

El apoyo brindado en los dispositivos gerontológicos desde la visión de los/as profesionales

María Florencia Giuliani
Karina Valeria Dottori
Luján Larragneta
Lara Ojea

Resumen

El presente artículo se propone describir qué tipos de apoyo social proveen diferentes dispositivos de apoyo a las personas mayores, desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en ellos. Se indagó su modo habitual de trabajar y las adecuaciones generadas durante la pandemia de COVID 19. Se exploró una amplia gama de dispositivos gerontológicos, que componen los diferentes eslabones de la cadena de cuidados. Se realizaron entrevistas a profesionales de los equipos técnicos y docentes de Talleres, Club de día, Centro de Día y Residencia de larga estadía. A partir de los resultados de este estudio es posible afirmar que los dispositivos proveen de manera integral apoyo social, ajustándose a las características y necesidades de los participantes. Además, la manera de vehicular el apoyo social en los diferentes dispositivos de la cadena de cuidados se alinea con los valores del modelo centrado en la persona y el trabajo interdisciplinario. Se proponen nuevas líneas de investigación e intervención para fortalecer el apoyo brindado a las personas mayores en dichos dispositivos.

Palabras clave: profesionales; apoyo social; atención centrada en la persona

Resumo

Este artigo tem como objetivo descrever que tipos de suporte social são fornecidos pelos diferentes dispositivos de apoio ao idoso, na perspectiva dos profissionais que neles atuam. Investigou-se sua forma habitual de trabalho e as adaptações geradas durante a pandemia de COVID 19. Foram explorados diversos dispositivos gerontológicos que compõem os diferentes elos da cadeia assistencial. Foram realizadas entrevistas a profissionais das equipas técnicas e docentes das Oficinas, Clube de Dia, Centro de Dia e Residência de Longa Permanência. Com base nos resultados deste estudo, é possível afirmar que os dispositivos fornecem suporte social integral, ajustando-se às características e necessidades dos participantes. Além disso, a forma de canalizar o apoio social nos diferentes dispositivos da cadeia assistencial está alinhada aos valores do modelo centrado na pessoa e do trabalho interdisciplinar. Novas linhas de pesquisa e intervenção são propostas para fortalecer o suporte prestado aos idosos nesses dispositivos.

Palavras-chave: profissionais; apoio social; atenção centrada na pessoa

Abstract

This article aims to describe what types of social support are provided by different support devices for the elderly, from the perspective of the professionals who work in them. Their usual way of working and the adaptations generated during the COVID 19 pandemic were investigated. A wide range of gerontological devices were explored, which make up the different links in the care chain. Interviews were conducted with professionals from the technical and teaching teams of Workshops, Day Club, Day Center and Long-stay Residence. Based on the results of this study, it is possible to affirm that the devices provide comprehensive social support, adjusting to the characteristics and needs of the participants. In addition, the way to channel social support in the different devices of the care chain is aligned with the values of the person-centered model and interdisciplinary work. New lines of research and intervention are proposed to strengthen the support provided to the elderly in these devices.

Keywords: professionals; social support; person-centered care

Introducción

Los dispositivos de participación y cuidado para personas mayores son recientes. Se gestaron a partir de la necesidad de brindar servicios adecuados para una población cada vez más envejecida, mejor educada y participativa, pero que al mismo tiempo presentaba mayores necesidades de cuidado que cohortes previas (CEPAL, 2001; Asamblea Mundial de la Salud, 2016; OEA, 2015). La investigación sobre los diferentes servicios y sus cualidades es escasa y sesgada, la literatura generalmente se centra sobre las residencias de larga estadía (Martínez Rodríguez, 2016). Debido a que existen otros eslabones en la cadena de cuidados que son centrales para sostener la autonomía de las personas mayores con grados leves o intermedios de fragilidad o dependencia, este trabajo pretende aportar información sobre el apoyo social que brindan los dispositivos para personas autoválidas, así como para quienes presentan algún grado de dependencia (Croas & Fernández Colmeneros, 2013).

Una visión integral y actual para orientar el trabajo de los profesionales en gerontología es la atención centrada en la persona (Martínez Rodríguez, 2016). Esta visión se ha desarrollado, sobre todo, para el trabajo en residencias, pero es aplicable a todos los dispositivos de trabajo con personas mayores. Se centra en “*respetar y empoderar a la persona en su autodeterminación en relación a su calidad de vida*” (Op. cit, p. 23). La atención centrada en la persona se basa en el marco de la psicología humanista, específicamente en la propuesta de Carl Rogers de la terapia centrada en el cliente. Este marco conceptual define a las personas como seres humanos activos, conscientes, con intenciones y capacidad de decidir sobre su vida. La construcción de significados y la experiencia vital son conceptos clave de esta visión teórica. Desde el rol profesional se destaca la importancia de intervenir priorizando el significado que la persona que recibe cuidados construye sobre su experiencia vital y su visión personal de la dignidad humana. Especialmente en el ámbito sanitario, los valores prioritarios de la atención son el respeto

de la autonomía del paciente en cuanto a sus elecciones, su dignidad, derechos y privacidad, proveyendo una atención empática, compasiva, íntegra y holística. De esta manera, el profesional es un ser humano que cuenta con un saber técnico al servicio de otra persona. Esta actitud cercana y respetuosa favorecería el cambio y desarrollo humano del otro, ya que se genera una experiencia propicia para el autoconocimiento y autocuidado.

Por lo tanto, tal como afirma Martínez Rodríguez (2011), aplicar este modelo requiere un modo de trabajo diferente a la organización y a los roles profesionales tradicionales. Los cambios necesarios implican que los profesionales pasan de ser prescriptores a facilitadores, sin que esto implique que el saber profesional sea menos importante. Además, el apoyo y el empoderamiento de la persona mayor adquieren una importancia central, por lo que el acompañar, observar y asesorar se convierten en tareas transversales a todos los actores de los dispositivos, sean docentes, integrantes de los equipos técnicos o auxiliares.

La formación de profesionales y trabajadores en temas de gerontología es también reciente, se fomentó desde documentos internacionales como el Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento (2001) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). La literatura específica señala que las opciones de formación disponibles en latinoamérica son, en general, multidisciplinarias. En Argentina, por ejemplo, se ofrece usualmente en nivel de posgrado y se focaliza en contenidos médico sanitarios y psicosociales. Los programas se ofrecen para múltiples disciplinas, generalmente profesionales de la salud y de las ciencias sociales. Sin embargo, la oferta no incluye formación que promueva el trabajo interdisciplinario como una habilidad en sí misma (Villar, et al, 2017).

La interdisciplina es clave para el trabajo con personas mayores. Según Arias (2013) la evaluación de la situación de las personas mayores desde una perspectiva integral es fundamental para lograr un diagnóstico e intervención ajustados a la situación particular de cada sujeto, considerando sus necesidades, recursos y deseos. De esta manera, el diseño de

cada intervención será respetuosa de la autonomía y a la vez empoderante, considerando las áreas cognitiva, afectiva, funcional, física y social. Incluso en los casos en los que el abordaje se realiza desde una sola disciplina, es prioritario tener una mirada multidimensional, construida a partir de formación gerontológica específica. Cuando esto no se logra se pueden generar situaciones de vulneración de derechos producto del sobrecuidado. Una mirada sesgada y reduccionista podría prescribir rutinas focalizadas en un aspecto que resulten desmotivantes y carentes de sentido vital para la persona mayor, cuidando excesivamente un aspecto de la experiencia en detrimento de otros (Huenchuán, 2012 en Arias, 2013).

Debido a esto es fundamental que el cuidado y el apoyo provisto a las personas mayores con diferentes grados de dependencia sea diseñado por un equipo interdisciplinario que sostenga una mirada de salud biopsicosocial y realice intervenciones centradas en la individualidad de cada persona mayor.

Debido a estos nuevos modos de ejercer roles profesionales, estudiar la manera en que se brinda apoyo social es central para comprender en qué medida el modelo de atención centrado en la persona está vigente en los diferentes dispositivos de la cadena de cuidados.

