



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

DRA. NÉLIDA CERVONE

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

LIA TRINIDAD GUZMAN VARAS

TÍTULO DEL TRABAJO:

Cicatrices de la Pandemia

SEDE:

LA RIOJA

DIRECTOR/A DE TIF:

LIC. EMANUEL GÓMEZ

FECHA DE PRESENTACIÓN:

.....

Sede Buenos Aires

Av. Las Heras 1907

Tel./Fax: (011) 4800 0200

☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja

Benjamin Matienzo 3177

Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698

☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé

Centeno 710

Tel./Fax: (03756) 421622

☎ (03756) 15401364



**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

PAGINA DE APROBACIÓN

**EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE
INVESTIGACIÓN**

Clasificación:.....

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Clasificación:.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479
informesba@barcelo.edu.ar

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090
☎ (0380) 154811437
informeslr@barcelo.edu.ar

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364
informesst@barcelo.edu.ar

Oficina Posadas
Félix de Azara y Córdoba,
local 12, galería "El Paseo"
Tel.: (0376) 4440521
posadas@barcelo.edu.ar

DEDICATORIAS

A mis abuelos Chichita, Nona y a mi ángel del cielo “Mi Tata” que fueron ellos quienes inspiraron la idea de mi tesis, y mi razón por el que inicie mi carrera como psicóloga.

A mis padres y a mi hermano, por su apoyo incondicional, quienes con su amor, paciencia y por siempre tener las palabras justas que me ayudaron a seguir adelante, me han permitido llegar a cumplir mi gran meta. Gracias por inculcar en mí el ejemplo de nunca rendirse y de siempre ir por más.

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN	4
OBJETO DE ESTUDIO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	7
ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	8
OBJETIVOS	12
MARCO TEÓRICO.....	13
PANDEMIA COVID 19.....	13
CONCEPTO DE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO.....	15
El envejecimiento.....	16
INSTITUCIONALIZACIÓN	27
Aislamiento social, consecuencias físicas	31
Ansiedad y adultos mayores.....	32
RESULTADOS	47
ARTICULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA.....	73
Primer eje: Covid 19 y medidas preventivas.....	73
Segundo eje: Sentimientos y emociones durante el aislamiento social preventivo y obligatorio.....	76
Eje 3: Aspectos psicológicos: Depresión y Ansiedad durante y post aislamiento	79
Eje 4: Vínculos y aislamiento.....	84
CONCLUSIÓN	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	94

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo por finalidad, cumplimentar el requisito de trabajo final de la licenciatura en psicología de la Fundación Barceló. En el mismo se detalla cómo la pandemia, la cuarentena y el aislamiento no solo afectó la vida cotidiana del adulto mayor, sino que además impactó en su estado emocional, social, comunicacional, mental y psicológico, por lo que el objetivo de este trabajo final, apuntó a poder describir la repercusión que el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) tuvo en las áreas psicológicas en general y emocional en particular en la población de adultos mayores institucionalizados, en el año 2020.

Las prácticas profesionales se llevaron en el Geriátrico Fundación San José, ubicada en la ciudad capital de La Rioja. Se abordaron las mismas, a 4 residentes y a los profesionales del hogar (jefe de enfermeras, cuidador, psicóloga, kinesióloga, enfermera, jefa de ordenanza).

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron para poder responder a las preguntas de investigación, fueron mediante entrevistas semiestructuradas y la aplicación del cuestionario de depresión geriátrica Yesavage.

Se ha tomado como variables para la evaluación, que los residentes no posean patologías agravadas tales como: demencia, Alzheimer, retraso mental y tengan un estado de lucidez, que estén ubicados ubicado en tiempo y espacio a la hora de responder las preguntas formuladas.

OBJETO DE ESTUDIO

Repercusión del aislamiento social, preventivo y obligatorios en las áreas psicológicas en general y emocional en particular en la población de adultos mayores institucionalizados en el Geriátrico Fundación Hogar San José.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El COVID-19 es descrito como, una enfermedad respiratoria aguda, la cual es provocada por el virus SARS-CoV-2, el cual se demostró tener una mayor mortalidad en adultos mayores de 60 años y personas con afecciones previas (Organización Mundial de la Salud, 2020b).

Frente a la emergencia sanitaria, el gobierno nacional argentino dispuso mediante un decreto de “necesidad y urgencia” (297/2020) “*El aislamiento social, preventivo y obligatorio*”, el cual es definido como una medida sanitaria preventiva que se justifica por la necesidad de mantener una distancia física a consecuencia de que el virus, se transmite a través de la microgota salival (al toser o estornudar), e incluso también al hablar cara a cara. Esta “estrategia de distanciamiento” tiene por finalidad el poder reducir la circulación del virus en la comunidad, disminuyendo así la velocidad del contagio, logrando que el sistema sanitario pueda recibir con mayor eficacia a los afectados por el mismo, reduciendo así la tasa de mortalidad.

En cuanto a las consecuencias físicas y emocionales de la pandemia un estudio exploratorio realizado en la provincia de Mendoza (Repercusiones del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio en adultos mayores) plantea la postura de diferentes autores, en las cuales existe un común acuerdo en que los “más afectados”, son las personas pertenecientes a los grupo de alto riesgo, entre ellos unos de los más identificados son las personas adultas mayores (+60años), que si bien en general, todas las personas se vieron afectadas por la denominada “crisis sanitaria masiva” en donde se identifica que hubo una ruptura de lo cotidiano, de las rutinas y costumbres, enmarcado en un contexto de “incertidumbre” respecto al futuro; pero el ser identificado como grupo de alto riesgo, ya supone a padecer altos niveles de estrés, ansiedad, frustración y falta de control.

En particular, se piensa que los adultos mayores, y sobre todo aquellos que están atravesando un proceso de deterioro cognitivo, podrían expresar mayor número de síntomas tales como ansiedad, irritabilidad, agitación, estrés (OMS) y es por ello que las medidas preventivas que recaen sobre estos grupos han limitado su contacto con el exterior, su vida social y sus actividades a las mínimas indispensables.

Esta investigación trabajará con adultos mayores institucionalizados, que, si bien cabe aclarar que los mismos ya no mantienen un vínculo constante con los familiares, desde lo institucional existe un régimen de visitas semanales. Lo que se pretende descubrir es cuales fueron las consecuencias producidas por el cese total y prolongado del vínculo con los familiares.

En base a lo planteado, se formulan los siguientes interrogantes de investigación:

- ¿Cómo afectó el ASPO en el área emocional?
- ¿Cómo repercutió el ASPO nivel psicológico?
- ¿Hubo una variación en la forma de relacionarse con los vínculos familiares durante el ASPO?
- ¿La institución implementó nuevas estrategias para la contención psicológica y emocional del adulto mayor?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tendrá como finalidad, el poder visibilizar y describir cual fue el impacto a nivel emocional y psicológico, que produjo el ASPO, en las personas adultas mayores institucionalizadas en La Rioja.

Es importante desde la psicología poder investigar y analizar el impacto y las posibles secuelas provocadas por la pandemia, ya que actualmente se pueden observar algunos indicadores que pueden ser consecuencia del aislamiento las cuales se ven reflejadas en estudios realizados en China (mediante un cuestionario autoadministrado el Peritraumatic Distress Index, para medir los efectos psicológicos de la pandemia), y en España (a investigación realizada con 976 personas de la Comunidad Autónoma Vasca en el norte de España, durante la fase inicial del brote de COVID-19 en el país) en especial, en la población bajo estudio (adultos mayores) quienes fueron los más vulnerados en este contexto.

Aun a nivel provincial (en La Rioja), no existe aún documentación ni estudios que respalde el tema a tratar e investigar, y es por ello que el presente trabajo pretende ser un antecedente para futuras investigaciones.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

El objetivo en esta instancia de investigación es poner en contexto los antecedentes a través de diferentes trabajos de investigación, que fueron una guía para el desarrollo del tema a tratar en este trabajo.

Los antecedentes recopilados son a nivel nacional como Córdoba, Mendoza y Buenos Aires. No encontrando ninguno, dentro del ámbito local, por lo que no se dispone de una referencia a priori, del impacto que provoco el ASPO en adultos mayores, en la provincia de la Rioja.

Antecedente 1

Tema: Conocer y analizar los efectos emocionales en las personas de 60 años y más de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires frente a la pandemia generada por el Covid 19 y el aislamiento social preventivo.

Autores: Iacub, Ricardo; Arias, Christian; Kass, Ana; Herrmann, Bárbara; Val, Solange; Slipakoff, Luciana; Gil de Muro, Mariana

Año: 2020

Institución: Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Breve conclusión: se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los factores emocionales mayormente por género y grupo de edad. Se evidenció que algunos grupos de personas mayores presentaron menores recursos de regulación en esta situación.

Antecedente 2

Tema: Estudio sobre percepción del impacto del aislamiento social en psicólogos de Córdoba – Argentina

Autores: Dangelo, Cecilia, Córdoba Julia ; Aguirre, Silvina ; Roggia, Celeste; Arsaut, Camila; Fontao, Marianela; Ordoñez, María Alicia; Avedikian, Virginia ; Zacarías, Tania M; Cardoso, Agustina

Año: 2020

Institución: CCPC, Comisión Cuestiones de Familia - Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología, Seminario Introducción a la Psicología Perinatal - Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología, Cátedra de Psicoterapia

Breve conclusión: Se evidenció el impacto del ASPO a nivel físico y emocional con menor incidencia que en la población general y en otros profesionales de la salud; en el grupo de convivencia y en los entornos relacionales de forma colaborativa; en la implementación de nuevas formas de comunicación con el entorno; en cambios en la modalidad de trabajo; y en la implementación de recursos saludables de afrontamiento. Se destaca la importancia de incluir a los profesionales de la psicología entre los actores involucrados en la lucha contra la pandemia por COVID-19 en pos del cuidado de la salud mental de la población general y los profesionales de la salud.

Antecedente 3

Tema: Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento.

Autores: Dra. Nekane Balluerka Lasa Dra. Juana Gómez Benito Dra. M.^a Dolores Hidalgo Montesinos Dra. Arantxa Gorostiaga Manterola Dr. José Pedro Espada Sánchez Dr. José Luis Padilla García Dr. Miguel Ángel Santed Germán

Año: 2020

Institución: Informe de investigación

Breve conclusión: Esta investigación pretende poner de manifiesto los cambios experimentados por las personas durante el estado de alarma por la pandemia de la COVID-19, con relación a una variedad de ítems referidos a actitudes, conductas y síntomas que fueron considerados claves para conocer el impacto psicológico generado por la pandemia y el confinamiento asociado al intento de ralentizar al máximo las tasas de contagio. Se diseñaron dos estudios. El primero de ellos, con metodología cualitativa a través del uso de entrevistas en profundidad, indagaba acerca de las consecuencias psicológicas de la COVID-19 a partir de la propia «voz» de las personas entrevistadas, con la finalidad de aportar una primera información sobre las consecuencias psicológicas del confinamiento

por el estado de alarma. El segundo estudio de esta investigación se planteó para analizar los efectos psicológicos del confinamiento a partir de una encuesta por cuestionario que pudiera inferir la situación y opinión de la población española sobre los temas tratados. Las principales conclusiones de esta segunda fase de la investigación se refieren a la influencia que, tanto la pandemia como el confinamiento asociado, han tenido en su estabilidad emocional y conductual en función de una serie de variables personales y contextuales.

En general, se ha observado un aumento de los sentimientos de irritabilidad y enfado, siendo este aumento ligeramente mayor en los grupos de menor edad, en las mujeres y en quienes tienen síntomas o diagnóstico de COVID-19. En base a estos resultados, se imponen una serie de recomendaciones y medidas de prevención post-confinamiento para procurar paliar al máximo el impacto producido.

Antecedente 4

Tema: Repercusiones del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio en adultos mayores. Un estudio exploratorio

Autores: Marquez Terraza Ana Victoria, Azzolino Juan Marcos, Marsollier Rosana Graciela, Leucrini Marianela, Farías Gastón

Año: 2021

Institución: residentes de la provincia de Mendoza que tienen contacto frecuente con al menos un adulto mayor (cuestionario Ad Hoc)

Breve conclusión: Se encontró que un alto porcentaje de los participantes (84,6%) reportaron una afectación de las actividades cotidianas de los adultos mayores. A nivel psicológico, aproximadamente la mitad de los participantes percibieron un aumento de sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad y preocupación excesiva en los adultos mayores. Por otro lado, también reportaron en un porcentaje alto, que los adultos mayores han podido encontrar nuevas actividades para realizar durante el aislamiento, solos o ayudados por sus familiares, lo que a su vez está relacionado con un menor reporte de sentimientos de tristeza. Se destaca la importancia de generar estrategias preventivas y/o de intervención tendientes a fortalecer los vínculos familiares y fomentar la creación de nuevas rutinas en esta situación.

Finalmente puedo expresar que la lectura de los trabajos expuestos, fueron una base para el desarrollo de la investigación, destacando de estas:

- El plan estratégico utilizado
- Las experiencias,
- Los conceptos generales,
- Estrategias de prevención
- Entre otros.

En síntesis, el marco teórico utilizado por los diferentes autores fue una referencia importante en el estudio del impacto del ASPO en las personas adultas mayores. Un modelo de investigación que puede ser adaptado e implementado tomando las características locales propias, en donde se está realizando actualmente, el presente trabajo de investigación.

OBJETIVOS

General

- Describir la repercusión del aislamiento social preventivo y obligatorio en las áreas psicológicas en general y emocional en particular en la población de adultos mayores institucionalizados en el Geriátrico Fundación San José.

Objetivos específicos

- Describir como afectó el aspo en las áreas psicológicas en general en las personas adultas mayores institucionalizadas
- Especificar como repercutió el aspo a nivel emocional en particular en los adultos mayores institucionalizados.
- Evaluar si hubo una variación en cuando a formas de relacionarse con los vínculos familiares durante el aspo.
- Evaluar si la institución implementó nuevas estrategias para la contención psicológica y emocional del adulto mayor

MARCO TEÓRICO

PANDEMIA COVID 19

La pandemia de COVID-19, es una pandemia actualmente en curso derivada de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, que inicialmente fue llamada «neumonía de Wuhan», ya que los primeros casos fueron identificados en diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan al reportarse casos de un grupo de personas enfermas con un tipo de neumonía desconocida.

Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV).

El virus SARS-Cov-2 se propaga a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona infectada, por la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o respirar. Las partículas tienen diferentes tamaños, desde las más grandes, llamadas «gotículas respiratorias», hasta las más pequeñas, o «aerosoles». Los datos disponibles sobre la temática apuntan a que el virus se propaga mediante:

- Personas que están en contacto estrecho generalmente menos de un metro (distancia corta). Una persona puede infectarse al inhalar aerosoles o gotículas que contienen virus o que entran en contacto directo con los ojos, la nariz o la boca.
- También puede propagarse en espacios interiores mal ventilados y/o concurridos, donde se suelen pasar largos periodos de tiempo ello se debe a que los aerosoles permanecen suspendidos en el aire o viajan a distancias superiores a un metro (distancia larga)
- Y también es posible infectarse al tocar superficies contaminadas por el virus y posteriormente tocarse los ojos, la nariz o la boca sin haberse lavado las manos. (Organización Mundial de la Salud 2020)

Debido a su rápida propagación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró en principio como una emergencia de salud pública de importancia

internacional el 30 de enero de 2020 para finalmente reconocerla como pandemia el 11 de marzo de 2020.

El 12 de marzo de 2020, un día después de que la OMS declarara el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, el Estado nacional argentino, dictó el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 260/2020 por el cual se amplió la emergencia pública sanitaria establecida por la ley n° 27.541 el 21 de diciembre de 2019, por el plazo de un año.

En primer lugar, el 16 de marzo, se estableció por Decreto DNU N° 274/2020 la prohibición de ingreso al territorio nacional de personas extranjeras no residentes en el país.

El 19 de marzo de 2020, el Poder Ejecutivo Nacional dictó el DNU N° 297/2020 que dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) para todas las personas que habitan en el país o se encontraran en él en forma temporaria al momento de su dictado, con el objetivo de proteger la salud pública, obligación inalienable del Estado nacional. Esta disposición previó que durante la vigencia del ASPO, las personas deberían permanecer en sus residencias habituales, abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y que no podrían desplazarse por rutas, vías y espacios públicos, con el fin de prevenir la circulación y el contagio del virus Covid-19 y la consiguiente afectación a la salud pública y los demás derechos subjetivos derivados, tales como la vida y la integridad física de las personas. Se establecieron además controles permanentes en rutas, vías y espacios públicos, accesos y demás lugares estratégicos, a fin de garantizar el cumplimiento de las normas dispuestas en el marco de la emergencia sanitaria. (Medidas del Estado argentino para la protección de los Derechos Humanos durante la pandemia del Covid-19. 2020)

Las medidas previstas por este decreto alcanzaron a toda la población, pero han sido más estrictas para un grupo en particular, el denominado grupo de riesgo, conformado por: mayores de 60 años, embarazadas y personas con patología crónica.

Medidas preventivas en las instituciones geriátricas:

- El lavado de manos con jabón utilizar alcohol en gel de manera regular
- Estornudar en el pliegue del codo
- Ventilar los ambientes
- Desinfectar los objetos que se usan con frecuencia
- Distanciamiento social (mantener dos metros de distancia entre personas)
- Evitar las visitas de personas y familiares con síntomas respiratorios, o cuadros febriles.
 - Verifica que los empleados de los cuidados de los Adultos Mayores, se laven las manos o usen gel antibacterial.
- Uso de las mascarillas

El hecho de que los adultos mayores son reconocidos como “grupo de riesgo” implica la toma de medidas especiales de cuidado, que en Argentina esto se visibiliza mediante medidas “que impidieran que las personas mayores salieran de sus casas, cuando no existieran razones suficientes y la recomendación de restringir el régimen de visitas que los mismos recibían. Esto resintió en gran medida las relaciones sociales y la independencia de los adultos mayores, que han visto vulnerados sus derechos, en ocasiones, en mayor medida que el resto de la población debido al edadismo”. Marquez Terraza, Azzolino, Marsollier, et al (2021).

CONCEPTO DE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

La vejez es el período vital que sigue a la madurez, no existe una edad determinada para señalar su inicio en los seres humanos, pero la Organización Mundial de la Salud ubica esta etapa a partir de los 60 años.

Muchas veces a la vejez se la reconoce como un periodo donde predomina un deterioro orgánico gradual, o donde suelen manifestarse y/o agravarse las condiciones neurodegenerativas como la aparición del Alzheimer o la demencia senil, pero en realidad, son las condiciones de vida previas y los factores genéticos los que determinarán una evolución favorable o no de esta etapa.

En términos psicológicos, la vejez en sus diferentes etapas suele traer consigo períodos de intensa reflexión sobre el pasado. Dependiendo del estado de salud mental y emocional de cada persona, estos momentos de introspección pueden ser

asumidos como parte del proceso o, por el contrario, pueden ser fuente de tristeza y aislamiento social.

Muchas veces, los términos vejez y envejecimiento, son utilizados como sinónimos, pero en realidad se trata de términos bien diferenciados. La vejez o senectud es una etapa vital; y el envejecimiento es un proceso que comienza desde la concepción. Por lo tanto, la vejez, sería la última fase del proceso de envejecimiento.

El envejecimiento

Es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores: biológicos, psicológicos y sociales. Esta etapa transcurre en un sujeto particular y único, por lo cual, la forma de envejecer no se puede generalizar a partir de los cambios que ocurren solo a nivel corporal, porque depende de la autopercepción de esos cambios de acuerdo a sus esquemas mentales, su estructura de personalidad, creencias, valores, procesos de socialización.

- *Envejecimiento activo*: Es un concepto definido por la OMS como, el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar, físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.
- *Envejecimiento saludable*: proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Con este nuevo concepto, envejecer de manera saludable, no significa envejecer sin enfermedades, sino que significa ser capaz de hacer durante el máximo de tiempo posible, las cosas a las que damos valor.

