosario con la finalidad filantrópica de ayudar y hospedar a personas indigentes y mendigos de la ciudad, por ello recibió el nombre de Asilo de Mendigos y Dementes.

Fue hasta el año 1950 que el Estado Nacional y la Fundación Eva Perón suspenden la personería jurídica del lugar a las Damas de Beneficencia de la Sociedad de Beneficencia; recién en 1963 los bienes vuelven a su dominio con una dependencia y administración a cargo del Estado Provincial. Actualmente, el Hospital depende del Ministerio de Salud que realiza el 95% de los aportes para su funcionamiento, y un 5% depende principalmente de donaciones y soporte de la Sociedad de Beneficencia.

Se constituye como un establecimiento de salud de atención de baja complejidad dirigida a pacientes crónicos, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, dentro de la zona VIII de salud y el área programática V de dicha zona, en la categoría de Hospitales Especiales. Se organiza bajo la Reglamentación Básica de Hospitales Generales, N° 2542/72, que establece desde el tipo de asistencia que deben proveer los hospitales generales, hasta como deben organizarse los horarios de visita.

Es un Hospital de Residencia. Está abierto las 24 horas del día y las personas ingresan con el objetivo de instalarse a vivir allí y de recibir asistencia médica y social. Las personas residentes son, en su mayoría, mayores de 60 años con padecimientos crónicos, aunque también hay personas menores de 60 años que son residentes psiquiátricos. Cuenta con capacidad para albergar a casi 200 personas.

Al ser un Hospital de Residencia para Personas Mayores, la dinámica de trabajo tiene que ver con lo intrainstitucional; por lo tanto la coordinación se realiza dentro de la misma institución entre departamentos y recursos humanos que la conforman.

El Hospital Geriátrico Provincial trabaja en red con instituciones como PAMI, IAPOS, ANSES, UNR, UGR, entre otras.

La institución cuenta con un porcentaje muy alto de residentes que están afiliados a PAMI por lo cual existen convenios para la atención integral en relación a atención de gastos médicos, alimentación, alojamiento, recreación, apoyo y contención psicológica.

Ahora bien, en el Hospital Geriátrico Provincial, en situaciones donde un residente necesita atención médica que excede al Hospital, se realiza su derivación a otra institución. Para ello, primero se verifica si el mismo cuenta con una cobertura de salud, y en el caso de que así sea, se coordina con el centro de referencia que corresponde a su prestador; por otro lado, si la persona no cuenta con obra social se la deriva a un Hospital público. Algunas de las opciones pueden ser las siguientes: Hospital Provincial, Hospital Eva Perón u Hospital Centenario.

Resulta imprescindible puntualizar aquellas leyes sobre las que se apoya el Hospital Geriátrico, tanto a nivel nacional como provincial, comenzando por la Ley 26657 la cual regula el Derecho a la Protección de la Salud Mental, la Ley 26378 que proporciona la Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, Ley 26.485-200 de Protección integral a las mujeres, Ley Provincial 9325/1983 que crea un Sistema de Protección Integral del Discapacitado y Ley 26.682 de Medicina Prepaga. A su vez el Decreto Reglamentario de la Ley 14263 regula el funcionamiento de los establecimientos geriátricos de gestión pública y privada, con o sin fines de lucro, y por ende al Geriátrico Provincial de Rosario.

A su vez, la Municipalidad de Rosario realiza lo que se conoce como Controles de Instituciones Geriátricas justamente para llevar un control del funcionamiento de estos

establecimientos (clasificados según las prestaciones que ofrecen), según la cual deben garantizar servicios con estándares de seguridad, accesibilidad y confort acorde a las necesidades de las personas.

2.3. La experiencia en el Hospital Geriátrico Provincial

Mientras cursaba el tercer año de mi carrera, comencé a concurrir al Hospital en calidad de estudiante practicante de la Lic. en Trabajo Social, con la finalidad de cumplir con mis prácticas pre profesionales correspondientes al tercer año de la carrera.

Desde el Hospital, ubicado sobre la calle Ayolas, se observa una Capilla Anexa que pertenece a la Iglesia del Sagrado Corazón de Jesús, y a su alrededor, se encuentran la parada de ambulancia y taxis, las paradas de colectivos y un puesto de revistas y diarios en una de sus esquinas.

El ingreso a la institución se da por una gran entrada principal, donde dos personas encargadas de la recepción controlan los ingresos.

Se registran un total de 176 residentes en el Hospital, de los cuales 88 son mujeres y 88 hombres, habiendo un total de 203 camas disponibles.

Al ingresar al Hospital, se observa que las Salas están separadas por género y disponen de un nombre para identificarlas; las Salas Sagrado Corazón, San Juan, Rueda, Marull I y Marull II alojan a un total de 79 hombres; y las Salas Santa Inés, Santa Margarita y Santa Ana alojan a un total de 69 mujeres. Por su parte, resta mencionar las Salas Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y Santa Rita, donde se alojan tanto hombres (9) como mujeres (19), siendo un total 28 residentes entre ambas Salas.

En cada Sala se identifica un baño compartido y hay un total de 3 camas por habitación disponible.

Se accede a un espacio particular de la institución que es el destinado a Servicio Social, donde se encuentran dos trabajadoras sociales que lo coordinan. Ese espacio se

muestra abierto al público con la finalidad de realizar admisiones, coordinar entrevistas con familiares, entre otras.

El sostenimiento de vínculos entre las personas residentes y sus familias es fundamental para la profesión del Trabajo Social, teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones, estos lazos familiares son escasos, nulos o están rotos o marcados por diferentes historias de vida. La profesional de trabajo social recibe al residente y a su familia, acompaña el primer momento de admisión, atiende dudas acerca de los requisitos de internación. Además de coordinar, ya sea con la cooperadora que en este caso es la Sociedad de Beneficencia⁷, como con cualquier otro hospital o institución, el proceso de obtención de certificados como el de discapacidad, así como elementos que necesitan, a saber: colchones antiescaras, sillones de rueda, anteojos, prótesis bucal, zapatillas, entre otros).

Por su parte, el/la trabajador/a social tiene su lugar en la organización dentro del espacio de actividades “socio subjetivas”, como parte del “Equipo Socio Subjetivo” que trabaja en conjunto con el Comité Cultural “Arte y Salud”, del cual forman parte una médica psiquiatra, la jefa del Departamento de Enfermería, personal del Departamento de Servicios Generales, la musicoterapeuta y dos médicas.

Las “Actividades Socio Subjetivas”, según informan miembros del Equipo, están pensadas, no sólo como espacio de encuentro, entretenimiento, exploración y aprendizaje, sino también se constituyen como espacios óptimos para la investigación y el análisis de la situación de cada residente.

Primero se hace un “estudio subjetivo” de cada uno, es así como el Equipo nombra esta Actividad, que implica considerar el tipo de actividades que realizó en el pasado, si trabajó o no en el pasado, ya que eso supondría habilidades, deseos, gustos y práctica. Los talleres dejan ver el desarrollo cognitivo de cada residente, si se sostienen problemas físicos

⁷ La Sociedad de Beneficencia de Rosario se constituyó el 24 de junio de 1854, como asociación civil sin fines de lucro. En 1855, fundó el Hospital de Caridad, actual Hospital Provincial, y en 1889 concretó el proyecto de asistencia a los ancianos desprotegidos, El Hogar de Pobres y Dementes, actual Hospital Geriátrico Provincial.

y/o psicológicos, y, en base a ello, se organizan las actividades. Entre las actividades socio subjetivas de la grilla actualizada al 4 de Julio del año 2023, encontramos: Canto "Las Voces Litoraleñas", Eventos Culturales, Experimentación Foto-Terapéutica y Audiovisual, Intervenciones Artísticas, Mediación de Lecturas, Musicoterapia, Taller de Nutrición y "Tardes de Cine". Además, se incluyen en la grilla los Festejos de Cumpleaños, de los cuales algunos residentes participan en su organización. Actualmente las Actividades se llevan a cabo por la mañana, luego del desayuno y antes del almuerzo, de 9.30 am a 11 am; y por la tarde, después de la siesta y antes de la merienda, de 16 pm a 18 pm. Por lo general se observa que las personas residentes que son autoválidas suelen generar lazos con vecinos y vecinas, o bien con personas allegadas a la institución, ya que tienen permitido salir a pasear o comprar cosas de índole personal.

Capítulo 3

3.1 El Hospital Geriátrico Provincial en contexto de pandemia: Dificultades para la continuidad de los cuidados

El 19 de marzo del año 2020 mediante el Decreto N° 297/20, se dispuso el “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” en todo el territorio nacional frente a la avanzada de casos de COVID-19 en Argentina que dispuso, entre otras cosas, los traslados excepcionales. El 11 de abril de 2020 se establece la Prórroga y Administración del aislamiento social, preventivo y obligatorio que contempla, entre otras cosas, la excepción del cumplimiento del aislamiento al personal afectado a determinadas actividades y servicios y también en áreas geográficas específicamente delimitadas. A partir de aquí es que se crea el Protocolo para la Prevención y Manejo de casos sospechosos de coronavirus en Residencias de larga estadía para personas mayores (geriátricos, hogares, holepam)⁸ que tendrá una mayor incidencia en el funcionamiento de estos espacios, específicamente del Hospital Geriátrico Provincial en su totalidad. Este Protocolo contiene estrategias para el cuidado de personas mayores que se encuentran en Residencias de Larga Estadía para evitar contagios por COVID-19, así como también la implementación de medidas para el manejo de casos sospechosos, casos confirmados, manejo de contacto estrecho, reingreso de residente con COVID-19 confirmado desde un efector de salud y recomendaciones ante nuevos ingresos de personas residentes.

Una primera cuestión a tener en cuenta es que, en contexto de pandemia, el personal de salud y socio asistencial del Hospital siguió trabajando de manera presencial, al ser considerados personal esencial. Si bien no hubo alteración en el número de trabajadores, sí cambiaron algunas modalidades de trabajo.

⁸ Se entiende por Protocolo un conjunto de reglas de formalidad que rigen actos en determinadas relaciones sociales.

Ver en

<https://www.santafe.gob.ar/ms/covid19/wp-content/uploads/sites/36/2020/05/PROTOCOLO-DE-BIOS-EGURIDAD-EN-RESIDENCIAS-DE-LARGA-ESTADIA.pdf> Protocolo para la Prevención y Manejo de Casos Sospechosos de Coronavirus (COVID-19) en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores (Geriátricos, Hogares y Holepam).

Para la atención y el cuidado de las y los residentes, hubo modificaciones a partir del protocolo de COVID-19, el cual estableció nuevas reglas de ingreso al Hospital, referidas a toma de temperatura, limpieza de calzado en plataforma desinfectante y cumplimiento de la colocación del llamado Equipo de Protección Personal (“EPP”), reconocido entre los residentes y trabajadores como “las EPP” en tanto herramientas para el trabajo para ingresar a las Salas, entre ellas: cofia, máscaras, barbijo, guantes y ambo.

“...Primero hubo rechazo del personal, había miedo pero esto era un aprendizaje día a día, para todos los miembros del Hospital” ... “En relación al protocolo, para el ingreso tenías que venir con ropa de calle y cambiarte en la entrada del Hospital, usar el ambo para no ser vector de entrada y salida del virus.” (Entrevista 1, 2023)

Ante esta situación, que se presentó como obstáculo para el funcionamiento del Personal encargado de los cuidados, se formó un Comité de Contingencia de todas las disciplinas del Hospital a los fines de tomar decisiones en cuanto a los protocolos que dispuso el Ministerio de Salud.

“Nos reuníamos semanalmente” ... “... Los protocolos eran para Hospitales de segundo o tercer nivel o de pacientes agudos, y acá había que aggiornarlo o adecuarlo para pacientes crónicos, que viven en el Hospital, por lo que el Comité hacía eso, iba reacomodándose en base a las cuestiones que nos bajaba el Ministerio, con protocolos del Departamento de Infectología y Epidemiología, le dábamos toda la impronta de un Hospital de crónicos”. (Entrevista 2, 2023)

El Comité se configuró como una posibilidad de encuentro de muchas voces con distintas ideas que pudieran ponerse de acuerdo y atender a cuestiones emergentes en pandemia, por esa razón estaba activo las 24 horas y decidía cuándo activar el protocolo (y con él se activaba el aislamiento de alguna Sala) por riesgo de contagios.

“Las medidas con las famosas “EPP” éramos muy estrictos, fuimos muy respetuosos con todo lo que había que hacer. Acá, el personal de salud y mantenimiento general, se comportó extremadamente bien, fuimos todos muy prudentes y responsables en su momento, pero no sólo porque empezamos asustados porque no teníamos idea qué pasaba con esta pandemia” ... “Se hacía semana a semana, porque en el medio íbamos aprendiendo lo que implicaba esta pandemia. Primero nos asustamos un montón, después parecía que se venía el mundo abajo pero nos fuimos reacomodando, y eso que todo el mundo trabajaba en otros lugares” (Entrevista 2, 2023)

A su vez, el Equipo manifiesta haber contado con capacitaciones del Colegio de Ingenieros Especialistas de Santa Fe (CIE) acerca de cómo cuidarse, cómo actuar ante un caso de COVID-19 y por qué vacunarse. También contaron con apoyo psicológico debido al miedo que generaba “llevar y traer el virus”, tanto al Hospital como al interior de sus hogares y contagiar a sus seres queridos.

En consonancia, se activó lo que las autoridades del Hospital llamaron “Suplencia COVID-19” debido a que, durante la pandemia, muchos trabajadores no pudieron asistir al Hospital por ser considerados “población de riesgo”, por contagios o cuestiones de salud asociadas. Las y los trabajadores rotaban de 15 a 30 días inclusive.

En este contexto, el Equipo manifestó que comprender que ese otro, aislado y vulnerable, a quien tienen la responsabilidad de cuidar, ahora se encontraba expuesto a contagios que los mismos profesionales que “venían de afuera” podían provocar. De esta manera, el miedo de “llevar” el virus desde el exterior hacia el interior de la institución, también se presenta como obstáculo para el Equipo en la búsqueda por garantizar la organización de los cuidados en este contexto.

“Sabíamos que quienes traíamos el virus éramos quienes veníamos de afuera, no eran los residentes porque estaban aislados” ... “En la facultad había estudiado pandemias, epidemias, endemias, pero cuando empezás a vivir una desde el lado de adentro, nadie te prepara para vivenciarlo en el terreno, más con una población acá tan vulnerable, que te imaginás que el COVID hace un desastre” (Entrevista 2, 2023)

Durante las entrevistas, quienes eran responsables de los cuidados manifestaron sentir miedo, miedo a no poder atender las necesidades de los residentes, ya que se trataba de personas mayores, algunas con patologías crónicas, que los hacían aún más vulnerables. De ahí sus esfuerzos por extremar los cuidados, evitando, principalmente, que varias personas se junten en un mismo espacio y respetando la modalidad de trabajo por “burbujas”. Este es un sistema de organización compuesto en este caso, por un profesional y cuatro o cinco residentes pertenecientes a la misma Sala, a los fines de reducir el entorno de cada persona para evitar mayores posibilidades de contagios. De esta manera, trabajar

en burbujas asegura la interacción entre las personas sin dejar de protegerlas, ya que se aplican medidas sanitarias de prevención.

“Creo que es importante que nos corramos del lugar de héroes que muchas veces se planteaba en los medios, fuimos personas enfrentadas a una situación poco común, teníamos los mismos miedos que todo el mundo, especialmente por nuestras familias. Además, sostuvimos un estrés por cometer algún error, eso durante meses, sumado a los compañeros que se enfermaron, estábamos muy alertas” (Entrevista 8, 2023)

En las entrevistas realizadas a residentes se identifican expresiones de malestar con respecto al uso de las llamadas “EPP” por parte del Equipo y al protocolo de distanciamiento establecido en ese contexto, ya que condicionaron los encuentros entre el Equipo y los residentes, estableciendo nuevas reglas de juego.

El barbijo es mencionado como barrera en diferentes aspectos. En primer lugar, su uso dificulta que los residentes puedan reconocer visualmente a las y los trabajadores que los cuidan y con quienes comparten su cotidianidad. En segundo lugar, si bien el barbijo fue pensado para evitar contagios, se constituye como barrera de cercanía física, en tanto establece limitaciones en las interacciones físicas y de proximidad entre residentes y trabajadores. En tercer lugar, su uso también limita la posibilidad de las personas mayores de sostener conversaciones fluidas, debido a dificultades en la audición y comprensión de las palabras, por lo cual el bienestar emocional de las y los residentes se vio afectado.