En este artículo se plantea el estudio del apoyo social. Además, es importante cualificar esta acción: *los modos de brindar apoyo podrían vehiculizar (o no) los valores sostenidos por el modelo de atención centrado en la persona*. El apoyo social conceptualiza los diferentes tipos de ayuda que las personas necesitan para estar insertas socialmente, sostener una vida plena y mantener elevados niveles de bienestar y salud (Ver el primer artículo de la Parte 1 de este número).

Este trabajo se propone describir qué tipos de apoyo social proveen diferentes dispositivos de apoyo a las personas mayores, desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en ellos. Se explorarán todos los eslabones de la cadena de cuidados: talleres en la comunidad, dispositivos intermedios para personas socialmente frágiles, centros de día y residencias de larga estadía. Se describirán las características del apoyo que los

profesionales perciben que los participantes reciben a partir de la participación en los mismos, su impacto, sus fortalezas, aspectos en los que es necesario mejorar y las modificaciones generadas durante la pandemia. Además, se analizará en qué medida esas modalidades son afines al modelo de atención centrado en la persona (Martínez Rodríguez, 2011, 2016).

Metodología

Diseño: se trabajó con un diseño cualitativo, el tipo de estudio es descriptivo.

Técnicas de recolección de datos:

A cada uno de los participantes se les realizó una entrevista semi estructurada. Debido al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio pautado en marzo de 2020 durante la pandemia de COVID-19, 5 de ellas fueron realizadas de manera virtual, a través de plataformas de videoconferencia. En primer lugar, se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos para indagar las características de los participantes. Luego, la entrevista constó de una serie de preguntas abiertas que exploraron los distintos ejes de la investigación: los tipos de apoyo proporcionados por los dispositivos de apoyo formal, su importancia para la vida cotidiana de las personas mayores y sus familiares y fortalezas y debilidades de los apoyos proporcionados por los dispositivos. Además, se exploró qué modificaciones se realizaron durante la pandemia por el COVID 19.

Población y muestra

La población en estudio la integran profesionales que trabajan en los diferentes dispositivos de apoyo para personas mayores. La muestra estuvo compuesta por 20 personas, 5 personas trabajadores de cada dispositivo: talleres, club de día, centro de día y residencia de larga estadía. Respecto de los talleres, participaron dos coordinadoras de programas (una de ellas es trabajadora social y otra psicopedagoga) y tres talleristas. Del club de día participaron

dos terapeutas ocupacionales, dos talleristas y una trabajadora social. Del centro de día participaron dos profesionales de trabajo social, una enfermera, una psicóloga y una terapeuta ocupacional. Finalmente, para aportar información de las residencias participaron dos nutricionistas, una terapeuta ocupacional, un trabajador social y un tallerista. Todo/as presentaban formación de nivel superior o universitario. Presentaron una media de edad de 40.2 años (DS 5.12) y la totalidad residía en la ciudad de Mar del Plata. Todos/as fueron invitados/as a participar voluntariamente y firmaron un consentimiento informado por escrito o digital. El proyecto fue desarrollado respetando los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinki y la Ley 11044 y su Decreto Reglamentario 3385.

Procedimiento

Se convocó a los participantes a una entrevista, fueron contactados en sus lugares de trabajo. Se les informó de la temática de la entrevista; todas las personas respondieron afirmativamente a la convocatoria. En los casos en que la entrevista fue desarrollada mediante videollamada, se envió el consentimiento informado previo a la entrevista. Cuando se implementó de manera presencial, el consentimiento fue firmado in situ. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de una hora. Luego, se procedió a la desgrabación y análisis.

Análisis de datos

Se aplicó la técnica de análisis de contenido (Flick, 2015). Se leyeron de manera iterativa las entrevistas y se identificaron las respuestas más frecuentes, tomando como categorías a priori los conceptos de apoyo social y Modelo centrado en la persona referidos en la introducción de este trabajo (Martínez Rodríguez, 2011, 2016).

Resultados

Apoyo social como un todo integrado

Desde la perspectiva de los profesionales, los dispositivos brindan apoyo integral, es decir, que se operativizan todos o la mayoría de los tipos de apoyo que abarca el constructo de manera amalgamada, sinérgica. El modo en que se da esta integración parece variar según las particularidades del dispositivo y las características de las personas que asisten. En los talleres y club de día, donde los participantes son más independientes, los dos tipos de apoyo más referidos son el apoyo emocional y el social. La demanda de consejo o guía, apoyo práctico y financiero está más presente en los dispositivos diseñados para personas con mayor nivel de dependencia: Centros de día y Residencias de larga estadía.

En los Talleres y Club de día los profesionales informan que la soledad y la consecuente necesidad de fortalecer el apoyo emocional y social es el principal motivo de participación e ingreso a dichos dispositivos. Una vez que la persona mayor está inserta en el grupo, el apoyo emocional y la compañía son aportados tanto por los pares como por los/as profesionales. En los relatos se destaca la construcción de grupos o de redes de mayor intimidad entre los participantes, así como el establecimiento de lazos más estrechos con algunos de los/as profesionales de los equipos. En cambio, en las Residencias y Centros de día los/as profesionales ocupan un rol más protagónico respecto al apoyo emocional:

“Mirá, ellos realmente se hacen amigos. Yo por ejemplo tengo personas que hace seis años están, que “repiten”, que encuentran como un espacio de socialización y un vínculo que se genera entre ellos (...). Digamos que “no importa qué, pero juntos”. No sé, tengo en la cabeza ahora a 6 mujeres que hará aproximadamente 5 años que vienen al taller en donde ellas se sostienen y comparten cuestiones que van atravesando juntas. Cuestiones difíciles, por ejemplo, son personas de 68, 69 años que en el transcurso de este año y el anterior han perdido a sus padres de 90 años, 80 y pico de años. O han tenido que tomar decisiones como internarlos en un geriátrico, siendo que vivían con ellos, o que han enviudado, que se han quedado solas y es impresionante lo que se sostienen. (...) Muy de estar pendiente, atento desde un lugar no de la queja o lástima, sino del sostén. Un sostén con gusto. No desde el deber ser sino desde el querer. Desde el querer sostener” (Docente, Talleres)

"Rápidamente se construye la red, el que ingresa nuevo rápidamente se integra en el grupo y genera ahí amistades, que quizá no es con todos, pero se arman grupitos. Siempre me llamó la atención lo inclusivo y que esto se traslada y se replica en el afuera, porque lo que se construye ahí adentro después uno lo ve reflejado en salidas de ellos por fuera o planes o viajes. Creo que lo vincular, esa red es de lo más importante al margen de los estímulos particulares que se brindan en lo cognitivo al movimiento a lo artístico o a lo socio afectivo. Creo que esa posibilidad de ese entramado a mí me parece maravilloso. Ver a una persona que de pronto venía y solamente en la ciudad se vinculaba con su hija y de pronto tiene un grupo de amigos" (Tallerista, Club de día)

"Generalmente, como la persona viene sin vínculos de apoyo, tal vez algún amigo o familiar, pero con poco compromiso. Son los menos que tienen un familiar que lo vienen a visitar. Se cubre a través del servicio profesional. En lo emocional tenemos una psiquiatra y a veces tal vez un contrato con psicología de manera particular" (Trabajador Social, Residencia de larga estadía)

"Cada viejo tiene más afinidad con determinadas personas. No nos llevamos bien con todo el mundo. Entonces por ahí vos encontrás más afinidad con la psicóloga, o con el trabajador social, o con el chico de limpieza, o sea, nada, no tiene por qué ser un profesional, y siempre encuentran, no sé, vos te das cuenta porque los conoces, que algo le pasa y siempre tienen una persona con la que tienen confianza y charlan" (Enfermera, Centro de día)

En los relatos, la noción de *apoyo integral* a la que refieren los/as profesionales implica que las diferentes formas de apoyo se relacionan y afectan mutuamente: se brinda apoyo emocional, consejo, apoyo práctico o financiero respecto de una problemática compleja. Asimismo, el apoyo práctico suele ir enlazado con otros tipos de apoyo. El emocional y el práctico se solapan, por ejemplo, al acompañar a un participante frente a una intervención quirúrgica. Por otro lado, el apoyo práctico también se encuentra intrincado con el financiero: cuando se detecta la necesidad de reforzar la alimentación se instrumentan acciones para asegurarla desde lo práctico y lo económico. Asimismo, el apoyo práctico se vincula con el de guía o consejo cuando los docentes orientan y ayudan a las personas mayores con alguna cuestión administrativa o tecnológica. En los siguientes relatos, puede observarse esta interrelación entre distintos tipos de apoyo.

