CIETSGe

REDGETS

Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología
Red Latinoamericana de Docentes Universitarios y
Profesionales de Trabajo Social en el campo Gerontológico

Personas mayores en el contexto de COVID-19: acciones desde Trabajo Social

COORDINADORES:
Graciela Casas Torres y Marcelo Piña Morán

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social

Personas mayores en el contexto de COVID-19: acciones desde Trabajo Social

Directorio

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Enrique Graue Wiechers
Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas
Secretario General

Dr. Luis Agustín Álvarez Icaza Longoria
Secretario Administrativo

Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda
Secretaria de Desarrollo Institucional

Lic. Raúl Arcenio Aguilar Tamayo
Secretario de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria

Dr. Alfredo Sánchez Castañeda
Abogado General

Mtro. Néstor Martínez Cristo
Director General de Comunicación Social

Escuela Nacional de Trabajo Social

Mtra. Carmen Guadalupe Casas Ratia
Directora

Mtro. Efraín Esteban Reyes Romero
Secretario General

Lic. María Eunice García Zúñiga
Secretaria Académica

Lic. José Armando Hernández Gutiérrez
Secretario Administrativo

Lic. Juliana Ramírez Pacheco
Secretaria de Planeación y Vinculación

Lic. Elia Rosa González Martínez
Secretaria de Apoyo y Desarrollo Escolar

Lic. David Martínez Dorantes
Jefe de la Oficina Jurídica

Lic. Andrea Mariana Frías Ávila
Abogada Auxiliar

Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia
Coordinadora del Programa de Maestría en Trabajo Social

Mtra. Luz Noemí Navarro Márquez
Jefa de la División de Estudios de Posgrado

Lic. Norma Angélica Morales Ortega
Jefa de la División de Estudios de Profesionales

Mtra. G. Araceli Borja Pérez
Coordinadora de Investigación

Lic. Alma Gloria Pérez García
Coordinadora del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia

Lic. Teresa Gabriela González Flores
Coordinadora del Centro de Educación Continua

Lic. Roxana Denisse Medina Guzmán
Coordinadora de Comunicación Social

Lic. María Reyna Ramos Martínez
Coordinadora de Gestión

Mtro. Manuel Velasco Vázquez
Coordinador del Centro de Información y Servicios Bibliotecarios

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información
Nombres: Casas Torres, Graciela, editor. | Piña Morán, Marcelo, editor.
Título: Personas mayores en el contexto de COVID-19 : acciones desde trabajo social / coordinadores: Graciela Casas Torres y Marcelo Piña Morán.
Descripción: Primera edición. | Ciudad Universitaria, CDMX : Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, 2022. | "Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología. Red Latinoamericana de Docentes Universitarios y Profesionales de Trabajo Social en el campo Gerontológico" -- Cubierta.
Identificadores: LIBRUNAM 2170335 (libro electrónico) | ISBN 9786073065085 (libro electrónico).
Temas: Gerontología. | Personas adultas mayores -- Condiciones sociales. | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Aspectos sociales.
Clasificación: LCC HQ1061 (libro electrónico) | DDC 305.26—dc23

ENTS
1a. edición, agosto de 2022

D.R. © 2022 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, CDMX
Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM

Primera edición
ISBN: 978-607-30-6508-5

Cuidado de la edición: Departamento de Publicaciones ENTS
Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio sin autorización escrita de su legítimo titular de derechos

Diseño de portada: Wallys D. González Dorantes

Esta edición y sus características son propiedad de la
Universidad Nacional Autónoma de México

Hecho en México

Personas mayores en el contexto de COVID-19: acciones desde Trabajo Social

COORDINADORES:
Graciela Casas Torres y Marcelo Piña Morán

Agradecimientos

Agradecemos a las autoridades de la Escuela Nacional de Trabajo Social y al equipo de comunicación social por el trabajo solidario que nos ha permitido, una vez más, contribuir con los nobles propósitos de la Universidad de aportar al conocimiento especializado de nuestra disciplina y con ello formar mejores trabajadores y trabajadoras sociales.

Agradecemos también a las y los becarios y prestadores de servicio social, que con su entusiasta colaboración y genuino interés de crecimiento profesional, decidieron sumarse a este proyecto:

Andrea Denisse Lugo Rivero
Brenda Guzmán Frasco
Eunice Selene Torres Alonso
Jennifer García Contreras
Juan Antonio Velasco de la Cruz

Un agradecimiento muy especial a la Lic. Frida Alexandra García Molina, quien desde el 2018 participa de manera muy comprometida con el CIETSGe, y que a lo largo de estos años se ha formado como una especialista en el ámbito de Trabajo Social Gerontológico. La publicación de este libro no hubiera sido posible sin su dedicación y profesionalismo en la integración y revisión del mismo.

Contenido

Prólogo 9

Introducción 11

1
Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en la Ciudad de México en el marco de la pandemia por COVID-19 13
Graciela Casas Torres
Gilberto Isaac Acosta Castillo
Jennifer García Contreras
Frida Alexandra García Molina

2
Salud mental gerontológica y comunitaria frente al COVID 44
Noelia Martínez Vázquez

3
Mayores: de perceptores a generadores de cuidados 58
Óscar Manuel Cabrera Galisteo

4
Lo que la pandemia nos mostró: los derechos de Cuarta Generación 72
Laura V. Guajardo

5
La cotidianidad de las vejeces en los contextos de la pandemia del COVID-19 86
Teresa Isabel Dornell Regueira

6
De vejez y vejeces en tiempos de pandemia 101
Sandra Sande Muletaber

7

Abordaje global-local del COVID-19 y las personas mayores: una aproximación desde el análisis crítico del discurso 121
Nicole Mazzucchelli

8

Alcances y limitaciones de la implementación actual de estrategias de intervención comunitaria desde el Trabajo Social Gerontológico..... 144
Guadalupe Cañongo León

Síntesis curricular de los autores 159
Graciela Casas Torres..... 159
Gilberto Isaac Acosta Castillo 159
Jennifer García Contreras 160
Frida Alexandra García Molina 160
Noelia Martínez Vázquez..... 161
Óscar Manuel Cabrera Galisteo 161
Laura V. Guajardo 161
Teresa Isabel Dornell Regueira 162
Sandra Sande Muletaber 162
Nicole Mazzucchelli 163
Guadalupe Cañongo León..... 163

Prólogo

Mg. Mónica Navarro[1]

El presente libro constituye un gran paso en la investigación y análisis del impacto de la sindemia[2] por COVID-19 en personas mayores, logrando, con su desarrollo, producir una cartografía social inédita de esta experiencia en diferentes territorios, permitiendo desarrollar un análisis comparativo entre comunidades diversas, con diferentes culturas y circunstancias, lo cual es absolutamente oportuno, ya que la población de mayor edad ha sido una de las más afectadas por esta pandemia, tanto por causas de enfermedad y número de fallecidos, como por la alteración de sus roles y costumbres.

En este sentido, esta producción científica contribuye a los estudios que derivarán en el futuro sobre uno de los acontecimientos más relevantes de la humanidad en términos sociales y sanitarios, y estrechamente vinculados a los modos de procesar la longevidad en diferentes sociedades, de tal modo que sus aportes permiten ahondar en los elementos más críticos surgidos en circunstancias nuevas para la humanidad y que muestran las aristas de una crisis emergente.

En términos generales, se destaca la relevancia de las temáticas gerontológicas desplegadas a lo largo de la obra por su actualización, investigación y elaboración para fortalecer la metodología de intervención en un momento en el que se debaten cuestiones vinculadas al lugar que ocupan las personas mayores en el marco de la pandemia mundial, sin que la profundidad y rigor de los planteamientos descritos

---

1. Especialista en Envejecimiento y Vejez con formación específica en Psicogerontología, en Salud y Seguridad Social. Directora de la Especialización en intervención y gestión gerontológica y del Programa Ancestras: saberes, género y edad. Codirectora de la Diplomatura en el cuidado de personas mayores y su organización cooperativa. Universidad Nacional de Tres de Febrero, Argentina.
2. El término SINDEMIA ofrece un enfoque integral, dado que se refiere a los impactos por la crisis del COVID- 19, de manera que se adecúa a la obra mejor que pandemia que se refiere principalmente al control infeccioso y biológico del virus. Sindemia hace alusión a la interacción de factores biológicos y sociales, que intervienen en la exposición ante el virus, de manera que permite el análisis en el desarrollo de las estrategias de respuesta y control político y social (Horton, 2020).

dejen de lado los desafíos éticos que conlleva este momento histórico donde se conjugan derechos y nuevas demandas de la población mayor en todo el mundo.

Todos los artículos acuden a diversas metodologías de abordaje e investigación sólidamente planteados y consistentes, y en general evidencian la vital importancia que conforman las redes sociales, el acceso a la tecnología digital, en tanto un aspecto más de la ciudadanía y ejercicio de los derechos de las personas mayores, así como el protagonismo de las mujeres en el marco de una perspectiva central de la diversidad en las vejeces.

La organización conceptual desplegada en cada apartado se centra en propuestas concretas, adecuadamente dimensionadas, abordadas con total claridad y consistencia, sin descuidar la escritura que permite atravesar cada experiencia como un encuentro dialógico con múltiples voces. Es así que se logra, con cada artículo, enlazar una comprensión amplia de la discusión planteada.

En la obra como totalidad es posible articular los diferentes aportes como parte de un gran documento que privilegia discursos, actores e intervenciones.

Los argumentos expuestos dan rigor a las conclusiones que tienen como característica general una perspectiva de apertura a la construcción de sentido, que permite repensar las experiencias y transformarlas en atravesamientos reflexivos para otras posibles en diferentes localizaciones.

No se omite mencionar a la bibliografía como un aporte sustantivo a la obra, sobre todo la referencia a nuevos autores en el campo del Trabajo Social gerontológico, que resultan innovadoras miradas de gran relevancia.

La atenta lectura permitirá entonces, desplegar preguntas acerca de los significados de la edad en situaciones críticas de las sociedades y dar pautas para alinear las lecciones aprendidas en pos de las transformaciones necesarias para lograr eliminar los prejuicios que afectan a este grupo poblacional. Quienes se acerquen a esta obra tendrán acceso a material producido de primera mano con información relevante que puede convertirse en insumo de nuevos desarrollos investigativos.

En suma, este libro permite abrir nuevas posibilidades en la intervención desde el Trabajo Social desde una perspectiva crítica por sus significativos aportes, los cuales muestran un alto nivel de análisis teórico que constituye una perspectiva innovadora para el desarrollo de la disciplina, que sin lugar a duda constituirá una referencia valorada en desarrollos posteriores.

Buenos Aires, Argentina
Abril, 2022

Introducción

La obra colectiva que se presenta en este libro, está enmarcada en dos importantes eventos, uno alrededor de la inevitable pandemia que ha cimbrado al mundo en el siglo XXI y aún cuando ya han pasado dos años desde su inicio, no conocemos el final de la misma y de los cambios contundentes que la humanidad en su conjunto asumirá cuando esta historia haya terminado, si es que termina. El otro evento de diferente envergadura, pero muy importante en el ámbito del Trabajo Social con personas mayores, es el que se refiere al trabajo colegiado entre el CIETSGe y la Red Latinoamericana de Docentes Universitarios y Profesionales de Trabajo Social en el campo Gerontológico REDGETS, que a partir del año 2018 decidieron llevar a cabo proyectos colaborativos que den cuenta del avance de la disciplina de Trabajo Social con personas mayores.

En este orden de propósitos nos dimos a la tarea de realizar el Seminario "Evidencias Internacionales de Trabajo Social en Gerontología. El ámbito comunitario", a lo largo del año 2020, justo en medio de la pandemia.

Las y los trabajadores sociales que participaron en este proyecto, comprometidos siempre con las circunstancias sociales que impactan en la población, decidieron hablar sobre la problemática que se encontraba en efervescencia en ese momento para dar cuenta de la magnitud del problema y de tener información actual y relevante de la participación de nuestro gremio.

Así fue que se recibieron varios trabajos sobre COVID-19 y, en consecuencia, el comité académico del evento decidió hacer una Jornada Especial titulada "Personas Mayores en el Contexto actual de COVID-19: acciones desde Trabajo Social"; de esta jornada se desprende este segundo libro.

Esta publicación está compuesta de 8 artículos que abordan las problemáticas y situaciones que viven las personas mayores en torno a la Pandemia por COVID-19

Desde un estudio macrosocial para tener un diagnóstico psicosocial de las personas mayores en México, hasta la propuesta de estrategias de intervención comunitaria desde el Trabajo Social gerontológico, recuperando experiencias que dan cuenta de los diversos contextos.

Así encontramos los efectos de la salud mental generados por el COVID-19 de un grupo de personas mayores italianas que debido al confinamiento obligado se enfrentan a imágenes dantescas de decenas de féretros de personas aisladas fallecidas en sus hogares, residencias, hospitales, sin mayor comunicación y conocimiento del problema, por lo que la repercusión a nivel emocional y social toma grandes dimensiones. En contraste, encontraremos en esta lectura la experiencia de la población española envejecida que se vio obligada a una reorganización de sus costumbres sociales, familiares y sus propios roles para paliar en alguna medida las demandas que se originaron frente a la inusitada pandemia.

Asimismo, se presenta una explicación detallada de cómo se violentan los derechos humanos de este grupo etario, especialmente los que se vinculan con el uso de la tecnología, a consecuencia de las medidas implementadas por los gobiernos alrededor de la pandemia y cómo una vez más la contingencia sanitaria pone al descubierto las inequidades entre la población mayor y cómo el distanciamiento físico compromete la esfera emocional en las vejeces.

Se complementan estas visiones con los desafíos a los que las sociedades se enfrentan para la atención de las personas viejas cuando son dependientes, desde un marco de los Derechos Humanos y de respeto a su autonomía. Y de manera paralela se hacen notar los soportes y las carencias que existen alrededor de las políticas sociales, sin dejar de señalar la fragilidad de la vida y la inexorable interdependencia entre las personas, los grupos y las sociedades.

En este mismo sentido, se encuentra en esta obra un análisis sobre los discursos predominantes que permean en las políticas globales dirigidas a personas mayores, identificando que estos pueden ser contradictorios de acuerdo a la autoridad que las emite o al usuario que las recibe.

En conjunto, esta obra es una aportación novedosa no sólo por el tema que aborda, sino por los análisis y estrategias que develan los trabajadores sociales.

Graciela Casas Torres
Ciudad de México
Agosto, 2022

1

Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en la Ciudad de México en el marco de la pandemia por COVID-19[3]

Graciela Casas Torres
Gilberto Isaac Acosta Castillo
Jennifer García Contreras
Frida Alexandra García Molina

Resumen

El objetivo de este artículo es evidenciar los principales hallazgos obtenidos de una encuesta que tuvo como finalidad analizar la situación psicosocial de las personas de 60 y más años residentes en México durante la pandemia por COVID-19; para este trabajo se recuperan los resultados de la Ciudad de México. La recolección de datos se realizó mediante un instrumento ex profeso digital. Las variables de estudio fueron el seguimiento a la recomendación "Quédate en casa", salud, redes sociales de apoyo, aspectos económicos, fuentes de información, circunstancias sociales y datos sociodemográficos. Los resultados señalan que se está frente a un grupo de condiciones privilegiadas en comparación con la población mayor en general. Entre los hallazgos más importantes destacan los eventos asociados con el deterioro de la salud mental, disminución de atención a la salud y pérdida de empleo, mientras que las situaciones positivas de este grupo se refieren al fortalecimiento de sus redes sociales de apoyo y la adquisición nuevas habilidades vinculadas al uso de la tecnología, y se identificó que la población mayor adoptó las medidas para protegerse contra el COVID-19 cuando salían de sus domicilios.

Palabras clave: COVID-19, personas mayores, diagnóstico, características psicosociales.

Abstract

The objective of this article is to show the main findings obtained from a survey that aimed to analyze the psychosocial situation of people aged 60 and over living

3. El presente es un trabajo colaborativo, por lo cual reconozco las valiosas aportaciones para el logro del objetivo por parte de Ana Gamble Sánchez Gavito, Brenda Guzmán Frasco, Juan Antonio Velasco de la Cruz, Eunice Selene Torres Alonso y Andrea Denisse Lugo Rivero.

in México in the context of the COVID-19 pandemic, for this work the results of the México City have been taken. Data collection was carried out using a bespoke digital instrument. The study variables were follow-up to the recommendation "Stay at home", health, social support networks, economic aspects, sources of information, social circumstances and sociodemographic data. The results indicate that we are faced with a group of privileged conditions in comparison with the elderly population in general. Among the most important results, the events associated with the deterioration of mental health, decrease in health care and loss of employment stand out, while the positive situations of this group refer to the strengthening of their supportive social networks and the acquisition of new ones skills related to the use of technology, and it was identified that the elderly population adopted measures to protect themselves against COVID-19 when they left their homes.

Keywords: *COVID-19, older people, diagnosis, psychosocial characteristics.*

Introducción

El presente trabajo forma parte de la Encuesta sobre el contexto[4] psicosocial de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19 realizada por el Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología (CIETSGe) de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en colaboración con el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM) y que tuvo como objetivo analizar la situación psicosocial de las personas de 60 y más años residentes en México debido al COVID-19 durante el 2020.

La información que aquí se recupera es la que corresponde a la Ciudad de México, que es uno de los Estados que concentra el mayor número de población de 60 y más años en la República Mexicana, con 1,603,694 de personas (INEGI, 2020). La génesis del estudio se enmarca en la inquietud de dar cuenta de la compleja situación por la que atravesaba (y que el transcurrir del tiempo ha mostrado que sigue atravesando) la población mayor en el marco de un evento global que conmocionó al mundo en el 2020, no sólo a nivel de salud, sino también trastocando la esfera económica, social e inclusive política, como fue la pandemia por SARS-CoV-2.

4. Para esta investigación se consideró que el contexto corresponde al entorno físico o situación, político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el que se enmarca un hecho.

> "La epidemia de COVID-19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. El Director General de la OMS, el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad ocasionada por el coronavirus SARS-CoV-2, denominada COVID-19, se había extendido por varios continentes y se había convertido en una pandemia (OMS, comunicados de prensa, 2020). La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por más de un continente" (OPS, 2021).

En esta emergencia el grupo de personas mayores ha sido el más afectado por el impacto en su salud y en el registro de mortalidad, sin perder de vista los efectos en las condiciones psicosociales y la agudización de la estigmatización derivada de las medidas de protección, que les posiciona en una situación de mayor vulnerabilidad.

El grupo etario que presenta mayor vulnerabilidad ante el COVID-19 son las personas mayores debido al deterioro del sistema inmune, así como a las diferentes enfermedades crónicas tales como: diabetes, hipertensión, afecciones cardiovasculares y pulmonares (EPOC), lo cual produce menor capacidad para afrontar la enfermedad generada por el COVID-19 (OPS, 2020).

Pandemia por COVID-19 en México

En el caso específico de México, el primer caso de COVID-19 se detectó el 27 de febrero de 2020. En virtud de que el número de personas infectadas era limitado, se consideró que no había necesidad de establecer otras medidas de salud, excepto las de difundir las acciones preventivas.

Fue el 24 de marzo del mismo año que el gobierno federal anunció el inicio de la fase 2 de la pandemia por COVID-19, tras registrar los primeros casos de infección local, suspendiendo toda actividad principal económica no esencial, restringiendo congregaciones masivas y recomendando a la población permanecer en su domicilio. Con especial énfasis en las personas mayores de 60 años y más que pudieran presentar enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardíaca o pulmonar, inmunosupresión inducida o adquirida. Para el 30 de marzo, el gobierno decretó oficialmente una emergencia de salud nacional en México, dada el alza en números de personas contagiadas, así como en el registro de muertes por dicha enfermedad; esto ocasionó el establecimiento de nuevas medidas de prevención y control, así

como la suspensión inmediata de actividades no esenciales en todos los sectores económicos del país durante un mes (Suárez *et al.*, 2020).

Material y método

Como ya se mencionó, en este trabajo se recuperan los principales hallazgos de un estudio más amplio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal en el cual participaron 746 personas mayores de 60 años y más que radican en la Ciudad de México; la recolección de datos se realizó a través de una encuesta de opción múltiple de formato digital mediante la plataforma de Formularios en Google, el instrumento se podía responder por medio de un dispositivo electrónico con acceso a internet. El levantamiento de datos se efectuó del 06 de junio al 01 de octubre del 2020.

El muestreo fue por conveniencia, mediante invitación directa a personas mayores, a través de diferentes medios de comunicación, especialmente *WhatsApp* y correo electrónico.

Se diseñó un instrumento ex profeso con ocho apartados y 30 preguntas predominantemente cerradas. Las variables estudiadas fueron: el seguimiento a la recomendación "Quédate en casa", salud, redes sociales de apoyo, aspectos económicos, fuentes de información, circunstancias sociales y datos sociodemográficos.

Resultados y discusión

a) Datos sociodemográficos

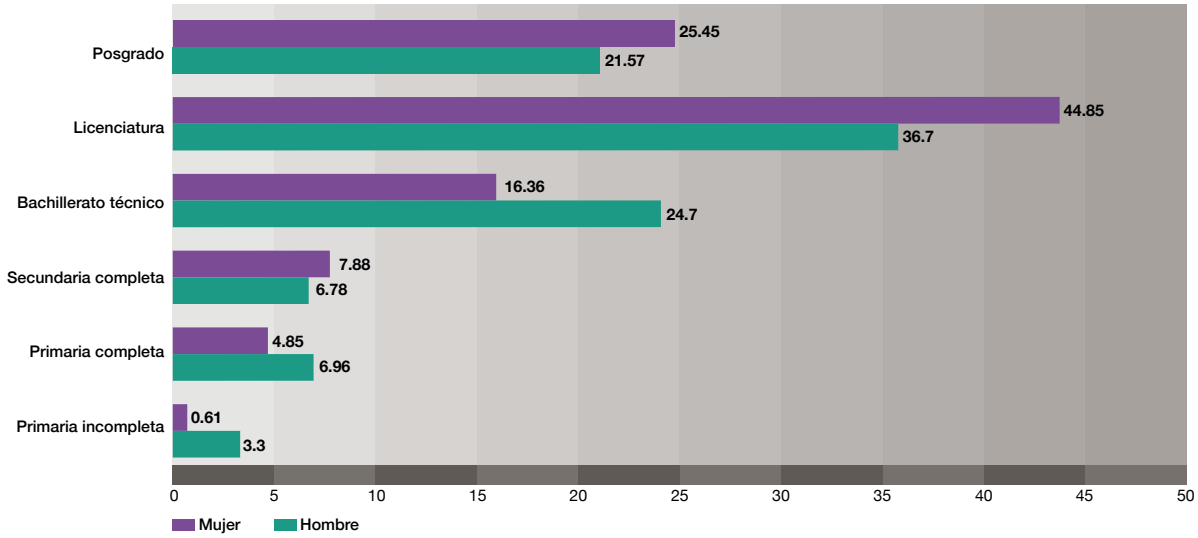
Del total de la población estudiada, 78% fueron mujeres y 22% hombres; el 67% tenían entre 60 y 69 años de edad, y sólo el 5% era mayor de 95 años. El 75% de los hombres estaba casado al momento de la encuesta, en contraste con el 39% de las mujeres. Con respecto a la escolaridad, destacan con nivel de licenciatura y posgrado el 70% hombres y 58% mujeres, contrario al nivel de primaria que fue de 5% para los hombres y 7% para las mujeres.

Sobre el perfil de quienes participaron en el estudio, se puede señalar que se trata mayoritariamente de un grupo de viejos–jóvenes, en el que las mujeres tienen más participación: por cada hombre que contestó la encuesta, lo hicieron tres mujeres. Esto es una constante que se da en la mayoría de los estudios donde se pide participación voluntaria de las Personas Mayores

(situación que merece la pena estudiar a profundidad). Retomando la escolaridad, se considera que se está ante un grupo privilegiado, en el que más de la mitad de los participantes tienen estudios de licenciatura y posgrado. Sin duda esta condición, junto con la de empleo, da cuenta de "una de las tantas vejeces" que se encuentran en México.

Gráfica I.

ESCOLARIDAD POR SEXO



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

De acuerdo con el último informe de CONEVAL, en el 2018 el rezago educativo fue la carencia con mayor incidencia entre esta población. Esto se explica por los atrasos de cobertura en el sistema educativo en décadas anteriores y significa que poco más de la mitad de esta población no contaba con la primaria terminada. Adicionalmente, cuatro de cada diez personas de 65 años o más y con rezago educativo no sabían leer ni escribir (CONEVAL, 2020).

Estos primeros datos, develan también, de manera indirecta, el manejo y acceso a la tecnología que tienen las personas mayores y de la enorme exclusión que se está acentuando con este grupo de población. Si bien la tecnología, particularmente la comunicación digital, ha subsanado algunas

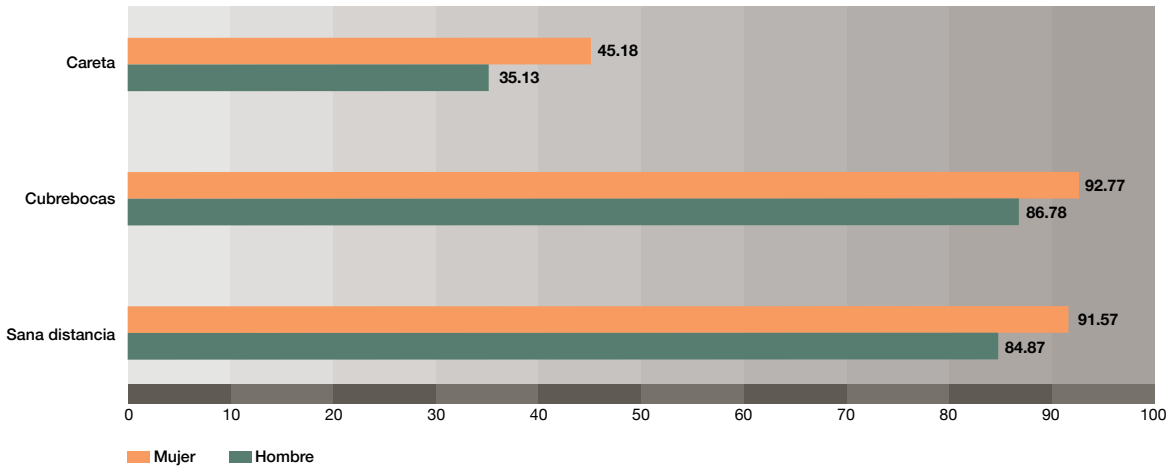
limitaciones que generó la pandemia respecto a la necesidad del trabajo colectivo y "reuniones familiares", la primera condición que hay que cubrir para hacer uso de ella es la facilidad de la conexión a internet, después la posibilidad de contar con el dispositivo adecuado y por último, saber manejarlo. Situación, toda, que parece muy lejana de la mayoría de los senescentes.

b) Medidas preventivas

Respecto a la frecuencia con la que las personas mayores salían de su domicilio durante la pandemia, el 28% de los hombres señaló que lo hacía de 4 a 7 veces a la semana y el 10% de las mujeres en este mismo periodo. Sin embargo, en el caso de salidas de 1 vez a la semana, el 47% de las mujeres indicaron que lo efectuaban, en relación con el 35% de los hombres. Las medidas de protección mayormente utilizadas son el uso de cubrebocas y la "sana distancia", y en ambas, los hombres tuvieron una respuesta afirmativa ligeramente mayor a la de las mujeres.

Gráfica II.

MEDIDAS UTILIZADAS POR LAS PERSONAS MAYORES PARA SALIR DEL DOMICILIO POR SEXO



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

En México la restricción de quedarse en casa durante el tiempo que ha durado la pandemia no ha sido obligatoria, aunque en algunas entidades federativas han existido disposiciones más estrictas. En el caso de la Ciudad de México (la capital del país) se cerraron durante tres meses todos los comercios, instituciones tanto públicas como privadas y escuelas, con excepción de aquellos que representaban servicios esenciales; esto limitó a la gran mayoría de las personas el salir del hogar, por lo que hubo una afectación a una gran parte de la población trabajadora, con especial énfasis en la que se desempeña en el empleo informal[5].

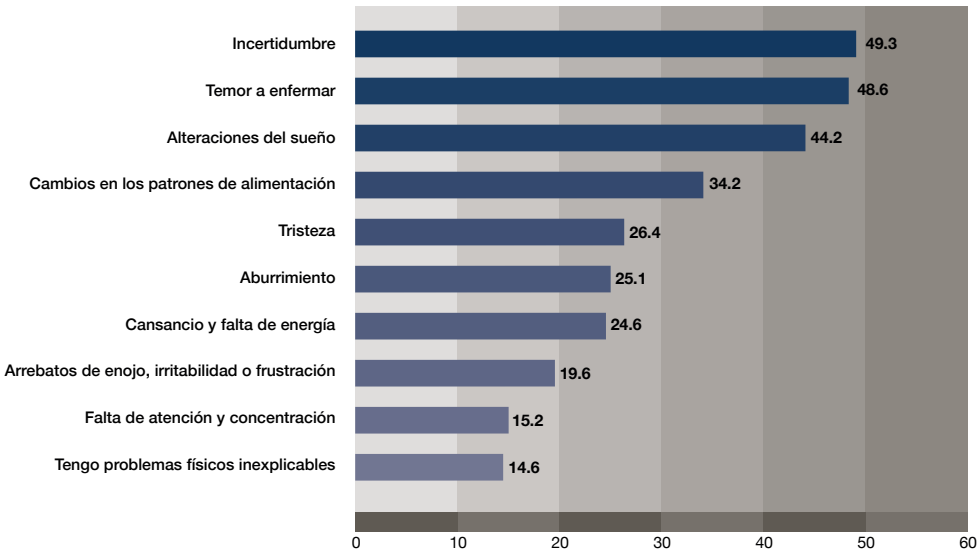
Al observar la condición de empleo informal por sexo, el 57.6% de las mujeres y 55.3% de los hombres se encuentran en esta situación, sin embargo, por grupo de edad, las personas más jóvenes y las adultas mayores se encuentran en mayor proporción en la informalidad: 82.1% de jóvenes de 15 a 19 años y 72.5 % de la población de 60 y más años. Por otro lado, el grupo de 25 a 29 y de 30 a 34 años de edad participan menos en la informalidad (49.1% y 48.9%, respectivamente) (INEGI, 2020).

5. Anteriormente el empleo informal se conformaba por la población ocupada en el sector informal, que se refiere a quienes laboran en unidades económicas no agropecuarias, no constituidas como empresas y que no cumplen con registros básicos de proveedores de bienes y servicios. Sin embargo, a partir de la XVII Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) se incluye a quienes, a pesar de estar fuera del sector informal, presentan condiciones laborales consideradas informales, tales como el autoempleo en la agricultura, la no remuneración o carencia de seguridad social (INEGI, 2020).

c) Salud mental[6]

Gráfica III.

EXPERIENCIAS NEGATIVAS DE LAS PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA



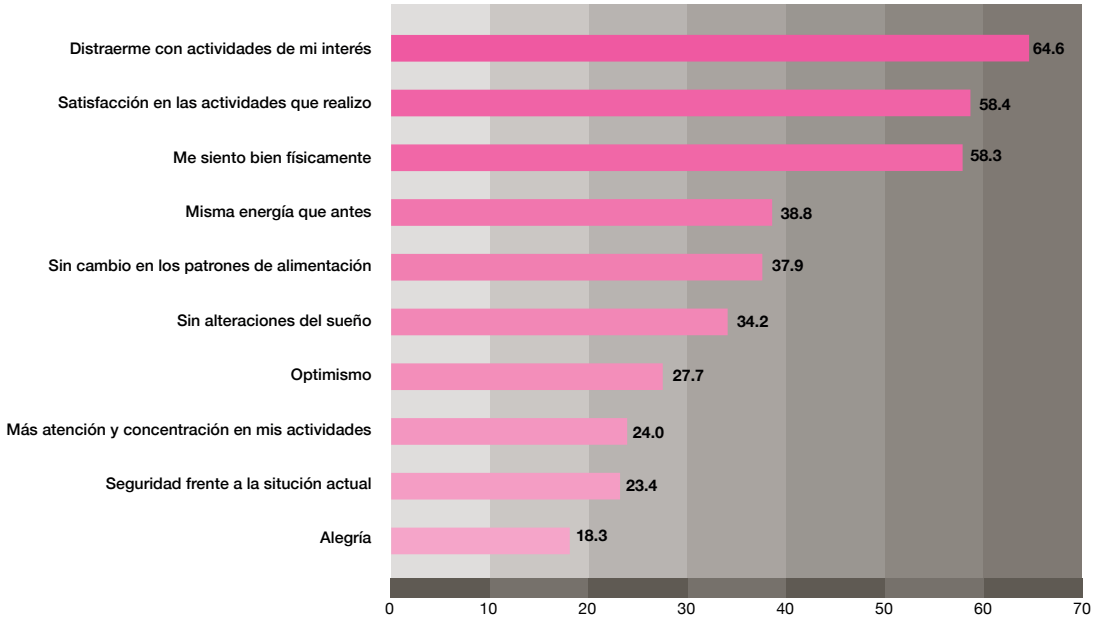
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

La gráfica III presenta las tres experiencias reportadas con mayor frecuencia: la incertidumbre, el temor a enfermar y las alteraciones del sueño, con 49.3%, 48.6% y 44.2%, respectivamente. Seguidas por: cambios en los patrones de alimentación (34.2%), tristeza (26.4%), aburrimiento (25.1%) y cansancio y falta de energía (24.6%). Las últimas cinco frecuentemente asociadas a la presencia de depresión, cuya prevalencia en población en personas mayores mexicanas antes de la pandemia ya era de por sí alta, de más del 30% (Salinas *et al.,* 2014).

6. Es un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. La Salud Mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2020)

Gráfica IV.

EXPERIENCIAS POSITIVAS DE LAS PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA



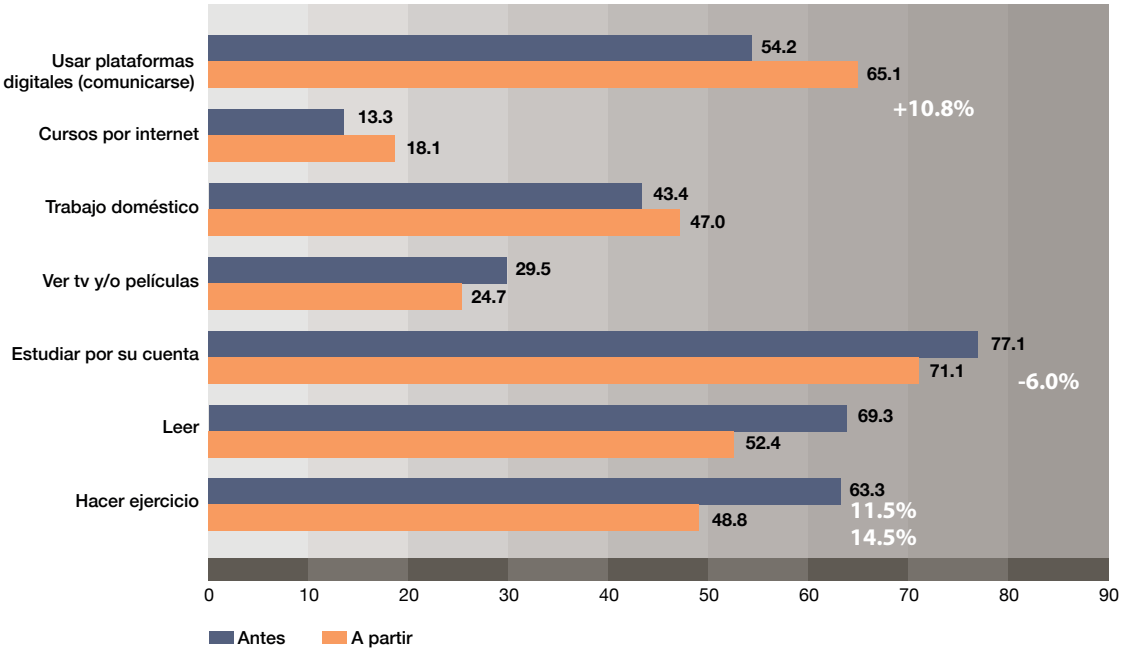
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

Las circunstancias que atravesó la población mayor, de alguna forma, ofreció momentos para que las personas tuvieran oportunidad de realizar actividades de su interés, que probablemente con el afán cotidiano de antes no les era posible llevar a cabo. Más de la mitad se ha sentido satisfecha con las actividades que desempeña. A través de la resiliencia, las personas mayores serán capaces de mantener su identidad a pesar de todos estos cambios, puesto que será el camino que les ayudará a compensar sus habilidades, así como a afrontar las situaciones que les son adversas, en este caso, la pandemia y el confinamiento.

Como parte de la salud mental se consideraron las actividades que las personas mayores realizan en su casa de manera cotidiana y cuáles fueron los aspectos que cambiaron durante la pandemia. De las doce actividades que se indagaron, las siete que más señalaron las personas mayores se expresan en las gráficas siguientes.

Gráfica V.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN CASA POR HOMBRES MAYORES DE 60 AÑOS, ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA.

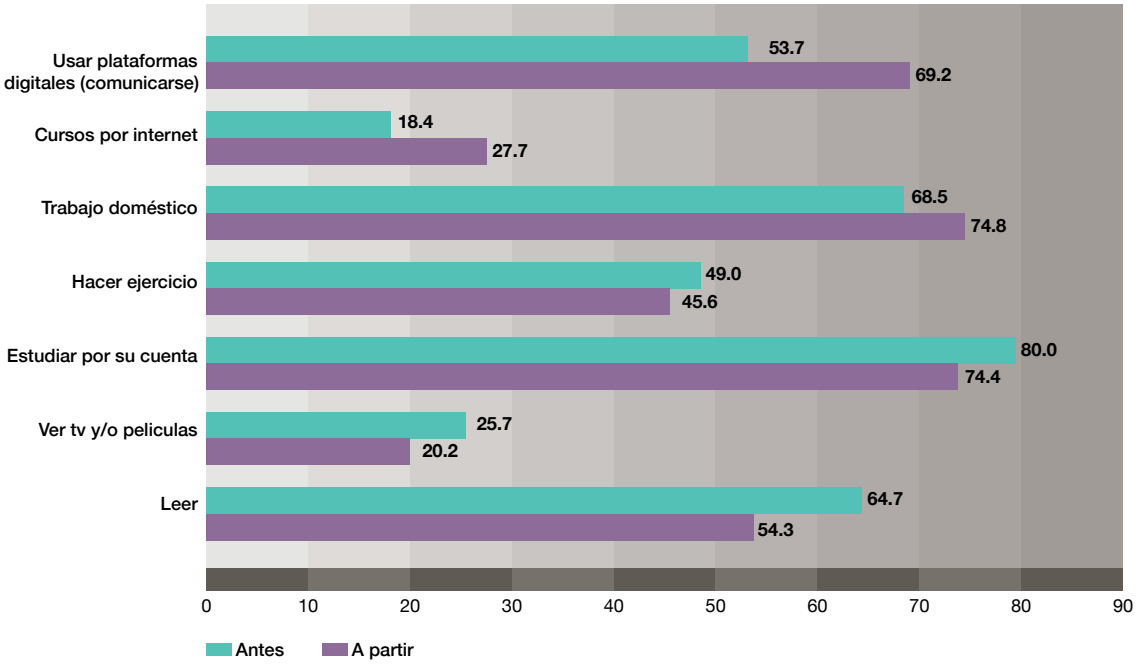


Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

La gráfica V representa las actividades que los varones encuestados realizaban antes y después de la pandemia. Notamos que el uso de plataformas digitales aumentó un 10.8%, el estudiar por su cuenta bajó de 77.1% al 71.1%, leer disminuyó del 63.9% al 52.4% y hacer ejercicio también redujo considerablemente un 14.5%.

Gráfica VI.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN CASA POR MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS, ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

En el caso de las mujeres, las actividades que se hacían antes y después de la pandemia aumentaron,ya que el uso de plataformas digitales pasó del 53.7% al 69.2%, el tomar cursos por internet subió un 9.2%, la carga del trabajo doméstico se elevó un 6.3%; mientras que estudiar por su cuenta se redujo del 80.0% al 74.4%, entretenerse viendo televisión disminuyó 5.6% y leer del 64.7% al 54.3%, esto es una diferencia del 10.4%.

Estos datos reflejan el nivel de escolaridad y en consecuencia de intereses y formas de vida de la población estudiada, ya que desde antes de la pandemia realizaban actividades muy convenientes para el desarrollo humano, como son: tomar cursos por Internet, estudiar por su cuenta, leer y hacer ejercicio, aún cuando estas tres últimas hayan disminuido durante la pandemia. También vale la pena destacar que las diferencias en cuanto a la frecuencia de actividades (porcentajes)

que señalan hombres y mujeres no representan una disparidad importante, inclusive el del trabajo doméstico, aunque siempre está más cargado en las mujeres.

Tabla I.

ACTIVIDADES QUE INCREMENTARON LAS PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA

Actividades durante la pandemia	Hombres	Mujeres
Usar plataformas digitales	Aumentó 10.8 %	Aumentó 5.5 %
Cursos por Internet	Aumentó 4.8 %	Aumentó 9.2 %
Trabajo doméstico	Aumentó 3.6 %	Aumentó 6.3%
Ver tv y/o películas	Disminuyó 4.8 %	Disminuyó 5.6 %
Estudiar por su cuenta	Disminuyó 6.0 %	Disminuyó 5.6 %
Leer	Disminuyó 11.5 %	Disminuyó 10.4 %
Hacer ejercicio	Disminuyó 14.5%	Disminuyó 3.4 %

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

A causa de la pandemia por COVID-19 las actividades presenciales fueron modificadas para aplicarse a distancia y uno de los grupos que tuvo más repercusiones al respecto, fue el de las personas mayores, ya que si bien antes de la pandemia salían a hacer ejercicio al aire libre, leer en bibliotecas o espacios públicos, así como a estudiar por su cuenta en centros dedicados a ello, las normas de restricción impuestas por el gobierno inclinaron a la población mayor a limitar dichas actividades.