“Todos usaban barbijo, excepto para la comida, desayuno y merienda, correnos el barbijo, y después todo el santo día con el barbijo colocado. Era imposible de saber quién me hablaba, decí que las conozco a todas” (Entrevista 10, 2023)

“Me acuerdo que una vez, un señor me dijo “¡Sacate eso!” por el barbijo, y yo le respondo que no puedo, pero insiste: “Están todas iguales”.

Dadas estas condiciones, el Equipo comienza a pensar formas de fortalecer la confianza y la cercanía con los residentes, la cual se estaba desgastando. En este sentido, el Equipo dispone el uso carteles con sus nombres como parte de la vestimenta para facilitar el reconocimiento y la comunicación, evitando que los sentimientos de soledad se agudicen.

“Después algunos nos hicimos un cartelito con la foto, a mí me identificaban por eso, y en un equipo de protección de acá de costurería me habían hecho unas notas musicales como para que me identificaran. Es terrible” (Entrevista 6, 2023)

3.2. El “encierro” como principal problemática y la reconfiguración del trabajo interdisciplinario

La enfermedad por COVID-19 afectó y afecta a personas de todas las edades, sin embargo, las personas mayores constituyen un grupo vulnerable y su riesgo de mortalidad frente al virus es mayor, debido a que el sistema inmunitario sufre transformaciones con el envejecimiento, siendo el deterioro de la respuesta inmunológica el más importante. Por esta razón, el aislamiento y distanciamiento al que debieron someterse tuvieron implicancias significativas a nivel subjetivo, emocional y físico.

Si bien todas las personas mayores son vulnerables frente al virus, hay circunstancias que profundizan dicha vulnerabilidad, entre las cuales se encuentra la institucionalización. Esta última es entendida, según Alves (2013) como “un proceso complejo y multideterminado, que plantea al adulto mayor una serie de desafíos que involucran la movilización de una gran cantidad de recursos psíquicos y emocionales en pos de la adaptación a un contexto que se revela como un microcosmos pautado por una legalidad y ritmicidad propias” (pp- 17).

Ante el contexto de pandemia que se presenta, se delinearon disposiciones al interior del Hospital que tuvieron un impacto significativo en la cotidianidad de las y los residentes, trastocando ciertas dinámicas institucionales y, por consecuencia, complejizando el desafío de su adaptación a un nuevo entorno.

Siguiendo a Carballada (2020), “el problema Macro (Pandemia) se singulariza en circunstancias Micro Sociales. De ahí que dialogue con la Vida Cotidiana, la Trama Social y la reconfiguración de diferentes Problemas Sociales en los escenarios que impone y transforma la Pandemia” (pp- 2).

En este contexto, el Equipo identifica que la principal problemática que debieron atravesar las y los residentes fue el aislamiento y el encierro en las Salas durante largos períodos de tiempo, decisión que fue tomada para preservar la salud de la mayoría frente a la ola de contagios.

Al respecto de este término, Rozenek (2020) propone utilizar el concepto de aislamiento físico en lugar de aislamiento social, ya que el lazo no debe ser interrumpido sino reformulado, puesto que todos somos seres sociales y es importante que las personas mayores mantengan el contacto con sus familias y amigos. (Rozenek, 2020, como se citó en Cataldi, 2020)

Al inicio de la cuarentena, permanecieron en sus respectivas Salas, sin posibilidad de moverse ni dentro ni fuera del Hospital. Se priorizó el sostenimiento de los tratamientos de salud para aquellos que lo requerían, por lo que muchos residentes eran trasladados a interconsultas con sus médicos y médicas de cabecera o a realizar sesiones de kinesiología.

Sin embargo, su cotidianidad transcurrió en un mismo espacio, generando un cambio drástico en la manera en que habitaban el espacio institucional, registrando siempre a las mismas personas, sin posibilidad de encontrarse con otros ni participar de actividades de las cuales forman parte.

“Ellos tenían la costumbre de, mínimo, salir a la vereda, sentarse, socializar con residentes de otras Salas, y las Salas estaban aisladas, entonces no se podía entrar ni salir, los residentes quedaban todos dentro de la Sala, no había talleres o actividades, creo que fue eso lo que los afectó” (Entrevista 5, 2023)

“Los pacientes lo vivieron como un impacto fuerte, social, que atraviesa toda la parte emocional, su vida diaria coartada, porque ellos viven acá, son crónicos, por ende fue el tema de adaptarse porque cada uno vive su realidad individual, a los protocolos que sí o sí había que cumplir. Entonces, por parte de los pacientes, eso es lo que vivieron” (Entrevista 1, 2023)

El protocolo no sólo condicionó el contacto con las y los residentes, también obligó al Equipo a llevar adelante una reconfiguración de su trabajo, en pos de sostener una comunicación óptima en este contexto. En las entrevistas realizadas, las y los profesionales apuntaron que se siguió trabajando de manera sostenida e, incluso, comenzaron a notar mayor contención y acompañamiento mutuo, que derivaron en un reconocimiento de las y los trabajadores acerca de la importancia de armonizar la práctica de las diversas disciplinas que lo conforman.

“La pandemia nos ha dejado eso como enseñanza, no se puede trabajar en salud si no es en equipo. Y un equipo hace que el trabajo sea más ordenado y las cosas que vas haciendo persistan por más tiempo” ... “Trabajar en equipo es la mejor manera de que puedas desgastarte mucho menos vos y podés entender la lógica de un otro, más que nada en salud, cuando acá la problemática no es eminentemente médica, acá hay problemas que van por un montón de lados” (Entrevista 2, 2023)

En cuanto a las reuniones interdisciplinarias, éstas se siguieron sosteniendo con distanciamiento y de manera más espaciada, para poder trabajar el caso a caso. Sin embargo, varias personas entrevistadas apuntan haber utilizado seguido el celular para mantener la comunicación, no sólo con compañeras y compañeros que trabajaban en la presencialidad, sino, especialmente, con aquellos que lo hacían desde su casa. De esta manera, se fusionaron distintos canales de comunicación que permitieron informar acerca de la activación de protocolos por casos de COVID-19.

“Seguían existiendo reuniones, con protocolos porque me acuerdo que estábamos todos a distancia, pero hoy facilita mucho los grupos de WhatsApp. Yo veo que cambió el modo, no había mate, había un montón de distancia, pero la comunicación fue fluida igual” (Entrevista 6, 2023)

“Según lo que me comentaron y lo que vi en pandemia, sí se redujeron las intervenciones a nivel grupal presencial, se manejaban a través de mensajes o llamadas” (Entrevista 5, 2023)

Por su parte, al surgir casos positivos de COVID-19 y ante la imposibilidad de que personas del exterior ingresaran al Hospital, el Equipo mantuvo la comunicación con las familias de las y los residentes a través de llamadas o por medio de aplicaciones de

mensajería como Whatsapp, especialmente con aquellas cuyo familiar institucionalizado no cuenta con un dispositivo celular o bien, no tiene los conocimientos para poder utilizarlo.

“Los familiares venían y nos decían que querían verlos todas las semanas, pero se les iba explicando y todo se iba acomodando. Nos llamaban más que nada porque no había tanta información en ese momento y les generaba mucha preocupación, así que nosotros pasamos informes por teléfono o nos llamaban para consultar cómo evolucionaba la situación, por lo que el vínculo seguía, aunque sea telefónicamente” (Entrevista 2, 2023)

El Equipo comenzó a enviar y compartir por medio de estos canales de comunicación, los informes que se realizan sobre la evolución del estado de salud de cada residente, especialmente aquellos que atravesaron un contagio por COVID-19, así como también avisos sobre autorizaciones para tratamientos e interconsultas.

Pero lo que más se destaca en este contexto es el aumento en la frecuencia de reuniones virtuales entre las y los profesionales como parte de la reconfiguración del trabajo del Equipo, situación que continúa dado que permite atender situaciones que anteriormente se veían postergadas o relegadas a raíz de la distancia o la no presencialidad de algunos de sus integrantes en las reuniones presenciales. De esta manera, los dispositivos tecnológicos permitieron fortalecer la comunicación del Equipo para asegurar la organización de los cuidados.

3.3. El desafío del sostenimiento de redes vinculares

Las personas mayores se encontraron con un vacío ante las restricciones por la pandemia que fueron generando rupturas en formas de relación y de tramas sociales, de ahí que los esfuerzos de las y los profesionales estuvieron dirigidos a contener el lazo social, a través de la búsqueda de alternativas que logran suplir momentáneamente a la visita. En este contexto, el sostenimiento de redes vinculares aparece como un desafío para preservar la salud emocional y física de las personas mayores.

“Durante la pandemia, debido al aislamiento, lo que hicimos fue fortalecer el vínculo entre los residentes y sus familias” ... “Empezar a fortalecer los vínculos que por ahí estaban desarticulados, porque hay muchos residentes que no reciben visitas, haya pandemia o no, entonces poder hacer un seguimiento y reforzar esas cuestiones” (Entrevista 1, 2023)

Partimos de una Perspectiva del Curso de Vida para entender la relevancia que adquieren los vínculos en el devenir de las personas mayores institucionalizadas. Esta perspectiva incorpora una mirada contextualista que reconoce tanto aspectos biológicos como culturales y de la experiencia personal en el abordaje del envejecimiento, entendido como un proceso dinámico. Se considera que la historia de vida se inscribe en los cuerpos y dialoga con el lazo social.

En palabras de Iacub (2012), “el vínculo es un organizador de la identidad, de ahí que al sostener redes vinculares que formaron y forman parte de la historia de vida de la persona, de sus experiencias, decisiones y entorno social, se conforman estructuras de apoyo y anclaje afectivo que reducen efectos de la institucionalización u hospitalización, como el temor a perder ámbitos que promueven seguridad, como la casa, cambios en la red social, y, fundamentalmente, la pérdida del control personal o autonomía” (pp- 34).

En el Hospital, las modalidades de visitas fueron cambiando al ritmo de las disposiciones, tanto a nivel nacional, provincial y municipal, prestando especial atención a la evolución en la cantidad de casos de COVID-19. Por ende, en el primer período, que podríamos ubicar entre Marzo y Mayo/Junio de 2020, no se permitieron visitas al interior del Hospital.

A los cambios en los regímenes de visitas, se le suman la suspensión de los Talleres, también llamados “Actividades Socio Subjetivas” llevadas adelante por diferentes profesionales del Hospital, y de las cuales no sólo participaban gran parte de las y los residentes de manera semanal, por la mañana y por la tarde, sino también implicaba el trabajo de estudiantes practicantes y voluntarios de distintas instituciones. Las restricciones imposibilitaron el encuentro entre residentes de diferentes Salas, los cuales no podían movilizarse fuera de ellas debido al aislamiento.

La suspensión de los Talleres se configura, entonces, como otro obstáculo, tanto para el Equipo Interdisciplinario como para las y los residentes del Hospital, ya que estos espacios de Taller formaban parte de las actividades de su vida cotidiana y suponían un espacio de encuentro con otros fundamental.

“Se habían suspendido los talleres, todo, nos había dejado “geriátrico”. Me sentí bastante mal, porque con los talleres te despejás, porque seguís hablando con otra gente, socializando. Pero esa eso, salir al patio, no íbamos a otro lado” (Entrevista 3, 2023)

“Yo también pintaba cuadros, nunca me resistí a aprender cosas, me gusta participar de los talleres porque me mantienen ocupada pero ahora hay pocos o directamente no hay, y en la pandemia, no había por el virus” (Entrevista 10, 2023)

En relación a las visitas, a medida que mermaba la cantidad de casos, se dispuso la presencialidad con nuevas reglas, a saber: protocolo de entrada y salida cumpliendo con el uso de las “EPP”, reducción de la cantidad de familiares (un familiar por residente) y definición de tiempo estimado para la visita.

“Al principio era un vidrio de por medio, en la puerta de entrada se acercaba a los pacientes y los familiares del otro lado, en el hall de entrada, así empezó todo y con el EPP. De acuerdo a como fueron aliviándose las olas de la pandemia, así se fue flexibilizando la posibilidad de que entren, pero todavía con condiciones, se cuidó hasta último momento” (Entrevista 1, 2023)

“Fue dificultoso, el verse a través de un vidrio, el no poder abrazarse. Había que decirles que no tuvieran contacto” (Entrevista 6, 2023)

En las entrevistas realizadas a las y los residentes del Hospital, se evidencia el impacto de las readecuaciones de las visitas protocolares, ya que la distancia, primordialmente, era una cuestión difícil de sostener.

“Nos encontrábamos en el patio, yo recibía a mi sobrino y charlábamos, a veces salíamos y teníamos que dejar todo el vestuario en la entrada para cuando volviéramos. Pero en todos lados teníamos ese problema de cuidarnos con lo del COVID, y la verdad que fue difícil, me daban ganas de abrazarlo y no podía” (Entrevista 15, 2023)

“Ya después entraban a verme pero con barbijo pero yo no tenía que usar. No les veía la cara, era feo, era dificultoso para ellos entrar y salir con la protección” (Entrevista 16, 2023)

A medida que las olas de contagios fueron mermando gracias a las medidas de bioseguridad tomadas y las campañas de vacunación y prevención, las condiciones de las visitas fueron flexibilizándose. Sin embargo, el equipo del Hospital refiere haber encontrado en el uso de celulares a través de llamadas y videollamadas con familiares, reuniones virtuales y comunicación vía mensaje de texto y audio, una herramienta primordial para asegurar el contacto entre residentes y sus familias y mantener los vínculos más cercanos durante el Aislamiento.

3.4. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como herramientas de trabajo

El uso de celulares fue condición para garantizar el encuentro entre residentes y sus familiares, ante la imposibilidad de la presencialidad. Si bien todas las personas mayores tienen permiso de disponer de un celular en la institución, una parte de ellos tiene dificultades para utilizarlo o bien precisa de una asistencia, lo cual se tradujo en una mayor demanda de atención por parte de los trabajadores.

Por esta razón, el Equipo cumplió un rol intermediario entre las personas mayores y sus familias. Por medio de llamadas y videollamadas, enfermeras y enfermeros, médicas y médicos, psicólogas, musicoterapeuta y trabajadora social acompañaron e instruyeron a las personas mayores en esta nueva modalidad de comunicación, así como también prestaron sus propios recursos tecnológicos para asegurar el contacto.

“Con las videollamadas colaboramos todos según el horario en que estábamos, tanto la trabajadora social, médicos, enfermeros” ... “A partir de la pandemia, se volvió algo de todos los días” (Entrevista 8, 2023)

“Muchos no tenían wifi así que las llamadas las hacían con los datos móviles de los profesionales” (Entrevista 8, 2023)

El hecho de que muchos residentes no dispusieran de un celular propio, o bien, aquellos que sí tenían uno, no supieran cómo manejarlo, se configuró como un nuevo obstáculo, tanto para el Equipo en tanto eran los únicos intermediarios y facilitadores de estos dispositivos en ese contexto, como para los residentes, que dependían exclusivamente de éstos últimos para no perder completamente el contacto con sus familiares.

Aquí se hace especial mención al recurso de las videollamadas, a través de las cuales los residentes lograron ponerles rostro a las personas con las que se comunicaban; incluso, algunos pudieron conocer a nietos nacidos durante la pandemia. En las entrevistas realizadas a residentes, se identifica que las videollamadas les permitieron el encuentro, especialmente, con las generaciones más jóvenes (nietos, bisnietos, sobrinos).

“Sí, yo uso el celular, me comunicaba principalmente con mis nietos porque los extrañaba mucho. Hacía videollamadas, mi hijo me indicaba cómo hacerlo y también me llamaban mucho por ahí” (Entrevista 10, 2023)

“Constantemente en comunicación con mis sobrinos, mis sobrinos-nietos, y me hicieron el favor de hacer una videollamada porque mi sobrina tuvo un nene en pandemia, y me dejaron verlos” (Entrevista 14, 2023)

En consonancia con lo anterior, el Equipo buscó otras alternativas, además de las videollamadas, poniendo a disposición ideas y recursos propios, o haciendo uso de otros que son parte del Hospital.