Leopoldo salvarezza *“Define al envejecimiento como un proceso que tiene características singulares puesto que cada vejez es producto de la operatividad de las series complementarias y del modo en que se vive el impacto de los cambios biológicos y sociales”*.

La vejez para él, en su texto “psicogeriatría. Teoría y clínica”, es definida como un proceso natural e inevitable del ser humano, por que abarca múltiples cambios. Es un tema conflictivo, tanto para las personas que lo viven en sí mismas como para las personas que lo enfrentan día a día desde sus roles: hijo, vecino, colega, medico, enfermero, psicólogo y el grado de conflicto que representa para cada uno y las conductas defensivas que se adopten, estará determinado por la historia personal de los participantes, la cual habrá ido sedimentando a través de sucesivas experiencias, fantasías y represiones, en una ideología general sobre lo que es la vejez.

Edadismo se refiere a como pensamos (estereotipos), sentimos (prejuicios) y actuamos (discriminación), hacia otras personas o nosotros mismos por razones de edad.

Las teorías sobre la vejez: E. Cummings, W. E. Henry y Maddox

Cummings y Henry, desarrollaron dos teorías evolutivas que caracterizan la etapa de la vejez, una es:

1. *La teoría del desapego*: a fines de la década del 50, el comité sobre el desarrollo humano de la universidad de Chicago, inicio una investigación sobre los aspectos sociales de la vejez que culmino con un libro publicado en 1961 por E. Cummings y E. Henry donde postulan esta teoría. En términos de la misma, se trata que cuando el sujeto envejece se produce una “*reducción del interés vital por las actividades y los objetos que lo rodean*”, lo cual deriva en un sistemático apartamiento de toda clase de interacciones sociales. Se va separando entonces su vida de los demás, se sienten menos comprometidos emocionalmente con los otros.

Esto según algunos autores, es un proceso que pertenece al desarrollo “normal” del individuo, además de ser buscado es “deseado por el”, apoyado por el declinar de sus funciones sensorio motrices, lo cual le permite una redistribución adecuada de sus reservas sobre menos objetos, pero más significativos para el sujeto.

Al mismo tiempo este distanciamiento afectivo lo pone a cubierto de confrontaciones con objetos y situaciones que le plantean problemas de difícil solución y que cuando no puede hallarlas le engendran cuadros de angustia.

Aun siendo individual, este desapego cumple secundariamente una función social importante al no interferir o más bien “permitir” un adecuado desarrollo económico de las generaciones más jóvenes.

Puntos sobresalientes o centrales de esta teoría:

- Se trata de un proceso universal que en cualquier cultura y tiempo histórico
- Al estar apoyado en procesos psicobiológicos, es un proceso inevitable
- Es intrínseco y por lo tanto no es determinado por variables sociales. Algo de cada uno de los sujetos, y pase lo que paso a su alrededor no cambiaría.

Por ello se plantea que la conducta a seguir frente a los viejos es indicar o favorecer este apartamiento progresivo de sus actividades como un paso de preparación necesaria para la muerte. Una cosa es acompañarlos para que vivan y otra es acompañarlos hasta la muerte.

2. *Teoría de la actividad*: es una teoría planteada por Maddox (1973), que representa la contracara de la teoría anterior, presentado con un enfoque socio-antropológico y sostiene que el adulto mayor debe permanecer activo el mayor tiempo posible y que si en algún momento no le es posible poder ser activo en determinadas actividades, debe buscarse otras que sean sustitutas para aquellas. La personalidad previa del adulto mayor debe servir como llave para comprender las reacciones a los cambios biológicos y sociales que se producen a esa edad.
3. *Teoría del apego*: consiste en el conjunto de críticas que han realizado a la teoría del desapego, “el hombre aislado es un problema, no un ideal” por lo tanto el desarraigo no es algo intrínseco del ser humano, toda posibilidad de “ser” dentro del contexto humano es posible solamente en relación con otros, o con objetos contingentes. Toda satisfacción de necesidades o deseos es provista solo en estas relaciones objétales, y la separación o el aislamiento deben ser comprendidos como formando parte de la patología o acción prejuiciosa y segregacionista contra los viejos de ciertas estructuras sociales, pero de ninguna manera como normalidad.

Las emociones y Adultos Mayores.

El interés por la comprensión de las emociones de las personas mayores ha llevado a los psicólogos a hacerse diferentes preguntas:

- ¿Qué cambios asociados a la edad pueden influir en las emociones de las personas mayores?,
- ¿Cuáles son los cambios emocionales de las personas mayores?
- ¿Cuáles de estos cambios son deseables y cuáles no?

En muchas investigaciones sobre la tercera edad, la tendencia general ha sido el estudio de la falta: la falta de memoria, de flexibilidad en el pensamiento y en general, los déficits en los procesos cognitivos. Sin embargo, últimamente, los estudios de carácter gerontológico se centran en los aspectos positivos de la salud, tanto física como psicológica y en su mantenimiento. Esto se debe probablemente a que la llamada tercera edad en la actualidad es una parte muy grande de la vida de las personas, y en la que se puede seguir disfrutando de la vida plenamente.

Con los años es evidente que va formándose un deterioro del organismo, el cual es la consecuencia lógica del paso de los años. También con la edad ocurren cambios sociales como la jubilación o la pérdida del núcleo familiar por la emancipación de los hijos. Sin embargo, se sabe muy poco respecto a los procesos emocionales en personas mayores. Las emociones están controladas por diferentes áreas cerebrales que el resto de procesos cognitivos (como la memoria) y se sabe relativamente poco de cómo afectan los cambios fisiológicos a las emociones. (García Rodríguez y Ellgring 2010)

Vivas, Gallego, y González (2006) llegan a la conclusión de que hasta ahora no se ha logrado obtener una base consolidada en lo que respecta a la investigación de las emociones. Por lo que se puede afirmar que todavía hoy no existe un consenso acerca de qué es una emoción, y por lo tanto la falta de una definición del concepto de emoción, pero a pesar de ello, estos autores ponen en común las siguientes características de las emociones:

- En la emoción se integran respuestas motoras, cognitivas y neurofisiológicas, siendo un proceso complejo y multidimensional.

- Hay una integración entre emoción y cognición, por tanto las emociones están implicadas en la toma de decisiones, llevando a una orientación adecuada de éstas.
- Las emociones son innatas y se producen de manera automática, pudiendo concluir que son un medio para la supervivencia.
- Hay una interacción entre la mente racional y la mente emocional, coexistiendo así a su vez el pensamiento consciente y el conocimiento impulsivo. Este sentimiento unido al pensamiento forma nuestro ser.
- Las emociones están implicadas en la toma de decisiones y forman parte del razonamiento adecuado (García Martínez)

Una emoción consta de tres funciones principales: *Las funciones adaptativas, las sociales y las motivacionales.*

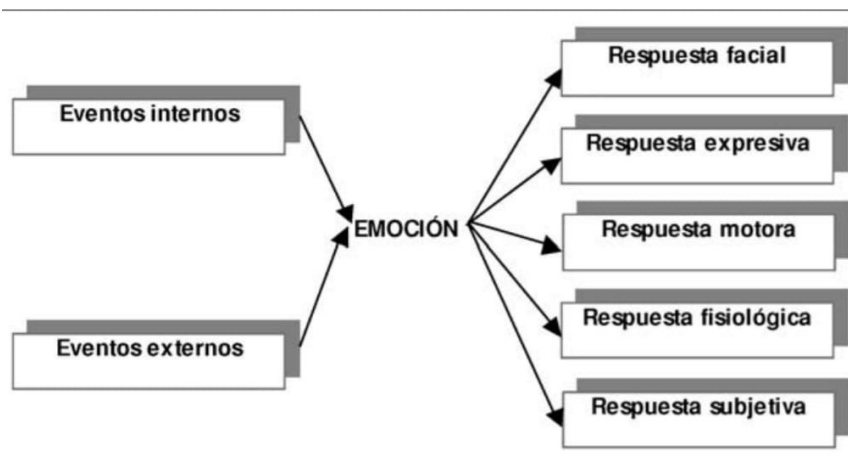
- Darwin (1872/1984) ya destacó el papel de las emociones como función adaptativa. Para este autor *la función de la emoción es un método utilizado para poder comportarse de forma más adecuada a una determinada situación.* Sin entrar en detalles, el autor destaca tres principios fundamentales por los que están gobernadas las emociones: *hábitos útiles asociados, antítesis y acción directa del sistema nervioso.*
- Según Izard (1989) la función social de las emociones sirve para crear y facilitar las relaciones sociales, poder transmitir las emociones al resto, tener control sobre el comportamiento de otros y mantener un comportamiento de ayuda y solidaridad. Se destaca también como función social la inhibición de las emociones, ya que, para poder mantener los vínculos establecidos socialmente, es importante reprimir algunas emociones que sentimos en momentos particulares. A pesar de esto, cabe recalcar que el hecho de reprimir emociones también puede llevar a conflictos en otras ocasiones.
 - Por lo que respecta a las funciones motivacionales, son de especial importancia para guiar una conducta. En este sentido, la emoción da lugar a una conducta motivada, o por el contrario a la no motivación, y por lo tanto no producirse una conducta. Por tanto la motivación sirve de función para obtener un objetivo determinado (García Martínez, 2017, p.11)

Levenson y Cols. (1988, 1994). Propusieron un modelo general de las emociones que posteriormente utilizaron para analizar aquellos aspectos en los cuales la edad puede ejercer una influencia específica. Su principal interés fue estudiar las reacciones emocionales en las distintas etapas de la vida.

Para estos investigadores, el núcleo interno de la emoción consiste en un mecanismo que registra información perceptual del medio y del mundo interno de las personas asociada a grupos más o menos grandes de situaciones prototípicas y significativas para el bienestar y la supervivencia de los individuos. Estas situaciones prototípicas se han ido acumulando por las distintas especies a través de los años. Cuando una de estas situaciones prototípicas es detectada por una persona, se activa la emoción apropiada.

La emoción se compone de un conjunto de respuestas que facilitan al organismo la adaptación a la situación. Con otras palabras, las situaciones de la vida valoradas por el sujeto como pérdidas o ganancias, activan respuestas emocionales como tristeza o felicidad.

Figura 1: *Esquema explicativo de las emociones según Levenson*



Fuente: Levenson 1994

Cada emoción activa un conjunto de reajustes psicológicos y corporales o tendencias de respuesta (expresión facial, tono de voz, postura, activación del sistema nervioso autónomo) y estrategias conductuales (huida, evitación, afrontamiento, etc.) para producir una respuesta óptima de acoplamiento a la situación. Este sistema es rápido y eficaz y no requiere una intervención consciente.

Según Levenson (1994) la edad puede afectar al sistema emocional de diferentes maneras, sobre todo alterando las condiciones antecedentes en cuanto a la posibilidad de activar las emociones. Por otro lado, una vez es activada la emoción, alterando las reacciones fisiológicas y psicológicas del sistema de respuesta. Estas alteraciones son de naturaleza biológica y se relacionan con la eficacia de la transmisión neural y de otras características del sistema nervioso.

Toda esta automaticidad del sistema emocional se complica en los seres humanos. Las personas desarrollan sistemas de control por medio de la experiencia y el aprendizaje, que influyen decisivamente en la conducta de las personas. Pero también los pensamientos y la percepción del medio (las condiciones elicitanes) se pueden ver alterados, y por tanto, la capacidad de provocar emociones.

El sistema de respuestas produce tendencias a responder de la misma manera (por ejemplo, llorar cuando estamos tristes, reír cuando estamos alegres, etc.). Sin embargo, con la edad se aprende el control de la respuesta, de manera que se puede considerar si la respuesta es socialmente adecuada o no. Por tanto, y siguiendo el modelo de Levenson, vemos que la edad puede afectar tanto al sistema de entradas (información del entorno) como de respuestas. Los antecedentes de la emoción se pueden originar por los acontecimientos externos o por internos (como pensamientos y memoria). (García Rodríguez, 2009, pp. 105 – 107)

Las emociones que sienten las personas mayores son las mismas que el resto de las personas: alegría, tristeza, ansiedad, etc. La diferencia, se centra especialmente en cuestiones como el control de las mismas o su intensidad. Gross y cols (1997); Lawton y cols (1992), señalan que las personas mayores muestran mejor control emocional que los más jóvenes. Según Gross, el control de las emociones se distingue por que las personas tratan de cambiar o controlar las emociones experimentadas, estas suelen mantenerse más calmadas y con mayor frialdad ante ciertos eventos, en comparación con la gente joven.

Dentro del contexto actual, la pandemia y el aislamiento o cuarentena, se ponen en juego recursos tanto psicológicos como emocionales de los individuos, ya que los enfrentan con situaciones poco habituales que conllevan altos montos

de estrés ante la incertidumbre, el peligro del contagio y los efectos del encierro y pérdida de contactos frecuentes.

Investigaciones sobre la pandemia COVID 19 y el aislamiento social preventivo

Una serie de investigaciones han puesto el foco en las diferencias por edad que se presentan en las formas de afrontamiento. Entre ellas están:

- El Informe del *Observatorio Psicología Social Aplicada* (Etchevers y otros, 2020) realizado en Argentina a partir de una serie de informes progresivos según la cantidad de días de transcurrida la cuarentena, en donde se observó una diferencia significativa en función de la edad de los participantes, a medida que las personas aumentan su edad, se observaron menores niveles de síntomas psicológicos, ansiedad, depresión y pérdida del sentido de la vida.
- El estudio desarrollado por el Canet Juric et. Al. (2020) también realizado en Argentina muestra que los niveles más altos de ansiedad, depresión y afecto negativo se encuentran en las personas entre 18 y 25 años, mujeres, los que poseen niveles bajos de educación, los que viven en espacios pequeños, quienes han interrumpido su trabajo, los que consumen más noticias, entre otros. Y los que reportan más bajos niveles de ansiedad, depresión y afecto negativo son: los mayores de 60 años, los que poseen un alto nivel educativo, los que se han visto poco afectados económicamente, los que tienen hijos, consumen menos noticias, viven en espacios más grandes y los varones.
- Para Pearman et. al. (2020), en una investigación realizada en EE. UU., el estrés relacionado con COVID-19 mostró diferencias importantes en el riesgo y la capacidad de recuperación para los adultos jóvenes y mayores. La ansiedad por desarrollar COVID-19 fue un factor de riesgo más fuerte, pero el afrontamiento proactivo, asociado a la búsqueda de información, uso de medidas preventivas y evaluación positiva, fue un factor de resiliencia más fuerte para el estrés en los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes. Los esfuerzos para impulsar el afrontamiento proactivo y reducir

la ansiedad sobre el desarrollo de COVID-19 pueden ser especialmente útiles para los adultos mayores durante esta pandemia.

- Van Tilburg et. Al. (2020) analizaron la implementación de la política de distanciamiento en las personas mayores a partir de la pandemia y sus efectos sobre el sentimiento de soledad y la salud mental. Los resultados mostraron que, en esta pandemia, la soledad de las personas mayores aumentó, pero la salud mental, entendida como ansiedad, depresión, abatimiento o no sentirse tranquilos y felices, se mantuvo relativamente estable. Sin embargo, cuando se registraron pérdidas personales, la mayor preocupación por la pandemia y la disminución de la confianza en las instrucciones de la sociedad se asociaron con problemas de salud mental, particularmente con un incremento de la soledad emocional.
- Krendl y Perry (2020) hallaron que los adultos mayores reportaron mayor depresión y soledad luego del inicio de la pandemia. Así como la soledad predijo positivamente la depresión. La fuerza de la relación percibida pero no el compromiso social moderó esta relación. De tal manera la soledad solo predijo depresión para las personas que no se acercaron a sus redes durante la pandemia. Para aquellos que se sintieron menos cercanos, la depresión fue mayor independientemente de la cantidad de contactos sociales.
- Wu (2020) sostuvo que el aislamiento social y la soledad son factores de riesgo importantes que se han relacionado con un estado de salud mental y físico deficiente. Para ello consideró la promoción de la conexión social como mensaje de salud pública, la movilización de recursos de los miembros de la familia, redes y recursos comunitarios y el desarrollo de intervenciones innovadoras basadas en tecnología para mejorar las conexiones sociales. Iacub, Arias, Kass, et al. (2020)

Por otro lado se observa una serie de estudios han indagado en los cambios emocionales que suceden en la vejez, los cuales pueden ser utilizados para analizar *los efectos emocionales frente a la pandemia* en personas de 60 años y más. Algunos de ellos son:

- Labouvie-Vief (2010) consideró que el desarrollo emocional se relaciona con los cambios cognitivos y los procesos del yo, porque las experiencias emocionales son cualitativamente reestructuradas. Se produce una complejidad creciente que permite nuevas formas de reflexión y de desarrollo de un “sí mismo” más diferenciado e integrado. Esto posibilita experiencias más diferenciadas sobre *la emoción y su regulación*, con una maximización de los afectos positivos y minimización de los afectos negativos, así como mayor tolerancia y regulación afectiva flexible.
- Blanchard-Fields (2007) sostuvo que los cambios selectivos y compensatorios en las preferencias y estrategias emocionales serían el efecto del aprendizaje y la práctica que realicen los sujetos a lo largo de la vida adquiriendo conocimientos situacionales, estratégicos y procedimentales sobre los procesos emocionales que los vuelven más competentes en la regulación emocional. De esta manera, al envejecer se podría conocer más sobre los efectos emocionales de los acontecimientos futuros, adaptándose las estrategias de regulación emocional a las demandas contextuales y realizando menos esfuerzo en el proceso de regulación de las emociones.
- Carstensen (2006) consideró que la comprensión de la propia finitud daría lugar a una reevaluación de las motivaciones y una consecuente intensificación de las experiencias emocionales gratificantes actuales, como priorizar los afectos, en lugar de atribuir mayor importancia a las recompensas futuras. Este cambio de prioridades mejoraría el estado de ánimo, ya que reduciría la disposición a aceptar experiencias muy negativas que permiten obtener metas de largo plazo. Estos hallazgos han dado lugar a considerar la noción de *efecto de positividad*, definido originalmente como el cambio de la selección de la información negativa hacia la positiva que se produce en la edad avanzada lo cual implicaría la priorización de las gratificaciones emocionales actuales llevando a que los adultos mayores sean más sensibles a *la información positiva y menos a la negativa*, o a buscar evitarla.

La regulación emocional ha sido ampliamente mostrada en diversas investigaciones con personas mayores. Los individuos no solamente padecen cambios emocionales, sino que tratan de controlar, de manera consciente o inconsciente, las emociones, así como los modos en que las experimentan y

expresan. La cuestión *reside en conocer si la pandemia y el aislamiento social preventivo pueden incidir negativamente sobre la regulación emocional.*

Las diferencias de género, educación y clase social tienen importancia en la duración y los efectos de la elaboración de las pérdidas y la regulación de las emociones que se produce en la vejez.

- Arbuckle y de Vries (1995) hallaron que las mujeres que tramitan una pérdida manifiestan mayores niveles de depresión,
- o para Thompson et al. (1991), más síntomas depresivos que en los varones como consecuencia de un duelo. Stroebe, Stroebe y Schut (2001) encuentran que los varones expresan más las pérdidas en relación a la salud física y mental y al distanciamiento social que generan.
- En nuestra cultura resulta más aceptable para las mujeres hablar acerca de sus pensamientos y sentimientos depresivos y mostrar su angustia que para los varones (Stroebe, Stroebe y Domittner, 1988).
- A esto se le agrega que las mujeres expresan más fatalismo y más vulnerabilidad que los varones, lo cual podría depender de una expresión de género relativa a la expresión de las emociones.

La educación emerge también, como un poderoso predictor en muchas variables del funcionamiento personal. Lopata (1993) concluye que el grado de educación puede ser una de las variables más influyentes, que proveen una mayor habilidad para aclarar problemas, para identificar recursos y para tomar acción hacia posibles soluciones.