Lo anterior dio pie a que las personas mayores buscaran algunas estrategias para aminorar los efectos negativos del distanciamiento físico a través del uso de la tecnología, y así lograron mantener el contacto con familiares y amigos/as, se crearon nuevos intereses y tomaron, gracias a ello, cursos a través de Internet.

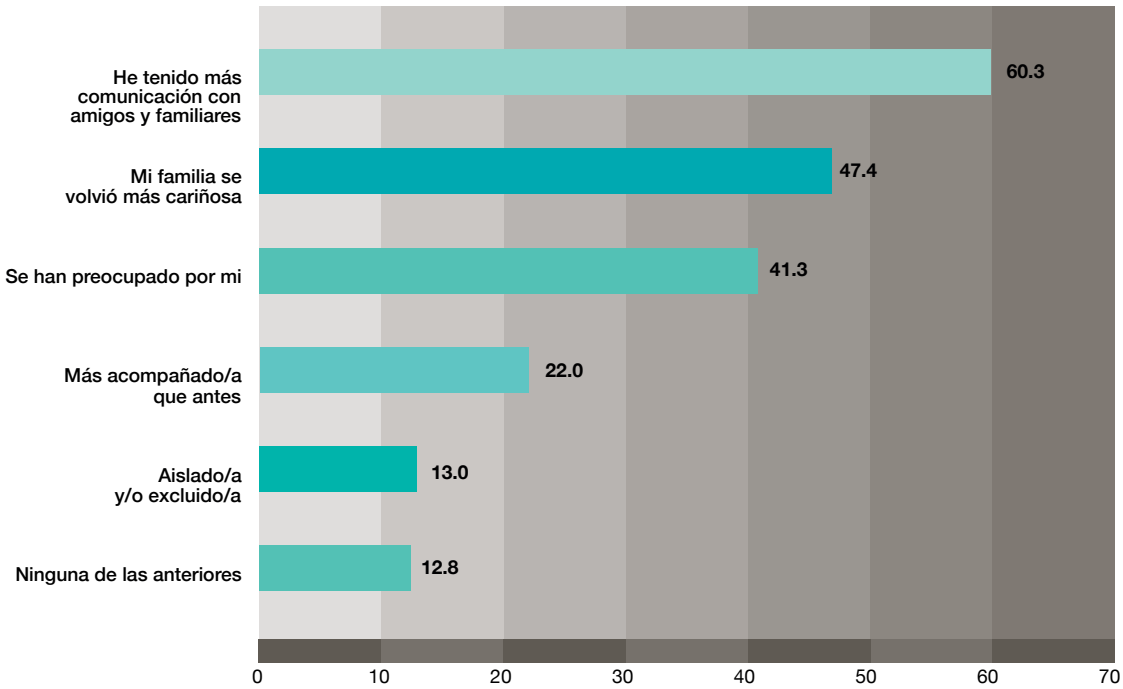
Es importante mencionar que hay grupos etarios que por algunas determinantes sociales no tienen acceso a estas herramientas y es menester reconocer la importancia que tiene el pleno ejercicio de los Derechos Humanos, vinculados con el acceso a la educación y las nuevas dinámicas de socialización digital, por lo que se debe trabajar en promover el facilitamiento de la tecnología a todas las personas mayores sin importar el nivel socioeconómico y la zona en la que habite.

d) Redes sociales de apoyo

Derivado de la contingencia sanitaria, las personas mayores que participaron en la encuesta experimentaron situaciones tales como: tener más comunicación con amigos y familiares (60.3%), 47.4% considera que la familia se volvió más cariñosa, 41.3% reporta que sus redes de apoyo se ha preocupado más por ellas y ellos; algunas personas se han sentido más acompañadas que antes de la pandemia, esto según el 22%, en contraposición del 13% que dice estar aislado/a o sentirse excluido/a desde la pandemia, y el 12.8% no ha experimentado ninguna de las opciones descritas anteriormente.

Gráfica VII.

SITUACIONES DERIVADAS DE LA CONTINGENCIA SANITARIA



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

Tabla II.

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN CON FAMILIARES SEGÚN EDADES

Edad	Diario	De 1 a 5 véces a la semana	De 1 a 5 véces cada dos semanas	Otro
60-64	29.5	47.0	15.9	7.6
65-69	43.7	40.3	13.5	2.5
70-74	29.1	55.3	9.9	5.7
75-79	55.7	29.5	9.8	4.9
80+	38.9	37.0	18.5	5.6

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

En cuanto a la frecuencia con que se comunicaban las personas mayores con sus familiares por rango de edad, se puede destacar que el grupo que tenía mayor comunicación está entre los 75 y 79 años, es decir, que el 55.7% de este rango de edad se comunicaba diariamente; de 1 a 5 veces por semana son las personas de 70 a 74 años, quienes lo realizan mayormente con el 55.3%; finalmente, el 18.5 % se comunicaba de 1 a 5 veces cada dos semanas y son quienes oscilan entre los 80 años y más.

Si bien la encuesta no indaga sobre las razones de la frecuencia de la comunicación, llama la atención que las personas de mayor edad fueran las que tuvieran menor comunicación.[7]

Tabla III.

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN CON AMIGOS SEGÚN EDADES

Edad	Diario	De 1 a 5 véces a la semana	De 1 a 5 véces cada dos semanas	Otro
60-64	27.9	47.4	19.1	5.6
65-69	40.3	42.9	13.5	3.4
70-74	34.8	44.0	17.7	3.6

7. Probablemente son las personas que vivían en familia y la encuesta sí solicitaba señalar la comunicación con familiares que no vivían en el mismo domicilio.

Edad	Diario	De 1 a 5 véces a la semana	De 1 a 5 véces cada dos semanas	Otro
75-79	41.0	36.1	21.3	1.6
80+	29.6	37.0	24.1	9.3

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

En la tabla III es posible observar que el contacto realizado con sus amigos de forma diaria es más alto entre personas de 75-79 años, ya que son el 41%; de 1 a 5 veces a la semana quienes más se comunican son el rango más joven 60-64 años, representado con el 47.4%; mientras que el 24.1%, personas de 80 años o más lo hace mayormente de 1 a 5 veces cada dos semanas.

Las redes de apoyo se refieren al flujo de intercambios entre familiares, amigos, vecinos y miembros de una comunidad. En estudios previos se ha evidenciado que dichos apoyos pueden cambiar, y no son continuos en el tiempo; por ejemplo, algunos se presentan solamente en situaciones difíciles, como accidentes, muerte de algún familiar, problemas económicos, enfermedades, etc. (Villegas *et al.,* 2012).

En la opinión de Guerrini, M.E (2010) las personas pueden debilitarse social, física y emocionalmente si no reciben o perciben señales de amparo de sus seres significativos que las hagan sentir seguras y valiosas. Los sistemas de apoyo informales son recursos esenciales en la provisión de asistencia afectiva y financiera, ayudas en las tareas del diario vivir; esta dedicación y cooperación emana de sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad. Las relaciones con la familia de procreación (esposa, esposo, hijos) se encuentran entre las más vitales y esenciales, y a mayor edad, más vital la relación: las relaciones maritales son una prioridad para las personas de mayor edad, seguidas por las relaciones con los hijos/as. La convivencia familiar y el sistema de apoyo de la familia es una de las fuentes de mayor satisfacción y valía para la persona de mayor edad.

Tal parece que en este grupo de estudio la relación, tanto con familiares como con amigos/as es bastante sólida y pudo haberse fortalecido a lo largo de la pandemia. En concordancia con lo que señalan Naranjo Zambrano, M. J., Morales Naranjo, I. A., y Ron Amores, R. E.(2020), esta enfermedad causada por el (SARS-CoV-2) COVID 19 es sin lugar a duda, una crisis que puede convertirse

también en una oportunidad en muchos hogares, ya que pueden aprovechar esta pandemia para darle un sentido positivo y esperanzador a sus hogares, debido a que son pocas ocasiones en la historia donde han existido momentos en que las familias se ven forzadas en permanecer “puertas adentro”, y es ahí que surge una gran oportunidad que les permita reencontrarse.

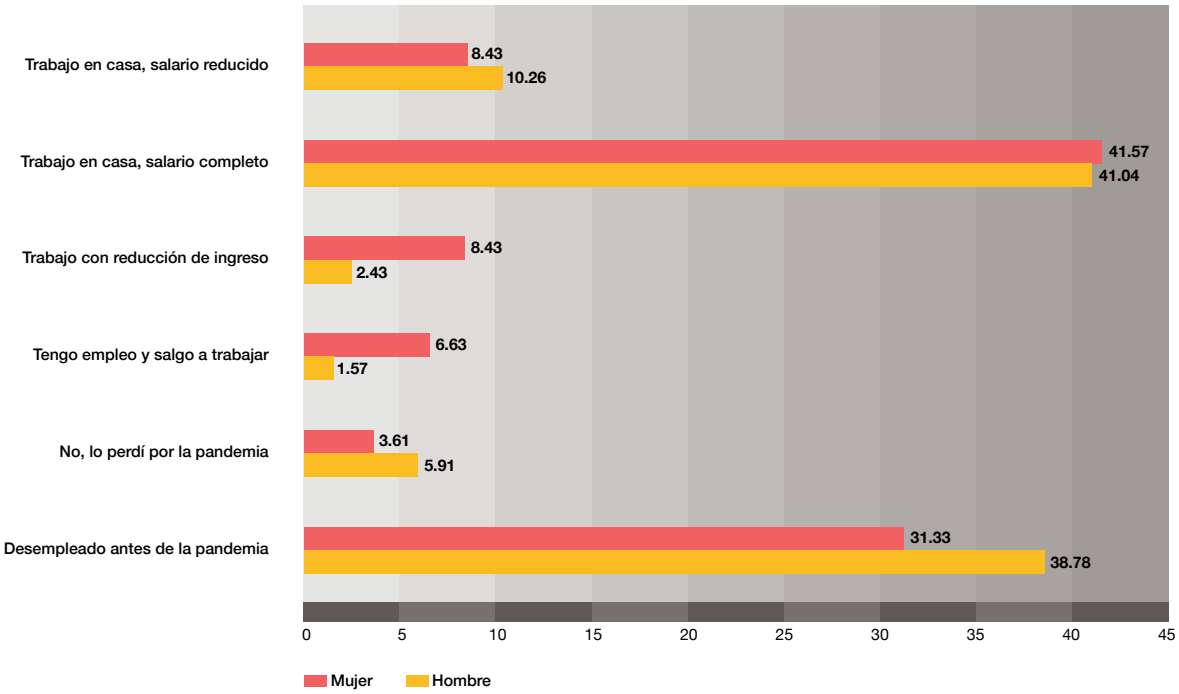
e) Situación económica

Una de las consecuencias que ha traído la pandemia ha sido el impacto económico en los diferentes países y el aumento del desempleo. La pandemia de la COVID-19 ha causado la reducción significativa de los ingresos y nivel de vida de las personas mayores, teniendo en cuenta que menos del 20% de las personas mayores reciben pensión por jubilación (ONU, 2020).

La gráfica VIII presenta a las personas mayores que trabajan en casa con reducción de salario: 8.43% son hombres y 10.26% son mujeres; la población mayor que trabaja desde casa con salario íntegro son 41.57% varones y 41.04% mujeres; 8.43% de hombres y 2.43% de mujeres trabaja fuera con reducción de ingreso; el grupo que tiene empleo y sale a trabajar representa al 6.63% de los hombres y al 1.57% de las mujeres un 3.61% de hombres y el 5.91% de mujeres perdió su empleo por causa de la pandemia, y finalmente, 31.33% de hombres y 38.78% de las mujeres ya estaban desempleados antes de la pandemia.

Gráfica VIII.

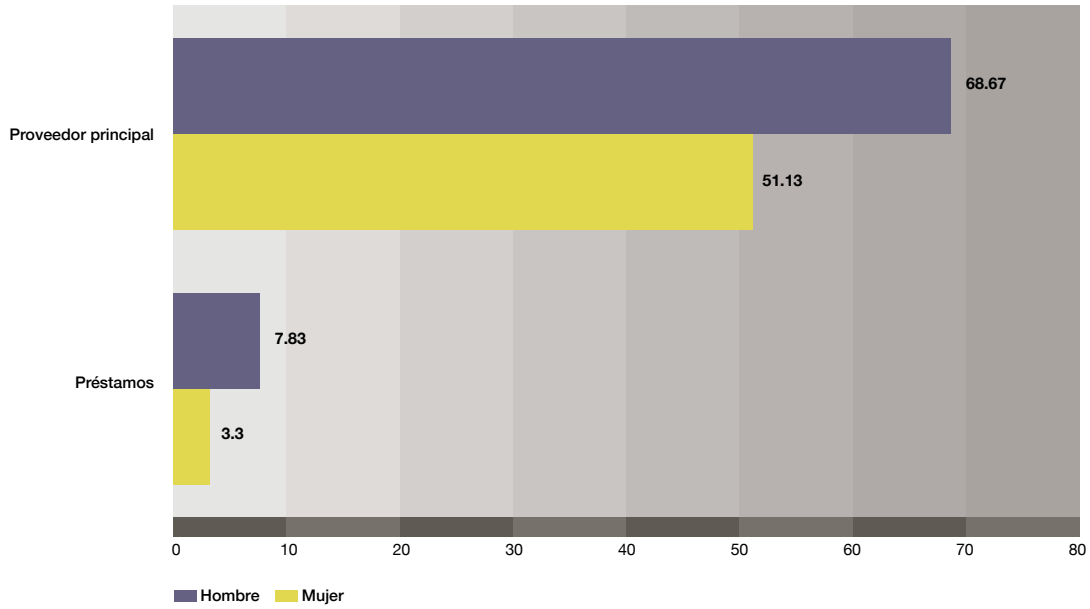
EMPLEO Y REDUCCIÓN DE INGRESOS



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

Gráfica IX.

PROVISIÓN Y SOLUCIÓN PARA CUBRIR GASTOS POR SEXO



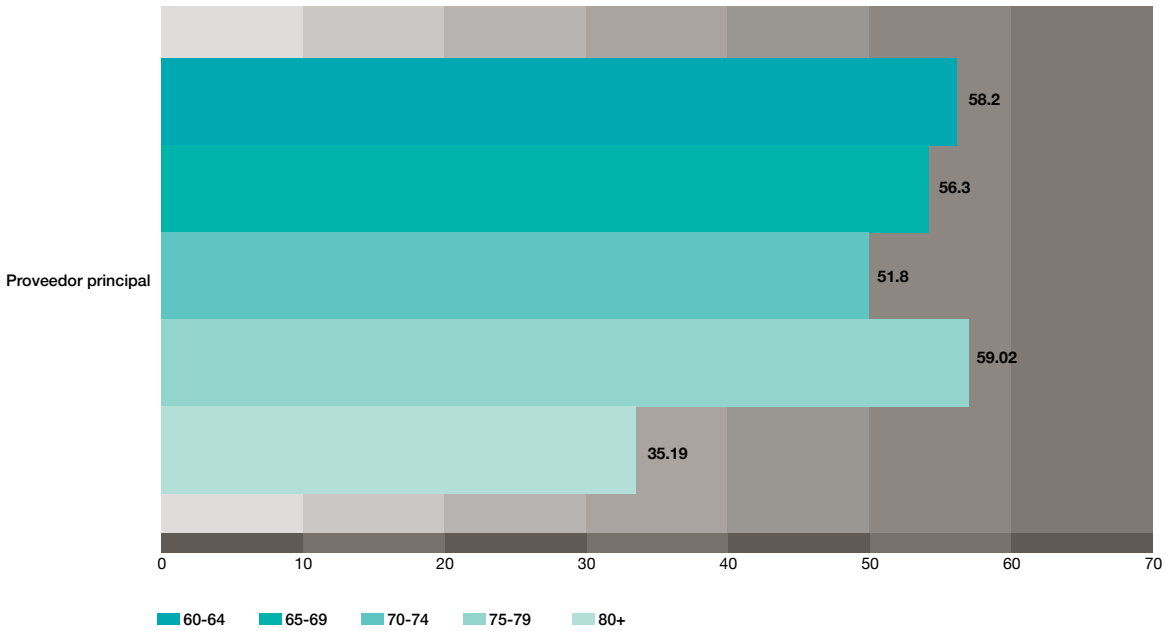
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

Se observa que el proveedor principal en el hogar es el 68.67% de hombres y el 51.13% de mujeres mayores y que la forma en que han solucionado el cubrir gastos es mediante préstamos con un porcentaje de 7.83 de hombres y el 3.3 de mujeres.

Este dato destaca de manera importante el papel que estas mujeres mayores habitantes de la Ciudad de México y con estudios superiores han conseguido en la vejez. Evidentemente no se desconoce la situación mayoritaria que priva alrededor del sexo femenino de este grupo de población que está muy lejos de los hallazgos en este estudio.

Gráfica X.

PROVEEDOR PRINCIPAL EN EL HOGAR POR GRUPO DE EDAD

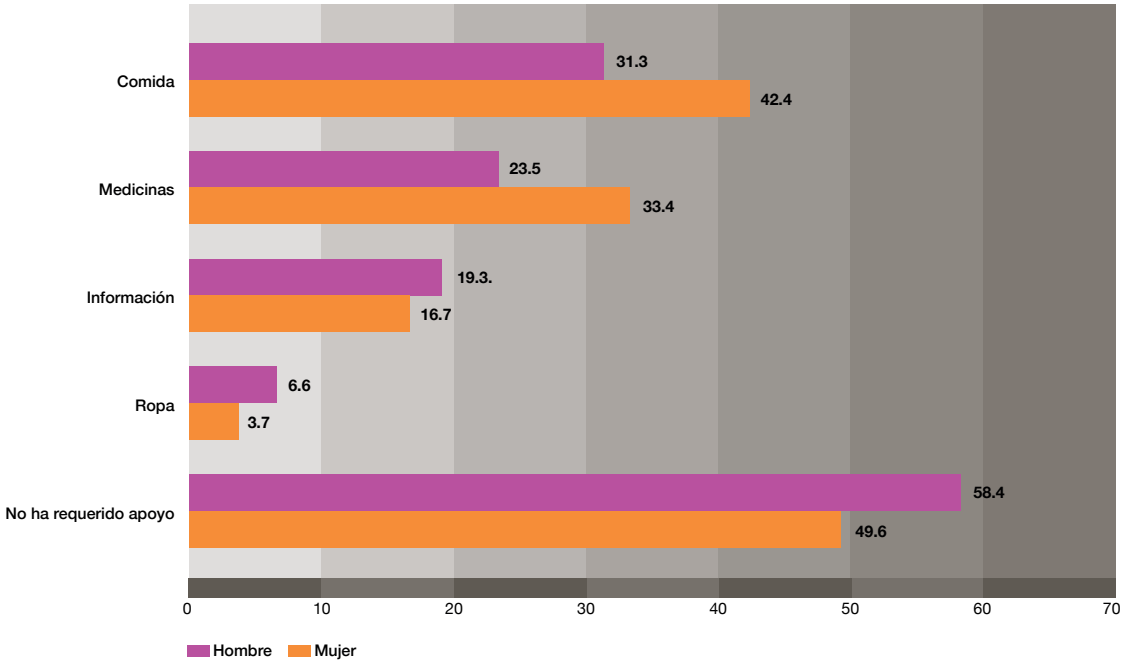


Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

Del total de hombres y mujeres mayores que son proveedores principales, se encontró que hasta los 79 años de edad, más de la mitad del universo estudiado cumple con esta función, incluidas las mujeres, y en la población mayor de 80 años son proveedores principales el 35%.

Gráfica XI.

TIPO DE APOYO REQUERIDO POR SEXO



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

Al interpretar la gráfica XI la mayoría de la población encuestada reporta que no ha requerido apoyo durante la pandemia, y el resto de la población lo que más ha solicitado son comida y medicina, mayormente las mujeres.

De acuerdo al informe del CONEVAL con datos del 2018, la población de 65 o más años se dedica principalmente a las actividades agrícolas y ganaderas con el 28%, al comercio 17.3%, y a los servicios personales y de vigilancia el 7.2%; sólo el 6.3% se desempeña como profesionistas y técnicos (CONEVAL, 2020).

En este mismo informe se señala que del total de las personas mayores de 65 años y más que reciben pensión contributiva, el 18.4% vive en pobreza; del total de las personas mayores de 65 años y más que reciben pensión no contributiva, el 50% vive en pobreza; del total de personas mayores de 65 años y más que no reciben pensión, 47.6% viven en pobreza (CONEVAL, 2020).

En contraste con este grupo de estudio y tal como se refirió en párrafos anteriores, la educación y la situación económica (en este caso favorecida por las condiciones de empleo) son factores determinantes en la vida de las personas mayores. El grupo estudiado revela una condición de estabilidad laboral que si bien no es una garantía absoluta total en el nivel de ingresos, sí favorece las condiciones de vida.

f) Recomendación "Quédate en Casa"

Se preguntó a las personas mayores sobre el medio que consideran más confiable para obtener información acerca de la pandemia: el 51.2% de los hombres y el 50.4% de las mujeres se inclinó por la radio; el periódico es una fuente recurrente para el 33.1% de los hombres y el 17.7% de las mujeres; las redes sociales son un medio en que gracias a la inmediatez se obtienen datos de lo que sucede en el mundo, y este estudio arrojó que las consultan el 33.1% de los hombres frente al 23.5% de las mujeres; el 21.1% de los hombres y 19.8% de las mujeres prefieren acudir a familiares y/o amigos para informarse; por último, el 60.0% de hombres así como el 7.8% de las mujeres no consulta ninguno de los anteriores.

Es interesante observar que la mayoría de las personas mayores se informan a través de la radio, que es el medio de comunicación con el que crecieron, mientras que las redes sociales aparecen en segundo término, junto el periódico, en el caso de los hombres.

g) Salud

Los riesgos a los que se enfrentan las personas mayores durante la pandemia no sólo se reducen a las condiciones de salud y el envejecimiento, el aislamiento es una condicionante estructural que podría devenir en emoción de soledad. Otro factor coadyuvante para empeorar la situación es la falta de respuesta por parte de los sistemas de salud (CEPAL, 2020), esto debido a que las personas mayores están en constante interacción con el sistema de atención médica de atención primaria y hospitales, en cuanto a intervenciones de salud o el tratamiento de enfermedades crónicas que padecen. De igual manera, las residencias de cuidados de largo plazo han suspendido sus actividades con el propósito de mantener las medidas de salubridad, sin embargo, esto podría generar situaciones

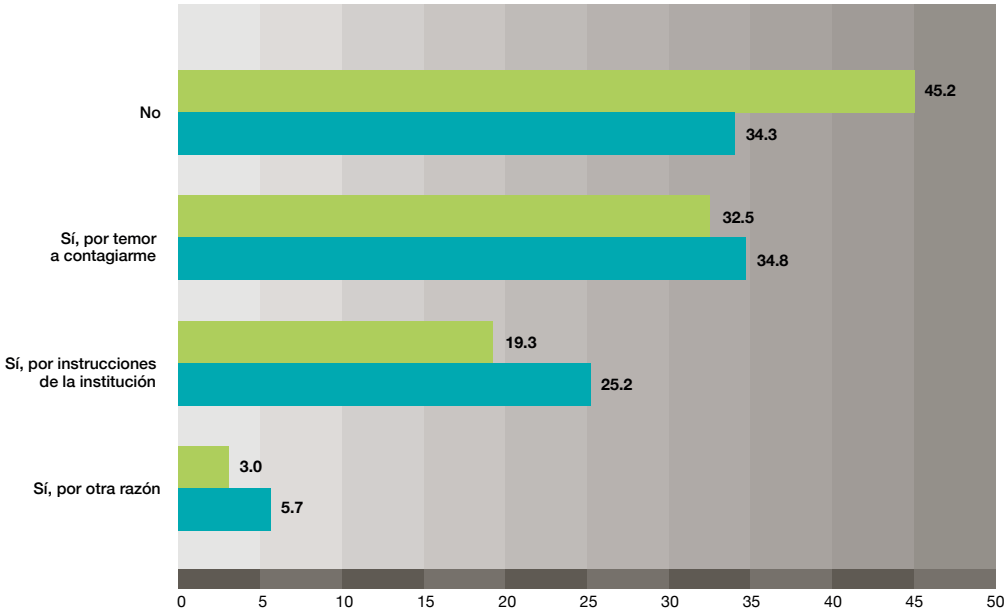
de violación de Derechos Humanos en las personas mayores debido a la pandemia (Irfan y Belluz, 2020 citado en CEPAL, 2020). La discriminación palpable hacia las personas mayores también se puede presentar dentro de las instituciones de salud, pues se privilegia a atención inmediata a las personas en edades más jóvenes infectadas por el virus (CEPAL, 2020).

Por su parte, las Naciones Unidas han instado a los diferentes gobiernos a garantizar los Derechos Humanos de todas las personas durante la pandemia, específicamente en la población de personas mayores que se encuentra en mayor vulnerabilidad, es decir, aquellas personas que se encuentran en situación de calle o que dependen directamente de instituciones en su diario vivir, aquellas personas mayores que no cuentan con seguridad social y tampoco tienen acceso a atención médica (OACDH, 2020 citado en CEPAL, 2020).

Si bien el 45.2% de los hombres y el 34.3% de las mujeres no vieron afectada la atención a su salud, el resto, que es más de la mitad de la población estudiada, sí consideró que hubo una afectación. Esto implica que la mayoría de las personas mayores dejaron de tener la atención preventiva y/o de control de su salud.

Gráfica XII.

AFECTACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD A CAUSA DE LA PANDEMIA

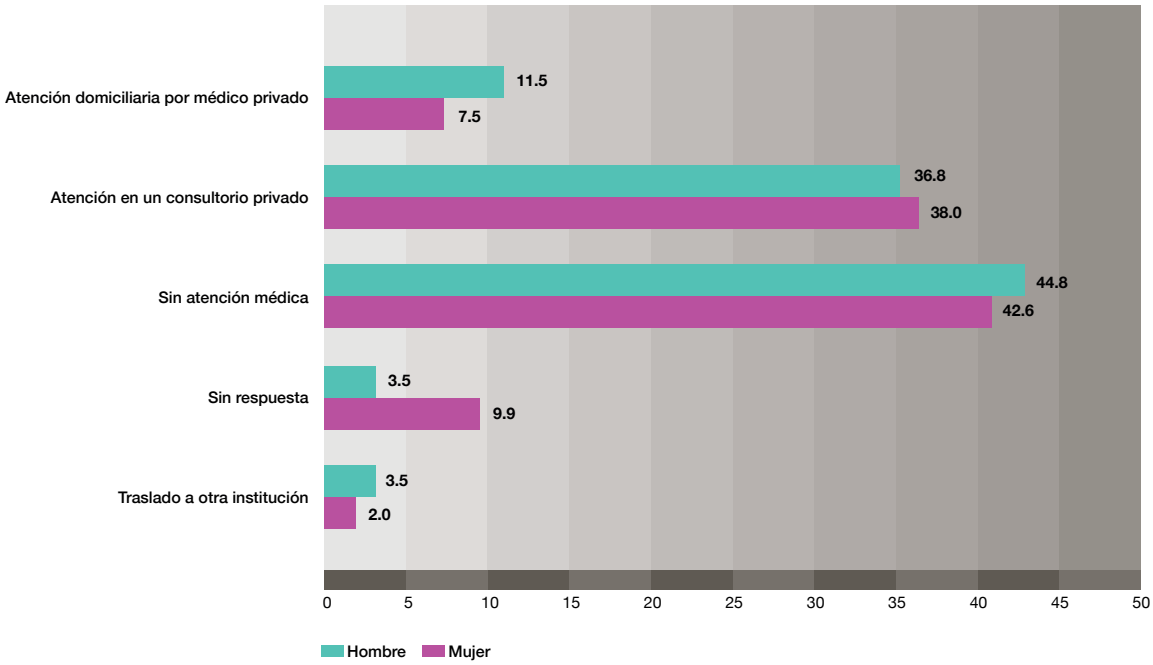


Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

Muchos pacientes han retrasado o evitado buscar atención médica por temor a contraer el virus en establecimientos médicos sobrecargados por pacientes con COVID-19. Más importante aún, la transmisión viral incontrolada llevó al sistema de salud (crónicamente sobrecargado) a redirigir sus ya escasos recursos a la atención de pacientes enfermos con COVID-19 (Global Health Sciences, 2020).

Gráfica XIII.

ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD AL INICIO DE LA PANDEMIA



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

La población que respondió la encuesta resolvió atender sus problemas de salud al inicio de la pandemia a través de atención privada, con el 48.3% de los hombres y 45.5% de las mujeres.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indica que en el año 2020 se registraron en México 1,086,743 defunciones, y que las tres principales causas de muerte fueron enfermedades del corazón, COVID-19 y diabetes mellitus. El 58.8 % (639,277) de las defunciones corresponden a hombres, mientras que 41.1% (446,709) a mujeres, y en 757 casos no se especificó el sexo. Por grupos de edad, la mayor proporción de defunciones se concentra en las personas de 65 años y más (605,973 en total, equivalentes al 55.8%) (INEGI, 2020).

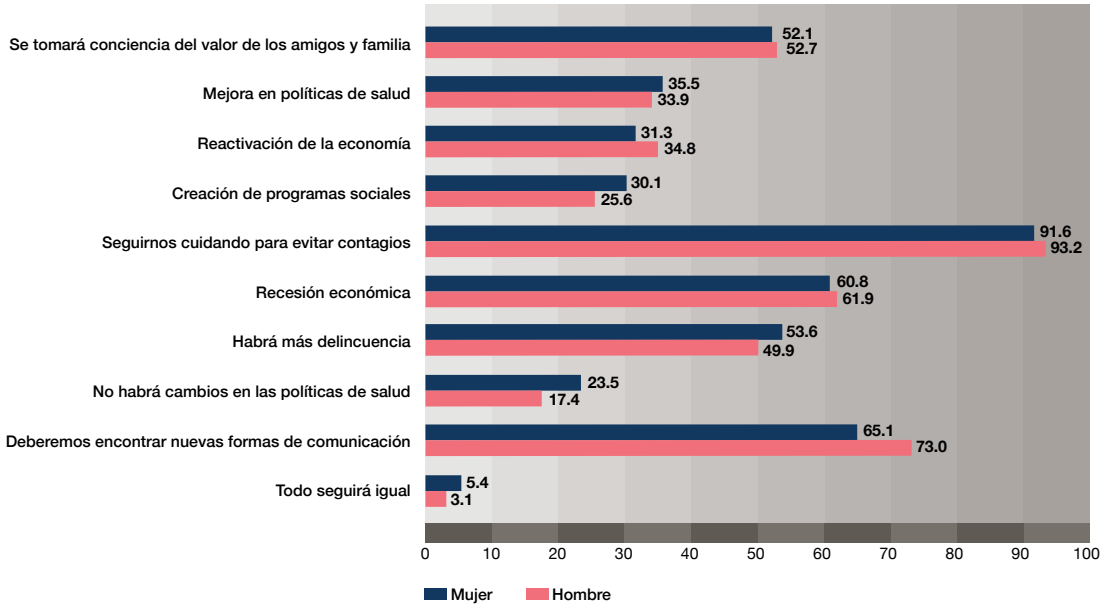
En el mismo informe, el INEGI menciona que del total de defunciones por COVID-19 (201,163), el 64.29% (129,329) corresponde a hombres, 35.71% (71,829) a mujeres, y en 5 casos no se especificó el sexo. Son las personas de 65 y más años las que más fallecen por esta causa con el 48.30% (97,168).

Ante este panorama, y por el hecho de haber restringido durante la pandemia (Lineamiento de Reconversión Hospitalaria, 2020) los servicios que comúnmente se ofrecen, es de esperarse que la incidencia de enfermedades que padecen las personas mayores se incrementen, al mismo tiempo que la prevalencia sea más letal durante el 2021.

h) Circunstancias sociales

Gráfica XIV.

EXPECTATIVA DE SITUACIONES ANTE EL CAMBIO DE SEMÁFORO



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

Hubo un interés especial en conocer lo que los sujetos de estudio pensaban que sucedería cuando el semáforo epidemiológico estuviera en verde; cabe señalar que podían elegir varias opciones.

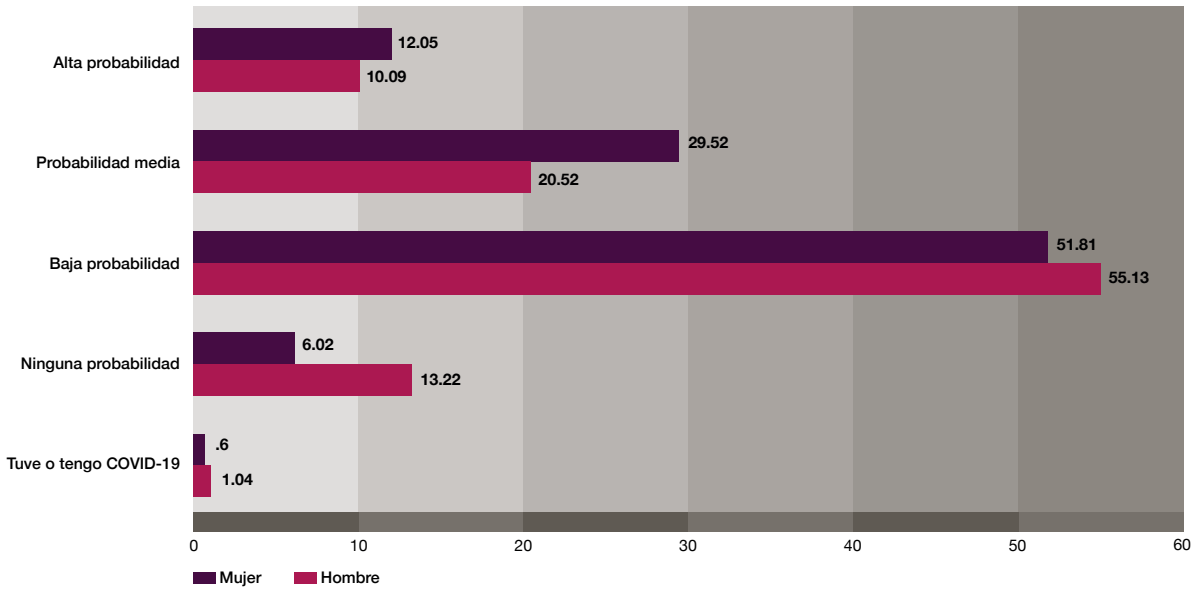
Como se observa en la gráfica, el 91.6% de los hombres y 93.2% de las mujeres consideran que se tomará conciencia sobre el autocuidado, apostaron que habrá una mejora en las formas de comunicarse

y que los amigos/as y la familia tendrán un mayor valor en su vida diaria, aunque también piensan que pasaremos por una recesión económica, según el 60.8% de los hombres y el 61.9% de las mujeres.

El 14 de mayo de 2020, la Secretaría de Salud Federal (2020) indicó como parte de las acciones de atención de la emergencia, una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones que permitiera analizar periódicamente el riesgo epidemiológico relacionado con dicha reapertura de actividades a fin de que está fuera gradual, ordenada y cauta; dicha estrategia dio inicio el primero de junio del mismo año. El semáforo por regiones (rojo, más contagios; naranja, amarillo y verde, menos contagios), es un sistema de estimación de riesgos que permite entender y comunicar el riesgo epidémico poblacional a nivel local o regional de manera sencilla, así como orientar las acciones que se pueden implementar localmente de acuerdo con la intensidad de la epidemia. Esta estrategia estuvo dirigida a la población en general y hasta octubre del 2021 había 20 estados (incluida la Ciudad de México) en verde, 11 en color amarillo, 1 en naranja y 0 en semáforo rojo.

Gráfica XV.

PROBABILIDAD DE ADQUIRIR COVID



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta sobre el contexto psicosocial de las personas mayores en México en el marco de la pandemia por COVID-19, CIETSGe, 2020.

De acuerdo al estilo de vida que guardan las personas mayores de este estudio, el 30.61% de mujeres y el 41.57% de los hombres consideran que tienen una posibilidad entre media y alta de enfermar, en contraste con el 68.35% de mujeres y el 57.83% de los hombres que consideran poseen baja o nula probabilidad de contagio.

Si bien es muy difícil determinar las posibilidades de contagio, es alentador que este grupo de población piense de manera mayoritaria que cuenta con bajas probabilidades de enfermar. Como lo anota la pregunta misma esto está vinculado con su estilo de vida junto con los parámetros que se revisaron en párrafos anteriores que se refieren a las medidas de Sana Distancia; sin embargo, vale la pena tener presente lo que señala Gómez et al., (2020) sobre los individuos que no se reconocieron vulnerables: manifestaron problemas en la percepción de amenazas, vulnerabilidades y riesgos, lo que podría limitar el desarrollo de una capacidad de respuesta efectiva. Por otra parte, existe de manera general un manejo inadecuado del término factores de riesgo, confundiéndose estos con factores de vulnerabilidad.

Conclusiones

Investigar el contexto psicosocial de las personas mayores permitió conocer y reconocer tanto las desventajas como las ventajas por las que pasó este grupo de estudio a partir de que se declaró la emergencia mundial por SARS-CoV-2. Además de las medidas que se adoptaron para prevenir la enfermedad y que permitían sobrellevar la emergencia sanitaria, las personas mayores estudiadas que salen de su domicilio expresaron utilizar, como medidas prioritarias el uso cubrebocas, señalado así por un 92.7% de hombres y 86.7% de las mujeres, y la sana distancia con 91.5% en hombres y en las mujeres 84.8%, lo cual adquiere relación con la aceptación en la adopción de las medidas de prevención.

Respecto a los cambios negativos que se presentaron en este grupo durante la pandemia, estuvieron centrados en la salud mental, en donde destacaron sentimientos como incertidumbre, temor a enfermar, tristeza, aburrimiento o cansancio y falta de energía; también hubo alteraciones en los patrones de alimentación y sueño, presentando insomnio o sueño excesivo, y recordemos que dichas características frecuentemente están asociadas a la presencia de depresión en personas mayores.

La pérdida de empleo, aunque el porcentaje no rebasa el 10% de la población estudiada, sin duda tiene implicaciones no sólo económicas, sino que trastoca la esfera familiar, social e inclusive la salud, en la ausencia de atención a la salud (que fue una de las afectaciones mayores en 54.8% de los hombres y 65.7% de las mujeres), y la disminución de actividad física, ambos factores relacionados ampliamente con la posibilidad de tener un envejecimiento saludable. Es evidente que el sistema de salud requiere un reajuste inmediato para no limitar las citas médicas y/o control de la salud de las personas mayores, sobre todo de quienes tienen diagnosticadas enfermedades crónico-degenerativas.

Sobre las expectativas expresadas respecto al cambio en el semáforo, las personas mayores indicaron que existe temor a que se presente una recesión económica, situación que sin duda afectaría a toda la población y en particular a los senescentes.

Dentro de las ventajas que trajo la pandemia para este grupo etario, se identificó que tuvieron oportunidad de distraerse en actividades de su interés con el 64.6% y en general, mantener un estado optimista y de bienestar. Además incrementaron el uso de plataformas digitales, considerando que esto beneficia la comunicación y también tomaron cursos a través de Internet.

Asimismo, se encontró que la población mayor tuvo más comunicación con amigos y familiares, esto se identifica con el 60.3%; la población mayor expresó que la familia se volvió más cariñosa y les prestó más atención. Lo anterior refleja que se favorecieron procesos de inclusión social de las personas mayores, y por tanto, su red de apoyo se vio fortalecida.

Respecto a las condiciones de escolaridad y situación laboral, se está ante un grupo privilegiado, como se ha señalado anteriormente, que da cuenta de las diferentes vejeces que conviven en un mismo territorio y que forman parte de lo que se ha llamado el grupo de ”oportunidad”[8] desde la perspectiva del Trabajo Social (Casas Torres, G. y García Molina, F., 2020).

En virtud de que este estudio obtuvo información a través de dispositivos tecnológicos, no se quiere dejar de enfatizar la importancia que tiene el que a las personas mayores se les brinden todas las facilidades para que puedan hacer uso y apropiación de la tecnología; de no acelerar dichas medidas, se propicia la exclusión de este sector.

8. Se hace referencia a las últimas generaciones que se han beneficiado del esquema anterior de seguridad social (1997), que vivieron en un entorno más saludable. La generación en que las mujeres salieron al mundo laboral y que no se conforman con sólo ser abuelas y abuelos, sino que están interesados en participar activamente en la sociedad, no necesariamente trabajando, sino colaborando en diversas actividades de beneficio social y colectivo. En este grupo generalmente se encuentra la población de entre los 60 a 75 años

Desde Trabajo Social es importante generar estrategias de intervención adecuadas para incidir en las problemáticas sociales que se describen en dicha investigación y que se agudizaron a partir de la pandemia por COVID-19. Es una oportunidad única para reivindicar a las personas mayores y seguir trabajando en pro de sus Derechos Humanos.

Referencias

A. Enríquez y C. Sáenz (2021) "Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA", serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México, N° 189 (LC/TS.2021/38; LC/MEX/TS.2021/5), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Casas Torres ,G. y García Molina, F. (2020) Trabajo Social en el ámbito gerontológico. En Casas Torres, G. (ed.) Evidencias de Trabajo Social en gerontología: memorias. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, Primera edición. ISBN 9786073025065 (libro electrónico).

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). Pobreza y personas mayores en México. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_y_poblacion_mayor_Mexico.pdf

Comisión Nacional contra las Adicciones (2020). ¿Qué es la Salud Mental?. Disponible en https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/que-es-la-salud-mental)

Global Health Sciences (2020). La respuesta de México al COVID-19: estudio de Caso: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

Gobierno de México (2020). Lineamiento de Reconversión Hospitalaria: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf.

Gomez-Luna, L. M., Guasch-Hechavarría, F., García-González, A., Muñoz-Padilla, A., Moya-Gomez, A. E., & Savón-Vaciano, Y. (2020). Un análisis de la percepción del riesgo ante la COVID-19. Ciencia en su PC, 1(2), 1-24.