"La situación del año pasado de cáncer del marido de una de ellas, que resolvieron operarlo en el Italiano en Buenos Aires, una operación muy cara y que no la cubría la obra social, y apareció la oferta, puntualmente de dinero o "no

viajes sola, yo te acompaño”, o esto de decir, no sé, necesitaban buscar un departamento enfrente del Italiano y mueven todos los contactos para resolverlo” (Docente, Talleres)

“Sí se da esa ayuda práctica. En el caso profesional mío puede ser asesoramiento de reforzar vínculos familiares o asesoramiento previsional, aunque nosotros tenemos en el equipo dos personas, compañeras que están en la parte previsional pero bueno, asesoramos y derivamos. (...) hay muchos que llegaron sin jubilarse y se jubilaron” (Trabajador Social, Centro de día)

“Uno a veces también puede preguntar cómo se sienten. Yo bueno, como trabajo mucho también la parte física, soy mucho de preguntar el tema de los dolores si se cayeron, porque hay muchas caídas lamentablemente, entonces eso siempre uno está atento, y después la parte esa la trabaja la Psicóloga. Todo lo que es factores emergentes o situaciones que por ahí están mal lo trabaja muy bien la psicóloga” (Profesor de Educación de Física, Residencia de larga estadía)

En el caso de las residencias el tipo de apoyo más brindado al ingreso en la organización es el práctico, y luego se van instrumentando otros apoyos de tipo emocional y recreativo. La necesidad de apoyo práctico y cuidados es, de hecho, el motivo de ingreso más frecuente a este dispositivo. En este punto, el apoyo práctico también se integra con el económico, dado que las personas mayores y sus familiares muchas veces optan por el ingreso a una residencia por carecer de los medios para costear los cuidados domiciliarios requeridos. La residencia, al ser cubierta por la prestación social, es menos costosa que un sistema de cuidados en el domicilio.

“Muchas veces [el ingreso a la residencia es] por falta de autonomía, o, generalmente, por una cuestión de dependencia, que cada vez avanza más, ya fuese deterioro físico o cognitivo y las familias dejan de poder hacerse cargo de esa situación, o no cuentan con los recursos para armar todo un sistema de cuidados en el hogar” (Nutricionista, Residencia de larga estadía)

“En un principio se intenta desde lo instrumental poner al día la documentación del residente. Lo que tiene que ver con la identidad, si llega con un DNI, si requiere de un certificado de discapacidad, se empieza a realizar toda la tramitación. Eso lo realiza mayoritariamente Servicio Social. Y se gestionan las ayudas técnicas que requiere esa persona (...). Y en cuanto a lo sanitario se evalúa si esta persona requiere de algún tipo de asistencia puntual y se articula con los diferentes dispositivos como son el CEMA, el hospital. Y si esa persona pudiera tener algún tipo de Obra Social también” (Terapeuta ocupacional, Residencia de larga estadía)

En los talleres, en cambio, se observa más autogestión y proactividad de parte de los participantes. Por lo tanto, el apoyo práctico y de consejo/guía también lo brindan con frecuencia los pares y no solo desde los/as docentes o profesionales. Los/as participantes suelen presentar menos dificultades económicas que las personas mayores que concurren al Centro de día o viven en Residencias de larga estadía, por lo cual el apoyo financiero es menos requerido. En el Club de día hay un menor nivel de deterioro que en Centro de día y Residencias, por lo que las necesidades de apoyo generales son mayores en estos últimos dispositivos.

La menor autonomía de los/as participantes puede verse en que los/as familiares de las personas mayores que participan de estos dispositivos también reciben un soporte de parte de los/as profesionales y son quienes muchas veces se acercan a la institución. A su vez, se ofrece un apoyo práctico y consejo o guía a los/as familiares de los/as participantes, especialmente en el caso de las personas con deterioro, o se intenta al menos que puedan mantener la comunicación con ellos/as:

“Se junta la necesidad del familiar de que la persona esté cuidada y además la necesidad de que no esté solo. Las condiciones de los pacientes muchas veces están deterioradísimas” (Trabajadora Social, Centro de día)

“En los casos que hay familia o algún tipo de vínculo se rastrea, así que se logra siempre contacto. Con hijos, sobre todo. Tenemos varios casos de personas que no son argentinas, entonces, en esos casos se contactan a amigos o vecinos o personas que los conocen y que se enteran que están acá, los vienen a ver y en esos casos se les toman todos los datos para que esa persona no pierda la comunicación” (Terapista ocupacional, Residencia de larga estadía)

Impacto del apoyo provisto por los dispositivos

Respecto del impacto de este apoyo integral para la vida cotidiana de las personas mayores, los/as profesionales resaltan la importancia de la socialización para disminuir estados de depresión, aumentar la actividad, o incluso mejorar el funcionamiento cognitivo:

“Ingresan por ahí súper deprimidos o no sociabilizan, o que por ahí empiezan como a olvidarse las cosas, y al tener la interacción entre ellos, en el cotidiano, tener que pensar en qué palabras digo, o ¿che, qué comiste ayer? El tener que recordar eso hace que vayan agilizando y mejoran muchísimo” (Enfermera, Centro de día).

Asimismo, señalan la importancia del apoyo emocional para favorecer la adaptación al dispositivo y mejorar la calidad de vida:

[el apoyo emocional desde los profesionales es] “clave para el manejo de sus emociones, para poder sentirse mejor, para su calidad de vida, para adaptarse al hecho de estar en una residencia que no todos se adaptan fácilmente, sobre todo en los comienzos” (Nutricionista, Residencia de larga estadía)

También informan un impacto positivo de la participación en el dispositivo sobre la autonomía y el bienestar, así como en mejorar la imagen que las personas mayores tienen de sí mismas. Esto repercute positivamente y de diversas maneras en sus vínculos, posibilitándoles empoderarse, poner límites a los/as familiares, crear nuevos espacios recreativos con otros/as, formar vínculos nuevos -por ejemplo, de pareja o amistades- o recuperar vínculos previos:

“Otra frase es “aprendí a decir que no”. Poner ciertos límites, muchas veces en relación al cuidado de nietos. (...) Se han animado a hacer cosas solas, viajes, por ejemplo, cosas que nunca habían hecho, empiezan a decir que se animaron a ir solas o con una compañera” (Docente, Talleres)

“El impacto en algún punto es directo, porque todo esto es lo que fomenta la autonomía y el bienestar. Sobre todo, la construcción de vínculos, el sostenimiento de otros e incluso la recuperación de antiguos vínculos externos al centro de día porque los adultos comienzan a sentirse mejor o a conectar con algunos recuerdos que les dan iniciativa para revincularse” (Psicólogo, Centro de día)

“Tenemos una pareja que hace poco se externó junta, pero que empezaron su relación acá, entonces uno de ellos se jubiló y tomó a cargo a la otra persona y se fueron juntos a un alquiler que todavía estamos supervisando” (Terapeuta Ocupacional, Residencia de larga estadía)

A su vez, se observan algunas situaciones en las que el apoyo podría considerarse integral en tanto logran articularse diferentes organizaciones. Los relatos dan cuenta de que

los/as profesionales brindan apoyo de consejo o guía y apoyo práctico para obtener los recursos desde otros prestadores de apoyo formal:

“Siempre el equipo profesional y el equipo de planta están a disposición. Incluso hay veces que surgen problemas o situaciones que se deben resolver desde la institución con PAMI¹ por ejemplo. Entonces a través de la trabajadora social o la psicóloga se comunican con PAMI y entonces viene una trabajadora social al centro de día, se comparte la problemática que tenga que ver con lo familiar o lugares de atención, este tipo de cuestiones” (Terapista ocupacional, Centro de día).