Un estudio que tuvo como objetivo general conocer y analizar los efectos emocionales en las personas de 60 años y más, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires frente a la pandemia generada por el Covid 19 y el aislamiento social preventivo concluyó que las personas mayores encuestadas han sido capaces de transitar esta fase de la cuarentena con una *fuerte regulación emocional*, lo que es evidente a partir de los resultados a nivel de la ansiedad, la tristeza, el miedo, la irritabilidad, los pensamientos sobre la muerte, la capacidad de concentración y la preocupación económica.

Este estudio muestra que las personas mayores, logran mejorar los niveles de control sobre las emociones de maneras muy eficaces, lo cual se relacionaría con los altos niveles de bienestar encontrados. Sin embargo, emergen algunos grupos que presentan menores niveles de regulación emocional en relación con algunas de las emociones implicadas. Las mujeres expresan mayores niveles de tristeza, ansiedad, miedo, y dificultades en la concentración y los varones tramitan estos procesos con mayores padecimientos físicos y distanciamiento social.

INSTITUCIONALIZACIÓN

Institucionalización es un término polisémico que se aplica a distintos contextos relativos a las instituciones, especialmente a su proceso de creación o fundación. Dentro de un contexto sociológico y psiquiátrico, se aplica a la sumisión de un individuo al régimen de vida de una institución como el orfanato, el servicio militar, el asilo, la cárcel o el manicomio; donde vive internado durante un largo periodo de tiempo hasta hacerse dependiente de ella.

Este concepto es de interés para la investigación ya que la población investigada se encuentra dentro de instituciones geriátricas. Este proceso de institucionalización, plantea en el 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 diferente, pautado por una legalidad y ritmicidad propia.

Goffman hace referencia sobre los asilos, residencia, hogares; como instituciones Totales, como un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”.

Las características centrales de las instituciones totales, es la ruptura de un ordenamiento social básico en la sociedad moderna: la distinción entre los espacios de juego, descanso y trabajo, en los que por lo general se interactúa con distintos co-participantes, bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto. Por el contrario, según este autor las instituciones totales se caracterizan por:

- Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
- Todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
- Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
- Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr de objetivos propios de la institución.

Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19

La pandemia por COVID-19, fue un hecho inesperado, inusual, impensado y sorpresivo, y se ha constituido en un factor estresante que impacta en todos los niveles de la vida: en la sociedad globalmente y en sus organizaciones, en la gestión política, socioeconómica y sanitaria, en la salud mental y física de individuos sanos individualmente, con foco en las personas más susceptibles de verse afectadas, son los sujetos considerados como “vulnerables”.

La pandemia ha cambiado la vida de muchas personas y, en particular, las costumbres diarias, se hace presente la incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y por sobre todo, el temor a enfermarse.

Como antes se menciona en otro apartado, un grupo especialmente vulnerable a la COVID-19 es el de las personas de 60 años y más. Las variables que las ponen en riesgo son varias, entre ellas, hay una mayor prevalencia de fragilidad y vulnerabilidad a eventos adversos, discapacidad y dependencia, condiciones de salud subyacentes, tales como: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus, etc.

Un factor importante que se ha visto durante el transcurso del aislamiento, es el exceso de información, que pueden hacer que las personas se sientan sin control y que no tengan claro qué hacer, por lo cual se genera en los individuos sensación de estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad, somatizaciones, por lo que aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental previos. Los adultos mayores son el grupo donde existe la tasa de mortalidad más alta por COVID 19, por lo que esta situación los hace más vulnerables al estrés.

Se han realizado investigaciones en la población en general de distintas edades, incluyendo la de 60 años y más. Gago-Galvagno, G De Grandis, Ferrero et al. (2021). Algunas de ellas son:

- Estudios realizados en China, donde se observó que en la población general un 54,0 % de impacto psicológico moderado a severo, un 29,0 % de síntomas ansiosos y un 8,0 % de estrés, todos entre moderados y severos; las personas mayores de 60 años presentaron un alto estrés psicológico.
- En España, Sandín, Valiente, García Escalera y Chorot, al valorar el impacto psicológico de la pandemia en su población, encontraron síntomas (moderados a severos): estrés 32,0 %, psicósomáticos 6,0 %, problemas para dormir 36,3 %, disfunción social en la actividad diaria 10,0 % y depresivos 5 %.
- En Perú describieron la autopercepción del estrés durante el aislamiento social en 1402 participantes. Hallaron que el 60% mostró alto estrés, siendo mayor en mujeres, los que realizaban trabajo de forma virtual y los que se encontraban entre los 20 y 30 años, aunque no presentaron si había diferencias significativas en esos valores (Marquina, 2020).
- Otro estudio llevado a cabo en diferentes regiones de Argentina por Reyna y colaboradores (2020) encontró que los niveles de estrés autopercebido desde fines de marzo hasta mediados de abril, tuvieron valores medios y se mantuvieron constantes a través del tiempo. Hallaron que la confianza hacia el Gobierno Nacional para hacer frente a la pandemia fue mayor a otros países de Latinoamérica, considerando que las medidas implementadas fueron apropiadas, y las mayores preocupaciones en la población fueron el tema económico.

- Otro estudio llevado a cabo en Argentina por el Observatorio de Psicología Social Aplicada de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires evaluó la sintomatología psicológica en el contexto de la emergencia sanitaria en diferentes regiones del país (Etchevers et al., 2020). Encontraron que los síntomas psicológicos generales y los riesgos de trastorno diferían significativamente comparando dos muestras independientes de unos 2500 participantes en los primeros 7 a 11 días (fines de marzo) y a los 50 a 55 días (mediados de mayo) de decretado el ASPO. La sintomatología psicológica clínica aumentó a los 50 días respecto de los primeros (0.85% vs. 1.96%), los varones informaron menos síntomas que los jóvenes y las mujeres, la vida sexual empeoró en el 80%, el consumo de alcohol y los problemas de sueño aumentaron, la ideación suicida ascendió del 4.22% en la primera muestra a 6.53% en la segunda y el riesgo psicológico aumentó de 4.86% a 7.02%.

Según la OMS, aproximadamente el 7% de los adultos mayores tiene un trastorno depresivo mayor y el 3,8 % un trastorno de ansiedad. Asimismo, establecen que aquellos que se encuentran en aislamiento social o con deterioro cognitivo pueden volverse aún más ansiosos, enojados, estresados, agitados y retraídos durante las medidas restrictivas por la pandemia. El aislamiento social al que se enfrentan genera un sentimiento de soledad y abandono, volviéndolo más propenso a un estado de vulnerabilidad, lo que sustenta la teoría sobre la etiopatogenia del trastorno depresivo mayor al final de la vida.

Existen estudios que corroboran que un alto sentimiento de soledad está asociado a una disminución del apetito, mayor consumo de comida rápida, lo cual conlleva a malnutrición, déficit de ácido fólico, vitamina B12, y antioxidantes, que en consecuencia contribuyen a mayores síntomas depresivos.¹

Los adultos mayores son especialmente vulnerables ante las medidas de cuarentena y aislamiento social, teniendo en cuenta en esta etapa se reducen las

¹Estudios:

- Vitman Schorr A, Yehuda I, Tamir S. Loneliness, malnutrition and change in subjective age among older adults during COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 26 de diciembre de 2020;18(1). Doi: 10.3390/ijerph18010106
- Schorr AV, Yehuda I, Tamir S. Ethnic differences in loneliness, depression, and malnutrition among older adults during COVID-19 quarantine. *J Nutr Health Aging*. 2021;25(3):311-7. Doi: 10.1007/ s12603-020-1540-z

redes de apoyo social y disminuye la participación en actividades sociales. En algunos estudios se reporta la existencia de miedo recurrente a la muerte, miedo a la separación de la familia, insomnio, pesadillas, síntomas de ansiedad generalizada, síntomas depresivos, aparición de sintomatología obsesiva (lavarse las manos y el aseo frecuente de objetos de uso personal), síntomas de estrés postraumático y también el incremento de uso de sustancias, especialmente de alcohol. Además, se ha observado un agravamiento de condiciones preexistentes, como la diabetes, hipertensión arterial, angina de pecho y eventos cardiacos, así como de condiciones psiquiátricas (trastornos depresivos, ansiosos, obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias y déficit neurocognitivos). Broche-Pérez, Fernández-Castillo, Reyes Luzardo (2020)

A pesar de estos resultados, hay otros estudios realizados en Argentina más específicamente en la ciudad de Buenos Aires, en donde los adultos mayores predominaron estados emocionales en niveles normales, y que se mantuvieron constantes durante todo el trayecto del aislamiento.

Por lo que se puede decir que no todos los adultos mayores atraviesan las mismas situaciones vitales, o poseen los mismos recursos defensivos, por lo que no podemos hablar de vejez sino de vejezes, es decir, cada uno vive y experimenta las situaciones adversas de manera diferente.

Aislamiento social, consecuencias físicas

En cuanto a las consecuencias físicas, la pandemia por el virus SARS-Cov-2, se ha comprobado que existe una asociación entre el aislamiento social y la inactividad física.

Diversos estudios respaldan que la participación social en actividades físicas ayuda a fortalecer los músculos, mejorar la función pulmonar, y también disminuyen las discapacidades, inflamación crónica, estrés y los síndromes geriátricos en general.

Las medidas de confinamiento por COVID-19, llevaron a que los adultos mayores adopten una vida sedentaria, lo cual este hecho afectó de manera negativa sobre su salud física. Algunos de los efectos se representaron como:

- Mayores enfermedades cardiovasculares,

- Accidentes cerebrovasculares,
- Un declive cognitivo,
- Desórdenes musculoesqueléticos,
- Un aumento en la morbimortalidad, que se agravó con el sentimiento de soledad del individuo.

También se ha comprobado que la reducción de actividades físicas a corto plazo puede afectar la sensibilidad a la insulina, la función cardiorrespiratoria, y además aumentar el porcentaje de grasa visceral y el desarrollo de dislipidemia. Aquello, sumado a los periodos de inactividad generados por el cambio de estilo de vida tras la pandemia por COVID-19, pueden provocar una crisis catabólica que en consecuencia aumentaría el riesgo de caídas, fracturas y discapacidades.

Por otra parte, se conoce que el sueño ha sido una de las principales funciones biológicas vulneradas. Debido al aislamiento se ha visto afectado el ciclo circadiano, ya que eventos estresantes pueden generar la alteración de este, así como la limitada exposición a la luz del día y la ausencia de rutinas diarias. Por ende, la disminución del sueño resulta en una secreción inadecuada de melatonina, la cual está asociada a cambios en la función inmunitaria y a procesos fibróticos en hígado, riñón y sistema vascular, haciéndolo más susceptible a una infección por el virus SARS-Cov-2.

(Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura Alexandra Granda-Oblitas, - Gema X. Quiroz-Gil, - Fernando M. Runzer-Colmenares)---

Ansiedad y adultos mayores

La ansiedad es una emoción que, dependiendo de la circunstancia, puede ser adaptativa o completamente nociva para el individuo.

En el primer caso, permite estar alerta en relación funcional al contexto generando un afrontamiento de la situación y dando lugar a una mejor adaptación. Sin embargo, esta emoción que vela por la supervivencia del individuo puede volverse perjudicial: esto sucede cuando la ansiedad es excesiva, en relación con el estímulo que la provoca o cuando tal estímulo no existe, en estos casos “la ansiedad es desadaptativa” y se convierte en fuente de malestar.

- **La ansiedad como una emoción adaptativa**, implica la capacidad de informar anticipadamente acerca de las características de los eventos por venir. Esto permite la mejor organización de todo el aparato cognitivo, emocional y pragmático del individuo, ante dichas situaciones de incertidumbre, con la debida selección de estrategias de afrontamiento. Implica una serie de reacciones fisiológicas, experiencias y expresiones emocionales y orientaciones comportamentales que presenta el hombre ante una situación de conflicto (Márquez, 2004).
- **La ansiedad se torna patológica** cuando su intensidad, duración y frecuencia de aparición es exagerada en relación al estímulo y, por lo tanto, se generan conductas inapropiadas (Cía, 2007).

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en:

- Trastornos físicos y
- Trastornos mentales.

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

- trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.),
- trastornos digestivos (colon irritable, úlcera),
- trastornos respiratorios (asma),
- trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema),
- y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

- los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.),

- las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.),
- los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia),
- trastornos del sueño,
- trastornos sexuales,
- trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.),
- trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

Algunas conceptualizaciones sobre la ansiedad

- La Asociación Psiquiátrica Americana (2013) define a la ansiedad como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.
- En tanto, Lazarus (2000) se refiere a la ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.
- Navas (1989), en un intento de precisar la ansiedad, la diferencia de otros estados. La explica como un estado emocional, un compuesto o mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas. Expone que, en el aspecto subjetivo, la ansiedad es un sentimiento o emoción única que es cualitativamente diferente de otros estados emocionales tales como tristeza, depresión, coraje o pesadumbre y agrega que se caracteriza por varios grados de sentimientos de aprensión, temor, terror o nerviosismo.
- Wolpe (1981) define a la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo; en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados.
- Lewis (1980) habla de la ansiedad como una emoción desagradable vinculada al miedo y orientada hacia el futuro relacionado a una amenaza, la cual puede ser real o no, pero si lo es, la respuesta es desproporcionada, e irracional. También se la define como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo (Spielberger et al., 1984).

La ansiedad comprende tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor (Sandín y Chorot, 1995).

- Dentro de lo cognitivo estarían las percepciones subjetivas vinculadas a los estímulos y estados asociados con la ansiedad (miedo, preocupaciones, pensamientos intrusivos etc.).
- Con respecto a lo fisiológico se da un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Según el DSM-IV (APA, 1994), esto se puede manifestar a través de diarrea, palpitaciones, hipertensión, temblores, malestar gástrico etc.
- En lo conductual se daría a través de gestos, agitación y respuestas de escape y evitación. Clark y Beck (2012) conceptualizaron a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se dispara al anticipar sucesos percibidos como imprevisibles, incontrollables y potencialmente amenazantes para los intereses vitales de una persona.²

La ansiedad en adultos mayores.³

Huerta (2018), la ansiedad es un fenómeno natural en la vida de un ser humano. La ansiedad se caracteriza por intraquilad, insomnio y tensión muscular, es un fenómeno casi universal en el ser humano. Pero cuando esos síntomas son constantes y se concentran incluso después de que la causa de ansiedad se ha solucionado, llegando alterar las rutinas diarias y la calidad de vida de la persona, se dice que se ha producido el llamado desorden de ansiedad.

Rodrigo (2015), indica que la ansiedad es una respuesta exagerada en magnitud, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo. Los tipos de ansiedad que más prevalecen en el adulto mayor es; pánico: grado severo de la ansiedad y fobia: selectividad limitada e intensa.

Conde & Jarne. (2006) señala:

² (La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19 Marcelo Ceberio, Gilda Mariel Jones, María Gabriela Benedicto)

³ “Ansiedad Y depresión En Adultos Mayores Del Programa Amachay, En El Contexto De Pandemia Por Covid-19 - Wanchaq - Cusco – 2021” Lucero Mena Matto Lizbeth Milagros Cornejo Medina

- Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por temores excesivos, expectativas de acontecimientos adversos, ansiedad anticipatoria, tensión emocional e hipervigilancia de una forma constante y permanente. Las preocupaciones parecen saltar de un problema a otro, como problemas familiares o de relaciones interpersonales, cuestiones de trabajo, de dinero y otros.
- Trastorno fóbico: se presentan por temores persistentes e irracionales hacia objetos, situaciones o actividades que comportan actitudes de evitación. Las temáticas más habituales son el temor a salir de casa, o el temor a quedarse solo, la utilización de transportes públicos, la utilización del ascensor, etc.
- Trastorno de pánico: se caracteriza por episodios de crisis relativamente breves con sensación de muerte inminente. Los síntomas que acompañan estas crisis son: dificultades respiratorias, mareos, opresión torácica y temor a caerse.
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC): es la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes que se repiten causando ansiedad y malestar. La ideación relacionada con imágenes o pensamientos de tipo religioso es frecuente en el adulto mayor.

Clasificación de la ansiedad en el DSM-V de la siguiente forma:

1. Trastorno de ansiedad por separación: Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.
2. Mutismo selectivo: Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).

3. Fobia específica: Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.
4. Trastorno de ansiedad social: Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores
5. Trastorno de angustia: Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.
6. trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad y preocupación excesiva, persistente. Las personas tienen dificultades para controlarse, en diversos acontecimientos y/o actividades, se asocian 3 o más síntomas de “sobreactivación fisiológica”, (la ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayor parte del día durante un mínimo de 6 meses).

Conde & Jarne. (2006) la ansiedad en los ancianos suele estar centrada en el bienestar de la familia y la propia salud. Y los adultos mayores presentan la fobia específica por miedo a las caídas. De tal manera, muchos síntomas de ansiedad pueden atribuirse a comorbilidades somáticas y patológicas orgánicas.

La ansiedad social a menudo tiene una presentación somática y puede estar relacionada con los cambios sociales (jubilación), con los déficits sensoriales y/o la aparición de enfermedades (como por ejemplo el covid 19)

El aislamiento social es un concepto que se relaciona con una pérdida de la integración social y del contacto personal físico y emocional, y se asocia con frecuencia con sentimientos de soledad.

- **El sentimiento de soledad** es una experiencia desagradable derivada, en su mayoría, de una escasa red de apoyo social o de relaciones sociales de forma cuantitativa o cualitativa percibidas por la persona como deficientes,

superficiales e insatisfactorias. La persistencia de la soledad se asocia con efectos adversos para la salud física y mental, que incluye depresión, estrés, reducción de la autoestima, deterioro cognitivo, afectación de la funcionabilidad, hipertensión arterial e incremento de la mortalidad.

Depresión en el adulto mayor ⁴

Clínicamente la depresión se caracteriza por un estado de ánimo afectado de una gran tristeza o desinterés generalizado por casi todo lo que rodea al sujeto, junto a un marcado descenso de la actividad física y psicofisiológica de la persona que lo padece, donde se manifiesta falta de motivación, apetito y libido, por insomnio, y en los casos más graves, por la pérdida de las ganas de vivir e inclusive llegar al suicidio.

Según los autores la depresión, se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que pretendan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros.

- Según Sarró-Maluquera, Ferrer-Feliub, Rando-Matosa, Formigac, & Rojas-Farrerasd. (2013): la depresión en la tercera edad no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad que debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida, con unas consideraciones especiales que por supuesto hay que tener en cuenta.
- De acuerdo a Raul (2015) de tal manera los síntomas y las consecuencias de la depresión son diversas: tristeza patológica, la pérdida de interés o placer en casi todas las cosas, irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, las ideas de muerte o de suicidio, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, la disminución de la concentración y la memoria, la intranquilidad, los trastornos de sueño y la disminución del apetito. Y entre sus consecuencias es: incrementa la morbilidad y la mortalidad; el riesgo de suicidio; la discapacidad prolongada y el deterioro funcional y social; y la carga económica.

⁴ “Ansiedad Y Depresión En Adultos Mayores Del Programa Amachay, En El Contexto De Pandemia Por Covid-19 - Wanchaq - Cusco – 2021” Lucero Mena Matto Lizbeth Milagros Cornejo Medina

- De tal manera Alicia. (2019) menciona que el cambio psicológico en el adulto mayor consiste en la reagudización de los rasgos de personalidad previos, conductas de atesoramiento, sentimientos de inseguridad, cambio en las relaciones sociales, mayor rigidez para aceptar los cambios tecnológicos y sociales.

La depresión en las personas mayores se refiere a los síndromes depresivos descritos en el DSM IV y en el CIE-10, los cuales surgen en adultos mayores de 65 años. Como definición general, para la descripción de la depresión geriátrica se suele considerar el trastorno depresivo mayor. El mismo se caracteriza por la confluencia de cinco o más de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo deprimido casi todos los días, según su propia percepción (ej., me siento triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se lo ve triste, lloroso, cabizbajo).
- Pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
- Modificación del 5% del peso corporal (aumento o descenso) sin causa aparente, o disminución y/o aumento del apetito casi todos los días.
- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias) casi todos los días
- Agitación y/o retraso psicomotor casi todos los días
- Fatiga o pérdida de energía;
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad exacerbado;
- Disminución de la capacidad de pensamiento, concentración y toma de decisiones;
- Pensamientos de muerte recurrentes.

Para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor debe estar presente uno de los dos primeros síntomas descritos, en combinación con los restantes, durante al menos dos semanas, observándose también un cambio en el funcionamiento de las actividades cotidianas de la persona (American Psychiatric Association, 2013).

Hay que tener en cuenta para el diagnóstico que:

- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Bastidas-Bilbao (2014) señala que existe una alta comorbilidad entre la depresión geriátrica y la enfermedad cerebrovascular, la diabetes, la enfermedad de Alzheimer y el parkinsonismo. Debido a su forma de presentación (somatizaciones) los trastornos depresivos suelen solaparse o coexistir con otros cuadros, como así también confundirse con el efecto farmacológico de algunos medicamentos⁵.

Vínculos, Adultos Mayores y ASPO.

El vínculo, se reconoce como la unión o atadura que implica dependencia y adherencia a elementos que se entienden como sujetos, normas, lugares y tiempos que se relacionan entre sí.

Bion define al término vínculo como la relación existente entre la persona y la función, más que con el objeto que realiza dicha función; el interés no está dado solamente hacia el objeto en mismo (pecho, pene o pensamiento verbal), sino que está dado a partir de la función que vincula los objetos. Entonces, el vínculo se entiende como una identificación proyectiva de comunicación que expresa el mecanismo que relaciona mutuamente al niño con su madre.

Kaës, ha buscado determinar las condiciones que hacen que el vínculo pueda inscribirse en la teoría psicoanalítica, como elemento de conocimiento en la práctica del psicoanálisis, refiriéndose al vínculo como la realidad psíquica inconsciente entre dos o más sujetos, construida por su encuentro en términos de proceso, hace referencia a las representaciones y acciones que los asocian para ciertas funciones como los deseos, la percepción de protección y la acción de defensa, el

⁵ Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina- María Florencia Tartaglino

reconocimiento de prohibiciones, las acciones comunes, el hacer, experimentar el amor, compartir el juego, o disfrutar gustos comunes, por ejemplo, el vínculo Kaesiano es un espacio psíquico que se da a partir de las relaciones que surgen a través de las alianzas inconscientes y los emparejamientos que los individuos producen al encontrarse entre sí. En términos kaesianos: no son los sujetos: ni uno, ni el otro, sin el lazo que los une al conjunto que los estructura y los contiene.

El vínculo es entonces, una formación intermedia entre los sujetos y las configuraciones que se estructuran como grupo, familia, institución. El inconsciente del sujeto lo forman y gestionan los vínculos intersubjetivos del grupo familiar básico, por las alianzas inconscientes arraigadas, de las que, para buscar su individualización como sujeto, el individuo intentará en parte desprenderse, para subjetivarse en la intersubjetividad.

Los vínculos tienen cuatro pilares que lo limitan:

- a) La experiencia corporal: que es el apego en tiempo fusional inicial,
- b) La experiencia intersubjetiva del nosotros,
- c) La experiencia intrapsíquica: significando y resignificando particular de sentimientos, ideas, expresiones, gestos, actos de los otros en el nosotros,
- d) Experiencia social: tiempo histórico, espacio geográfico, condiciones socio-económicas, culturales, religiosas.

Teniendo en cuenta, lo antes mencionado, se considera pertinente conocer la identificación del adulto mayor con su familia y/o su cuidador, dado que este lazo puede influir en las manifestaciones emocionales y comportamentales durante el aislamiento.

Una de las características humanas más importantes es la necesidad de establecer vínculos con otros, y precisamente la fórmula más eficaz para combatir la extensión del contagio de la COVID-19 atenta contra esa necesidad primordial. El distanciamiento físico y el aislamiento social (principales recomendaciones para atenuar la propagación del contagio) ha involucrado cambios en el estado de ánimo de las personas y sus entornos familiares, no sólo porque se ven recluidas en sus

domicilios, planteándose nuevas condiciones de hábitat, sino además porque se ha interrumpido su cotidianeidad.

La persona aislada suele presentar dificultades en el aprendizaje, afectaciones en la memoria, específicamente en aspectos como la atención, y concentración, la toma de decisiones se convierte en una acción compleja de realizar. Lo mencionado anteriormente, es el resultado de la carencia en el contacto con el entorno, motivo por el que cerebro no obtiene suficientes estímulos necesarios y/o fundamentales, limitando a que estos puedan ser manifestados de manera correcta. Beltran Torres, Rey Rojas y Rivera Espinosa (2022)

El *“quédese en casa, no se acerque a un otro a menos de metro y medio o dos, no comparta vajillas, no abrace a las personas”* son consignas, que si bien son necesarias para el cuidado que impone la pandemia; tienen efectos colaterales porque pueden agravar la sensación de soledad por el aislamiento; pues no sólo privan del contacto con los seres queridos, sino que interrumpen las rutinas y las estrategias que en muchos casos aplican para compensarla (asistencia frecuentes a centros de salud, clubes, centros de jubilados, etc.). (Petunchi, 2021) Esta sensación de soledad provoca la de incertidumbre, y ambas imposibilitan y/o alteran la percepción del propio bienestar, de las condiciones reales de salud y potencian la sensación de vulnerabilidad e indefensión.

Las personas mayores institucionalizadas son consideradas un grupo de extrema vulnerabilidad frente a la Pandemia por varias causas (Bonanad et al., 2020). Entre los motivos de riesgo especial se menciona la existencia de enfermedades de base y la presencia de síndromes geriátricos, la edad avanzada, el contacto interpersonal estrecho, la situación de encierro junto a otras personas vulnerables y la presencia de síntomas atípicos que dificultan el diagnóstico.

Hay que tener en cuenta que el funcionamiento de las instituciones geriátricas se halla regulado por una normativa propia, alojan a personas mayores de 60 años y brindan servicios de: residencia, alimentación, higiene, atención médica, psicológica y recreación, principalmente se dirigen a quienes presentan mayor fragilidad y necesidad de apoyo.

Entre las recomendaciones para las residencias de larga estadía en este contexto de pandemia, respecto de la comunicación, desde la Sociedad Argentina de Geriátrica y Gerontología proponen implementar estrategias que propicien el contacto de los y las residentes con sus familias a partir de las nuevas tecnologías ya que, al impedirse el ingreso de visitas a las Instituciones, el contacto personal se ve obstaculizado.

Según informan en un artículo titulado “El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la Pandemia de coronavirus COVID-19” Por Mariana Cataldi el personal consultado dice que las personas adultas mayores, mantienen comunicación principalmente a través del teléfono celular, realizando llamadas o video llamadas y enviando y recibiendo mensajes de whatsapp y que en menor medida utilizan el teléfono de línea. Al consultarles si observan cambios en las personas mayores a partir del cumplimiento del aislamiento, refieren haber observado sentimientos de angustia, depresión, preocupación, nerviosismo, tristeza, irritabilidad y ansiedad.

En su opinión, el aislamiento ha afectado el comportamiento de las personas mayores, lo que dificulta el trabajo, pero, no obstante, esta situación se revierte de manera positiva cuando los mismos, establecen algún tipo de contacto con su familia “cambian su actitud”.

De acuerdo a información aportada por la OMS, la restricción de las visitas y las actividades puede afectar la salud y bienestar mental tanto de los y las residentes como del personal de la Institución (2020) y en las personas mayores con demencia o deterioro cognitivo puede observarse incremento de la ansiedad, nerviosismo, agitación, irritabilidad y retraimiento (OMS, 2020).

Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (GDS-VE)

Es una de las escalas más difundidas para la medición de la depresión geriátrica, dado su diseño específico, es la Geriatric Depression Scale (GDS) (Cuestionario de Depresión Geriátrica) de Yesavage (1988). Previo al desarrollo de la misma, la mayoría de las escalas utilizadas habían sido diseñadas y validadas en población joven, aplicándose en adultos mayores, sin contemplar las diferencias por grupo etario. La escala GDS fue creada como una herramienta de detección,

para ser utilizada en atención primaria, con el fin de identificar síntomas de depresión en adultos mayores. Posteriormente, la derivación a profesionales especializados en salud mental, completa el diagnóstico final (Nease & Maloin, 2003).

La versión original del instrumento quedó conformada por 30 preguntas, con opciones de respuestas dicotómicas (sí/no), diseñada para aplicarse de manera autoadministrada. En relación a la construcción de las preguntas, Yesavage (1988) priorizó los síntomas psicológicos y las quejas cognitivas, ante los síntomas somáticos, ya que los primeros presentaban mayor poder de discriminación para sintomatología depresiva. Dado que es un instrumento autoaplicado, el autor omitió preguntas sobre sexualidad e ideación suicida, por considerar que podrían generar interpretaciones erróneas y resistencia en los entrevistados.

Debido a la transversalidad de la depresión geriátrica, este instrumento suele incluirse en evaluaciones de índole clínica, psiquiátrica y neuropsicológica. La herramienta presenta, también, adecuados índices de fiabilidad en adultos mayores con déficit cognitivos y demencia

Considerando la posible fatiga o disminución de atención de los participantes, se han elaborado y validado versiones abreviadas de la escala. En este sentido, la primera reducción de la Geriatric Depression Scale (GDS) quedó compuesta por 15 ítems (10 positivos y 5 negativos), demostrando una sensibilidad y especificidad equiparable a la versión original.

Puntuación

Se asigna un punto por cada respuesta que, coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

>10: Depresión establecida.

METODOLOGÍA

Lógica de investigación será de tipo mixta. Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernandez Sampieri, 2018).

Se escogió esta lógica de investigación por que la misma resulta conveniente para poder comprender a los sujetos u objetos de estudio, desde la perspectiva más amplia y profunda, presentando así las 2 realidades desde donde el objeto de estudio se desarrolla (realidad objetiva y subjetiva) buscando patrones y diferencias entre estas experiencias, y significados.

Tipo de investigación: descriptiva. Estudios descriptivos tienen como finalidad especificar propiedades y características de conceptos, fenómenos, variables o hechos en un contexto determinado. En un estudio descriptivo el investigador selecciona una serie de cuestiones (variables) y después recaba información sobre cada una de ellas, para así representar lo que se investiga (describirlo o caracterizarlo). Este tipo de enfoque nos permitirá poder abordar las repercusiones producidas por el ASPO en los adultos mayores institucionalizados de una manera empírica para poder así tener en cuenta datos importantes para el propósito de la investigación.

Área de estudio: Hogar San José

Unidad de análisis: se tomará como unidad de análisis a 4 adultos mayores institucionalizados en el hogar San José, que no posean patologías agravadas como (demencias, Alzheimer, retraso mental)

Muestra: 4 adultos mayores institucionalizados.

Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1: *criterios de inclusión y exclusión*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Adultos mayores de ambos sexos - Edad mínima 60 años - Haber vivido en la institución bajo investigación durante el año 2020 - Que no posea patologías agravadas como: demencia, Alzheimer, retraso mental. - Adultos mayores que hayan sido visitados o que hayan tenido familia durante el 2020 - Adultos mayores que tengan estado de lucidez, ubicado en tiempo y espacio y que posea capacidad de comprensión al momento de responder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adulto mayor con edad mínima a los 60 años - No haber vivido en la institución durante el 2020 - Adultos mayores con patologías agravadas: demencia, Alzheimer, retraso mental.

Instrumentos de recolección de datos: se aplicarán entrevistas y El cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada). El modelo de dichos instrumentos podrá observarse en el Apéndice A del presente trabajo.

- ***La Entrevista cualitativa***, que dicho por Sampieri “La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa”. Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado).
- ***Entrevista semi-estructurada***: la entrevista semi-estructurada se basa en una guía de asuntos o preguntas específicas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas o tópicos deseados (Hernández Sampieri, 2018). Se aplicará dicha entrevista a los adultos mayores y al profesional psicólogo del Hogar San José.
- **El cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada)**: La escala GDS fue creada como una herramienta de detección, para ser utilizada en atención primaria, con el fin de identificar síntomas de depresión en adultos mayores

RESULTADOS

Entrevista a los Adultos Mayores

Este instrumento se aplicó a 4 residentes adultos mayores que viven dentro de la institución Geriátrico Fundación Hogar San José. Una vez leído el consentimiento informado a cada uno de ellos, corroborando que lo hayan comprendido y dieran su consentimiento, se comenzó con la aplicación del instrumento en cuestión. Al tratarse de una población que se cansa con más rapidez y su nivel atencional está disminuido, decidí aplicar la entrevista en 2 partes. En promedio la duración de cada encuentro fue de 40 min. Luego de establecer un rapport correspondiente, los sujetos se mostraron participativos, y respondían activamente a cada pregunta realizada.

Tabla 2: Primera Parte

Preguntas	Adulto 1	Adulto 2	Adulto 3	Adulto 4
¿Cuántos años tiene?	Tengo 72 años	Tengo 66 años	Tengo 79 años	Tengo 60 años
¿Cuál es su estado civil?	Soy Divorciado	Soy soltero, nunca me case	Soy soltera	Soy soltero, nunca me case
¿a qué se dedica, cuál es su profesión? ¿a qué se dedicaba antes?	Era chofer de colectivo de larga distancia, y taxista.	Viví 33 años en buenos aires, ahí trabajé en gastronomía, trabajaba en bares, lavaba copas, era mozo, hice de todo un poco. Hace 12 años vine acá a la Rioja y acá vendía garrapiñada.	Era enfermera con una especialidad en neonatología	Trabajaba en un negocio, entraba a las 9 de la noche y salía a las 5 de la mañana, y aparte yo a la mañana tenía un tallercito, hacía mantenimiento de autos, yo hacía los guantes blancos

<p>Hábleme de su familia, ¿cómo está compuesta?</p>	<p>Tengo 2 hermanas, más grandes que yo, la más grande tiene 82 años y la más chica 78, estoy en contacto con ellas, me vienen a ver de vez en cuando. Tengo un hijo y una hija, pero no tengo contacto con ella, tengo 2 nietos por parte de mi hijo una chica que tiene 20 años, y el más chico 15 años</p>	<p>Somos 8 hermanos, 4 murieron, quedamos 4, tengo 2 hermano por parte de madre, y 6 por parte de padre, después tengo una hermana por padre de crianza.</p>	<p>Yo soy hija adoptada, mis padres adoptivos no podían tener hijos así que adoptaron, somos 6 hermanos adoptivos, nunca nos negaron que éramos adoptados y cada uno siguió con su apellido. Nos criaron bien, nos dieron todo, no nos faltaba nada, excepto amor. Por parte de mi madre biológica tengo 9 hermanos y por parte de mi padre biológico 3, más los adoptados, somos 18 hermanos en total contándome. Yo me vine al hogar de manera voluntaria cuando se murieron mis papas</p>	<p>Tengo familia en Córdoba, acá en el rioja tengo unos tíos y unos primos, pero no me hablo con ellos, y mis papas fallecieron, tengo una hermana que vive en buenos aires y yo somos hijos de un matrimonio, por parte de mi papa, luego mi papa volvió a formar familia, con otra mujer y de ese matrimonio tengo 6 hermanos por parte de padre ellos viven en Córdoba. Y de ahí tengo sobrinos, tengo 4 sobrinos que viven en Córdoba y 6 en buenos aire. En resumen, mi familia vive lejos de acá. Por lo que no los veo tan seguido. Pero si me hablo con ellos</p>
<p>¿hace cuánto tiempo llego al hogar?</p>	<p>Hace 4 años que llegué al hogar, estuve mucho tiempo viviendo solo, con una chica que me cuidaba a la mañana y a la tarde. Eso extraño, vivir solo</p>	<p>Hace 6 años que llegué al hogar</p>	<p>Hace 8 años que estoy en el hogar.</p>	<p>Hace 3 años en el 2019, yo tuve una operación en el brazo, y en la pierna, y cuando Sali del INCOR ellos ya me mandaron para acá por que no podía estar solo, en septiembre me trajeron</p>
<p>¿Cómo fue su experiencia de adaptación cuando llego al hogar?</p>	<p>Si me costó adaptarme, más que nada porque yo tenía un ritmo de vida diferente. Acá tenes tus horarios para comer, para desayunar, para almorzar, para dormir, tenes los toque de</p>	<p>Fue buena, no me costó tanto adaptarme al hogar. Me adapto fácil, entre como se dice con el pie derecho, siempre fueron muy buenos conmigo, me atendieron siempre muy bien y me sentí muy cómodo</p>	<p>A mí me constó mucho la adaptación, por que estuve 20 días sin dormir y lo que comía lo devolvía, a pesar de que yo fui quien decidió venir acá por voluntad propia, me costó mucho. Yo decidí venir acá por que quede sola, y me realizaron una mala praxis en</p>	<p>Me costó adaptarme, más porque soy una persona que no le gusta estar encerrada, me encanta viajar, y de golpe tener que sacar permiso para poder salir, los horarios para todo, eso fue lo que más me costó, porque yo estaba acostumbrado a otro ritmo de vida, trabajaba de noche, por lo cual mis horas de</p>

	quedá, no podés salir y volver a cualquier hora.		la columna entonces dije antes que no pueda moverme tengo que saber dónde voy a ir, y ahí fue que hice todos los trámites para venir acá y no me arrepiento siento que fue la mejor elección que pude tomar porque acá me siento contenida, nunca estoy sola, y tengo un techo y comida siempre, que estando sola y mas en este estado afuera y con lo que gano quizás no podría soportar. Siento que antes era otro el interés que tenían por nosotros, con la congregación, la dirección de antes, me sentía mucho más contenida, nosotros éramos intocables en ese momento	sueño eran diferentes y venir acá. Me costó y aun me cuesta adaptarme.
¿Notó algún cambio en el hogar, con la pandemia? ¿Cuáles?	Si, más que nada en las medidas de protección, el uso de las mascarillas, alcohol, no podíamos salir mucho	Si, usábamos tapaboca y esas cosas, no podíamos salir. Los cambios normales supongo	Tomaron todas las medidas, las autoridades que estaban antes, tomaron todas las precauciones, desde reducción de personal, nos aislaron, sectorizaron el hogar, no había espacios comunes, permanecíamos mayormente en las habitaciones, bueno todas las medidas de cuidado como barbijos, el personal usaba el traje, con las mascararas, alcohol. Todo eso.	Si, si bien no estuve tanto tiempo antes de la pandemia, pero se notaron los cambios en la distribución del hogar, las medidas de protección, esas cosas.