“En algunos cumpleaños les pedimos a los familiares que mandaran videos, los descargábamos y los pasábamos en el televisor del Hospital, fueron cosas chiquitas que fueron un montón para lo que fue ese momento” ... “Era una pantalla muy pequeña la del celular, yo traje en un momento la tablet para que pudieran ver mejor a sus hijos pero había errores de conexión” (Entrevista 6, 2023)

Las estrategias pensadas por las y los trabajadores del Hospital tuvieron la intención de sostener vínculos ante los efectos que estaba provocando el aislamiento sostenido durante varios meses. Esto implicó reconocer que el campo de las vejeces es heterogéneo, por lo cual, la vejez debe pensarse desde diferentes lugares, desde distintas narrativas

disciplinarios, evitando reproducir una herencia funcionalista y biologicista que sólo considera la edad como factor explicativo de ciertos comportamientos, entre ellos, la inhibición en la interacción personal o la participación social o cultural.

Para las y los trabajadores se trató de redoblar esfuerzos, repensar, readaptar y reorganizar sus prácticas, escuchando, gestionando, orientando e intentando resolver conflictos que se presentaron en un contexto de emergencia. Por lo tanto, se actuó en consecuencia y en función de las herramientas disponibles, en este caso, fueron las tecnologías de la información y la comunicación; éstas resultaron propicias para evitar que se agudizaran los efectos del aislamiento.

Al respecto, podemos decir que las TIC cumplen un rol en el fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales, ya que permiten que distintas generaciones interactúen en el mundo digital, que en definitiva es parte esencial de las cotidianidades actuales. Poniendo en valor este rol, y comprendiendo que éstas son herramientas que no vienen a suplir la presencialidad, el cara a cara, que representa una instancia significativa para las personas, sin embargo sirvieron para hacerle frente a lo instituyente.

En palabras de Turchetti (2020), “el contexto de Pandemia se nos va presentando en la intervención como una dimensión instituyente de lo emergente, proceso que nos hace pensar colectivamente en nuevas prácticas para reconstruir lo instituido que estaba dado y establecido” (pp-1).

El trabajo interdisciplinario con estas problemáticas jugó un papel central ya que significó una oportunidad para abordar lo nuevo, entendiendo la complejidad del campo.

Para el abordaje de estas problemáticas, la interdisciplina jugó un papel central ya que significó “una oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo de aquello que interpela al campo de la Intervención en lo Social” ... “Una serie de acontecimientos que se pueden englobar dentro de los padecimientos del presente”. (Carballeda, 2002, pp-2)

De forma progresiva, el Equipo comienza a poner en relieve potencialidades y capacidades de trabajo conjunto que les permitieron hacerle frente a un contexto nuevo, desconocido e incierto. También resaltan la importancia de la voluntad, la colaboración y la comunicación efectiva en la búsqueda de estrategias que permitieran sostener los cuidados en ese contexto, así como también cimentar las bases para poder hacerle frente a nuevos desafíos en el futuro. De esta manera, y entendiendo que la problemática no era eminentemente médica, tuvieron que buscar formas de armonizar la práctica y contenerse ante la sobrecarga de trabajo.

“Como positivo rescato el trabajo en equipo, interdisciplinar, reconocer que laburar en salud es un laburo integral e integrado. Es poder entender que todos somos importantes en este sistema de salud” (Entrevista 2, 2023)

“Fue muy positivo descubrir formas de comunicación distintas que fueron efectivas en su momento, a la vez que nos organizábamos mejor como equipo. En ese sentido, creo que reconocer que existía la plasticidad en el equipo para adaptarse a distintas circunstancias, teníamos una capacidad de adaptación” (Entrevista 8, 2023)

Capítulo 4

4.1. Una Propuesta de Práctica Disciplinar: “Tejiendo Lazos Digitales: Taller de Uso de Dispositivos Tecnológicos en el Hospital Geriátrico Provincial”

A partir del trabajo realizado sobre el impacto que tuvo el aislamiento social, preventivo y obligatorio en el Hospital Geriátrico Provincial, en tanto obstáculos para asegurar la continuidad de los cuidados, pero sobre todo para el sostenimiento de los vínculos, se plantea una propuesta de práctica disciplinar orientada a facilitar la integración y la comunicación.

Entre las estrategias pensadas por el Equipo Interdisciplinario para asegurar la comunicación de las y los residentes con sus redes de apoyo familiares y/o sociales, las TIC se configuraron como principales posibilitadoras durante ese período.

Por lo tanto, la presente es una propuesta de trabajo que recupera *“lo que la pandemia dejó”* en cuanto a estas estrategias e iniciativas pensadas por el Equipo; es un puntapié inicial que busca trascender su uso.

Objetivo General

- Promover la inclusión digital de las Personas Mayores que se encuentran en una Residencia de Larga Estadía como lo es el Hospital Geriátrico Provincial, a través de su participación en procesos de Alfabetización Digital.

Objetivos Específicos

- Informar a las Personas Mayores sobre las posibilidades de comunicación con otros a partir del uso de las TIC
- Facilitar el acceso a las TIC en las actividades de interés para las Personas Mayores

- Promover la revinculación de las y los trabajadores del Hospital con las y los residentes a través de las TIC como herramientas posibilitadoras para la continuidad de los cuidados

Fundamentación

La presente propuesta de trabajo se apoya en los objetivos planteados por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, ratificada en Argentina por la Ley N° 27360 en el año 2017, que apuntan a la protección de las personas mayores en cuanto al acceso a la educación, la salud y la recreación, que garantizan una vida libre de violencias e incentiva la participación de las vejezes en la sociedad. La propuesta busca promover la inserción de personas mayores en un proceso de educación permanente, siendo la Alfabetización Digital una oportunidad para el aprendizaje y uso de las TIC en tanto herramientas inclusivas.

“Partimos de la consideración de que las personas mayores pueden estar, cuando se sienten motivadas para avanzar, en procesos constantes de aprendizaje, lo que supone –aun siendo más difícil para ellos que han nacido y se han desarrollado en entornos escasa o nulamente informáticos– estar abiertos a la adquisición de nuevos saberes y habilidades que les proporcionan las TIC” (Yuni y Urbano; 2005).

Garantizar el acceso a lo digital implica, también, romper con viejismos o estereotipos asociados a las vejezes con las nuevas tecnologías.

Fundamentalmente, un dispositivo de Alfabetización Digital se constituye en herramienta inclusiva para las personas mayores en tanto busca que éstas se integren en procesos socioeducativos a los cuales no se los suele asociar. Estos espacios son propicios para motivar la curiosidad, descubrir nuevos gustos e intereses, así como también reconectarse con sus propias trayectorias a través del reconocimiento de que una parte de nuestra historia está inscrita en algún espacio virtual.

Ese proceso se caracteriza por estar atravesado por lo tecnológico, por las TIC, lo cual abre una posibilidad para que las personas mayores se reconozcan como protagonistas de ese mundo que se configura como cotidiano en nuestras sociedades actuales, así como también encuentren nuevas formas de relacionarse y comunicarse con sus redes vinculares.

La particularidad de este Dispositivo⁹ es que se trata de un Taller Grupal que promueve la construcción colectiva y la socialización de las personas mayores, teniendo el intercambio de saberes y vivencias como eje central, de manera que evite situaciones de aislamiento y soledad en personas mayores institucionalizadas.

El dispositivo se plantea desde el Trabajo Social, no sólo como un espacio con un tiempo designado de trabajo, sino como aquel que pretende ser transversal al resto de talleres o actividades llevadas adelante en el Hospital Geriátrico.

En este orden de ideas, creemos que el uso de las TIC podría replicarse y funcionar, más allá de la comunicación, como sustento y extensión del proceso educativo. Por ende, el Taller de Alfabetización busca involucrar a los trabajadores del Hospital, en pos de que éstos logren una revinculación con los residentes y un cambio en sus prácticas cotidianas, incluyendo y articulando el uso de las TIC en ellas.

Las TIC se constituyen un medio creativo para pensar, tanto nuevas actividades enmarcadas en un Taller, pero también funcionan como herramienta de vinculación entre residentes y profesionales y de intervención en la práctica cotidiana.

De esta manera, el sentido del Taller trasciende la propuesta “simple”, del aprendizaje por módulo o tema. Se piensa en la posibilidad de articular los saberes adquiridos y desarrollados en los espacios de Taller, con aquellos que puedan llegar a adquirirse en su puesta en práctica, en la interacción con los trabajadores del Hospital. De

⁹ El dispositivo se constituye al interior de un juego de relaciones de poder, su “función” consiste en responder a una urgencia histórica concreta, por ello, frente a un determinado problema, potencia o bloquea relaciones de fuerza con claros efectos en el orden del saber. (Vega, 2017, p-140)

esta manera, los residentes pueden encontrar nuevas motivaciones y sentidos para usar el celular.

“Considerando el escenario histórico actual, el Trabajador Social requiere conocer y comprender la realidad, que lo posicione cómo un otro actor frente al proceso; dejando el espacio abierto para que sean las propias personas, quienes generen cambios, de acuerdo a sus visiones, sensibilidades, aspiraciones y sueños, que orienten su desarrollo humano individual y colectivo. Los procesos de intervención profesional con personas mayores en los territorios, por tanto, podrán constituirse en espacios de conversaciones permanentes, aprendizaje y construcción de saberes”
(Olivo Viana, 2015, p-111)

Desarrollo

Ubicación geográfica: Hospital Geriátrico Provincial, ubicado geográficamente en el Barrio General José de San Martín, en la calle Ayolas 141, en la zona sur de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Población destinataria: Personas residentes del Hospital Geriátrico Provincial

Recursos:

Humanos: residentes, trabajadores integrantes del Equipo Interdisciplinario del Hospital Geriátrico Provincial y los estudiantes convocados por el Voluntariado de Alfabetización Digital para Personas Mayores de la Secretaría de Relaciones Institucionales de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

Materiales: tablets, celulares, mesas, sillas, pizarra.

Modalidad: La modalidad de intervención de esta Propuesta es la de Taller, por lo cual se organizan grupos conformados por no más de cinco personas que irán siendo

rotativas cada 3 meses. El Taller es dictado dos veces por semana, organizado por módulos.

El primer paso es informar a la mayor cantidad de personas residentes posible acerca de la Propuesta. La información será transmitida tanto de persona a persona como a través de los dispositivos tecnológicos a los que se puede acceder dentro del Hospital, reforzando la difusión con folletería. La información debe ser clara, concisa, adecuada y motivadora con el fin de habilitar posibilidades de encuentro entre residentes.

Se convoca al “Voluntariado para el Curso de Alfabetización Digital” perteneciente a la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario para la realización del mismo. En este Voluntariado participan estudiantes de todos los niveles de las diversas carreras de esta institución educativa (Comunicación Social, Ciencia Política, Relaciones Internacionales, Trabajo Social y Turismo). A través de un convenio de cooperación entre la Facultad y el Hospital, se pretende formalizar el Taller “Tejiendo Lazos Digitales”.

Para facilitar el acceso de todas y todos los interesados al Taller, se adecúan los horarios para que no los limite de participar de otras Actividades.

Se busca que, en cada uno de los grupos y según el horario en que se desarrolle el Taller, participe uno o varios de los trabajadores del Hospital, con la intencionalidad de que éstos puedan ir alternándose. De esta manera, todos los trabajadores pueden ser parte del Taller de Alfabetización Digital.

El tiempo estimado para cada Taller es de, mínimo, una hora, con posibilidad de extensión de tiempo en tanto cada participante lo requiera.

Se asegura la disponibilidad de un espacio físico dentro del Hospital a reservar para llevar a cabo el Taller durante el tiempo que se considere necesario. En consonancia, se dispone de los dispositivos tecnológicos correspondientes a los fines del Taller: celulares de uso personal, tanto de voluntarios como de residentes, así como también la disposición de tablets que brinde la institución.

Como los módulos del Taller están pensados para un período estimado de tres meses, se prevé trabajar conjuntamente con el Equipo Interdisciplinario para incorporar nuevas propuestas de actividades a fin de que las TIC sean transversales a todos los Talleres que dicta la institución.

Evaluación

Se realiza una Evaluación “durante” la ejecución del Proyecto, la cual evalúa en qué medida se van cumpliendo o no los objetivos planteados inicialmente, y, como resultado de tal evaluación periódica, se obtienen datos que permiten reorientar la Propuesta en caso de ser necesario.

Al finalizar el período de ejecución estipulado para la Propuesta, se realiza una segunda Evaluación “ex post”, que evalúa si los objetivos se han cumplido o no, y cuáles fueron efectos buscados y no buscados. Para ello, se organizan Reuniones Trimestrales con participación del Equipo Interdisciplinario, del grupo de estudiantes voluntarios y de algunos residentes que hayan participado del Taller, para que puedan ponerse sobre la mesa avances y retrocesos en su ejecución.

Esta Evaluación también puede ser realizada a través de Encuestas que contemplen a la mayor cantidad posible de participantes del Taller.

4.2. Conclusiones

Ante el crecimiento de casos por causa del COVID-19, las decisiones a nivel nacional, que luego se replicaron a nivel provincial y municipal, tuvieron que ver con restricciones al interior de instituciones geriátricas. Específicamente, en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, se jerarquizaron derechos colectivos por sobre derechos individuales, con el fin de preservar el bienestar general en un contexto donde la población, tanto la que representa a residentes como a una porción de trabajadores, considerada “de

riesgo”.

Las medidas sanitarias tuvieron un impacto en la vida de las personas mayores residentes, siendo el aislamiento por Salas la medida más significativa. Su cotidianidad se vio limitada a actividades básicas de la vida diaria en un espacio reducido y compartido con las mismas personas por largos períodos de tiempo.

Sumado al “encierro” como principal problemática, se suspenden las actividades “socio subjetivas” y las visitas familiares. Este panorama plantea desafíos significativos, tanto para las y los residentes debido a la imposibilidad de sostener vínculos con el exterior, como para las y los trabajadores, quienes tuvieron que pensar en estrategias vinculadas a la contención de estos estados anímicos agudizados por el aislamiento, barajando límites y posibilidades de llevar a cabo intervenciones alternativas al “cara a cara” y del sostenimiento de la mirada, la palabra y la escucha para contrarrestar estos efectos.

En este contexto, el Equipo Profesional reconoció en las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), herramientas con potencial para hacer frente a estos desafíos; éstas comenzaron a formar parte importante de su trabajo con las personas mayores, en relación a readaptación de visitas familiares y comunicación alternativa entre profesionales y familiares.

Teniendo en cuenta a la pandemia como un contexto de profunda ruptura del lazo social a nivel comunitario e institucional, reconocemos el lugar que tuvo y tiene la profesión del Trabajo Social en cuanto a la reparación y fortalecimiento del lazo social, y, en particular, la importancia y particularidades que éstos adquieren en el trabajo con vejez, en pos del reconocimiento y defensa de sus derechos.

Desde una perspectiva integral es posible salirse de respuestas medicalizadas o sólo vinculadas con las características o efectos del COVID-19 en términos de intervención. La Accesibilidad se construye colectivamente desde la intervención, como una especie de cartografía que se adecúa a cada demanda, circunstancia,

persona. (Carballeda, 2020, pp-1)

El contexto de pandemia, que se presenta como dimensión instituyente de lo emergente, nos lleva a repensar las miradas ético-políticas e ideológicas sobre las que se sostiene nuestra profesión y el lugar que cumple ésta al interior del equipo interdisciplinario y, en concreto, en el trabajo con vejez, ya sea para perpetuar o modificar lo instituido.

En relación a esto último, las particularidades de esta coyuntura obligó a los profesionales a “inventar modalidades de vínculo y de solidaridad, que fortalezcan el tejido social y que, justamente, contrarresten las implicancias del aislamiento al construir nuestra propia modalidad de trabajo” (Turchetti y Sánchez, 2020, pp-3).

En esa búsqueda de nuevas estrategias de intervención que se singularizan en nuestro campo, “el Trabajo Social desde una mirada singular de lo social, tiene la posibilidad de hacer ver al equipo de trabajo y a quienes reciben su intervención, las características heterogéneas del tema, haciendo de esta manera mucho más realista el abordaje del mismo poniendo en claro que una cifra epidemiológica, como una cantidad de casos, debe ser complementada por las características territoriales de las circunstancias de cada uno de ellos” (Carballeda, 2020, pp-1).