"Mi tarea es acompañarlos en todo lo que es el área social, (...) yo los asesoro mucho con lo que son las gestiones, trato de que todo lo que sea gestiones en PAMI o en otros lugares puedan hacerlo ellos solos porque la idea es que sean auto válidos y que continúen siéndolo. Pero, a veces se les complica o los tratan mal, o no le resuelven, le dan vuelta con alguna medicación o algún estudio, entonces ahí, si, intervengo yo. Ellos me traen su documentación, los papeles, las cosas que tienen que presentar, entonces yo los ayudo y voy.... a pelear (risas)" (Trabajadora social, Club de día).

“A veces son vía judicial, entonces se trabaja con los juzgados y se trabaja con los acompañantes terapéuticos que también se mantiene contacto con ellos. Con el tema de los objetos personales o con las compras de esas personas” (Terapista ocupacional, Residencia de larga estadía)

Fortalecimiento del apoyo formal e informal

Desde la perspectiva de los/as profesionales se encontraron varias necesidades y algunas iniciativas destinadas a fortalecer apoyos por dentro y por fuera del dispositivo. Cabe destacar que se presentaron más iniciativas de este tipo en los dispositivos de Club de día, Centro de día y Residencias de larga estadía que en los de Talleres, probablemente debido al perfil de los/as participantes.

En el Club de día se detectó la necesidad de fortalecer las redes de apoyo por fuera del dispositivo. Para esto se generaron actividades dirigidas explícitamente a tal fin. Por ejemplo, asignando a cada participante el seguimiento de un/a compañero/a con el propósito de estrechar el vínculo y generar conductas de cuidado del otro/a, así como brindar apoyo práctico o compañía:

¹ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Giuliani, M. F. ; Dottori., K. V.; Larragneta, L. e Ojea, L. (2023). El apoyo brindado en los dispositivos gerontológicos desde la visión de los/as profesionales Revista Kairós - Gerontología, 26 (No. Especial 32 - Apoyo social en la vejez), 94-123. ISSNprint 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP

“Mirá, en una época lo que habíamos hecho era poner las fotografías de todos y cada uno se tenía que “ocupar” de la foto que tenía al lado. Si la persona faltaba, o si necesitaba algo o si la persona se quería comunicar o hablar más asiduamente... porque como hay personas que vienen 2 veces, otras 3, otras 4, otras 5, hay algunas que no se conocen. Entonces fue una forma de fomentar el vínculo. Y ahora tenemos ganas de hablar algo tipo voluntariado. Porque tenemos muchas de las personas están teniendo problemas de salud y están solas. Entonces bueno, ver ante la emergencia, con quiénes de mis compañeros yo puedo contar, no sé, para que me vaya a hacer un trámite, para que me vaya a hacer un mandado, para que me vaya a cebar mate” (Terapeuta ocupacional, Club de día)

En los Centros de día se reconoce principalmente la necesidad de fortalecer el apoyo familiar. Esto es una necesidad debido a que los/as profesionales observan que una vez que las personas mayores se insertan en el dispositivo, los familiares no parecen interesados en sostener la interacción con el equipo profesional a pesar de las acciones que se generan para ello:

“A mí me quedó mucho lo de los familiares. ¿Por qué no pudimos lograr una reunión con familiares? Y reforzar ese aspecto en el caso que hiciera falta. No se pudo, no iban (...). También, hicimos un grupo de whatsapp para familiares y es lo mismo. Quizá no le interesa a la familia obviamente” (Trabajador social, Centro de día)

Además de los vínculos familiares, se desarrollan actividades tendientes a fortalecer los vínculos intergeneracionales con niños/as, junto a los vínculos con profesionales y entre pares dentro del dispositivo:

“Tenemos también implementados varios talleres recreativos o culturales para favorecerlos en eso (...). Favorecer la relación entre ellos, el personal (...) porque hay de 90 a 60 años, y de ellos con chicos, porque nos visitan de una escuela, esa es una actividad intergeneracional porque se enriquecen los dos, hay una retroalimentación” (Trabajador social, Centro de día)

En las Residencias, de manera similar a lo que sucede en los Centros de día, se realizan acciones tendientes a fortalecer el apoyo emocional y social o recreativo, favoreciendo vínculos entre pares y el contacto con familiares:

“Desde lo social, se integra al grupo y a través de asambleas, reuniones y actividades que hago yo. Y si hay familiares, se tratan de contactar para anotar de que esta persona está en este lugar (...). De un tiempo a esta parte empezamos a hacer salidas otra vez. Todos los jueves tratamos de hacer alguna salida. Y ser una institución de puertas abiertas le permite al residente sostener un montón de cosas y de hábitos que lo hacen autónomo” (Terapeuta ocupacional, Residencia de larga estada)

Apoos formales e informales: un límite difuso

Por otra parte, algunos profesionales de Centro de día y Talleres refieren realizar intervenciones para fortalecer el apoyo emocional y social que van más allá de su rol profesional. Esto implica que los/as profesionales reconozcan las necesidades de las personas mayores y decidan, en ocasiones, dejar en segundo plano las actividades específicas de su rol profesional, para atender a las necesidades de apoyo emocional que los/as participantes expresan. De esta manera, se fortalecen la calidez y la intimidad construidas en el vínculo entre profesionales y participantes, lo que repercute positivamente en la participación de los/as mayores en los dispositivos. Por ejemplo, una profesora de educación física generó la siguiente actividad fuera del horario y la temática del taller:

“Yo veo más acentuado el tema del acompañamiento, que el de la actividad física. No les interesa hacer actividad física. (...) Una vez hicimos un intercambio de fotos de cuando eran niños, el día del estudiante o de la primavera, les pedí que me mandaran de cuando iban vestidos para ir a la escuela, o con las maestras, o si habían hecho algún picnic o algo así. Estuvimos dos horas pasando fotos y la verdad yo no tenía ganas de terminar y ellas tampoco. Al otro día seguían encontrando fotos y seguían mandando. Y eso fue, lo hice un sábado, estuve todo el sábado con eso. Yo de grupos tengo uno con 30 personas otro con 26 y era lluvia de fotos, la verdad emocionante, gente que se emocionó mucho, estuvo lindo” (Docente, Talleres)

En consonancia con lo anterior, se refirieron situaciones donde los vínculos de apoyo informal vehiculizan y fortalecen la respuesta de apoyo formal. Por ejemplo, casos en donde un participante consulta a un profesional por la afinidad personal con este, pero la

consulta es del área específica de otro miembro del equipo. Entonces, los profesionales facilitan que el experto en la temática genere una solución para la demanda o problemática:

“Entonces por ahí vos encontrás más afinidad con la psicóloga, o con el trabajador social, o con el chico de limpieza, o sea, nada, no tiene por qué ser un profesional, y siempre encuentran, no sé, vos te das cuenta porque los conoces, que algo le pasa y siempre tienen una persona con la que tienen confianza y charlan. (...) después de tener esa charla por ahí con esta persona, por ejemplo conmigo, buscamos la forma de si necesita psicología, que acepte. Porque hay veces que por ahí encuentran esa afinidad y esa tranquilidad en vos, pero vos por ahí no tenes las herramientas para orientarlos. Entonces una vez que llegas a encuadrar bien la situación de decir vamos a charlar, por ejemplo en nuestro caso, qué te parece si la llamamos a la psicóloga, organizamos que un día venga y charla con vos y le contas esta situación y vemos cómo podemos seguir (...)” (Enfermera, Centro de día)