			Recién hace 2 meses nos volvimos a juntar y a estar todo mas normalizado	
¿Cómo se sintió usted con respecto al COVID y a las medidas de protección tomadas por el gobierno?	A mí me agarró el virus, estuve acá y sentí que era lo último de la vida, tenía miedo, mucha incertidumbre, en lo personal le tengo miedo a la soledad, y la medida que tomo el gobierno de aislarnos me generaba ese miedo, tristeza.	Bien, la verdad mucho no creo en el bicho ese, no me da miedo así que la pase bien.	Bien protegida dentro de todo, más allá que había mucha incertidumbre, pero, con todas esas medidas creo que nos sentíamos un poco más cuidados, yo por ej tuve covid pero fui asintomática por suerte y a muchas nos pasó lo mismo, los únicos que estuvieron más graves fueron los varones por lo que tengo entendido	Bien, no le tuve miedo, tuve covid pero no fue muy grave, y con respecto a las medidas de protección creo que ayudaron un poco a que no se propague todo tan rápido pero era algo también inevitable. Lo bueno es poder atravesar todo.
¿Cuáles fueron sus sentimientos con respecto al aislamiento?	Me sentía triste, no me gusta la soledad, no es buena consejera la soledad, tenía miedo.	Me sentí bien, no se no pensaba mucho, creo que el hacerse la cabeza te hace mal así que, me mantenía ocupado.	Me sentía con miedo, incertidumbre, pero trataba de mantenerme ocupada	Me senti mal, ósea no me gusta el aislamiento, trataba de mantenerme ocupado para no pensar mucho. La cabeza es lo que te enferma.
¿Cómo fueron sus días en el hogar en la cuarentena?	Y yo en cuarentena estuve mucho tiempo aislado porque me agarró el virus y estuve mucho tiempo mal, sentía que no la contaba, pero bueno pude salir de eso, y después de eso volví a mi habitación y no hacía mucho.	Buenos supongo, no había mucho por hacer, pero trataba de mantenerme ocupado, miraba la tele, escuchaba la radio, salía a caminar, esas cosas.	Y me mantenía ocupada tejiendo	Y trataba de mantenerme ocupado, hacia trabajitos como por ej ahora estaba haciendo un juego de damas, esas cosas

¿Cómo pasaba su tiempo?	Y acá mucho no hago, siempre me levanto temprano, me baño, me afeito y me visto solo, venia acá al sillón, a conversar, o escuchaba la radio. No hacía muchas cosas.	También hacia maseteros que ahora los vendo, y atendía una huerta que tenemos acá en el hogar, y así me mantenía ocupado haciendo cosas.	También atendida un kiosco que pusimos acá en el hogar.	También escuchaba la radio, tomaba mate, o me ponía a ver documentales, o a la noche como ahora me ponía a ver la tele. Esas cosas.
¿Tiene amigos en el hogar?	Si, tengo amigos acá, con el que más me hablo es con Juan, pero me llevo bien con todos.	Si, soy amigo de todos, con todos me llevo bien.	Algunos, pero amigos amigos así no, me hablo con todos, pero yo considero a la amistad como algo más fuerte.	Y... charlo con algunos acá, con algunos tomo mate, pero amigos amigos, no
Durante la cuarentena ¿pudo contactarse con su familia? ¿Cómo?	Contacto si tuve por el teléfono, a veces venían hasta la puerta a traerme lo que necesitaba	Contacto, si tuve algunos contactos, por el teléfono más que nada con mis hermanos, con mis hermanos por parte de padre no tengo contacto directamente.	Contactarme solo pude por teléfono, llamadas	Si por teléfono si, hasta hoy en día tenemos contacto seguido con mis hermanos y sobrinos.
¿Pudo recibir visitas de su familia durante el aislamiento?	No, no podíamos recibir visitas porque no dejaban ingresar a la institución, pero si nos contactábamos con nuestra familia por medio de llamadas telefónicas y esas cosas.	No, no podíamos recibir visitas	No, no había visitas, los únicos que podían entrar y salir era el personal de la institución.	No, primero porque acá no dejaban y segundo porque estaban lejos y no dejaban viajar.
¿con quién de su familia pudo contactarse? ¿Cómo se sintió?	Con mi hijo y mis 2 nietos, y con mis hermanas. Me sentí bien, me tranquilizaba	Con mi hermana de parte de padre de crianza, que es con la que siempre charlo por teléfono. Me sentí bien, me tranquilizaba saber que estaba bien.	Con algunos de mis hermanos, y mis amigos que están fuera del hogar, igual yo acá tengo mucha gente que me quiere y me contienen.	Con mi hermana más que nada y con mis sobrinos, me sentí bien al menos poder escuchar que están bien, al tenerlos lejos al menos esa era una forma de tenerlos más

	saber que ellos estaban bien.			cerca. Tengo amigos acá en La Rioja con los que tengo mucho contacto
--	-------------------------------	--	--	--

Tabla 3: Segunda Parte

Preguntas con respecto a la pandemia y al aislamiento	Adulto 1	Adulto 2	Adulto 3	Adulto 4
Cuando piensa en la pandemia o en COVID 19, ¿Cómo se sintió?	Y triste, por ahí siento ansiedad, cuando me acuerdo me dan ganas de salir de acá, sentía mucho vacío, no se eso me pasa.	Me sentí bien, no le di mucha importancia al bicho ese.	Y mal porque me toco el covid, y usted no sabe cuál ira a ser el final, si bien es cierto que fui asintomática, pero a mí me tuvieron que hisopar 3 veces, y a la 3ra vez me descubrieron que tenía covid, lo que sentía era decaimiento, pero de ahí en más nada. Siento que lo que más molesta, es el encierro, que uno quiere salir disparando, pero bueno hay que aislarse... la familia no podía entrar, ni nadie, solo los empleados entraban y salían, y todo eso es un cumulo que se le amontona a uno, "¿Cuándo pasa esto?".	Es una etapa que la viví, con un poco de miedo al principio, pero poco a poco como que me fui acostumbrando a todas las medidas que tomaron, al uso de barbijos para poder circular, al alcohol para desinfectar y cumplir con todo eso. Después no me afecto mucho.
¿noto alguna diferencia en cómo se sentía antes del aislamiento, y como	Si, creo que sí, yo no era por ejemplo alguien que lloraba, y ahora siento que me emociono más que antes, me dan ganas de	No, creo que estoy igual no note cambios	Si, creo que últimamente no soporto muchas cosas, creo que me volví un poco más intolerante	Y si lo noté, durante el aislamiento como que tenía que estar encerrado, no podía verlos a mis amigos, extrañaba las charlas, el juntarnos, me sentí triste. Y note el alejamiento ese, o

se sintió después del aislamiento?	llorar a veces. En esas cosas noto algo.			esa distancia de los barbijos y las máscaras, no sé, es rara esa sensación. Pero creo que ahora lo tengo más asumido que antes, como que siento que no me afecta en la parte psicológica como si veo que en otros como si les afecta, gracias a dios no.
¿Cuáles eran sus sentimientos durante el aislamiento?	Y yo siento que no es bueno el aislamiento, porque la gente siempre está buscando estar con alguien, o yo por lo menos siento que no puedo estar solo, necesito que alguien me acompañe. Y más que soy corto de vista no se me da miedo estar solo	Y durante el aislamiento me mantenía ocupado haciendo cosas, no pensaba mucho.	Y con el aislamiento, si bien a nosotros nos aislaron en 3 sectores, al menos en donde me toco estar nosotros nos comunicábamos entre nosotros los que estamos acá, nosotros no teníamos contacto con los otros pabellones, ni ellos podían entrar acá. Es muy feo el aislamiento, pareciera como que estas preso, me imagino que debe ser así estar preso, donde no hay comunicación, ni nada, hablar solo con los que están alrededor	No fue algo fácil el aislamiento para mí al principio, me costó me sentía encerrado, mal, porque soy una persona que está acostumbrada a andar, y el estar en un solo lugar fue duro
¿se ha sentido triste durante el aislamiento?	Si, triste, con ansiedad.	No	Si si, con mucha pena, porque uno nunca sabe lo que le va a pasar, y pienso en la familia que está afuera, rogando al señor que a ninguno le pase nada.	Si me sentí triste porque quería estar en mi casa, ver a mi familia, y no lo podía hacer, por más que quisiera, no podía. Y eso me ponía mal. Quería estar con ellos, para ver si estaban bien.
¿se ha sentido nervioso o estresado por la pandemia?	Si, me sentí nervioso.	No	No, eso no porque siempre estaba tejiendo, o haciendo alguna cosa para no llegar a eso, atendía un kiosco, entonces eso ocupaba mi	No eso no

			tiempo todo el día, ahí descargaba todo.	
¿Se ha sentido afectado, “como si algo grave le fuera a ocurrir” durante el aislamiento?	Si, pasa que mira durante la noche uno se pone a pensar cosas que no están buenas a veces, y a veces no puedes dormir por esos pensamientos, si me pasa algo, o si le pasara algo a mi familia, esas cosas. Esas preocupaciones.	No	No	No
¿se ha sentido desinteresado o muy preocupado durante el aislamiento?	Si mucho.	A veces me preocupaba, pero no mucho.	No, no porque estaba permanentemente ocupada, sentía angustia porque nadie venía a vernos, sí, pero eso nomas. Pero hay gente que nos contenía, nos hablaba y bueno era llevadero.	Si un poco, preocupado por mi familia, y no sé si desinteresado, pero como que me la pasaba en cama, no tenía muchas ganas de hacer cosas a veces, eran días y días, otros días que, si me levantaba y me mantenía ocupado haciendo mis trabajitos, hacia los materos esas cosas.
¿recuerda usted durante el aislamiento, si ha podido descansar correctamente o sintió algún cambio en el sueño?	No dormía muy bien, me despertaba muchas veces de noche, me iba al baño, y después no me podría volver a dormir.	No, la verdad soy de muy buen dormir.	Yo la verdad que yo soy de muy buen dormir, lo que me pasa que por ej si yo no duermo siesta podría dormir mejor a la noche, yo estoy despierta hasta las 2 de la mañana y me despierto de nuevo a las 4 y ahí ya no puedo conciliar el sueño, tenía y tengo actualmente ese sueño intermitente.	Sentí que dormía más durante el aislamiento, como no podía salir, la pasaba en cama.

<p>¿tuvo usted con COVID? ¿Cómo fue su experiencia y como se sintió?</p>	<p>Si tuve covid, y fue fea mi experiencia, me agarro muy feo, sentía que me moría, pero bueno la pude pasar por suerte</p>	<p>No</p>	<p>Si, tuve, pero fui asintomática, y la verdad la pase dentro de todo bien por que como le dije no tuve síntomas salvo que estaba un poco decaída, era más miedo que lo que realmente fue el covid.</p>	<p>Si tuve covid pero no fue muy grave por suerte, la pase bien dentro de todo, me sentía decaído, no tuve muchos síntomas</p>
<p>Preguntas con respecto a su estado actual</p>	<p>Adulto 1</p>	<p>Adulto 2</p>	<p>Adulto 3</p>	<p>Adulto 4</p>
<p>¿Cómo se ha sentido últimamente emocionalmente y físicamente?</p>	<p>Bien, por suerte</p>	<p>Muy bien, siempre estoy contento y animado, físicamente solo un poco de dolor de rodillas a veces.</p>	<p>Y físicamente, los problemas que yo tengo es que los huesos me mortifican, me duele, emocionalmente bien creo, si bien hubo muchos cambios con respecto que se fue el padre Joaquín que para nosotros era como un padre, y se fue el hermano Claudio que lo sentimos muchísimo, o yo por lo menos, personalmente hablando me afecto mucho que hasta ahora no puedo olvidar, la pasábamos muy bien, estábamos mucho más acompañados, ya que ellos Vivian acá. En cambio, ahora se van y quedamos al cuidado de la enfermera, enfermero que este de guardia. Yo siento que estamos a la deriva, vienen nos dejan los medicamentos y se van, ojalá que nunca nos pase nada.</p>	<p>Y por ahí me bajoneo, por que deje muchas cosas afuera que acá no puedo tener, pero trato de no pensar mucho, trato de pensar en otras cosas y ocuparme haciendo cosas.</p>
<p>¿Cuénteme ha descansado bien</p>	<p>Maso menos, tengo mis días, hay días que</p>	<p>Si muy bien, no me despierto por la noche</p>	<p>Y tengo mis días, como le comenté creo que si no durmiera la siesta</p>	<p>Hay días y días, a veces me quedo despierto toda la noche</p>

últimamente? ¿tiene un sueño continuo o se despierta varias veces por la noche?	descanso bien y otros que me levanto muchas veces a la noche y no puedo dormir.		descansaría mejor a la noche y no me levantaría tanto.	por que no puedo dormir porque antes estaba acostumbrado a trabajar de noche y el cuerpo recuerda creo, y hay otros días que me duermo bien. Depende.
¿Cómo esta su apetito? ¿ha comido bien últimamente?	Últimamente no estoy comiendo, tengo algo en la garganta, me iban a llevar a un especialista porque no puedo comer	Muy bien, soy de muy buen comer.	Si si, soy de buen comer.	Si muy bien, como de más creo.
¿ha sentido que pierde la calma, grita o insulta a los demás?	No	A veces si, son días nomas, pero se me pasa rápido	Si, hay días que yo siento irritabilidad, pero creo que es debido a que tengo una compañera que no la tolero. Lo que pasa que la convivencia es algo muy complejo.	Pierdo la calma muy seguido yo, pero la pierdo muchas veces por tonteras, cosas que no tienen sentido, y puteo, pero después se me pasa.
¿se ha sentido atrapado o encerrado?	Si, me siento me siento muy encerrado.	Si puede ser, a veces, pero trato de no pensar mucho.	Si hay días que me gustaría salir disparando, yo era una persona callejera antes, me gustaba mucho salir mirar vidrieras, me tomaba un taxi así con el andador e iba sola a andar por el centro. Si hay días que, si extraño hacer esas cosas, pero bueno yo elegí estar acá, nadie me trajo	Hay días que sí, pero después se me pasa
¿tiene imágenes y pensamientos que le provoquen miedo? ¿coménteme cuáles son?	No	No	No, no	No, no.

<p>¿siente ganas de llorar por cualquier cosa?</p>	<p>Si, me dan a veces muchas ganas de llorar</p>	<p>No, la verdad que no lloro por nada, salvo que sea algo serio o la muerte de un ser querido, pero así por cualquier cosa no.</p>	<p>No, soy de llorar, solo si pierno algún ser querido ahí sí, o algún empleado que se va o algún abuelo que se va, uno se acostumbra a verlo todos los días, ahí si me provoca algo, pero sino no.</p>	<p>Si por ahí me dan ganas de llorar. El estar encerrado te provoca eso</p>
<p>¿se ha sentido con pocas energías últimamente?</p>	<p>No, eso no por suerte me siento con muchas energías.</p>	<p>No, a mí me gusta hacer cosas, caminar, tomar mate. No me siento desganado.</p>	<p>No, yo soy una persona muy activa, me manejo yo sola.</p>	<p>Tengo mis días, pero mayormente no, me siento con mucha energía.</p>
<p>¿Cómo se piensa usted en el futuro?</p>	<p>Y ya futuro, siento que uno ya no tiene futuro, vivo más el presente</p>	<p>Y la verdad mucho no pienso en el futuro, vivo el día a día.</p>	<p>Y le mentiría diciéndole que pienso, la verdad no pienso en el futuro, yo vivo el presente, el pasado ya fue y el futuro lo espero.</p>	<p>En el futuro me veo lejos de acá, me veo viviendo solo, continuar con mi vida fuera de acá</p>
<p>¿tiene miedos? ¿a qué le tiene miedo?</p>	<p>A la soledad, a eso le tengo miedo.</p>	<p>No, no le tengo miedo a nada.</p>	<p>No, no le tengo miedo a nada.</p>	<p>No, creo que no. Así miedos miedos, no</p>
<p>¿ha pensado usted en la muerte?</p>	<p>Si, no le tengo miedo a la muerte, que llegue cuando guste</p>	<p>No</p>	<p>No, no pienso en la muerte pero si por ahí digo "señor, acuérdate que yo soy sola, cuando decidas, aquí estaré". La verdad pienso muy lejos lejos.</p>	<p>Si los primeros meses que estuve acá si</p>
<p>¿alguna vez pensó que se estaba por morir?</p>	<p>Si, cuando tuve covid</p>	<p>No</p>	<p>Si cuando me operaron de la columna, tuve 60 días internada.</p>	<p>La vez pasada, me dio un ataque como de falta de aire que no podía volver, y si pensé que me iba a morir, igual siento que lo tengo asumido a esa parte, que en algún momento sé que me voy a morir.</p>

¿ha pensado en auto dañarse o quitarse la vida?	No esas cosas no. Para mi eso es un signo de cobardía, Dios nos trajo al mundo y el nos va a llevar cuando estemos listos.	No esas cosas no	No, no eso nunca.	Si, los primeros meses que estuve acá pensé en suicidarme, pero después dije no. Se me paso.
¿Ha sentido que su corazón late muy fuerte, o se acelera de repente?	Si, a veces siento eso	A veces si.	No eso no	Si, por ahí si siento eso, si bien yo tengo de arritmias, pero a veces si me pasa que no hago esfuerzos y me late de golpe
¿tiene dificultades para respirar?	No muchas, ósea yo por ej no aguanto el encierro, aveces eso me asfixia o siento esa falta de aire.	No eso no me pasa. por suerte.	Si siento falta de aire, pero no es algo constante	Si
¿Se ha sentido tenso?	No, eso no	No, eso no	No, eso no	Si, si esta semana que está pasando sí
¿Tiene sensación de debilidad en alguna parte de su cuerpo?	A veces las piernas	No mucha, a veces en las piernas siento pero después se me pasa	No, no	En las piernas un poco.
¿ha tenido sensaciones de mareo o desmayo?	No eso no.	No.	No, gracias a dios no, nunca me desmaye	Por ahí si, no muy seguido, cuando me levanto si me pasa que me baja algo pero después se me pasa.
¿ha sentido temblores en su cuerpo?	A veces si, como tiritamiento en las manos por ej.	En las manos si	No, tampoco	No eso no
¿tiene dificultad para conciliar el sueño?	A veces sí, yo mayormente me acuesto a las 20 hr, me duermo como a las 21 y a	No, la verdad apenas me acuesto	Si aveces	A veces si. Me acuesto a las 20 y me despierto de nuevo a las 21 y me cuesta volver a dormir.

	las 00 ya estoy despierto de nuevo, y tardo un rato más en poder volver a dormirme o espero a que me de sueño de nuevo.	me duermo rapidísimo		
¿Tiene problemas para concentrarse?	No mucha.	No	No	No eso no
¿Siente sus brazos y piernas muy pesados?	Si a veces las piernas las siento muy pesadas.	Si a veces, me pasa más en las piernas	Si los pies, son 2 bloques.	Si en las piernas, lo que pasa que me hice adicto a la silla, esto me mata. Cuando camino me canso ahora, siento como bloques las piernas, antes caminaba mucho, pero de golpe deje de caminar
¿Se ha sentido incómodo/a en lugares donde hay mucha gente?	no	No	No	Si, no estoy acostumbrado a estar con tanta gente. Soy de por si una persona solitaria entonces me cuesta
¿Se ha sentido alguna vez inferior a los demás?	Si.	No, nunca.	No, nunca	Si, pero tampoco le doy mucha importancia.

Realizando una lectura general de las respuestas dadas por los adultos a las 2 partes de la entrevista, se puede ver que la mayoría de los sujetos están solteros, la mayoría nunca se casó, también les costó adaptarse al hogar en cuanto a los tiempos (los horarios, el solicitar permiso para poder salir, etc).

Frente a la pregunta con respecto a sus sentimientos sobre el aislamiento, mayormente fueron descritos por los sujetos como: tristeza (la mayoría), miedo, incertidumbre, y “el sentirse encerrado”. Todos trataban de mantenerse ocupados la mayor parte del tiempo durante el aislamiento realizando diferentes actividades.

La mayoría de los adultos tenía problemas para dormir durante el aislamiento y posterior (sueño intermitente, o problemas para conciliar el sueño).

Frente a la pregunta sobre el futuro, casi ninguno se proyecta el futuro, “viven el presente”.

En cuanto a los síntomas actuales, sienten más irritabilidad, pesadez en las piernas y brazos, falta de aire, ritmo acelerado del corazón.

Escala de depresión geriátrica Yesavage: Cuestionario corto

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión. Este instrumento se llevó a cabo con 4 residentes adultos mayores de la institución Geriátrico Fundación Hogar San José. Si bien la aplicación de esta técnica es de tipo autogestionada, la dinámica se planteó de forma diferente, con mi participación a las preguntas, y el adulto respondía según su criterio. La duración de la misma fue en promedio por sujeto de 10 min por cada uno.

Preguntas a realizar	Respuestas			
	Adultos			
	1	2	3	4
¿En general, está usted satisfecho con su vida?	Si	Si	Si	Si
¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	Si	No	No	SI
¿Siente que su vida está vacía?	No	No	No	SI
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si	No	No	No
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	Si	Si	Si
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	No	No	No
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	Si	Si	No
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Si	No	Si	Si
¿Prefiere quedarse en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	Si	Si	No	Si
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	No	No	No	Si
¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Si	Si	Si	Si
¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si	No	No	Si
¿Se siente lleno de energía?	Si	Si	Si	No
¿Se siente sin esperanza en este momento?	No	No	No	No
¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si	Si	Si	No
Puntaje	7	2	2	8

Entrevista a los Trabajadores del Hogar

El presente instrumento se aplicó a 5 residentes que trabajan en la institución **Geriátrico Fundación Hogar San José**, los cuales a la hora de la aplicación del instrumento se mostraron muy predispuestos y colaborativos, cada entrevista duro un tiempo aproximado de 30 min por cada uno. A la hora de brindarme información, fueron muy explicativos

Tabla 4: Entrevista a los Trabajadores del Hogar

Preguntas	Jefe de enfermeras	Kinesióloga	Enfermera	Cuidador	Jefa de ordenanza
¿hace cuanto que trabaja en el hogar?	trabajo aquí desde el 2018, ya hace 5 años.	Trabajo desde hace 12 años	Trabajo desde hace 5 años	Trabajo desde hace 3 años aproximadamente	Trabajo hace 22 años.
¿Cuál es su función en el hogar?	Mi principal función es ser jefe de enfermeros, y actualmente soy tesorero de la fundación, me encargo de la parte económica	Soy kinesióloga, especializada en gerontología, y mi principal función es la rehabilitación, mas que nada en el sector de hombres	Soy enfermera	Soy cuidador y un poco también trabajo de enfermería, les doy la medicación	Soy jefa de ordenanza, me encargo de la dirección y limpieza de todo el hogar
¿trabajan de manera interdisciplinaria? ¿trabajan en conjunto con la psicólogo/a?	Si, trabajamos de manera interdisciplinaria con todas las áreas, somos un equipo interdisciplinario, y con todos los cambios por lo que aún estamos	Si si, trabajamos de manera interdisciplinaria, y cuando se puede con la psicóloga,	si, hay un trabajo interdisciplinario, el rol de la psicóloga siento que es fundamental en la institución mas para lo que respecta a la contención emocional	Si, se trabajan todo como equipo, el rol de cuidador y enfermero acá es muy parejo por lo que estamos permanentemente hablando entre nosotros, viendo lo que hace falta, si notamos	sí, trabajamos como equipo, más que nada nosotras que vivimos acá, que tenemos el contacto estrecho con los adultos, notamos cuando no se siente bien y eso lo

	<p>atravesando, con más razón fortalecemos el trabajo en equipo, yo impuse las reuniones grupales, armábamos el cronograma de actividades en base a la necesidad. El rol del psicólogo en la institución es fundamental, es un nexo que conecta con la familia, realizamos intervenciones con los familiares.</p>			<p>alguna complicación con algún abuelo lo reportamos al jefe o a la doctora, o si vemos por ej que se encuentra muy desanimado tratamos de hablar con la psicóloga para que lo vea y esas cosas.</p>	<p>reportamos, yo le comento por ej las enfermeras o los cuidadores para que le comenten al jefe de enfermeras o a la psicóloga sobre cómo se encuentra la persona, si no ha estado comiendo, o si se lo nota decaído.</p>
<p>¿hubo modificaciones dentro de la institución durante el inicio de la cuarentena?, ¿Cuáles?</p>	<p>Si bastantes. Una de las medidas tomadas fue el hacer horarios de corrido (12 hr de enfermería) que no vengan 2 días por que lo fundamental era evitar la circulación de gente, otra de las medidas fue que se cortaron</p>	<p>Si totalmente, se secciono el hogar en el pabellón de mujeres, de hombres y los adultos autovalidos. Se adaptaron los ingresos para los cambios de las enfermeras.</p>	<p>si muchísimos, desde la ropa que había que usar, doble barbijo, mascara. en ese momento, plena pandemia se realizaron 3 guardias, por lo cual no había tanto movimiento de personal, cuanto</p>	<p>reducción de personal para que no haya acumulación de personas en la institución y minimizar así el riesgo al contagio, y todas las medidas de protección. El pabellón de las mujeres es donde más hay trabajo, acá en el pabellón de varones,</p>	<p>si muchísimos, no había reuniones, nosotros trabajamos una semana de lunes a domingo, así son las guardias, y la otra semana, salimos de franco el lunes hasta el otro domingo.</p>

	<p>las visitas, también pusimos una carpa al ingreso del hogar donde desinfectábamos, tomábamos la temperatura, se revisaba el barbijo, la ropa, todo.</p> <p>Reducción de personal fue otra de las medidas, solo se quedaban los que eran considerados de primera necesidad. Y se dividió el hogar por 3 secciones, una parte era el pabellón de mujeres, donde tenían un grupo de enfermeras y cuidadores fijos, otra sección los adultos autovalidos, y el pabellón de hombres</p>	<p>Los cuidadores, no se podía ingresar con muchos elementos.</p> <p>Se trabajó si o si con los equipos, los trajes, y las máscaras.</p> <p>Se dividió el patio también, había sectores donde no podías ingresar. Mucha reducción de personal.</p>	<p>menos éramos mejor, si fue muchísimo más trabajo, más que nada en el pabellón de mujeres, es enorme, donde si o si tiene que haber 2 personas encargadas de ese sector. Entonces por eso se tomaron esas precauciones para que no haya tanto movimiento de gente, los abuelitos totalmente aislados, no había visitas.</p>	<p>mal que mal, se manejan todos prácticamente solos, se visten solos, comen solos, hay muy pocos que requieren atención completa. En las mujeres prácticamente todas requieren eso.</p>	
<p>¿Noto cambios en los adultos mayores en el</p>	<p>Si si, a mí en lo personal me dio mucha pena porque</p>	<p>En lo personal no note tantos cambios</p>	<p>si, muchísimo, yo que estuve mucho tiempo en el</p>	<p>y un poco sí, yo como te comentaba ingrese tuve poco de</p>	<p>se nota como les afecta el no tener contacto con la</p>

<p>aspecto emocional o psicológico, durante el ASPO y Posterior al ASPO? ¿Cuáles?</p>	<p>por lo general los adultos mayores están aquí cuesta que la familia los visite, se sumaba a que por la pandemia los pocos dispuestos a visitarlos les era imposible, nosotros como te comentaba antes realizábamos video llamadas, pero el problema era que lo que más requerían los abuelos era el contacto físico, el afecto, y muchos adultos era complicado porque no entendían mucho la situación que estábamos viviendo, yo noto que afecto muchísimo la falta de contacto con la familia a los adultos mayores en por ej: una de las abuelas ya no reconoce a la</p>	<p>Note un poco más de impacto en las personas lucidas se veía por ej la necesidad de hacer cosas, como lo que estaban acostumbrados a hacer como ir a misa, o hacer algo, nos contó hacerlos entender que ellos eran de riesgo y que tenían que cuidarse.</p>	<p>pabellón de mujeres, se nota muchísimo el deterioro, antes de la pandemia se las notaba mucho más activas, y cuando paso lo de la pandemia, se notaba que extrañaban, el hecho de que no ver a la familia ahí se nota que como se van deteriorando más. Nosotros tratamos siempre de contenerlas, de abrazarlas, de hablarlas, necesitan mucho esa contención emocional.</p> <p>Lo que si se nota mucho, es la diferencia entre los varones y las mujeres, en cuanto a que ellos están mucho más</p>	<p>conocerlos a los abuelos, cuando vino la pandemia, pero si se notó cambios, más que nada muchos tenían miedo al covid, los varones son los que más entendían la situación y sentían eso, pensaban que se iban a morir, que les iba a agarrar el virus, y nosotros tratábamos de hablarlos, de tranquilizarlos, que estábamos nosotros para cuidarlos, que no iba a pasar nada, contenerlos un poco en ese sentido, tratar de darles tranquilidad.</p> <p>Pero bueno ahora como que está mucho más tranquilo todo.</p> <p>En lo psicológico y en lo emocional fue bastante duro, porque los abuelos no podían ver a sus familiares, el hecho que se enteren</p>	<p>familia. La pandemia más allá del virus, y los síntomas, creo psicológicamente a todos nos afectó y a ellos, sobre todo. Muchas abuelas se nos fueron, y llorábamos por que generamos un vínculo especial con ellas.</p> <p>Catita por ejemplo, ella venia bien, pero se decayó este último tiempo, Pati, también venia bien, pero desde que no viene a verla el hijo se comenzó a perderse</p>
--	--	--	---	---	--

	<p>familia, a ella antes de la pandemia iba a su casa, la llevaban por unos días, y ahora es imposible, no reconoce donde esta, tira las cosas, ella ahora esta permanentemente acá. Algunos tienen crisis de pánico, depresiones, o ansiedades, eso es lo que se puede observar después del aislamiento.</p>		<p>cuertos, más lúcidos, que las mujeres, se notan mucho más deterioradas.</p>	<p>que estaban aislados por que se habían contagiados, los angustiaba mucho. Nosotros somos lo que tratábamos de ponerlos en contacto con su familia, para que sepan que estén bien, eso les ayudaba muchísimo para que se sientan tranquilos</p>	
<p>¿Como los describiría a los adultos mayores, antes de la pandemia?</p>	<p>Yo lo que note fue un poco de lo que ya le estuve comentando antes, las mujeres más que nada estaban mucho más lúcidas antes de la pandemia, ellas siento que se sintió más el cambio ahora, que en los varones, en el</p>	<p>Yo creo que estaban acostumbrados a otra dinámica, siento que ellos se adaptan más fácil hubo muchos cambios de dirección en el hogar y frente a cada cambio, venían nuevas directivas y los que están más lúcidos siento que pueden sufrir más, ya</p>	<p>en lo personal pienso que estaban mejor, se nota mucho el cambio con la pandemia, más que nada en el tema de las visitas siento que antes eran más frecuentes que ahora</p>	<p>y creo que estaban mejor, en el sentido que tenían más libertad de hacer cosas en el hogar, no había tanto miedo o preocupaciones, eran más activos, ahora lo que noto que la pandemia los hizo más vagos, muchos de los hombres que caminaban bien ahora</p>	<p>las mujeres son las que más se nota el cambio, están mucho más deterioradas, perdidas, que antes. Los varones están más estables, pero también se ven algunas secuelas, en cuanto al humor, a veces se levantan mal y nos tratan re</p>

	<p>aspecto cognitivo, ellos están más lúcidos, pero antes eran más activos, había muchas actividades y cuando estaban los hermanos eran muchas más, los sacaban a caminar por ej, o a pasear, cosas que por el momento no se volvieron a realizar, recién ahora se está volviendo a reactivar las actividades.</p>	<p>que tienen más conciencia.</p> <p>Siento que antes estaba todo mucho más relajado y libre, había más visitas, más gente venia al hogar, eran mucho más flexibles con los horarios, había muchas más actividades. Siento que también cambiaron los tipos de abuelos, la pandemia a todos nos fue degradando, donde antes eran muchos más activos, dinámicos, acostumbrados a una rutina más movida, de repente la pandemia y el aislamiento, adaptarte a otra rutina, otros horarios, el estar quieto o solos, a no hacer nada, impacta por ese lado, están mucho</p>		<p>no quieren hacerlo, se acostumbraron a andar en silla de ruedas por ej, o se los nota más como decirte, como deprimidos</p>	<p>mal. Realmente a todos nos afectó la pandemia.</p>
--	--	---	--	--	---

		<p>más pasivos que antes, y más huraños, o irritables. Pero es normal, a todos nos pasó.</p>			
--	--	--	--	--	--

Entrevista con la psicóloga

1. Edad

28 años

2. ¿Hace cuanto tiempo que se recibió?

Hace 3 años.

3. ¿En qué área de la psicología se especializó?

Yo me especialice en psicología cognitiva integrativa, tengo unos posgrados en paliativo y me dedico a psicotrauma tengo un posgrado en EMDR son esas como mis áreas.

4. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el hogar?

Este sería mi séptimo año.

5. ¿Qué función cumple en la institución?

Soy psicóloga, trabajo de manera interdisciplinaria con los otros profesionales de la institución.

6. ¿Cómo se desarrollaba su actividad antes de la pandemia?

Yo observo como que la pandemia, se trabajó con muchas restricciones, cosa que antes no se observaban como por ejemplo antes se realizaban entrevistas interdisciplinarias antes de los ingresos, ahí con eso ves que antes se hacía un énfasis en la prevención, en cambio durante y posterior a la pandemia, observó que hay políticas más asistencialistas, atacando lo que esta y listo. Observe mucho deterioro en este último tiempo. Antes veía que realizaba más psicoterapia individual y hoy se está poniendo en énfasis mucho más en los grupos de apoyo. Por el tema de los vínculos, que ya era un tema alarmante en su momento, ahora con la pandemia se agudizo y se visibilizo mucho más. Se está queriendo volver a reestablecer los lazos con la comunidad y los sistemas de apoyo de la persona, cosa que antes se hacía con más frecuencia en la comunidad ya que si había un déficit en los sistemas de apoyo, o ya sea que no se pueda establecer lazos con los cuidadores o con la familia, se hacían actividades para fomentar eso. Se realizaban

actividades con las escuelas de la zona, antes el hogar tenía una perspectiva y una salida más comunitaria.

7. ¿hubo demanda por parte de los adultos mayores de un espacio de psicoterapia individual durante el aislamiento?

La verdad, de las personas en sí, ósea de los residentes en sí, no, si hubo pedidos de consultar, pero por parte de los demás profesionales. Pero era más que nada, me paso en personas que tenían covid, y las secuelas neurológicas que dejaban, entonces había muchas cuestiones que no se sabía que estaba pasando por que había casos en donde los rasgos de personalidad estaban mucho más agudizados o que se desconocían de lo que era “cotidiano” en el residente. Eso más que nada eran los pedidos. Había casos que se desfronterizaban más o que tenían conductas que se salían del parámetro de lo “normal” de la persona.

8. Lo que pasa que llega un punto desde mi opinión claro está, que en estas instituciones se llega a normalizar la “vejez” con la “depresión”, entonces, yo si observe que esto se agudizo, pero considero que eso paso, porque se cortaron justamente “los sistemas de apoyo” a lo que los adultos estaban acostumbrados.

En resumen, las consultas en si eran por parte de los profesionales por estas secuelas postcovid, o de las internaciones eso era más que nada.

9. ¿hubo modificaciones dentro de la institución durante el inicio de cuarentena?
¿Cuáles?

Si, durante el inicio de la cuarentena hubo muchas modificaciones que maso menos mis compañeros te habrán nombrado como el uso de los trajes, las mascarillas, todas las medidas de protección, reducción de personal. No había visitas, y lo que primero se hizo volar más que nada es esto que te venia diciendo anteriormente, sobre la salida a la comunidad, los sistemas de apoyo, fue lo que primero se fue, se cerró totalmente eso.

Y me acuerdo que en la primera parte de la cuarentena yo me dedique más que nada al personal, porque hubo mucha falencia del personal, muchos se habían enfermado entonces había muy pocos que trabajaban y estaba todo muy colapsado, entonces había que asistir al personal desde mi área de la psicología, teniendo en cuenta las

necesidades de las personas, tenían que cubrir muchas más guardias, entonces teníamos que optimizar los recursos, cuidando a que cuiden.

10. Durante la cuarentena ¿se implementaron nuevas estrategias para la contención psicológica y emocional de los adultos mayores? ¿Cuáles?

Yo en la primera parte de la cuarentena me dedique solo al personal, porque había mucho déficit y otros estaban en aislamiento mucho tiempo, posteriormente, se atendía a personas que venían de internación. Las estrategias que se implementaron eran más que nada eran grupales, se trataba de capacitar y orientar al personal que había para tratar de sobrellevar el contexto de encierro, optimizando los recursos que teníamos en ese momento, se le brindaba estrategias para orientar por ej a las personas que tenían diagnosticada algún tipo de demencia, capacitarlos para que puedan orientarlos, o si veían algún signo de depresión como la falta de apetito, sueño, que me avisen y esas cosas. Me dedique más que nada ocuparme más del personal que había, capacitándolo, y en el caso que ellos detecten algo me ocupaba de esos casos particulares.

11. ¿se realizaron intervenciones con la familia del adulto mayor?

Si, hay determinados casos que sí, se los ha llamado, se los ha citado, se ha dejado registro sobre las evoluciones, pero no hubo muchas respuestas. No hay mucha adherencia, al menos en los casos que me ha tocado en los últimos tiempos, no todos son iguales, pero por lo menos últimamente, me paso eso.

12. ¿los adultos mayores recibieron visitas de los familiares durante el ASPO? Si es así ¿Cómo se realizaron esas visitas?

Al principio no, porque las directivas por parte de salud, era cuidar a la persona, del contagio. Tanto así que en un principio se hablaba de aislarnos a todos en unas cabañas, cosa que no paso por que nos pusimos firmes en que eso no iba a ocurrir más que nada porque acá hay muchos adultos con demencias, y el cambio en la rutina y en el ambiente a esas personas es contraproducente, es fatal. Se han tomado medidas acá muchas veces sin considerar que estas personas son seres biopsicosociales, se realizaron recortes de muchas cosas sin tener en cuenta que el concepto de salud desde la concepción de la OMS "no es ausencia de

enfermedad” si no es calidad de vida, de bienestar, cosas que desde el inicio de la pandemia no se han tenido en cuenta.

Posteriormente que fue pasando la pandemia que se fueron tomando otras medidas, que las visitas se realicen afuera, al aire libre, con todas las medidas preventivas, entonces ahí se comenzó lentamente a normalizar y ahora está totalmente normalizado.

13. ¿Noto cambios en los adultos mayores durante la cuarentena? ¿Cuáles fueron? En la cuarentena si he notado que se ha agudizado el tema de la depresión, personas que antes de la cuarentena tenían por ej: una depresión leve, pasaban a tener una depresión moderada. También note mucho miedo, o incertidumbre, pero desde el desconocimiento cosas que no se comunicaban con palabras y que se accionaba con acciones. Había mucha demanda también en el primer tiempo, por parte de los adultos, a vernos los rostros, nos pedían que nos saquemos las máscaras, eso notaba que para ellos eso fue un choque muy fuerte.

Otra cosa que se vio afectada son los vínculos, por todo lo que te venia diciendo antes, se los notaba un poco más irritables o molestos. Se agudizaron algunas demencias, mucha desorientación espacio temporal, por ello muchas de las intervenciones que hago cuando los veo les hago preguntas que traten de orientarlos en tiempo y espacio.

Antes como te comentaba se realizaban desde todas las áreas intervenciones con una apertura comunitaria, traíamos a la comunidad adentro de la institución y sacábamos a los residentes afuera, desde paseos, ejercicios al aire libre, bingos. La idea era hacer un hogar con puertas abiertas a la comunidad, y con la pandemia fue lo primero que se hizo el recorte y ese recorte impacto en los residentes en que... en la pasividad, al recortar eso, se recortaron muchos estímulos por lo cual se comenzaro

ARTICULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA

Teniendo en cuenta toda la teoría contemplada en el marco teórico y después de haber realizado las prácticas en la institución, de haber recogido los datos con los 4 residentes y los profesionales (psicóloga, jefe de enfermeros, enfermera, cuidado y jefa de ordenanza), se plantea la siguiente etapa que es la de poder articular la teoría con la práctica.

La misma se presentará en forma de ejes a fin de poder exponer la información de manera ordenada.

- COVID 19 y Medidas preventivas
- Sentimientos y emociones durante el aislamiento social preventivo y obligatorio
- Aspectos psicológicos: Depresión y Ansiedad durante y post aislamiento
- Vínculos y aislamiento.

Primer eje: Covid 19 y medidas preventivas

Tal como se hace mención en el marco teórico, los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV).

La forma de propagación del virus SARS-Cov-2, son a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona infectada, por la boca o nariz, al toser, estornudar, respirar, etc.

Las partículas tienen diferentes tamaños, desde las más grandes, llamadas «gotículas respiratorias», hasta las más pequeñas, o «aerosoles».

Los datos disponibles sobre la temática apuntan a que el virus se propaga mediante:

- Personas que están en contacto estrecho generalmente menos de un metro (distancia corta). Una persona puede infectarse al inhalar aerosoles o gotículas que contienen virus o que entran en contacto directo con los ojos, la nariz o la boca.

- También puede propagarse en espacios interiores mal ventilados y/o concurridos, donde se suelen pasar largos periodos de tiempo ello se debe a que los aerosoles permanecen suspendidos en el aire o viajan a distancias superiores a un metro (distancia larga)
- Y también es posible infectarse al tocar superficies contaminadas por el virus y posteriormente tocarse los ojos, la nariz o la boca sin haberse lavado las manos. (Organización Mundial de la Salud 2020)

Y es por todo lo antes mencionado, que las medidas de protección apuntan a:

- El lavado de manos con jabón utilizar o alcohol en gel de manera regular
- Estornudar en el pliegue del codo
- Ventilar los ambientes de la institución
- Desinfectar los objetos que se usan con frecuencia
- Distanciamiento social (mantener dos metros de distancia entre personas)
- Evitar la circulación masiva de gente.
- Restricciones de visitas de personas y familiares con síntomas respiratorios, o cuadros febriles.
- Verifica que los empleados de los cuidados de los Adultos Mayores, se laven las manos o usen gel antibacterial.
- Uso de tapaboca.

Estas medidas se vieron reflejadas en las entrevistas, tanto en los dichos por los profesionales de la institución como por los mismos residentes. Frente a la pregunta de si ¿hubo modificaciones dentro de la institución durante el inicio de la cuarentena?, ¿Cuáles? los profesionales de la institución mencionaron a modo general:

- El jefe de enfermeras: *“Una de las medidas tomadas fue el hacer horarios de corrido (12 hr de enfermería) que no vengan 2 días por que lo fundamental era evitar la circulación de gente, otra de las medidas fue que se cortaron las visitas, también pusimos una carpa al ingreso del hogar donde desinfectábamos, tomábamos la temperatura, se revisaba el barbijo, la ropa, todo. Reducción de personal fue otra de las medidas, solo se quedaban los que eran considerados*

de primera necesidad. Y se dividió el hogar por 3 secciones, una parte era el pabellón de mujeres, donde tenían un grupo de enfermeras y cuidadores fijos, otra sección los adultos autovalidos, y el pabellón de hombres”

- *Kinesióloga: “Se adaptaron los ingresos para los cambios de las enfermeras. Los cuidadores, no se podía ingresar con muchos elementos. Se trabajó si o si con los equipos, los trajes, y las máscaras...”*
- *Enfermera: “había que usar, doble barbijo, mascara. en ese momento, plena pandemia se realizaron 3 guardias, por lo cual no había tanto movimiento de personal, cuanto menos éramos mejor, si fue muchísimo más trabajo...”*
- *Psicóloga: “No había visitas, y lo que primero se hizo volar fueron las salidas a la comunidad, los sistemas de apoyo, fue lo que primero se fue, se cerró totalmente eso...”*

En cuanto a los residentes en las entrevistas, frente a la pregunta si “**¿Noto algún cambio en el hogar, con la pandemia? ¿Cuáles?**” reconocían a modo general, las diferentes medidas preventivas, como el uso de barbijo, el lavado de manos, y uso de alcohol en gel y el hecho de estar aislados en sus habitaciones “*nos aislaron, sectorizaron el hogar, no había espacios comunes, permanecíamos mayormente en las habitaciones...*”.

Estas medidas sugeridas por el gobierno y tomadas por la institución, fueron, bien recibidas por la mayoría de los residentes encuestados, y algunas respuestas que denotan esto son:

- *Sujeto 3: “Bien protegida dentro de todo, más allá que había mucha incertidumbre, pero, con todas esas medidas creo que nos sentíamos un poco más cuidados...”*
- *Sujeto 4: “con respecto a las medidas de protección creo que ayudaron un poco a que no se propague todo tan rápido...”*

Es importante recalcar que al tratarse de una población que fue y es actualmente reconocida como principal “grupo de riesgo” estas medidas tomadas por la institución sirvieron tanto para que los residentes se sintieran más protegidos en un proceso de incertidumbre como lo fue la primera ola del COVID 19, como también para poder

evitar de manera efectiva el contagio masivo de los residentes dentro del hogar, según los datos recolectados dentro de la institución los más afectados fueron los profesionales, cuidadores y enfermeros, si bien hubo contagio en los residentes pero fueron pocos, y la mayoría leves o incluso asintomáticos.

Segundo eje: Sentimientos y emociones durante el aislamiento social preventivo y obligatorio

En primera instancia es importante poder diferenciar bien estos 2 términos:

- **Las emociones** hacen referencia a un conjunto de respuestas neuroquímicas o fisiológicas, las cuales predisponen al organismo a reaccionar de manera instintiva frente a un estímulo (externo), las mismas sirven para la supervivencia y facilitan el aprendizaje.

Las emociones son generadas por el sistema límbico (el cual hace referencia a un conjunto de estructuras que se encuentran en el cerebro y cuya función está relacionada con: el aprendizaje, la memoria, la atención y las respuestas emocionales). A diferencia de los sentimientos, las emociones pueden activarse antes que la mente tome consciencia de las mismas, por lo cual esta característica, dificulta el control que tenemos sobre ellas, y son de breve duración.

- **Los sentimientos**: son una experiencia mental que surge de una interpretación del estado de nuestro cuerpo, estas van surgiendo a medida que nuestro cerebro va procesando las emociones. En otras palabras, los sentimientos son “evaluaciones” que se realizan de manera consciente sobre el estado emocional, por lo cual interviene un factor cognitivo y poseen una duración más prolongada en el tiempo.

Dejando esto en claro, hay que tener en cuenta que, en la pandemia y el aislamiento, se ponen en juego recursos tanto psicológicos como emocionales, porque este contexto, nos enfrentan con situaciones poco habituales, modificando las dinámicas y rutinas diarias, lo cual conlleva a sentir altos montos de estrés ante por ej: la incertidumbre, el peligro del contagio, los efectos del encierro y pérdida de contactos frecuentes; y más aún en aquellos grupos reconocidos como “grupo de riesgo” como los adultos mayores.

Es cierto que las alteraciones emocionales van a depender, de cuánto ha cambiado su vida durante el aislamiento, que tal como pude observar en las prácticas en la institución, las dinámicas en la misma se modificaron de manera drástica, expresado por la psicóloga, la institución antes de la pandemia tenía una apertura comunitaria *“traíamos a la comunidad adentro de la institución y sacábamos a los residentes afuera, desde paseos, ejercicios al aire libre, bingos. La idea era hacer un hogar con puertas abiertas a la comunidad, y con la pandemia fue lo primero que se hizo el recorte y ese recorte impacto en los residentes en que... en la pasividad, al recortar eso, se recortaron muchos estímulos por lo cual se comenzaron a perder más, se desorientaban más.”*.

Estos dichos también fueron respaldados por los otros profesionales, reconociendo que después del aislamiento los adultos mayores:

- Enfermera: *“se nota muchísimo el deterioro, antes de la pandemia se las notaba mucho más activas, y cuando paso lo de la pandemia, se notaba que extrañaban, el contacto con la familia”*,
- Cuidador: *“En lo psicológico y en lo emocional fue bastante duro, porque los abuelos no podían ver a sus familiares, el hecho que se enteren que estaban aislados por que se habían contagiados, los angustiaba mucho” “...muchos tenían miedo al COVID, los varones son los que más entendían la situación y sentían eso, pensaban que se iban a morir”*,
- Jefe de enfermeras: *“Algunos tienen crisis de pánico, depresiones, o ansiedades, eso es lo que se puede observar después del aislamiento...”*

En las entrevistas con los adultos mayores, frente a las preguntas: **“¿Cuáles fueron sus sentimientos con respecto al aislamiento? O Cuando piensa en la pandemia o en COVID 19, ¿Cómo se sintió?”** la mayoría de sus respuestas referían a:

- Sentimientos de tristeza
- Sentimiento de vacío
- *“Me sentía con miedo e incertidumbre”*
- Decaimiento

- Sentimiento de encierro como por ejemplo en el sujeto 3 cuando dice *“Es muy feo el aislamiento, pareciera como que estas preso”*

Tomando como referencia la teoría planteada en el marco teórico, Levenson y Cols, dirán que *“Las emociones se componen de un conjunto de respuestas que facilitan al organismo la adaptación a la situación”*. Con otras palabras, las situaciones de la vida valoradas por el sujeto como pérdidas o ganancias, van a activar respuestas emocionales como tristeza o felicidad. Cada emoción activa un conjunto de reajustes psicológicos y corporales o tendencias de respuesta (expresión facial, tono de voz, postura, activación del sistema nervioso autónomo) y estrategias conductuales (huida, evitación, afrontamiento, etc.) para producir una respuesta óptima de acoplamiento a la situación. Este sistema es rápido y eficaz y no requiere una intervención consciente.

En este caso articulando lo teórico con lo práctico se puede tomar al aislamiento como “perdida” de por ej: una rutina, de un modo de vida dentro de la institución, lo cual esto impacto en la activación de una respuesta emocional como lo exponen los sujetos: *“Me sentía triste, no me gusta la soledad”, “siento ansiedad, cuando me acuerdo me dan ganas de salir de acá”, “me dan ganas de llorar a veces”, etc.*

Sin embargo, a pesar de la situación que estaban transitando, buscaban lograr un equilibrio realizando diferentes actividades para mantener ocupada la mente y quitándole atención a lo que estaban viviendo, en otras palabras, trataban de regular o controlar las emociones negativas que el aislamiento provocaba:

- *Sujeto 2: “Y durante el aislamiento me mantenía ocupado haciendo cosas, no pensaba mucho, trataba de mantenerme ocupado, miraba la tele, escuchaba la radio, salía a caminar, esas cosas...”, “hacia maseteros que ahora los vendo...”*
- *Sujeto 3: “me mantenía ocupada tejiendo y atendía una huerta que tenemos acá en el hogar, y así me mantenía ocupado haciendo cosas.”,*
- *Sujeto 4: Me mantenía ocupado, hacia trabajitos como por ej ahora estaba haciendo un juego de damas, esas cosas, atendida un kiosco que pusimos acá en el hogar.*

Tomando a los dichos por los autores Gross y Cols (1997); Lawton y Cols (1992), señalan que las personas mayores muestran mejor control emocional que los más jóvenes. Según Gross, el control de las emociones se distingue por que las personas

tratan de cambiar o controlar las emociones experimentadas, estas suelen mantenerse más calmadas y con mayor frialdad ante ciertos eventos, en comparación con la gente joven. La regulación emocional ha sido ampliamente mostrada en diversas investigaciones con personas mayores. Los individuos no solamente padecen cambios emocionales, sino que tratan de controlar, de manera consciente o inconsciente, las emociones, así como los modos en que las experimentan y expresan.

Eje 3: Aspectos psicológicos: Depresión y Ansiedad durante y post aislamiento

Como se ha el primer eje, la pandemia por COVID-19, fue un hecho inesperado, inusual, impensado y sorpresivo, y se ha constituido en un factor estresante que impacta en todos los niveles de la vida: en la sociedad globalmente y en sus organizaciones, en la gestión política, socioeconómica y sanitaria, en la salud mental y física de individuos sanos individualmente, enfocándose mayormente en las personas más susceptibles de verse afectadas, que son los sujetos considerados como “vulnerables”.

Un grupo especialmente vulnerable a la COVID-19 es el de las personas de 60 años y más ya que las variables que las ponen en riesgo son varias:

- hay una mayor prevalencia de fragilidad y vulnerabilidad a eventos adversos,
- discapacidad y dependencia,
- condiciones de salud subyacentes, tales como: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus, etc.

Un factor importante que se ha visto durante el transcurso del aislamiento, es el exceso de información, el cual impacta en las personas, en que las mismas se sientan sin control y genera en los individuos sensación de estrés, ansiedad, miedo, tristeza, soledad, y somatizaciones, por lo que aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental previos.

Los adultos mayores son el grupo donde existe la tasa de mortalidad más alta por COVID 19, por lo que esta situación los hace más vulnerables al estrés. Según la OMS, aproximadamente el 7% de los adultos mayores tiene un trastorno depresivo

mayor y el 3,8 % un trastorno de ansiedad. Asimismo, establecen que aquellos que se encuentran en aislamiento social o con deterioro cognitivo pueden volverse aún más ansiosos, enojados, estresados, agitados y retraídos durante las medidas restrictivas por la pandemia. El aislamiento social al que se enfrentan genera un sentimiento de soledad y abandono, volviéndolo más propenso a un estado de vulnerabilidad, lo que sustenta la teoría sobre la etiopatogenia del trastorno depresivo mayor al final de la vida.

Existen estudios que corroboran que un alto sentimiento de soledad está asociado a una disminución del apetito, mayor consumo de comida rápida, lo cual conlleva a malnutrición, déficit de ácido fólico, vitamina B12, y antioxidantes, que en consecuencia contribuyen a mayores síntomas depresivos.⁶

Otro factor que se vio alterado durante el aislamiento fue el sueño. Debido al aislamiento se ha visto afectado el ciclo circadiano, ya que eventos estresantes pueden generar la alteración de este, así como la limitada exposición a la luz del día y la ausencia de rutinas diarias. Por ende, la disminución del sueño resulta en una secreción inadecuada de melatonina, la cual está asociada a cambios en la función inmunitaria y a procesos fibróticos en hígado, riñón y sistema vascular, haciéndolo más susceptible a una infección por el virus SARS-Cov-2.

Este eje se va a centrar específicamente en 2 puntos: en la ansiedad y en la depresión. Antes que nada, es fundamental poder hacer una aclaración teórica con respecto a estos 2 factores.

Como se hace mención en el marco teórico, **la ansiedad** es una emoción que, dependiendo de la circunstancia, puede ser adaptativa o completamente nociva para el individuo.

- **La ansiedad como una emoción adaptativa**, implica la capacidad de informar anticipadamente acerca de las características de los eventos por venir. Esto

⁶Estudios:

Vitman Schorr A, Yehuda I, Tamir S. Loneliness, malnutrition and change in subjective age among older adults during COVID-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health. 26 de diciembre de 2020;18(1). Doi: 10.3390/ijerph18010106

Schorr AV, Yehuda I, Tamir S. Ethnic differences in loneliness, depression, and malnutrition among older adults during COVID-19 quarantine. J Nutr Health Aging. 2021;25(3):311-7. Doi: 10.1007/s12603-020-1540-z

permite la mejor organización de todo el aparato cognitivo, emocional y pragmático del individuo, ante dichas situaciones de incertidumbre, con la debida selección de estrategias de afrontamiento. Implica una serie de reacciones fisiológicas, experiencias y expresiones emocionales y orientaciones comportamentales que presenta el hombre ante una situación de conflicto (Márquez, 2004).

- **La ansiedad se torna patológica** cuando su intensidad, duración y frecuencia de aparición es exagerada en relación al estímulo y, por lo tanto, se generan conductas inapropiadas (Cía, 2007).

La Asociación Psiquiátrica Americana (2013) define a la ansiedad como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.

La ansiedad comprende tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor (Sandín y Chorot, 1995).

- **Dentro de lo cognitivo** estarían las percepciones subjetivas vinculadas a los estímulos y estados asociados con la ansiedad (miedo, preocupaciones, pensamientos intrusivos etc.).
- **Con respecto a lo fisiológico** se da un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Según el DSM-IV (APA, 1994), esto se puede manifestar a través de diarrea, palpitaciones, hipertensión, temblores, malestar gástrico etc.
- **En lo conductual** se daría a través de gestos, agitación y respuestas de escape y evitación. Clark y Beck (2012) conceptualizaron a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se dispara al anticipar sucesos percibidos como imprevisibles, incontrolables y potencialmente amenazantes para los intereses vitales de una persona.⁷

⁷ (La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19 Marcelo Ceberio, Gilda Mariel Jones, María Gabriela Benedicto)

Tomando como referencia a la teoría antes planteada, se puede observar que los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los adultos mayores, se destacan muchas de las características de la ansiedad tales como:

- Miedos al contagio del virus y al de su familia.
 - Preocupaciones
 - angustia
- Alteración en el sueño (durante el aislamiento y posterior a él): mayormente se manifestó dificultades para conciliar el sueño y descanso intermitente. Ejemplo sujeto 1 *“hay días que descanso bien y otros que me levanto muchas veces a la noche y no puedo dormir...”*
 - Irritabilidad (sujeto 4 *“Pierdo la calma muy seguido”*).
 - Sentimiento de encierro
 - En cuanto los síntomas físicos mayormente manifestaron: falta de aire, palpitations, sensaciones: de debilidad en alguna parte de su cuerpo y de pesadez (mayormente en las piernas), tensión, sensación de mareo o desmayo.

Teniendo en cuenta la teoría planteada según Conde & Jarne quienes hacen referencia a la ansiedad en los adultos mayores más específicamente, plantean que *“la ansiedad en los ancianos suele estar centrada en el bienestar de la familia y la propia salud”, y esto es algo que se vio reflejado en las entrevistas en los dichos de algunos sujetos como por ej: el sujeto 3 cuando dice “pienso en la familia que está afuera, rogando al señor que a ninguno le pase nada...” o frente a la pregunta ¿se ha sentido desinteresado o muy preocupado durante el aislamiento?* El sujeto 4 manifiesta que ha sentido preocupación por su familia o también en la pregunta **“¿Se ha sentido afectado, “como si algo grave le fuera a ocurrir” durante el aislamiento?”** el sujeto 1 expresó *“Si, pasa que durante la noche uno se pone a pensar cosas que no están buenas a veces, y a veces no podés dormir por esos pensamientos, si me pasa algo, o si le pasara algo a mi familia, esas cosas. Esas preocupaciones...”*

Con todos estos resultados expuestos de las entrevistas, a modo general y respaldado por la teoría expuesta, se puede inferir que el aislamiento tuvo un impacto en la salud mental de los adultos mayores, en cuanto a que tuvieron que volver a

adaptarse a una nueva rutina, con reglas diferentes, y mayormente en soledad, aislados en sus habitaciones, y esto deriva de forma sintomática a padecer todo lo antes expuesto. Al suspenderse todas las actividades, y permanecer en las habitaciones, altero de manera drástica las horas de sueño, lo cual también sobrevinieron las preocupaciones constantes, el sentimiento de encierro, y los diversos síntomas físicos.

El aislamiento social en si conlleva a una pérdida de la integración social y del contacto personal físico y emocional, es asociado a un concepto denominado como “**sentimientos de soledad**” el cual hace referencia a una experiencia desagradable derivada, de una escasa red de apoyo social o de relaciones sociales de forma cuantitativa o cualitativa percibidas por la persona como deficientes, superficiales e insatisfactorias, y fue algo que también se pudo observar en un sujeto en donde manifestaba su miedo y rechazo por la soledad, “*Me sentía triste, no me gusta la soledad*”. La persistencia de la de este sentimiento, asocia con efectos adversos para la salud física y mental, en donde se incluyen: depresión, estrés, reducción de la autoestima, deterioro cognitivo, afectación de la funcionalidad, hipertensión arterial e incremento de la mortalidad.

La depresión, por otra parte, se caracteriza por un estado de ánimo afectado de una gran tristeza o desinterés generalizado, por casi todo lo que rodea al sujeto, junto a un marcado descenso de la actividad física y psicofisiológica de la persona que lo padece, donde se manifiesta falta de motivación, apetito y libido, por insomnio, y en los casos más graves, por la pérdida de las ganas de vivir e inclusive llegar al suicidio, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros. Criterios que durante las practicas institucionales fueron abordados mediante 2 instrumentos:

- Mediante entrevistas: en estas se pudo observar a modo general lo siguiente:
 1. Pérdida de apetito (como en el sujeto 1) y/o aumento por ejemplo sujeto 4 frente a la pregunta ¿Cómo esta su apetito? “*muy bien, como de más creo*”
 2. Alteraciones en el sueño: sueño prolongado como por ejemplo en lo dicho por el sujeto 4 “*Sentí que dormía más durante el aislamiento, como no podía salir, la pasaba en cama...*”

3. *Ganas de llorar por cualquier cosa.*
 4. *Pensamientos de muerte y de suicidio, como por ejemplo en el sujeto 4 “los primeros meses que estuve acá pensé en suicidarme, pero después dije no. Se me paso”*
- **Escala de depresión geriátrica Yesavage -Cuestionario corto:** la cual fue creada como una herramienta de detección, para ser utilizada en atención primaria, con el fin de identificar síntomas de depresión en adultos mayores. En cuanto a los resultados obtenidos por la escala, se observa que la mitad de los adultos mayores (paciente 1 y 4) obtuvieron puntuaciones de 7 y 8, lo que indicaría según esta técnica, un cuadro de depresión leve. Mientras que los 2 sujetos restantes (2 y 3), arrojan resultados que indican un estado normal, sin rasgos depresivos.