Se reconoce, entonces, la capacidad del Trabajo Social de comprender el territorio desde sus diferentes expresiones. Carballeda (2020) dirá que “lo que aporta en este contexto es la posibilidad de trabajar en la recuperación de lazos sociales, su fortalecimiento y fundamentalmente la posibilidad de conocer los problemas sociales desde una perspectiva situada; o sea, singularizada en el territorio” (pp-4).

Esa recuperación del lazo social, en un contexto de profunda ruptura del mismo a nivel comunitario e institucional, adquiere especial relevancia en nuestra disciplina; al respecto, resulta gráfica la descripción de la trabajadora social del Hospital Geriátrico Provincial, quien apunta que “lo principal desde el trabajo social, al ser un hospital de internación crónica, fue y sigue siendo poder ser intermediarios o mediar entre las

necesidades de los residentes con la institución y con el grupo familiar, interviniendo también en las demandas del grupo familiar a la institución”.

Es en esta búsqueda de nuevas estrategias de intervención para reparar y fortalecer los vínculos de las personas mayores institucionalizadas, que aparecen las TIC como una de las herramientas que posibilitaron tal objetivo, generando transformaciones en la dinámica institucional.

Se considera fundamental que no se pierda *“lo que la pandemia dejó”*. Las estrategias de respuesta que tuvieron lugar durante el contexto de emergencia sanitaria, pueden ser recuperadas para promover nuevos modos de intervención profesional.

De ahí que se reconoce el potencial de las TIC para pensar en estrategias que permitan revincular a los profesionales en el trabajo con las personas mayores, a su vez que logren incluir a éstas últimas en procesos educativos y comunicativos que promuevan su autonomía y genere un impacto positivo en la autoimagen que tienen de sí mismas.

Esto no podría ser posible sin el rol del Trabajo Social en la articulación de estos objetivos, a través de *“visualizar e identificar a las redes sociales existentes para ayudar a ampliarlas, fortalecerlas, resolver conflictos y colaborar con y entre ellas. Estas estrategias tienden fundamentalmente al fortalecimiento del lazo social y a generar condiciones que posibiliten una auténtica restitución comunitaria”*. (Turchetti y Sánchez, 2020, pp-3)

A modo de cierre, este trabajo pretende ser, en primer lugar, un aporte a los debates ya existentes acerca del lugar del Trabajo Social en el campo de las personas mayores, específicamente de aquellas que se encuentran institucionalizadas y su revinculación con el *“afuera”*; en segundo lugar, a través de la recuperación de estrategias de intervención surgidas en contexto de pandemia, es una invitación a seguir construyendo nuevas formas de abordaje de las problemáticas emergentes de las vejeces, desde un enfoque de derechos humanos que contraste a la herencia funcionalista que aún subsiste en el campo gerontológico.

De esta manera, se apunta a revalorizar la construcción interdisciplinaria de la vejez, a raíz de un diálogo entre diferentes campos de saber, entre los que se encuentra nuestra profesión, reconociendo su lugar en la contención y reparación del lazo social, pero también, en “la construcción de un sujeto viejo diferente, desde la instalación de los viejos como sujetos de derecho, lo cual tendría que constituir nuestro ideario en la intervención social cotidiana” (Ludi, 2011, pp- 33)

El trabajo sobre las categorías de vejez en el campo de la psicología, la educación y las ciencias sociales se presenta como una invitación a repensar los problemas de la acción social, la socialización y la producción del colectivo ... Un repensar que nos permita, a la vez, ajustar y nutrir nuestros dispositivos tanto de producción de conocimientos como de intervención en el campo de la vejez y el envejecimiento. (Iuliano, 2019, pp-28)

El enfoque de derechos desde el cual se busca intervenir, se sustenta sobre los preceptos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (2015) cuyo objeto es “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad” (pp-4).

De esta manera, cumplir con el compromiso de quienes formamos parte de esta disciplina, que es realizar un acompañamiento de las personas en defensa y recuperación de sus derechos, los cuales son reconocidos sólo cuando se ejercen. Es a partir de este compromiso, que posicionados políticamente, se trabaja en la reconstitución del lazo social en orden o en función de transformar ciertas realidades injustas.

Algunos hallazgos...

Durante la pandemia, surgieron motivaciones o intereses en algunos de las y los residentes, las cuales pudieron no haber estado presentes o bien no habían tenido lugar ante la oferta de actividades del Equipo. Estas iniciativas, que pasaron a formar parte de su vida hasta el día de hoy, estuvieron adaptadas a las condiciones que les imponía el aislamiento, es decir, se desarrollaron dentro del espacio delimitado en cada Sala, pero no dejan de ser proyectos personales que les permitieron correrse de esa rutina extremadamente limitada.

La primera iniciativa o situación a tener en cuenta es la de uno de los residentes entrevistados que dedicó su tiempo a trabajar en la Biblioteca del Hospital, de la cual ya se ocupaba previo a la pandemia, pero se motivó a trabajar en profundidad y resolver cuestiones de mayor complejidad como armar estanterías de madera. Estaba basado en un gusto personal ya que apunta que siempre fue una persona lectora, que le gustan todo tipo de libros:

“Todo está hecho por mí, las camas para aprovechar el espacio y poder guardar los libros, los estantes, el orden de los libros que son donados. De a poco fui acondicionando el lugar, lo hice en época de la pandemia y fue mi trabajo. Ahora tenemos computadoras” ... “La biblioteca era mi espacio, no me comunicaba con nadie afuera porque no tengo familia, si tuviera familia tal vez no estaría aquí. Así que ese era mi espacio”.

La segunda situación es la de un residente quien, al no poder salir de la Sala en la que estaba su habitación, y pasar momentos prolongados del día en el patio de ésta, decide comenzar a mantener el jardín, ya que, cuando vivía solo, le gustaba dedicar tiempo a sus plantas.

“Me dediqué al jardín porque si no salía y todo el día sin hacer nada, caminaba por las paredes. Siempre me gustó a mí regar y dedicarle tiempo a las plantas, por eso le pedí a un familiar que me trajera plantas y yo le llevaba otras de acá, intercambiábamos”

La tercera es la de una pareja que se encarga de organizar los suministros que ingresan al Hospital. Ellos tenían buena relación con una monja perteneciente a la Capilla

del Sagrado Corazón de Jesús, lindera al Hospital que, durante la pandemia, los invita a trabajar juntos en la organización de las donaciones.

“Yo acá estoy con ella, viene una dama de beneficencia y nos traen cajas cerradas de medicamentos, café, té, lo que sea, y nos ponemos entre los dos a clasificar por color y cartón, y después nos trae otras cosas para hacer, nos vamos entreteniendo en el día porque no hacemos otra cosa”

Otra cuestión a destacar es que, durante la realización de las entrevistas a residentes, se pudo observar que varios de éstos estuvieron acompañados por sus gatos.

“Además de encargarme de la Biblioteca, también alimento a los gatos que son de este lugar, les dejo su comida en un tarrito en la puerta que preparé, ellos son una compañía para nosotros, andan por acá todo el día, siempre los vas a ver” (Entrevista 12, 2023)

En los relatos, aparece el cuidado de éstos últimos como parte de su vida cotidiana. La posibilidad de cuidar a otros, en este caso, tener a su cargo una mascota, surge del hecho de que, durante la pandemia, las y los residentes manifestaron encontrar varios gatos sin dueño entre los techos y distintos espacios de la institución. En las entrevistas, algunos manifiestan haberlos adoptado y se destaca que, hasta el momento, desde la institución no hubo restricción al respecto.

“Pasaba mucho tiempo en el patio, no iba a otro lado” ...” Y la cuidaba a ella (haciendo referencia a la gata que está sentada a su lado), yo la adopté hace un buen tiempo, duerme conmigo en la cama, espera a que yo me acueste y se duerme en mis pies. Es amorosa, muy cariñosa con todos, yo la amo”

Bibliografía

- Alves, R. J. (2013). *Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario*. Universidad de Buenos Aires.
- Azaretto, Clara y Ros, Cecilia (2015) “Las relaciones del psicoanálisis y otros campos de saber en términos de multidisciplinaria-interdisciplinaria-transdisciplinaria”, VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación, XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Balbuena, Y., Bravo Almonacid, F., Crovetto, H., Dupuy, S. y Iuliano, R. (2019). *Vejez y envejecimiento: conceptualizaciones y abordajes desde las ciencias sociales*. Universidad Nacional de la Plata.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Bonetto, C. (2017). *Políticas de Cuidado para personas mayores en la Ciudad de Rosario: Diferentes miradas y discursos sobre la vejez a partir de los cursos Cuidados Domiciliarios y Asistente Gerontológico*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Rosario]
- Cabero, L. A. (2015). *Experiencias convivenciales entre adultos mayores autónomos y con demencia en una institución de larga estadía. Un estudio de caso*. [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Rosario]
- Calienni, M., Martín, A. M. y Moleda, M. (2009). Sobre el Trabajo Social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina. Plaza Pública. *Revista de Trabajo Social*, 2(2), 37-47.
<https://revistaplazapublica.files.wordpress.com/2014/06/calienni-y-otras.pdf>
- Cataldi, M. (2020). El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la Pandemia de coronavirus COVID-19. *Revista Margen*, 97, 1-6.

- Carballeda, J. A. (2002). La Interdisciplina como Diálogo. Una visión desde el campo de la Salud. *Revista Margen*, 24.
- Carballeda, J. A. (2020). Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. *Revista Trayectoria Colectiva*, 1(2020), 3-5.
- Clínica Universidad de Navarra. (s/f). Qué es la Senilidad. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/senilidad#:~:text=La%20senilidad%2C%20derivada%20del%20lat%C3%ADn,puede%20acompa%C3%B1ar%20a%20la%20vejez.>
- Constitución de la Nación Argentina. [Const]. Artículo 75. Argentina.
- *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Artículo nº1. 15 de junio de 2015.
- Fassio, A. (2007). La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina. Imaginarios y realidades. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 18, 443-447.
- Faur, E. y Jelín, E. (2013). Cuidado, género y bienestar: una perspectiva de la desigualdad social. *Revista Voces en el Fénix*, 23.
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (2020). Protocolo para la Prevención y Manejo de Casos Sospechosos de Coronavirus (COVID-19) en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores (Geriátricos, Hogares, Holeyam). <https://www.santafe.gob.ar/ms/covid19/wp-content/uploads/sites/36/2020/05/PROTOCOLO-DE-BIOSEGURIDAD-EN-RESIDENCIAS-DE-LARGA-ESTADIA.pdf>
- Huenchuan, S. (29-30 de octubre de 2009). *Envejecimiento e Institucionalidad para el cuidado de las personas mayores*. [Ponencia]. Seminario Regional Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas, Santiago de Chile, Chile.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Iacub, R. y Sabatini, B. (2007). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y Envejecimiento*. Editorial Paidós.
- Iacub, R. (2001). *La Post-Gerontología. Hacia un renovado estudio de la Gerontología*. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G.
- Iacub, R. (2012). *El poder en la vejez. Entre el desempoderamiento y el empoderamiento*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Ministerio de Economía de la Nación.
- Iuliano, R. (Comp.). (2019). *Vejez y envejecimiento. Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación*. Universidad Nacional de La Plata.
- Jesús Domingues Platas (2022) Prólogo. En García González, A. J. y Bohórquez Gómez-Millán, R. (2022). *Educación, calidad de vida y redes sociales en las relaciones intergeneracionales. Manual de Buenas Prácticas*. (pp. 9-25). Thomson Reuters.
- Lagar, R. H. (2020). Los derechos de la ancianidad en la Reforma Constitucional de 1949 y después. *Revista de Abogacía*, 4(6), 109-117.
- Ludi, M. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. *Revista Cátedra Paralela*, 8(2011), 33-47.
- Martínez, H., Mitchell, M. E., Aguirre, C. (s/f). *Salud del Adulto Mayor. Gerontología y Geriatría*. [Archivo PDF]. <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>
- Martín García, A. V. (2000). Diez visiones sobre la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 323(2000), 161-182.

<https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:8de06f5e-86a8-4be0-8679-305240f0f625/r/e3231008918-pdf.pdf>

- Manes, R., Carchak Canes, M. y García Molina, F. (2021). *Trabajo social con personas mayores: Aprendizajes, investigación y nuevos desafíos para las prácticas en contexto de complejidad*. Facultad de Ciencias Sociales (UBA)
- Mayo Clinic. (s/f). Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>
- Oddone, M. J. (2014). El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina. *Revista Voces en el Fénix*, 7(2014), 82-90.
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Las políticas de cuidado en Argentina. Avances y desafíos*. Editorial Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Otero, H. (2020) A puertas cerradas. La vejez en instituciones en Buenos Aires y el Interior, 1850-1950. *Revista Población de Buenos Aires*, 17(29), 5-18.
- Olivo Viana, M. G. (2015). Planificación situacional como proceso: un enfoque para la intervención social y la formación profesional en Trabajo Social. En Paola, J., Tordó, M. N. y Danel, P. M. (Comp.), *Más mayores, más derechos. Diálogos interdisciplinarios sobre vejez*. (111-127). Editorial Universidad de La Plata.
- *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. 8 a 12 de abril de 2002.
- Rodríguez, G., Zangara, V., Preedin, G., González Saibene, A. y Martino, S. (2020). Trabajo Social y Envejecimiento Activo en la política social para personas mayores. En González Saibene, A. y Martino, S. (Comp.), *De la política al campo, del campo a lo político. Investigaciones e intervenciones en Trabajo Social*. (242-265). UNR Editora.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo Psi*.
- Stolkiner, A. (7-8 de octubre de 2005). *Interdisciplina y Salud Mental* [Presentación en papel]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología, Posadas, Misiones, Argentina.
- Tenti Fanfani, E. (1989). *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención*. Biblioteca Política Argentina.
- Testa, M. (2017). *Entrevistado por Soberanía Sanitaria*. Revista Soberanía Sanitaria.
- Turchetti, M. I. y Sánchez, D. (2020) La intervención como Trabajadores Sociales en contexto de Pandemia. *Revista Margen*, 97, pp- 1-6.
- Uriz, P., Encinas, L. y Gielis, A. (2020). *Des(armando) la noción de complejidad en la intervención profesional: un recorrido crítico por denominaciones, imaginarios y expectativas profesionales*. Jornadas de estudiantes de Trabajo Social del Litoral.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Centro Editor de América Latina.
- Vega, G. (2017). El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la “microfísica” y el tratamiento de la multiplicidad. *Revista Digital de Filosofía*, 136-158.
- Yuni, J. A. y Urbano, C. A. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-169.
- Yuni, J. A. y Urbano, C. A. (2005). *Educación de adultos mayores. Teoría, investigación e intervenciones*. Editorial Brujas.

ANEXO

TOTAL DE ENTREVISTAS: 8

PROFESIONALES: Enfermería, Medicina, Kinesiología, Farmacia, Trabajo Social, Musicoterapia, Servicios Generales, Psicología

Entrevista 1

Fecha: 3/5/2023

Profesión de la persona entrevistada: Enfermería

¿Cuál es tu profesión dentro de la institución? ¿Podrías contarme brevemente en qué se basa tu trabajo dentro del Hospital? ¿Qué roles cumplís?

Mi profesión es enfermera, actualmente estoy a cargo de Supervisión desde antes de la pandemia, pero trabajo en este Hospital Geriátrico hace cuarenta años. Empecé en Sala Santa Ana, que era recuperación; después fui jefa desde el '95 en Sala Marull y, bueno, así empezó mi trayectoria hasta llegar a Supervisora a cargo del Departamento de Enfermería.

A raíz de los contagios de COVID-19, hubo disposiciones a Nivel Nacional y Provincial para preservar el bienestar general dentro de las Instituciones . Qué medidas o acciones se llevaron a cabo en función de las recomendaciones nacionales y provinciales? ¿Hubo algún protocolo interno? ¿Se cerraron/clausuraron espacios de la institución durante ese período?