Guerrini, M. E. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, (57), 11.

Guzmán, J., Huenchuan , S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: marco teórico-conceptual. Santiago de Chile: Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas.

Huenchuan, S. (2020). COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de Derechos Humanos. En Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Ed.), *Naciones Unidas*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45316/4/S2000271_es.pd

INEGI (2020) Estadísticas a propósito del Día del Trabajo: datos nacionales. Comunicado de prensa núm. 166/20. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiS66aN7-jzAhX8mmoFHZOWCBcQFnoECBEQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fsaladeprensa%2Faproposito%2F2020%2FtrabajoNal.pdf&usg=AOvVaw1H5KyabagHqMrtj1a1Xmch)

INEGI (2020). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Obtenido de Tabulados Básicos Primer trimestre del 2020. Población total por grupos de edad: https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.html#Tabulados

INEGI (2020). Características de las defunciones registradas en México durante el 2020, preliminar:https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf

López, María Teresa y Gentile, Natacha (2008). Sistema de indicadores económicos y sociales: la importancia del análisis integrado. Comunicación presentada en IX Encuentro Nacional de la Red de Economías Regionales en el Marco del Plan Fénix y II Jornadas Nacionales de Investigadores de las Economías Regionales, Tandil [ARG], 18-19 septiembre 2008. http://nulan.mdp.edu.ar/1037/

Naranjo Zambrano, M. J. ., Morales Naranjo, I. A., y Ron Amores, R. E. 2020). Efectos de la pandemia en la familia y en la sociedad ecuatoriana. RES NON VERBA REVISTA CIENTÍFICA, 10(2), 115–135. https://doi.org/10.21855/resnonverba.v10i2.417

Organización Panamericana de la Salud (2020). *Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19)*. https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19

Organización Panamericana de la Salud (2020). COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. 291021, de SCIELO Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400005

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (2020). *Infografía - Las personas mayores son más vulnerables al COVID-19*. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/es/documentos/infografia-personas-mayores-son-mas-vulnerables-al-covid-19

Organización de las Naciones Unidas. (2020). Vulnerabilidades sociodemográficas de las personas mayores frente al Covid-19. 291021, de CEPAL Sitio web: https://www.cepal.org/es/enfoques/vulnerabilidades-sociodemograficas-personas-mayores-frente-al-covid-19

Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G. I., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, Óscar, Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. Salud Pública De México, 56(3), 279-285. https://doi.org/10.21149/spm.v56i3.7346

Secretaría de Salud Federal (2020). Lineamiento para la estimación de riesgos. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/2021.8.18-Metodo_semaforo_COVID.pdf

Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S., & Ronquillo De Jesús, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española, 220*(8), 463–471. https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007

Villegas, S. G., de Oca, V. M., & Arroyo, M. C. (2019). Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Revista Latinoamericana de Población, 13*(26), 70-88.

2

Salud mental gerontológica y comunitaria frente al COVID

Noelia Martínez Vázquez

Resumen

La población italiana, al igual que la española, ha ido evolucionando a lo largo de los años a consecuencia de un menor número de nacimientos y de una mayor longevidad. Estas personas adultas mayores constituyen un recurso esencial en el modelo de bienestar mediterráneo, que se caracteriza por ser un sistema de cuidados mixto (los cuidados son asumidos tanto por la Administración como por las familias), recayendo la mayor carga en estas últimas. Como consecuencia del confinamiento por la pandemia, la población experimenta situaciones emocionales de estrés y ansiedad ante una situación extraña y sin precedentes, cuyas únicas referencias provienen del continente asiático. Italia es el primer país europeo donde se empieza a tomar conciencia de la virulencia y el alcance que tiene el Coronavirus, y la población adulta mayor empieza a ser víctima, victimizada e incluso victimaria en este escenario.

Durante el confinamiento domiciliario obligatorio se retransmiten diariamente las imágenes de decenas de féretros cargados por una caravana de camiones militares en la ciudad bergamasca: se trata de personas aisladas y fallecidas en sus hogares, hospitales o centros residenciales. Se normaliza que las principales víctimas sean las personas mayores, por lo que las medidas sociales y gubernamentales se encaminan hacia su aparente protección. Los centros de día cierran sus puertas y los servicios de apoyo personal y de asistencia domiciliaria disminuyen o se paralizan por falta de dispositivos de protección adecuados y/o de personal.

El artículo pretende visibilizar cómo estos procesos han afectado de manera inusitada a la población italiana y a su visión de la vejez y la identificación con la enfermedad, el sentimiento de tristeza ante una muerte sin despedida y

sin acompañamiento en el duelo. Analizaremos las repercusiones a nivel emocional, social y comportamental en la población adulta mayor y la consolidación a nivel social de la antigua imagen de la enfermedad como culpa, además de formas de prejuicio y estigmatización.

Palabras clave: coronavirus, Lombardía, envejecimiento, salud mental, estigmatización.

Abstract

The Italian population, like that of Spain, has evolved over the years as a result of fewer births and greater longevity. These elderly people constitute an essential resource in the Mediterranean welfare model, which is characterized by a mixed care system (care is provided by both the Administration and families), with the greatest burden falling on the latter.

As a result of the pandemic's lockdown, the population experiences emotional situations of stress and anxiety due to a strange and unprecedented situation, whose only references come from the Asian continent. Italy is the first European country where awareness of the virulence and extent of the Coronavirus begins to grow, and the elderly population begins to be victims, victimized and even victimized in this situation.

During compulsory lockdown, images of dozens of coffins loaded by a caravan of military trucks in the city of Bergamo are broadcast daily. These are isolated and deceased persons in their homes, hospitals or retirement homes. It is normalized that the main victims are elderly people, so social and governmental measures are directed towards their apparent protection. Day care centers close their doors and personal support and home care services are reduced or paralyzed for lack of adequate protective devices and/or staff.

The article aims to make visible how these processes have unusually affected the Italian population and its vision of old age and the identification with the illness. The feeling of sadness before a death without farewell and without accompaniment in the duel. We will analyze the emotional, social and behavioral repercussions in the elderly population and the social consolidation of the old image of the disease as guilt, as well as forms of prejudice and stigmatization.

Keywords: *coronavirus, Lombardy, aging, mental health, stigmatization.*

Introducción

Este artículo se asienta sobre la situación poblacional lombarda que, desde la perspectiva de la autora, adquiere una relevancia vital para la comprensión de las consecuencias sociales y de salud mental en un escenario marcado por la detección del primer caso de contagio por Coronavirus en Europa.

El artículo consta fundamentalmente de dos partes: la primera que expone una reflexión teórica bidireccional sobre los sistemas y medidas de protección en Italia y las respuestas de la población mayor ante la recepción de las mismas, y la segunda, que vincula los desafíos y retos de la salud mental gerontológica con la profesión del Trabajo Social.

Desarrollo

El fenómeno del envejecimiento de la población es hoy en día un proceso ineludible en casi todos los países desarrollados. Se trata de una realidad cuya intensidad depende en gran medida del descenso continuado de la natalidad tras la heredada época del "*baby boom*", cuyo sector de población en la actualidad está llegando a los vértices de una ya desaparecida pirámide de edad.

Según el Instituto Nacional de Estadística Italiano[9], Italia tiene una de las poblaciones con mayor esperanza de vida en relación a la del resto del mundo. Su esperanza de vida ha ido aumentando con el paso de los años (tabla 1).

Tabla 1

ITALIA – ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Fecha	Esperanza de vida-Mujeres	Esperanza de vida-Hombres	Esperanza de vida
2020	84,70	80,10	82,40
2019	85,70	81,40	83,60
2018	85,60	81,20	83,40
2017	85,20	80,80	83,10
2016	85,60	81,00	83,40
2015	84,90	80,30	82,70

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Istat, L'Istituto Nazionale di Statistica 2020.

9. https://www.istat.it/

A grandes rasgos, algunas de las características de la población italiana según el Instituto Nacional de Estadística Italiano (2015) son, entre otras:

La población entre los 65 y 74 años cuenta con mejores condiciones de salud y con una esperanza de vida con respecto al resto de la Unión Europea (UE) superior en un año.

Las personas de más de 75 años tienen peores condiciones de salud con respecto al resto de la UE: una de cada dos personas sufre al menos una enfermedad crónica grave o multi crónica. Por eso, la evidencia empírica indica que el aumento de la esperanza de vida está caracterizado por un aumento de la misma en inadecuadas condiciones de salud y, por lo tanto, aumenta el número de necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria.

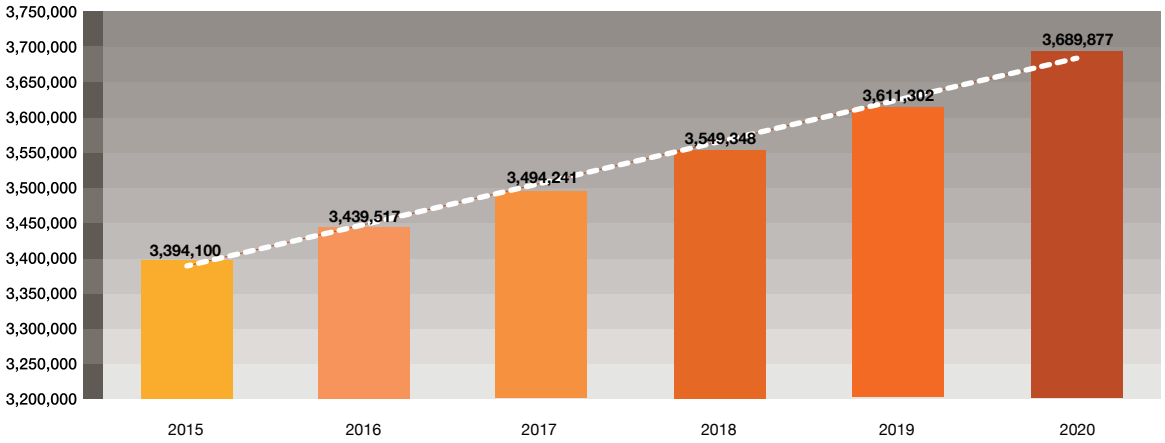
En este país la grave reducción de autonomía personal afecta a una de cada diez personas, por lo que la necesidad de apoyo de una tercera persona se hace indispensable.

Una de cada cuatro personas (25.9%) declara poder contar con una red sólida de apoyo social, el 18% dice contar con una red frágil, y una de cada dos personas declara encontrarse en una situación intermedia. Las personas solas refieren contar con un escaso apoyo, en particular los hombres (24.7%), y las personas de más de 65 años que viven en áreas con mayor población (20.2%) del Nordeste y del Sur.

En la región de Lombardía nos encontramos que el número de mujeres adultas mayores es superior al de los hombres adultos mayores y que la población total de personas mayores es de casi 3,700,000 de personas (Tabla 2).

Ilustración 1.

POBLACIÓN RESIDENTE TOTAL DE MÁS DE 65 AÑOS EN LA REGIÓN DE LOMBARDÍA DURANTE LOS AÑOS 2015 Y 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Istat, L'Istituto Nazionale di Statistica 2020.

Tabla 2

POBLACIÓN RESIDENTE DE HOMBRES Y MUJERES DE MÁS DE 65 AÑOS DE LA REGIÓN DE LOMBARDÍA DURANTE LOS AÑOS 2015 Y 2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hombres	1,519,373	1,544,358	1,573,053	1,602,792	1,635,742	1,677,921
Mujeres	1,874,727	1,897,175	1,923,205	1,948,574	1,977,579	201,3976
Total Población	3,394,100	3,439,517	3,494,241	3,549,348	3,611,302	3,689,877

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Istat, *L'Istituto Nazionale di Statistica* 2020.

El primer caso italiano de COVID-19 fue detectado en la Región Lombarda el 20 de febrero de 2020. Para la contención de la expansión de posibles brotes, la Administración local y regional erogaron medidas preventivas que inicialmente fueron aplicadas a nivel territorial y que posteriormente, con la declaración oficial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) del COVID-19 como pandemia global, se extrapolaron a todo el país el 11 de marzo de 2020.

La difusión geográfica inicial de la pandemia de COVID-19 se presentó en Italia de forma heterogénea, es decir, muy contenida en las regiones del sur y en las islas, medianamente más elevada en las regiones del centro y muy elevada en las regiones del norte.

El inicio de la pandemia supuso para Italia, en especial para Lombardía, que fue la región más afectada, una situación de colapso del sistema sanitario y sociosanitario. La falta de dispositivos de protección desencadenó un sinfín de contagios y bajas médicas del personal de atención directa. La falta de recursos humanos y la avalancha de ingresos hospitalarios generó una presión asistencial y un gran colapso de los servicios públicos sanitarios y sociales. El alto índice de contagios y la falta de equipos de protección individual (Epi) precipitó que la mayoría de los ayuntamientos optasen por digitalizar los Servicios Sociales, caracterizados por ser esenciales, mediante la modalidad del teletrabajo. Esta forma de trabajo, aunque se diseñó para que abarcase a una mayor área de población, desde el principio de su implantación registró dificultades de acceso por gran parte de la población. Las líneas telefónicas estaban saturadas, por lo que se acrecentó la dificultad de poder ponerse en contacto con un profesional. Surgió entonces un cambio en la técnica de intervención del profesional de Trabajo Social. Las visitas domiciliarias y las entrevistas presenciales, fueron sustituidas por las videollamadas, aunque esta modalidad de intervención no se pudo generalizar ni extrapolar a todas las realidades sociales debido a la existencia de la brecha digital. De acuerdo con Caravaca, C (2014) la aplicación de estas técnicas en el plano social conlleva enormes potencialidades y ventajas tanto para el trabajador social con el objetivo de recopilar información, realizar diagnósticos y solucionar casos, como para el usuario que facilita el contacto y la relación virtual con el profesional.

Pérez-Lagares, M., Sarasola-Sáncez-Serrano, J.L., & Balboa-Carmona, M. (2012), parten con la premisa clara de que la informática no puede sustituir el trabajo de un profesional, pero que un uso correcto de ésta permite el rápido manejo de datos y variables, su almacenamiento y difusión, y facilitan la labor del trabajador y la trabajadora social, de forma que resulte más rápida y eficaz: muchos soportes documentales ya están digitalizados y su uso en este formato es más práctico (facilidad de transporte, gran capacidad de almacenamiento de datos), más efectivo (acceso a la información de manera rápida y fácil), y protege más el medio ambiente.

Todavía una gran parte de la población no cuenta con conexión a Internet, conocimiento suficiente de las nuevas tecnologías o simplemente no puede acceder a un ordenador o telefonía.

Además se registraron problemas de acceso a las nuevas tecnologías para los propios profesionales del Trabajo Social ante la falta de medios digitales por parte del servicio en el que desempeñaban su actividad laboral.

Además de la brecha digital, la pandemia por Coronavirus desborda y paraliza el sistema sanitario y sociosanitario, generando consecuencias sociales como el distrés emocional en los equipos de trabajo debido a la incertidumbre futura, la falta de personal o a la infoxicación. Esta última era consecuencia de la publicación continua de Decretos presidenciales regionales, nacionales y locales que a veces no eran claramente entendibles o porque las informaciones contenidas parecían ser contradictorias e incompletas. Es por ello que cada servicio actuaba de forma diferente según su propia interpretación. La aparición de las *fakes news*[10] no hacían más que acrecentar la incertidumbre. Este cúmulo de circunstancias dieron lugar a la falta de coordinación y de pautas de intervención claras y persistentes en los equipos.

Las medidas gubernamentales que se tomaron durante los meses de *lockdown*[11] en Italia tenían el objetivo de proteger a la población adulta mayor. Algunas de esas medidas fueron las siguientes:

- Cierre de los centros diurnos para personas adultas mayores
- Reducción o interrupción del Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD)
- Aislamiento institucional en la propia institución/centro residencial
- Aislamiento o distanciamiento físico de la familia
- Sustitución o reemplazo del contacto físico por contacto telemático y/o telefónico
- Ayudas asistenciales (por ejemplo, bono para la compra, descuentos para el taxi, reparto de comida y medicinas, ayudas al alquiler, etc.)

Ante la situación de emergencia, el Gobierno, en sus innumerables decretos, va aprobando las diferentes medidas de contención del contagio, las cuales van dirigidas a la protección de la salud de la población en general, especialmente la salud de las personas adultas mayores por considerarse población de alto riesgo. Estas medidas que fueron diseñadas para la más amplia protección de la persona adulta mayor, contaban con una doble vertiente: por un lado, la cosificación de la persona

10. *Fake news*: noticias o informaciones falsas.
11. En Italia se utiliza este anglicismo para referirse al estado de confinamiento.

como objeto de cuidados, sin capacidad de obrar y con sus derechos silenciados. Por otro lado, la persona pasa a perder su rol más extendido, como es el de cuidador de nietos y nietas y de apoyo a la familia, para asumir el rol pasivo y receptor de cuidados, función carente de poder de decisión sobre su propia vida.

El mensaje más extendido en los medios de comunicación y en los protocolos de actuación era el de proteger a toda costa a "nuestros mayores", etiquetando al colectivo como parte de nuestra propiedad y restándoles la potestad de decidir por sí mismos para otorgársela a la sociedad. Siguiendo con Martínez Rodríguez (2020), restamos autonomía a las personas porque estamos expresando que pertenecen o que se deben a otros. Las personas no son propiedad de nadie. Cada una de ellas es dueña de su vida y de su cuerpo.

Algunas de las consecuencias de la aplicación de estas medidas de protección gubernamental fueron, entre otras, la interrupción de hábitos y actividades diarias, asistenciales y rehabilitadoras, lo cual ha repercutido en la salud física y mental, agravando el cuadro clínico de la persona adulta mayor. En algunas personas han aparecido deterioros cognitivos y en otros casos se ha agudizado el declive de esas funciones cognitivas, además de otros efectos consecuenciales como la desorientación temporal, alteración en las funciones ejecutivas, alteraciones del sueño, falta de equilibrio, etc. En muchos casos las personas mayores han sentido más la soledad y la falta de actividad y socialización que el miedo al contagio por Coronavirus.

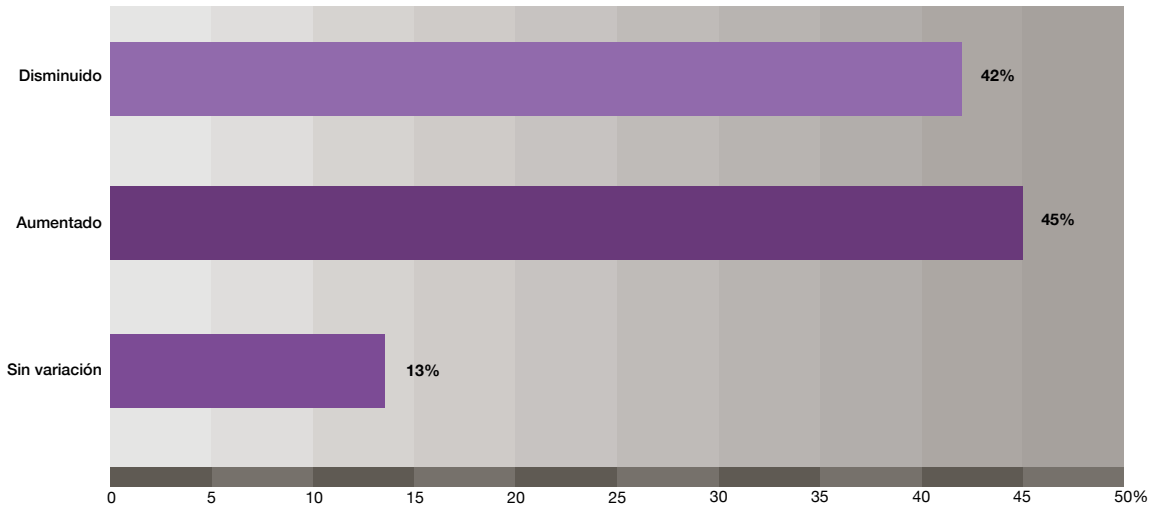
En relación a este sentimiento de aislamiento y soledad, las personas adultas mayores usuarias de los Centros de Día y sus familiares demandaban orientaciones y guías de apoyo durante el confinamiento a la Dirección de los centros. Por esta razón muchas cooperativas sociales, basándose en las peticiones recibidas, activaban redes de apoyo digital creando videos tutoriales en YouTube, redes sociales, plataformas digitales o enviándolos a través de mensajería instantánea para así ofrecer consejos de fisioterapia, líneas de actuación, técnicas de estimulación y buenas prácticas, entre otros. Este tipo de metodología no se ha generalizado a todas las distintas realidades familiares durante estos meses: muchas de las personas adultas mayores no disponen de familiares o de una tercera persona de apoyo, y muchas otras cuentan con dificultades para la utilización y/o acceso a las nuevas tecnologías.

Por otro lado, la reducción de servicios asistenciales y sociosanitarios, como pueden ser los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), ha dado lugar a dos realidades: por un lado, las personas

cuidadoras se encontraron con la pérdida de la relación laboral y por otra, las personas usuarias de esos servicios sufrieron la falta de atención a sus necesidades diarias. La problemática desde estas dos perspectivas se ha considerado importante evidenciarse desde la perspectiva del Trabajo Social Gerontológico. Durante los meses de *lockdown* se llevó a cabo en Italia un estudio dirigido a las personas cuidadoras de adultos mayores (*Caregiver*). La investigación tenía como objetivo conocer cómo estaba viviendo la emergencia este grupo de población, qué necesidades continuadas se han mantenido o han surgido a consecuencia de esta situación sobrevenida, en qué condiciones de salud, psicosociales y laborales se encuentran y cuáles son sus peticiones y expectativas laborales. En esta investigación participaron numerosos entes gubernamentales, entre ellos, el Ordine Nacional de los Trabajadores Sociales de Italia. En los siguientes gráficos se pueden observar que las necesidades de ayuda aumentaron y que una de las principales necesidades de las personas receptoras de cuidados durante los meses de confinamiento fue la necesidad de compañía, necesidad que se posiciona de forma prioritaria frente a otras necesidades catalogadas como básicas, como por ejemplo, la compra de alimentación o de medicinas.

Ilustración 2.

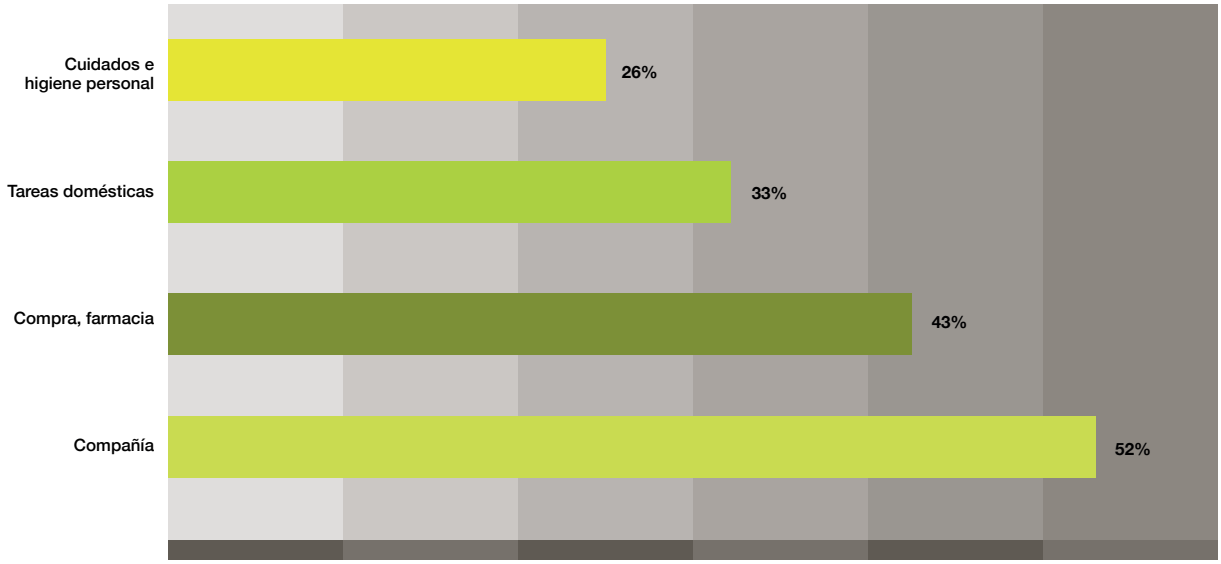
LAS NECESIDADES DE AYUDA DURANTE EL COVID-19



Fuente: Gráfico de elaboración propia a partir de datos obtenidos de *Caregiver*. *L'Italia che aiuta chiede servizi*. *Vademecum* de *Lombardia Sociale*.it. Año 2020.

Ilustración 3.

TIPOS DE NECESIDADES SURGIDAS DURANTE EL COVID-19



Fuente: Gráfico de elaboración propia a partir de datos obtenidos de: Caregiver. *L'Italia che aiuta chiedeservizi. Vademecum de Lombardia Sociale*.it. Año 2020.

En el área de salud mental se produjo un incremento de la presión asistencial debido a nuevos casos y la agudización de sintomatología psíquica de los usuarios que ya se encontraban en seguimiento por esta área.

El Ministerio de Salud italiano publicó una guía sobre cómo intervenir para afrontar el estrés que las personas adultas mayores sufrirán debido a la pandemia. En esta guía se expone que estas personas, especialmente aquellas en estado de aislamiento y con deterioro cognitivo o demencia, podrían experimentar diversas reacciones en esta situación de estrés intenso, como trastornos de ansiedad, emociones y sentimientos de irritabilidad, reacciones físicas como agitación, etc., por lo que se recomendaba proporcionarles un apoyo emotivo mediante la creación de redes sociales informales y formales de salud mental.

En cuanto a las personas ingresadas en centros residenciales y hospitales, la Dirección y el personal del Centro debía garantizar la adopción de medidas de seguridad para prevenir el contagio y las excesivas preocupaciones o escenas de pánico (IASC *Reference Group on Mental Health and*

Psychosocial Support in Emergency Settings, WHO, 2020). Esta medida de sobreprotección no consensuada con estas personas generó todo lo que se quería evitar.

Para evitar un brote de COVID-19 se puso en práctica la medida de aislamiento institucional, tanto en la propia institución, como en el centro residencial. Cuando alguna persona se contagiaba o fallecía a causa del Coronavirus, el Centro automáticamente quedaba en cuarentena, por lo que los pacientes pasaban la mayor parte del día aislados en su habitación, sin poder recibir visitas de familiares ni tampoco salir a pasear. Esta medida de aislamiento preventivo generó alteraciones emocionales y problemas para la salud física y psicosocial en las personas adultas mayores debido a la falta de interacción social y de actividad física y rutinaria. Sentimientos como el miedo a contagiarse, a morir solo y sin poder despedirse, teniendo en cuenta la importancia del ritual funerario en nuestra cultura, se apoderaban de este grupo de población y de sus familiares. El no poder despedirse de forma presencial ni acompañar en el tránsito a la muerte supone un gran impacto en el proceso de duelo.

Desde el Trabajo Social se llevaron a cabo iniciativas de mantenimiento de contacto telefónico y digital entre las personas ingresadas en centros residenciales y hospitalarios con familiares y allegados a través de tabletas y teléfonos inteligentes, de los cuales muchos fueron donados por entes privados debido a la falta de dispositivos digitales de estos Centros. Estos gadgets tenían el objetivo de acercar a las personas afectadas por la Covid con sus familiares y amistades a través del contacto auditivo y visual. Su función era tan beneficiosa como los fármacos o distintos tratamientos contra la enfermedad, pues el contacto social propiciaba grandes efectos positivos en la salud mental de las personas, una despedida de los seres queridos antes de fallecer, una videollamada para ver a familiares ante una situación compleja, incidía positivamente en la salud física y mental de las personas.

Conclusiones

Aunque en la actualidad no se han encontrado suficientes investigaciones científicas que midan el impacto de la salud mental en la población ante este tipo de situaciones, podemos afirmar que, tras hacer una evaluación cualitativa de las experiencias personales y profesionales surgidas durante este último semestre, la pandemia ha tenido y sigue teniendo consecuencias dramáticas para las personas adultas mayores.

La disciplina del Trabajo Social contribuye a la mejora de la salud mental de este sector de población mediante su intervención profesional. El Trabajo Social tiene el objetivo de perseguir, conocer y transformar la realidad de las personas mayores, contribuyendo en todo momento al bienestar de las personas y a la promoción de sus potencialidades, previniendo y detectando de manera precoz la existencia de problemas sociales que dificulten o impidan su integración (Llamas, 2011). Por lo que en este contexto, existen retos para los que la profesión del Trabajo Social puede contribuir a su consecución con el desarrollo de su *praxis*.

En esta pandemia han quedado al descubierto los fallos del sistema organizacional y funcional de los centros residenciales y sociosanitarios para personas adultas mayores, casi en su totalidad privatizados, donde se prioriza el lucro a la calidad asistencial. Este sector de población ha sufrido desatención, discriminación y exclusión en el periodo inicial de la pandemia por parte del sistema hospitalario, el cual se encontraba desbordado por la alta presión asistencial. A esa falta de atención hospitalaria se le sumaba el encontrarse residiendo en una estructura con falta de recursos materiales y humanos, incluso de personal especializado. El alto número de fallecimientos y de brotes de contagio por COVID-19 en residencias de personas mayores deja patente la necesidad urgente de un cambio de enfoque y de la priorización de poner en marcha un modelo de cuidados continuados de carácter sostenible y centrados en la autonomía, dignidad y diversidad de la persona. Un cambio urgente que responda a las necesidades reales e individuales de las personas adultas mayores.

Un reto en la región de Lombardía estaría relacionado con generar el cambio de la ley regional lombarda 23/2015, tras el cada vez más aparente fracaso del modelo sociosanitario. La sanidad lombarda se ha interpretado como una compra de prestaciones y no como un bien público garantizado y de derecho, donde la salud pública, la higiene y la medicina territorial han sufrido dramáticamente durante estos meses de pandemia.

Con respecto a las personas cuidadoras, es un reclamo por parte de este sector altamente feminizado, la mejora de las condiciones laborales, la necesidad de un acompañamiento psicosocial y de descarga emocional. Además es relevante fomentar la capacidad de cuidados por ambos sexos desde la perspectiva de género.

A pesar de la disponibilidad de los profesionales de los sistemas sanitarios y sociales para la atención y el acercamiento de la población a través de aplicaciones móviles y de otros medios tecnológicos, ha quedado patente la brecha digital existente en gran parte de la población, sobre

todo en la población adulta mayor. Esta forma de exclusión social se debe a algunos factores como son: el desconocimiento de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), el no poder contar con dotaciones tecnológicas domésticas (ordenador, *smartphone*, *tablets*, etc.) o a la desigualdad en el acceso a la red de Internet debido a las barreras socioeconómicas y geográficas.

Un posible yacimiento de empleo para el Trabajo Social podría ser promover una formación basada en la alfabetización digital en los sectores de población con más dificultades de acceso a las TIC, como pueden ser las personas adultas mayores, las personas con discapacidad o en situación de dependencia, personas en situación de sinhogarismo, etc. Esto, unido a la generación de iniciativas comunitarias y el fomento, refuerzo y creación de sólidas redes de apoyo formal e informal para fortalecer los recursos comunitarios del territorio, facilitaría que el Trabajo Social pudiese intervenir de una forma holística sobre la inclusión social de este sector poblacional.

El Trabajo Social y otras disciplinas político–sociales tienen que incluir las nuevas tecnologías, integralmente, en sus métodos y protocolos (interrelacionando investigación, inserción y divulgación) en beneficio de la mejora de los medios y niveles de integración de los/as usuarios/as de los servicios sociales, aumentando con ello su participación en la creación y diseño de las mismas desde la innovación y el desarrollo (I+D-i) y desde su propia experiencia profesional y académica, siempre al servicio de las necesidades ciudadanas y de los derechos sociales, ante los cambios presentes y futuros del Estado del Bienestar que aparecen como oportunidades o riesgos en el horizonte histórico (Fernández-Riquelme, 2019).

La pandemia ha visibilizado un problema que llevábamos tiempo escondiendo. En una sociedad de las más envejecidas del mundo se sigue sin “prenderse cura” de la forma de vivir y cuidar de las personas adultas mayores desde una óptica de calidad de cuidados y en la que el Trabajo Social tiene mucho que aportar mediante su praxis profesional.

Referencias

Caravaca, C. (2014). Trabajo social on-line. El futuro de la intervención social. Revista Digital 1-17. Obtenido de: https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51373/1/Trabajo%20social%20on-line.%20El%20futuro%20de%20la%20intervenci%c3%b3n%20social.pdf

Fernández-Riquelme, S. (2019). Conocer, integrar y divulgar. Las tecnologías digitales para la investigación y la intervención en Trabajo Social. Trabajo Social Hoy, 88, 43-68.

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, WHO. Affrontare la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di Ministero della Salute (Fecha de la publicación: Febrero,2020).(10/09/2020). Obtenido de: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5373_10_file.pdf

Istituto Nazionale di Statistica. (29/09/2020) Sito web: https://www.istat.it/

Llamas, C. F. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. Documentos de Trabajo Social, 204-219.

Martínez Rodríguez, T (2020). Personas mayores y lenguaje cotidiano. El poder de las palabras. Guías de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, nº4, 38.

Pérez-Lagares, M., Sarasola-Sánchez-Serrano, J. L., & Balboa-Carmona, M. (2012). Trabajo Social y nuevas tecnologías. Portularia, 12, 57-60.

Tidoli, Rosemarie. (2020). I servizi per gli anziani non autosufficienti prima y durante il coronavirus. Vademecum di Lombardia Sociale. (10/10/2020). Obtenido de: http://www.lombardiasociale.it/2020/09/24/i-servizi-per-anziani-prima-e-durante-il-coronavirus/

3

Mayores: de perceptores a generadores de cuidados

Óscar Manuel Cabrera Galisteo

Resumen

En lo que ya podemos denominar la era pre-COVID-19 cualquier día transcurría con total normalidad, ajetreados con los quehaceres diarios, tanto familiares como laborales o educativos. Las familias iniciaban el día con las tareas y destinos preasignados, los adultos a sus trabajos o quehaceres diarios, los niños y jóvenes a sus centros de enseñanza correspondientes y en muchos casos, los más pequeños de la casa, con los abuelos a cuidar de ellos hasta la hora de regreso de sus progenitores. Las estructuras familiares recogían claramente las necesidades del modelo social y productivo en el que las abuelas y los abuelos cumplían un rol proveedor muy importante.

Con los primeros casos de infecciones y fallecimientos por Coronavirus, máxime, teniendo en cuenta lo que iba aconteciendo en otros países (China e Italia principalmente), se empieza a difundir a través de los medios que la población de mayores es de alto riesgo, creando la falsa creencia de que sólo afectaba a las personas mayores que además contaran con patologías previas. Con la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se inicia el período de confinamiento y se acentúa la idea de vincular longevidad con población muy vulnerable. Se rompe la cotidianeidad y las abuelas y los abuelos ya no pueden cuidar de los nietos (que además son considerados posibles vectores de la enfermedad) y se evita todo contacto.

La ponencia persigue evidenciar las distintas situaciones sobrevenidas a las personas mayores y cómo por medio de las redes formales y por la solidaridad ciudadana se han ido satisfaciendo la aparición de necesidades en unos casos y el agravamiento en otros.

Palabras claves: Mayores, apoyo, cuidados, redes formales, redes informales.

Abstract

In what we can already call the pre-COVID-19 era, any day passed with total normality, busy days with daily family, work or educational chores. The families began the day with tasks and destinations pre-assigned, adults went to their jobs or to do daily chores, children and young people went to their corresponding educational establishments and in many cases the youngest of the house were with their grandparents, who took care of them until their parents return. Family structures clearly reflected the needs of the social and productive model in which grandmothers and grandparents played a very important supplier role.

With the first cases of coronavirus infections and deaths, especially in view of what was happening in other countries (mainly China and Italy), it began to spread through the media that the elderly population is a high-risk population. That created the false belief that it only affected older people with previous pathologies. With the declaration of Pandemic by the WHO begins the period of lockdown and accentuates the idea that links longevity with a very vulnerable population. Everyday life breaks down and grandmothers and grandparents can no longer care for grandchildren (who are also considered possible vectors of the disease) and all contact is avoided.

The presentation aims to highlight the different situations experienced by older people and how either through formal networks or through citizen solidarity, the emergence of needs has been met in some cases and aggravated in others.

Keywords: Elderly population, support, care, formal networks, informal networks

Introducción

La población española mayor de 64 años, según datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística[12], a fecha del 1 de enero de 2020, se sitúa en 9.28 millones de personas, representando el 19.6% del total de habitantes. Desde el inicio de la pandemia se ha contemplado como población de riesgo, por lo que las primeras medidas restrictivas se dirigieron precisamente a dicho grupo poblacional. Ello dio lugar a una reorganización de las costumbres sociales, y por lo tanto, también familiares, así como a un cambio de roles que habían permanecido inalterables en el tiempo, hasta ahora.

12. https://www.ine.es/index.htm

Los distintos programas, servicios y estructuras que hasta ahora prestaban apoyo a los adultos mayores se ven sobrepasados por la demanda creciente en un período muy corto de tiempo y se muestran claramente insuficientes para hacer frente a la nueva realidad. Entran entonces en funcionamiento las denominadas redes informales para paliar en cierta medida las nuevas demandas que van surgiendo.

Desarrollo

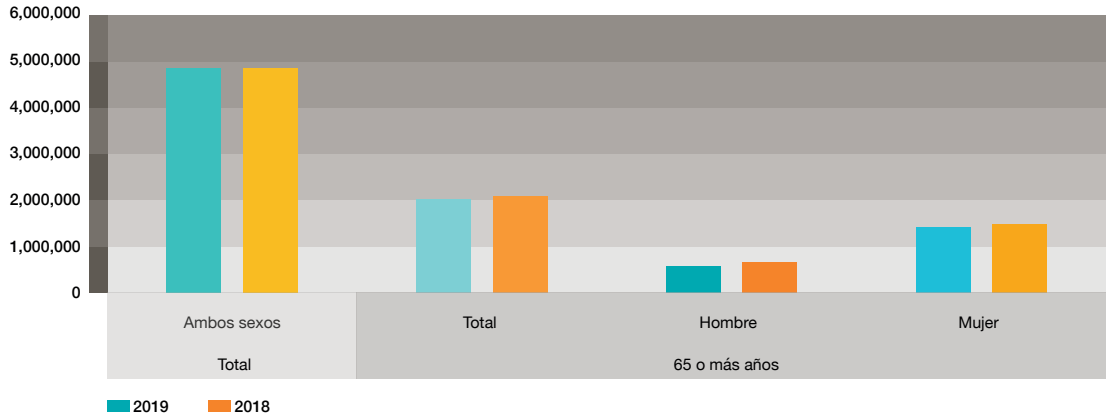
A lo largo de los años ha ido incrementando la población de adultos mayores, representando en la actualidad un porcentaje considerable. Hasta la llegada de la pandemia, esta población desarrollaba un papel muy relevante en la sociedad, que en la actualidad no ha desaparecido pero que sí se ha visto profundamente alterado. Si nos retrotraemos a la crisis económica del 2008, los adultos mayores desempeñaron un papel fundamental en el sostenimiento familiar, tanto desde el punto económico (ya que con sus pensiones soportaban en gran medida la pérdida de poder adquisitivo de sus hijos), como el de ser la vuelta al hogar de éstos, por la pérdida de vivienda. En otras ocasiones han sido los adultos mayores quienes han regresado al domicilio al no poder soportar los hijos el coste económico de las plazas residenciales.

Desde que se decretó el estado de alarma en España a mediados del mes de marzo del año 2020, se dieron una serie de condicionantes que alteraron totalmente la dinámica cotidiana de toda la sociedad. Se comenzó a difundir en los medios de comunicación que el COVID-19 afectaba casi exclusivamente a personas mayores con patologías previas, creando en el imaginario social la falsa sensación de protección siempre que no se encontrase uno dentro de ese segmento poblacional. Cabe destacar que eso era lo que se creía en ese momento concreto con base en la información disponible; también hay que tener en cuenta que los focos de la epidemia (aún no se había declarado la situación de pandemia por parte de la OMS), se encontraban en China y en Italia. Se consideró inicialmente a la población de adultos mayores como población de riesgo, por lo que se les comenzó a confinar y a verse alterada su cotidianeidad. Los abuelos que se encargaban de los cuidados de nietos y nietas ya no podían hacerlo, pues se empezó a considerar que los menores podían actuar como vectores de la enfermedad. Por lo tanto, ni quedarse cuidando de los más pequeños, ni llevarlos ni recogerlos de la guardería o centros escolares, entre otras muchas

funciones. Inevitablemente, esta situación pronto repercutió en los padres de dichos menores, pues ya no tenían con quien dejar a sus hijos, con las consiguientes secuelas en la organización de tareas y responsabilidades en las familias e incluso a nivel laboral: todo comienza a verse alterado. En otras situaciones, además de no poder cuidar a sus nietos y nietas, los adultos mayores pasaron a ser perceptores de cuidados. Al encontrarse confinados, aquellas personas adultas mayores que recibían apoyos como puede ser el servicio "Menjar a casa"[13] o el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), vieron interrumpidos sus apoyos al no poder prestarse la atención a domicilio. En los hogares en los que residen los mayores, generalmente la pareja se cuida mutuamente o en muchas ocasiones, uno es cuidador de otro. La situación se agrava si el hogar es unipersonal y además necesita de cuidados. Este y otros aspectos se desarrollarán más adelante.

Ilustración 1.

HOGARES UNIPERSONALES POR EDAD Y SEXO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística. Población residente 2020.

Tabla 1.