Fortalezas y debilidades de los apoyos proporcionados

Desde la perspectiva de los/as profesionales que trabajan en los mismos, en tanto fortalezas y debilidades de los apoyos, fueron identificados varios aspectos. Por un lado, el logro de una atención integral a las necesidades de los mayores y sus familiares era percibido como una fortaleza de los dispositivos, ofreciendo distintos tipos de apoyo:

“Desde mi perspectiva creo que lo más fuerte del dispositivo es esto que comentábamos antes vinculado al establecimiento de redes entre los usuarios y con el equipo y el acompañamiento que se le brinda a las familias (...). Fundamentalmente el apoyo emocional, práctico y social son los que creo desde mi perspectiva que son el fuerte del centro o de los centros en general en realidad” (Psicóloga, Centro de día)

Este tipo de atención integral se construye sobre una mirada común de los/as diferentes profesionales formados/as específicamente para trabajar con personas mayores. En todos los dispositivos se reconoce la importancia de la formación en gerontología para brindar el apoyo adecuado, respetando la autonomía. Además, una formación gerontológica compartida facilita el diálogo interdisciplinario en el equipo. De hecho, en los dispositivos

de Centro de día, Talleres y las Residencias de larga estadía, se señala como una debilidad que algunos/as de los/as actores no estén formados para trabajar con mayores (cuidadores, auxiliares o miembros del centro de jubilados) y que sus respuestas de apoyo suelen ser inadecuadas. En el dispositivo Club de día se han generado espacios formativos para resolver este tipo de problemas y es señalado este aspecto como una fortaleza.

“En variadas ocasiones es nuestra opinión, consejo o perspectiva la que termina marcando el horizonte de las acciones tanto de los usuarios como de las familias. Por eso es muy importante la capacitación de quienes trabajamos en estos dispositivos. No da igual lo que se dice y lo que se hace. El grupo familiar confía en nuestro criterio y por tanto es necesario que haya un criterio y que no sea una acción constante sobre el emergente. Ojo que esto que digo en algún punto se cumple, pero por otros momentos también se transforma más en un deseo que en una realidad. Hay mucha gente que participa del dispositivo en muchas tareas y no todos están formados o coinciden en el criterio como para transformarse en consejeros o guías” (Trabajadora social, Centro de día)

“Me parece que preservar la autonomía, hasta lo más que podamos, tiene que ser una fortaleza. Pero no siempre se da, porque en las residencias en realidad suele ser una debilidad, le suelen hasta elegir la ropa. Había un señor que había entrado hace poco y él siempre había usado corbata, toda la vida, y las chicas le decían, no, pero usted está ahora en una residencia, no se puede poner corbata. Y él quería ponerse la corbata. Y la hija decía, “chicas, déjenlo”. Y yo les decía lo mismo... bueno, eso lo tenés que laburar, es una debilidad de las residencias. Porque quien se forma en esto no lo hace, al asistente por ahí le falta esta mirada, esta cuestión de entenderlo... de no infantilizarlos, siempre está la mirada de “ay, si es como un nene” y no importa si está demenciado o no, para ellos ni registra. Imagino que en el resto de las residencias debe ocurrir también y en algunas debe ser peor incluso, si no hay un equipo formado en gerontología que esté detrás de estas cuestiones, ¿no?” (Nutricionista, Residencia de larga estadía)

“Destaco del funcionamiento del club de día enormemente la calidad del equipo y de la coordinación, creo que todo el tiempo nos está estimulando a aprender más a capacitarnos. Todo el tiempo nos lleva propuestas de nuevos espacios de formación, la posibilidad de darle voz a las personas mayores que asisten, que puedan decidir. Es algo que no lo vi en otros dispositivos y por eso lo valoro tanto y estoy muy feliz de poder ser parte” (Tallerista, Club de día)

En los talleres también se rescata la importancia de la formación gerontológica, aunque se señala en ocasiones la diversidad del equipo docente o en los miembros de las comisiones directivas de los centros de jubilados:

“La verdad que la calidad de los docentes es algo especial, los/as afiliados/as los siguen durante años. Son muy cálidos y están muy preparados para trabajar con los adultos mayores” (Coordinadora general, Talleres).

Respecto al trabajo interdisciplinario y en equipo, en todos los casos fue identificado con un aspecto valioso que potencia la intervención:

“Para mí, lo primordial es lo humano, la red, y después puntualmente lo interdisciplinario que está en cada estímulo, me parece muy valioso” (Tallerista, Club de día)

“Considero que la mayor fortaleza es el gran trabajo en equipo que se desarrolla desde todas las áreas” (Trabajadora Social, Centro de día)

“Pienso que lo positivo es esta cuestión del trabajo interdisciplinario, con las reuniones y congeniar con diferentes disciplinas y miradas. Tratamos de llegar siempre a un acuerdo para trabajar con el residente e intentar que se vaya lo más estable cuando se externa. Que se vaya lo mejor organizado posible” (Trabajador Social, Residencia de larga estadía)

Las principales debilidades son identificadas en relación a los recursos financieros, ya que hay actividades que no pueden realizarse por cuestiones materiales, así como se resalta lo positivo que sería ampliar la carga horaria de los/as profesionales, ofrecer contraturnos, o incluir integrantes de otras disciplinas en el equipo:

“A veces hace falta más tiempo, pero bueno, es lo que digamos, se puede pagar. La psicóloga lo mismo, la nutricionista también, venimos poco tiempo, digamos, si uno pudiera venir más, podría hacer más proyectos, más actividades, poder pensar cosas más a largo plazo” (Trabajadora Social, Club de día)

“Las salidas, siempre dependen mucho del presupuesto, entonces es una debilidad, o sea, el presupuesto es una debilidad (...) [y faltan estímulos] la terapeuta hace lo que puede, pero no tenés taller de pintura, taller de yoga... Que eso estaría buenísimo, una multiestimulación sería lo ideal” (Nutricionista, Residencia de larga estadía)

“Pero tiene que haber dos personas, no puede haber una persona bañando a alguien y todos solos en el comedor. Ahí hay falta de cuidado. Falla en el cuidado”. (Tallerista, Residencia de larga estadía)

También se identificó que la provisión de apoyo emocional podría generar cierta dependencia o pasividad en las personas mayores:

“La debilidad es que a veces se crea un poco de dependencia. Nos encontramos con que algunos estaban siempre esperando a que los llamaran y no se manifestaban ellos. Por ahí la necesidad de llamar directamente. Porque tienen todos nuestros teléfonos. Entonces lo que se implementó en un momento fue por un mes no llamarlos” (Tallerista, Club de día)

A su vez, se señala como debilidad la falta de redes familiares continentes, lo cual dificulta la interacción con otros tipos de apoyo que brinda el dispositivo.

“Algo que es importante destacar es que en algunos casos no contamos con redes continentes, que considero que es el mayor obstáculo en este proceso en el cual el dispositivo cumple su tarea” (Trabajadora social, Centro de día)

En los talleres que dependen de entidades gubernamentales, una limitación que se señala es que los dispositivos son poco participativos ya que se definen desde la gestión de dichos organismos. Asimismo, en algunos casos donde se requiere brindar apoyo financiero o práctico mediatizado por dichas entidades la respuesta institucional ha sido lenta:

“Preguntarles qué les gustaría aprender, preguntarles a ellos. Yo creo que tendríamos que poder incorporar a la oferta de cursos los talleres que ellos demandan, además de las líneas que se requieren. Y como todas las instituciones, tenemos muchas cosas administrativas, burocráticas, que tendríamos que mejorar. Los tiempos no los manejamos nosotros. Por ejemplo, hay talleres que sería bueno que sean anuales, pero no pueden serlo porque administrativamente no se puede. Lo plantearía diferente, pero no se puede” (Coordinadora general, Talleres).

“En algunos casos me parece que la respuesta fue un poco lenta, confusa [...] faltó un poco de respuesta hacia los jubilados. Pero la red me pareció fantástica, porque en un contexto como el que estamos viviendo [refiriéndose a la pandemia], en líneas generales dió respuesta y fue buena, fue productiva” (Docente, Talleres).