Sí, todo empezó en Sala Santa Inés, con el primer caso COVID-19, de una enfermera donde inmediatamente se activó un protocolo, se aisló la sala, ya empezaron los enfermeros a retirarse, los que eran población de riesgo. Quedó aislada, empezaron los aislamientos por 14 días y ahí empezamos con el "EPP" que son los elementos de protección (bata, barbijo, etc).

En marzo de 2020 empezamos con la nueva gestión del Hospital. El subdirector tomó la posta y empezó a ver los elementos del EPP, probando batas, buscando la mejor calidad y bajando información de los protocolos; primero hubo rechazo del personal, había miedo pero esto era un aprendizaje día a día, para todos los miembros del Hospital.

En relación al protocolo, para el ingreso tenías que venir con ropa de calle y cambiarte en la entrada del Hospital, usar el ambo para no ser vector de entrada y salida del virus. Después llegó el contagio a distintas salas hasta que se hizo masivo, hubo óbitos y, la verdad, pensamos que iba a haber muchos más, pero gracias al compromiso y el aprendizaje diario del equipo, poniendo el cuerpo y arriesgando todo, no hubo tantos.

¿Cuáles son las principales problemáticas para las personas mayores institucionalizadas que surgieron durante el año 2020? ¿Se agudizaron problemas previos? ¿Cuáles?

Lo primero ha sido el impacto; los pacientes que salían no pudieron salir más, quedaron encerrados, porque éste es un Hospital abierto y ellos pueden salir con permiso médico. Hay pacientes que, por ejemplo, van y se compran las cosas, y eso era la lucha diaria porque hay pacientes que están bien, entonces cuestionaban que el cigarrillo, la comidita a la noche. Era la resistencia a los protocolos que hacen a la organización en ese contexto.

También la cuestión de lavarse las manos y las superficies, vos les hablabas y no, pero eso nos ocurrió a todos. Después era el barbijo N95 que tenías que ponerte doble, y era también la guerra. La problemática también existía por el propio personal, era continua la educación incidental para que se concientice.

Los pacientes lo vivieron como un impacto fuerte, social, que atraviesa toda la parte emocional, su vida diaria coartada, porque ellos viven acá, son crónicos, por ende fue el tema de adaptarse porque cada uno vive su realidad individual, a los protocolos que sí o sí había que cumplir. Entonces, por parte de los pacientes, eso es lo que vivieron.

¿Y en relación a los profesionales, al equipo de trabajo?

Atravesaron el miedo, el pánico, la lucha diaria.

¿Ha habido cambios en relación a los regímenes de visitas de familiares de las personas residentes?

Las visitas se suspendieron totalmente, no entraba nadie que no estuviera trabajando. Después empezaron las visitas programadas que ingresaban en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) con el EPP, no más de una persona, muy cuidado.

¿Qué herramientas facilitaron el contacto entre ellos?

Al principio era un vidrio de por medio, en la puerta de entrada se acercaba a los pacientes y los familiares del otro lado, en el hall de entrada, así empezó todo y con el EPP. De acuerdo a como fueron alivianándose las olas de la pandemia, así se fue flexibilizando la posibilidad de que entren, pero todavía con condiciones, se cuidó hasta último momento.

Además, acá también teníamos los hisopados; ellos activaban enseguida, esperaban 72 horas como decía el protocolo e hisopaban. Ante el primer síntoma, se activaba, y estaba ante todo pensado para el personal porque tiene doble empleo.

La única manera de comunicarse era a través de las llamadas, te llamaban a cualquier hora, me han llamado a la una de la mañana cuando tenías que esperar el resultado del hisopado de alguien, de algún paciente.

El Comité de Contingencia se armó para atender a esas cuestiones, estaba activo las 24 horas, y cuando el Comité decidía el aislamiento de alguna sala, se activaba el protocolo.

La comunicación era telefónica. Algunos residentes tienen celulares pero sino se los ofrecemos nosotros para que cualquiera pueda comunicarse con los familiares. Esto significó mayor demanda de atención con menos personal y nuevos protocolos y personal, porque la provincia, al ver tanta demanda en los efectores, activa este tema de la Suplencia COVID-19, entonces vinieron refuerzos que eran 15, 20, 30 días, se iban cubriendo.

¿Qué cosas positivas rescatás del trabajo en el Hospital durante el año 2020?

El aprendizaje, una acción inmediata, ver el reconocimiento, compromiso e interés del equipo. Tratar de no equivocarte en nada porque una equivocación comprometía al paciente, vos, tu familia, porque es una cadena.

Fue un desafío en donde se pusieron en relieve las capacidades y potencialidades que se vieron en ese momento, que, a lo mejor, si no hubiese ocurrido la pandemia, ese potencial que tiene enfermería no se ve por la rutina, pero en el momento de emergencia, se activó automáticamente.

¿Existe algún recurso, herramienta o dinámica que haya surgido durante la pandemia y siga utilizándose en la actualidad?

El alcohol y el barbijo si estás resfriado, es automático. También si tenemos otro paciente con otra patología o microorganismo, se implementa el EPP.

Nosotros tenemos desde antes de la pandemia lo que son los distintos tipos de aislamiento que pueden ser respiratorio, de contacto-respiratorio o desde protección. Eso, como lo tenemos de formación, cuando se activa una catástrofe como fue la pandemia, lo que hace es que reforcemos mucho más las medidas de bioseguridad y que nosotros estemos más en alerta. Entonces, ante la aparición de cualquier síntoma que tenga algún tipo de relación con la circulación de un microorganismo de manera masiva, nosotros ya estamos expectantes, atentos.

Entrevista 2

Fecha: 3/5/2023

Profesión de la persona entrevistada: Medicina

A raíz de los contagios de COVID-19, hubo disposiciones a Nivel Nacional y Provincial para preservar el bienestar general dentro de las Instituciones . Qué medidas o acciones se llevaron a cabo en función de las recomendaciones nacionales y

provinciales? ¿Hubo algún protocolo interno? ¿Se cerraron/clausuraron espacios de la institución durante ese período?

Yo soy médico y soy parte del Equipo del Hospital. Lo novedoso durante la pandemia fue el Comité de Contingencia formado por todas las disciplinas del Hospital, donde había de servicios generales, y se trataba de que estén los jefes de cada área o sector, así que había de Servicios Generales, de mantenimiento, administración, de la Dirección, del Dpto Médico, del Dpto de Enfermería, de fisioterapia y rehabilitación, de trabajo social. En ese Comité nos reuníamos semanalmente para tomar decisiones en cuanto a protocolos, porque todavía no teníamos bajadas las líneas del Ministerio de Salud de la provincia. Nosotros, después, como es un efector que pertenece al Ministerio de Salud, rápidamente nos empiezan a bajar los lineamientos y empezamos a trabajar con protocolos. Lo que pasa es que los protocolos eran para Hospitales de segundo o tercer nivel o de pacientes agudos y acá había que aggiornarlo o adecuarlo para pacientes crónicos y que viven acá, por lo que el Comité hacía eso, iba reacomodándose en base a las cuestiones que nos bajaba el Ministerio, con protocolos del Dpto de Infectología y Epidemiología, lo adecuábamos y le dábamos toda la impronta de un hospital de crónicos.

Pero se hacía semana a semana, porque en el medio íbamos aprendiendo lo que implicaba esta pandemia. Primero nos asustamos un montón, después parecía que se venía el mundo abajo pero nos fuimos reacomodando, y eso que todo el mundo trabajaba en otros lugares.

En este Hospital Geriátrico tuvimos una tasa de mortalidad muy baja con una adecuación interesante. Y, por supuesto, sabiendo que quienes traíamos el COVID éramos quienes veníamos de afuera para adentro, no eran los residentes porque estaban acá encerrados.

Las medidas con las famosas "EPP" éramos muy estrictos, fuimos muy respetuosos con todo lo que había que hacer. Acá, el personal de salud y mantenimiento general, se comportó extremadamente bien, fuimos todos muy prudentes y responsables en su momento, pero no sólo porque empezamos asustados porque no teníamos idea qué pasaba con esta pandemia. Yo en la facultad había estudiado pandemias, epidemias, endemias, pero cuando empezás a vivir una desde el lado de adentro, nadie te prepara para vivenciarlo en el terreno, más con una población acá tan vulnerable, que te imaginás que el COVID hace un desastre.

¿Cuáles son las principales problemáticas para las personas mayores institucionalizadas que surgieron durante el año 2020? ¿Se agudizaron problemas previos? ¿Cuáles?

La verdad que la principal problemática tiene que ver con que, los que se iban infectando, su pronóstico era reservado por la cuestión. Cuando teníamos pacientes que se infectaban

de COVID y los que hacían cuadros de descompensaciones más graves, se los derivaba, ya sea a hospitales públicos de mayor complejidad, y, a los que tienen obras sociales que más que nada es PAMI o IAPOS, a efectores privados. Los otros, que estaban con síntomas leves a moderados, los teníamos acá.

No hemos tenido grandes problemas, que yo recuerde, lo hemos pasado dentro de todo bastante aceptable.

Sí había, de los residentes que son autoválidos, resistencias a quedarse encerrados en la habitación una semana, quince días, era lo que más dificultad nos traía el hecho de que puedan entender que hay que estar aislado, aunque fuera el aislamiento preventivo. Muchos salían o iban a los talleres con la musicoterapeuta, la psicóloga, pero tuvimos que explicarles que no se podía por los contagios.

¿Ha habido cambios en relación a los regímenes de visitas de familiares de las personas residentes? ¿Qué herramientas facilitaron el contacto entre ellos?

Las visitas se suspendieron totalmente. Los pacientes que tenían que ir a interconsultas a otros especialistas que nosotros no los tenemos acá, se suspendió todo eso también, se cerraron las puertas y no hubo visitas.

A medida que empezó la vacunación, ahí se empezaron a hacer visitas programadas, todo a través del servicio de trabajo social, entonces ahí se hacían visitas al aire libre, con un tiempo limitado y todo protocolar. Había familiares a los que les caía bien y otros no entendían e insistían en que querían verlos, por lo que había que hacer un trabajo con los equipos de las salas.

Los familiares venían y nos decían que querían verlos todas las semanas, pero se les iba explicando y todo se iba acomodando. Nos llamaban y nosotros pasamos informes por teléfono o nos llamaban para consultar cómo evolucionaba la situación, por lo que el vínculo seguía, aunque sea telefónicamente.

¿Y entre profesionales? ¿Cómo es esa comunicación?

Nos manejamos todo internamente, salvo ciertas descompensaciones donde hay que derivar a otros efectores. Nos sirvió mucho el Comité de Contingencia porque éramos muchas voces con distintas ideas, entonces íbamos consensuando y llegando a ciertas cuestiones protocolares, entendiendo que acá la gente vive.

¿Qué cosas positivas rescatás del trabajo en el Hospital durante el año 2020?

Con la pandemia nos quedó esta enseñanza que, muchas veces, más que nada de los médicos hay mucha resistencia a trabajar en equipo. Nos han criado con que somos lo más importante del sistema de salud y estas cuestiones como la pandemia y otras problemáticas

que uno ve a diario nos ha dejado eso como enseñanza, no se puede trabajar en salud si no es en equipo. Y un equipo conformado por el médico, enfermero, trabajador social, el psicólogo, psiquiatra, gente de mantenimiento, hacen que el trabajo sea más ordenado y las cosas que vas haciendo persistan por más tiempo. Trabajar en equipo es la mejor manera de que vos puedas desgastarte mucho menos vos y podés entender la lógica de un otro, más que nada en salud, cuando acá la problemática no es eminentemente médica, acá hay problemas que van por un montón de lados, por eso la importancia de armonizar la práctica. Uno veía la muerte muy próxima, muchos estábamos en pánico, muchas veces veíamos que se morían pacientes sin poder despedirse o ver familiares cercanos.

¿Existe algún recurso, herramienta o dinámica que haya surgido durante la pandemia y siga utilizándose en la actualidad?

El trabajo en equipo, interdisciplinar, que laburar en salud es un laburo integral e integrado. Es poder entender que todos somos importantes de este sistema de salud, entendiendo salud no sólo como concepto médico, sino como concepto bio, psico, socio.

Entrevista 3

Fecha: 3/5/2023

Profesión de la persona entrevistada: Kinesiología

¿Cuál es tu profesión dentro de la institución? ¿Podrías contarme brevemente en qué se basa tu trabajo dentro del Hospital? ¿Qué roles cumplís?

Acá somos aproximadamente cuatro o cinco kinesiólogos, que nos dedicamos a hacer consultorio interno, vemos a los pacientes que están internados acá, ya sea ambulatorios o no, pero son pacientes residentes de acá; hay algunos que vienen temporalmente por cuestiones de rehabilitación o por cuestiones familiares que se van y otros que se quedan para toda la vida.

Cada kinesiólogo tiene una sala a cargo, algunos tienen dos salas de acuerdo a la cantidad de gente que está internada, y cada uno trabaja con la médica y el enfermero que estén en la sala correspondiente. Tratamos de no interferir en cada uno de los pacientes, salvo que alguno falte, pero generalmente cada uno se avoca a su sala. Y las interconsultas que llegan acá o las derivaciones las evalúa la doctora que es la fisiatra, y después ella deriva a los pacientes correspondientes.

Generalmente trabajamos con los pacientes internados porque, por cuestiones de COVID, se había cerrado el consultorio externo y después se abrió nuevamente algunos días, pero todavía queda esta cuestión de no mezclar los pacientes de afuera con los que están internados por cuestiones de protocolo de pandemia y organizativa, así que se hace de 8 a

12 horas a los pacientes que están internados, y de las 12 del mediodía en adelante a los pacientes externos.

A raíz de los contagios de COVID-19, hubo disposiciones a Nivel Nacional y Provincial para preservar el bienestar general dentro de las Instituciones . Qué medidas o acciones se llevaron a cabo en función de las recomendaciones nacionales y provinciales? ¿Hubo algún protocolo interno? ¿Se cerraron/clausuraron espacios de la institución durante ese período?

Sí, acá cuando fue el primer tiempo de pandemia se cerró el geriátrico, y los pacientes que estaban internados no podían salir, salvo por ciertos protocolos que firmaba la familia o el mismo médico por cuestiones de COVID, pero sí todo lo que sería externo quedó suspendido: estudiantes que venían a hacer las prácticas, residentes, gente que venía a acompañar, que hacía talleres, voluntarios. Lo que sí se siguió teniendo fueron las internaciones, derivaciones internas.

Se trataba de trabajar en burbujas, por ejemplo, de 8.30 am a 9.30 am venía una Sala donde la atendía un kinesiólogo, y otro kinesiólogo que no podía atender acá en el gimnasio porque estaba en esa burbuja, se iba a la Sala. Por ejemplo, Sala San Juan trabajaba de 8.30 am a 9.30 am con x kinesiólogo; terminaba esa Sala y se traía a los pacientes de la siguiente, en esa misma burbuja, y así sucesivamente, sin mezclar porque, si bien allá los pacientes estaban aislados, cuando los retiraba acá se tenían que tratar de mantener ese mismo aislamiento.

¿De qué manera se desarrolló el trabajo interdisciplinario en este contexto? A partir de los protocolos, ¿cómo lograron mantener una comunicación?

Nosotros acá trabajábamos normalmente, con protocolos y equipos de protección, después si teníamos más cuidados con los residentes: tratábamos de no estar tanto juntos ni mezclarnos. Igual siempre había ese miedo a saber qué podía pasar, entonces, a lo mejor se extremaban cuidados porque son gente grande, a veces con patologías que vienen arrastrando desde hace mucho tiempo.

En este contexto, el vínculo entre nosotros, no sé si se hizo más cercano, pero sí más ameno. Hay veces que, vos trabajás con tres o cuatro personas, pero si no te tocan vivir situaciones así de complejas, no pasa.

¿Cuáles son las principales problemáticas para las personas mayores institucionalizadas que surgieron durante el año 2020? ¿Se agudizaron problemas previos? ¿Cuáles?

El aislamiento de los familiares. Si bien los enfermeros y médicos contuvieron un montón y entre los mismos pacientes se contuvieron, el hecho de tener casi dos años encerrados en

el Hospital y no tener esa posibilidad de ser visitados por los familiares, los tiró bastante abajo. Después se levantaron, hoy están mucho mejor, pero estos casi dos años fueron lo peor. Porque después la atención médica, el tratamiento, la alimentación lo siguieron teniendo. Si bien venían acá dos o tres veces por semana y hacían ejercicio, pero después el hecho de no poder hacer cine, pintura, música, porque los talleres se habían suspendido, ni salir a la calle, no ver gente, siempre ver las mismas veinte o veinticinco personas que estaban internadas, eso los tiró para abajo.