HOGARES UNIPERSONALES POR EDAD Y SEXO

Edad	Sexo	Año 2019	Año 2018
Total	Ambos sexos	4,793,700	4,732,400
65 a más años	Total	2,009,100	2,037,700
	Hombre	556,800	572,100
	Mujer	1,452,300	1,465,600

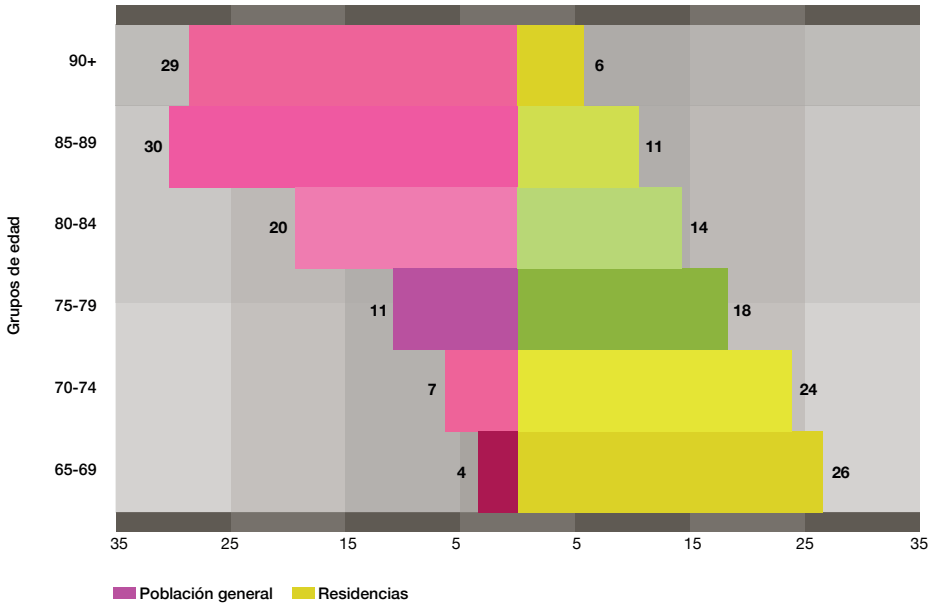
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística. Población residente 2020.

De forma paralela, la población de adultos mayores que cambia su domicilio habitual por una solución residencial, se incrementa con la edad, tal y como puede observarse en la gráfica.

Ilustración 2.

POBLACIÓN MAYOR EN RESIDENCIAS (ESTIMACIÓN)

Población (%) que vive en residencias y población general, por edad. España, 2019



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población 2019 (población general). Envejecimiento en Red, Estimación en residencias 2019.

En referencia a la población que vive en centros residenciales para personas adultas mayores, a partir del momento de declaración del estado de alarma se vieron confinados al reforzarse la idea de que eran población vulnerable, máxime si padecían patologías previas. Como la medida preventiva pretendía evitar tanto la infección como el posible contagio, se suspendieron todas las visitas de familiares a las residencias. Los efectos de dicha medida duran hasta hoy, en referencia a que están aún limitadas las condiciones de las visitas, debiendo evitarse cualquier contacto físico, adoptando medidas antisépticas y manteniendo la separación física entre personas. Esto ha dado lugar a situaciones tan dramáticas como que los familiares no se hayan podido despedir de sus allegados ni tampoco hacer un acompañamiento en esta fase tan importante de la vida con las consecuencias que han tenido y aún se derivan como, por ejemplo, no haber podido realizar el duelo correspondiente.

La comunicación entre personas ingresadas en hospitales o que viven en residencias y sus familiares ha supuesto un gran escollo que se ha ido salvando con gran voluntad pero con grandes dificultades. En otros muchos casos, sencilla y tristemente, ni tan siquiera se ha podido realizar.

Esta situación de incomunicación y los intentos por subsanarla ha puesto de manifiesto problemas que hasta el momento no se habían considerado, al menos, a esta escala. Como tales, podemos citar la insuficiencia de la red de conexión inalámbrica en los centros hospitalarios (hay que tener en cuenta que la situación es excepcional y que dichas redes no están dimensionadas para un uso masivo por parte de los pacientes de aplicaciones de videoconferencia). Asimismo, la falta de dispositivos móviles por un lado y el desconocimiento en otros muchos para hacer uso de las aplicaciones digitales, han dificultado notablemente la comunicación. Si además le añadimos que muchos pacientes debido a su estado no están en condiciones de hacer uso de dichos dispositivos, y que por lo tanto, necesitan apoyo para ello y que la saturación del personal dificulta, cuando no impide, que puedan llevar a cabo estos apoyos, hacen muy complicada, cuando no imposible, la comunicación de la familia con el paciente. Gestos y acciones de apoyo se han ido sucediendo, como por ejemplo, la donación de tablets por citar uno, pero se encontraban con los problemas anteriormente mencionados.

Una de las iniciativas para sobrellevar, aunque fuera en parte, la sensación de soledad de las personas ingresadas y que se llevaron a cabo por parte del personal de los hospitales, residencias y las personas voluntarias, fue la redacción de cartas de apoyo y esperanza. Se hacían llegar a los

centros hospitalarios principalmente por medio del correo electrónico, posteriormente las imprimían y se las llevaban a los pacientes. Esta iniciativa tuvo gran acogida en la población y surgieron grupos de voluntariado que las gestionaban con la finalidad de facilitar la labor de distribución.

Uno de los aspectos a destacar en esta pandemia ha sido la brecha digital. Si bien ya se han indicado algunas de las dificultades encontradas en referencia a la comunicación entre personas ingresadas y sus familiares (como ejemplo, el Hospital General Universitario de Alicante, que cuenta con 807 camas, recibió desde el inicio de la pandemia de COVID-19 un total de 44 *tablet wifi* y cinco *smartphones*, gracias a la donación de diferentes entidades de la provincia), la brecha digital como tal abarca muchos más aspectos, desde el acceso a dispositivos hasta la conexión a la red, pasando por tener los conocimientos necesarios para hacer un uso provechoso de los mismos. Esta situación se ha puesto de manifiesto en múltiples sistemas como por ejemplo, el educativo.

Según el estudio DB014-Brecha digital y pobreza infantil (2020) del Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil (Gobierno de España), cifra concretamente en 500,000 los menores que no cuentan con un ordenador, que 300,000 niños y niñas de renta más baja (900 euros mensuales o menos) no tienen acceso a Internet y que 235,000 hogares en España (uno de cada cinco en el tramo más bajo de ingresos) tampoco pueden permitirse una conexión de banda ancha, siendo su única manera de acceder a la Red a través del móvil. Estadísticamente esto se traduce en que uno de cada cinco niños (23%) que vive en familias con las rentas más bajas no tiene acceso a un ordenador en su casa para hacer los deberes y uno de cada dos (48%) no tiene una tableta. Toda la formación se ha tenido que adaptar a su impartición online, y esto ha supuesto un profundo cambio en la metodología docente, teniendo que adecuar y adaptar los currículos, además de que en muchas ocasiones las familias no tenían el número de dispositivos necesarios o la conexión a la Red más adecuada para ello. Tomemos, por ejemplo, una familia con dos menores, un ordenador de sobremesa sin *webcam* y dos móviles con cámara y con tarifa de datos limitada: esto obliga, en el mejor de los casos, a realizar una inversión o a soportar un incremento en la factura telefónica por el consumo de datos. En otras ocasiones, no tienen wifi en casa, así que directamente navegan con los datos de los móviles, con tarjeta prepago que una vez acabado el saldo, hay que esperar hasta que se pueda recargar.

Por otro lado, la Administración, al suspender la atención presencial, ha habilitado la gestión online para los ciudadanos y el teletrabajo para el personal laboral y esta situación ha llevado a

acrecentar aún más la brecha digital. Para prácticamente todos los trámites hace falta usar el certificado digital. Los ciudadanos y ciudadanas que no disponen del mismo lo pueden solicitar por Internet, hasta ahí bien. El problema surge cuando para acreditar su identidad han de hacerlo de forma presencial… recordemos que dicha atención está suspendida. ¡Nos encontramos en un callejón prácticamente sin salida! En cambio, si ya se tiene o se ha conseguido obtenerlo, hay que saber hacer uso de él, tarea no siempre fácil y menos aún para la población adulta mayor que en muchas ocasiones incluso les puede resultar complicado el empleo de un móvil. Si a lo anterior añadimos que muchos documentos se solicitan escaneados o en formato digital, para quienes poseen los medios y conocimientos puede ser una tarea sencilla y en muchos casos hasta cotidiana, pero para otros, todo un mundo nuevo y complicado.

Para paliar en parte esta brecha digital, desde algunas administraciones se ha anunciado la provisión de tablets a familias con escasez de recursos, así como tarjetas telefónicas con datos, de modo que puedan ser usadas para seguir las clases y ya por extensión, facilitar la tramitación de aquellas gestiones que requieran su uso.

Tabla 2.

ADMINISTRACIÓN, ORGANISMOS, ÁMBITO Y APOYOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Administración Autonómica	Organismo dependiente	Ámbito	Apoyos	Dirigido a
Generalitat Valenciana	Consejería de Educación, Cultura y Deporte	Educativo	Tabletas digitales Tarjetas prepago para acceso a internet	Estudiantado
	Consejería de Sanidad	Sanitario	Refuerzo de recursos humanos y materiales de los SAIP (Servicios de Atención e Información a los Pacientes)	Pacientes y familiares

Fuente: Elaboración propia.

También se ha habilitado y reforzado la atención telefónica a la ciudadanía, aunque ha resultado claramente insuficiente al presentar continuas saturaciones de las líneas, dificultad para que sean atendidas las llamadas telefónicas, e incluso en algunos casos (cada vez más), la derivación de las

llamadas a sistemas de gestión telefónica que poco resuelven y que van consumiendo el saldo de quienes llaman hasta llegar a agotarlo si es prepago, o incrementando la factura notablemente sin que ello haya revertido en una atención y posible resolución de la problemática de quien llama.

En esta complicada situación, las redes formales de atención y soporte se han visto desbordadas y no por desidia ni dejadez de los profesionales, en absoluto, ya que la presión con la que han trabajado y lo siguen haciendo es encomiable. Simplemente la situación ha sido desbordante y ha superado con creces todas las previsiones y el dimensionamiento de los servicios, tanto en medios materiales como humanos y económicos. Se ha producido una avalancha de peticiones de ayuda, tanto a servicios sociales como a organizaciones no gubernamentales, de personas que se encontraban en una situación precaria y que cualquier contratiempo hace que les sea muy difícil, cuando no imposible, superarla y que les lleva por tanto a acudir a estos servicios esenciales. A esta situación hay que sumar todas aquellas personas que han debutado en estos servicios. Nos encontramos entonces con las personas que ya estaban siendo atendidas, las que se encontraban ya en situación de fragilidad, que eran usuarias ocasionales, y ahora todas aquellas que debutan: así se comprende el colapso. Para paliar en parte esta situación, se refuerzan las organizaciones de ayuda ya existentes y nacen otras, de diversos tipos. Surgieron a principios del confinamiento iniciativas ciudadanas para hacer la compra a personas que no pudieran salir, personas adultas mayores solas principalmente, y pronto se extendió a ofrecimientos para sacar a las mascotas a pasear, bajar la basura, o ir a la farmacia por los medicamentos que necesitasen.

Van surgiendo las redes informales de apoyo que parcialmente suplen las carencias de las redes formales y a su vez sirven de apoyo con colaboraciones entre ambas. A modo de ejemplo: se crearon redes de establecimientos hosteleros que se dedicaban voluntariamente y de forma altruista a preparar comidas a las personas que no podían hacerlo, mientras que otras organizaciones de voluntariado eran las encargadas de repartirlas por los domicilios. Cabe indicar que uno de los grupos de población que se ha visto más gravemente afectado es aquel con trabajos marginales, entendiendo por tales aquellos que se realizan al margen de la regulación laboral (sin contrato) o que, incluso teniéndolo, es tan precario que no permite cubrir los gastos mínimos e imprescindibles, incluida la comida. Cuando se paraliza la actividad que genera ingresos y no se tiene acceso a prestación económica alguna o ésta es tan baja que no llega a cubrir las necesidades básicas, hay que solicitar otro tipo de ayudas por los medios antes indicados y se carece de ellos.

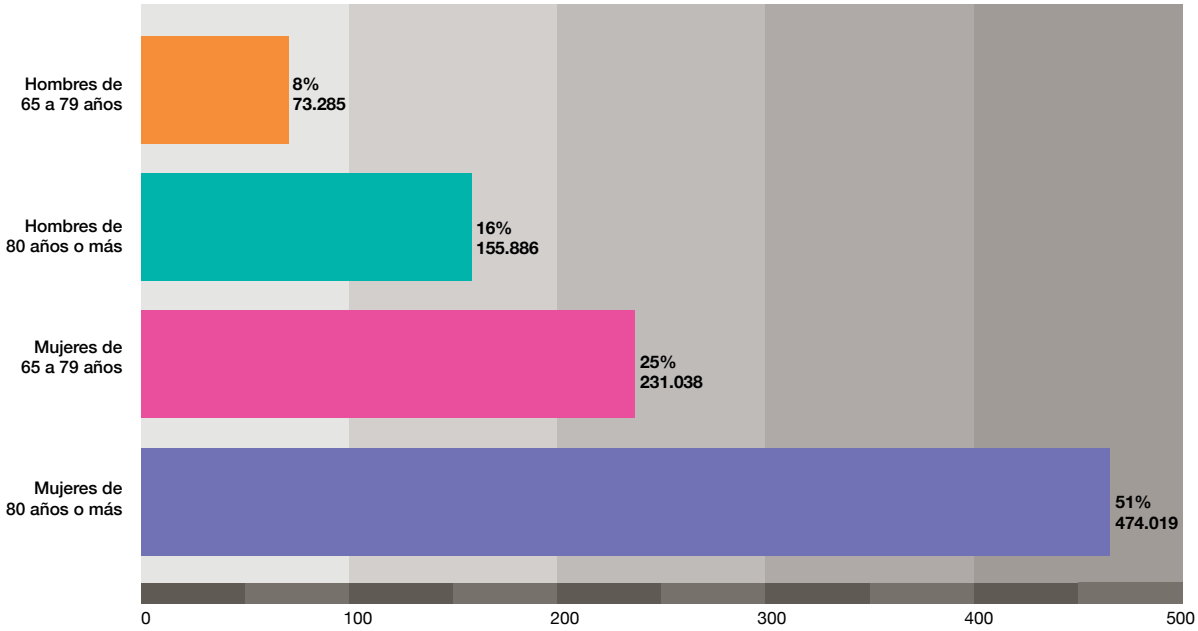
Estas redes informales abarcan desde voluntarios de asociaciones de vecinos, pasando por cocineros que preparan comida como otros que las reparten. También hay profesionales que prestan sus servicios y conocimientos de forma desinteresada a aquellos que los necesitan.

Volviendo más concretamente a la población de adultos mayores, servicios como la teleasistencia domiciliaria que se presta a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios. Este servicio se presta tanto desde el ámbito privado como público, ambos de la sociedad civil. En algunas poblaciones el servicio es público con gestión privada y permite a las personas mayores o personas con discapacidad, con sólo accionar el dispositivo que llevan constantemente puesto, entrar en contacto verbal "manos libres". Este servicio está disponible durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con un centro atendido por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, bien por sí mismo, o movilizando otros recursos humanos y/o materiales propios del usuario o existentes en la comunidad.

Este tipo de servicio, que en muchos lugares se ha tenido que reforzar, ha desempeñado un importante papel en la atención a la población que es usuaria, y ha permitido detectar y paliar situaciones de desabastecimiento que en los momentos de aislamiento se han visto agravadas.

Ilustración 3.

TELEASISTENCIA. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS POR SEXO



Fuente: Imserso. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2020.

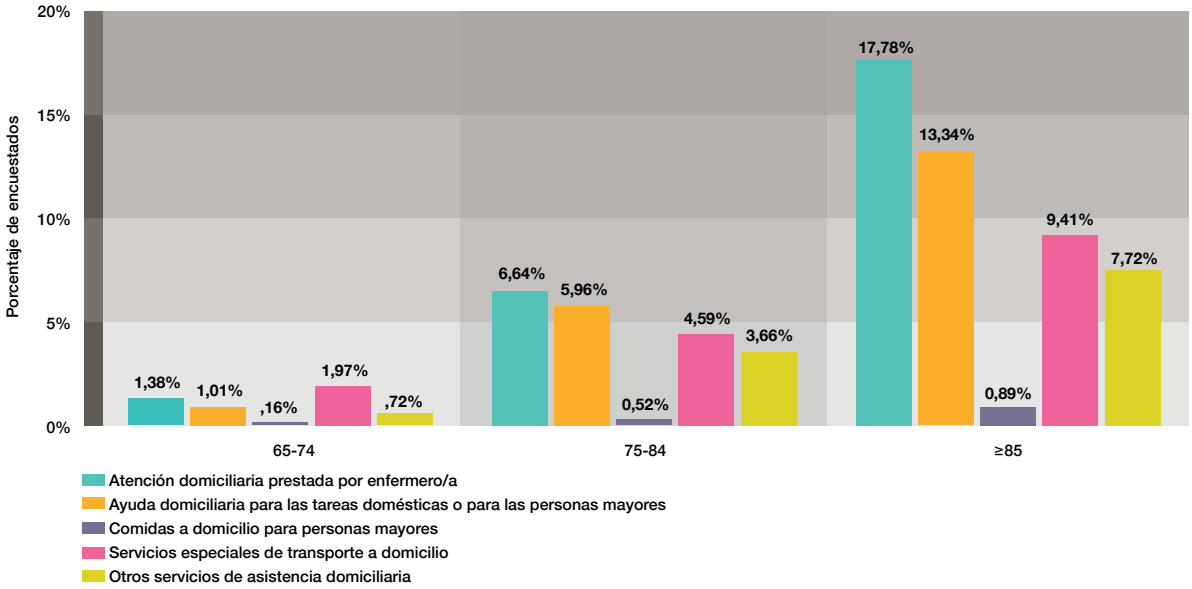
De igual modo, existen servicios de apoyo a los adultos mayores, aunque no exclusivamente dirigidos a este segmento de población, como por ejemplo, el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), que es un servicio orientado a las personas y familias que presentan problemas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). El SAD les proporciona atención directa en el propio hogar mediante intervenciones que favorezcan su permanencia e integración en su entorno habitual, propicia la permanencia de las personas mayores en su domicilio y entorno socio–familiar, atiende situaciones de crisis personal, colabora con ellas cuando por sí mismas no puedan atender totalmente las necesidades de la persona usuaria, apoyando sus responsabilidades de la vida diaria, el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.

Desde el Trabajo Social son múltiples los ámbitos en los que se interviene con la población adulta mayor como son los Servicios Sociales Comunitarios, cuyos profesionales son conocedores de las necesidades de la comunidad, así como sus recursos, tanto formales como informales, como son las asociaciones, grupos de voluntariado, clubes y un largo etcétera.

El Trabajo Social Sanitario interviene desde la atención primaria, hospitalaria y especializada, lo que permite el trabajo interdisciplinar a la hora de abordar situaciones que lo requieran, así como actuar con una población que precisa atención tanto sanitaria como social y que ya se encuentran en el sistema. Asimismo, desde los Servicios Sociales y en estrecha colaboración, se detecta e interviene con las personas que necesitan acceder por primera vez.

Ilustración 4.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES QUE HIZO USO DE SERVICIOS ASISTENCIALES DOMICILIARIOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN ESPAÑA EN 2017, POR GRUPO DE EDAD Y TIPO DE SERVICIO.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística www.ine.es. 2020.

Del mismo modo, las profesionales de Trabajo Social que desarrollan su labor en centros de mayores desarrollan un papel crucial en esta pandemia, en referencia a la comunicación con las familias y el aislamiento de los pacientes. Idéntica función han desarrollado también en el ámbito hospitalario con las cartas de apoyo y al facilitar el contacto entre familiares e ingresados y colaborando en iniciativas como la recogida de dispositivos que posibilitan dicha comunicación.

Conclusiones

La población adulta mayor ha sido una de las más afectadas por esta pandemia, tanto por causas de enfermedad y número de fallecidos, como por la alteración de sus roles y costumbres: han pasado de ser sujetos de cuidados a objeto de cuidados. Se han tomado decisiones globales pensadas en el bien general y en especial de este segmento de población, pero sin contar con dicha población. No se les ha preguntado en ningún momento qué pensaban, qué querían hacer o qué les parecía. No son pocos los casos en los cuales, una vez más, los más mayores salen al rescate de sus hijos y nietos frente a la disminución drástica de ingresos por pérdida de trabajo de los hijos, vuelta al domicilio de los congéneres al no poder afrontar los gastos de alquiler, o simplemente, las pensiones de los mayores ayudan en muchas ocasiones a paliar dichas carencias, pasando de ser perceptores a generadores de cuidados.

Todavía quedan retos por afrontar desde el Trabajo Social, las demandas existentes y todas aquellas que van surgiendo y que están aflorando durante la pandemia. Minimizar en la medida de lo posible la brecha digital que a su vez incrementa la desigualdad social entre quienes pueden acceder y los que no a los servicios. En la misma línea, el acceso a la cultura digital que permita a la ciudadanía operar con la administración digital, el uso de dispositivos, la adquisición de unos conocimientos básicos que permitan, aunque sea en parte, paliar el distanciamiento físico y el aislamiento, facilitando la comunicación. El Trabajo Social debe adecuarse para dar respuesta a las nuevas demandas de una sociedad en constante adaptación.

Referencias

Generalitat Valenciana. (12 de 09 de 2020). Guía PROP. Obtenido de Detalle de procedimientos: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=14604&version=amp

Instituto Nacional de Estadística. (20 de 09 de 2020). Obtenido de https://ine.es/

Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Ramiro Fariñas, D. D., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red, 25-39.

Portal de estadísticas. (22 de 09 de 2020). Obtenido de https://es.statista.com/estadisticas/636009/utilizacion-de-servicios-asistenciales-domiciliarios-en-la-tercera-edad-en-espana/

4

Lo que la pandemia nos mostró: los derechos de Cuarta Generación

Laura V. Guajardo

Resumen

La situación de pandemia que hoy nos toca vivir ante el Coronavirus ha puesto de manifiesto múltiples problemáticas sociales que atañen a las personas mayores, que si bien existían mucho tiempo antes del confinamiento, no estaban visibilizadas en la sociedad.

Ante el aislamiento social obligatorio y la necesidad de gestionar trámites cotidianos, se hizo evidente la gran desigualdad de acceso a la conectividad y el manejo de las TICs, sobre todo en las personas mayores.

Un informe del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina (UCA) precisó que el 45.9% de las personas mayores de 60 años que perciben jubilación o pensión no utilizan el cajero electrónico y cobran habitualmente sus haberes por ventanilla en el banco. En los sectores económicos más vulnerables, el porcentaje aumenta al 67.4%. Esto va claramente a contramano de la Cuarta Ola de Derechos Humanos y de la Convención Interamericana sobre la protección de derechos de las personas mayores, por ende, nos interpela no sólo como Trabajadoras/es Sociales, sino fundamentalmente como sociedad. Tanto el Estado como la sociedad deben garantizar los derechos de Cuarta Generación y asegurar a todas las personas el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación.

El escenario actual nos brinda la oportunidad de poner en agenda los problemas sociales de las personas mayores y generar recomendaciones de políticas concretas que posibiliten ampliar efectivamente el acceso a los medios digitales, achicar la brecha con otras generaciones y garantizar así, la autonomía y la inclusión plena.

Palabras clave: Derechos, Inclusión digital, Personas Mayores

Abstract

The pandemic situation that we face today with the Coronavirus has revealed multiple social problems that affect the elderly and that, although they existed a long time before the confinement, they were not visible in society.

Given the compulsory social isolation and the need to manage daily procedures, the great inequality of access to connectivity and the use of ICTs became evident, especially in the elderly.

A report from the Observatory of the Argentine Social Debt (ODSA) of the Argentine Catholic University (UCA) specified that 45.9% of people over 60 years of age who receive retirement or pension do not use the electronic teller machine and usually charge their salaries for window in the bank. In the most vulnerable economic sectors, the percentage increases to 67.4%. This clearly runs counter to the fourth wave of human rights and the Inter-American Convention on the protection of the rights of the elderly, therefore, it challenges us not only as Social Workers, but fundamentally as a society. Both the State and society must guarantee the rights of the fourth generation and ensure access to information and communication technologies for all people.

The current scenario gives us the opportunity to put the social problems of the elderly on the agenda and generate concrete policy recommendations that make it possible to effectively expand access to digital media, narrow the gap with other generations and thus guarantee autonomy and inclusion full.

Keywords: Rights, Digital Inclusion, Older People

Introducción

Hay aspectos de la vida humana que el COVID-19 ha puesto sobre el tapete. Problemáticas que, si bien ya existían, se han evidenciado por esta circunstancia. Como bien sabemos, las personas mayores son las más susceptibles de sufrir complicaciones severas e incluso de morir en caso de contraer el virus y por ello están en el centro de la escena en esta pandemia. El aislamiento social, preventivo y obligatorio (que hasta el momento resulta ser la única vacuna preventiva frente a la enfermedad) ha hecho evidente la gran desigualdad de acceso a la conectividad y el manejo de las Tecnologías Informáticas y de la Comunicación, las TICs.

De allí la necesidad imperiosa de explicitar que las nuevas tecnologías digitales forman parte de los derechos de Cuarta Generación que como tales deben ser respetados, el Estado debe

garantizarlos y el Trabajo Social Gerontológico tiene el gran desafío de dar respuestas a estas nuevas necesidades de inclusión digital.

Es por ello que este trabajo se ha centrado en tres ejes principales: 1) los derechos de Cuarta Generación y las brechas digitales, 2) la importancia de lo geográfico y lo que acontece en los departamentos alejados de la provincia de San Juan, Argentina y 3) las desigualdades sociales que se generan ante la vulneración de estos derechos, el rol del Trabajo Social y el Estado a través de las Políticas Públicas.

Derechos de Cuarta Generación y las personas mayores

En primer lugar, cabe aclarar que hablar de derechos de Primera, Segunda, Tercera y Cuarta Generación no está vinculado a un orden de importancia, sino que está referido al orden cronológico en el que se fueron reconociendo e incorporando al corpus legal.

Algunos derechos han sido incluidos en las leyes mucho antes que otros, que sólo han sido aceptados después de largas luchas sociales. Es por ello que se han clasificado en grupos, a los que se suele denominar como las cuatro generaciones de los Derechos Humanos.

Karel Vasak[14] advirtió este proceso y fue quien propuso por primera vez, en 1979, la denominación "generaciones" para clasificar los derechos, siguiendo las nociones centrales de los tres conceptos emblemáticos de la Revolución Francesa: "libertad, igualdad, fraternidad". Asimismo, el autor aseguró que "La lista de los Derechos Humanos ni es ni será nunca una lista cerrada" (Valsak, K. 1990, p.297). Esta clasificación fue rápidamente aceptada por la mayoría de los autores y pensadores como una nueva manera de catalogar los períodos en los que se han ido aceptando los derechos fundamentales.

Y en segundo lugar, recordar que los Derechos Humanos son aquellos derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, edad o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

14. Jurista sueco, ex director de DDHH de la Unesco.

A modo de repaso breve, recordamos que los derechos de Primera Generación fueron reconocidos post Revolución Francesa e incluidos en la Declaración de los Derechos Humanos y del Ciudadano en 1948. Corresponden a los derechos civiles y políticos para garantizar la libertad de las personas, limitando el poder del Estado.

Los denominados derechos de Segunda Generación se incorporan en la legislación a finales del siglo XIX y durante el siglo XX. Están relacionados a los derechos sociales, económicos y culturales. Consisten en promover la acción del Estado para garantizar a todas las personas el acceso a condiciones de vida adecuadas.

Por su lado, los derechos de Tercera Generación se han ido incorporando a las leyes a finales del siglo XX y principios del siglo XXI. Son de carácter colectivo y están vinculados a la solidaridad y la autodeterminación de los pueblos.

El sujeto protegido ya no es el individuo en sí mismo, como en los de primera generación, o por su rol social, como en los de segunda generación, sino por integrar un pueblo, una nación, o ser parte de toda la humanidad. Se toma en cuenta a las personas como integrantes de una comunidad con conciencia de identidad colectiva.

Finalmente aparecen con el nuevo siglo los denominados derechos de Cuarta Generación a los que nos referiremos en este trabajo con la pretensión de ponerlos en tensión con las personas mayores, en busca de soluciones efectivas que posibiliten achicar la denominada “brecha digital”.

Con la revolución tecnológica de finales del siglo XX y principios del siglo XXI y la consecuente aparición de lo que se denomina Sociedad del Conocimiento, ha resultado necesaria la creación de una nueva generación de Derechos Humanos relacionados directamente a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) y su incidencia en la vida de las personas.

Las tecnologías actuales no son simples instrumentos que facilitan la vida, sino que se han convertido en herramientas fundamentales para la vida cotidiana de las personas mayores.

Brechas digitales: la importancia geográfica

El término “brecha digital” es un concepto dicotómico que se utilizó por primera vez en los años noventa para hacer referencia a la brecha que se estaba creando entre los países, los grupos sociales y las personas que tenían acceso a las tecnologías digitales y los que no lo tenían (Selwyn, 2004 p.341-362).

Pero el concepto de “brecha digital” es insuficiente para explicar la inclusión/exclusión digital, puesto que para estar “incluido” digitalmente son indispensables, al menos tres condiciones tal como plantea Crovi (2004, p.20):

1. Condición Tecnológica: que exista la infraestructura material y que esté disponible para las personas. Este aspecto está directamente vinculado a la brecha digital, pero también aquí entra en juego un factor determinante como es lo territorial, lo geográfico.
2. Condición de Conocimiento: que comprende las habilidades y saberes para el manejo apropiado de las TICs. En este sentido es que muchos autores hablan de alfabetismo/analfabetismo digital.
3. Condición Económica: referida a los recursos económicos necesarios para acceder a los servicios de conectividad entendidos como los servicios de banda ancha con la velocidad adecuada y la tenencia de dispositivos de acceso (celular, *tablet*, computadora). Este aspecto es fundamental a la hora de analizar las desigualdades sociales.

Por lo cual, con el paso del tiempo ya no se habla de brecha digital en singular, sino que hablamos de “brechas digitales” en tanto el concepto se ha ido complejizando e incorporando otras dimensiones más allá del mero acceso.

En la provincia de San Juan, como en muchas otras regiones de Latinoamérica y sobre todo en las zonas alejadas de la urbe capitalina (Calingasta, Iglesia, Jáchal y Valle Fértil[15]), el primer escollo con el que nos encontramos para disminuir la brecha digital es el de las diferencias en cuanto a lo geográfico.

San Juan se encuentra entre las ocho provincias con la velocidad promedio de navegación fija más lentas del país, fruto de la escasa inversión en redes de fibra óptica. Según la Cámara Argentina de Internet (CABASE, 2018), mientras el promedio de velocidad de las conexiones es de 13.1 MB por segundo, en nuestra provincia se navega a un promedio de 5.9 MB. Con esta velocidad, la provincia está ubicada entre las peores y a menos de la mitad del promedio.

Esta situación empeora significativamente en las zonas alejadas del eje capitalino, donde los proveedores privados aducen tener que erogar grandes sumas de dinero en infraestructura troncal,

15. Departamentos de la provincia de San Juan que se encuentran alejados (aproximadamente 200 kilómetros) de la ciudad capital.

cuya amortización necesariamente termina siendo transferida al costo del servicio y eso genera que la relación precio/calidad del servicio no sea la óptima.

El aislamiento social preventivo por COVID-19 expuso el grave problema de acceso a Internet que tiene la provincia de San Juan. Sin la conexión adecuada, no se puede garantizar el derecho de conectividad.

Según las estadísticas que publica ENACOM[16], tienen internet fija 32 de cada 100 hogares sanjuaninos. Y el problema se agrava ya que desde septiembre de 2019 hasta marzo de 2020 se perdieron casi 9,000 suscripciones del servicio (12%).

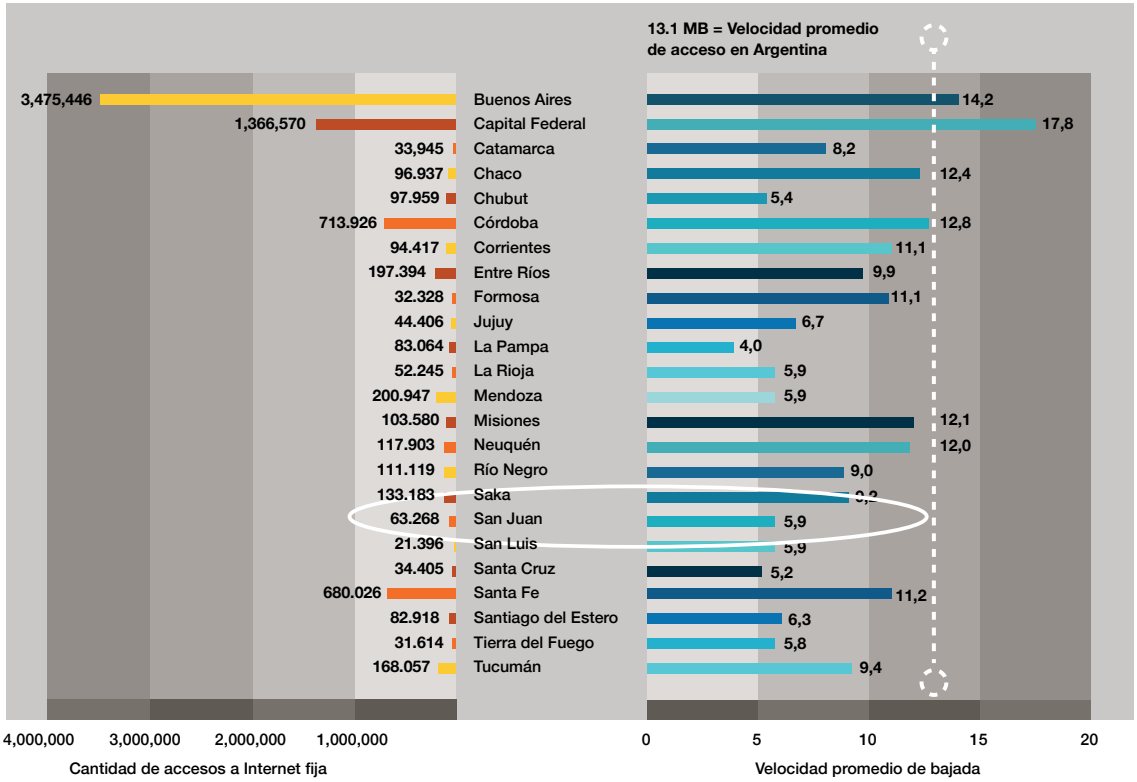
Otra brecha es el precio que se paga por el servicio, que como mencionamos anteriormente, es uno de los más elevados en la región. A eso se suma el hecho de que la gran mayoría de los hogares que no tienen Internet fija usan los datos móviles de la telefonía celular para conectarse y el precio promedio de esa conexión es mucho mayor que la tarifa plana de Internet fija. Y quienes tienen precios medianamente parecidos, también tienen una diferencia de velocidad de navegación abismal.

Al analizar las velocidades promedio por provincia, Elizabeth Pérez (2018) destaca que sólo la Ciudad y la provincia de Buenos Aires, con 17.8 y 14.2 MB respectivamente, tienen promedios por encima de la media nacional, tal como podemos observar en la figura 1.

16. Ente Nacional de Comunicaciones. Es autárquico y descentralizado que funciona en el ámbito del Ministerio de Comunicaciones de la Nación Argentina

Figura 1.

HOGARES CON INTERNET FIJA, CONEXIÓN Y VELOCIDAD EN ARGENTINA



Fuente: Adaptado de Estado de internet en Argentina y la Región segundo semestre 2018, CABASE, 2018.(https://www.cabase.org.ar/wp-content/uploads/2018/09/CABASE-Internet-Index-II-Semestre-2018.pdf).

Otra cuestión a tener en cuenta es que en San Juan hay un proveedor que tiene una posición dominante en el mercado (concentra el 70% del mercado de Internet fija) y no invierte para mejorar la conectividad lo mismo que invierte en otras provincias.

Ahora bien, los departamentos antes mencionados de la provincia enfrentan otra problemática que agrava la situación de las personas mayores y es la situación demográfica. Y es que existe una abrupta disminución de población a partir del grupo de 20-24 años que responde claramente a la migración de jóvenes por razones laborales o de continuidad de estudios en niveles superiores fuera de estos departamentos. Si bien estos departamentos cuentan con bajos niveles de analfabetismo,

estimados en promedio de aproximadamente el 3%, sólo el 50% finaliza los estudios primarios, poco más del 30% los estudios secundarios y apenas el 4% universitarios.

En síntesis, podemos decir que las brechas digitales que enfrentan las personas mayores de los departamentos de zonas alejadas de la provincia de San Juan son varias: geográficas que limitan el acceso a internet, de baja velocidad en la conectividad, de bajos niveles de instrucción formal y demográficos que dificultan la intergeneracionalidad, por la emigración de los más jóvenes.

Por su parte, Alba de la Selva (2015, p.272) destaca que se advierten nuevas y diferentes exclusiones sociales y prácticas discriminatorias que se suman a las existentes en el siglo pasado: “Viejas y nuevas desigualdades cruzan las coordenadas del espacio latinoamericano”.

Esta autora denomina a la brecha digital como la nueva desigualdad del siglo XXI, justamente por las razones que venimos enunciando y que están vinculadas a las inequidades de acceso, uso y apropiación de las TICs. en América Latina esto adquiere una significación particular, considerando que es la región con mayor desigualdad en el mundo. Desigualdad que no sólo está vinculada a los ingresos y patrimonio, sino también al acceso a bienes y servicios públicos esenciales.

Alva de la Selva plantea que la relación entre desigualdad social y brecha digital está dada por tres razones fundamentales:

1. La brecha digital es una nueva desigualdad social
2. La brecha digital es consecuencia de la desigualdad social
3. La brecha digital profundiza la desigualdad social

Esta relación que la autora nos presenta se organiza bajo la premisa de la construcción epistémica de la circularidad de la desigualdad: la brecha digital es causa y consecuencia de la desigualdad socio-económica y cultural.

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) presentó en el mes de agosto un informe especial COVID-19 en el cual examina el papel clave de las tecnologías digitales en la pandemia provocada por el Coronavirus y cómo las brechas de acceso, asequibilidad y velocidad de redes profundizan las desigualdades y vulnerabilidades de la población de la región. En el documento, titulado ”Universalizar el acceso a las tecnologías digitales para enfrentar los impactos del COVID-19”, se analizan los avances y limitaciones de la digitalización y se revisan cómo las soluciones digitales reducen el impacto de las medidas de contención del virus,

como la cuarentena y el distanciamiento social. El trabajo propone, además, medidas en el área de la conectividad y la economía digital para una reactivación inclusiva. También brinda algunos datos que son muy elocuentes. Entre ellos quisiera destacar el hecho de que el 67.4% de las personas mayores de los sectores más vulnerables no utiliza el cajero automático y que en esos mismos sectores 2 de cada 3 no tiene tarjeta de débito o crédito.

Entonces, en un momento donde las instituciones tuvieron que salir rápidamente a dar respuesta ante la situación de pandemia, encontraron como mejor aliado a las TICs y adaptaron y mejoraron velozmente todos sus servicios al mundo digital para que pudiesen ser utilizados de forma masiva. Y si bien fue la respuesta más adecuada para el momento, lo que subyació allí fue la presunción de la igualdad digital.

De un día para otro, todos los trámites que habitualmente realizan las personas mayores se comenzaron a realizar únicamente "online" (turnos en PAMI[17], ANSES[18], bancarios, etc.).

Si bien las TICs tienen como objetivo primordial la cercanía de lo lejano, en un contexto de desigualdad digital se profundizaron las desigualdades sociales y un gran grupo de personas mayores se encontró mucho más alejada de la inclusión, no sólo digital, sino también social.

En un contexto de distanciamiento y confinamiento social (como el que nos toca vivir hoy ante el COVID-19) la exclusión del mundo digital puede orillar a las personas mayores, sobre todo aquellas que viven solas o en hogares unigeneracionales, a la dependencia de otros actores sociales, so pena del aislamiento y la exclusión social. Generar nuevas dependencias va a contramano de la autonomía planteada en la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos de las personas mayores, que en el art. 7, Derecho a la Independencia y a la Autonomía, lo expresa claramente:

> Los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos. Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas. (Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, 2015, p.5)

17. 1Programa de Atención Médica Integral. Es la obra social que brinda servicios a la mayor cantidad de jubilados y pensionados del país.
18. Administración Nacional de la Seguridad Social de la República Argentina

Las brechas digitales entonces aparecen como generadoras de desigualdades y a la vez como un factor discapacitante. En este sentido, la discapacidad no estaría dada por dificultades físicas o mentales, sino por la imposibilidad de gobernar sus propias acciones, incluso en ancianos autoválidos. Todo esto conspira contra la dignidad de las personas mayores e implica un retroceso en la lucha por cambiar el imaginario respecto de la vejez en la sociedad.

Trabajo Social gerontológico, Estado y Políticas Públicas

Las y los trabajadores sociales vinculados al campo gerontológico hoy nos enfrentamos al reto de acercarnos a las personas mayores y sus problemáticas, en un contexto de pandemia plagado de profundas desigualdades, salvando el obstáculo que representan las brechas digitales y la disrupción en los vínculos interpersonales y comunitarios. Por lo cual, esta situación nos obliga a salir de lo conocido, de las formas tradicionales de intervención y nos insta, una vez más, a reinventar nuestras intervenciones, adecuar nuestra caja de herramientas y asumir el compromiso necesario con esta nueva realidad social, esta nueva normalidad, en busca de soluciones prácticas.

Además nos interpela a tensionar la problemática de las brechas digitales a las que se enfrentan las personas mayores (no por la edad, sino por la oportunidad de acceso) con los derechos de Cuarta Generación, con la Convención Interamericana sobre los derechos de las personas mayores, con las políticas públicas y el accionar del Estado, y fundamentalmente, con el derecho a tener derechos.

En las sociedades latinoamericanas, tan desiguales, nuestras estrategias de intervención deben estar vinculadas a posibilitar el acceso y ejercicio de los derechos, dado que la evolución de la pandemia y el alcance social de sus efectos dependerá directamente de las respuestas complejas que podamos brindar.