Asimismo, se encuentran dificultades respecto a cómo favorecer el apoyo social según el barrio y las características de los/as asistentes, y otras relacionadas con limitaciones de acceso a la tecnología en el contexto de pandemia o la percepción de una incapacidad para utilizarla por parte de las personas mayores. Se señala también la necesidad de fortalecer las redes con los/as profesionales de salud (que podrían ser quienes realizan derivaciones al dispositivo o informan sobre algún aspecto a fortalecer):

“En los barrios que son muy humildes, por ejemplo, no son de reunirse. Vienen, hacen la actividad, se saludan, hasta hay personas que se van sin saludar y no sociabilizan fuera del horario del taller. En cambio, en los otros dos, es como que les cuesta irse y hasta se encuentran fuera del taller. Hacen algún paseo, o van a tomar un helado o café” (Docente, Talleres)

Adaptaciones frente a la pandemia

Todos los dispositivos mencionados debieron implementar modificaciones durante la pandemia debido al aislamiento o distanciamiento social preventivo y obligatorio. Si bien ya fueron expuestas en la Parte 1 de este número de la revista, en este apartado, agregamos datos relativos a estas modificaciones desde la perspectiva de los/as profesionales de los diversos dispositivos.

Cabe destacar que el único dispositivo que continuó abierto de manera presencial, aunque con restricciones, fue el de las residencias de larga estadía. Los centros de día, clubes de día y talleres, en cambio, cerraron de manera presencial y adaptaron sus actividades a la virtualidad. Una de las principales adaptaciones tuvo que ver con implementar estrategias de fortalecimiento del apoyo emocional, generando nuevas modalidades de vinculación y seguimiento. En algunos casos se reconoce que dicho apoyo se fortaleció aún más en los grupos que ya estaban consolidados:

“Yo estuve todo este año sosteniendo a mucha gente con llamados telefónicos. Una vez por mes, llamando para ver cómo estaban, cómo se sentían” (Docente, Talleres)

“Por eso de que se sentían solos implementamos las videollamadas compartidas, o un mini zoom con alguna actividad para que entre ellos se puedan ver, porque si no, no tenían contacto. Pero fueron iniciativas nuestras digamos, con la psicóloga, desde nuestro espacio de taller. Institucionalmente no había una orientación” (Tallerista, Centro de día)

“Realmente se hizo un soporte muy bueno, con los residentes y con las familias de los residentes, con los amigos, con gente que incluso no vivía en la ciudad y era familiar de esta gente. Se hacían comunicaciones semanales, quincenales, es decir se trató de hacer todo lo que se pudo, para que las personas no perdieran sus sostenes, así que desde lo emocional yo creo que estuvo muy cubierto” (Terapeuta ocupacional, Residencia de larga estadía).

A su vez, en algunos casos se desarrollaron estrategias específicas y circunstanciales al inicio del aislamiento, fortaleciendo el apoyo emocional frente a la incertidumbre, ofreciendo espacios extra de diálogo y reflexión:

“En abril cuando empezamos a recibir muchas consultas de qué iba a pasar... mucha incertidumbre y desesperación y temor de que desapareciera como espacio (...) armamos un dispositivo necesario para ese momento. Estuvo activo abril, mayo y junio, donde alrededor de 50 personas se comunicaron porque hicimos una difusión, y bueno realmente hubo gente que con solo escuchar que del otro lado alguien llamaba, fue un buen sostén para hacer pie y decir “bueno esto no es el final de nada”, sino bueno, empezar de otra manera y ver cómo funciona e ir probando. Fue un dispositivo muy bueno, ahora ya no es necesario” (Coordinadora general, Talleres)

Asimismo, se generaron innovaciones para sostener la comunicación y las tareas centrales de los distintos dispositivos. Se crearon nuevos espacios y se implementaron diferentes estrategias según las posibilidades de participación de las personas mayores y el acceso a la tecnología. Se modificaron los recursos y metodologías pedagógicas y se realizaron acciones tendientes a sostener el apoyo financiero que era brindado por el dispositivo (como viandas en el caso del Club de día). De esta manera, tanto docentes como participantes fueron desarrollando estrategias para promover y sostener la participación y los espacios, evidenciando un proceso flexible y activo de adaptación a la situación.

“Grabar 20 veces un mismo video a ver si se entendía porque también es eso, uno desde la presencialidad puede explicar y reafirmar ciertas cuestiones que hacen una pauta de actividad, que en el video tenés una única vez. Entonces también fue abrir nuestros teléfonos para que puedan resolver dudas” (Terapeuta ocupacional, Club de día).

“Pasar de pantalla en pantalla con juegos, con elementos, para en la virtualidad no perder la corporeidad. No son sólo caras. Hacíamos eso y después trabajamos el tema y siempre cerrábamos con un espacio de preguntas, de cómo estaban, de cómo se habían sentido, como un espacio de acercamiento” (Docente, Talleres)

“Se pasaron a virtuales las actividades que teníamos, pero solo a través del Facebook, subiendo videitos con los talleres. Se lo enviábamos a la coordinadora y ella lo subía, subía dos por día. Pero fue medio raro porque no teníamos el ida y

vuelta con los concurrentes. Y en algunos casos quizás lo que se hacía era alcanzarles un módulo con actividades a la casa. Con algunos hacíamos una videollamada si tenían la posibilidad, pero eran pocos” (Tallerista, Centro de día)

En el caso de las Residencias de larga estadía, si bien continuaron trabajando de manera presencial. pero a puertas cerradas, también se generaron modificaciones en la dinámica de las actividades de acuerdo con los protocolos vigentes:

“Trabajábamos por sectores, teníamos islas, en la misma institución hicimos las famosas burbujas, yo por ejemplo trabajaba un día con una burbuja para no contaminar, al otro día trabajaba con otra burbuja, o sea se trabajaba por sector y cada burbuja tenía sus asistentes, sus enfermeros, los profesionales, que hay uno para toda la población, nos dividíamos por días de la semana y después en el caso de los asistentes sociales tenían días intercalados, por ejemplo y así llevaban el servicio adelante, no estaban todos la totalidad de los días. Teníamos menos cantidad de horas de trabajo por día. La institución estaba toda cambiada” (Terapeuta ocupacional, Residencia de larga estadía)

Además de las innovaciones a nivel concreto de cada dispositivo o taller, también se registraron modificaciones en los reglamentos que rigen el funcionamiento macro de los dispositivos, debiendo realizar adaptaciones administrativas relacionadas con cambios en la inscripción, difusión, y la incorporación de la modalidad virtual (de ahora en más como una opción) con sus reglamentos correspondientes:

“Este año, al ser todo virtual, se creó una página que te va llevando a los diferentes lugares: formación/talleres/ y ahí aparecen las universidades de todo el país. Ahí seleccionabas la facultad que querías ir, abrías y ahí veías todos los talleres que tenía la facultad. Ahí elegías, ponías los datos personales y enviar. Ya le llegaba a la facultad que la persona quería inscribirse en tales talleres. Los docentes también brindaron información de cómo inscribirse. Otra manera también fue por los nietos, que al ver que tenían talleres para mayores en la universidad, incentivaban a sus abuelos a que se inscriban. (...) este año hicimos una página de Facebook. Vamos a subir videos, fotos, información sobre inscripciones. El adulto mayor maneja mucho Facebook, más que otras redes sociales. Nos pareció una buena idea abrirlo, subimos videos de los docentes y de los alumnos también” (Coordinadora general, Talleres)

Dichas modificaciones fueron especialmente notorias en los talleres que dependen de organismos gubernamentales (como por ejemplo, PAMI), mientras que en los talleres

que poseían un carácter más autogestivo y participativo, se realizaron consultas con los participantes para ver si estaban de acuerdo en continuar bajo la modalidad virtual:

“Primero lo que hicimos fue una encuesta de opinión entre los estudiantes que estaban inscriptos, se les mandó un formulario de Google para primero conocer si estaban de acuerdo o no en darle continuidad en el formato virtual. Por supuesto el 90% dijo que sí” (Coordinadora general, Talleres)

En algunos casos, los/as profesionales observaron en los/as participantes un impacto positivo en su autoeficacia al poder afrontar los desafíos que trajo la cuarentena:

“Creo que el afrontamiento tuvo acá un papel central. Y creo que, entre las pérdidas y las ganancias, hubo ganancias y que eso modificó la imagen de sí mismos. Esto de “lo pude hacer, lo pude resolver, me costó, me enojé, me cansé”, porque se pasa por todas estas etapas. Pero bueno es algo que ya quedó aprendido y que les permitió el encuentro” (Coordinadora general, Talleres)

Respecto de los/as docentes, en algunos casos resaltaron que esto implicó para ellos/as más horas de trabajo, o más disponibilidad y conectividad para mantener el contacto con la mayor cantidad posible de personas mayores:

“Y en lo personal yo me encuentro con que estoy trabajando más horas que cuando doy las clases presenciales” (Docente, Talleres)

A pesar de las innovaciones y de la flexibilidad logradas, profesionales de todos los dispositivos manifiestan haber percibido los efectos negativos de la pandemia y las dificultades en la adaptación de algunos/as participantes. Refirieron identificar indicadores de deterioro cognitivo, desmotivación para realizar las actividades o sentimientos de tristeza por la falta de contacto físico y presencial:

“Yo creo que por más que uno acompañe por diferentes vías, creo que el face to face, el contacto, la caricia, el momento que se vive en el club de manera presencial, lamentablemente es irremplazable, y más para ellos que son de buscar el contacto, son cariñosos, entonces la verdad es que eso es difícil de reemplazar. Además, esa cosa del sentirse un poquito triste y venir al club y sentirse bien, obviamente ellos lo necesitan, por más que uno les suba actividades o por más que todos los días se conecten, necesitan verlo, palparlos” (Tallerista, Club de día)

“Yo lo que creo es que ellos necesitan el contacto, el afecto. En los talleres hablaban de que al terminar el taller querían verse, aunque sea al aire libre” (Coordinadora general, Talleres)

“Cuando hacíamos alguna llamada manifestaban que no lo estaban transitando bien, sobre todo porque algunos estaban bastante solos. Si bien tenían el apoyo familiar notaban que el dispositivo para ellos era fundamental... en esto de lo social, del compartir el día a día, de los compañeros... extrañaban mucho. Se los notaba a algunos bastante desmotivados. Y también notamos un deterioro... cosas que antes salían fluidamente ahora costaban” (Tallerista, Centro de día)

“Tuvimos situaciones de algunos síntomas psiquiátricos exacerbados, porque ya te digo, al ser una institución de puertas abiertas, muchos no entendían que la ciudad había dejado de funcionar como tal y después algunos pacientes con demencia salieron en algún momento y hubo que traerlos y re-ingresarlos como si fuera la primera vez” (Terapeuta ocupacional, Residencia de larga estadía)

Respecto de las residencias, al ser el único dispositivo que se mantuvo presencial, las modificaciones implicaron otro tipo de acciones. Las adaptaciones frente a la pandemia, en este caso, se centraron principalmente en el protocolo de ingreso, la restricción de las visitas y las salidas, lo que impactó en la manera en la que se brindaron/posibilitaron apoyos emocionales y sociales o recreativos. Los protocolos y acciones se fueron revisando a lo largo de los distintos momentos de la pandemia, como relatan las viñetas:

“Todavía hoy los ingresos se realizan a una sala especial donde la persona está aislada una semana. En un principio fueron 15 días, luego fue una semana. Y, hoy por hoy son 48 horas si no tiene todavía el resultado del hisopado. Si el hisopado fue negativo y estuvo en una situación de riesgo, se esperan dos o tres días más por si aparece alguna sintomatología y luego pasa a habitación común y a comedor con grupo” (Terapeuta ocupacional, Residencia de larga estadía)

“Bueno, el año pasado no se admitían visitas. Era todo mucho más estricto. Y si la persona era derivada al hogar, tenía que estar aislada 14 días. Después ya eso se fue flexibilizando, porque la mayoría ya están vacunados. Y bueno, sí, se respetaba bien” (Nutricionista, Residencia de larga estadía)

“Lo que se generó fue videollamada por whatsapp para que se comuniquen con familiares por medio de gestión del servicio social. En un momento se trató de hacer visitas asistidas (nylon entre residente y visitante) era medio complejo en cuanto a lo sanitario. Para algunos fue emotivo porque hacía rato que no se veían y lo visual es diferente que lo telefónico. Por el reencontrarse. Pero era una complicación porque nuestra población, al tener problemas de audición, era un poco compleja la comunicación” (Trabajador Social, Residencia de larga estadía)

“Tenían una máquina que tenés que bañarte, viste que va girando; doble barbijo. (...) Distancia. Yo sigo usando el kit y doble barbijo” (Tallerista, Residencia de larga estadía)

Los profesionales afirman que fue muy compleja la adaptación de los/as residentes al protocolo:

“Más que nada les costó el uso del barbijo. Eso de no verte la cara, que eso es re loco. Pero ellos sí, se terminan acostumbrando. Al principio costó porque sufrieron mucho no poder ver a la familia, entendés? Igual depende de cada familia, pero cuando se abrieron las puertas y volvieron las visitas estaban con una emoción terrible. Nosotros empezamos a hacer, te estoy hablando del PAMI, ¿no? Empezamos a hacer antes de que la familia pudiera visitarlos, como salidas. Salidas, pero ponele, en silla de ruedas, llevarlos a la plaza, volver. Y bueno una emoción de poder volver a salir. Cuando fueron las visitas, ya está como que era re normal todo” (Tallerista, Residencia de larga estadía)

“Ya no poder circular libremente era un tema, muchos querían salir” (Terapeuta ocupacional, Residencia de larga estadía)

Las adaptaciones incluyeron cambios en las vías de comunicación con los/as familiares y la generación de nuevas actividades o rutinas para compensar la falta de estímulos que implicó el aislamiento:

“(...) la comunicación virtual se transformó en LA comunicación, o sea, casi en la única te diría. Después, si se veían a través del vidrio, instalamos un teléfono por el cual podían hablar por un vidrio, bueno, eh... (...) las meriendas [recreativas, con karaoke] como tratando de buscarle también la vuelta a eso, eh... (...) la terapeuta ocupacional implementó algún taller más que antes no estaba, como para también estimularlos más, porque bueno, se perdía el estímulo de la simple cuestión de salir, o sea, no poder salir, entonces ella creo que estableció una frecuencia un poquito mayor de estímulo cognitivo (...) Desde el área de la comida, implementamos comidas especiales también, porque ellos, lo que antes hacían era, muchos que querían comer se iban a lo de las familias o se iban a un restorán y comían, fuera del menú, que es sin sal y que tiene como ciertas características de las personas mayores, y si querían comer cosas, bueno... entonces también tuvimos que flexibilizar eso” (Nutricionista, Residencia de larga estadía)

Finalmente, respecto a la vacunación dentro del dispositivo dan cuenta de que el proceso fue rápido, con resistencias al comienzo por parte de los/as residentes, y que hoy en día es un requisito para minimizar los contagios:

“Fue dentro de todo rápido. Fuimos de las primeras instituciones que tuvo primera dosis. Se hizo a través de PAMI. Ellos hicieron la primera aplicación en marzo y luego en abril la segunda. Por suerte tuvimos buena respuesta. Se hizo acá mismo, se organizó el equipo que hace la aplicación. Se hizo en el salón de la institución. Se hizo con tranquilidad y nadie tuvo una reacción adversa. Este año no, el año pasado sí, en el 2020. Hubo distintos niveles de contagio incluso. Hubo 14 casos, fallecieron incluso personas por la misma situación. El protocolo que se manejaba era el que se aplicaba para todas las RLE. Se aplicó lo mismo que en el resto. De los 14 casos fallecieron dos. Y el resto tuvo su alta de COVID. Se aislaba a la persona o al grupo. Y se tomaban recaudos respecto a la vestimenta”
(Trabajador Social, Residencia)

Conclusiones

A partir de los resultados de este estudio es posible afirmar que los dispositivos que constituyen la cadena de cuidados (Croas & Fernández Colmeneres, 2011) proveen de manera integral apoyo social, ajustándose a las características de los participantes. Además, en general, la manera de vehicular las ayudas en los diferentes dispositivos de la cadena de cuidados se alinea con los valores del modelo centrado en la persona. Los/as profesionales brindan apoyo de manera holística, adecuándose a los perfiles y necesidades de los participantes, por lo que sostienen los valores y actitudes del mencionado modelo (Martínez Rodríguez, 2011, 2016).