Algunos lograban comunicarse con sus familias, los enfermeros les prestaban el teléfono, se llamaban y todo, pero no es lo mismo para ellos el contacto visual, el saber cómo están. También el miedo ese de saber qué les había pasado a los familiares, porque hay familias y familias; había familias que dejan acá al paciente y se olvidan, pero para el que está internado, por ahí veían lo que estaba pasando en las noticias en televisión y querían saber qué les había pasado a sus familias, capaz que pasaban 15 días que el familiar no los llamaba y se desesperaban. Entonces el médico o la trabajadora social les prestaba el celular para que llamen, o la trabajadora social se intentaba comunicar con los familiares que no estaban yendo.

¿Existe algún recurso, herramienta o dinámica que haya surgido durante la pandemia y siga utilizándose en la actualidad?

Algo que se acentuó en pandemia y tratamos de hacer es que, cuando el paciente por ahí no quiere hacer rehabilitación, tratamos de sacarlo de ese lugar, decir, bueno, tratar de convencerlo, insistirle en que venga. Entendemos que cuando hace mucho frío o llueve, o incluso cuando estaban encerrados no querían salir, un día se las dejás pasar; ya a la tercera que no viene, intentas hablar con el médico o enfermero, porque está bien que cada uno pueda decir que no, pero por ahí ese no venir destapa otra situación que está atravesando, ya sea problemas con un familiar o con alguien de la Sala. Uno trata de hacer la terapéutica de, más allá de hacer ejercicio acá, de sacarlo, preguntarle por qué no quiere venir, ver qué hay detrás de ese "no quiero". La pandemia sirvió para eso, para insistirle, para que no se queden, porque uno puede estar bien físicamente pero si la cabeza no está sana, el deterioro se vuelve más significativo. La depresión en la pandemia era muy regular, más en gente grande que necesita que uno los acompañe, les haga bromas, además de la lejanía con los familiares que los sensibiliza mucho.

Entrevista 4

Fecha: 3/5/2023

Profesión de la persona entrevistada: Farmacia

¿Cuál es tu profesión dentro de la institución? ¿Podrías contarme brevemente en qué se basa tu trabajo dentro del Hospital? ¿Qué roles cumplís?

Soy farmacéutica, estoy haciendo el reemplazo de la Dirección Técnica del Servicio de Farmacia del Hospital. Arranqué en octubre del 2021 y soy la encargada del Servicio de Farmacia.

En 2021, ¿recordás si aún se sostenían las medidas protocolares de la pandemia?

En 2021 fue un año con muchos casos de COVID, más allá de que ya había varias personas vacunadas, especialmente personal de salud y residentes, se mantenían las medidas, principalmente elementos de protección personal, que nos influían directamente porque se entregan y se gestionan desde Farmacia, y medidas de circulación y protocolo. Además, en el 2021 estuvieron cerrados los consultorios externos, pero, obviamente la provisión de medicamentos debería y debe continuar, entonces por eso mismo nosotros entregábamos la medicación en la portería. Los médicos de consultorio externo dejaban hechas las recetas, nosotros preparábamos la medicación y la persona paciente o familiar se acercaba a la portería a recibirlo.

¿Cómo garantizaban la comunicación, tanto entre profesionales como con las familias de los pacientes? ¿Podían verse personalmente?

Entre profesionales fue un tema con problemas. A veces se complicaba ya que muchos profesionales no estaban viniendo a trabajar presencialmente por cuestiones de salud o licencias mismas del COVID, entonces pasaba que la persona se acercaba al establecimiento a retirar la medicación y nosotros no teníamos hecha la receta, entonces era una situación un poco difícil porque, justamente, la persona necesitaba continuar su tratamiento.

Con los pacientes también; había quienes podían comprender mejor la situación y otros no.

¿Qué cosas positivas rescatás del trabajo en el Hospital durante el año 2020?

Ante una situación mundial, para quienes somos profesionales de la salud es muy enriquecedor y aunque se trabaje con muchos obstáculos o problemas de comunicación, siempre enriquece mucho saber que uno puede estar colaborando desde el lugar que ocupa y ayudar a un paciente determinado, ya sea explicándole algo, proveyendo medicación o incluso conteniendo en ese contexto tan preocupante. Acercarte al paciente y explicarle mínimamente como debe tomar el medicamento, pero interesa ver que te ocupás, que

sepan que te estás comunicando con el profesional para la receta, o simplemente hay personas que venían y querían charlar, hablar dos palabras con alguien porque tal vez estaban aislados en su casa.

Entrevista 5

Fecha: 3/5/2023

Profesión de la persona entrevistada: Trabajo Social

¿Cuál es tu profesión dentro de la institución? ¿Podrías contarme brevemente en qué se basa tu trabajo dentro del Hospital? ¿Qué roles cumplís?

Ingresé en el Hospital en junio del 2020, en ese momento como reemplazo de profesionales exceptuados por ser personal de riesgo. Ingreso reemplazando a una trabajadora social, a la cual sigo reemplazando, en ese momento me incorporo al Servicio que estaba conformado por otra colega. Lo principal de nuestro trabajo, al ser un hospital de internación crónica, es ser intermediarios o mediar un poco entre las necesidades de los residentes con la institución y con el grupo familiar; también intervenimos en lo que son las demandas del grupo familiar a la institución, todo en lo referido a los residentes y cuestiones que el grupo familiar requiera.

Hay muchas cuestiones familiares que terminamos atendiendo, ya sea por ausencia de algunas instituciones o por un asesoramiento para ver dónde pueden ir a avocar sus demandas.

También me incorporo en el Comité de Admisión, que es el equipo interdisciplinario que evalúa las solicitudes de ingreso de los residentes, y recibimos demandas del público en general y de otros efectores de salud, tanto provincial como municipal, y también de efectores privados porque el Hospital es de autogestión por lo que puede trabajar con obras sociales, trabajamos con PAMI, IAPOS e Incluir Salud.

Durante la pandemia lo que hicimos fue fortalecer el vínculo entre los residentes y sus familias que, bueno, por las medidas sanitarias se cerró todo, no había ingresos y fue un confinamiento para todos, los residentes tampoco podían deambular por el Hospital, estaban cada uno en sus salas.

Al principio, lo hacíamos a través de videollamadas con el celular del Servicio. Eso representaba una dificultad porque por las características de los residentes que tenemos, no todos los grupos familiares tienen acceso a un teléfono con Whatsapp para poder hacer una videollamada, por ahí teníamos recursos un tanto limitados.

Lo que más nos sirvió de poder hacer estas intervenciones de llamadas o videollamadas fue para recabar datos de familiares que tal vez no venían, empezar a fortalecer los vínculos

que por ahí estaban desarticulados, porque hay muchos residentes que no reciben visitas, haya pandemia o no, entonces poder hacer un seguimiento y reforzar esas cuestiones.

¿Cuáles son las principales problemáticas para las personas mayores institucionalizadas que surgieron durante el año 2020? ¿Se agudizaron problemas previos? ¿Cuáles?

Lo que fue el aislamiento para los residentes significó un impacto subjetivo en su cotidianeidad, porque fueron los que más padecieron el encierro.

Se armó un protocolo de bioseguridad que está marcado por el Ministerio de Salud. Ese protocolo del Ministerio se adaptaba a cada una de las instituciones, porque no es lo mismo un geriátrico u hogar privado con características de hogar, que un Hospital de internación crónica, o sea, las medidas de seguridad tenían que ser diferentes.

Al flexibilizarse un poco, se empezaron a hacer visitas programadas por Sala y por día de la semana. Por ejemplo, teníamos lunes y martes dos Salas de mujeres, los miércoles otras dos Salas, y así, para que no haya tanta cantidad de gente en la puerta, así poder respetar el distanciamiento.

También teníamos un protocolo que, al momento de la llegada del familiar, se vestía completo con guantes, bata, cofia y barbijo y se lo sanitizaba, ingresaba y la visita podía ser entre 15 y 20 minutos, por el tiempo de exposición. Dependía también del perfil del paciente y su situación clínica, y del grupo familiar también ya que podían venir hasta dos familiares pero no podían ingresar menores ni bebés que no puedan sostener el equipo de prevención.

Las visitas se hacían en el solarium que es un espacio amplio y con el tiempo se fue flexibilizando más, entonces, en vez de un solo residente con dos familiares, podíamos tener hasta tres.

¿Existe algún recurso, herramienta o dinámica que haya surgido durante la pandemia y siga utilizándose en la actualidad?

Se sostienen más que nada lo que son los llamados. Acá en Servicio Social pasa mucho que los residentes se acostumbraron a venir y saben que tienen el teléfono a disposición para llamar a su familia, o también hay familiares que me llaman para poder hablar con ellos. Es un celular y la línea es de acá, porque el que teníamos no tenía memoria, era complicado sostener una videollamada.

Los residentes tienen permiso de tener teléfono, no todos lo pueden manejar o pueden hacer llamadas pero una videollamada ya se les complica, entonces requieren de asistencia para poder comunicarse.

¿Cuáles son las principales problemáticas para las personas mayores institucionalizadas que surgieron durante el año 2020? ¿Se agudizaron problemas previos? ¿Cuáles?

A nivel hospitalario, lo más complicado fue el tema de las interconsultas. Si bien los turnos que se reciben siempre son escasos, en contexto de pandemia se agravó muchísimo porque de la misma manera que nosotros teníamos que limitar el ingreso acá, lo hacían todos los hospitales, entonces la cantidad de turnos asignados o disponibles para asignar se reducía. Y el tema en internación crónica es que los pacientes no siempre tienen el tiempo para poder esperar a que llegue ese turno, entonces eso hace que tengan patologías que no se podían resolver sin un diagnóstico, por ejemplo. Quedaba más bien en el tratamiento empírico y no concreto con diagnóstico.

Y, por otro lado, lo que considero que les afectó muchísimo es el hecho del aislamiento dentro de las Salas, porque irrumpe en su cotidianeidad. Ellos tenían la costumbre de, mínimo, salir a la vereda, sentarse, socializar con residentes de otras Salas, o bien ir a algunos Talleres, y las Salas estaban aisladas, entonces no se podía entrar ni salir, los residentes quedaban todos dentro de la Sala, creo que fue eso lo que los afectó.

¿De qué manera se desarrolló el trabajo interdisciplinario en este contexto? A partir de los protocolos, ¿cómo lograron mantener una comunicación?

En relación a la cuestión interdisciplinaria, lo que sí se modificó en ese momento fue que se armó un Comité de Contingencia, el cual se reunía cada tanto, dependiendo de las problemáticas y modificaciones que había a nivel sociosanitario por orden del Ministerio o por aumento de casos, entonces se reunía el Comité y se decidía más o menos qué medidas se iban a adoptar y cuáles no, si se hacían ingresos o no, etc.

En lo que respecta a las reuniones interdisciplinarias por cuestiones puntuales de los residentes se siguió sosteniendo, con distanciamiento, pero sí hubo una disminución. Yo entré en pandemia, tampoco sé muy a fondo cómo funcionaba antes, pero según lo que me comentaron y lo que vi en pandemia, sí se redujeron las intervenciones a nivel grupal presencial, sino que por ahí se manejaban a través de mensajes o llamadas.

¿Qué cosas positivas rescatás del trabajo en el Hospital durante el año 2020?

Yo estaba recién recibida, y para mí fue súper gratificante porque la carrera lo que tiene es que tenés en un momento todo un bagaje teórico que en las prácticas lo empezás a contrastar, llegás a último año con muchas sensaciones encontradas, mucha incertidumbre, porque aprendemos que la práctica profesional es muy diferente a una práctica pre-profesional, nunca hay límites marcados; el saber específicamente cuál es el rol e intervención profesional sigue estando sin poder establecer un concepto concreto. Sí sabemos más o menos por dónde vamos y hacia dónde tenemos que ir, dependiendo el

campo, las problemáticas. Trabajamos mucho a demanda también, que siempre vienen y el asesoramiento podés delimitar, bueno, hasta dónde te incumbe esa cuestión y hasta dónde no, pero muchas veces por la ausencia de herramientas a nivel general, terminás haciendo lo posible para poder intervenir.

En ese momento, a mí la pandemia me significó particularmente una oportunidad laboral, que eso no es poco; y por otro lado me significó darme cuenta que, como profesionales, a nivel institucional somos más o menos los que tenemos como prioritario el bienestar del paciente o residente con una visión mucho más integral que cualquier otra disciplina. Generalmente, lo que me pasa en este Hospital es que todas las demandas vienen acá, todo viene a social, entonces tenemos que poder tener la capacidad de determinar quiénes son los profesionales que tienen que intervenir, porque muchas veces vienen a preguntar, ya sean los familiares o personal de enfermería o algún otro especialista me viene a hacer una consulta sobre algo que le está sucediendo a algún paciente, y yo digo no, eso acá no lo tenés que venir a preguntar, en eso tiene que intervenir otro profesional. Pero bueno, articulamos un poco todo y, como te digo, esto te da la posibilidad de la internación crónica, porque en un hospital de agudos esto no sucede, están determinados cada uno en su especificidad.

Como te decía antes, esto de poder generar un bienestar a personas en un contexto de pandemia es un montón, fue lo más gratificante y fue un desafío porque uno está recién recibido, sin mucha conciencia de lo que puede llegar a generar o el impacto que pueden llegar a tener nuestras intervenciones, con mucho miedo e incertidumbre, y sin embargo, fue armar el protocolo, plantearlo a los equipos y llevarlo a cabo fue muy gratificante.

Entrevista 6

Fecha: 9/5/2023

Profesión de la persona entrevistada: Musicoterapia

¿Cuál es tu profesión dentro de la institución? ¿Podrías contarme brevemente en qué se basa tu trabajo dentro del Hospital? ¿Qué roles cumplís?

Yo hice mis prácticas en este Hospital, cuando estaba cursando la licenciatura en Musicoterapia, y, cuando me recibo, me interesó venir a trabajar acá ad honorem. Pero me quedé diez años, disponiendo tres horas semanales donde hacía consultorio y también trabajaba en las Salas. De ahí, después de esos diez años me retiro en el 2010, y me llaman en plena pandemia nuevamente porque en el servicio de Musicoterapia, si bien había un colega mío, él no estaba viniendo hace mucho tiempo por ende el servicio no estaba funcionando.

El Hospital es de puertas abiertas pero en plena pandemia se cierra y, bueno, desde psicología donde notaban que las personas aisladas estaban con muchos cambios emocionales que implica el encierro; sabemos que el encierro genera locura, no otra cosa. Entonces se les ocurrió solicitar a la Dirección restablecer el servicio de Musicoterapia.

Nosotros trabajamos utilizando los sonidos, la corporalidad y la música, que eso incluye la voz como parte del cuerpo, porque tanto la voz como el cuerpo son instrumentos. A partir de un montón de dinámicas, trabajamos aspectos cognitivos. En el adulto mayor, por ejemplo, trabajamos con canciones, la cuestión sonora está más implicada en lo rítmico, y lo rítmico implica la coordinación, la motricidad, trabajás la marcha, un montón de aspectos, y también la prevención en Salud Mental, que, en definitiva, tiene que ver con todo. Y también utilizamos la técnica de la improvisación como forma de poder desplegar emociones que, tal vez, no pueden desde lo verbal explayarse. Entonces, a partir de un montón de técnicas que utilizamos, ayudamos a que las personas puedan expresar desde otro lenguaje, más cercano a lo artístico, por eso nosotros decimos que la Musicoterapia vincula el arte con la salud.

Vamos ayudando y acompañando ese proceso para que las personas puedan, no desde la palabra ya que pensemos que muchas veces las personas por distintas dificultades, ya sean cognitivas o de lenguaje, no pueden verbalizar lo que les pasa. A partir del lenguaje no verbal, ayudamos y colaboramos en ese proceso, donde a partir de un sonido o ritmo, pueda desplegarse.

¿Cómo fue este trabajo en la pandemia?

En pandemia fue muy complicado. Yo ingreso acá un mes y una semana después de que se cierra todo y me encuentro con la institución completamente diferente porque no era el mismo contexto que yo tenía conocimiento. Me sucede que no había protocolo de Musicoterapia, yo utilizo muchos los instrumentos como el cancionero, la cercanía, trabajo mucho desde la voz. Tuve que esperar a que saliera y se aprobara desde el Ministerio de Salud un protocolo de Musicoterapia donde la desinfección era permanente, no podía, hasta ese momento que creo que era julio, recién ahí pude intervenir con instrumentos pero, por ejemplo, no lo podían compartir, tuve que descartar los que eran de viento. Lo que más hacía en ese momento era intervenir en las Salas con grabador que desinfectaba. Por otro lado, fuimos armando un Cancionero.

Además, lo que implicaba el tema de la protección. Nosotros usábamos doble barbijo y la máscara, y pensemos que gran parte de la población tiene problemas auditivos, entonces era muy complicado. Hice una inversión y me compré un micrófono, pero para usarlo tenía que levantarme la máscara, usar guantes, incluso todo lo que uno tocaba debía ser desinfectado, fue un momento muy estresante.

Ya después, cuando nos empezamos a vacunar y todo esto se fue despejando, fue totalmente distinto, hoy trabajo totalmente distinto.

¿Cuáles son las principales problemáticas para las personas mayores institucionalizadas que surgieron durante el año 2020? ¿Se agudizaron problemas previos? ¿Cuáles?

Yo creo que todo, no sé si puedo poner en balanza qué fue más problemático. Lo que más recuerdo, que se quejaban eran sobre todos los “no” que había, lo que “no” se podía hacer. Esto de extrañar a los familiares y no poder verlos, no poder aceptar una torta que una hija les había preparado, cosas así que anímicamente provocan malestar y sufrimiento.

Me acuerdo que una vez, un señor me dijo “¡Sacate eso!” por el barbijo, y yo le respondo que no puedo, pero insiste: “Están todas iguales”. Yo eso no lo había registrado, para ellos y ellas debió ser complejo, era un personal que te atiende y no saber quiénes son, porque sólo se nos venía los ojos y la voz en caso de que pudieran escuchar.

Después algunos nos hicimos un cartelito con la foto, a mí me identificaban por eso, y en un equipo de protección de acá de costurería me habían hecho unas notas musicales como para que me identificaran. Es terrible.

Me llamó la atención que, una vez, cuando yo les pregunto si había alguna canción que les gustaría escuchar, eran todas relacionadas al encierro, a la muerte. Yo lo que hice en un momento fue un trabajo de tomar canciones populares y cambiarles la letra, y que la letra sean sentimientos, no cualquier cosa, que ahí, como grupo, pudieran volcar lo que les pasaba. Y, por ejemplo, en Santa Inés y Santa Margarita, hicieron una canción que se llama Nuestra Identidad, le cambiaron la letra y lo que más se quejaban era que a muchas les prometían cosas cuando esto terminara, y decían que no les creían nada, que les prometían y anhelaban de forma inmensa que la pandemia terminara.

A mí me pareció totalmente sano que pudieran volcar todo lo que les pasaba en una composición artística, poética, y después eso lo trabajamos un montón de veces para que se la aprendieran de memoria, trabajar la cuestión cognitiva, ver la métrica, dónde acentuamos, la grabamos y lo transformamos en un micro-radial que está subido a Youtube.

¿De qué manera se desarrolló el trabajo interdisciplinario en este contexto? A partir de los protocolos, ¿cómo lograron mantener una comunicación?

Seguían existiendo reuniones, con protocolos porque me acuerdo que estábamos todos a distancia, pero hoy facilita mucho los grupos de WhatsApp. Yo veo que cambió el modo, no había mate, había un montón de distancia, pero la comunicación fue fluida igual.

¿Ha habido cambios en relación a los regímenes de visitas de familiares de las personas residentes? ¿Qué herramientas facilitaron el contacto entre ellos?

Hicimos videollamadas. Las primeras visitas fueron, en realidad, en algunas Salas que tienen acceso a los patios, lo hacíamos a través del vidrio, donde yo llevaba un parlante y un micrófono porque no escuchaban. Fue difícil, el verse a través de un vidrio me bajoneaba, me daba tristeza que no pudieran abrazarse. Había que decirles que no tuvieran contacto.

Algunas veces participé acompañando videollamadas porque, por ejemplo, una tarde estábamos con un residente que lloraba, y este señor no puede hablar, entonces se nos ocurre hacer videollamada con el hijo ya que enfermería tenía el número.

La angustia cesó, porque lo que interpretábamos nosotros que lo que él quería era estar, porque, las pantallas, si bien fue algo accesible, no era la presencia, nada es como la presencia. Era una pantalla muy pequeña, yo traje en un momento la tablet pero había errores de conexión.

En algunos cumpleaños hicimos que mandaran videos los familiares, los descargábamos y los pasábamos, fueron cosas chiquitas que fueron un montón para lo que fue ese momento.

¿Qué cosas positivas rescatás del trabajo en el Hospital durante el año 2020?

Rescato el haber estado, haberme sensibilizado, creo que era un momento para eso. Si yo no acudía a mi sensibilidad, a lo que me pasaba a mí, poco podía entender a la otredad. Y buscar estrategias para poder acceder a algo ante tantas cosas que no se podían, ver una manera, buscar o habilitar oportunidades.

Por ejemplo, no podía usar instrumentos entonces busqué aplicaciones donde se pudiera, a través de una pantalla, tocar un instrumento. Siempre dispuestos y hubo respuesta ante eso que podía generar algo de bienestar, para mí fue motivante.

También poder compartir con compañeras lo que nos pasaba.

¿Existe algún recurso, herramienta o dinámica que haya surgido durante la pandemia y siga utilizándose en la actualidad?

Sí, la cuestión tecnológica, la cual me parece que está pensada para la juventud y no está siendo accesible para adultos mayores. Yo utilizo bastante programas que manejamos las y los musicoterapeutas para trabajar con personas que no tienen movilidad de brazos, para que no pierdan la oportunidad de tocar un instrumento, que es sólo con movimientos de cabeza, por ejemplo. Eso, si bien lo utilicé en la pandemia, hoy también.

Esto también de la composición que es un recurso cognitivo el de cambiar la letra, porque son canciones que están inmersas en la cultura popular. Pero, de repente, ponerle otra letra y ver el resultado, cuando se escuchan, ver el impacto que les produce.

Entrevista 7

Fecha: 9/5/2023

Profesión de la persona entrevistada: Servicios Generales

¿Cuál es tu profesión dentro de la institución? ¿Podrías contarme brevemente en qué se basa tu trabajo dentro del Hospital? ¿Qué roles cumplís?

C: Actualmente me encuentro trabajando en la Oficina como coordinadora de Servicios Generales, que consiste en coordinar varios sectores: Salas, sector Portería, Lavadero, Costurero, Ropería y Hotelería.

R: Yo también estoy en la coordinación del Servicio.

A raíz de los contagios de COVID-19, hubo disposiciones a Nivel Nacional y Provincial para preservar el bienestar general dentro de las Instituciones . Qué medidas o acciones se llevaron a cabo en función de las recomendaciones nacionales y provinciales? ¿Hubo algún protocolo interno? ¿Se cerraron/clausuraron espacios de la institución durante ese período?

C: Sí, hubo protocolo. Puntualmente teníamos un apoyo de un médico y él nos interiorizó en cómo debíamos cuidarnos y cuidar a los compañeros. Hicimos charlas, también vinieron del Colegio de Ingenieros Especialistas de Santa Fe (CIE) y dieron charlas sobre cómo teníamos que cuidarnos, cómo teníamos que actuar, qué había que hacer.

También tuvo que dar mucha contención psicológica a los compañeros porque era el miedo de llevar el virus a casa, por compañeras que tienen hijos chiquitos, tuvimos que contenerlos mucho, explicarles mientras que tomábamos las medidas de precaución, vacunarnos porque también había miedo a vacunarse, así que, bueno, los psicólogos hacían grupos para contención de cada sector.

R: Fundamentalmente del personal, porque por ahí alguno de los chicos se sentía mal y hablaba con ellos, de forma presencial pero con todos los cuidados necesarios.

¿Ustedes coordinaron desde el espacio que ocupan hoy? ¿Cómo fue su trabajo en ese contexto?

C: Sí, nosotros coordinamos desde acá, le dábamos todo el EPP para que trabajen en las Salas. Por ahí no podíamos hacer el recorrido habitual que hacemos en las Salas en cada servicio, porque había una decisión que tenía que quedar cada uno en su sector de trabajo. No podíamos deambular en otro sector del Hospital.

R: Sí, eso fue lo único que nos pedían a nosotros, que no entremos a la Sala, que estaban los chicos que estaban, por eso llegábamos hasta la puerta y ahí se les dejaban todas las

cosas de Hotelería, hasta los materiales, y ellos trabajan adentro. Pero entre nosotras sí nos veíamos, siempre estuvimos acá, con el barbijo y EPP.

A partir de los protocolos, ¿cómo lograron mantener una comunicación con el resto del equipo?

C: Todo presencial, con los cuidados que teníamos que tener, no nos juntábamos muchas compañeras en la oficina, cuidando esos detalles.

¿Cuáles son las principales problemáticas para las personas mayores institucionalizadas que surgieron durante el año 2020? ¿Se agudizaron problemas previos? ¿Cuáles?

C: No salir, ni relacionarse entre ellos o entre Salas, no salir a la calle porque generalmente una tarde de sol ellos llevan su silla y se quedan en la vereda, no ver a los familiares porque no podían entrar a visitarlos.

R: No salir a comprar sus cigarrillos, lo que es más propio de ellos...

¿Qué cosas positivas rescatás del trabajo en el Hospital durante el año 2020?

C: Lo único que podemos ver es que, no todos, pero se trabajó más en conjunto. También se pidió más apoyo emocional al otro compañero, o a lo mejor entre ellos mismos hablaban.

R: Uno se hizo más compañero, más contenido, pero entre nosotros.

¿Tenían grupos de WhatsApp en ese contexto?

C: Nosotros siempre nos manejamos con el celular para comunicarnos, incluso en la pandemia.

Entrevista 8

Fecha: 9/5/2023

Profesión de la persona entrevistada: Psicología

¿Cuál es tu profesión dentro de la institución? ¿Podrías contarme brevemente en qué se basa tu trabajo dentro del Hospital? ¿Qué roles cumplís?

Ingresé a fines del año '98, en Sala de Cuidados Paliativos. Actualmente quedamos dos psicólogos, pero hubo muchos reemplazantes de COVID.

Realizo tanto entrevistas individuales a pacientes, como grupales y familiares. Además, participo de las reuniones interdisciplinarias que abordan problemáticas para llegar a un resultado que beneficie al paciente.

A raíz de los contagios de COVID-19, hubo disposiciones a Nivel Nacional y Provincial para preservar el bienestar general dentro de las Instituciones . Qué medidas o

acciones se llevaron a cabo en función de las recomendaciones nacionales y provinciales? ¿Hubo algún protocolo interno? ¿Se cerraron/clausuraron espacios de la institución durante ese período?

Hubo protocolo escrito. La gente de Salud Mental adhirió a ese protocolo, todo el personal empezó a usar EPP. Por ahí no es la misma experiencia que la que tuvo Enfermería que tiene un contacto más directo.

En psicología, es primordial la comunicación, es fundamental la palabra, así que estábamos con la EPP que te tapaba todo, incluso escuchar, a los pacientes con habla complicada, afasia, problemas auditivos.

Y, bueno, se sostuvo la intervención. Una de las prioridades nuestras era mantener el vínculo con familiares porque implicaba sostener al paciente. Ahí se implementó el tema de las videollamadas, colaboramos todos según el horario en que estábamos, tanto la trabajadora social, médicos, enfermeros...

Antes si pasaba algo o el familiar vivía lejos, se hacían llamadas pero no era algo común, pero, a partir de la pandemia, se volvió algo de todos los días. Al menos podían verlos y comprender que eran sus familias. No tenían wifi así que las llamadas las hacían con los datos móviles de los profesionales.

¿Cuáles son las principales problemáticas para las personas mayores institucionalizadas que surgieron durante el año 2020? ¿Se agudizaron problemas previos? ¿Cuáles?

La principal problemática creo que fue el encierro, no sólo para los autónomos, también para los que estaban demenciados porque no se podía contener a un paciente que deambula, era problemático para las Salas. Y les afectó estar tanto tiempo en un mismo espacio, aparecía malestar con el personal y entre residentes.

¿Ha habido cambios en relación a los regímenes de visitas de familiares de las personas residentes? ¿Qué herramientas facilitaron el contacto entre ellos?

Hablábamos con las familias en la puerta, hacíamos llamadas o incluso pedían videos. Fue fundamental la tecnología para sostener vínculos, fue nuestra primera experiencia con eso, teníamos que ver cómo lo hacíamos. También fue importante sostener y prestar una mano, dar una caricia, porque no podían ver a sus familiares, no podían recibir su contención.

¿De qué manera se desarrolló el trabajo interdisciplinario en este contexto? A partir de los protocolos, ¿cómo lograron mantener una comunicación?

Se planteó que los profesionales fuéramos un día sólo a una Sala y no ir a varias, no pasar de una a otra constantemente. Eso generó desgaste físico, especialmente al usar las EPP,

hubo épocas de mucho calor. Se trató de un esfuerzo que no mucha gente se enteró afuera, más el estrés que generó.

Creo que es importante que nos corramos del lugar de héroes que muchas veces se planteaba en los medios, somos personas enfrentadas a una situación poco común, teníamos los mismos miedos que todo el mundo, especialmente por nuestras familias. Además, sostuvimos un estrés por cometer algún error, eso durante meses, sumado a los compañeros que se enfermarnos, estábamos muy alertas.

¿Qué cosas positivas rescatás del trabajo en el Hospital durante el año 2020?

Estar en contra de la visión del héroe. Necesitábamos enfrentar los miedos porque se trataba de nuestro trabajo. Fue muy positivo descubrir formas de comunicación distintas que fueron efectivas en su momento, a la vez que nos organizábamos mejor como equipo. En ese sentido, creo que reconocer que existía la plasticidad en el equipo para adaptarse a distintas circunstancias, teníamos una capacidad de adaptación.

Pero realmente las pérdidas de los pacientes fueron duras, hacía años que estaban acá y uno genera un lazo.

TOTAL DE ENTREVISTAS REALIZADAS: 10
RESIDENTES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO PROVINCIAL:
6 HOMBRES Y 4 MUJERES

Entrevista 9

Fecha: 9/5/2023

Entrevistado 1

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial?

¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales para el ingreso de nuevas personas a la institución, debido a la reciente pandemia y el aumento de casos?

Estoy aquí desde hace once meses. Estuve sin caminar nueve meses por un ACV que me dejó sin equilibrio. Estuve siete meses en internación, aislado y con una bacteria, y venían todos con protocolo de por medio, barbijos, gorrito, etc. Ingresé y era sin contacto.

¿Participaba de algún taller ese primer tiempo?

Sí, del Taller de Memoria, de Canto, y todo aquel que me ofrecieran, yo iba. Al principio me llevaban pero cuando pude caminar, iba solo caminando, hasta los días de lluvia.

¿Tenías experiencia previa con el uso de dispositivos tecnológicos (celulares, tablets, computadora)?

Sí, tenía. Lo usaba para recibir llamados de mi sobrina que era mi apoderada, pero hizo una maniobra conmigo y entonces hablé con la trabajadora social, finalmente pude resolverlo pero tuve que pasar por varios lugares.

Yo usaba muy poco el celular, no lo entendía mucho. En los talleres lo usábamos pero poco, prestamos más atención a la persona que venía a dar el taller.

Entrevista 10

Fecha: 9/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial?

G: Yo hace 10 años que estoy acá.

J: Y yo hará unos 7, 8 años más o menos. Antes, cuando estaba el anterior director, había otra pareja. Como no había ni hay habitaciones como para compartir, nos separó, a Gladys por un lado llevate las cosas, José vos por el otro llevate lo tuyo, perdoname, no pasó más nada.

¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales en la institución, debido a la creciente pandemia y el aumento de casos?

G: No salí de acá, no pudimos salir. Estuvimos aislados y nos controlaban para que no nos mandemos macanas.

J: No podíamos salir para nada, ni a la puerta ni al patio. Era un círculo, salías de la habitación, te sentabas en la mesa, te levantabas de la mesa, te ibas a la habitación, agarrabas el toallón, tu ropa interior, ibas al baño, te bañabas y volvías a la habitación.

G: Y después nos vacunaron, fueron varias, además de la de la gripe. Nos vacunaron acá en el Hospital.

J: Todos usaban barbijo, excepto para la comida, desayuno y merienda, corrernos el barbijo, y después todo el santo día con el barbijo colocado. Era imposible de saber quién me hablaba, decí que las conozco a todas.

G: Acá estuvimos muy bien cuidados desde la parte infectológica.

¿Surgieron otras formas de mantener la comunicación con tus seres queridos? En caso de que sí, ¿de qué manera se comunicaron?

G: Sí, yo uso el celular, me comunicaba principalmente con mis nietos porque los extrañaba mucho. Hacía llamadas comunes y videollamadas, mi hijo me indicaba cómo hacerlo y también me llamaban mucho. Antes de la pandemia también usaba el teléfono.

J: Yo el celular lo uso poco y nada, como es de ella. Como no tengo a nadie a quien llamar o con quien comunicarme porque no tengo familia directa, tengo a mi familia de parte de ella, que son desde el más chiquito hasta el último, son un amor.

Pero me interesa aprender a usar el celular, me interesa aprender todo tipo de cosas.

G: Yo también pintaba cuadros, nunca me resistí a aprender cosas, me gusta participar de los talleres porque me mantienen ocupada pero ahora hay pocos o directamente no hay.

J: Yo acá estoy con ella, viene una dama de beneficencia y nos traen cajas cerradas de medicamentos, café, té, lo que sea, y nos ponemos entre los dos a clasificar por color y cartón, y después nos trae otras cosas para hacer, nos vamos entreteniendo en el día porque no hacemos otra cosa.

Quedaron en que iban a traer el taller de encuadernación.

G: También uso el televisor, tengo un televisor en mi habitación. En la pandemia veía las noticias, me gusta ver la novela también, pero en el televisor que compartimos sólo ven fútbol y a mí no me interesa.

J: Yo estaba informado por la pandemia, que me tiraba en la cama cuando ella se iba a la pieza de ella, ponía la radio y hasta mañana Argentina, me quedaba escuchándola.

Entrevista 11

Fecha: 9/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial? ¿Surgieron otras formas de mantener la comunicación con tus seres queridos? En caso de que sí, ¿de qué manera se comunicaron?

Hace un año que ingresé al Hospital. Ya no era pandemia pero recuerdo que mi familia no podía entrar porque había protocolo, así que me comunicaba con ellos por la ventanita del baño de la Sala, ellos se ponían del otro lado de afuera de la calle y yo de adentro. Así hablaba con mi hija, mi yerno, mi marido y mis nietos.

Ya después entraban a verme pero con barbijo pero yo no tenía que usar. No les veía la cara, era dificultoso para ellos entrar y salir con la protección.

¿Tenías experiencia previa con el uso de dispositivos tecnológicos (celulares, tablets, computadora)?

Tengo un celular. No sé ni el número, pero lo uso para llamar o me llaman. No me interesa mucho usar el celular, no sé por qué, prefiero hablar personalmente.

Entrevista 12

Fecha: 9/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial?

Hace 14 años que estoy en el Hospital, en agosto van a hacer quince años.

¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales para el ingreso de nuevas personas a la institución, debido a la creciente pandemia y el aumento de casos?

Sí, la primera que molestó muchísimo fue el uso del barbijo. La segunda que molestó fue no poder salir, todo el día encerrado es un poco jorobado, máxime que no podíamos tener tampoco contacto con las otras Salas, y yo estoy en la Biblioteca. Allá qué fue lo que no hice... La Biblioteca la manejo yo, todo está hecho por mí, las camas para aprovechar el espacio y poder guardar los libros, los estantes, el orden de los libros que son donados. También alimento a los gatos que son de este lugar, les dejo su comida en un tarrito en la puerta que preparé, ellos son una compañía para nosotros, andan por acá todo el día, siempre los vas a ver. De a poco fui acondicionando el lugar, lo hice en época de la pandemia y fue mi trabajo. Ahora tenemos computadoras.

¿Le da uso a la computadora? ¿Y el celular?

Sí, yo aprendí a usar la computadora hace ya unos años por trabajo. Y el celular sí, por supuesto, tengo un motorola, lo estoy usando casi todo el día, a veces lo tengo que cargar dos veces seguidas porque uso una aplicación de música clásica y, habitualmente, cuando estoy leyendo algún libro, estoy escuchando música a la par con auriculares.

La biblioteca era mi espacio, no me comunicaba con nadie afuera porque no tengo familia, si tuviera familia tal vez no estaría aquí. Así que ese era mi espacio, en la pandemia Liliana, la trabajadora social, no vino por ser de riesgo, y quedé yo solo trabajando ahí. Ella fue muy dedicada a la institución, tenía una gran capacidad de trabajo.

Entrevista 13

Fecha: 15/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial?

¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales para el ingreso de nuevas personas a la institución, debido a la reciente pandemia y el aumento de casos?

Hace 5 años. Sí, estuve acá en la pandemia, fui el primer aislado porque yo soy de riesgo y porque hago diálisis. El protocolo era riguroso, tenía que usar, primero, el barbijo, después la capa, gorra, antiparra, botas, todo eso, desde un principio hasta hace no mucho.

Estuve aislado en Santa Rita, en una habitación privada, es de dos personas, ahí también había otra persona que hacía diálisis también. Ahí estuve mucho tiempo, ya después me trajeron nuevamente a mi sala donde yo ingresé.

En ese tiempo no hacía nada.

¿Participaba de algún taller ese primer tiempo?

No había talleres, se suspendieron todos porque no se podía juntar nadie, así que no participaba.

¿Y respecto a las visitas de sus familiares?

Tampoco había, ni ahí ni en la entrada, vos no podías salir de tu sala. Nos comunicábamos con la familia por teléfono, por ahí con las chicas (enfermeras) que les pedía para llamar.

¿Tenías experiencia previa con el uso de dispositivos tecnológicos (celulares, tablets, computadora)?

Sí, tengo un teléfono pero yo uso uno antiguo, es mi primer celular, yo no uso esa clase de teléfono como el que vos tenés. Yo quiero uno nuevo, ¿a dónde puedo conseguirlo? Porque yo quiero que todos los botones hagan una sola cosa, esto es muy complicado.

¿Tiene interés en aprender más?

Yo siento que puedo aprender. A lo mejor si hay alguien que tenga voluntad y me enseña, voy a usar, porque yo estoy bien de mi cabeza, no pierdo mis sentidos, yo estoy bien, nada más que muchas veces me confundo con lo que tengo que hacer con el celular.

A mí me interesa más que nada el contacto, cuando necesito llamar o pedir algo, cualquier cosa, o consulto cualquier cosa y nada más.

¿Y en la pandemia?

Y en pandemia mucho más, porque de tus parientes, de tu gente querés saber diariamente. Lo único que son muy caros los teléfonos, yo por \$500 hablo muy poco con mi familia que está en Paraguay.

Entrevista 14

Fecha: 15/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial?

¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales para el ingreso de nuevas personas a la institución, debido a la reciente pandemia y el aumento de casos?

Hace 3 años y medio que resido en el Hospital, entré unos meses antes de la pandemia, en octubre, y en marzo se cerró todo. Y hubo muchos cuidados, estuve encerrado acá en la Sala, cuando había un caso de covid se aislaba a la gente, yo tuve covid y estuve aislado con dos más en mi habitación, y recibía muy buena atención. A veces de tan tapadas que estaban no las conocíamos, sólo veíamos los ojos porque las máscaras les tapaban la cara.

¿Hubo cambios en las formas que adquirieron las visitas de familiares y/o amigos durante el contexto de pandemia? En caso de que sí, ¿cuáles fueron estos cambios? A vos, desde lo personal, ¿cómo te hizo sentir/ qué sensaciones y pensamientos te generó esa nueva modalidad de visitas?

No tuvimos. Yo tengo suerte de tener celular, es viejito, de los que tienen teclas, pero me permitía hablar con ellos, ellos constantemente me mandan cosas, constantemente en comunicación con mis sobrinos, mis sobrinos-nietos, y me hicieron el favor de hacer una videollamada porque mi sobrina tuvo un nene en pandemia, y me dejaron verlos.

¿Tenías experiencia previa con el uso de dispositivos tecnológicos (celulares, tablets, computadora)? ¿Tiene interés en aprender más?

Pienso para qué voy a gastar tanta plata en un celular nuevo si yo con este celular que tengo estoy bien, me puedo comunicar, inclusive una enfermera tiene el número de mi sobrina y cuando quiero ver a mi sobrinito, ella se comunica y hacemos la videollamada.

Entrevista 15

Fecha: 15/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial?

¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales para el ingreso de nuevas personas a la institución, debido a la reciente pandemia y el aumento de casos?

Más o menos tres años. Recuerdo todo de la pandemia, todos los protocolos, que llegara un familiar y ponerle barbijo, la cofia, la máscara, venía uno por vez. Nos encontrábamos en el patio, yo recibía a mi sobrino y charlábamos, a veces salíamos y teníamos que dejar todo el vestuario en la entrada para cuando volviéramos. Pero en todos lados teníamos ese problema de cuidarnos con lo del covid, y la verdad que fue difícil, me daban ganas de abrazarlo y no podía.

¿Participaste de algún taller en ese tiempo?

Se habían suspendido los talleres, todo, nos había dejado geriátrico. Me sentí bastante mal, porque con los talleres te despejas porque seguís hablando con otra gente, socializando. Pero era eso, salir al patio, no íbamos a otro lado.

¿Qué hacías durante el día?

Pasaba mucho tiempo en el patio, no iba a otro lado o charlábamos entre nosotras en la Sala pero siempre teniendo nuestros cuidados. Y la cuidaba a ella (*haciendo referencia a la gata que está sentada a su lado*), yo la adopté hace un buen tiempo, duerme conmigo en la

cama, espera a que yo me acueste y se duerme en mis pies. Es amorosa, muy cariñosa con todos, yo la amo.

¿Tenías experiencia previa con el uso de dispositivos tecnológicos (celulares, tablets, computadora)?

Sí, sé usar el celular, pero tengo que comprar uno nuevo porque tiene muchas cosas que me estoy perdiendo por no tener uno nuevo.

En la pandemia sí, para la comunicación es todo, tanto con mi sobrino como con otras personas. Al principio hablaba con él por whatsapp pero se me borró, y bueno, ahora nos llamamos.

Yo miro a las chicas que van haciendo con sus celulares y tienen algo más que lo que tengo yo y me interesa, me gusta.

Entrevista 16

Fecha: 15/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial? ¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales para el ingreso de nuevas personas a la institución, debido a la creciente pandemia y el aumento de casos?

Hace ya 11 años vivo acá, vine acá cuando tenía 72 años, en la actualidad ya tengo 85 años, y vine acá por una amiga que era enfermera como yo, que vivía en un departamento al lado de donde yo vivía. Entonces, empecé a andar mal, andaba con muchos dolores, no me aguantaba nada, esto necesita una solución. Esta amiga me llamó y me dijo que no me veía bien, si quería que averiguara por un espacio acá, y desde ese momento no volví más a mi casa.

Sí, había muchos protocolos, sobre todo que no se podía salir a ningún lado, estuve tres años y medio sin conocer la calle, adentro siempre.

¿Hubo cambios en las formas que adquirieron las visitas de familiares y/o amigos durante el contexto de pandemia? En caso de que sí, ¿cuáles fueron estos cambios? A vos, desde lo personal, ¿cómo te hizo sentir/ qué sensaciones y pensamientos te generó esa nueva modalidad de visitas?

No recibía visitas, no permitían, así que me sentía como que estaba en cautiverio. Era feo, pero porque vos te sentías con ganas de vivir, de hablar, de sentirte bien, pero no me sentía bien, me quedé cruzada de brazos.

Pero vos sabés que yo pasé otras epidemias, yo pasé la primera época de epidemia de parálisis infantil, fue en el año '57, duró dos o tres años y yo ahí ya era enfermera, murieron

muchos chicos principalmente, muchas criaturas, y acá en Rosario no había pulmotores. Con el covid fue distinto, falleció mucha gente en su casa. Me imaginaba pasando la pandemia con mi familia, hubiera sido más seguro. Me imaginaba a mi mamá diciéndome “Cubrite que te vas a resfriar” y cosas así.

Yo tuve tres veces covid y ahora me quedan secuelas, la tartamudez o que me cuesta pensar algunas cosas, es el covid, porque yo siempre hablé normalmente.

No podía recibir visitas, así que me comunicaba por teléfono. Yo ya lo usaba, aprendí cuando me lo trajeron, era cargarlo y hablaba por teléfono, nada más, sólo llamadas. También me hizo el favor un enfermero con el que tengo más confianza, él me ayudaba y me prestaba su celular a veces.

Ahora recibo y hago llamadas yo, para hablar y esas cosas, y lo que necesito le pido a mi apoderada, arregla todo ella y me llama para consultarme.

Me interesa aprender, tendría que aprender todo desde el comienzo, tengo que adaptarme.

¿Y los talleres?

Se suspendieron todos los talleres, no dejaban entrar a nadie, fue complicado, sí, porque algunas de la Sala participaban y podés ver otras caras, charlar.

Entrevista 17

Fecha: 15/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial? ¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales para el ingreso de nuevas personas a la institución, debido a la reciente pandemia y el aumento de casos?

Ahora en mayo se cumplen cuatro años, en pandemia ya estaba acá.

Se recuerda todo, que no dejaban salir, venían con la comida en bandeja, todo protocolar. Yo siempre salgo del Hospital pero en la pandemia no podía, salía solo al patio y charlaba con mis compañeros. Los enfermeros usaban barbijo y ropa especial para protección.

Dentro de todo atravesé bien ese tiempo, jugábamos al truco, nos divertíamos, más o menos se pasaba la hora.

¿Y respecto a las visitas de sus familiares?

Recibí visitas pero en la pandemia no, hablaba bien al costado por una ventana. Después empezó a cambiar todo, empezaron a venir a visitarnos presencialmente.

¿Tenías experiencia previa con el uso de dispositivos tecnológicos (celulares, tablets, computadora)?

Tengo un celular chiquito y viejísimo, que es para que me llamen, nada más, yo no llamo.

¿Te interesa aprender más?

Yo ya no tengo muchas ganas de aprender nada, estoy acá porque no tengo casa, pero yo voy un rato a la puerta, paseo, salgo, pero por ahí hablo con mi hermana por teléfono.

Entrevista 18

Fecha: 15/5/2023

¿Hace cuánto tiempo residís en el Hospital Geriátrico Provincial? ¿Recordás si hubo medidas o normativas especiales para el ingreso de nuevas personas a la institución, debido a la reciente pandemia y el aumento de casos?

Hace unos años, no te sabría decir cuántos, pero vine después de haber tenido un accidente que me dejó en coma. Y recuerdo que en la pandemia había mucho protocolo, eso fue notorio. De hecho, yo me resfrié y creí que era sólo eso, pero no, me había contagiado, después me explicaron las enfermeras de qué se trataba y me aislaron.

¿Y respecto a las visitas de sus familiares?

No se podía, pero mi mujer me traía cosas, yerba, cigarrillos, hasta alcohol que no nos faltaba, todo lo pasaba por ahí por la ventana porque no podíamos recibir visitas. Venía siempre, sin falta.

¿Y los talleres?

Se suspendieron, eso sí. Yo igual en tiempos de pandemia me dediqué al jardín de acá de esta Sala, porque si no salía y todo el día sin hacer nada, caminaba por las paredes. Siempre me gustó a mí regar y dedicarle tiempo a las plantas, por eso le pedí a un familiar que me trajera plantas y yo le llevaba otras de acá, intercambiábamos.

¿Tenías experiencia previa con el uso de dispositivos tecnológicos (celulares, tablets, computadora)?

Sí, yo tengo celular, hasta ahora mismo me llama mi mujer y hablamos hasta las 3 de la mañana a veces. En la pandemia también, nos llamábamos más, pero sólo eso, no uso ni whatsapp ni mando mensajes, no sé usar.