Por ende, las y los trabajadores sociales que actuamos en el ámbito gerontológico debemos constituirnos en interlocutores válidos e intensificar la dimensión proactiva en el diseño de políticas públicas que, dependiendo de la subjetividad y la ideología política de quienes las elaboran, por momentos entiende a las y los viejos como sujetos dependientes, desprotegidos, y en otras ocasiones como sujetos activos, auto-válidos e incluidos digitalmente, sin poder ver el abanico de las distintas vejeces que conviven en un mismo tiempo y espacio.

Si bien existen programas inclusivos como los cursos que se dictan a través de UPAMI[19], no son masivos y en la provincia de San Juan acceden mayoritariamente las personas que viven en la zona de Capital y el Gran San Juan[20] y no así la de zonas alejadas, puesto que no cuentan con universidades.

Por lo tanto, la construcción de una sociedad digitalizada y para todas las edades sólo puede lograrse si los integrantes de toda la provincia tienen acceso a la red, formación en su uso y a un costo accesible, de lo contrario la exclusión se torna inevitable.

De este modo, queda claro que el Estado provincial debe actuar en pos de disminuir las brechas digitales, extendiendo el acceso hasta los lugares más recónditos de la provincia, acompañado de una política económica que posibilite la conectividad y que permita que el Internet esté disponible, sea accesible y costeable para todas y todos.

El Estado provincial debe generar políticas públicas que aseguren el acceso equitativo a Internet para las personas mayores en toda la provincia, prestando atención especial a las poblaciones rurales aisladas, y para ello debe convocar e instar a los municipios de los departamentos alejados. De esta forma, mediante el esfuerzo mancomunado de ambas partes (provincia y municipalidades) se podrá avanzar hacia la inclusión de las personas mayores en la sociedad del conocimiento y la información, lo que sin duda redundará en el empoderamiento de nuestros viejos.

A modo de cierre

En este escenario de pandemia, el Trabajo Social y la Gerontología (en tanto disciplinas de las Ciencias Sociales) deben tomar la palabra, que por el momento parece estar monopolizada por los epidemiólogos y la hegemonía médica. Es preciso que podamos evidenciar las brechas digitales y las nuevas desigualdades a las que se enfrentan las personas mayores.

Los derechos humanos de Primera, Segunda y Tercera Generación están ampliamente legitimados, pero no ocurre lo mismo con esta Cuarta Generación de derechos. Si bien Argentina reconoce estos derechos que están incluidos en la Convención Interamericana sobre la Protección

19. Es un programa integral que crea un espacio universitario específico para personas mayores que tiene por objetivo promover el crecimiento personal, mejorar la calidad de vida e igualar las oportunidades para el desarrollo de valores culturales y vocacionales.
20. Se denomina Gran San Juan al aglomerado urbano formado en los departamentos limítrofes del eje capitalino: Rawson, Rivadavia, Chimbas y Santa Lucía y los departamentos de Nueve de Julio y Pocito.

de los Derechos Humanos de las personas mayores mediante la Ley 27.360 e incluso le otorga jerarquía constitucional a la Convención, todavía no se han podido sortear las brechas digitales existentes.

El Estado, como bien lo dice la Convención, debe promover la educación y formación de las personas mayores en el uso de las TICS para garantizar la integración social y comunitaria, porque el mercado no lo va a hacer.

Esto evidencia la necesidad imperiosa de:

1. Por parte del Estado:

- Efectuar una cartografía detallada de las zonas con bajos o nulos accesos digitales.
- En base a lo anterior, la necesidad de instar a las empresas a realizar inversiones en infraestructura, sobre todo en las denominadas "zonas alejadas".
- Mejorar y/o generar nuevos canales de aprendizaje más personalizados.

2. Por parte del mercado:

- Las empresas de telecomunicaciones deben mejorar la cobertura.
- Instaurar tarifas diferenciadas, sobre todo para las personas mayores que cobran haberes jubilatorios mínimos, a fin de garantizar la asequibilidad.
- Las organizaciones que brindan servicios a las personas mayores (bancos, PAMI, etc.) deben capacitarlas en el uso de sus plataformas digitales no sólo *online* (lo que resulta paradójico). Deberían utilizar otros medios, tales como programas que se emitan por la TV abierta.
- Las empresas que fabrican dispositivos móviles (celulares, *tablets*, etc.) deberían diseñar alguna línea que sea accesible para personas mayores con dificultades físicas (disminución de la visión, motricidad fina, etc.).

3. Por parte de las familias y la sociedad civil:

- Fomentar la intergeneracionalidad, a fin de que los más jóvenes colaboren en la capacitación y familiarización de los medios digitales a las personas mayores.

Como vemos, hay un gran desafío por delante, hay mucho por hacer; la inclusión digital de las personas mayores no puede reducirse a una expresión de deseo y las brechas digitales, producto y productoras de desigualdades e inequidades sociales, ya no deben ser toleradas más, porque la inclusión digital forma parte del bien común y de los derechos de los ancianos.

Finalmente, debemos tener presente que, en un mundo en el que han proliferado las plataformas digitales y el contacto con el exterior como modo de interacción con el/los otro/s está basado en la "tele presencia", las exigencias respecto del manejo de las tecnologías digitales se han vuelto esencial para todas las edades.

Referencias

Alva de la Selva, A. R. (2015). Los nuevos rostros de la desigualdad en el siglo XXI: la brecha digital. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 60 (223), 265-286.

Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores. (2015). OEA

CABASE (2018). Estado de Internet en Argentina y la Región. Segundo semestre 2018. Recuperado en:

https://www.cabase.org.ar/wp-content/uploads/2018/09/CABASE-Internet-Index-II-Semestre-2018.pdf

CEPAL (2020). Universalizar el acceso a las tecnologías digitales para enfrentar los efectos del COVID-19. Informe especial COVID-19 N°7. Recuperado en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45938/S2000550_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Crovi, Druetta, D. (2004). Sociedad de la información y el conocimiento, entre lo falaz y lo posible. Buenos Aires: La Crujía

ENTE NACIONAL DE COMUNICACIONES-ENACOM (2018) Recuperado en: https://indicadores.enacom.gob.ar/indicadores-provincia

Observatorio de la Deuda Social Argentina (2020) Desigualdades sociales en tiempos de pandemia. UCA. Buenos Aires, Argentina. Recuperado en: http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2020/OBSERVATORIO-COMUNICADO-ODSA%20INFORMA-%202-31_03_VF.pdf

Pérez, E. (Septiembre 15, 2018). En San Juan la velocidad de Internet está muy abajo de la media nacional. diariodecuyo.com.ar

https://www.diariodecuyo.com.ar/economia/En-San-Juan-la-velocidad-de-internet-esta-muy-abajo-de-la-media-nacional-20180915-0077.html

Selwyn, N. (2004). Reconsidering political and popular understandings of the digital divide. New Media and Society, 6(3), 341-362.

Vasak, Karel (1979). “Pour les droits de l’homme de la troisieme génération: les droits de solidarité”, Lecon Inaugurale, Institut International des Droits de l’Homme.

VASAK, K.: «Les différentes catégories des Droits de l’homme», en Les dimensiones universelles des Droits de l’homme, UNESCO-Bruylant, Bruxelles, 1990.

5

La cotidianeidad de las vejeces en los contextos de la pandemia del COVID-19

Teresa Isabel Dornell Regueira

Resumen

Las medidas socio-sanitarias a partir del Coronavirus acarrearon un impacto en los espacios tradicionales de interacción de la vida social, causando efectos diversos, en donde los paisajes que aparecían naturalizados como la familia, los grupos de amigos y las redes de socialización, se vieron interrumpidos como consecuencia de la ruptura de las dinámicas rutinizadas de la cotidianeidad.

Con el COVID-19 se pasó del encuentro diario, de contacto físico, de circulación de los cuerpos, a un encuentro centrado en la virtualidad, que conllevó al encerramiento y control de los cuerpos para su circulación, centrando ese encerramiento en grupos considerados de riesgo según diversos criterios de argumentación, siendo las personas viejas uno de los grupos fragilizados por este criterio. Por ello, la consigna central de las campañas de los medios de difusión masiva fue prioritariamente: “no salir de casa para cuidarnos y así, cuidar a nuestros viejos”.

La pandemia debe ser discutida y a su vez, considerada como una expresión que pone de manifiesto las desigualdades e inequidades de nuestras poblaciones (grupos sociales más desprotegidos, las mujeres, las personas mayores), sin omitir que su contracara podría ser deliberada como una grieta que representa los diferentes pliegues de la vida social, que nos habilita a pensar en esa contradicción como un espacio de salidas, de oportunidades frente al so-pretexto de mecanismos controladores que limitaron nuestra libertad, haciendo visible la invisibilización de los cuidados y emergiendo desde lo cotidiano, para poder volver a reivindicar la cuestión comunitaria.

Palabras claves: Vejeces, pandemia, coronavirus, cotidianeidad, distanciamiento.

Abstract

The socio-sanitary measures from the corona virus had an impact on the traditional spaces of interaction of social life, causing various effects, where the landscapes that appeared naturalized such as family, groups of friends and socialization networks, were seen interrupted as a result of the breakdown of the routine dynamics of everyday life.

With COVID-19, it went from the daily encounter, of physical contact, of the movement of bodies to an encounter focused on virtuality, which led to the confinement and control of the bodies for their circulation, focusing that confinement on groups considered at risk, according to various argumentation criteria, old people being one of the groups weakened by this criterion. For this reason, the central slogan of the mass media campaigns was primarily: "not to leave home to take care of ourselves and thus, take care of our old people."

The pandemic must be discussed and, in turn, considered as an expression that highlights the inequalities and inequities of our populations (most vulnerable social groups, women, the elderly), without omitting that its other side could be deliberate as a crack that represents the different folds of social life, which enables us in this contradiction to think of it as a space of exits, of opportunities in the face of the under-pretext of controlling mechanisms that limited our freedom, making visible the invisibility of care and emerging from the everyday , to be able to vindicate the community issue again.

Keywords: *Old age, pandemic, corona–virus, daily life–distancing.*

Introducción

El presente documento es un ensayo[21] sobre un tema que ha paralizado al mundo, que es la pandemia provocada por el Coronavirus, a la cual aún no se ha encontrado posibles soluciones desde la dimensión médico-social y ha llevado a las sociedades a tener que confinarse para evitar

21. La elección de esta modalidad de presentación del tema como ensayo, es producto de problematizar desde perspectivas argumentativas plurales de opiniones y posicionamientos de una situación social a partir de la mirada de una profesión de las ciencias sociales y humanas. El seleccionar qué conocer y cómo conocer aquello que nos interpela y preocupa de la realidad, se refiere al planteo de la necesidad de decidir cómo recortar las experiencias que son parte de la realidad que se quiere acceder a través del conocimiento, y que está condicionada por la subjetividad de quienes estén implicados en esa interpelación. El conocer, por ende, tiene una connotación no sólo subjetiva sino también ideológica y política, por estar basada en una concepción del conocimiento, en el cual no existe la neutralidad, pues los seres humanos parten de un lugar del conocimiento que es previo y el reconocerlo y explicitarlo los introduce en la preocupación de objetivarla para comprenderla, manteniendo así la alerta necesaria de la vigilancia epistémica (Dornell, 2015).

enfermarse. En este contexto del COVID-19 en Uruguay, al igual que en el resto de los países de la región y del mundo, se han implementado estrategias de prevención para evitar el contagio y sus posibles secuelas.

La intención de este trabajo es poder realizar un análisis reflexivo articulador para la comprensión del concepto de pandemia o pandemias y su descentración con el concepto de salud-enfermedad, así como, repensar las expresiones de las pandemias desde las condiciones de vida cotidiana de las personas viejas.

Los fundamentos teóricos conceptuales de las estrategias de aislamiento, distanciamiento y reclusión, como los componentes instrumentales básicos que impliquen o implicaron acciones macro como micro-sociales para prevenir o evitar el Coronavirus, permitirán plantear la existencia de aspectos perdidos o invisibilizados de la realidad social, rescatando elementos fundantes de las inequidades de género, de clase social o de edad de las personas mayores como expresión esencial de la condición humana frente a mecanismos violentadores de los derechos.

Aproximación al concepto de pandemia o pandemias
¿De qué se habla cuando se hace referencia al tema de la pandemia?

Para comenzar a desarrollar una interpelación sobre las secuelas, impactos o cambios que provoca la manifestación de la pandemia, se tendría que comenzar conceptualizando qué se entiende por la misma.

El concepto de pandemia en el actual contexto del Coronavirus se define en función de parámetros médicos, los cuales la consideran como una afección provocada por una enfermedad epidémica infecciosa propia de los seres humanos y que ataca a gran parte de las personas de una zona o región, siendo de gran propagación internacional la extensión del virus en el área de influencia contaminada y de manera muy rápida el contagio, no existiendo estrategias de inmunidad contra el virus.[22]

Los criterios de los cuales se parte para que se declare una pandemia son que la extensión de contagio o del brote se debe presentar en más de un continente y que su propagación para que las

22. Esta cita fue elaboración propia de la autora del artículo, a partir de la lectura de materiales básicos de divulgación sobre COVID-19, de organismos internacionales como la OPS-OMS en el transcurso de los años 2019-2020, que le permitieron en disertaciones nacionales e internacionales ir construyendo esta aproximación conceptual del tema.

personas se infecten sea desde una transmisión originada en la comunidad territorial de ese país y no vengan de contagios externos a esa zona de contagio. Por eso, mientras el COVID-19 estuvo en China no era pandemia, sino epidemia.

La definición anteriormente explicitada, si bien está consensuada y socializada formalmente por la Real Academia Española (RAE) como ente responsable de regular las modalidades del lenguaje castellano, y por los Diccionarios de Epidemiología y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se podría considerar que corresponde a un sistema cerrado y arbitrario de esclarecimiento y enunciación del concepto de pandemia.

Ello no significa que se desconozca que la pandemia hoy vivenciada/padecida sea una emergencia de salud pública, según aportes de la OMS (2020), debido a la cantidad de casos graves, a la mortalidad que ha causado y a la vulnerabilidad constante y sin solución que ha provocado.

¿Se puede descentrar el concepto médico de pandemia hacia un concepto social e integral de pandemias?

Lo que se pretende en este apartado es poner en discusión la reducción de definir la pandemia solamente desde una perspectiva médica, no habilitando otras miradas, quedando por fuera la posibilidad de pensar otras formas de pandemias o de pensar pandemias cuyo contenido central sean polimorfos y complejos, situando a la pandemia como una manifestación no exclusiva del campo médico, sino de otras esferas de la realidad social. Por eso, se podría hablar de pandemias sociales, económicas, políticas, culturales, religiosas, entre otras.

La reducción de la acepción de pandemia, centrada solamente en la mirada médica, se superaría si se parte de su definición original del griego y si se introduce, a su vez, el concepto griego de "*noxa*".

Para los griegos, en el siglo V a.C. se definía a la pandemia como la expresión obtenida de la reunión del pueblo. La palabra viene de dos raíces griegas, que son "*pan*", en el entendido de "totalidad" y "*demia*" como "*demos*", que es la traducción de "pueblo". Sintetizándose entonces la definición de pandemia como la reunión de la totalidad de un pueblo frente a algo que los ataca o afecta y ante lo que se encuentran indefensos.

Mientras que las noxas son aquellos elementos que afectan a los seres vivos, provocando diversos daños o desequilibrios, estableciendo que sus desencadenantes tienen múltiples razones y se encuentran en detrimento de los grupos humanos, porque afectan y atentan contra su bienestar al modificar su condición ontológica de vida, como expresión biológica, física, psíquica, social o cultural.

La transmisión de las *noxas* está vinculada a las interacciones de las personas con su entorno, a la susceptibilidad orgánica y a las condiciones ambientales. Se podría clasificar a las noxas en noxas biológicas (como los virus, las bacterias), *noxas* físico-químicas (como las sustancias tóxicas) y las *noxas* socioculturales (problemas éticos-morales, padecimientos psicológicos o carencias sociales) (Pérez Porto y Gardey; 2008).

Si a la definición de pandemia desde la traducción griega se le incorpora la concepción de *noxa*, quizás estaríamos incursionando en una modalidad distinta de problematizar y comprender la pandemia o las pandemias, permitiendo irrumpir en pensar a la pandemia no sólo como una manifestación que enferma los cuerpos por su potencial viral, sino que se permite aflorar otros componentes ocultos, subyacentes y latentes de otras expresiones de daño o afectación, como son las condiciones históricas de pobrezas, desigualdades de clases, inequidades de género y sometimientos de opresiones, que vulneran esferas distintas para el acceso de derechos.

Desde estas configuraciones, la salud pasa a ser no sólo la ausencia de enfermedad o su correlato hacia la enfermedad, sino las cualidades objetivas y subjetivas de vida y las capacidades de las personas para afrontar no sólo individualmente, sino colectivamente, lo que los aqueja.

Por ende, la pandemia no es sólo lo que ocurre por la acción del virus, sino que va acompañada de otras condiciones de dolencia o de carencias históricas, sociales y económicas que afloran en estos contextos de pandemia, haciendo visibles otras pandemias.

El distanciamiento físico-social como no equivalente al aislamiento social Desatando nudos antagónicos desde la contemplación de la totalidad

El distanciamiento social y/o distanciamiento físico aparece cuando se hace referencia a la reclusión de las personas en espacios claramente delimitados. La reclusión puede ser de carácter obligatorio o como norma de prevención, que si bien no es obligatoria, la modalidad en cómo se expresa la recomendación para acatarla le brinda una connotación generalmente de conducta forzada, bajo

el pretexto de estar asociada a medidas de precaución frente a un tema que puede provocar daño o riesgo a las personas en esa situación. Igualmente, no se debe olvidar que en nuestro país las medidas de distanciamiento se caracterizaron por ser de carácter voluntario y solidario.

En el actual contexto de pandemia se establecieron medidas de precaución que fueron distintas según los acuerdos socio-sanitarios de cada país: en Argentina las medidas fueron de carácter obligatorio, como en España, y en Uruguay tuvieron un contenido no forzado, de no obligatoriedad, acompañadas de estrategias que habilitaron a que las personas no salieran de sus hogares y no fueran a espacios de estudio o trabajo (apareciendo los encuentros virtuales), como tampoco a ámbitos de participación o socialización grupal en espacios colectivos.

El distanciamiento social se presentó como un compromiso individual hacia lo familiar, donde las expresiones de no encuentro de los colectivos conllevaron a procesos de exclusión. Modalidades de exclusión que pusieron en debate los temas de privacidad y sus repercusiones emocionales, afectivas, psicológicas y sociales. Aunque no existe una sola concepción de privacidad, el Coronavirus permitió repensar la privacidad como enunciado de alejamiento físico que interpela el propio control de la interacción en sociedad y las formas en cómo se presenta el control selectivo de la información.

La privacidad hace al espacio personal y se encuentra inmersa en momentos determinados de las interacciones sociales concretas con otras personas, como ámbito natural que explicita los comportamientos cotidianos que se desarrollan. Las manifestaciones de la privacidad se dirigen a proteger la interacción social, facilitando la comunicación, salvaguardando así la posible liberación de las emociones y las manifestaciones que se vieron interrumpidas por las medidas socio-sanitarias del distanciamiento social.

En estas medidas exigidas en pro del cuidado de las personas, según grupos de edades y/o patologías, entre otras exclusiones para fundamentar el encierro, se sitúo al cuidado como una medida de control y no como un componente sustancial de solidaridad cotidiana de las personas frente a la emergencia sanitaria.

El cuidado pasó de ser una expresión del ser humano, que le es inherente en tanto ser social y que le da sentido a sus prácticas en la configuración del ser universal-general hacia la significación del ser singular-peculiar-particular (Dornell, 2015), a ser una obligación individualizada de carácter colectivo casi imperativo.

En otros términos, el cuidado en este contexto de pandemia pierde así su dimensión de práctica histórica solidaria, que se construye junto a otros y con otros para pasar a ser una práctica individualizada, de deber ser, carente de compromiso social.

Retomando nuevamente la problematización de la privacidad, desde una concepción ancestral se observa que se le asocia a los conceptos de aislamiento o distanciamiento. Pero se considera pertinente aclarar que la privacidad no tiene correlato con el aislamiento, pero sí con el distanciamiento, y el distanciamiento no es sinónimo de aislamiento.

El aislamiento físico y social es casi inexistente en la interacción social, ya que los seres humanos por naturaleza viven en sociedad y prima un concepto que en antropología cultural se denomina el instinto gregario[23]. Las personas no pueden aislarse de la sociedad, eso es casi imposible, lo que sí se produce son mecanismos de distanciamiento hacia otros, a través de la soledad, el retiro social, la reclusión, el encierro u otros comportamientos de deseos de estar o encontrarse incomunicado y solitario.

Mientras que el distanciamiento es parte de los comportamientos de las personas como expresión de apartarse o recluirse por distintas circunstancias, donde el fin de estas acciones es cuidar y prevenir (a uno mismo o a otros de nuestros posibles comportamientos).

Este apartamiento puede deberse a normas jurídicas (privados de libertad, normas de seguridad ejercidas en un país), a normas morales (sanciones impuestas por principios religiosos o de sectas) y/o a normas sociales (impuestas por la lógica del mapeo ideográfico del pensamiento burgués).

Esta falacia de esa posible equivalencia entre aislamiento y distanciamiento queda demostrada al reconocer el papel de la comunidad y los barrios en torno a las actividades que se realizan para contemplar las necesidades de las poblaciones más vulnerables, como pueden ser las ollas populares como medidas de ayuda y de solidaridad, como herramienta para paliar la situación económica y social.

En esta etapa que se está viviendo, las medidas socio-sanitarias apuntaron al distanciamiento social, que conllevó a un distanciamiento físico que incrementó las manifestaciones de privacidad, potenciándolas sin pretender hacerlo, debido a la inducción de rupturas de lo cotidiano en la vida social.

23. Se puede definir el instinto gregario como la necesidad primitiva y esencial de las personas de agruparse, conformando conglomerados para así preservarse y cuidarse, perpetuándose a través del campo cultural, evitando su propia extinción.

Esta privacidad fue variable según las trayectorias personales y familiares de las personas implicadas en estos procesos de pandemia, pero en los procesos de envejecimiento y en las vejeces significó agudizar las expresiones de soledad y abandono.

La soledad hace reseña a estar solo, pero esa soledad está siendo viabilizada por una imposición, que es arbitraria e injusta; como consecuencia de los contextos de las pandemias, no se ha decidido de manera voluntaria, es una situación de retiro temporal que está siendo regulada por las estrategias de control del cuidado sanitario que ordenan las esferas de la interacción social.

Esta soledad de encontrarse solitario y vacío a la vez, a través del confinamiento de cuerpos en duelo con la corporalidad, genera en las vejeces situaciones de extrañación con un desdibujamiento del ser, en tanto pérdida y desfiguración de ese ser, acompañada de situaciones de identificación fragmentada del estar, con sensaciones de estar siendo borrado u olvidado en esa existencia, desvaneciéndose lo colectivo-social.

La retirada social del/los sujeto/s estableció una ruptura en la sociabilidad del yo en relación con los otros para la necesaria conformación de un nosotros, instalando un individualismo que significó retraimientos, con la consiguiente cerrazón del sujeto en sí mismo.

Los mecanismos de regulación de los cuidados en las vejeces, por ser consideradas poblaciones de riesgo, no sólo implicó recluirlos para evitar que se enfermasen y enfermaran a los demás, sino que evidenció, a través de los discursos de los medios masivos de comunicación, hacerlos poseedores de una responsabilidad individual más que social de no contagiar, culpabilizándolos a su vez por la etapa de la vida en que se encuentran (desde la mirada del ciclo vital o edadismo[24]), logrando la aparición nuevamente de juicios de valor que expresan prejuicios[25] que reproducen prenociones sobre los viejos (viejismos[26]).

A esto se le debe sumar el estatus socio-económico de las personas viejas, en el cual se encuentra como vectores transversales para su comprensión su condición de clase, su salida de la actividad laboral por pensión o jubilación considerando a las/os viejas/os como personas no activas

24. El edadismo comprendido como una modalidad de discriminación a partir de la creación de estereotipos contra personas de un mismo grupo edad o franja etaria. Esta definición es de suma pertinencia al referirnos a los términos de vejeces o personas mayores.
25. El prejuicio en el entendido de expresiones y actitudes que califican a un/una otro/a con cualidades negativas por pertenecer a un grupo de referencia que está siendo discriminado o descalificado social, económica, política y culturalmente, por ser parte de un determinado género, raza, etnia o grupos de edad.
26. El viejismo definido como el compendio que reúne expresiones y actitudes prejuiciosas, con imaginarios estructurados y rígidos que provocan discriminaciones hacia las personas en función de su edad.

ni productivas, sino como un gasto por el costo elevado de la seguridad social y en los sistemas de salud, al ser una de las poblaciones más vulneradas en salud de contraer la enfermedad y poder fallecer.

La intimidad en esta privacidad se evidenció vulnerada frente al encuentro virtual forzado de largas horas de ocio en las vejeces, o largas jornadas de encuentros virtuales de manera simultánea de las niñas, niños y adolescentes por estudio, como de la población joven y adulta joven por tele-trabajo.

Los quebrantamientos a la privacidad, a la intimidad y a la vida cotidiana se presentaron con mayor agudización, creando más vulnerabilidades a las ya existentes a aquellas personas o grupos de personas con trabajo no estable o sin trabajo y condiciones de desafiliación, no sólo del trabajo sino del estudio y de la vida social plena.

Esta privacidad intimidatoria también provocó hacinamiento, entendiéndolo no desde la acepción tradicional y consensuada del término, sino desde la mirada del espacio personal que rodea a la persona, donde los límites se comenzaron a invisibilizar y la distancia personal como medio de comunicación se siente amenazada por un/a otro/a que invade la burbuja, esa aura, sin previa autorización o acuerdo, poniendo en estado de alerta los sentidos (imágenes, tono de la voz, olores, gestos, postura, entre otros).

El distanciamiento social conllevó al confinamiento de los cuerpos, mientras que el distanciamiento físico llevó a la irrupción de la cotidianeidad , produciéndose así fisuras de diversa índole, que van desde: (i) interferencias en las relaciones interpersonales a irrupciones de los proyectos personales, (ii) duelos de cuerpos vacíos de corporalidad, a pérdidas que llevan a la no conclusión de lo planificado, (iii) nuevas formas de organización de lo temporo–espacial a la aparición de la procrastinación[27], significando la ruptura de lo ya conocido, lo certero y lo esperado en la vida social.

La sumatoria de cambios abruptos en la vida económica (para algunos a través del tele-trabajo y para otros la pérdida de fuentes laborales, especialmente en aquellos trabajadores con mayor precariedad laboral); en la vida política (vaciamientos de los espacios o ámbitos naturales de reunión,

27. La procrastinación se plantea como una conducta de evasión y/o retraso de actividades que se deben realizar en el diario vivir. Ese aplazamiento de tareas conllevan a generar ansiedad, al no hacer lo que se debería hacer; es una respuesta de omisión frente a una responsabilidad que no se puede asumir por resultar irrelevante o poco gratificante concretarla. Se da por dificultades en el manejo de los tiempos (uso y abuso desmedido del Internet) o en las formas de cómo volver a re planificar tareas en momentos de ociedad.

de participación social, política y cultural) y en la vida diaria (no salir de su casa), fueron bajo la consigna de no estar juntos, como un sacrificio a favor del cuidado: cuidarte y cuidar para no contagiarnos.

Hacia un distanciamiento físico-social que no comprometa la esfera emocional en las vejeces

Con el advenimiento del COVID-19 la virtualidad aflora y adquiere un nuevo lugar de encuentro para generar redes de contención, de acompañamiento y apoyo para distintos grupos de la sociedad, aminorando la hostilidad de las medidas de distanciamiento físico- social. Es así que en las vejeces, las redes sociales y las tecnologías, pasan más por el uso del celular o el teléfono fijo, que por los dispositivos de comunicación virtual. La mejor indicación para estos tiempos fue poder hacer uso de lo virtual en la medida de lo posible.

Las personas mayores no están acostumbradas a usar las redes sociales y las tecnologías, sus formas de comunicación pasaban por el teléfono, el escuchar a alguien del otro lado era muy importante, los hacía mantener el vínculo con su familia, amigos y conocidos; pero la pandemia situó a este sistema comunicacional en discusión, al considerar que no podía ni debía ser el único medio de encuentro virtual.

Para aminorar la angustia, la ansiedad que provocó y provoca no estar presente junto al otro, se aconsejó el uso de dispositivos más complejos de comunicación, en especial para las/os viejas/os, en el entendido de que es un hecho real y objetivo el distanciamiento físico y que se sientan solas/os; la intención para revertir ese sentimiento, complementando a esa cotidianeidad del contacto fue hacer visible al otro a través de la cámara, mediando la idea de que el distanciamiento físico y social no significa distanciamiento emocional.

En los hogares de clase media la laptop ingresa como uno de los sistemas comunicacionales de referencia, para mantener de manera lejana pero a su vez cercana a esos cuerpos encerrados, junto a la crisis de sensaciones encontradas y diversas.

Estas impresiones que contienen sensaciones y sentimientos que comienzan a sentirse y que se desarrollan bajo el sentido de alejamiento físico y bloqueo emocional, logran ser amortiguados parcialmente con estos procedimientos de comunicación, al poder escuchar y ver a alguien del otro lado, aunque ese cuerpo no esté presente.

Los vínculos con los familiares y amigos, la importancia del tele-trabajo y la educación a distancia se introducen como modalidades de interacción frecuentes como consecuencia del Coronavirus. Los dispositivos electrónicos invaden nuestras vidas cotidianas de manera recurrente y se convierten en más necesarios que antes, donde la permanencia de los vínculos se puede tornar dificultosa, pero la gran capacidad de acomodo y adaptación de las personas en general y de las/os viejas/os en especial, lo mediatiza y soluciona.

La interacción con la virtualidad generó un cambio de los paisajes tradicionales, estables y familiares hacia la aparición de nuevos paisajes reiterativos del encierro. La irrupción de la dinámica cotidiana conocida trajo aparejado la apertura de nuevas puertas de incertidumbre e inestabilidad, con la consiguiente aparición de padecimientos de nostalgia, ansiedad y angustia frente a lo desconocido y lo invasivo de la virtualidad.

Este acceso y uso desmedido de la virtualidad desconfiguró las reglas de ordenamiento de la jornada diaria, produciendo cambios en la comensalidad (con desayunos a la hora del mediodía y almuerzos en las tardecitas) y en las prácticas horarias de trabajo y estudio, al pasar a tener extensas cargas horarias de conexión con la virtualidad, con divergencia en los horarios tradicionales del uso del tiempo libre u ocio.

Con la virtualidad no todo se tornó negativo, su contracara posibilitó un nuevo y original lugar de encuentro, generando dispositivos de contención, como redes de apoyo que permitieron el acompañamiento y acercamiento desde la distancia. Estos dispositivos fueron y son de suma importancia en las personas mayores, ya que pretendieron y lograron sostener los vacíos emocionales que produjo el distanciamiento físico–social del encuentro de los cuerpos y sus sentidos, aminorando la hostilidad de las medidas socio–sanitarias.

La sociedad presentó un abanico explayado de expresiones comunitarias innovadoras y de organización, creando estrategias de cuidado, de contención y de ayuda hacia diversos sectores sociales, en los cuales las personas mayores no estuvieron ausentes: su presencia estuvo no sólo como destinatario para el acompañamiento de acciones de apoyo material como emocional, sino que a su vez fue participante activo en el aporte de estrategias solidarias frente a los grupos más vulnerables, a través de las huertas familiares y colectivas y las redes de ollas populares, para salvaguardar aspectos relacionados a las necesidades básicas primarias como es la alimentación.

Pero este distanciamiento vulneró aún más a actores con desigualdades e inequidades históricas, mostrándose el aumento de indicadores de violencia de género, de maltrato hacia niñas, niños, adolescentes y personas viejas, como consecuencia de una convivencia de veinticuatro horas diarias en el seno del hogar con personas violentas y maltratadoras.[28]

Este encierro contribuyó a aflorar los agobios, las frustraciones y las insatisfacciones personales, facilitando el aumento a la exposición de la violencia cotidiana, pasando a ser el distanciamiento una opción a cumplir y no una disposición a elegir.

En esta discusión, se vuelve a introducir el tema de los cuidados, que nuevamente retornan a su invisibilización frente a las medidas socio-sanitarios de reclusión, intensificándose el trabajo de la mujer (joven, adulta o vieja) en su ámbito doméstico, al deber cuidar a la prole y trabajar en un mismo tiempo y espacio determinado.

La posibilidad de repensar estos contextos pandémicos, no sólo como manifestaciones que ponen al descubierto las inequidades y desigualdades de clase, género, etnia, de grupos de edades (en especial a las personas mayores), entre otras, sino como paisajes que en esa diversidad de expresiones, transfiere el afloramiento de rutas de salida, de caminos de lucha y por ende, de oportunidades, en un panorama de gran incertidumbre, temor y dilema, pero también de esperanza, anhelo y disputa.

Repensando el tránsito de las pandemias y sus posibles recorridas de salida

A modo de síntesis, la pandemia de Coronavirus COVID-19 ha impactado sobre todos los aspectos de nuestras vidas y también lo ha hecho sobre las experiencias del lugar en los distintos grupos de la población y de forma muy particular, en las personas mayores.

La inestabilidad frente al virus que han sufrido los sistemas de salud y de cuidados de larga duración, de los cuales algunos han sido recortados a lo largo del tiempo, ha provocado nuevos usos de los espacios.

Las medidas de distanciamiento físico y social vislumbraron las soledades de las/os viejas/os, y pusieron al descubierto sus carencias, sus necesidades y sus vulnerabilidades.

28. Esta cita fue elaboración propia de la autora del artículo a partir de la lectura de materiales de páginas *web* sobre posibles impactos de la pandemia de COVID-19 a corto plazo en el transcurso de los años 2019-2020.

El entorno físico y social de la vida diaria y sus distintos paisajes humanos y culturales se han transformado. Las imprescindibles medidas de distanciamiento experimentadas han inducido al cierre de lugares de encuentro, con el confinamiento en el hogar, acompañado de la restricción de los vínculos directos con el mundo exterior y la limitación de las relaciones intergeneracionales, considerándose que el espacio cotidiano de las personas mayores ha cambiado profundamente, de manera radical.

Las barreras sociales, económicas y culturales, como la desigualdad de clase, que se evidencia en el cuidado, pueden ser una tarea más ardua cuando no se cuenta con determinadas condiciones materiales. La crisis del cuidado acompaña estos elementos y habilita a cuestionar y planificar el cuidado del presente como el cuidado hacia el futuro.

Las experiencias del cuidado en las personas mayores presentan una diversidad de matices y complejos escenarios, centrar la discusión en el cómo se desarrollan esas estrategias de cuidados en las personas mayores, en sus espacios naturales de socialización en tiempos de pandemias, representando a un grupo de riesgo socio-sanitario requiere de una interpelación diferente al tema.

En los aspectos más perjudiciales, el cuidado se puede problematizar desde las inequidades de género, que generalmente aparecen en las relaciones de cuidado, al igual que en los servicios que se ofrecen desde el Estado (maltrato estructural) o el mercado.

Sin dejar de tener en cuenta las principales emociones que los viejos plantean, como son la aparición de temores y sentimientos de incapacidad para enfrentar esta etapa de la vida por sí mismos. La soledad es otro componente que aparece junto al tiempo libre, que cuando no se ha tenido una vida de variados contactos sociales, con participación en centros y organizaciones sociales, comunitarias, políticas y religiosas, se hace dificultoso el proceso de integraciones en estos ámbitos.

El entorno cercano juega un papel fundamental en la integración social en la vejez, que muchas veces se ve limitada por la presencia de diferentes tipos de barreras relacionadas con las condiciones socio-económicas y ambientales, de dotaciones de servicios, de accesibilidad y de seguridad en el lugar en el que viven.

Con la pandemia, la interpelación del cuidado humano vuelve a resurgir, tratándose de buscar estrategias de cómo cuidar y cuidarse a las personas. Estas trayectorias ponen al descubierto las prácticas individuales y colectivas de los diversos actores implicados, en un proceso que envuelve

rituales consensuados que reproducen un mandato social sobre qué se entiende por cuidar y ser cuidado en la era del Coronavirus, legitimando procederes, a través de un consenso, en torno al bienestar de la población en general y de las personas viejas en particular.

La comprensión de los fundamentos del cuidado, junto a la corresponsabilidad entre el Estado y el Mercado, en concordancia con el rescate y la relevancia de las relaciones intergeneracionales, de la potenciación de los lazos familiares y sociales y la triangulación entre participación, internalización de testimonios e interiorización de estrategias, permitirá recorrer trayectorias liberadoras.

Es así que los dispositivos sociales de cuidado deberán contener formas de ser y de estar, de saber y de poder interseccionales, que coloquen las deliberaciones en las fuerzas centrífugas y no sólo centrípetas, permitiendo las diversidades de la unidad por intermedio de transversalidades de historias individuales y colectivas que liberen las expresiones de opresión históricas de los grupos humanos desde las perspectivas decoloniales.

Miradas decoloniales que habiliten a emerger, a revelar e interpelar los puntos de inflexión de los sometimientos sufridos y vivenciados y acallados bajo la lógica de un modelo de proyecto modernizador que moralizó y naturalizó nuestras prácticas diarias.

En síntesis, se puede pensar la/s pandemia/s no sólo como una expresión que pone de manifiesto las desigualdades, inequidades y sistemas de opresiones históricas como recientes de nuestras poblaciones, en especial de las personas viejas, sino como una contracara que permite pensarla/s como una grieta compuesta e integrada por una diversidad de pliegues de la vida social.

Fisuras que habilitan en esa contradicción a crear laberintos de salidas y de oportunidades, que hagan visible lo invisibilizado del cuidado humano, emergiendo desde lo cotidiano y pudiendo reivindicar la cuestión comunitaria, frente a los mecanismos controladores que limitan las expresiones de derechos y libertades.

Referencias

Dornell, T. (2015). Ontología de la cultura del cuidado en la vejez y envejecimiento. En: Revista Chilena RUMBOS TS, año X, Nº 12, 2015. ISSN 0718- 4182 (130-146).

Organización Mundial de la Salud (junio/2020). “La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles”. En: https://www.who.int/es/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases. Recuperado agosto de 2020.

Pérez Porto, J. y Gardey, A. (2008). Definición de enfermedad. Publicado: 2008. Actualizado: 2012 (https://definicion.de/enfermedad/)

Pérez Porto, J. y Gardey, A. (2008). Definición de noxa. Publicado: 2019. Actualizado: 2020 (https://definicion.de/noxa/)

6

De vejez y vejeces en tiempos de pandemia

Sandra Sande Muletaber

Resumen

La situación que ha emergido a partir de la instalación de la pandemia a nivel mundial por el COVID-19 “invita a pensar”, no tanto durante el tránsito sino en la post pandemia, los impactos que esta crisis deja en los sistemas de cuidados y de atención a las personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Este virus ha mostrado un comportamiento en torno a los contagios de una mayor letalidad en el grupo de las personas mayores (PM), explicado desde la comorbilidad que afecta a esta población, pero sin demasiada información sobre si esto es así, procesada al momento de escribir este artículo.

Los desafíos a los que las sociedades se enfrentan para la atención de las personas viejas cuando son dependientes, desde un marco de DDHH y de respeto a su autonomía, se acrecientan. Si las respuestas en términos de cuidado fueron acotadas previamente a la pandemia, es probable que se tornen aún más focalizadas a la extrema vulnerabilidad una vez salida de ella. En “Uruguay” las señales van apareciendo, no sólo por la crisis económica que ya se ha instalado por la pérdida de empleos, sino por el giro neoliberal que están asumiendo las políticas sociales. Se acaba de anunciar el cierre del Sistema Nacional de Cuidados, que fuera un ejemplo en Latinoamérica, sobre todo desde el paradigma en que fue pensado.

Frente a esto cabe hacerse algunas preguntas: ¿hay situaciones con respecto al cuidado de las personas mayores que se develaron a partir de la pandemia? ¿Los dispositivos existentes fueron eficaces en la protección del contagio? Pero aún más: ¿Cómo transitaron/transitan las personas viejas el confinamiento?

Palabras claves: Vejeces, Sindemia, Políticas Públicas, cuidados

Abstract

The situation that has emerged from the installation of the pandemic worldwide by COVID 19 invites us to think, not so much during transit but in the post- pandemic, the impacts that this crisis leaves on the care and attention systems for people older people in vulnerable situations.

This virus has shown a behavior around contagions with a greater lethality in the group of elderly people, explained from the comorbidity that affects this population, but without too much information processed yet.

The challenges that societies face for the care of the elderly, when they are dependent, from a framework of human rights and respect for their autonomy increase. If the responses in terms of care were limited previously to the pandemic, it is likely that they will become even more focused on extreme vulnerability once they are out of it. In Uruguay the signs are appearing, not only because of the economic crisis that has already set in due to the loss of jobs, but also because of the neoliberal turn that social policies are assuming. The closure of the National Care System has just been announced, which would be an example in Latin America especially from the paradigm in which it was thought

Faced with this, it is worth asking some questions: are there situations regarding the care of the elderly that were revealed after the pandemic? We're existing devices effective in protecting against contagion? But even more: how did/do old people go through confinement?

Keywords: *Old age, Syndemic, Public Policies, Care*

Introducción

La situación de pandemia puso en evidencia la necesidad de problematizar la temática de los cuidados. La apelación al aislamiento, que en el caso de Uruguay fue voluntario, como medida de prevención del contagio sacó a la luz las dificultades de las familias para asumir la carga de los cuidados que las personas necesitan a lo largo de sus vidas. Para el caso de las personas viejas, la apelación al aislamiento encontró también una forma de perceptibilidad, dando lugar a diferentes lecturas.

La vejez es diversa, las situaciones por las que pasan las personas también. Solo el prejuicio y el estigma social pueden presentar a la vejez como homogénea y en general desde sus aspectos

deficitarios. Por lo tanto, debería evitarse la definición de acciones y políticas iguales para personas que se encuentran en diferentes situaciones de desigualdad social y que lo único que las une es la edad.

Los cuidados de las personas mayores cuando presentan dependencia no es un tema que esté en la agenda de ningún gobierno (Hunchuan, 2009; Sande, 2014,2018). En Uruguay, la era progresista dio algunos pasos en materia de reconocimiento de derechos, dato no menor, pero fue insuficiente en la provisión de institucionalidad y materialidad de las políticas. En este contexto, los primeros meses el confinamiento se vio facilitado porque aún persistían ciertas fortalezas en términos de recursos (sistema de salud consolidado, algunas prestaciones estaban amparadas por presupuesto anterior, en algunos ahorros familiares).

El nuevo gobierno decreta en el primer mes de la crisis sanitaria un aumento de las tarifas públicas y empieza lentamente a cerrar programas del Ministerio de Desarrollo, dentro de la Ley de Urgente Consideración (LUC) se degrada al Instituto de las Personas Mayores (Inmayores) a dirección, con lo que se le quita el carácter de organismo rector, y se lo vacía de programas. En el marco de la pandemia, entre visillos, silenciosamente, se vacía un lugar de protección de derechos.

Esto supone un problema para toda la sociedad. La constitución de la temática de la vejez como tema de interés público se consolida en la formulación de políticas. Para atenderla es necesaria la regulación institucional, la asignación de recursos y, sobre todo, una mirada que ubique a los beneficiarios de esas políticas como sujetos de derecho. Las políticas reflejan intenciones y discursos, dan cuenta de determinado interés por ciertos temas y se materializan en institucionalidad. Esto último es lo que está en cuestión en medio de una crisis sanitaria a la que no se le avizora el fin.

Uruguay y sus características: La etapa pre–pandemia

En este apartado se introducirá información sobre las características demográficas y de las políticas sociales que ha sostenido el país previo a la pandemia, que en Uruguay coincide con el cambio de gobierno que deja atrás 15 años de crecimiento sostenido de políticas con perspectiva de derechos, que los anteriores gobiernos “progresistas” habían instalado.

En materia de políticas sociales, el país, durante 15 años, fue desarrollando una serie de propuestas enmarcadas en el paradigma de los Derechos Humanos con avances que en muchos

casos lo colocaron a la vanguardia. Desde la Ley de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre hombres y mujeres (2007), pasando por la legalización de la marihuana (2014), a la ley 19.430 que incorpora la convención de los derechos de las personas mayores al ordenamiento jurídico.

Aspectos demográficos

Uruguay se ubica en el cono sur de América Latina. Está situado en el sureste de América del Sur y limita al sur con el océano Atlántico, entre Argentina y Brasil. Tiene una superficie de 176,215 km^2. De acuerdo con los datos del último censo contaba en 2011 con 3,286,314 habitantes (INE, 2011), y se encuentra en el lugar 135 de la tabla de población con una moderada densidad de 20 habitantes por km^2.

Se trata del país de América Latina con mayor índice de envejecimiento después de Cuba, siendo el primero en avanzar en este proceso. A título de ejemplo, se muestra el cuadro basado en CELADE (2019), con datos de algunos países desde 1950 a la actualidad. Las personas mayores de 60 años, a nivel mundial, alcanzan a ser 962 millones (13 % del total) y el porcentaje está en el orden del 7% (ONU, 2017), mientras que para Uruguay es del 14.15%, lo cual lo ubica en el tercer lugar, luego de la Comunidad Europea y Japón con respecto al envejecimiento poblacional, y lo convierte en la sociedad más envejecida de América Latina (ONU, 2017; INE, 2011; INE, 2018).

Tabla 1.

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO AMÉRICA LATINA

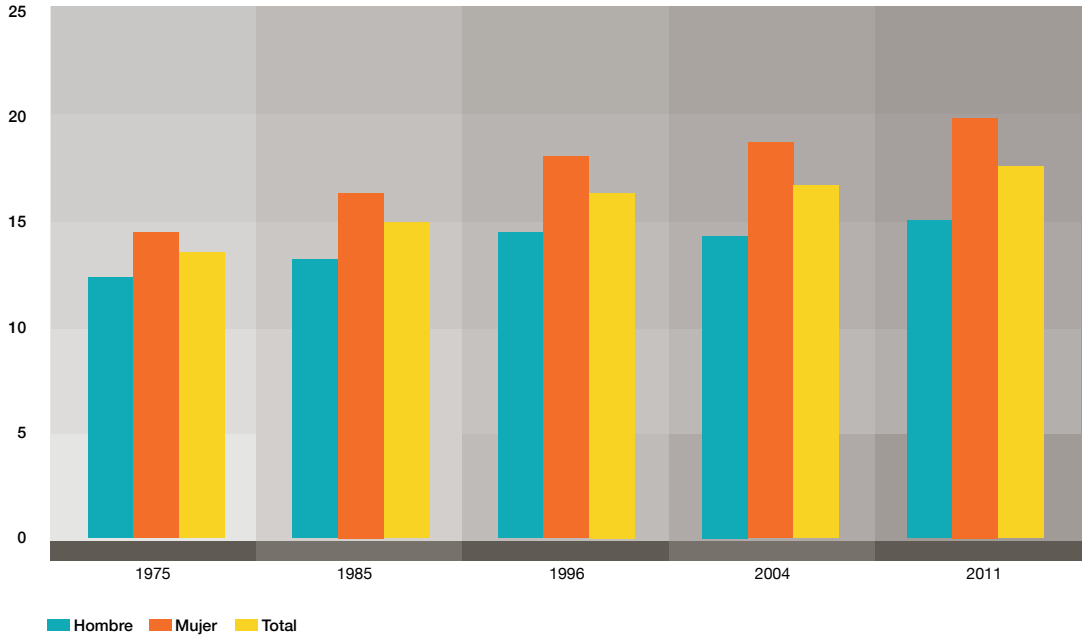
Países	1950	1960	2000	2010	2015	2020
Argentina	22.4	28.3	46.7	54.6	59.0	63.6
Brasil	11.7	12.0	26.5	40.9	53.3	67.8
Chile	14.2	14.9	39.4	60.2	74.6	90.3
Cuba	19.1	20.7	63.6	97.8	116.5	133.5
México	12.6	11.8	21.5	30.0	36.0	43.5
Perú	13.7	12.8	20.9	29.6	38.0	50.7
R. Dominicana	9.7	8.5	20.7	27.8	33.4	40.5

Fuente: Resumen con base en CELADE (2019).

Las personas mayores de 60 años representan el 19% de la población total y el 21% de las que habitan en la capital. Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2011), en el país viven 484,407 personas mayores de 64 años, lo que representa el 14% de la población total.

Gráfica 1.

AUMENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO (EN PORCENTAJES). CENSO 1975-2011



Fuente: Paredes (2014).

Según las estimaciones, la esperanza de vida al nacer de las mujeres asciende a 80.46 años, y a 73.62 años para los varones (Brunet y Márquez, 2016). La tasa global de fecundidad es de alrededor de 2.04 hijos por mujer y la esperanza de vida al nacer alcanza los 77 años (Paredes, 2014, p. 44).

La sociedad uruguaya muestra una tendencia a la feminización en los tramos de edad más altos. De cada diez personas mayores de 65 años, seis son mujeres, lo que significa un índice de feminidad

de 151 (1.5 mujeres mayores por cada varón mayor). Montevideo es el departamento con el valor más alto del índice de feminidad, pues hay 177 mujeres por cada 100 varones (Brunet y Márquez, 2016). Las personas de 65 a 84 años representan el 86.8 % (420,446 personas) y las de 85 y más años el 13.2% (63,961 personas). Se ha verificado un incremento del peso de los tramos de edad de 85 años y más dentro de esta población, lo que implica un aumento del índice de sobreenvejecimiento, que pasa del 9.6% en 1996 a 13.2% en 2015. Dentro del grupo de personas con edades entre los 65 y los 84 años, los varones representan el 41.6% y las mujeres el 58.4% (Inmayores, 2015).

Gráfica 2.

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE MONTEVIDEO SEGÚN EL CENSO DE 2011

Fuente: Intendencia de Montevideo (2013) con base a censos 2011.

Cuenta con una alta proporción de hogares con personas mayores jefas de hogar (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010). El 34% de las personas mayores viven solas en un hogar de tipo unipersonal, el 94.6% reside en zonas urbanas, el 45.2% está casada y un 32% es viuda. La viudez

es más frecuente en las mujeres mayores de 65 años que en los varones de la misma edad (45.7% de las mujeres frente a un 12.7% de los varones). Tan sólo en la ciudad de Montevideo, de acuerdo con datos del último Censo (Uruguay, 2011), hay 60,099 mayores de 80 años.

Políticas sociales para las vejeces: lo instituido, los soportes y las carencias.

Uruguay se ha caracterizado por poseer una larga tradición de políticas de bienestar, consolidadas desde la primera mitad del siglo XX. A partir del año 2005 asume el gobierno el Frente Amplio y promueve un "estatismo moderado", interviniendo en las políticas, expandiendo las transferencias monetarias, tomando medidas en el ámbito laboral, en la salud, con acciones asistenciales focalizadas de amplia cobertura (Antía y Midaglia; 2013). Se implementaron políticas universales no contributivas como la educación y otras con altas tasas de cobertura como la salud.

El país cuenta con una serie de normativas específicas para personas mayores en materia de Derechos Humanos, que incluye la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por parte del Estado uruguayo. El 24 de agosto de 2016, la Cámara de Senadores y de Diputados, reunidos en Asamblea General, la aprueban y se convierte en ley (Ley Nº 19.430).

Con respecto a las políticas sociales, han estado vinculadas fundamentalmente a la seguridad social —con una amplia cobertura (95.53%)— y en salud, al estar incluida la población en el Sistema Integrado de Salud. En cambio, las respuestas para las problemáticas concretas en esta población han sido escasas y con niveles altos de focalización (Cinve, 2018; Van Rompaey & Scavino, 2018; Sande 2014, 2018).

El Estado uruguayo ha actuado a lo largo del tiempo en la previsión de situaciones sociales a través de la provisión de bienes y servicios (Filgueira; 2006, Hernández; 2000; Paredes; 2006 y 2008, Migdalia; 2001) articulados al mundo del trabajo. Las políticas pioneras en materia de vejez fueron las de seguridad social y fue uno los primeros países en lograr una amplia cobertura. Desde finales del siglo XIX Uruguay cuenta con una normativa sobre pensiones contributivas. Las personas que reciben ingresos por jubilaciones ascienden a 713,551 (DGI, 2017). A junio de 2020, según datos de la organización de jubilados y pensionistas (ONAJPU), quienes cobran la jubilación mínima ($13,783/U$S 321) son alrededor de 125,000 jubilados y 11,000 pensionistas.

En el año 2005, por Ley Nº 17.866, se creó el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) como órgano rector de las políticas sociales. En el 2007, la Ley Nº 18.241 instituyó una prestación no contributiva para los mayores de 65 años que presentan carencias críticas en sus condiciones de vida y se encuentren en situación de indigencia. Alcanzaba a aquellas personas que no accedían a la pensión no contributiva por vejez (art. 43 de la ley 16.713, que requiere 70 años). Aunque se trataba de una prestación asistencial (administrada por el Ministerio de Desarrollo Social, dependiente de la habilitación del crédito presupuestal, y condicionada a la carencia de recursos vitales del beneficiario), debe ser considerada para completar el cuadro de situación de las personas mayores de 65 años.

Al inicio de la nueva administración en 2020, se consideró que no habría rubros suficientes, por lo que esta pensión fue discontinuada. Esto se pudo concretar en la medida de que la asistencia a la vejez evita bajar la edad "legal" para ser beneficiario de la pensión a la vejez y eso implica discrecionalidad: al no ser un derecho, se puede quitar según el gobierno de turno. Por otra parte, permite advertir que, pese a los avances normativos, existe un hueco de cobertura en la vejez para aquellas personas que no logren configurar causal a los 65 años (más del 30% según las estimaciones), y que no logren acceder, por superar la pobreza extrema, al subsidio de la ley 18.241. La previsión se quedó en intenciones al no haberse consolidado en la normativa y un cambio en la orientación de gobierno fácilmente la pudo desarmar.

Como medida de protección ante la emergencia sanitaria debida al virus COVID-19, por decreto del Poder Ejecutivo, se crea un subsidio por enfermedad para que los trabajadores con 65 años o más puedan permanecer en aislamiento dentro del período de vigencia de la normativa (desde el 25 de marzo y hasta el 31 de agosto de 2020). El monto a percibir equivale al 70% de todos sus ingresos que constituyan materia gravada (no se cuenta el aguinaldo), con un tope de $44,606,60 (01/2020), más la cuota parte de aguinaldo. Se calcula en base al promedio del total de lo percibido en los 180 días anteriores al último día del mes anterior al de la certificación.

En el año 2009 se creó un espacio de trabajo con la sociedad civil organizada de personas mayores y se conforma la Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM) a nivel nacional, quienes fueron impulsores de la creación del Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) y de sus dos planes de Envejecimiento y Vejez (2013-2015 y 2016-2019). Está constituida por organizaciones y agrupaciones de todo el país, integradas por personas mayores y/o por organizaciones relacionadas con la vejez y el envejecimiento.

El Inmayores fue creado mediante la Ley N°18.617 y entró en funcionamiento el 2 de enero de 2012 en la órbita del MIDES. A través de la misma ley, se crea el Consejo Consultivo de Inmayores, órgano de propuesta y asesoramiento en materia de políticas dirigidas a las personas mayores. El Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015 del Inmayores presentó, por primera vez en Uruguay, una estrategia que suponía una forma distinta de entender el envejecimiento y la vejez, planteando la promoción de una matriz de protección social desde la visión del ciclo de vida, a partir de la detección de vacíos en las respuestas estatales. El segundo plan, 2016-2019, intentó ahondar en la propuesta, planteando medidas que integren la transversalidad de género en el diseño e implementación de las políticas públicas en materia de envejecimiento (Inmayores, 2016, p. 20).

La instauración en el año 2015 del Sistema Nacional de Cuidados (SNC) implicó una propuesta de corresponsabilidad en el cuidado entre el Estado y la familia. Para la población vieja se planteó una cobertura en principio a personas de más de 80 años con dependencia severa a partir de programas de asistentes personales y teleasistencia. Desde mayo del 2020 el SNC pasa a ser parte del Programa de Discapacidad y se mantiene la focalización a Personas con dependencia severa, mayores de 80 años.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el órgano rector de las políticas en salud del país. A partir de la ley que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) queda como un prestador más dentro del sistema. ASSE es el único efector público y tiene un hospital especializado en personas mayores, el Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo. Es también el organismo encargado de la fiscalización de los establecimientos de larga estadía para personas mayores junto con el Mides.

Hay políticas sociales vinculadas a la vejez que tienen una circunscripción departamental, así las 19 intendencias tienen diferentes acercamientos a la temática. Se conocen experiencias puntuales en intendencias del país, sobre todo vinculadas a la gestión municipal de hogares para personas mayores (Canelones, Salto) o de centros de día (Maldonado y Soriano). La intendencia de Montevideo cuenta con una secretaría para las personas mayores, y esta es la que se encarga de las políticas específicas en referencia a las personas mayores.

En el año 2007 se crea el Plan Ceibal en el cual se le entrega una computadora personal a cada niño y maestro de las escuelas públicas. Y en el 2010 se crea el Plan Nacional de Alfabetización Digital que tuvo como objetivo:

> "Promover la alfabetización digital de adultos como forma de disminuir la brecha digital generacional, impulsando la utilización de las TIC como medio para mejorar y acrecentar el acceso a bienes y servicios educativos y culturales, contribuyendo a través de ello a la integración social". (MEC, 2010, p. 4).

Este fue el primer antecedente de inclusión digital de personas mayores a nivel nacional. En 2013, según la Encuesta Continua de Hogares (ECH), el acceso a PC en los hogares con personas mayores era más bajo que el promedio nacional (Agudo, Pascual y Fombona, 2012).

El Plan Ibirapitá fue creado por el Decreto 130/15 del Poder Ejecutivo en el año 2015 y su ejecución y seguimiento fue encomendado al Centro Ceibal, en él se planteaba:

> "La igualdad de acceso al conocimiento e inclusión social de los jubilados, mediante la entrega de dispositivos que permitan conectividad a Internet (Tablet) y por tanto las condiciones de integración en el ámbito familiar social y relacional en general." (Decreto N° 130/015, artículo 1).

Este programa proponía la inclusión de jubilados y jubiladas de todo el país, y para ello se entregaba de forma gratuita una tablet con una interfaz especialmente desarrollada para ser intuitiva y amigable. Realizaba, además, talleres de capacitación que a partir del 2019 incluyeron a todas las personas mayores de 60 años, sean o no beneficiarios, que contaran con un dispositivo inteligente. En cuanto al Internet, la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) instalaba un servicio gratuito en el hogar que incluía 1 GB (Gigabyte) de tráfico por mes. La primera entrega de tablet se realizó el 19 de junio de 2015 en la Plaza Independencia de Montevideo.

> Las personas mayores de 65 años muestran un bajo nivel de acceso a las tecnologías y una gran dificultad en el uso de las mismas, por eso a través de Ibirapitá pensamos en presentar ese desafío de inequidad y exclusión y brindar a los jubilados las mismas oportunidades que el resto de la población (Portal Ibirapitá).

La quinta encuesta de uso del plan (2019), elaborada por el Departamento de Evaluación y Monitoreo (DEM), plantea que a esa fecha se habrían entregado 215,494 dispositivos. Un trabajo anterior (DEM,2017) "Estudio exploratorio sobre el bienestar de los beneficiarios de Plan Ibirapitá", concluye que la utilización y la apropiación de Internet por parte de las personas mayores es considerada como una contribución al permitir la posibilidad de comunicarse a través de redes sociales y de acceder a estar informados, impactando en el bienestar de esta población (Shapira,

Barak y Gal, 2007) y que la población de Plan Ibirapitá presentaba un 9% más de probabilidad de estar en la franja de jubilados con mayor bienestar por sobre la población que no cuenta con el dispositivo (Hughes, Pereiro y Pérez, 2017).

La Ley de Presupuesto (2020) pasará el Plan Ibirapitá al Banco de Previsión Social, con lo que esa política pública que acompaña a las personas mayores en su inclusión social y digital queda en riesgo de ser discontinuada tal como fue pensada, quitándole autonomía, personal y recursos.

Vejeces y pandemias

Se define como pandemia, tomando la acepción de la Real Academia Española, cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente, afectando a muchas personas (supera el número de casos esperados) en un tiempo breve y en regiones geográficas extensas. La Organización Mundial de la Salud (2020) plantea que son necesarios algunos indicadores para decretarla: que aparezca un virus nuevo, que no haya circulado previamente y, por lo tanto, no exista población inmune, que sea capaz de producir casos graves de enfermedad y tenga la capacidad de transmitirse de persona a persona eficazmente. No es la primera vez que se habla de pandemias globales. Para algunas fuentes[29] fueron cuatro a lo largo de la historia: viruela, sarampión, gripe española, VIH. En ninguna de ellas se alcanzó la mundialización que, dadas las características de hipercomunicación actuales, ha desarrollado la presente declaración de la pandemia por Coronavirus COVID-19 decretada por la OMS.

Se trata de un hito mundial que produjo un punto de inflexión en el curso de vida de todas las personas que habitamos el planeta. La paralización mundial de las economías, vía confinamientos y cese de la actividad económica, aunado a la apelación (en algunos casos incluso forzada[30]) al encierro trajo consecuencias en la vida de las personas, las instituciones y los países, y cuyo alcance aún no dimensionamos.

Las diferentes pandemias han tenido como población de riesgo a distintos grupos de personas. Así la fiebre amarilla repercutió mayormente en niñas y niños, el VIH en personas jóvenes; en el caso de esta situación actual son las personas mayores las principales afectadas, en términos

29. Leer más: https: //www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-breve-historia-pandemias-globales-hemos-luchado-contra-mayores-asesinos-20200322075937.html
30. No debemos olvidar la apelación de Duterte de disparar a matar a la población que no acatara el confinamiento.

de contagios y de gravedad de los síntomas. La evidencia de los datos muestra que el riesgo aumenta con la edad: en España el 87% de las muertes se da en mayores de 70 años, en Uruguay representan el 75%, el 80% en Estados Unidos. Para la Organización Panamericana de la Salud, los mayores de 80 años mueren a una tasa cinco veces mayor que la media (OPS,2020).

Frente a estas evidencias, la apelación al aislamiento parecería ser la mejor forma de prevenir. La medicalización de la vida, el colocar aspectos de la biología como elementos sustantivos a preservar, aún a costa de otras formas de entender la vida, fueron las respuestas que la humanidad (por lo menos de la que tenemos información porque "se muestra en los medios") se ha dado en esta coyuntura. La apelación a que las personas, y fundamentalmente las mayores se mantuvieran aisladas tuvo (y tiene) otras resonancias. "El inadecuado equilibrio de las acciones de distanciamiento social puede crear una situación difícil para las personas mayores que necesitan protección contra el COVID-19 porque hay que tomar en cuenta que ya pueden estar suficientemente aisladas" (Huenchuan, 2020, p.13).

El COVID-19 en Uruguay

Desde que se declaró la emergencia sanitaria el 13 de marzo, en Uruguay se han registrado 2,851 casos positivos confirmados de Coronavirus COVID-19, de los cuales 2,351 ya se recuperaron y 53 fallecieron[31]. Según los datos del Ministerio de Salud (2020), las mujeres se enferman más que los hombres (52%), pero estos derivan en cuadros más graves. Los mayores contagios son entre las personas de 25 a 34 años, pero con bajas internaciones. El 100% de los fallecidos presentaba comorbilidades y el 75% de ellos pertenecían al grupo de 65 años y más. De los fallecidos, el 80% eran del sexo masculino. La letalidad es del 2.7 (1.22 casos cada 100,000 habitantes) y el promedio de edad es de 72.9 años. La probabilidad de requerir ingreso hospitalario se incrementa con la edad: 3 de cada 10 personas de 65 años y más requirieron ingreso en algún momento. No se identificaron impactos significativos a nivel hospitalario, en ninguno de los niveles de atención (Informe Epidemiológico, 10/2020). Sin embargo, no fueron las PM las más contagiadas.

Los discursos, cuando son transmitidos y retransmitidos a diario y con la fuerza de los medios de comunicación, calan en las subjetividades. Casi todas las personas pasamos por un tiempo de

31. Datos al 15 de Octubre de 2020.

zozobra, de miedo generalizado al contagio, a la enfermedad, a lo desconocido ante un mundo que cobraba características apocalípticas, con aplausos a los médicos y clamor “por respiradores”. Sin contactos, más que los imprescindibles, con el alcohol en gel como arma en una mano y los zapatos afuera de las casas, las alfombras sanitarias, el lavado de manos constante, el afuera se tornaba peligroso y cada persona un posible vector de contagio. A esto no escaparon las personas mayores y más aún con la carga de ser la población de riesgo.

En Uruguay el 30% de las PM viven solas, a esto se le agrega que el 20% de hogares está compuesto por hogares unipersonales y que 25% de las PM vive con la pareja, también añosa (INE,2011). Desde un paradigma deficitario de la vejez se las considera sujetos de asistencialismo: en una suerte de cristalización de los sentidos, las consignas planteadas para esta población se pensaron en torno a proteger únicamente la vida biológica. Teniendo en cuenta el carácter ominoso que presenta el discurso de riesgo que se instaló en el país en torno a los contagios, desde el Área de Vejez y Trabajo Social (AVYTS) se propuso una estrategia que permitiera generar apoyos desde una perspectiva de derechos.

Esta propuesta se montó como un dispositivo que posibilitara articular estas tensiones a partir de apoyos en las gestiones que las PM no podían realizar, tanto por razones de salud, como de cuidado del contagio.

El dispositivo consistió en la formalización de un grupo conformado por 35 profesionales, estudiantes y docentes que se desempeñan en el campo del Trabajo Social gerontológico. El grupo así conformado se dividió por zonas de Montevideo y de algunos territorios de 5 departamentos[32]. Se formalizó a partir de un protocolo y se difundió por las redes. A partir de una convocatoria realizada por *WhatsApp* se fue conformando el equipo. La consigna de base era conformar una red de apoyos para facilitar la permanencia de las personas mayores dentro de los hogares.

En términos operativos se recibieron demandas vinculadas a retiro de medicamentos, compras de insumos y mandados, gestiones ante organismos públicos y pedidos de asistencia hacia el Estado. Las solicitudes recibidas fueron pocas en relación a la cantidad de integrantes del equipo, quienes en el transcurso fueron discriminando entre las que correspondían a la intención con que fue creado el grupo y aquellas que superaban los objetivos propuestos. Se dieron casos en que

32. El territorio de Uruguay está repartido en 19 entidades subnacionales de primer orden denominadas como departamentos.

algunas familias solicitaban apoyos para las PM a su cargo, por el propio miedo que esas personas tenían al contagio, evitando ellas mismas salir de sus casas.

Se realizaron derivaciones al Plan Ibirapitá fomentando el uso de los dispositivos, a los Centros de Salud para coordinar entrevistas, y se realizó una campaña a través de las redes sociales con consignas que permitieran derribar algunos mitos y prejuicios. La propuesta se llevó a cabo desde el 20 de marzo al 1 de junio. Esto implicó abarcar la fase más rigurosa del confinamiento voluntario. De las demandas recibidas y desde las prácticas llevadas a cabo por los integrantes es que se presentan estas reflexiones.

El hecho de que la humanidad entera estuviera contabilizando casos y que la preocupación central fuera la posibilidad de colapsar los sistemas de salud, habla por sí sola de la necesidad imperiosa de generar políticas universales en materia de salud pública. Si bien ha sido relativamente baja la ocupación de camas por COVID-19, el tener un sistema integrado de salud con capacidad de atención, tanto a nivel público como privado, ha sido una fortaleza del país. De cada 10 casos, 9 requirieron manejo ambulatorio únicamente y sólo 1 algún tipo de cuidado hospitalario. A la fecha, menos de 3 de cada 100 casos ha demandado ingreso a cuidados intermedios o CTI. El SNIS fue una política sustantiva para que Uruguay pueda transitar esta pandemia con relativa tranquilidad.

Desde las autoridades sanitarias y el gobierno se convocó al llamado “aislamiento social” y a la “libertad responsable” que configuraban la inauguración de una “nueva normalidad”. La apelación al confinamiento voluntario tuvo un amplio acatamiento por parte de la población. Las y los uruguayas/os mantuvieron durante más de 4 meses la consigna del “quédate en casa”, obviamente dirigida a aquellas personas que tenían una casa donde quedarse y las condiciones mínimas para hacerlo. Igual así, fueron muchas quienes pudieron hacerlo, producto de una cierta cobertura social heredada de las políticas sociales del anterior gobierno (mayor cobertura de seguridad social a partir de una disminución de la informalidad en el empleo, transferencias y políticas asistenciales).

La insistencia en la peligrosidad y letalidad del virus en las personas mayores llevó a que se las colocara como objeto de atención, en tanto vulnerables, y así aislaron a los residenciales, sin visitas de familiares, sin talleres ni actividades. Encerrados tras los vidrios la pandemia se contenía. También muchas hijas e hijos se colocaron en el lugar de la protección y no permitían a sus mayores salir de sus casas. Para las personas que vivían solas, este continuo relato del peligro exterior los colocaba en la tensión de buscar apoyos para realizar tareas que hasta el día anterior a la pandemia estaban realizando.

Las medidas que se implementaron en los establecimientos de larga estadía implicaron la prohibición de visitas y el establecimiento de protocolos. En abril se dieron los primeros casos en residenciales y estalló el escándalo. Los medios de comunicación colocaron el tema y apareció una suerte de descubrimiento de que había personas mayores institucionalizadas en lugares con condiciones inadecuadas. Por unos días el tema de la vejez, vinculada a la idea de abandono y permeada de prejuicios, fue puesto en escena. Al mismo tiempo se insistía en el cuidado y el aislamiento de las personas viejas como forma de cuidado: "Abuelo, quédate en casa". En dos ocasiones se le solicitó al equipo de voluntarios la realización de actividades en residenciales, que por razones de protocolo no se concretaron.

Para muchas de las PM el aislamiento sí fue social, no sólo físico. La idea detrás de estas supuestas protecciones es la de vulnerabilidad como una condición inherente a la edad, desde un encapsulamiento de las personas mayores en torno a los años cumplidos. Persiste un imaginario que asocia a las personas mayores con el deterioro, con los riesgos de salud y con la necesidad. Los datos dicen que en el país, el 6% de las PM tienen dependencia severa, y tienen 9% dependencia instrumental, lo que no es lo mismo que decir que el 90% de las PM son autoválidas.

Sin embargo, el aislamiento social propiciado por el COVID-19 no significó ausencia total de interacciones sociales para las personas, porque si bien al suspenderse múltiples actividades y al reducirse el contacto social se produjo una efecto de aislamiento, muchas personas mayores mantuvieron el contacto con vecinos, familiares, amigos, ya sea a través de medios tecnológicos y de comunicación, a partir de los apoyos planteados en el dispositivo propuesto o directamente en contacto personal, pero con las precauciones necesarias.

Itinerarios. Prejuicios. Sindemia

La noción de "sindemia" (sinergia + epidemia) fue acuñada en los noventa desde el campo de la antropología. Es definida como la suma de dos o más epidemias o brotes de enfermedades concurrentes o secuenciales en una población con interacciones biológicas, que exacerban el pronóstico y carga de la enfermedad. Merrill Singer (2009) argumenta que un enfoque de este tipo revela interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y las políticas de salud.

Analizar el fenómeno de la crisis sanitaria desde esta perspectiva permite pensar las consecuencias del virus desde un enfoque que supere lo meramente biológico, y que sus consecuencias vayan más allá, ya que no tiene una respuesta únicamente biomédica, sino que se debe pensar en términos sociales, económicos y culturales. Ya se están viendo en nuestros países los resultados en términos de pérdidas de fuentes laborales, de educación, de alimentación. Tampoco se han dimensionado los costos en relación a otras enfermedades no transmisibles, cuyos diagnósticos y tratamientos se vieron interrumpidos y que configuran un contexto de inequidad social que producirá que los efectos de estas enfermedades sean más crónicos.

Desde la gerontología se viene avanzando en considerar a las personas desde un modelo biopsicosocial que, aunque no suficiente, permite considerar la dimensión humana. Las vejeces fueron señaladas como población de riesgo bajo la figura de la edad y la posibilidad de comorbilidades, se gestionaron prácticas de aislamiento específico para las personas mayores: residir en un establecimiento de larga estadía implicó el aislamiento total con el afuera, tener más de 65 años autorizó a que incluso se les impusiera un régimen de permisos[33] o se les instigó a permanecer en aislamiento.

Pensar el COVID-19 como una enfermedad a aislar, con una entidad distinta y separada de otras enfermedades, sin tener en cuenta los contextos sociales, las desigualdades estructurales y los efectos que los desiguales accesos al sistema de salud tienen las personas, es por lo menos temerario, si pensamos en términos de que la actual pandemia no aqueja únicamente a los cuerpos. Se dio, se está dando y se continuará afectando al orden social. Los prejuicios hacia las personas mayores se reprodujeron y potenciaron en tanto sujetos “viejos” a ser cuidados, habilitando la infantilización y la heteronomía.

Las vejeces, desde su heterogeneidad constitutiva fueron, en tanto habitantes del planeta, dando respuestas a partir del rechazo al confinamiento, configurando grupos de trabajo en pro de sus derechos o desde las individualidades, transitando este momento con resiliencia. Los prejuicios que sustentaron algunas prácticas ponen al descubierto que la lucha por la defensa de los Derechos Humanos de las personas viejas no queda saldado en la aprobación de las convenciones. El virus también nos mostró cuánto falta por andar, no sólo desde los aspectos

33. En Buenos Aires las personas mayores de 70 debieron solicitar un permiso de circulación.

más sanitarios o de derechos sociales, sino a nivel cultural, donde aún predominan posiciones que apoyadas en lógicas mercantilistas, capitalistas, androcéntricas y capacitistas, privilegian unas vidas por sobre otras.

Reflexiones finales

La estrategia que la mayoría de las personas mayores se dieron en el país fue el aislamiento (la medida más adoptada a la hora de cuidarse de la enfermedad), también el uso del tapabocas, y la desinfección de las manos (lavado, uso de alcohol en gel). Las salidas para realizar trámites o compras fueron programadas. Surgieron en los primeros meses grupos de apoyo para estas tareas (es el caso de estudiantes, docentes y trabajadores sociales nucleados en el AVYTS, entre otros) que ofrecieron soportes, pero que no fueron demasiado demandados. En general, el manejo de estas gestiones se dio a nivel familiar en los primeros dos meses y paulatinamente se volvió una suerte de normalidad controlada.

Las personas mayores no fueron la población que vivenció con más ansiedad la crisis, probablemente sostenidas en una trayectoria vital que acumula vida vivida, y la experiencia de otras pandemias (gripe española, sarampión, etc.). A diferencia de lo que se podía adelantar desde el prejuicio, sostuvieron en muchos casos el confinamiento a partir del aumento en las destrezas para el uso de las tecnologías. La persistencia de los prejuicios en los discursos de los medios masivos de comunicación, los actores del gobierno y la sociedad en general fue un obstáculo que muchas personas mayores agregaron a las dificultades de la circunstancia.

La crisis mundial provocada por el Coronavirus COVID-19 generó una conmoción en la vida cotidiana de todas las personas. Dejó de manifiesto la fragilidad de la vida y la inexorable interdependencia entre las personas, los grupos, las sociedades. Puso en primera línea todos los miedos, “el miedo a la muerte ha sido interpretado como el temor más básico que experimenta el ser humano, del que derivan los restantes miedos” (Salvarezza, 1998, p.386). Este miedo, el más elemental, afecta a todas las personas. La posibilidad del contagio, de necesitar una cama de hospital y tener que recurrir a un respirador, mientras desde la televisión imágenes de otros países mostraban el caos de los sistemas sanitarios y los cadáveres apilados en casas fue un componente de la respuesta de acatamiento de la población al confinamiento voluntario.

En la primera fase de esta sindemia, el país se posicionó mejor que otros a partir de las fortalezas previas[34]. Ahora, pasados 10 meses del inicio, que en el país coincidió con el cambio de gobierno y con ello del modelo de gestión del Estado, aparecen otras consecuencias. La propuesta neoliberal de la actual administración deja por el camino algunos avances en materia de protecciones y de derechos adquiridos. Hay un cambio en la mirada hacia las políticas sociales, una reducción del Estado y una marcada rebaja de salarios desde una apuesta al mercado.

A las movilizaciones de los gremios se suman la de los colectivos de Personas Mayores en reclamo por los aumentos en las jubilaciones, preocupados por el lugar que ocuparán en esta administración las políticas dirigidas a las personas mayores en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), en tanto están en cuestión los cambios en la matriz de protección, contenido y direccionalidad de las políticas públicas, ya sea en términos presupuestales, como de orientaciones filosóficas y de justicia social.

Los resultados, hasta ahora relativamente buenos, de la gestión de la pandemia tienen en el acatamiento al aislamiento físico uno de sus fundamentos. Pero se pudieron sostener desde los pilares de la protección social construidos en nuestro país, salud, educación y seguridad social interactuando entre sí. El cuarto pilar que completaría el bienestar estaba en ciernes, ya que el SNC era de reciente creación y aún estaba en etapa de focalización, de ahí que las mayores dificultades se dieron en torno a los cuidados.

Problematizar el daño que esta crisis sanitaria ha dejado a nivel global y a la interna de cada país está en proceso, dependerá de las decisiones que se tomen. Uruguay viene ganando batallas al COVID-19, el temor es a perder la guerra a las consecuencias sociales de la pandemia.

Referencias

Agudo, S., Pascual, M. y Fombona, J. (2012). Uso de las herramientas digitales entre las personas mayores. Revista Comunicar. https://doi.org/10.3916/C39-2012-03-10

Antía, F., Castillo, M., Fuentes, G. y Midaglia, C. (2013) La renovación del sistema de protección uruguayo: el desafío de superar la dualización. Revista Uruguaya de Ciencia Política N° 22, pp. 171-193. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688499X2013000200008&script=sci_arttext

Brunet, N. y Márquez, C. (2016). Atlas Sociodemográfico y de la vejez en Uruguay. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. Trilce Editorial

CELADE (2019) Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2019 en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/45353-anuario-estadistico-america- latina-caribe-2019-statistical-yearbook-latin

CEPAL (2020). Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por Coronavirus (COVID-19). Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/45602-informe-impacto-economico-america latina-caribe-la-enfermedad-coronavirus-covid

Cinve (2018). Cobertura del Sistema de Seguridad Social en el Uruguay: Situación actual y evolución reciente, Uruguay: Observatorio de Seguridad Social.

Huenchuan, S. (2020). COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). En: repositorio.cepal.org

Huenchuan, S. (2009) Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina en: Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Santiago de Chile. CEPAL.

Filgueiras, F. (2008). La desigualdad como clave social del desarrollo maniatado. CLACSO

Hughes, C.; Pereiro, E. y Pérez, Y. (2017). Estudio exploratorio sobre el bienestar de los beneficiarios del Plan Ibirapitá. Plan Ibirapitá.

Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo 2011- Fascículo 7: Envejecimiento y personas mayores en el Uruguay. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/a80a383 e-d903-40bc-8023-8d69e30988e2

INE (2018). Anuario Estadístico Nacional 2018, 95ª versión

Inmayores (2015). Las personas mayores en Uruguay: Un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. Inmayores

MSP (2020). Informe epidemiológico. Recuperado de https://es.scribd.com/document/475174808/Informe-epidemiologico- 28082020#from_embed

OPS. Organización Panamericana de la Salud (2020). Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas. Recuperado de: https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19.

Paredes, M., Ciarniello, M., Brunet, N. (2010): Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano, Montevideo. Lucida Ediciones.

Paredes y Pérez (2014). Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia. En: Las personas mayores ante el cuidado. Montevideo: MIDES.

Salvarezza, L. (1998). La vejez. Buenos Aires: Paidós.

Sande Muletaber, S. (2014). Envejecer en Uruguay: Políticas y olvidos. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en:http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4546/ev.4546.pdf

Sande Muletaber, S. (2018.). La anticipación de la vejez en la mediana edad. Tesis de doctorado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (2016-2019). Disponible en: http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/946/segun do%20 plan-nacional-de-envejecimiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Shapira, N.; Barak,N;. Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. Psychology, Medicine Aging & Mental Health. Recuperado de: https://www.semanticscholar.org/paper/Promoting-older-adults%E2%80%99-well-being-through-Internet-Shapira-Barak/21bb364abb72fa0782fe3681065404d46ad6c640

Singer, Merrill. (2009). Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health. Jossey-Bass. ISBN 978-0-470-48298-8. OCLC 428819497. Consultado el 12/08/2020.

Van Rompaey & Scavino, S. (2018). ¿Hacia una revalorización del trabajo remunerado de cuidados? Reflexiones sobre el Programa de Asistentes Personales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay. ZERBITZUAN 67(2019):21

7

Abordaje global–local del COVID-19 y las personas mayores: una aproximación desde el análisis crítico del discurso

Nicole Mazzucchelli

Resumen

En este artículo se exponen resultados de una investigación documental, cuyo objetivo fue analizar la influencia de las políticas globales dirigidas a las personas mayores, en las estrategias que Chile ha implementado para manejar la pandemia por COVID-19. La muestra analizó documentos globales (OMS, UN, OPS) y locales (MINSAL, SENAMA, Gobierno de Chile), que fueron seleccionados entre los meses de marzo y julio de 2020. En este trabajo se comparten los resultados en torno a tres de ellos. Un análisis crítico del discurso fue utilizado (Jäger, 2003; Van Dijk, 2008) en afinidad con la propuesta analítica de lo global–local de Rivera (2017). Los resultados reportan que la política global advierte un aumento en la discriminación y el viejismo, producto de la crisis sanitaria, aconsejando con urgencia que las acciones institucionales promuevan estrategias no discriminatorias. Sin embargo, las acciones emprendidas por el gobierno chileno no se condicen con estas indicaciones. El análisis da cuenta de la utilización de recursos retóricos que infantilizan y homogenizan a este grupo, con afirmaciones ideológicas que los constituyen como sujetos de asistencia, sin capacidad de tomar decisiones. En consecuencia, este estudio proporciona información útil sobre la forma en que las políticas internacionales dialogan con la gestión local. El poder del discurso como práctica social, impacta en la constitución de sujetos y subjetividades, pudiendo reproducir, acrecentar o disminuir los mecanismos de exclusión a los que se enfrentan las personas mayores.

Palabras clave: Políticas Sociales, Discursos, Gubernamentalidad, Análisis Crítico del Discurso, vejez

Abstract

This article presents the results of a documentary research, the objective of which was to analyse the influence of global policies aimed at older people on the strategies that Chile has implemented to manage the COVID-19 pandemic. The sample analyzed global (WHO, UN, PAHO) and local (MINSAL, SENAMA, Government of Chile) documents, which were selected between March and July 2020. In this paper, results are shared around three of them. A critical discourse analysis was used (Jäger, 2003; Van Dijk, 2008) in affinity with Rivera's (2017) analytical proposal of the global-local. The results report that global politics warns of an increase in discrimination and ageism, a product of the health crisis, urgently advising that institutional actions promote non-discriminatory strategies. However, the actions undertaken by the Chilean government are not in line with these indications. The analysis reveals the use of rhetorical resources that infantilize and homogenize this group, with ideological assertions that constitute them as subjects of assistance, without the capacity to make decisions. The power of discourse as a social practice has an impact on the constitution of subjects and subjectivities and can reproduce, increase or decrease the mechanisms of exclusion faced by older people.

Keywords: *Social Policies, Discourses, Governance, Critical Discourse Analysis, Old Age*

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó un estado de pandemia global, producto del brote de COVID-19 originado en China a fines de 2019. Desde ese entonces, se ha expandido a todo el mundo, con un elevado costo en vidas a nivel mundial. Al 27 de octubre del 2020 se registraban más de 43.6 millones de casos y más de 1.1 millones de personas fallecidas a nivel mundial (RTVE, 2020). Mientras que en Chile, las cifras revelaban que el número de contagiados ascendía a 481 mil y el número de personas fallecidas a más de 14,026 (MINSAL, 2020).

En este contexto, diversos organismos internacionales pronosticaban un fuerte impacto de la pandemia en las economías y con ello, en las formas de vida, escenario del que América Latina no quedaba excluida. El 27 de marzo el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Comité Monetario y Financiero Internacional (CMFI), advertía sobre el fuerte impacto que la crisis sanitaria tendrá en los países de economías y mercados emergentes, debido a una brusca reversión del flujo de capitales

y la caída en el precio de algunas materias primas (FMI, 2020). Estos antecedentes ratificaban la proyección que había hecho con anterioridad Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), quien el 19 de marzo señalaba que:

> "En estos momentos CEPAL estima una contracción de -1.8% del producto interno bruto regional, lo que podría llevar a que el desempleo en la región suba en diez puntos porcentuales. Esto llevaría a que, de un total de 620 millones de habitantes, el número de pobres en la región suba de 185 a 220 millones de personas; en tanto que las personas en pobreza extrema podrían aumentar de 67.4 a 90 millones" (CEPAL, 2020).

Es en este escenario de crisis sanitaria y económica, que diversos organismos internacionales han puesto atención al efecto de la pandemia y de las políticas públicas en grupos denominados de riesgo o vulnerables, tales como las mujeres, los niños, niñas y adolescentes y particularmente, el caso de las personas mayores (Pinazo-Hernandis, 2020). La Organización Mundial de la Salud advertía tempranamente la necesidad de proteger a la población mayor, incorporando medidas que garantizaran su participación y autonomía (OMS, 2020), considerando que han sido un grupo históricamente marginado de reconocimiento social (Pautassi, 2010), situación incrementada en el contexto latinoamericano, pues un amplio número envejece en condiciones de pobreza y marginalidad (Huenchuan, 2018).

Este artículo se propone contribuir al análisis del abordaje institucional que el gobierno de Chile ha dirigido a las personas mayores durante la pandemia por COVID-19, explorando cómo éste ha dialogado en sus acciones con los organismos internacionales y sus orientaciones.

Personas Mayores y crisis sanitaria

En el contexto de crisis sanitaria, las personas mayores han sido declaradas como el principal grupo de riesgo ante el COVID-19 (OMS, 2020). En China, según el Centro Chino de Control de Enfermedades, la tasa de mortalidad promedio oscila entre el 2% y el 4%, que asciende al 10% en el caso de los mayores de 70 años y a 15% en el caso de los mayores de 80 años (BBC, 2020). Para el caso de Chile, sobre el 84% de las personas fallecidas, corresponden a personas mayores de 60 años, y entre ellas un 28.1% (entre 70 y 79 años) y un 35% sobre los 80 años (MINSAL, 2020). El 30% de las defunciones de personas sobre los 80 años sucede

en el domicilio (MINSAL, 2020), lo cual implica la existencia de una barrera de acceso al sistema de salud para una muerte digna.

El contagio por COVID-19 presenta un carácter estratificado, el que ha sido informado en torno a su relación con la pobreza multidimensional (trabajo informal, malnutrición y baja escolaridad), donde los hogares con mayores índices de pobreza presentan mayores niveles de contagios (CIPER, 2020). De esta manera, la segregación socio-espacial da cuenta que aquellas familias que ya viven en condiciones de exclusión y marginalidad, presentan riesgos de contagio más amplios, junto a un mayor impacto producto de la crisis (TECHO, 2020).

Atendiendo a que la actual crisis sanitaria emerge en un contexto global de conectividad, flujo, e intercambios económicos y humanos que no habíamos presenciado anteriormente, se debe asumir que presenciamos un momento histórico de caos global, caracterizado por la turbulencia, la fragilidad y la indefinición geopolítica, ante los múltiples riesgos globales y destinos posibles (Bringuel, 2020). En este contexto, resulta relevante aproximarse a las estrategias de gobernanza y manejo de la crisis en torno a las personas mayores, en su relación global–local, considerando que cada país ha priorizado medidas de control sanitario dirigidas a la población y a grupos específicos de ésta.

En el caso de Chile, las personas mayores han sido objeto de una serie de medidas específicas, como por ejemplo: 1) la obligatoriedad de la cuarentena sobre los 75 años, 2) la prohibición de visitas de familiares a los establecimientos de larga estadía, 3) cierre de centros diurnos y espacios de recreación y encuentro comunitario orientados a las personas mayores, entre otras (MINSAL, 2020). Estas medidas focalizadas específicamente en la población mayor, motivan una exploración en torno a los discursos y acciones específicas impulsadas sobre este grupo. Esta indagación es relevante, considerando que los acontecimientos que se presentan a la población en gran medida, a partir de los discursos de los medios de comunicación, influyen en su comprensión y representación sobre un fenómeno (García, 2014), y en particular el abordaje que ha tenido el COVID-19 ha promovido un incremento de discursos edadistas[36] (Bravo y Villar, 2020). De esta manera, los discursos institucionales y su difusión podrían estar contribuyendo a exacerbar las representaciones discriminatorias en desmedro de las personas mayores.

36. Estudio centrado en los medios de comunicación en España. Para mayor información remitirse a los autores.

Con todo, se puede afirmar que no es sólo el impacto sanitario y el control del virus e infección lo que debería ser preocupación de la acción institucional. Las políticas de control sanitario a nivel local podrían estar impulsando nuevos mecanismos de inclusión-exclusión social de las personas mayores, distanciados de los tratados internacionales y de las conquistas que en materia de Derechos Humanos se han conseguido los últimos años. Isolina Dabove refiere que *"la Convención Interamericana exige dar un trato preferente y expedito a todas las cuestiones y conflictos en los cuales esté en juego la salud y la vida de una persona mayor. Solo así será posible construir una comunidad coherente, inclusiva, en suma: no viejista."* (2020, p.16). Es por ello que se vuelve relevante observar primero cuáles son los lineamientos internacionales al respecto, y segundo, cómo éstos se comunican con las políticas nacionales, en el entendido de que, como señala Rivera (2017), los organismos internacionales juegan roles de prescripción y recomendación para los Estados.

Este artículo propone una aproximación en torno a la influencia de las políticas globales (directrices de UN) en las estrategias implementadas por el gobierno de Chile para el manejo del COVID-19 dirigidas a las personas mayores. Se comparten los principales resultados y hallazgos del corpus seleccionado[37]. En afinidad con teoría del discurso de Foucault (2011), el análisis explora cómo los discursos oficiales se constituyen en un conocimiento válido, cómo circulan y cómo transmiten una noción de sujeto y sociedad, permitiendo develar el impacto de lo discursivo en lo social, y las relaciones de poder que allí se disputan.

Se sostiene que el discurso en su conjunto es una realidad que se regula y es creadora de conciencia, creando condiciones para la formulación de sujetos, estructuración y configuración de sociedades, es decir, son un medio de producción societal. Desde allí, las preguntas que guiaron el desarrollo de este trabajo fueron las siguientes: ¿Cómo se construyen/conceptualizan las personas mayores a propósito de la crisis sanitaria? y ¿cuál es la influencia de la recomendación global de Naciones Unidas respecto al accionar del gobierno de Chile, en las estrategias locales dirigidas a las personas mayores? De esta manera, se consideran las políticas y estrategias (documentos) como discursos de actores no humanos interconectados (Latour, 2008).

37. La presente propuesta es producto de una investigación en curso, la que incluye un corpus más amplio en torno al abordaje de las políticas a nivel global-local dirigidas a las personas mayores frente en el actual contexto de crisis sanitaria por COVID-19. Para efectos de esta publicación, se comparten análisis y resultados en torno a tres de los documentos incluidos.

Diseño del estudio

El diseño se anida en el campo de los Estudios Críticos del Discurso (ECD), el que alberga diferentes enfoques y estrategias aplicados al estudio crítico del texto y el habla (Van Dijk, 2008). En específico, este trabajo se inspira en la perspectiva de Análisis Crítico del Discurso (ACD), considerada un tipo de investigación centrada en el análisis discursivo y la forma en que en el poder y la desigualdad social se representan, reproducen, legitiman (Van Dijk, 2016).

Se realizó un ACD documental. Para ello, se revisaron diversos textos disponibles en la web (acceso público), con los siguientes criterios de inclusión: (1) documentos, declaraciones o comunicaciones publicadas entre marzo y julio de 2020, (2) documentos que abordaran de manera explícita algún aspecto relacionado con el COVID-19 y personas mayores; y, a su vez como *criterios de exclusión*, no fuesen: (1) indicaciones técnicas para la población en general y (2) documentos que especificasen procedimientos clínicos. En este artículo se presenta un análisis en torno a un corpus de tres documentos seleccionados: uno de Naciones Unidas (UN), correspondiente a lo Global; un segundo texto sobre las medidas preventivas que el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y Gobierno de Chile dirige hacia la población mayor (local), y un tercer documento de MINSAL y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), dirigido a las personas mayores con fines educativos y preventivos.

En términos metodológicos se analizaron los documentos seleccionados, en afinidad con las herramientas propuestas por Jäger (2003), las que interrogan el texto como totalidad de sentido, centrándose sobre todo en la dimensión propiamente lingüística de éste, desprendida de la *superficie textual y los medios retóricos, así como de las atribuciones ideológicas* que se conformar a partir de una interpretación global del texto. Junto con ello, para el análisis de la influencia de los lineamientos globales en las políticas locales se utilizó la propuesta de Rivera (2017), fundamentalmente para dirigir la mirada a la presencia o ausencia de la visión de los organismos internacionales (representada en este trabajo desde el documento de la UN), en la construcción política local, mediante el análisis de las problematizaciones, las autoridades y las tecnologías presentadas.

Resultados: Análisis Crítico del Discurso en Acción

El primer texto analizado corresponde a un documento oficial de Naciones Unidas, de abril de 2020, descargable de forma gratuita en Internet para todo público en idioma original (inglés), del cual analizaremos fundamentalmente su introducción, debido al rico contenido ideológico que presenta, y mantendremos para efectos del análisis el idioma original (Íñiguez, 2006).

Texto 1.

GLOBAL: ISSUE BRIEF: OLDER PERSONS AND COVID-19

Imagen nº 1: Texto de análisis global (UN).

Superficie textual

El texto se abre con el título "*Issue Brief*" (resumen del tema), resaltando el carácter técnico del documento, ampliando el argumento de autoridad al incluir un apartado final de referencias textuales que apoyan la evidencia científica presentada. La introducción comienza con las palabras: "*A defining moment*" (Un momento decisivo), sugiriendo la urgencia de la temática en la actual

coyuntura sanitaria. Está compuesto por cinco apartados, cada uno de los cuales desarrolla un tema específico con respecto a la población mayor.

El diseño gráfico del texto presenta el contenido en forma de artículo, sólo destacando títulos y subtítulos, acompañado de dos fotos. La primera de ellas, en blanco y negro, muestra a una mujer mayor en primer plano. La segunda muestra una instalación hospitalaria en la cual se representa a un paciente en una camilla clínica, rodeado de personal médico-sanitario. Todas las personas representadas son de fenotipo negro.

Medios Retóricos

Los párrafos primero y segundo se centran en un discurso informativo con referencias epidemiológicas (técnicas e inclusión de referencias bibliográficas de consulta), dando cuenta de la magnitud del problema y justificando así el propósito del documento.

El párrafo tres comienza con el uso de una metáfora, que habla de que vivimos una época sombría y que al mismo tiempo nos obliga a enfrentar (desafíos): *"This grim reality highlights the specific challenges and needs faced by older persons in this health crisis and the need to plan and implement a response that is informed, inclusive and targeted"*[38]. Luego, el párrafo continúa apelando, "insinuando" argumentativamente la implicación y el protagonismo que asumen las personas mayores (corriendo riesgos) al enfrentar la pandemia desde su rol profesional. Esta afirmación los ubica como actores que aportan y contribuyen al enfrentamiento de la pandemia a nivel técnico-profesional. Sin embargo, esta referencia es reducida en cuanto a extensión en el texto y secundaria en su localización.

El cuarto párrafo esgrime la tesis central del artículo. Esta inicia utilizando el adjetivo *"Unfortunately"* (desafortunadamente), de manera adversativa en relación al párrafo anterior, para exponer y evidenciar las vulneraciones incrementadas a las que se exponen las personas mayores en relación al acceso oportuno a la salud y la protección de sus derechos ante la crisis por COVID-19. Este planteamiento se configura como uno de los núcleos de UN en el documento (como autoridad

38. "Esta realidad sombría pone de manifiesto los retos y necesidades específicos a los que se enfrentan las personas mayores en esta crisis sanitaria, y la necesidad de planificar y poner en marcha una respuesta informada, inclusiva y dirigida a este grupo". (Traducción propia).

en la materia): *"Unfortunately, an alarming phenomenon has likewise surfaced in recent weeks: the pervasive effect of widespread age-based discrimination against older persons, with outcomes ranging from increased isolation to violations to their right to health and life on an equal basis with others. A successful response to COVID-19 must recognize and equally address such facts"*[39]. Al finalizar el párrafo se señala una prescripción en relación a qué se concibe como un manejo exitoso de la pandemia, y una insinuación de cómo deberían actuar los gobiernos.

El párrafo quinto vuelve a argumentar desde recursos técnicos, exponiendo una serie de consecuencias para la salud y la calidad de vida de las personas mayores, cuando se formulan discursos públicos discriminatorios por motivos de la edad. A su vez, desarrolla una insinuación dirigida a que lo que afecta a las personas mayores en su cotidianidad también afecta a las familias y a las comunidades en su conjunto, integrando a la población mayor de manera explícita al conjunto del tejido social y no como un grupo marginado de éste.

El sexto párrafo, por su parte, se divide en cuatro argumentaciones. La primera y segunda de ellas enfatizan a modo de advertencia el impacto que podría tener el COVID-19 y las estrategias locales dirigidas a la población mayor. La tercera afirmación expone una "insinuación" crítica a modo de reproche a las estrategias locales y expone que algunas de las acciones "médicas" (explicitando a estos actores) podrían acentuar los riesgos de mortalidad de este grupo etáreo. Posteriormente finaliza con una prescripción a los Estados sobre la importancia de la participación directa de los adultos mayores, enfatizando su autonomía: *"Governments need to ensure that older persons are consulted and participate in policy decisions that affect their lives and must put in place supportive measures that guarantee their inclusion"*[40].

Afirmaciones ideológicas

Se aprecia una noción subyacente de sujeto mayor, cualitativamente distinto al resto de la sociedad, que posee recursos propios que pueden ser un aporte ante el contexto sanitario. Sin embargo,

39. "Desgraciadamente, en las últimas semanas también ha salido a la luz un fenómeno alarmante: el generalizado efecto de la discriminación por motivos de edad contra las personas mayores, con resultados que van desde el aumento del aislamiento social, hasta la violación de sus derechos a la salud y a la vida en igualdad de condiciones con los demás. Una respuesta satisfactoria ante el COVID-19 debe reconocer y abordar estos hechos". (Traducción propia).
40. "Los gobiernos deben garantizar que las personas mayores sean consultadas y participen en las decisiones políticas que afectan sus vidas, como también deben poner en marcha medidas de apoyo que garanticen su inclusión". (Traducción propia).

por el mayor riesgo que presentan como grupo ante el contagio por COVID-19, al mismo tiempo pueden ser objeto de políticas y prácticas discriminatorias, tanto por el estigma social como por las propias políticas públicas.

En el documento subyace una visión de la sociedad capaz de enfrentar y dar respuesta a la pandemia a través de sus políticas y estrategias. Asimismo, se asume un rol gubernamental responsable de la seguridad y protección de los individuos en un contexto sanitario donde el futuro es "incierto". En este sentido hace un llamado de atención ante las acciones de los Estados, afirmando que deben incluir a las personas mayores, familias y comunidades ante los protocolos y medidas que afectan sus vidas.

Texto 2.

LOCAL: CUARENTENA PREVENTIVA OBLIGATORIA EN EL CONTEXTO COVID-19

MEDIDAS PARA LAS PERSONAS MAYORES EN CONTEXTO COVID-19

- CUARENTENA PREVENTIVA OBLIGATORIA EN TODO EL PAÍS PARA MAYORES DE 75 AÑOS
- PERMISOS DE DESPLAZAMIENTO QUE INVOLUCRAN A LAS PERSONAS MAYORES
- DESPLAZAMIENTO A SEGUNDA VIVIENDA
- INGRESO FAMILIAR DE EMERGENCIA
- CUARENTENA OBLIGATORIA E INSTALACIÓN DE BARRERAS SANITARIAS EN ELEAM
- RESIDENCIAS ESPEJO TRANSITORIAS
- PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRAIL
- BONO DE INVIERNO
- VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA
- GUÍA PRÁCTICA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN PERSONAS MAYORES
- CAMPAÑAS ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADA
- CAMPAÑAS DE VOLUNTARIADO

CUARENTENA PREVENTIVA OBLIGATORIA EN TODO EL PAÍS PARA MAYORES DE 75 AÑOS

A partir del 24 de marzo, se decretó cuarentena obligatoria para los mayores de 80 años, población que corresponde a más de 470 mil personas, fomentando de esta forma el autocuidado de los adultos mayores, que son quienes corren más riesgos.

Sin embargo, desde este viernes 15 de mayo, a las 22 horas, el Ministerio de Salud estableció cuarentena obligatoria para todas las personas mayores de 75 años, los cuales deberán permanecer en sus casas con el objetivo de evitar posibles contagios de COVID-19, en todo el territorio nacional.

1.- Antecedentes

- Más de un millón de personas tiene sobre 75 años en Chile y están concentrados principalmente en las regiones Metropolitana, Valparaíso y en Biobío. De ellos, cerca de 180 mil viven solos en sus domicilios.
- Esta medida rige independientemente si la comuna está o no en cuarentena. Es decir, todas las personas mayores de 75 años deben permanecer en sus domicilios y salir solo para realizar un trámite esencial.
- **Si viven en una comuna o ciudad con cuarentena,** deben permanecer en sus domicilios, pudiendo salir para hacer un trámite esencial, pero deberán solicitar autorización en Comisaría Virtual, excepto para ir a cobrar la pensión, si es que su única alternativa es presencial.

Imagen nº 2: Texto de análisis local (MINSAL–Gobierno de Chile).

El segundo texto corresponde al protocolo de cuarentena obligatoria para las personas mayores de 75 años, que se enmarca en la resolución 591 del Ministerio de Salud de Chile y el

Gobierno de Chile. Esta resolución, vigente desde el 15 de mayo de 2020, dispone una serie de medidas orientadas a la población mayor, independiente de la comuna en la que éstas residan. Su divulgación fue a través de la página del MINSAL, así como de SENAMA, junto con amplio apoyo de los medios de comunicación.

Superficie textual

El documento, de 11 páginas de extensión, se organiza en torno a 12 acápites que abordan medidas específicas para la población mayor ante el COVID-19, como también algunos beneficios y programas específicos de apoyo social a grupos prioritarios. Se inicia con antecedentes de contexto, exponiendo que, si bien desde marzo de 2020 la cuarentena obligatoria regía en Chile para la población mayor de 80 años, era necesario ampliarla, dado el incremento de casos positivos de Coronavirus.

El documento esgrime un discurso principalmente de tipo informativo. En cuanto a su difusión y acceso, este es descargable desde la página oficial del Ministerio, pero además en las páginas oficiales del gobierno se difunde un resumen de las principales medidas. Así, el corpus del protocolo se distribuye de la siguiente manera: 1) antecedentes de la resolución, 2) preguntas frecuentes sobre la cuarentena obligatoria, 3) instrucciones sobre los permisos de desplazamiento, 4) instalación de barreras sanitarias en los establecimientos de larga estadía, 5) resumen de programas de apoyo disponibles en el sitio web de SENAMA, así como subvenciones económicas que estaría entregando el gobierno de Chile.

También destaca que a lo largo del documento se formulan una serie de preguntas y respuestas en torno a posibles dudas o inquietudes de la población, existiendo un acápite específico denominado: *"Preguntas frecuentes cuarentena obligatoria personas sobre 75 años"*. A modo de ejemplo, para orientar cómo funciona la medida, se exponen preguntas del tipo: *"Si una persona mayor de 75 vive en Algarrobo, ¿debe salir de su domicilio?", y como respuesta se indica: "No debe salir, aunque su comuna no esté en cuarentena"*.

El protocolo aborda medidas dirigidas de forma exclusiva a la población mayor de 75 años (como indica su título), pero además incorpora una descripción de medidas de apoyo (asistencial–económico) ante la situación sanitaria, dirigidas a los grupos prioritarios de la política (como el acceso al ingreso familiar de emergencia, o el link que dirige hacia el sitio web que permite la obtención de permisos de

movilidad). El protocolo no incluye imágenes ni otras referencias gráficas, pero los títulos aparecen en color rojo, a diferencia del resto del texto que aparece en color negro con fondo blanco. Cabe destacar que las normativas y sanciones dispuestas en el caso del incumplimiento de éstas aparecen destacadas en negrita.

La organización del texto es confusa en cuanto a tipo de información, cantidad y disposición de cada tópico abordado, ya que no distingue niveles de profundidad cuando se presentan temas diferentes. Del mismo modo, no se distingue claramente a quién va dirigida la información. Al comienzo, pareciera ser que ésta se orienta a las personas mayores. Sin embargo, el título específico del documento *"Medidas para las personas mayores en tiempos de COVID"*, se confunde con indicaciones para otros grupos de la población, y también con una síntesis de beneficios y programas específicos de gobierno creados para entregar soporte a los grupos prioritarios de la política (Bono de invierno, Vacuna de la influenza, etc).

Medios retóricos

Es un tipo de texto directivo que utiliza a lo largo del documento el uso de la voz pasiva para describir las medidas dispuestas en el protocolo. Así existe una suerte de ausencia del actor/actores que generan el proceso o la acción que se describe. A modo de ejemplo, se indica: *"Esta medida rige independientemente si la comuna está o no en cuarentena. Es decir, todas las personas mayores de 75 años deben permanecer en sus domicilios y salir sólo para realizar un trámite esencial"*, o *"El mandato es permanecer en sus domicilios, todos los mayores de 75 años"*. En cuanto a los actores señalados en el documento, aparece el gobierno de Chile de forma implícita, y con referencia directa, el Servicio Nacional del adulto mayor, SENAMA, indicando números telefónicos de emergencia en caso que la persona mayor tenga dudas sobre las medidas anunciadas.

Es frecuente el uso de los verbos imperativos *"debe"*, como: *"Las personas mayores no deben salir, tanto porque la ciudad entra en cuarentena total y porque está la restricción por la edad"*, o *"Siempre debe tomar los debidos resguardos de protección y distanciamiento físico"*.

Pese a que el protocolo va dirigido a la población mayor, pareciera ser que no les hablase a las personas mayores, ya que las preguntas que se esgrimen en el documento van dirigidas a un tercero, aunque las mismas se refieren a las personas mayores: *"¿Qué pasa si debe ir a comprar una persona mayor de 75 en comuna en cuarentena?"*.

En relación a las implicaciones e insinuaciones, asume que la responsabilidad de llevar de buena manera las indicaciones generadas desde el MINSAL recae en la población mayor. Asimismo, enuncia que la comunidad (en genérico) y las familias de las personas mayores, debiesen estar dispuestos a apoyarlas en el contexto del confinamiento sanitario: *"El llamado es a la comunidad a continuar con el apoyo en las compras y trámites que puedan hacer por los mayores; vecinos y familiares pueden contribuir a que los mayores se mantengan en sus casas"*. Con esta afirmación se insinúa que la responsabilidad de la cuarentena preventiva también recae en la familia y en los agentes comunitarios.

No obstante, posteriormente se habla de las personas mayores sobre 75 años que continúan trabajando para *"complementar su pensión"*. En este punto no se utilizan los imperativos debe, sino que se propone: *"Si su labor es esencial (del sector salud o abastecimiento) hacemos el llamado a los empleadores para que privilegien el trabajo a distancia (tele-trabajo)"*. En este sentido, se observa que no existe un mandato imperativo hacia el empleador del trabajador, para que este asegure que las personas mayores puedan hacer efectiva la cuarentena. Se afirma que: *"Siempre la recomendación es mantener una comunicación fluida entre trabajador y empleador"*, existiendo una recomendación por parte de la autoridad sanitaria, pero no así una obligatoriedad en la medida.

Por otra parte, dentro de las insinuaciones, se observa que se menciona a diferentes actores (públicos y privados) que podrían contribuir y/o apoyar a las personas mayores por medio de donaciones económicas, campañas que fomenten el voluntariado y apoyo social a este grupo. En este punto, el documento se refiere a *"campañas de alianza público-privada"*.

Afirmaciones ideológicas

En cuanto a las afirmaciones ideológicas basadas en el contenido del documento, atendiendo a que éste es un documento de tipo directivo, ya que se encarga de informar las medidas y regulaciones específicas orientadas a la población mayor, se aprecia una noción de persona mayor que acata la normativa sanitaria y las disposiciones específicas que recaen sobre ellos. De esta manera, subyace una visión de adulto mayor receptor, beneficiario de la política social y de la acción institucional.

Del mismo modo, existe una noción de futuro mejor, donde se proyecta la superación de la pandemia por COVID-19. En este punto se refuerza la responsabilidad que cada individuo, familia y

comunidad tiene para superar la crisis sanitaria. No se menciona explícitamente la responsabilidad que tiene ante ésta la acción pública.

Finalmente, el último documento incluido corresponde a un díptico informativo del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile y de SENAMA, disponible de forma gratuita. En este texto continuamos con el ACD propuesto, pero advertimos su carácter multimodal (con más de un modo semiótico en la producción de sentido-visual-textual) (Martínez-Lirola, 2016). No obstante, dada la pretensión de este trabajo y su extensión, no me referiré al discurso multimodal en esta oportunidad.

Texto 3.

LOCAL: ¿CÓMO ME DEBO CUIDAR?

Imagen nº 3: Texto de análisis local (MINSAL).

Superficie textual

El documento lleva por título: *"¿Cómo me debo cuidar? Adultos mayores en aislamiento"* y se distribuye en cinco apartados: 1) Identifique sus redes de apoyo, 2) Para los cuidadores, 3) Qué efectos puede tener el aislamiento en su salud mental, 4) Partamos por su tratamiento médico y 5) Organice sus rutinas.

Gráficamente se presenta como un "díptico" de 4 caras, con colores y dibujos que acompañan el texto e ilustran a personas mayores realizando las actividades cotidianas que se describen y se instruyen desde el Ministerio de Salud. El título del folleto parte por una pregunta en primera persona, lo que pone la responsabilidad del cuidado en el propio adulto mayor, lo que por un lado releva la condición de autonomía, y por otro, ubica la responsabilidad del cuidado en el propio sujeto mayor. No obstante, esta visión contrasta de forma inmediata con la contracara del folleto que releva en primera instancia la creación de redes de apoyo, es decir, *"quiénes deben cuidarme"* en lugar de *"cómo me debo cuidar"*. En segundo término, releva las indicaciones a los cuidadores, es decir, "cómo deben ser cuidados", trasladando a los adultos mayores de protagonistas de su cuidado a una posición de sujetos receptores-pasivos de cuidado.

La organización del texto, en cuanto a tipo de información, cantidad y disposición de cada tópico tiende a estar homogenizado, no distinguiendo niveles de complejidad o profundidad cuando se habla de temas diferentes: *"Mantenga las habitaciones ventiladas" (...) "No se guarde para usted lo que siente, siempre compártalo"*.

Medios retóricos

El texto considera como principales actores al gobierno de Chile, mediante su Ministerio de Salud y a la población nacional, especialmente a los adultos mayores y sus cuidadores. Es un tipo de texto directivo, que establece una serie de indicaciones que debiesen ser seguidas por toda la población mayor, con respecto a su confinamiento en casa, orientadas a acciones cotidianas: *"Intente despertarse y dormirse todos los días a la misma hora (…) En la medida de lo posible expóngase a luz solar, puede ser cerca de una ventana o en el jardín"*.

La argumentación está basada en el principio de autoridad, ejercido por el Estado, con ausencia de otro tipo de referencias (científicas-médicas-comunitarias) que aporten al mensaje. Considerando que es un documento de difusión del gobierno de Chile, es esperable que el actor central sea la autoridad ministerial.

Por otra parte, el contenido textual se caracteriza por la composición en frases sencillas, simples, las que podrían tener similitud con el lenguaje que se utiliza para explicar el COVID-19 a población infantil. Es decir, información reducida y con referencias concretas, acompañadas de dibujos que representarían

actividades cotidianas. No obstante, éstas estarían dando cuenta de un solo tipo de adulto mayor (el que puede estar en su casa) y puede "seguir" las recomendaciones que el díptico ofrece en torno a actividad física, alimentación, rutinas, etc. Igualmente, la estrategia multimodal (visual-textual) de dibujos más contenido textual, junto a un tratamiento escueto y reducido de la información, es similar a las guías distribuidas a la población infantil en el contexto de crisis sanitaria.

La conjugación imperativa "debe" se reitera a lo largo del documento: *"Debe mantener sus tratamientos médicos, tener una alimentación saludable, realizar actividad física, incentivar el orden en su rutina y las emociones positivas."*

En relación a las implicaciones e insinuaciones, el texto manifiesta que son las personas mayores las responsables de seguir las orientaciones generadas desde el MINSAL. No obstante, el mismo texto resulta ambivalente, pues en un comienzo ubica a los adultos mayores como los protagonistas de sus cuidados, para luego referirse a ellos como sujetos receptores de cuidados, con limitada agencia sobre los mismos. De esta forma, se refuerza el discurso a través de una serie de indicaciones que deben ser asumidas por cuidadores u otros adultos responsables sobre el cuidado de las personas mayores.

En relación a los estereotipos observados en el texto, aparece una representación visual del adulto mayor, donde éste aparece con una serie de atributos específicos: pelo blanco, tiempo disponible, dedicado a estar en casa, con rutinas específicas y homogéneas. Este mensaje ofrece una escasez de reconocimiento por otras actividades, como también refuerza una construcción homogénea de la población mayor.

Afirmaciones ideológicas

El documento presenta una visión de adulto mayor (no se refiere a ellos como personas mayores) única, como un sujeto de clase media que puede quedarse en casa y seguir las indicaciones emanadas desde la autoridad estatal. No hay heterogeneidad de vejeces, ni se evidencian los sujetos mayores que viven en condiciones de marginalidad y abandono, que no cuentan con redes o se encuentran en condición de dependencia.

Nos habla de una sociedad en la que los cuidados dependen de la dimensión privada-familiar, donde el Estado es subsidiario y no aporta en protección o resguardos, más que orientando el trabajo de las familias y de las propias redes con las que cuentan las propias personas mayores.

Una aproximación a la influencia Global-Local

En la relación entre los discursos globales y su aplicabilidad en los contextos locales, en afinidad con la propuesta de Rivera (2017), abordaré las *problematizaciones, tecnologías y autoridades* como dimensiones que aportan a la comprensión de la influencia global-local.

Tanto en lo global (texto UN) como en los documentos locales, las *problematizaciones* son idénticas y congruentes respecto a los dos ejes principales abordados en los documentos: la pandemia de COVID-19 y la población mayor. En ese sentido el acontecimiento discursivo que marca la política pública es la pandemia, y lo hace en torno a un problema sanitario en un segmento específico de la población.

Sin embargo, los valores y creencias que se observan a la base de la problematización son distintos. Esto se puede observar en que, el documento global (UN) pone el énfasis en una perspectiva de derechos y en el realce de la autonomía y agencia de las personas mayores, mientras que tanto el protocolo del gobierno de Chile como el documento del MINSAL se dirigen a la población mayor por medios directivo-informativo, pero no ofrecen una visión de éstos como sujetos empoderados. Más bien, los documentos locales representan a las personas mayores como sujetos receptores de los cuidados de otros (familia-comunidad), y también como beneficiarios y receptores de la política institucional, reforzando el discurso desde el cruce vejez-pandemia, a través de una visión médica de los cuidados, posicionando a la población mayor como receptiva de éstos.

De esta forma, la vejez y los efectos del COVID-19 sobre este grupo etario es entendida tanto en el documento global como en los textos locales como un problema para el Estado y las autoridades competentes, pero las acciones que se impulsan y dirigen sobre este grupo son diferentes, pudiendo incluso ser contradictorias entre sí. Ejemplo de éstas es la noción empoderada y activa de las personas mayores en el documento de Naciones Unidas, a tal grado de inmiscuirse en el control médico y sanitario de la pandemia (pese a los riesgos de contagio), mientras que por otra parte, en el documento local aparece un sujeto mayor reducido y vinculado principalmente al espacio doméstico, con actividades rutinarias que se asocian a la recreación por sobre las de incidencia social.

En relación a las autoridades, se puede observar disparidad en relación a los actores que se invocan para dar validez a la información proporcionada por los documentos. Si bien es preciso destacar que dada la naturaleza distinta de los textos (uno de carácter científico divulgativo (UN),

un protocolo de medidas ante el COVID-19 y otro educativo-promocional), no es esperable que el discurso emane de la misma autoridad para reforzar el mensaje comunicativo de cada texto, y no es menos importante que el texto de Naciones Unidas recurra a una abundante evidencia científica para respaldar sus orientaciones, en tanto MINSAL y gobierno de Chile construyan su discurso solamente desde el principio de autoridad estatal que representa.

Finalmente, respecto a las tecnologías de gobierno, se observa que el documento global expone una construcción de ciudadanía y persona mayor desde una perspectiva de democracia plural, en la que minorías y los diversos grupos que componen lo social son considerados actores con incidencia en relación al enfrentamiento y manejo del COVID-19. Mientras, por otra parte, los documentos locales evidencian un relato en torno al adulto mayor como receptor pasivo de la acción institucional, carente de opinión crítica y sin capacidad de autonomía e incidencia en las problemáticas sociales (como el manejo del COVID-19). Es decir, principalmente se representa como un sujeto receptivo de las indicaciones emanadas por las autoridades.

Discusión y Reflexiones Finales

En este trabajo se ha presentado un entramado teórico-metodológico que articula diferentes procedimientos y conceptualizaciones en el análisis crítico del discurso, con intencionalidades y particularidades propias de la propuesta de cada uno de los autores/as. Así, el andamiaje presentado enriqueció una aproximación al fenómeno desde el abordaje político global-local del COVID-19 y las personas mayores. Esta propuesta permitió indagar no solamente en torno a los discursos, sus ideologías y medios retóricos para constituir a los sujetos mayores con determinadas características (Jagër, 2003), sino que además posibilitó distinguir las diferentes estrategias comunicacionales en las que los discursos oficiales se materializan y despliegan (como directivos, prescriptivos, promocionales, informativos, etc.) y la audiencia a la que persiguen llegar, más allá de la que refieren de forma explícita.

Igualmente, el desarrollo de la estrategia analítica propuesta Jagër, (2003) y Rivera, (2017), contribuyen a indagar en el material discursivo de documentos públicos (orientaciones y políticas a nivel global y local), pudiendo considerar no solamente el qué se dice, sino el cómo se dice, y más importante aún, las implicancias y efectos que estas formas discursivas tienen en la realidad material. Así, entender los discursos como prácticas, con efectiva incidencia en lo social, promueve

ubicar los actos del habla, trascendiendo el carácter oral-escrito o comunicativo de los mismos. Esta perspectiva contribuye a explorar los modos de gobernar y conducir a la población que cada gobierno despliega, así como la red de actores que, involucrados entre sí, propician el avance de la sociedad por rutas mayormente discriminatorias, igualitarias o inclusivas.

Del mismo modo, una aproximación analítica desde las implicancias globales-locales, aporta a revisar cuán autónomas son las estrategias que se impulsan desde los gobiernos locales, cuánta consideración tienen éstos de las directrices y orientaciones internacionales en materia de envejecimiento, viejismo-edadismo, y derechos de las personas mayores, y cómo finalmente la presencia o ausencia de éstas sugerencias pudiera estar contribuyendo a otros modos de discriminación por la edad o reposicionando antiguos prejuicios o estereotipos edadistas.

Los efectos globales y locales de la pandemia por COVID-19 podrían tener graves implicancias en el aumento del viejismo, la exclusión de las personas mayores y su marginación de los proyectos sociales, acentuando una representación de la población mayor como un grupo homogéneo, dependiente y carente de agencia. Al respecto, los hallazgos presentados advierten de una construcción homogénea de las personas mayores y su constitución como sujetos receptores de la política (en el caso de Chile), con limitada o nula agencialidad. Esta construcción de una vejez hospitalaria-domiciliaria presenta reducida sintonía con la propuesta de lo global emanada desde Naciones Unidas, desafiando críticamente nuestro rol profesional, así como las resistencias que como gerontólogos podemos comenzar a desplegar.

En consecuencia, la propuesta desarrollada en este artículo proporciona pistas para el análisis de las políticas públicas, las estrategias de gobernanza y las tecnologías de control de la población que cada gobierno despliega para afrontar una crisis social y política como la que hoy vivenciamos. De este modo, podría contribuir identificando actores, entidades, así como los discursos que los mismos están impulsando en torno a las personas mayores y sus implicancias.

Valorar en nuestro quehacer profesional lo discursivo como una de las dimensiones de la vida social (Fairclough y Wodak, 2003) nos permite aproximarnos a las relaciones entre el lenguaje y el poder, desnaturalizando y desnormativizando los órdenes del discurso. De igual modo, permite indagar en los entramados discursivos que condicionan la acción profesional que están a la base de las políticas y programas desde los cuales desarrollamos procesos de intervención en lo social, posibilitando a través de su conocimiento el generar puntos de fuga.

El diálogo transdisciplinar de la propuesta (lingüística, filosofía, políticas públicas y Trabajo Social), contribuye al desafío de repensar tanto la acción profesional como el campo de la investigación disciplinar, pues propicia la construcción de puentes y nuevas rutas para pensar los fenómenos complejos que hoy enfrentamos. La actual pandemia por COVID-19, y el impacto de ésta a nivel social, cultural, político y económico, requerirá esfuerzos adicionales para subvertir las nuevas y complejas expresiones de exclusión y desigualdad que ha favorecido la crisis sanitaria a nivel global.

Hace un par de años, Alfredo Carballeda (2012) expresaba que en la actualidad *"los problemas sociales se tornan enredados, inestables, transversales, múltiples, se presentan por fuera de los formatos institucionales clásicos y de las clasificaciones, y requieren, por tanto, abordajes cruzados que se construyen a partir de una arquitectura singular en la respuesta"* (p. 18). En este sentido, los principios del ACD como perspectiva crítica (desde su compromiso social y político), aporta desde el campo interdisciplinar, conceptos, herramientas, interrogantes que permiten ir dotando de sentido los nuevos contextos de desigualdad, y por sobre todo, posibilitan explorar otras estrategias que propicien la transformación desde los diversos espacios en los que desplegamos nuestra acción social.

Finalmente, sostengo que la propuesta presentada nos aporta a comprender cómo los discursos políticos e institucionales inciden en los contextos cotidianos, produciendo determinadas subjetividades y personas mayores. Del mismo modo, también coexisten a la base de las acciones e intervenciones que podemos promover. Como gerontólogos/as críticos/as, debemos considerar los discursos oficiales como prácticas que constituyen lo social. Esta afirmación nos desafía a reconocer los mecanismos de inclusión y exclusión que operan discursivamente para producir a las personas mayores, y que podrían estar reafirmando y/o promoviendo, nuevos mecanismos de discriminación por motivos de la edad, que se encubren al alero de estrategias de promoción y protección de este grupo, ante el contexto de riesgo y crisis sanitaria.

Referencias

BBC News. (2020). Coronavirus: qué hay detrás del alto número de muertes en Italia a causa del COVID-19. Recuperado de: https://www.bbc.com/mundo/noticias-51817327

Bringel, B. (2020). Geopolítica de la pandemia, escalas de la crisis y escenarios en disputa. Revista de estudios sobre espacio y poder, 11 (especial), 173-187. https://dx.doi.org/10.5209/geop.69310

Bravo-Segal, S. y Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? Rev Esp Geriatr Gerontol. https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002

Carballeda, A. (2012). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. México: Paidós.

Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2020). COVID-19 tendrá graves efectos sobre la economía mundial e impactará a los países de América Latina y el Caribe. Recuperado de: https://www.cepal.org/es/comunicados/covid-19-tendra-graves-efectos-la-economia-mundial-impactara-paises-america-latina

CIPER. (2020). Hacinamiento: la variable clave en la propagación del COVID-19 en el Gran Santiago. Disponible en: Hacinamiento: la variable clave en la propagación del COVID-19 en el Gran Santiago.

Dabove, MI. (2020). Derecho de la Vejez en tiempos de pandemia. Revista de la Facultad de Derecho, (49), e110. Epub 01 de noviembre de 2020. https://dx.doi.org/10.22187/rfd2020n49a10

Fondo Monetario Internacional (FMI). (2020). Declaración conjunta del Presidente del Comité Monetario y Financiero Internacional y la Directora Gerente del Fondo Monetario Internacional. Recuperado de: https://www.imf.org/es/News/Articles/2020/03/27/pr20114-joint-statement-by-the-chair-of-imfc-and-the-managing-director-of-the-imf

Foucault, M. (2011/1970). El orden del discurso. Madrid, España: Tusquets.

García, J. (2014). Los discursos de la pandemia. Nuevas estrategias de comunicación del riesgo en un nuevo contexto sociocultural. Cultura, Lenguaje y Representación. Revista de Estudios Culturales de la Universitat Jaume XIII:185-99. http://dx.doi.org/10.6035/clr.2014.13.10.2.

Huenchuan, S.(2018). Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de Derechos Humanos. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

Íñiguez, L. (2006). Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Catalunya: Editorial UOC.

Jäger, S. (2003). Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y análisis de dispositivos. En R. Wodak y M.Meyer (Coord.), Métodos de análisis críticos del discurso (pp 61-99). Barcelona: Editorial Gedisa.

Latour, B. (2008). Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Buenos Aires, Argentina: Manantial.

Martínez Lirola, M. (2016). Multimodal analysis of a sample of political posters in Ireland during and after the Celtic Tiger. Revista Signos. Estudios de lingüística, 49(91),245-267. DOI: 10.4067/S0718-09342016000200005

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL). (2020). Casos confirmados en Chile COVID-19. Recuperado de: https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por Coronavirus. Recuperado de: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses

Pan American Health Organization (PAHO). 2020. Issue Brief: Older Persons and COVID-19. A Defining Moment For Informed, Inclusive and Targeted Response. Recuperado de: https://www.paho.org/en/documents/issue-brief-older-persons-and-covid-19-defining-moment-informed-inclusive-and-targeted

Pautassi. L. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En: Montaño, S.; Calderón, C. (Coord.) El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo. (pp. 69-92). Santiago de Chile: CEPAL – Naciones Unidas. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27845/1/S2010994_es.pdf

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos [Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges]. Revista española de geriatría y gerontología, 55(5), 249–252. https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006

Rivera, G. (2017). Los procesos de influencia global/local en políticas públicas: Una propuesta metodológica. Psicoperspectivas. 16(3) 111-121

RTVE. (2020). Mapa mundial del Coronavirus. Recuperado de: https://www.rtve.es/noticias/20200625/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml

Techo. (2020). Mapas revelan distribución de vulnerabilidad social frente al COVID-19. Disponible en: https://www.techo.org/chile/techo-al-dia/mapas-revelan-distribucion-de-vulnerabilidad-social-frente-al-covid-19/

Van Dijk, T. (2016). Análisis Crítico del Discurso. Revista Austral de Ciencias Sociales, 30, 203-222. DOI: 10.4206/

Van Dijk, T. (2008) Discourse and power. Basingstoke y Nueva York: Palgrave Macmillan.

Wodak, R. y Meyer, M. (2003). Métodos de análisis crítico del discurso. Barcelona: Gedisa.

https://www.clacso.org/covid-19-y-el-nuevo-caos-global/#_ftn1

8

Alcances y limitaciones de la implementación actual de estrategias de intervención comunitaria desde el Trabajo Social Gerontológico

Guadalupe Cañongo León

Resumen

La interrupción de la cotidianidad por motivo de la pandemia ha trastocado todas las esferas del ser humano, incluida la laboral, en donde la acción profesional es alterada de distintas formas. Hablando en particular del gremio de Trabajo Social, los cambios han sido variantes y dependientes, entre otras cosas, del ámbito en que se desempeñen, pero en general se presentaron desafíos metodológicos que van desde una posible obsolescencia de técnicas e instrumentos, hasta la oportunidad de integrar nuevas estrategias tecnológicas.

La reflexión versa sobre cuál debería ser el rumbo de la práctica disciplinar en el ámbito comunitario, y aún más específicamente en el gerontológico, en el marco de las restricciones por motivo de la pandemia y las condiciones de la llamada "nueva normalidad". En ánimo de aportar elementos para la definición de una postura se precisa acerca del Trabajo Social comunitario gerontológico y dos tipos de intervención social: a) basada en fortalezas y, b) basada en redes de apoyo social.

Al final, los dos tipos de intervención social son pertinentes para las circunstancias actuales; ambas buscan aprovechar los recursos propios de la comunidad y le otorgan un peso significativo al protagonismo de las propias personas en cuanto a la participación y resolución de las dificultades a las que se enfrenten. Tanto en las experiencias gerontológicas realizadas bajo el enfoque de fortalezas, como en la operadas a partir de la intervención con redes, se presentan los mismos cuestionamientos acerca de la pertinencia de las técnicas e instrumentos utilizados en el marco de la pandemia.

Las personas mayores, señaladas como un grupo en condición de riesgo, requieren de intervenciones eficientes, que de manera segura eviten mantenerlos

al margen y exploren nuevas formas de interacción social; en este sentido, Trabajo Social debe, si es necesario, adaptarse a las condiciones vigentes, innovar y capitalizar toda la creatividad que le ha caracterizado aún en situaciones críticas.

Palabras clave: Trabajo Social comunitario, Trabajo Social gerontológico, Intervención social

Abstract

The interruption of daily life due to the pandemic has disrupted all spheres of the human being, including work, where professional action is altered in different ways. Speaking of the Social Work guild, the changes have been variable and dependent, among other things, on the field in which they work, but in general there were methodological challenges that range from a possible obsolescence of techniques and instruments to the opportunity to integrate new technological strategies.

The reflection is about what should be the direction of disciplinary practice at the community level, and even more specific at the gerontological level, within the framework of the restrictions due to the pandemic and the conditions of the so-called "new normality". In order to provide elements for the definition of a position, it is specified about gerontological community Social Work and two types of social intervention: a) based on strengths and b) based on social support networks.

In the end, both types of social intervention are relevant to current circumstances; Both seek to take advantage of the community's own resources and give significant weight to the role of the people themselves in terms of participation and resolution of the difficulties they face. Both in the gerontological experiences carried out under the strengths approach, as in the one operated from the intervention with networks, the same questions are presented about the relevance of the techniques and instruments used in the framework of the pandemic.

Older people, identified as a group at risk, require efficient interventions that safely avoid keeping them on the sidelines and explore new forms of social interaction; In this sense, Social Work must, if necessary, adapt to current conditions, innovate and capitalize on all the creativity that has characterized it even in critical situations.

Keywords: *Community Social Work, Gerontological Social Work, Social Intervention*

Introducción

Dadas las condiciones demográficas y socioeconómicas vigentes, se requiere repensar las posibilidades de atención a las principales problemáticas que se presentan durante la vejez. El perfil general de la población mexicana de 60 años o más permite evidenciar las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra este grupo etario, máxime si se analiza el impacto social de la pandemia por COVID-19, tanto en la población de mayor edad como en la acción profesional de trabajadores sociales. En este sentido, se estima oportuno conocer las novedades y obsolescencias involucradas con el desempeño en el ámbito del Trabajo Social gerontológico. El presente documento busca brindar algunos elementos de reflexión al respecto, así como enfatizar la relevancia de explorar e incorporar estrategias tecnológicas, que, con certeza, representan opciones clave para la evolución misma de la disciplina social en comento.

Contexto general: La pandemia por COVID-19

La ciudad de Wuhan, China, se convirtió en diciembre de 2019 en el epicentro inicial de una de las experiencias mundiales de mayor impacto que se haya registrado: por primera vez se identificó el Coronavirus SARS-CoV-2, causante de una enfermedad hasta entonces desconocida, COVID-19 (OMS, 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró emergencia de salud pública internacional a la epidemia de COVID en enero de 2020. No obstante, en marzo del mismo año se anunció que la nueva enfermedad se había convertido en una pandemia, lo que significaba que la epidemia se había extendido por todo el mundo, afectando a un gran número de personas (OPS, 2020).

El 27 de febrero de 2020 se registró el primer caso en México, un hombre que después de haber viajado a Italia llegaba a la Ciudad de México con sintomatología leve. En adelante, se pasó de la fase de importación del virus, a la dispersión comunitaria y al contagio epidémico, lo que ha dado lugar a tres grandes olas pandémicas con un incierto y no inmediato final de la pandemia.

En marzo de 2020 inició la denominada *"Jornada Nacional de Sana Distancia"*, la cual comprendió fundamentalmente la implementación de medidas estrictas de higiene para mitigar el riesgo de contagio y la suspensión temporal de actividades no esenciales. Se cerraron escuelas, parques, centros comerciales y restaurantes, los cuales sólo dispusieron el servicio para llevar y

entregas a domicilio; el acceso a las actividades destinadas a la cultura y recreación se limitó únicamente a los servicios por Internet.

La Ciudad de México encabeza la lista de las 10 entidades que acumulan el mayor número de casos en el país. Además, junto con el Estado de México, ocupan los dos primeros lugares entre las 10 entidades que han registrado el mayor número de defunciones. Actualizado al 13 de julio de 2021, México presenta 2,604,711 casos confirmados, y 235,277 defunciones (Secretaría de Salud, 2021).

En diciembre de 2020 inició el periodo de vacunación. De acuerdo con la Secretaría de Salud (2021) al 29 de junio de este año se han aplicado más de 44 millones de dosis a través de la Estrategia Nacional de Vacunación, lo que corresponde al 34% de la población de 18 años y más; las principales vacunas administradas son *Pfizer BioNTech, Astra Zeneca* y *Sinovac*.

Los datos que describen el alcance de la pandemia, a pesar de los esfuerzos por actualizarlos a diario, son insuficientes para conocer las grandes consecuencias del contagio desmedido de la COVID-19. Afectaciones a la salud mental, modificaciones en la estructura y, por tanto, en las dinámicas familiares debido a los múltiples decesos, incorporación de ambientes tecnológicos en escenarios habituales y, en general, un nuevo comportamiento social basado en el distanciamiento y sanitización, pero también en miedos e incertidumbres, son sólo algunos de los descriptivos que realmente darán cuenta del impacto integral de la actual sindemia.

En palabras de Carballeda (2020), la COVID-19 es una enfermedad social que no puede ser pensada sólo desde la medicina, la biología o los efectos psicológicos a la hora de diseñar estrategias de intervención, ya que la salud se construye al ser entendida como producto de un complejo juego de intervenciones que se conjugan a partir de la actuación colectiva frente a los problemas y a la solución de éstos como horizonte.

El impacto de la pandemia en la acción profesional del Trabajo Social

La interrupción de la cotidianidad por motivo de la pandemia ha trastocado todas las esferas del ser humano, incluida la laboral, en donde la acción profesional es alterada de distintas formas, pero al final se halla colapsada. Hablando en particular del gremio de Trabajo Social, los cambios han sido variantes y dependientes, entre otras cosas, del ámbito en que se desempeñen. Por ejemplo, en el ámbito de la Salud, la sobrecarga de trabajo fue una constante en prácticamente

todos los casos, lo que generó recurrentes situaciones de estrés, ansiedad, miedos e incertidumbres debido a la alta probabilidad de contagio y a los limitados recursos con los que hay que afrontar la alta demanda de servicios de salud. Si bien aún no hay cifras precisas acerca del número de colegas en México afectados por la enfermedad, se cuenta con el reporte de afectación al personal de Salud, lo cual es un referente para estimar el impacto al gremio: al 21 de junio del año en curso, 239,280 casos positivos acumulados, de los cuales el 39% corresponde al personal de enfermería, 30% a otros trabajadores de la Salud (incluido el personal de Trabajo Social), 26% a médicos, 3% laboratoristas y 2% a dentistas; y 4,031 defunciones confirmadas (Secretaría de Salud, 2021).

En ámbitos como el educativo y algunos espacios de la administración pública o en organizaciones de la sociedad civil, el personal de Trabajo Social migró a espacios virtuales, al realizar sus actividades a través del llamado tele-trabajo o *"home office"*. Esta modalidad albergó incluso a profesionales cuyas funciones principales se realizaban en contextos comunitarios, ya sea en la operación misma de distintos proyectos sociales, o en valoraciones requeridas para peritajes sociales o acceso a becas particulares.

Con independencia del ámbito, se presentaron desafíos metodológicos que van desde una posible obsolescencia de técnicas e instrumentos dominados hasta entonces por los profesionales del Trabajo Social, hasta la oportunidad de integrar nuevas estrategias tecnológicas. Las técnicas de visitas domiciliarias, recorridos de área, estrategias grupales y todas las vinculadas a las acciones colectivas propias de la promoción social fueron también confinadas por instrucción de las autoridades sanitarias. En principio, la pausa parecía que no afectaría en demasía, pero conforme pasaba el tiempo, desde el tele-trabajo, la oferta de adaptar dichas técnicas al ámbito virtual se convirtió en una realidad, que al mismo tiempo planteaba la necesidad de apoyos formativos para la inclusión de procesos digitales.

La reflexión ética acerca de la adecuación de estrategias de intervención comenzó a ser frecuente en los distintos espacios laborales. El cuestionamiento acerca de si puede la tecnología compensar la falta de contacto personal o trato directo, o si los objetivos metodológicos se alcanzan aún con la incorporación de medios audiovisuales como el uso de computadoras o teléfonos inteligentes, o el uso de plataformas como *Zoom*, *Meet*, *Facebook* o *WhatsApp*, son algunos de los planteamientos recurrentes. La evaluación de recursos materiales disponibles, recursos cognitivos básicos para poder utilizar las plataformas y los recursos instrumentales

sobre todo para el acompañamiento constante en la virtualidad, es esencial para determinar los diagnósticos sociales que fundamenten la toma de decisión sobre las adecuaciones a técnicas e instrumentos.

Es entonces una discusión inacabada y vigente el elegir si se reducen las posibilidades de alcanzar al cien por ciento los objetivos de las técnicas e instrumentos utilizadas en contextos comunitarios al incluir elementos tecnológicos, o se incrementa la posibilidad de riesgo de contagio entre la población usuaria y el personal de Trabajo Social al retomar las acciones colectivas aún con medidas precautorias; o bien, si se adecuan las estrategias metodológicas digitales para maximizar su eficacia y procurar con ello la seguridad en cuanto a la salud de las personas implicadas.

Bajo esta lógica, la reflexión versa sobre cuál debería ser el rumbo de la práctica disciplinar en el ámbito comunitario, y aún más específico en el gerontológico, en el marco de las restricciones por motivo de la pandemia y las condiciones de la llamada "nueva normalidad". En ánimo de aportar elementos para la definición de una postura se estima importante precisar acerca del Trabajo Social comunitario gerontológico y los ejes fundamentales que le constituyen.

Trabajo Social comunitario en el ámbito gerontológico

De acuerdo con Valero (2009), el Trabajo Social comunitario tiende a lograr el equilibrio entre las necesidades asistenciales de la comunidad y los recursos para cubrirlos. Tal propósito requiere tanto la participación de elementos profesionales como la de voluntarios, y para alcanzarlos se debe incrementar la iniciativa, la confianza y la preparación de los participantes. Esta misma autora considera que la organización de la comunidad es el método de Trabajo Social que actúa directamente sobre la vida colectiva.

El Trabajo Social comunitario pretende comprender y estudiar las dinámicas sociales, las condiciones y estilos de vida para ser parte de los procesos de diseño, desarrollo, operación y evaluación de proyectos o programas sociales, que busquen restablecer o mejorar las relaciones entre los diversos actores sociales de la comunidad.

De tal forma que la intervención comunitaria desde el Trabajo Social debe ofrecer respuestas a las necesidades, problemas y aspiraciones de manera integral con sus dificultades y

oportunidades, y desde un enfoque estratégico y participativo, en concordancia con un marco teórico–conceptual y metodológico coherente (Pastor, 2013).

Este nivel y alternativa de intervención implica el dictamen de un sólido diagnóstico social para el cual hay que considerar "el término de "comunitario", tanto desde una perspectiva histórica, económica y cultural, como su significado en cuanto a la participación de la población en la vida social, el interés político y recursos otorgados por parte de las autoridades locales más cercanas" (Lillo & Roselló, 2010).

Asimismo, para la elaboración del diagnóstico se deben identificar las necesidades colectivas, priorizarlas, impulsar la movilización de recursos humanos, materiales y/o financieros, implementar procesos de negociación con personas, organizaciones, grupos y en general, con la comunidad. En suma, se requiere la organización de los elementos útiles de la comunidad en la búsqueda de un beneficio colectivo que permita mejores niveles de vida, autogestión y alternativas de solución. Considerando que la comunidad es, según Galena de la O y otros (1999), "una compleja red de interrelaciones que determinan su dinámica y comportamiento; su movimiento está dado por el contenido de la acción que se ejerce a través de las interrelaciones tanto internas como externas".

En el campo comunitario, al igual que en otros, el profesional de Trabajo Social debe ser versátil para interactuar con esta comunidad compleja, "equiparse" de un discurso integrado e integrador de las características y dinámicas de la población. A la vez, con técnicas y habilidades innovadoras, y con la lógica participativa, para contribuir a la construcción de caminos (Pastor, 2013).

Pensar en el Trabajo Social Comunitario, y en particular en el ámbito gerontológico, es concebir su intervención basada en metodologías que privilegien el reconocimiento de los participantes como sujetos de derechos, capaces de involucrarse a través de la exposición de sus intereses y reconocimiento de sus potenciales, pero también de sus limitaciones; dispuestos a identificarse como un grupo etario con capacidades y necesidades específicas, pero al mismo tiempo como parte ineludible de la comunidad.

No obstante, como lo señalan Piña, Olivo, Martínez, & Mendoza (2018), la mayoría de las intervenciones con personas mayores se realizan bajo una visión gerontológica positivista y medicalizada, lo cual no contribuye en la resolución de las diversas problemáticas de la población envejecida y, por tanto, urge abordar perspectivas que reconozcan el papel central de las personas

de mayor edad y su interrelación con las instituciones para potenciar las capacidades humanas y su participación en la sociedad.

Bajo esta misma lógica, la gerontología ambiental también coincide en que las investigaciones acerca de la vejez y el envejecimiento se han desarrollado principalmente en ambientes controlados, como hospitales, residencias y viviendas, dando prioridad a los enfoques médico y de asistencia social, y condicionado de este modo las metodologías y el conocimiento que se tiene de la adaptación ambiental en el envejecimiento (García Valdez, Sánchez González, & Román Pérez, 2019).

Aunado a lo anterior, en la actualidad las personas mayores son consideradas uno de los principales grupos vulnerables frente a la pandemia por COVID-19, ya que si bien los niveles de contagio son menores que en otros grupos de edad, al contraer la enfermedad, por presentar enfermedades crónicas precedentes, se incrementan las posibilidades de presentar cuadros mayor gravedad lo que puede aumentar la mortalidad (Cataldi, 2020).

Así pues, las personas dedicadas al Trabajo Social gerontológico implementado en comunidad, se encuentran no sólo lidiando con los insuficientes esfuerzos por realizar intervenciones sustentadas en la comprensión y atención de los problemas sociales presentes durante la vejez en contextos locales específicos, sino que además enfrentan por motivos contextuales una fuerte disyuntiva: por una parte, como antecedente y conocimiento validado, saben de cierto que para las personas mayores es fundamental la interacción social, la convivencia con sus pares, el sentirse parte de un grupo que refrende que la vejez no es una etapa pasiva, en la que haya que esperar sin mayor actuación el desenlace fatal; pero, por otra parte, reconocen que la situación de pandemia exalta la recomendación sanitaria de no acercarse a las personas mayores, de no visitarles por protección y mantener únicamente un contacto indirecto.

En este sentido, Torcigliani y otros (2020), afirman que el mundo entero apuesta al "distanciamiento social" como una estrategia eficaz para evitar contagiarse del virus, aún cuando no se conozcan a ciencia cierta cuáles son las consecuencias reales que ello implique; argumenta que esta práctica generalizada excluye por definición, el "acercamiento social", fundamental para la interrelación entre las personas, especialmente para el grupo de las personas mayores.

Es así como el ejercicio profesional comunitario aparentemente cambió su objetivo principal, pasando del previo a la pandemia asociado a impulsar la organización y participación de las personas mayores en acciones colectivas locales, al posterior a la pandemia, que procura su sano

resguardo bajo la recomendación de "quédate en casa", toda vez que se consideran parte de un grupo en condición de riesgo.

No obstante, el aparente cambio de objetivo en realidad se trata sólo de ajustes en las estrategias de atención, ya que antes y después de la pandemia el propósito de las acciones gerontológicas en el marco de la comunidad sigue siendo el mismo: entre otros, procurar a través de la acción social y del ejercicio de sus derechos, condiciones de bienestar que posibiliten mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Intervenciones sociales en contexto pandémico: enfoque de fortalezas y red social

A la luz de lo descrito hasta ahora, una de las propuestas sugeridas para incorporar como enfoque desde el cual deban desempeñarse las actividades comunitarias dirigidas a la población de mayor edad, es la intervención basada en las fortalezas.

Este paradigma de intervención busca analizar las acciones que las personas (que son los sujetos intervención) realizan exitosamente, en la medida en que el trabajo que implique les motive a hacerlo con orgullo y al mismo tiempo les haga sentir bien. A través del impulso de dichas habilidades se promociona su desarrollo y genera nuevas capacidades, encaminándolas a un nuevo contexto (Martínez de Mandojana, 2014). Para comprender este enfoque conviene considerar lo siguiente:

- Un modelo de intervención basado en las fortalezas considera las posibilidades de promover un equilibrio entre las capacidades y potencialidades con las que cuentan las personas y los recursos disponibles para su aprovechamiento. Considerar las habilidades, motivaciones y estrategias personales implica el protagonismo activo de las personas en su proceso de evolución (Martínez de Mandojana, 2014).
- El enfoque centrado en las fortalezas, el empoderamiento y la resiliencia aportan un nuevo escenario de comprensión y de guía sobre cómo entender, trabajar y valorar los procesos de cambio en colaboración de las personas sujetos de intervención, lo que constituye un cambio de mirada sobre la realidad de las personas y su entorno (Juárez & Lázaro, 2014).

Dicho sea de paso, desde algunos autores de Trabajo Social se entiende al empoderamiento como una posibilidad metodológica de dar alternativas que brinden soluciones y control a ciertas

circunstancias que viven las personas. Dichas formas de poder centrados en el potencial de las personas para dirigir su vida apoyan a reafirmar el valor de las personas que en espacios comunes pueden construir una fuerza colectiva que promueva redes y alianzas. En cuanto a la resiliencia, se entiende como "la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas" (Grotberg, citado por Juárez & Lázaro, 2014).

El enfoque de fortalezas considera como principios básicos: a) cada persona y grupo poseen fortalezas aún cuando no estén plenamente identificadas, b) las personas son potencialmente resilientes, independientemente de los problemas sociales que les aquejen, c) los entornos son medios con recursos disponibles, aunque estos sean mínimos y no identificados (Saleebey & Healy, citado por Lemus, 2017).

De acuerdo con esto, el panorama adverso causado por la pandemia es susceptible de ser un espacio de oportunidad, que permita, con las herramientas adecuadas, capitalizar los recursos disponibles, centrándose justamente, por escasas que sean, en las condiciones favorables de la situación que habrá de abordarse.

Al respecto, Belmont, Velázquez & Tello (2020), quienes consideran que la pandemia por COVID-19, al ser una ruptura en la vida cotidiana de las personas, ha generado incertidumbre y división en la sociedad, sostienen que Trabajo Social puede asumir la tarea de fortalecer, restablecer o propiciar relaciones fortalecidas, lazos sociales en sociedad en crisis. Las consecuencias de la emergencia sanitaria que enfrenta la sociedad actual son irreversibles y, de acuerdo con estas autoras, el costo social se refiere a lo humano y a las interrelaciones ahora limitadas por el aislamiento; en este sentido, como profesionales en Trabajo Social el reto para intervenir en este contexto es posibilitar ambientes socioafectivos que restituyan lo ausente. Derivado de las medidas sanitarias que limitan la movilidad e interacción social, Trabajo Social debería participar en el diseño de propuestas de intervención que favorezcan la convivencia, la salud física y social, con la finalidad de conservar los procesos de relación, lazos, vínculos y preservar lo social.

Como se ha expuesto, recuperar la intervención basada en el enfoque de fortalezas se estima conveniente dado el contexto particular resultado de la pandemia. Sin embargo, las intervenciones basadas en la optimización de la red social, a efecto de aprovechar al máximo los distintos apoyos sociales emanados de las mismas, es sin lugar a duda un enfoque metodológico productivo y eficiente.

Entre otras ventajas, la red social proporciona a las personas un conjunto de servicios diferentes con relación a sus características, poniendo a su disposición bienes materiales e inmateriales, proporcionando significado a la vida individual, asignando roles y desarrollando la autoestima y el sentido de pertenencia (Campos, 1996).

La red social se ha utilizado con éxito para poner en marcha procesos de influencia social, segmentar grupos y comunidades para fines de participación social, promover el intercambio de apoyo social, coordinar organizaciones comunitarias y facilitar la colaboración entre los participantes o los profesionales durante la aplicación de programas (Maya & Holgado, 2017).

Asimismo, el trabajo con redes se constituye como el marco metodológico que posibilita el uso del modelo de apoyo social, el cual, de acuerdo con Arias (2009), se centra en el estudio de los aspectos sociales, posee un importante interés preventivo, se interesa en las problemáticas de personas en situación de fragilidad, se centra en el trabajo con los recursos y potencialidades, persigue el logro de cambios a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema, y apunta al potenciamiento y desarrollo, tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario.

Al final, los dos tipos de intervención social son pertinentes para las circunstancias actuales; ambas buscan aprovechar los recursos propios de la comunidad y le otorgan un peso significativo al protagonismo de las propias personas en cuanto a la participación y resolución de las dificultades a las que se enfrenten. Desde cualquiera de estos enfoques de intervención se podría decir que la pretensión del Trabajo Social es impulsar estrategias que, bajo el reconocimiento y optimización de las cualidades colectivas, reactiven la red social existente a efecto de obtener el mayor apoyo posible.

Tanto en las experiencias gerontológicas realizadas bajo el enfoque de fortalezas, como en la operadas a partir de la intervención con redes, se presentan los mismos cuestionamientos acerca de la pertinencia de las técnicas e instrumentos utilizados en el marco de la pandemia. Los dilemas nutridos por posiciones éticas, disciplinares, o simplemente derivados de la pericia, detonan retos sobre las nuevas formas de implementar el ejercicio profesional gerontológico en comunidades.

Notas finales

El impacto de la pandemia por COVID-19 ha sido explorado principalmente en términos de salud pública, actualizando constantemente el número de contagios, hospitalizaciones y decesos, en

función de variables como el sexo, edad, comorbilidades y región. Sin embargo, las consecuencias de la pandemia no se limitan a los cambios demográficos y sanitarios del país: por el contrario, han alcanzado tal magnitud que se vive, hoy por hoy, una coyuntura mundial en las dinámicas socioculturales que obligadamente redefinirá el mundo que conocíamos hasta ahora.

Con la llegada de la denominada "sana distancia" como requisito invariable del protocolo de protección de riesgo de contagio y con especial atención a la población de mayor edad, se acentuaron las condiciones de aislamiento social en la vejez, mismas que han sido estudiadas y documentadas como factores que afectan la salud física y mental de las personas mayores, al asociarse con la afectación de su calidad de vida o el incremento mismo de la mortalidad en este grupo etario.

En este sentido, el distanciamiento social de las personas mayores asume un carácter distinto, ya que lo que antes se percibía como un acto de abandono hoy se interpreta incluso como un acto de amor, en beneficio de la salud de los seres queridos envejecidos. Bajo este contexto, se interrumpen las actividades de acción gerontológica en el ámbito comunitario debido a situaciones tales como la conversión de centros de salud a centros de atención primaria de COVID-19, el cierre de centros comunitarios, parques e iglesias, los cuales representaban espacios naturales de reuniones para las personas mayores, así como la cancelación de las visitas domiciliarias que, para fines diversos, eran operadas como parte de programas sociales.

Con el paso del tiempo, fue evidente que habría que buscar estrategias seguras para dar continuidad a las actividades pausadas, ya que los pronósticos epidemiológicos auguraban un largo entorno en pandemia. Las nuevas tecnologías de la comunicación se presentan entonces como opciones de gran apoyo para compensar las limitaciones de contacto físico por espacios virtuales de oportunidades poco exploradas hasta ahora.

Los beneficios de la inclusión digital son amplios en la medida en que favorecen, entre otros, el desarrollo cognitivo, fortalecimiento e incremento de la red social, seguridad personal y autoestima, además de contribuir con la resignificación de la imagen social de la vejez, ya que se enfrenta con hechos la idea de que las personas mayores no pueden aprender o adquirir conocimientos nuevos, y menos si estos se relacionados con la tecnología. Lo que es cierto es que el acercamiento y adopción de dichas estrategias digitales no es un proceso sencillo, debido a la tan marcada brecha cultural y socioeconómica que existe en la sociedad, sin omitir que no pocos colegas presentan limitaciones en cuanto al conocimiento y uso de las principales opciones tecnológicas.

Definitivamente, una videollamada por *Facebook*, una conversación por *WhatsApp*, una encuesta por correo electrónico o una reunión de grupo vía *Zoom*, no sustituirán la riqueza de una entrevista personalizada, la eficacia en la aplicación de un cuestionario o la interacción social construida en un grupo focal, pero sí proporcionan la tranquilidad de que se han retomado las actividades en pausa, aunque sea a través de medios virtuales.

Por ejemplo, la asesoría médica mediante una teleconsulta no brinda todas las ventajas de una consulta presencial, pero es un gran apoyo comparada con el paso de los meses sin tener contacto con el personal médico, o bien, una breve reunión por *Zoom* para platicar acerca de cómo están o cómo se sienten, no reemplaza la clase de activación física llevada a cabo con regularidad en el parque local, pero representa una opción para impedir la soledad y fomentar la interacción social en un contexto de pandemia.

La actual crisis sanitaria de gran impacto social exige en un ambiente de incertidumbre que se optimicen las condiciones y recursos disponibles. Las personas mayores, señaladas como un grupo en condición de riesgo, requieren de intervenciones eficientes, que de manera segura eviten mantenerlos al margen y exploren nuevas formas de interacción social; en este sentido, Trabajo Social debe, si es necesario, adaptarse a las condiciones vigentes, innovar y capitalizar toda la creatividad que le ha caracterizado aún en situaciones críticas.

Referencias

Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. (U. N. Plata, Ed.) Revista de Psicología da IMED, 1(1), 147-158.

Belmont, G., Velázquez, M., & Tello, N. (2020). *La intervención en lo social en tiempos de pandemia*. Obtenido de Escuela Nacional de Trabajo Social: http://www.trabajosocial.unam.mx/comunicados/2020/mayo/intervencion_social_tiempos_pandemia.pdf

Campos, J. (1996). Redes y Trabajo Social. *Taula. Quaderns de pensament*(25-26), 29-38.

Carballeda, A. (2020). Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de COVID-19. *Margen*, https://www.margen.org/pandemia/.

Cataldi, M. (2020). El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la pandemia de Coronavirus COVID-19. *Margen*(97), 1-6.

Galeana de la O, S., Ortega, L., Zúñiga, E., & Sainz, J. (1999). *Promoción Social una opción metodológica*. México: Plaza y Valdés , S.A. de C.V.

García Valdez, M., Sánchez González, D., & Román Pérez, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(1), 101-128.

Juárez, A., & Lázaro, S. (2014). El enfoque de fortalezas en Trabajo Social. *Miscelánea Comillas*, 72(140-141), 143-158. Obtenido de https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/69647/retrieve

Lemus, M. (2017). La perspectiva de las fortalezas, descubriendo el potencial de las personas. *Margen* (86), 1-5. Obtenido de https://www.margen.org/suscri/margen86/lemus_86.pdf

Lillo, N., & Roselló, E. (2010). *Manual para el trabajo Social Comunitario*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

Martínez de Mandojana, I. (2014). Trabajando desde las fortalezas. Una apuesta por las personas. *EDETANIA*(45), 211-218. Obtenido de file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-TrabajandoDesdeLasFortalezasUnaApuestaPorLasPerson-5010745.pdf

Maya, I., & Holgado, D. (2017). 7 ejemplos de intervención basada en redes. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 28(2), 145-163.

OMS. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por Coronavirus (COVID-19)*. Recuperado el 26 de noviembre de 2020, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses

OPS. (2020). E*nfermedad por el Coronavirus (COVID-19)*. Recuperado el 26 de noviembre de 2020, de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19?topic=All&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=&page=1

Pastor, E. (2013). Metodología y ámbitos del Trabajo Social comunitario para impulsar cambios sociales sostenibles y autónomos en el complejo universo relacional en España en el siglo XXI. *Emancipação*, 13(1), 143-158.

Piña Moran, M., Olivo Viana, M., Martinez Maldonado, M., & Mendoza Nuñez, V. (2018). Intervención situacional gerontológica: estrategia para potenciar los roles sociales de los mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1), 102-112.

Secretaría de Salud. (2021). Calendario de Vacunación. Obtenido de http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/calendario-vacunacion/

Secretaría de Salud. (2021). COVID-19 México. *Comunicado Técnico Diario*. Obtenido de https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/07/2021.06.29_CP_Salud_CTD_COVID-19.pdf

Secretaría de Salud. (2021). *Informe Técnico Diario COVID-19 México 13/07/2021*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/653193/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.07.13.pdf

Valero, A. (2009). *Desarrollo Histórico de Trabajo Social*. México: ENTS-UNAM.

Síntesis curricular de los autores

Graciela Casas Torres

Profesora-investigadora de la **Escuela Nacional de Trabajo Social** de la **UNAM**. Maestra en Salud Pública con 45 años de experiencia profesional. Actualmente coordina el Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología. Es la coordinadora del Diplomado "Envejecimiento Exitoso", que tiene más de 12 años de impartirse. Realiza una participación activa a favor de las personas mayores en el INAPAM, en la Comisión de Derechos Humanos tanto la de ámbito Nacional como la de la CDMX, en el Instituto Nacional de Geriatría, entre otros. Destaca la asesoría que brindó para la creación de la Primera Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en 2002 y su reciente participación en la Ley de Reconocimiento de los Derechos de las Personas Mayores y del Sistema Integral para su Atención de la Ciudad de México, publicada en marzo del 2021. A nivel internacional ha participado en la ONU y en la CEPAL. Ha ocupado diversos cargos a lo largo de 43 años de experiencia profesional, el último, como directora de la **Escuela Nacional de Trabajo Social**.

✉ gracielacasasunam@hotmail.com

Gilberto Isaac Acosta Castillo

Psicólogo por la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM**. Maestro y Doctor en Ciencias por la Facultad de Medicina de la UNAM. Investigador en Ciencias Médicas en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velazco Suárez". Miembro del Grupo de Investigación en Demencias 10/66. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Desde hace 13 años ha estado involucrado en el diseño, entrenamiento y análisis de los estudios realizados por el Grupo 10/66 en México y en los protocolos realizados en el Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología. Áreas de interés: la salud mental

de los adultos mayores, así como de sus cuidadores y en particular los trastornos neurocognitivos (demencias).

Jennifer García Contreras

Egresada de la licenciatura en Trabajo Social de la **Escuela Nacional de Trabajo Social–UNAM** y becaria en el Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología. Desde 4° semestre ha estado involucrada en procesos de investigación social con población de personas mayores, a través de la Práctica Comunitaria. En el año 2019, junto con una docente y un compañero de la carrera, ganaron el segundo lugar en el Primer Premio de Emprendimiento "El Lado Social de la UNAM" con un proyecto social que favorece procesos de alfabetización digital en personas mayores a través de estrategias de innovadoras que aportan a la disminución de la exclusión social. Recientemente participó como ponente en el Encuentro Intergeneracional "En la construcción de la vejez" 2020, organizado por el INAPAM.

Frida Alexandra García Molina

Licenciada en Trabajo Social por la **Escuela Nacional de Trabajo Social–UNAM**. Colaboradora del Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología. Desde 2018 ha trabajado las líneas temáticas de vejez, envejecimiento y personas mayores, con especial énfasis en Educación para población mayor, redes sociales de apoyo en la vejez y Derechos Humanos de las Personas Mayores. Ha participado como ponente en el Festival por la Salud Emocional (2019) con el tema "Salud mental en la vejez", en el Primer Encuentro Latinoamericano de Estudiantes y recientes graduades: Trabajo Social con Personas Mayores, organizado por la Universidad de Buenos Aires y la REDGETS, en el eje educación a lo largo de toda la vida, y en el Programa de atención virtual para Personas Mayores "Kinestesia".

✉ fridagamocetsge@gmail.com

Noelia Martínez Vázquez

Graduada en Trabajo Social por la **Universidad de Alicante** (España) y trabajadora social (examen de Estado de nivel superior) en Italia. Trabajadora social en el área de salud mental durante 13 años en Alicante. Perito social judicial, colaboradora en la Administración de Justicia española. Actualmente trabajadora social en los servicios sociales del Ayuntamiento de Trezzo Sull'Adda (Milano) y colaboradora en la asociación de trabajadores/as sociales por la protección civil italiana (AS.PROC). Perteneciente al grupo de trabajo en emergencias sociales del Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante. Durante el COVID-19, colaboradora en la Unidad de Tutelas de menores de Retesalute (Lecco, Italia) y perteneciente de la Red de Respuesta Social Rápida de Trabajadores/as Sociales de Alicante. Actualmente desarrolla junto al colega Óscar Cabrera una investigación europea comparativa sobre el papel del Trabajo Social en emergencias en España e Italia.

✉ nmarva@cgtrabajosocial.com

Óscar Manuel Cabrera Galisteo

Graduado en Trabajo Social. **Universidad Alicante** (España). Valorador de Dependencia. Universidad Europea Miguel de Cervantes (España). Máster en Trabajo Social, Estados de Bienestar y Metodologías de Intervención Social. UNED (España). Máster en Urgencias y Emergencias. Inesem (España). Beca de Trabajo Social en Salud Mental en el Centro "Dr. Esquerdo" (Alicante). T.S. en Servicios Sociales Ayuntamiento de Elda (Alicante).

✉ oscarmanuel204@gmail.com

Laura V. Guajardo Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Titular en la cátedra "Teoría Política" y Profesora Asociada en la cátedra "Política Social" en la carrera Licenciatura en Trabajo Social en la **Universidad Nacional de San Juan, Argentina.** Investigadora del Gabinete de Estudios e Investigaciones en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan. Directora de la Diplomatura en Gerontología en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Juan. Miembro de la REDGETS.

✉ Lvg_sj@hotmail.com

Teresa Isabel Dornell Regueira Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la **Universidad de la República de Uruguay**. Profesora con trayectoria de enseñanza-aprendizaje, investigación y extensión desde hace 35 años, con formación en investigación cualitativa y en el campo de la salud, centrándose su foco de estudio, divulgación y socialización desde hace más de una década en vejez y envejecimiento. Presenta casi cuatro décadas de ejercicio del quehacer profesional. Docente e Investigadora-Profesora Adjunta Efectiva del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República–Coordinadora del Área de Vejez e integrante del Grupo Coordinador de la Red de Gerontología y Trabajo Social.

✉ teresa.dornell@cienciassociales.edu.uy

Sandra Sande Muletaber

Docente e Investigadora Doctora en Ciencias Sociales de la **Udelar**. Magister en Trabajo Social, Magister en Psicogerontología, Posgrado en Psicogerontología, Posgrado en análisis sociodemográfico, Licenciada en Sociología y Licenciada en Trabajo Social. Profesora adjunta RDT del DTS, Udelar Integrante del Área Vejez y Trabajo Social (AVYTS) y de la REDGETS. Autora de varios artículos, capítulos de libro y ponencias a nivel nacional e internacional.

✉ sandra.sande@cienciassociales.edu.uy

Enlace a cvuy: https://cvuy.anii.org.uy/inicio/

Enlace a orcid: https://orcid.org/0000-0003-2598-9903

Nicole Mazzuccahelli

Trabajadora Social (PUCV), Diplomada en Salud Familiar (UV), Magíster en Gestión Cultural (UPLA) y Doctora(c) en Psicología por la **Pontificia Universidad Católica de Valparaíso** y la **Universidad Autónoma de Barcelona**. Académica de diversas universidades en la región de Valparaíso. En su línea de investigación destaca el interés por las personas mayores, las vejeces femeninas y la agencia de las mujeres mayores, desde un marco gerontológico crítico-feminista.

✉ nicole.mazzucchelli@pucv.cl

Guadalupe Cañongo León

Licenciada y Maestra en Trabajo Social. Diplomada en Estadística aplicada y Peritaje social. Desde 2006 ha participado en proyectos de investigación sobre vejez y envejecimiento. Es Técnica Académica adscrita a la **Secretaría de Planeación y Vinculación de la Escuela Nacional de Trabajo Social** y docente de la Licenciatura en Trabajo Social y de la especialización en Modelos de intervención con adultos mayores del Programa Único de Especializaciones en Trabajo Social de la UNAM.

✉ guadalupe.canongo@ents.unam.mx

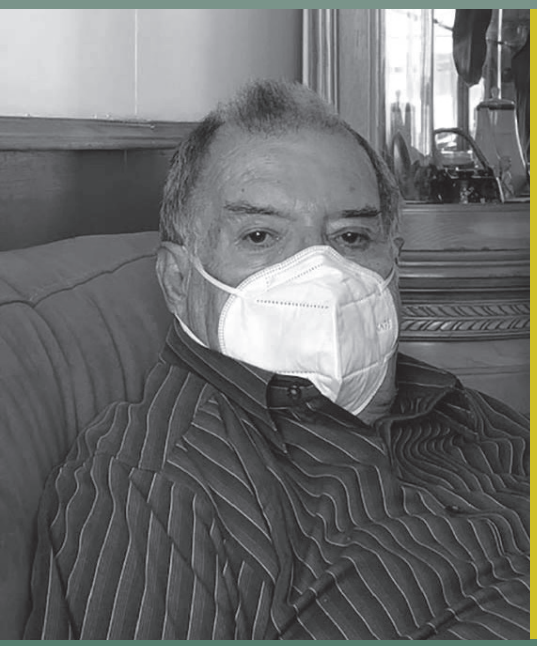
Para contactar a los coordinadores de esta obra

Graciela Casas Torres:
Académica investigadora de la ENTS–UNAM–México.
gracielacasast@comunidad.unam.mx

Marcelo Piña Morán:
Académico Universidad Católica del Maule–Chile.
mpina@ucm.cl

Universidad Nacional Autónoma de México

“Personas mayores en el contexto de COVID-19: acciones desde Trabajo Social”
Esta edición se terminó en el mes de agosto de 2022
Su composición se realizó con la familia tipográfica:
Helvética Neue light, light italic, regular, medium y bold de 18, 13, 12, 11, 10, 9, 8, y 7 puntos.
Edición digital.
El cuidado de la edición estuvo a cargo de:
Departamento de Publicaciones ENTS



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social