Eje 4: Vínculos y aislamiento

Se define como vínculo a la unión o atadura que implica dependencia y adherencia a elementos que se entienden como sujetos, normas, lugares y tiempos que se relacionan entre sí. Es una, formación intermedia entre los sujetos y las configuraciones que se estructuran como grupo, familia, institución.

El inconsciente del sujeto, lo forma y el mismo gestiona los vínculos intersubjetivos del grupo familiar básico, por medio de alianzas inconscientes arraigadas, de las cuales el individuo deberá desprenderse para poder lograr su individualización.

Los vínculos tienen cuatro pilares que lo limitan:

- e) La experiencia corporal: que es el apego en tiempo fusional inicial,
- f) La experiencia intersubjetiva del nosotros,
- g) La experiencia intrapsíquica: significando y resignificando particular de sentimientos, ideas, expresiones, gestos, actos de los otros en el nosotros,
- h) Experiencia social: tiempo histórico, espacio geográfico, condiciones socio-económicas, culturales, religiosas.

Teniendo en cuenta esto, se considera pertinente conocer la identificación del adulto mayor con su familia y/o su cuidador, dado que este lazo puede influir en las

manifestaciones emocionales y comportamentales durante el aislamiento. Ya que una de las características humanas básicas y más importantes, es la necesidad de establecer vínculos con otros, porque en esencia el sujeto es por sobre todo “un ser social”, y precisamente la fórmula más eficaz para combatir la extensión del contagio de la COVID-19 sugerida por el gobierno, atenta contra esa necesidad primordial.

Este distanciamiento físico y el aislamiento social, ha generado cambios en el estado de ánimo de las personas, no sólo porque se ven reclusos en sus domicilios (o en el caso de la institución en sus dormitorios), planteándose nuevas condiciones de hábitat, sino además porque se ha interrumpido su cotidianeidad.

Por otra parte, hay que tener en cuenta de que el funcionamiento de las instituciones geriátricas se halla regulado por una normativa propia, la misma alojan a personas mayores de 60 años y brindan servicios de: residencia, alimentación, higiene, atención médica, psicológica y recreación, principalmente se dirigen a quienes presentan mayor fragilidad y necesidad de apoyo. Las cuales sufrieron un cambio radical durante la pandemia, tal como se mencionaba en otros apartados, que en el caso particular de la institución analizada se realizó una redistribución del hogar (fragmentando el mismo en 3 sectores independientes), con la aplicación de todas las medidas de prevención, como la utilización de máscaras, y trajes especiales para el personal, las restricciones de visitas, reducción de personal, entre otras medidas, que atentaron contra la cotidianeidad y las rutinas no solo de los adultos mayores sino también de todo el personal institucional.

Para poder mantener el vínculo, se han realizado recomendaciones para las residencias de larga estadía en este contexto de pandemia (haciendo hincapié en “la comunicación”) desde la Sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología, proponiendo la implementación estrategias que propicien el contacto de los y las residentes con sus familias a partir de las nuevas tecnologías (por ejemplo por medio de video llamadas, whatsapp, Skype, etc) ya que, al impedirse el ingreso de visitas a las Instituciones, el contacto personal se vio obstaculizado.

Estas estrategias sugeridas por la sociedad argentina de geriatría y gerontología fueron aplicadas en la institución, a través de esta mediación tecnológica con la finalidad que los residentes pudieran seguir manteniendo el vínculo con sus familiares

y de esta manera disminuir los niveles de ansiedad y preocupación que el Covid 19 provoco. Esto se puede ver reflejado en los dichos de **un cuidador** *“los abuelos no podían ver a sus familiares, el hecho que se enteren que estaban aislados por que se habían contagiados, los angustiaba mucho. Nosotros somos lo que tratábamos de ponerlos en contacto con su familia, para que sepan que estén bien, eso les ayudaba muchísimo para que se sientan tranquilos...”* o **el jefe de enfermeras** *“tratábamos que los adultos puedan comunicarse con los familiares por medio de los celulares, video llamadas para que se queden tranquilos, como no había posibilidad de visitas, eso era lo único que podíamos hacer...”*

En un artículo mencionado en el marco teórico titulado **“El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la Pandemia de coronavirus COVID-19”** Por Mariana Cataldi, el personal consultado dice que las personas adultas mayores, mantienen comunicación principalmente a través del teléfono celular, realizando llamadas o video llamadas y enviando y recibiendo mensajes de WhatsApp y que en menor medida utilizan el teléfono de línea. Algo que también se observó en las entrevistas con los residentes, ya que los mismos frente a la pregunta **“Durante la cuarentena ¿pudo contactarse con su familia? ¿Cómo?”**, la mayoría de las respuestas apuntaron a que el contacto era por medio de WhatsApp, video llamadas, y por medio de llamadas telefónicas.

El aislamiento ha afectado el comportamiento de las personas mayores, lo cual se puede inferir que también se complicó el trabajo de los profesionales con ellos, pero, no obstante, esta situación pareciera que revierte de manera positiva cuando los mismos, establecen algún tipo de contacto con su familia *“cambian su actitud”* como por ejemplo en lo expresado por el jefe de enfermeros *“muchas veces se notaba la mejoría de los adultos cuando los familiares venían a visitar o tenían algún contacto con ellos, entonces ya no es solo un tema de medicación o de malestar físico, sino que requieren ese contacto...”*. El poder contactarse con su familia aun sea por ese generaba en los residentes sentimientos de tranquilidad y cercanía, lo cual esto se puede observar a las respuestas de la pregunta **¿con quién de su familia pudo contactarse? ¿Cómo se sintió? Algunas respuestas fueron:**

- Sujeto 4: *“Con mi hermana más que nada y con mis sobrinos, me sentí bien al menos poder escuchar que están bien, al tenerlos lejos al menos esa era una forma de tenerlos más cerca”.*
- Sujeto 2 *“Con mi hermana de parte de padre de crianza, que es con la que siempre charlo por teléfono. Me sentí bien, me tranquilizaba saber que estaba bien...”*

Esta situación, no solo afectó a los adultos mayores sino también al mismo personal institucional, de acuerdo a la información aportada por la OMS, “la restricción de las visitas y las actividades puede afectar la salud y bienestar mental tanto de los y las residentes como del personal de la Institución (2020). Esto se puede observar en lo expresado por la psicóloga de la institución *“en la primera parte de la cuarentena yo me dediqué más que nada al personal, porque hubo mucha falencia del personal, muchos se habían enfermado entonces había muy pocos que trabajaban y estaba todo muy colapsado, entonces había que asistir al personal desde mi área de la psicología, teniendo en cuenta las necesidades de las personas, tenían que cubrir muchas más guardias, tuve que contener al personal porque desde lo emocional estaban muy desbordados y había que optimizar los recursos, les brindaba herramientas para cuidando, cuidar para que cuiden...”*

En contraparte con lo expuesto, se pudo observar a nivel general que los residentes de la institución presentan problemáticas vinculares y es por ello que antes de la pandemia las intervenciones que se realizaban desde el área de la psicología apuntaban a fortalecer las redes de apoyo, y salida a la comunidad tal como menciona la psicóloga en la entrevista *“se hacía con más frecuencia en la comunidad ya que si había un déficit en los sistemas de apoyo, o ya sea que no se pueda establecer lazos con los cuidadores o con la familia, se hacían actividades para fomentar eso. Se realizaban actividades con las escuelas de la zona, antes el hogar tenía una perspectiva y una salida más comunitaria...”*

CONCLUSIÓN

Luego del abordaje teórico práctico del presente trabajo de investigación, se elabora conclusiones dando respuestas a los objetivos de investigación planteados en el inicio.

Teniendo en cuenta los objetivos específicos, uno de ellos apuntaba a poder **“Describir como afecto el aspo en las áreas psicológicas en general en las personas adultas mayores institucionalizadas”**, se pudo detectar mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos (las entrevistas y el cuestionario de depresión geriátrica Yesavage), que a nivel general, el impacto que el aspo tuvo en las personas adultas mayores (en las áreas psicológicas) se destacan muchas de las características propias de la ansiedad y depresión.

- En lo que respecta a la ansiedad se destacaron: Miedos al contagio del virus y al de su familia, preocupaciones, alteración en el sueño (durante el aislamiento y posterior a él): mayormente se manifestó dificultades para conciliar el sueño y descanso intermitente. Ejemplo sujeto 1 *“hay días que descanso bien y otros que me levanto muchas veces a la noche y no puedo dormir...”*, Irritabilidad, sentimiento de encierro, entre otros.
- Y en lo referido a la depresión en las entrevistas se observó: Pérdida de apetito (como en el sujeto 1) y/o aumento por ejemplo sujeto 4 *“muy bien, como de más creo”*, Alteraciones en el sueño: sueño prolongado como por ejemplo en lo dicho por el sujeto 4 *“Sentí que dormía más durante el aislamiento, como no podía salir, la pasaba en cama...”*, Ganas de llorar por cualquier cosa y pensamientos de muerte y de suicidio, como por ejemplo en el sujeto 4 *“los primeros meses que estuve acá pensé en suicidarme, pero después dije no. Se me paso”*.

Con respecto a los resultados obtenidos por el cuestionario de depresión geriátrica Yesavage: se observa que la mitad de los adultos mayores (paciente 1 y 4) obtuvieron puntuaciones de 7 y 8, lo que indicaría según esta técnica, un cuadro de depresión leve. Mientras que los 2 sujetos restantes (2 y 3), arrojan resultados que indican un estado normal, sin rasgos depresivos.

Respecto al segundo objetivo: **Especificar como repercutió el aspo a nivel emocional en particular en los adultos mayores institucionalizados**. De acuerdo

a las respuestas brindadas por los residentes, se infiere que el aspo impactó a nivel emocional, debido a que los mismo en las entrevistas expresaron verbalmente de manera consciente, que tanto la pandemia, pero más el aislamiento, les provocaba sentimientos de: tristeza, de vacío, y soledad, haciendo mención a la incertidumbre como el factor que más angustia les provocaba. Sin embargo, a pesar de reconocer que esta situación les generaba malestar, se observó en ellos una fuerte tendencia a la regulación emocional, ya que trataban de lograr un equilibrio realizando diferentes actividades para mantener ocupada la mente y quitándole atención a lo que estaban viviendo, dando como ejemplo lo dicho por uno de los sujetos *“no se no pensaba mucho, creo que el hacerse la cabeza te hace mal así que, me mantenía ocupado...”*.

La regulación emocional ha sido ampliamente mostrada en diversas investigaciones con personas mayores, en donde los individuos no solamente padecen cambios emocionales, sino que tratan de controlar, de manera consciente o inconsciente, las emociones, y es por este mecanismo compensatorio, que se infiere que ha sido de gran ayuda, para poder sobrellevar el malestar que el aislamiento les provocaba.

En cuanto al tercer objetivo; **Evaluar si hubo una variación en cuando a formas de relacionarse con los vínculos familiares durante el aspo**. Respecto al mismo, la vinculación familiar se logró a través de los medios tecnológicos como, por ejemplo: el uso del Whatsapp, video llamadas, Skipe, y llamadas telefónicas. Esta acción fue incentivada por medio de los profesionales de la institución como un medio para que los residentes sigan en contacto con su sistema de apoyo, y así disminuir los niveles de ansiedad y preocupación que la pandemia generaba.

Esto se pudo observar en las respuestas que los residentes brindaron en las entrevistas, el poder contactarse con su familia aun sea por ese medio, les generaba sentimientos de tranquilidad y cercanía, como por ejemplo en los expresado por el sujeto 4 *“me sentí bien al menos poder escuchar que están bien, al tenerlos lejos al menos esa era una forma de tenerlos más cerca”* o en el sujeto 3 *cuando nos dice “...Me sentí bien, me tranquilizaba saber que estaba bien”*.

Por otra parte, se pudo observar y así mismo expresado por la psicóloga, que algunos residentes del hogar presentan problemáticas vinculares con respecto a la

familia, incluso antes de la pandemia, y durante el ASPO se visibilizó más, actualmente la institución interviene para que haya un acercamiento de los familiares con esos residentes como lo expresa la psicóloga *“hoy se está poniendo en énfasis mucho más en los grupos de apoyo. Por el tema de los vínculos, que ya era un tema alarmante en su momento, ahora con la pandemia se agudizo y se visibilizó mucho más. Se está queriendo volver a reestablecer los lazos con la comunidad y los sistemas de apoyo de la persona...”*. La institución se encarga de llamar a cada uno, citándolos, y dejando registro de las evoluciones, pero no hay respuesta. Lo cual esta situación genera en esos sujetos malestar que se traduce en conflictos vinculares dentro de la institución, no generando lazos afectivos con los pares, ni con los cuidadores.

En cuanto al último objetivo específico: ***Evaluar si la institución implementó nuevas estrategias para la contención psicológica y emocional del adulto mayor***. Se observó que las medidas que se implementaron estuvieron más orientadas a la atención grupal que a lo individual, se capacitó al personal, brindándole herramientas que les permitieran la detección temprana de síntomas de depresión y/o ansiedad, y para que los mismos pudieran orientar a las personas que sufrían patologías mentales tales como la demencia o Alzheimer. En lo dicho por la psicóloga, se trató de optimizar los recursos que tenían en ese momento *“y así tratar de sobrellevar el contexto de encierro”*. Ya que en la primera parte de la cuarentena hubo una disminución del personal por diferentes motivos tales como: temor al contagiarse, renuncias, carpetas medicas por atención familiar, o enfermedad, etc.

Por todo lo expuesto y base a lo observado durante la práctica profesional puedo expresar que la sorpresiva llegada de la pandemia afectó a todos los niveles: en lo social, en lo político, lo económico, y especialmente en el área de la salud.

En el recorrido por la institución se pudo visibilizar a través de todos los datos recolectados por medio de las distintas entrevistas, realizadas a los residentes y profesionales institucionales, que la cuarentena y el ASPO, marcó un antes y un después en la dinámica laboral del hogar y de los que forman parte de él. Esto llevó a que se implementaran nuevas estrategias y mecanismos dirigidos a la contención del adulto mayor priorizando su estado de salud, bienestar emocional y social.

Estos cambios generaron nuevos aprendizajes, ya que tuvieron que amoldarse a otra cotidianidad, otra forma de vivir y de vincularse. Para poder sobrellevar la angustia, la soledad, y el malestar, los adultos trataban de mantenerse ocupados, “para no pensar”, realizando diferentes actividades como: hacer manualidades, tejer, dibujar, entre otras.

Se puede concluir que actualmente la institución se proyecta a implementar estrategias de extensión con la comunidad, como talleres, con el objetivo de fortalecer la salud mental de los residentes.

Donde la motivación, la estimulación, la recreación, el entretenimiento logran transformar “*las Cicatrices que la pandemia nos dejó*” de angustia, a felicidad.

*“Los años arrugan la piel, pero renunciar al entusiasmo arruga el alma”- Albert
Schweitzer*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beltran Torres K. L., Rey Rojas M. S., y Rivera Espinosa Z. C. (2022) Estudio de caso: *Influencia del vínculo en la emocionalidad y los olvidos de un adulto mayor durante la pandemia por covid-19, en Villavicencio meta*. Universidad Santo Tomás. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/44151>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo E., Reyes Luzardo D. A., (2020) *Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19*. ISSN On-line ISSN 1561-3127. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500007
- Gago-Galvagno, L., G De Grandis, C., Ferrero, F., Loss J., Castrillón, D., Celleri, M. Mustaca, A. E. (2021) *Actitudes hacia la cuarentena en adultos argentinos: asociaciones con variables sociodemográficas y psicológicas*. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento. e-ISSN: 1852-4206. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/138477>
- García Martínez M. (2017) *Las emociones y el bienestar en las personas adultas mayores*. Trabajo de Grado Psicología. Universidad de Jaume. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169492/TFG_2017_GarciaMartinezMiriam.pdf?sequence=1
- García Rodríguez B., Ellgring H. (2010) *Los motivos y las emociones en la vejez*. Edición digital. Madrid. <http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/537>
- Iacub, R; Arias, C; Kass, A; Herrmann, B; Val, S; Slipakoff, L; Gil de Muro, M. *Aspectos emocionales de las personas mayores durante la pandemia COVID 19*. (2020) Anuario de Investigaciones, vol. XXVII. Universidad de Buenos Aires, Argentina Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369166429015>
- Marquez Terraza, A. V., Azzolino, J. M., Marsollier, R. G., Leucrini, M., & Farias, G. N. (2021). *Repercusiones del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio en adultos mayores: Un estudio exploratorio*. *Perspectivas En Psicología*, 18(1), 78-90. Recuperado a partir de
- Medidas del Estado argentino para la protección de los Derechos Humanos durante la pandemia del Covid-19. (2020) Subsecretaría de protección y enlace internacional en derechos humanos. Recuperado a partir de: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/SP/COVID/States/Argentina1.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2020) *Enfermedad por coronavirus COVID-19*.
Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/home?id=w2ubme118cjq76mv>

Petunchi I. (2021) *Los inesperados efectos de la pandemia en los adultos mayores*.
Disponible en: <https://www.ambito.com/opiniones/salud/los-inesperados-efectos-la-pandemia-los-adultos-mayores-n5175739>

ANEXOS

APÉNDICE A: MODELO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista adulto mayor

- Datos filiatorios:
 - ¿Cuántos años tiene?
 - ¿Cuál es su estado civil?
 - ¿a qué se dedica, cuál es su profesión? ¿a qué se dedicaba antes?
- Hábleme de su familia, ¿cómo está compuesta?
- ¿hace cuánto tiempo llego al hogar?
- ¿Cómo fue su experiencia de adaptación cuando llegó al hogar?
- ¿Notó algún cambio en el hogar, con el inicio de la pandemia? ¿Cuáles?
- ¿Como se sintió usted con respecto al COVID y a las medidas de protección tomadas por el gobierno?
- ¿Qué medidas tomo la institución con respecto al COVID?
- ¿Cómo informaban las medidas tomadas?
- ¿Cuáles fueron sus sentimientos con respecto al aislamiento?
- ¿Como fueron sus días en el hogar en la cuarentena?
- ¿Cómo pasaba su tiempo?
- ¿Tiene amigos en el hogar?
- Durante la cuarentena ¿pudo contactarse con su familia? ¿Por qué medio pudo hacerlo?
- ¿Pudo recibir visitas de su familia durante el aislamiento?
- ¿con quien de su familia pudo contactarse? ¿Cómo se sintió?

Entrevista al psicólogo

- Edad
- ¿Hace cuanto tiempo que se recibió?
- ¿En qué área de la psicología se especializó?
- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el hogar?
- ¿Qué función cumple en la institución?
- ¿Cómo se desarrollaba su actividad antes de la pandemia?

- ¿hubo modificaciones dentro de la institución durante el inicio de cuarentena? ¿Cuáles?
- Durante la cuarentena ¿se implementaron nuevas estrategias para la contención psicológica de los adultos mayores? ¿Cuáles?
- ¿se realizaron intervenciones con la familia del adulto mayor?
- ¿los adultos mayores recibieron visitas de los familiares durante el ASPO? Si es así ¿Cómo se realizaron esas visitas?
- ¿Noto cambios en los adultos mayores durante la cuarentena? ¿Cuáles fueron?

Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (GDS-VE)

Anexo I		
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i>		