Los apoyos que se brindan con mayor frecuencia varían según el dispositivo. En los talleres y el club y centro de día tienen mayor centralidad los de tipo emocional y social. Se encontró que los/as profesionales dan prioridad a estos, formando lazos personales e íntimos con los/as participantes, lo que favorece una intervención en equipo. En las residencias de larga estadía el apoyo más requerido es el práctico, que se articula con el emocional en la medida en que los/as profesionales modifican su forma de intervenir en función de la identidad, historia personal y derecho al buen trato de los/as residentes.

En este sentido, todos los/as profesionales coinciden en señalar que la mayor fortaleza de los apoyos brindados en los dispositivos es el trabajo en equipo articulado a partir de la formación gerontológica como un marco común, que permite compartir el sentido de las intervenciones, orientado al sostenimiento de la autonomía y al buen trato a las personas mayores. Un buen ejemplo de esto es la flexibilidad con la que los diferentes dispositivos generaron alternativas para proveer apoyo social, emocional, práctico, económico y consejos durante la pandemia. En todos los casos, la prioridad fue mantener el vínculo cercano, la participación y la calidad de vida de las personas mayores en el contexto del cuidado y respeto a los protocolos. Los/as profesionales innovaron ajustándose a las necesidades del momento y de los/as participantes para sostener, ante todo, el contacto con y entre las personas mayores, así como con sus familiares. Este modo de trabajo es afín a las recomendaciones respecto del trabajo interdisciplinar señalado por Arias (2013), que facilita que las intervenciones sean ajustadas a las necesidades de las personas mayores.

Entre las limitaciones o debilidades de los dispositivos, se reconoce la necesidad de mayor apoyo económico para enriquecer las actividades que se realizan. Además, varios profesionales remarcaron que es prioritario fortalecer la flexibilidad de los dispositivos, promoviendo una mayor participación de las personas mayores en la toma de decisiones y en la personalización de la intervención de los/as profesionales. Asimismo, se reconoce que es necesario generar un mayor compromiso de las familias, que en algunos casos delegan su responsabilidad de cuidado y atención en los dispositivos, especialmente en los casos en que presentan mayor dependencia. Todas estas debilidades percibidas se ajustan también a una mirada centrada en garantizar los derechos y el pleno desarrollo de la personalidad en sociedad de las personas mayores. Por lo tanto, en síntesis, el apoyo brindado por los/as profesionales se ajusta a las recomendaciones internacionales (OEA, 2017) y al paradigma centrado en la persona (Martínez Rodríguez, 2011).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se destaca contar con una muestra pequeña. Si bien esto se fundamenta en que se trata de un estudio cualitativo, se recomienda realizar nuevas investigaciones que recopilen mayor cantidad y variedad de datos. Asimismo, sería deseable realizar estudios de casos a nivel organizacional para ahondar en las características de cada tipo de dispositivo y analizar sus culturas organizacionales en cuanto a los modos de brindar apoyo social a sus participantes.

Además, se podría continuar con investigaciones aplicadas, por ejemplo, generando intervenciones formativas y evaluando su impacto. Una intervención posible sería generar un espacio de aprendizaje organizacional en algunos dispositivos, siguiendo los lineamientos de las Comunidades de aprendizaje profesional (Wenger, 1998). Este tipo de comunidades consiste en generar un espacio de aprendizaje situado e interdisciplinar a partir del abordaje de problemáticas concretas de la vida laboral. Se propone un aprendizaje activo y colectivo, en el que se desarrolla tanto la identidad comunitaria entre los participantes como la identidad personal. Este tipo de espacios brindarían oportunidades de formación profesional para la aplicación directa en el rol laboral. Este punto es de especial interés para la formación de auxiliares, que tal vez no presentan la misma motivación intrínseca para el trabajo con personas mayores que los/as profesionales. También es de interés para otros recursos humanos y profesionales noveles que no hayan tenido oportunidades formativas previas en gerontología. Estas comunidades son una manera de fortalecer el trabajo interdisciplinario y la formación continua en los/as más expertos y los/as noveles, aprendiendo de manera colectiva, reflexiva y activa a modificar sus prácticas laborales, con el objetivo central de promover el buen trato y respeto a la autonomía de las personas mayores en todos los espacios en los que participan.

Referencias bibliográficas

Arias, C.J. (2013). Reflexiones acerca de la Psicología de la Vejez. Interdisciplina y perspectiva positiva. *Contexto Psicológico*, 49, 1-9.

Asamblea Mundial de la Salud (2016). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana*. Organización Mundial de la Salud. Descargado el 20 de abril 2022 de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>

Croas, R., & Fernández Colmeneros, L. (2013). Modelos comunitarios e institucionales de gestión gerontológica. (3a ed.). Mar del Plata, Argentina: Facultad de Psicología UNMDP.

Naciones Unidas (2002). *Plan de Acción Mundial sobre el envejecimiento*. Descargado el 20 de junio de 2022 de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Flick, U. (2015). *El diseño de la investigación cualitativa* (Vol. 1). Ediciones Morata.

OEA, A. G. (2017). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Descargado el 6 de junio de 2022 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/convencion_interamericana_sobre_la_proteccion_de_los_derechos_humanos_de_las_personas_mayores_-_texto_oea_0.pdf

Martínez Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona: guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Madrid: Colección Papeles de la Fundación

Giuliani, M. F. ; Dottori., K. V.; Larragneta, L. e Ojea, L. (2023). El apoyo brindado en los dispositivos gerontológicos desde la visión de los/as profesionales Revista Kairós - Gerontología, 26 (No. Especial 32 - Apoyo social en la vejez), 94-123. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP

Villar, F., Giuliani, M. F., Serrat, R., Curcio, C.-L., Lopes, A., de la Luz Martínez Maldonado, M., & da Cássia Oliveira, R. (2017). *Gerontological training programs offered by Latin American universities: Number, characteristics, and disciplinary contents*. *Educational Gerontology*, 43(5), 238–247.

Wenger, E. (1998). Communities of practice: Learning as a social system. *Systems thinker*, 9(5), 2-3.

María Florencia Giuliani. Doctora en Psicología. Docente e investigadora de Universidad Nacional de Mar del Plata- Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnologías (IPSIBAT).Facultad de Psicología UNMDP Becaria posdoctoral CONICET. Integrante del Programa Gerontológico. ORCID ID : <https://orcid.org/0000-0002-5892-4527>

Karina Valeria Dottori. Licenciada en Psicología. Docente e investigadora. Facultad de Psicología UNMDP Docente en cursos de personas mayores. Ex becaria de investigación UNMDP ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4171-3686>

María Luján Larragnetta. Licenciada en Psicología. Adscripta graduada de investigación. Grupo evaluación psicológica. Docente en talleres para personas mayores. Facultad de Psicología UNMDP ORCID ID : <https://orcid.org/0009-0008-4893-3770>

Lara María Ojea. Estudiante avanzada. Adscripta en investigación. Grupo evaluación psicológica. Docente en talleres para personas mayores. Facultad de Psicología UNMDP. ORCID ID : <https://orcid.org/0009-0003-6965-8898>



Esta obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada