



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



## **Trabajo Final de Grado**

**Sistematización de experiencia en un servicio de Primer Nivel de Atención en salud, con grupo de adultos mayores en contexto de emergencia sanitaria por Covid-19**

**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología.**

**Estudiante: Camila Maturana**

**Tutora: Prof Adj. Mag Ma. Julia Perea**

**Revisora: Prof Adj. Mag. Mónica Lladó**

**Febrero, 2021**

**Montevideo, Uruguay**

## ÍNDICE

Introducción.....	2
Objetivos.....	5
Presentación de la experiencia.....	6
Articulación conceptual.....	17
Primer Nivel de Atención, Atención Primaria de la Salud y SNIS.....	17
La Comunidad como protagonista.....	19
Concepciones sociales sobre la vejez.....	20
Covid-19 y sus consecuencias ¿Qué pasa cuándo alguien queda encerrado por una pandemia?.....	22
El descuido por cuidar, consecuencias del distanciamiento físico en adultos mayores.....	25
Representaciones de la vejez en la pandemia.....	29
Medidas imaginativas.....	31
Intervenciones y tecnología en contexto de Covid-19: potencialidades y limitaciones del trabajo virtual con personas mayores.....	32
Importancia del Primer Nivel de Atención en contexto de Covid-19.....	38
Conclusiones.....	40
Referencias Bibliográficas.....	42

## ***Introducción***

En el presente Trabajo Final de Grado se propone realizar una sistematización y análisis de las principales líneas de acción desarrolladas con un grupo de adultos mayores en policlínica de Primer Nivel de Atención, en contexto de emergencia sanitaria por Covid-19. La experiencia se enmarca desde mi lugar como practicante dentro del Programa de Practicantes y Residentes.

El Programa de Practicantes y Residentes de Psicología comenzó a funcionar en Mayo de 2010, siendo un convenio entre Facultad de Psicología y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el principal efector de salud pública en Uruguay. El mismo, permite mediante contratos laborales, que estudiantes avanzados y egresados recientes se inserten en diferentes servicios de salud de ASSE. (Bianchi, De la Cuesta, Gandolfi, Muniz,, s.f). Teniendo como objetivos principales, la formación de psicólogos en el área de la salud, en sintonía con el nivel de calidad y actualización que los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) requiere; así como también se propone la producción de nuevos conocimientos en el campo de la psicología, con el fin de favorecer la calidad de vida de los uruguayos. (ASSE, 2009).

Mi inserción incluyó el trabajo en tres policlínicas de Primer Nivel de atención, una de ellas siendo la Policlínica Don Bosco, en la cual fue desarrollado el trabajo con el grupo. La Policlínica Don Bosco está ubicada en Camino Maldonado 777 (km 16) esquina Camino Repetto. Se encuentra situada en un punto de referencia a nivel territorial y simbólico; el Km 16 es una de las zonas de mayor concentración de población del eje de Cno. Maldonado. Su origen es comunitario, siendo una institución de referencia barrial importante. Es dependiente del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, formando parte de la Red de Atención Primaria (RAP) metropolitana de ASSE.

El equipo de la Policlínica se encuentra conformado por un médico especializado en medicina familiar y comunitaria, una psicóloga en territorio, una trabajadora social, una odontóloga, una pediatra, una enfermera, una administrativa, dos auxiliares de limpieza, una partera, una nutricionista, una conserje y una/un practicante de psicología.

El grupo de adultos mayores anteriormente mencionado, lleva como nombre “Las Margaritas”. Tiene como fecha de constitución el 24 de Agosto de 2009. Propuesta que fue implementada y coordinada por la practicante de psicología y por la residente de medicina familiar y comunitaria que desarrollaron su trabajo durante ese periodo. Al año siguiente se incluyeron al equipo coordinador la enfermera y la psicóloga de la policlínica. En aquel momento visibilizaron la necesidad de creación de espacios grupales y a la par la carencia de lazos sociales en la población de adultos mayores. Por lo tanto, se constituyó el grupo teniendo hasta la fecha de hoy 11 años de trabajo ininterrumpido.

El equipo de coordinación se encuentra conformado por la psicóloga en territorio, psicomotricista, estudiantes de psicomotricidad que realizan sus prácticas curriculares, la enfermera de la policlínica Don Bosco y la practicante de psicología. El día y horario de reunión estipulado para el grupo son los Jueves de 14:00 hs a 16:00 hs.

Durante el año 2020, el rol de cada integrante del equipo fue variando según el encuadre de las intervenciones y la posibilidad de integrarse virtualmente. Anteriormente al regreso de la presencialidad en el local de la policlínica, el trabajo de la enfermera, psicomotricista y estudiantes de psicomotricidad se desarrolló mayoritariamente desde la virtualidad. Esto fue debido, a que desde la Udelar se emitió un comunicado de impedimento al ingreso de estudiantes en el territorio donde realizaban sus prácticas, con el fin de prevenir contagios. Así como a la re asignación de la función de la enfermera quien debió rotar por diferentes centros realizando el procedimiento de hisopado.

La planificación de los talleres presenciales varió según la semana, en algunas ocasiones fueron planificados y llevados adelante por las estudiantes de psicomotricidad (debido a la necesidad de restringir la cantidad de personas, el grupo de estudiantes fue dividido en dos, una semana participaron del taller la primer mitad de estudiantes y la semana siguiente la otra mitad), en otras ocasiones fueron pensados por la psicóloga, la practicante de psicología y la enfermera. Otras semanas, fueron coordinados conjuntamente por el equipo en su totalidad. Todos los miembros del equipo de coordinación participaron de los talleres, incluyéndose en las dinámicas aunque la responsabilidad de la planificación de cada semana fue variando.

Se propone al grupo como un espacio de encuentro, de carácter recreativo y social en el cual se trabaja y problematiza sobre emergentes y temáticas relacionadas al proceso de envejecimiento. A su vez, se fomenta la creación de redes y vínculos sociales, favoreciendo la salud integral. Mediante talleres diseñados por el equipo tomando en cuenta los intereses e historias de vida de las participantes, se proponen diversos juegos y

actividades relacionadas con la estimulación cognitiva, la estimulación física, la introspección, la creatividad, la autonomía, la creación de lazos, entre otros. Al final de cada taller se realiza una merienda compartida, siendo una consigna sugerida que la comida debe tener la particularidad de ser elaborada por cada una. Otro elemento característico del grupo, son los paseos recreativos mensuales y anuales. Algunos establecidos como tradición, como pueden ser las visitas a Piriápolis, al teatro y a San Luis.

La cantidad de integrantes a lo largo de los años ha ido fluctuando pero se ha mantenido generalmente entre 10 y 12 participantes. Predominando la población femenina, promediando los 75-80 años. La mayoría posee primaria completa, y según sus relatos, han tenido que abandonar los estudios para comenzar a trabajar y/o cuidar a sus hermanos o hijos a una temprana edad. Todas las integrantes residen cerca de la policlínica y se trasladan caminando a las reuniones. En general, exceptuando algunos casos en los que poseen dificultades motrices, el nivel de autonomía de las participantes es alto. Pudiendo mantener rutinas, realizando mandados, caminatas diarias, tareas del hogar, actividades y paseos recreativos.

Las intervenciones desarrolladas no pueden desprenderse del contexto que emergió en el año 2020. La pandemia de Covid-19 fue declarada como tal por la OMS el 30 de Enero de 2020. Fecha en la que se alertó que el mundo se encontraba frente a una emergencia sanitaria de salud pública. Afectando a varios países, continentes y a un extenso número de personas. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f).

El Covid-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus, altamente contagiosa que provoca infecciones respiratorias. Los síntomas más frecuentes son tos seca, fiebre y cansancio. Puede provocar desde un resfriado simple hasta cuadros más graves, siendo lo menos común ya que solo 1 de cada 5 personas presenta gravedad o problemas para respirar. El 80% aproximadamente se logra recuperar sin necesidad de ser hospitalizado/a. Las personas con comorbilidades como diabetes, hipertensión o problemas coronarios presentan mayor riesgo a la hora de desarrollar cuadros más graves, aunque cualquier persona puede enfermarse gravemente sin presentar estas enfermedades. El virus se transmite por gotículas al hablar, estornudar o toser, por lo que, se recomienda el uso de tapabocas, el lavado de manos y la distancia como medidas de protección al posible contagio. (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f).

## **Objetivos:**

### **Objetivo general:**

- Sistematizar las líneas de acción desarrolladas en policlínica de Primer Nivel de Atención (ASSE) con grupo de adultos mayores en contexto de emergencia sanitaria por Covid-19.

### **Objetivos específicos:**

- Reflexionar sobre la importancia de las intervenciones desde el Primer Nivel de Atención para afrontar las consecuencias de la pandemia en la salud de adultos mayores desde una mirada de salud integral.
- Dar cuenta de la importancia de crear dispositivos innovadores de intervención en contexto de distanciamiento físico.
- Problematizar sobre las concepciones deficitarias de la vejez y el rol pasivo que se atribuyen a las personas mayores en contexto de emergencia sanitaria.

## ***Presentación de la experiencia***

Considero fundamental para poder comprender el trabajo de intervención historizar de qué manera se fueron dando los emergentes y cómo fueron abordados por el equipo durante el período de Febrero de 2020 a Enero de 2021. Se constituyó como un proceso cambiante, no lineal, en el que los abordajes fueron adaptándose al contexto día a día. Brevemente las líneas de acción podrían ser enumeradas de la siguiente manera:

1. Inicio de talleres grupales presenciales (Febrero/Marzo)
2. Utilización de grupo de WhatsApp/ Aparición de primeros casos positivos de Covid-19/ Cierre de Policlínica Don Bosco (Marzo/Abril)
3. Realización de reuniones virtuales vía Zoom (Mayo/Junio/Julio)
4. Implementación de visitas domiciliarias (Junio/Julio/Agosto)
5. Caminatas grupales y reuniones en la plaza del km 16 (Julio/Agosto/Setiembre)
6. Regreso de los talleres presenciales en Policlínica Don Bosco (Octubre/Noviembre/Diciembre)
7. Actividad de cierre del año en Hogar Marista (10 de Diciembre)
8. Visitas domiciliarias como cierre de proceso con integrantes que no concurren a la última reunión (Enero 2021)

Inicialmente en febrero se comenzó con los talleres presenciales en la Policlínica como habitualmente se hacía en años anteriores. Se propusieron dinámicas lúdicas para el conocimiento entre las participantes (existieron nuevos ingresos) y se presentaron los proyectos de salidas/paseos planificados para los meses próximos.

El viernes 13 de Marzo se conocieron públicamente los primeros casos positivos de Covid-19 en Uruguay. Como consecuencia, abruptamente se procede al cierre de los centros de salud de primer nivel de atención, así como de centros educativos, deportivos, de recreación, entre otros. Comenzando el estado de alerta por emergencia sanitaria que seguiría vigente a lo largo del año 2020.

El gobierno de Uruguay, en ningún periodo decretó el distanciamiento social, preventivo y obligatorio en el territorio nacional. Sin embargo, durante los meses de Marzo y Abril un gran porcentaje de la población acató fuertemente las medidas de exhortación a “quedarse en casa”, produciéndose un claro distanciamiento social para prevenir contagios. Se vivenció un intenso desconcierto a la hora de organizar la actividad en la salud. Durante estos meses la policlínica Don Bosco debido a la imposibilidad de cumplir con los requisitos sanitarios a nivel edilicio que fueron expuestos por el Ministerio de Salud Pública (MSP), como contar con dos salas de espera con el objetivo de separar a usuarios con sintomatología respiratoria, fue cerrada temporalmente y los técnicos fueron rotados por diferentes centros. (La reapertura tuvo lugar finalmente en el mes de Setiembre de 2020).

En relación al abordaje grupal durante este primer momento de irrupción de la pandemia, se utilizó un grupo de WhatsApp (el cual integrábamos el equipo y la mayoría de las usuarias) que había sido creado en Febrero. Mediante el mismo se manifestó la suspensión hasta nuevo aviso de las actividades y la psicomotricista propuso diversas actividades disparadoras para propiciar el diálogo.

Desde mi lugar como practicante comencé a notar que posiblemente la situación se extendería en el tiempo y que las participantes, especialmente las nuevas, podrían sentirse despojadas de este espacio que según su testimonio les brindaba una gran satisfacción. Además algunas integrantes no formaban parte del grupo, quedándose por fuera de las propuestas. Por lo tanto, propuse la realización de los talleres vía Zoom, en el día y horario de comienzo habitual de reunión de Las Margaritas. Teniendo una respuesta positiva por parte del equipo, comenzando la tercera etapa del trabajo.

A finales del mes de Abril se inició la planificación de la implementación de la herramienta Zoom, se acordó que se realizarían llamadas personales a cada una de las integrantes. A comienzos del mes de Mayo se llevaron a cabo los primeros contactos. Dichas llamadas tenían como objetivos:

- Proponer la nueva modalidad de encuentro.
- Explicar el funcionamiento de la plataforma.
- Indagar si contaban con dispositivos electrónicos, wifi o datos móviles para la conexión.
- Brindar contención debido a la situación tan compleja que afectó especialmente a los adultos mayores.
- Trabajar con los emergentes que podrían surgir.

Personalmente, al realizar las llamadas pude comprobar las hipótesis que desde el equipo nos planteábamos relacionadas al distanciamiento social y las secuelas que podría generar. En la mayoría de los casos predominantemente se podía apreciar una tendencia a la incertidumbre por el futuro, a las vivencias de angustia y a un gran miedo por un posible contagio y/o muerte de ellas mismas o de un ser querido. A su vez, relataron un empeoramiento de patologías previas como la artrosis, sufriendo, rigidez y dolor constante como consecuencia de la pasividad física. En respuesta a la nueva propuesta en general manifestaron que les parecía una buena idea y les producía tranquilidad poder reencontrarse con sus compañeras aunque fuera mediante una pantalla.

Luego de la realización de las llamadas telefónicas, se comenzó a efectuar video llamadas por Zoom con cada una con el objetivo de que conocieran la plataforma y su respectivo manejo. La mayoría de las usuarias contaban con todos los requisitos para la conexión, exceptuando algunas integrantes que no pudieron acceder por falta de recursos. En estos casos, se continuaron únicamente con las llamadas telefónicas personales y posteriormente se comenzó con las visitas domiciliarias.

Durante el desarrollo de la actividad virtual, se motivó a que pudieran lograr una autonomía a la hora de seguir los pasos para conectarse. Por el contrario, en la totalidad de los casos necesitaron del apoyo familiar de hijos o nietos para acceder a las reuniones. Como objetivos al plantear el espacio de talleres virtuales desde el equipo se propuso:

- Brindar un espacio de acercamiento social y emocional.
- Mantener la vivencia de grupalidad instituida, salvaguardando el contacto y diálogo entre pares.
- Promover la escucha y contención. Particularmente en los casos de las integrantes que la situación actual podría afectar más intensamente (angustia, temor, afectación en la situación económica).
- Posibilitar la elaboración simbólica de situaciones atípicas como el distanciamiento social y sus efectos.
- Estimular el aprendizaje de nuevos conocimientos relacionados a la tecnología para que pudieran apropiarse de ella y posteriormente darle un uso.

En la tabla a continuación se detallan las actividades que fueron realizadas, los objetivos de cada una, los recursos necesarios y las respectivas fechas en que fueron llevadas a cabo.

**Tabla 1.** Descripción de actividades por plataforma Zoom

<i>Fecha</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Recursos</i>
<b>28 de Mayo</b>	Primera reunión por Zoom.  Intercambio sobre las vivencias durante las medidas de exhortación al distanciamiento social.	Propiciar el intercambio entre los participantes.  Brindar un espacio de escucha y problematización sobre la situación social actual.	-
<b>4 de Junio</b>	Inclusión de emergentes.  Visualización de video en grupo y posterior discusión.	Problematizar acerca de la importancia de una vejez activa, especialmente en el contexto actual.	Vídeo de plataforma Youtube  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=bBg15jkmHT0&amp;feature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=bBg15jkmHT0&amp;feature=youtu.be</a>

<p><b>11 de Junio</b></p>	<p>Festejo de cumpleaños de una de las integrantes.</p> <p>Intercambio sobre cumpleaños de cada una. (Formas de festejo, anécdotas)</p> <p>Dinámica con pañuelo propuesta por psicomotricidad.</p>	<p>Proponer un espacio de encuentro y de ocio a pesar de la distancia física y social.</p> <p>Promover el ejercicio físico.</p>	<p>Pañuelo o bufanda</p> <p>Gorro, antifaz o disfraz festivo (opcional)</p>
<p><b>18 de Junio</b></p>	<p>Trabajo con emergentes.</p> <p>Reproducción de canciones que deben ser adivinadas o cantadas.</p> <p>Se describe modalidad de visitas domiciliarias.</p>	<p>Propiciar el intercambio grupal desde lo recreativo</p>	<p>Lista de canciones a reproducir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La vida es un carnaval</li> <li>2. Rosa Rosa</li> <li>3. La chacarera de las Margaritas</li> <li>4. La última copa</li> <li>5. Se dice de mi</li> </ol>
<p><b>25 de Junio</b></p>	<p>Continuación de la dinámica con canciones.</p> <p>Se plantea juego de búsqueda de objetos de uso cotidiano que son definidos por las participantes. Por ej. Objeto de color azul, de color rojo, de forma rectangular, que tenga como función cocinar, etc.</p>	<p>Propiciar el intercambio grupal desde lo recreativo</p> <p>Ejercitar la atención, la movilidad, el reconocimiento semántico</p>	<p>Lista de canciones a reproducir</p> <p>Objetos cercanos variados que cumplieran con la consigna</p>

<p><b>2 de Julio</b></p>	<p>Inclusión de emergentes, se trabajó sobre temática de talentos propios.</p> <p>Participantes mostraron actividades que realizaron en sus casas. Ej. dibujo, manualidades, pintura y tejido.</p>	<p>Favorecer el intercambio y el desarrollo vincular</p>	<p>-</p>
<p><b>9 de Julio</b></p>	<p>Puzzle de refranes</p> <p>Consiste en exponer refranes a la mitad. El objetivo del juego es unirlos y formar el refrán correcto. Luego si se desea explicar el significado.</p>	<p>Estimular la memoria, evocar recuerdos que serán colectivizados</p>	<p>Refranes impresos en hojas cortados al principio o al final</p>
<p><b>16 de Julio</b></p>	<p>Inclusión de emergentes sobre la vida cotidiana.</p> <p>Surge del intercambio la presentación del programa de fortalecimiento educativo para adultos mayores.</p> <p>Surge del intercambio la idea de realizar caminata grupal.</p>	<p>Favorecer el intercambio y el desarrollo vincular</p> <p>Articular con redes comunitarias</p>	<p>-</p>

Simultáneamente al desarrollo de la modalidad virtual se comenzó con la cuarta etapa de trabajo, la implementación de visitas domiciliarias individuales realizadas por la psicóloga en territorio y practicante de psicología. Iniciando así, el proceso de transición de lo virtual a lo presencial.

Es necesario destacar que en todas las intervenciones de modalidad presencial se cumplió con los protocolos sanitarios exigidos por el Ministerio de Salud Pública, lejos de

nuestra intención se encontraba la posibilidad de generar riesgo de contagio para las usuarias o para el equipo. Durante los meses de Marzo, Abril y Mayo en que existió una fuerte exhortación a bajar los niveles de movilidad social decidimos mantener el trabajo por Zoom y WhatsApp. Sin embargo, a partir del mes de Junio comenzó una reapertura paulatina de la actividad en el país. Desde el equipo evaluamos la situación y realmente percibimos que podría existir un riesgo de destrucción del sostén comunitario y de los procesos de salud integral. Por tanto, era necesario incluir un abordaje complementario para las integrantes que no pudieron mantener un contacto fluido con el grupo. A su vez, al no existir un distanciamiento social preventivo obligatorio, apreciamos y fue expuesto por las integrantes, que era insostenible mantenerse únicamente mediante la virtualidad, incorporando un abordaje que implicara la presencia limitada de personas. (Usuaría, Psicóloga en territorio y practicante de psicología).

En un principio, desde el equipo se planteó a dichas visitas como un espacio para las personas que no pudieron acceder a la plataforma Zoom. Finalmente, fue un recurso que se extendió a todo el grupo. Se plantearon como objetivos:

- Brindar un espacio de contención, acompañamiento y escucha.
- Retomar el contacto con integrantes que perdieron comunicación con el equipo y el grupo durante las medidas de exhortación al distanciamiento físico.
- Explicar presencialmente a las integrantes que no lograron entender el funcionamiento de Zoom cómo conectarse. Dejando los pasos escritos y realizando video llamadas de prueba durante la visita.
- Conocer las estrategias de cuidado que estaban llevando a cabo para afrontar la situación actual y trabajar sobre esto. (Ej. Jardinería, manualidades, ejercicio físico, cuidado de mascotas, etc.)
- Trabajar conjuntamente con las usuarias en la simbolización sobre los posibles efectos de la pandemia. (ej. pérdida de autonomía, encierro, tristeza, angustia, miedo, soledad).

Las visitas domiciliarias fueron adaptadas a las preferencias de cada participante, algunas optaron por mantenerse en su domicilio, mientras que junto con otras integrantes diseñamos estrategias alternativas. Ejemplificando con el caso de una usuaria quien mencionó que se sentía incómoda recibiéndonos dentro de su hogar, desde el equipo al conocer que disfrutaba enormemente de las caminatas por el barrio, le propusimos un “paseo” en lugar de una visita al domicilio. Durante la reunión Zoom (16 de Julio) transcurrida el mismo día que coordinamos la caminata se comentó de la realización de la

misma. Como se mencionó anteriormente, las participantes del grupo son vecinas aledañas, por lo que, una de las integrantes propuso integrarse a la caminata. Realizándose al día siguiente un paseo barrial grupal junto con las dos usuarias, teniendo por parte de ellas una devolución muy positiva.

Durante el mes de Julio, a nivel nacional el impacto que el Covid-19 había generado inicialmente, fue apaciguándose gradualmente. Incluso centros de salud, educativos y deportivos ya se encontraban funcionando de forma diaria y presencial. Por lo tanto, tomando la experiencia pudimos observar la potencialidad que podrían suponer estos encuentros. Además, la Policlínica Don Bosco continuaba cerrada y los protocolos sanitarios prohibían las reuniones de abordajes comunitarios en espacios cerrados; en consecuencia decidimos implementar el dispositivo de paseos o caminatas grupales en espacios al aire libre. La desventaja radicó en que los días en que el clima se presentó muy frío o lluvioso, se cancelaron las dinámicas. (Etapa 5 del trabajo).

A su vez, se continuó con las visitas domiciliarias y se discontinuó el trabajo por Zoom. El espacio desarrollado en la plataforma virtual tuvo que ser re pensado debido a varias cuestiones, una de ellas relacionada con la brecha tecnológica, esto se explicará con mayor detalle en el apartado de articulación teórica. El día y horario de los jueves a las 14:00 horas utilizado para los encuentros pos Zoom, pasó a constituirse como espacio de reuniones de equipo junto con psicomotricidad para la coordinación y planificación de los encuentros presenciales.

El dispositivo de caminatas barriales y reuniones en la plaza tuvo lugar desde Julio hasta Setiembre, con frecuencia semanal. El punto de encuentro que se manejó fue la plaza “Don Bosco” ubicada en el Km 16 de Camino Maldonado, debido a que se encuentra próxima a la localización de la policlínica. Realizo una distinción entre “reuniones” y “caminatas/paseos” porque si se hace un análisis detallado comprendieron actividades un poco distintas. Los “paseos” implicaron primeramente un espacio de diálogo y trabajo con los emergentes que surgían de los relatos sobre su vida cotidiana, en la plaza, y luego una caminata por distintos espacios del barrio elegidos por las usuarias. Las “reuniones”, consistieron en espacios de intercambio, de trabajo con cuaderno de estimulación cognitiva, donde también se propusieron ejercicios de psicomotricidad a través de vídeos de WhatsApp. Se enviaron a la docente de psicomotricidad y a sus estudiantes los videos grabados de las participantes realizando los ejercicios, para propiciar el intercambio conjunto, sin incluir finalmente una caminata barrial. La distinción entre las modalidades dependía de la presencia o ausencia de usuarias con dificultades para el desplazamiento. Como objetivos en general se plantearon:

- Retomar el contacto en modalidad presencial con el grupo.
- Brindar un espacio de acercamiento social y emocional respetando las medidas de cuidado sanitario.
- Posibilitar la elaboración simbólica de la situación coyuntural.
- Trabajar con ejercicios de estimulación cognitiva.
- Fomentar el ejercicio físico luego de varios meses de pasividad.
- Promover el intercambio sobre aspectos, lugares y características barriales, evocando recuerdos de vivencias previas.

Continuando con la sexta etapa de trabajo que comenzó el primero de Octubre de 2020, desarrollaré sobre el regreso a los talleres presenciales en la Policlínica Don Bosco. Los protocolos así como la interpretación social de la emergencia sanitaria con respecto a los meses anteriores se habían transformado nuevamente. Desde el Centro de Salud Jardines del Hipódromo existió la habilitación a los encuentros grupales (con número limitado de personas) en espacios cerrados. A su vez, en la policlínica se llevaron a cabo diversos arreglos a nivel edilicio para que se lograra cumplir con los requisitos sanitarios, pudiendo finalmente reabrir sus puertas para brindar atención a los usuarios el veintiocho de Setiembre de 2020.

Se podía percibir que para las usuarias, los talleres presenciales se constituyeron como un espacio añorado los meses anteriores; en varias ocasiones explicitaron esto. Implicó el regreso a una situación deseada y ya conocida, con 11 años de trayectoria pero a la vez muy distinta. Las dinámicas debían ser ejecutadas desde el distanciamiento corporal, tomando en cuenta el uso de tapabocas y de alcohol en gel constante, en algún punto esto representó un desafío para poder pensarlas. Un aspecto sumamente importante fue que las integrantes del equipo técnico, de las áreas de psicomotricidad y enfermería pudieron reintegrarse presencialmente, aportando actividades y varios aspectos positivos.

Desde mi perspectiva como practicante a pesar de estas cuestiones contextuales, por momentos se sentía que se olvidaba que la mitad de nuestros rostros y sonrisas estaban cubiertas por telas para protegernos, que los abrazos grupales ya no iban a ser posibles este año, ni las salidas recreativas hacia teatros, playas o balnearios. No obstante, luego de varios meses duros marcados por el temor, la angustia, la incertidumbre y la visión del otro como amenaza, el sostén comunitario se sintió más fuerte que nunca.

Hasta el mes de Diciembre los talleres se continuaron realizando presencialmente en la Policlínica Don Bosco. El día 10 del mismo mes tuvo lugar el último encuentro como cierre del año. En un primer momento, desde el equipo se planeaba hacer la reunión en uno

de los balnearios característicos de los paseos del grupo. Sin embargo, debido al importante crecimiento de los casos positivos del virus en aquel momento, consideramos que podría haber constituido riesgo, ya que implicaba un movimiento interdepartamental. Por lo que, decidimos consultar con una institución de la zona ( llamado Hogar Marista, importante para la comunidad, en la que se brindan varios dispositivos como el de fortalecimiento educativo para adultos) si era posible la realización del cierre de trabajo allí, teniendo una respuesta positiva. Al contar con un extenso parque al aire libre, podríamos reunirnos sin acrecentar el riesgo.

Durante el encuentro, realizamos varias actividades. Dentro de ellas una evaluación de los distintos dispositivos que acontecieron en el año, algunas de ellas fueron:

***Zoom y WhatsApp:***

“Comunicada, feliz de verlas” / “En meses que no tuvimos actividad, triste por no ver a mis compañeras”/ “Feliz con el Zoom” / “Aislada, sola haciendo actividades, muy contenta con el grupo”.

***Visitas domiciliarias:***

“Me llenaban de alegría las visitas” / “Yo me sentí muy bien con la visita” / “Me sentí muy contenta”.

***Caminatas/encuentros en la plaza:***

“Me dejaban de cama” / “Yo (...) me sentí muy bien con el grupo” / “Y las caminatas también, una siempre se encuentra bien con ustedes”

***Reintegro a talleres presenciales en policlínica***

“Contenta por el reencuentro, acomodando el cuerpo al tapabocas y a la distancia” / “Volví al grupo con alegría y contenta por ver a las compañeras” / “El día que la enfermera me avisó el primer jueves que me encontraba después de muchos meses con todas deseaba abrazarlas” / “Me gusta mucho, porque son muy simpáticas y tienen paciencia. Me siento cómoda y pienso seguir en los talleres (...)” / “Muchísima alegría después de todo lo que pasé en la pandemia con mis familiares lejos. Dejé la soledad.”

Por último, se presentarán las visitas domiciliarias como cierre de proceso con integrantes que no concurrieron a la última reunión. Esta intervención se encuentra en estrecha relación con el hecho de que mi transcurso por el practicantado culminó en Enero

del 2021, fecha en que se realizaron dichas visitas. Consideramos varias razones para hacer las mismas, una principalmente era poder darle un cierre a las intervenciones (aunque no grupal) que fuimos compartiendo con ellas en el 2020, ya que yo no iba a concurrir más a la policlínica y a que la composición del equipo iba cambiar, ingresaría un/a nuevo/a practicante.

Durante el transcurso fueron surgiendo también otros procesos no menos importantes, posibilitados por el trabajo continuo con las usuarias. Como por ejemplo:

- 1) El desarrollo del cuaderno de estimulación cognitiva que diseñe específicamente para el grupo “Las Margaritas” en relación a sus intereses.
- 2) Interconsulta con médicos y enfermeras, propiciando la creación de nexos entre ellos y las participantes, debido a problemas de salud crónicos de las usuarias que en algunas ocasiones se veían desatendidos, en momento de distanciamiento social y cierre de la policlínica.
- 3) Articulación con programa de Fortalecimiento educativo que funciona en una institución ubicada en la Zona (Hogar Marista). Tiene como objetivo la enseñanza de saberes básicos para acreditar primaria. En el mes de Agosto, la integrante del grupo con más edad (88 años) inició su participación en el programa, surgió del intercambio por Zoom la posibilidad de hacerlo.

## ***Articulación conceptual***

### ***Primer Nivel de Atención, Atención Primaria de la Salud y SNIS***

La experiencia presentada se enmarca en un Primer Nivel de Atención (PNA), por lo tanto a continuación explicaré las características y la definición del mismo. Vignolo et al, (2011), desarrollan que en la conferencia de Alma Ata celebrada en 1978 fue definida la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha estrategia, propone distanciarse de los modelos biomédicos, curativos y centrados en la enfermedad históricamente imperantes, buscando satisfacer las necesidades en salud de toda la población, sin hacer distinción entre los distintos sectores socioeconómicos. Para su implementación se proponen las líneas de “(...) reorientación del personal de salud hacia la APS, participación de la comunidad, coordinación intersectorial e interinstitucional, centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional.” (Vignolo et al., 2011, p. 13).

Continuando con el postulado de los autores, en la APS se propone la reorganización de los recursos, dividiendo a los servicios de salud en tres niveles de atención. El PNA es la puerta de entrada a los servicios de salud, permite resolver las demandas de atención básicas y más comunes mediante la prevención, promoción y rehabilitación, resolviendo el 85% de las consultas en el sistema. Tiene a su vez, una fuerte apuesta hacia lo comunitario por la proximidad con los usuarios. Se distingue por poseer bajo nivel de complejidad en sus instalaciones, que generalmente son consultorios o policlínicas. Los equipos usualmente se encuentran formados por médicos de medicina familiar y comunitaria, psicólogos, pediatras, entre otros. El segundo nivel de atención, implica una complejidad más alta, ubicándose por ejemplo hospitales generales en donde realizan cirugías generales; consultas psiquiátricas. Entre el primer y segundo nivel se estima que son resueltas el 95% de las consultas. En el tercer nivel de atención, se atienden las consultas complejas que requieren procedimientos especializados de alta tecnología, como por ejemplo Centros de diálisis o el Hospital Pereira Rosell. (Vignolo et al., 2011).

Con la Ley N° 18.211 de 2007 en Uruguay, queda establecida la creación del SNIS, que insta la organización de la salud en niveles de atención, basándose en la estrategia de APS. Incluyendo a redes de servicios públicos (ASSE), seguros privados y a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). (Giovanella et al. 2021). La reforma

busca ofrecer una universalidad en el acceso a la salud, todos los habitantes de Uruguay tienen derecho a la cobertura, mediante un financiamiento basado en la justicia distributiva. Uno de los ejes para la implementación se constituyó en la idea de una atención integral, que incluye la promoción, la prevención, el diagnóstico precoz, rehabilitación, cuidados paliativos, entre otros. (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, s.f).

Se constituyó como pilar para la realización de intervenciones la concepción de salud integral. Entendiendo que quedó caducada la definición de salud como ausencia de enfermedad, o la idea de escisión entre lo físico y lo mental. Concepciones que imposibilitan una visión integral tanto del ser humano como de los procesos de salud-enfermedad. Refiriéndose al enfoque de una psicología comunitaria Rodríguez (2008) manifiesta que “(...) se transita de un modelo individual a uno ecosistémico; del abordaje de la enfermedad como estado, a la consideración del fenómeno salud-enfermedad como proceso”. (Sección Introducción, párrafo 3), agregando que:

(...) Aún hoy persiste la falsa dicotomía entre lo mental y lo orgánico (que también es separación de lo social, de lo económico y de lo político), en menoscabo de una comprensión del sujeto integral y complejo, donde la subjetividad está presente en todo el proceso salud- enfermedad. (Sección Introducción, párrafo 7).

La noción de los equipos interdisciplinarios en el PNA se establece como un posicionamiento en pos de aceptar la incompletud de las disciplinas, necesariamente los profesionales de la salud deben concebir sus prácticas desde una concepción de salud integral de los procesos salud-enfermedad, estableciéndose como procesos multicausales. A partir de las prácticas institucionales se apropian o se desechan las concepciones de los modelos de atención, legitimando prácticas y estilos de vida. (Perea, 2017).

## ***La Comunidad como protagonista***

La lectura de las situaciones y del contexto para la realización del trabajo con el grupo, se encontró en estrecho relacionamiento con el postulado sobre la Psicología Crítica Alternativa propuesta por Carrasco (2001), quien la caracteriza como:

Una Psicología Crítico Alternativa se propone: reformular las concepciones teóricas, sobre la base de una práctica de confrontación constante con la realidad, de las relaciones existentes entre los seres humanos en la sociedad en la que viven; se propone analizar profundamente cuál es el grado y naturaleza de la influencia que el contexto social ejerce sobre el funcionamiento psíquico y determinación de la conducta (...). (p. 6).

La aparición del estado de emergencia sanitaria, implicó una confrontación con lo tradicionalmente conocido e instituido, con una realidad que impuso demandas en condiciones nuevas y desafió a la adecuación de los instrumentos y marcos teóricos. El contexto condiciona estilos de vida, subjetividades, por lo que no es compatible con la imposición de prácticas rígidas y estructuradas. (Carrasco, 2001). Fue necesario dar apertura al surgimiento de lo nuevo, concibiendo como mencionan Fabris y Puccini (2010) que “Los emergentes psicosociales son hechos, procesos o fenómenos que como figura se recortan del fondo constituido por el proceso socio-histórico y la vida cotidiana (...) aportan una cualidad nueva de la vida cotidiana y el proceso social.” (Citado en Fabris, 2012, p.37).

El dinamismo imperó, con la característica de que se intentó que “Las Margaritas” no asumieran un rol pasivo, como sujetos que “son intervenidos”, que esperan que alguien con saber las guíe sino que pudieran posicionarse como constructoras de su realidad. Esto incluyó encontrarnos disponibles para las contradicciones, lo inesperado, a la renovación, construyendo las prácticas bajo la lupa de la reflexión. (Montero, 2005).

Montero (2005) despliega que la psicología comunitaria se trata de ciencia aplicada, la cual busca que los agentes de la comunidad puedan apropiarse de los procesos de salud-enfermedad y de la construcción de su propia realidad, ya que concibe a la comunidad como elemento dinámico y activo, no como mero objeto pasivo a ser intervenido. En sintonía con lo que plantea Carrasco (2001), la autora asegura que la disciplina debe poseer un carácter contextualizado, refiriéndose a que los métodos, técnicas e intervenciones deben adaptarse y construirse en relación a la cultura y contexto específico con el que se trabaja. Es decir, que las líneas de acción deben ser concebidas desde las

necesidades y deseos de la comunidad, no al revés. Ejemplificando con el hecho de comenzar a realizar caminatas grupales o con el deseo y puesta en marcha de dejar de lado la virtualidad para encontrarse presencialmente.

La producción del conocimiento en la psicología comunitaria no se da detrás de un escritorio, sino que nace del encuentro con el otro. Montero (2005) afirma que el rol del psicólogo en este ámbito, supone partir de la base que tanto los agentes externos (psicólogo) como los agentes sociales son sujetos activos, los dos posicionados como constructores de conocimientos. A su vez, ambos en una relación de transformación mutua, los dos agentes se transformarán y construirán nuevos sentidos. Para el trabajo se partió de la noción de que si bien existe una división de roles entre técnicos y usuarios, esto no implica posicionarse desde la verticalidad en ningún sentido. La concepción de exterioridad que desarrolla Montero, puede ser discutida, la situación de pandemia actual deja entrever que las construcciones son colectivas y nos afectan a todos seamos usuarios, técnicos, vecinos, etc, no somos externos entre nosotros. La implicación se encuentra presente en el desarrollo del trabajo como psicólogos, Granese (2018) sostiene que:

“Las personas no somos solo huesos y carne y emociones y pensamientos y lenguaje. Somos también una metáfora del mundo, más que una metáfora: somos un pliegue de la historia, de nuestra historia pequeña y singular, con líneas de implicación de distinta naturaleza. Líneas que salen de los otros, del mundo y la historia y, a su vez, salen de nosotros y envuelven al otro” (p. 3).

El equipo desde el lugar técnico no se encuentra ajeno o externo a la construcción de subjetividad, es parte de la trama comunitaria. En tanto construye y es construido con otros.

En la misma línea Rebellato y Giménez (1997) sostienen que el psicólogo comunitario constantemente transforma su subjetividad, ya que es ineludible para poder intervenir que lo haga desde actitudes enraizadas en su subjetividad. Significará construcciones y deconstrucciones, aprendizajes y cambios, propiciando el fortalecimiento de otras subjetividades pero siendo atravesado de igual modo.

### ***Concepciones sociales sobre la vejez***

En primer lugar, considero necesario aclarar que me gustaría explayar con mayor detenimiento la vasta teoría que existe en relación a las temáticas de la vejez, el proceso de envejecimiento, la significación del adulto mayor en la sociedad, así como de la autopercepción misma de los adultos. No obstante, debido a la limitada cantidad de páginas

que el Trabajo Final de Grado (TFG) ofrece, decidí enfocarme brevemente en recortes de visiones que nutren, enmarcan y explican el porqué del lugar que ocuparon y ocupan los adultos mayores en la pandemia por Covid-19.

Tradicionalmente la vejez se ha enmarcado desde un paradigma deficitario, en el cual se identifica a los adultos mayores con una extensa lista de características e imágenes sociales negativas que recae sobre esta población. (Amorín, 2013).

Este modelo “(...) vincula a la vejez con la pasividad, el declive, la dependencia, la heteronomía, la enfermedad, las fallas en el cuerpo en aspectos funcionales y estéticos y el temor a la soledad” (Berriel, 2010, p.105). Se inscribe como un modelo estereotipado, discriminatorio y homogeneizador, productor de sentido y de procesos subjetivos en las personas mayores. Incidiendo inevitablemente en la autopercepción, vinculada con los aspectos emocionales y los procesos de salud. (Berriel, 2007). Esta visión tiene estrecha relación con la idea de lo estético y con lo hegemónicamente aceptado como “lo perfecto”, siendo la juventud una de las premisas. A su vez, estas concepciones tienen como consecuencia una clausura progresiva de la interrogación del sujeto, siendo posicionado en un lugar sumamente inhabilitante. (Berriel, 2007).

Para el desarrollo del trabajo no perpetrador de dichas lógicas con adultos mayores, no puede ser ignorado este paradigma desde el cual generalmente son representados. Zapata (2001) afirma: “Se concede al adulto mayor un dudoso privilegio: El derecho a hacer nada” (p.190). Siendo esta pasividad un aspecto peligroso para el psiquismo humano. Pudiendo aparecer como contracara del “descanso luego de una vida de trabajo”, sentimientos de “inutilidad”, de soledad; presentarse depresión, trastornos de ansiedad o ideas de muerte. Por lo tanto, el trabajo sistematizado en el presente TFG partió de la premisa de cuestionar estos mandatos sociales, buscando que las adultas pudieran resignificar esa posición que les es dada por hecho. Como personas activas y responsables de sus decisiones en cuanto a la vida diaria y el proceso de envejecer. Zapata (2001) menciona que la integración a los grupos de adultos mayores, permite a los sujetos formar vínculos con pares que propician al desarrollo de potencialidades pudiendo desapegarse de las carencias. Funcionando desde la promoción y prevención como un factor protector en los procesos de salud-enfermedad. (p.191).

## ***Covid-19 y sus consecuencias ¿Qué pasa cuando alguien queda encerrado por una pandemia?***

Existen diferencias conceptuales a la hora de referirse a “Aislamiento”, “Cuarentena” y “Distanciamiento”. La OMS explica que aislamiento refiere a la situación de una persona que posee síntomas congruentes con el virus de Covid-19 y por decisión propia o médica debe quedarse en su domicilio para evitar contagiar a otros. La medida de cuarentena, se aplica cuando una persona ha tenido contacto cercano con otra infectada de Covid-19 pero no ha presentado síntomas, por lo tanto debe quedarse en su casa por precaución para evitar la propagación. Por último el distanciamiento, implica mantenerse físicamente alejado/a de otras personas aunque no se haya tenido una exposición confirmada con alguien contagiado de Covid-19. El organismo sugiere que esta última medida debe ser adoptada por todas las personas. (OMS, s.f). Debo aclarar que en los siguientes apartados voy a referirme en algunos casos al *distanciamiento social preventivo* como aislamiento debido a dos razones:

1. Algunos autores toman como sinónimos los términos de aislamiento y distanciamiento.
2. Definido por la RAE aislamiento como: “Incomunicación, desamparo.” (Real Academia Española, s.f, definición 3). O aislar como “Apartar a alguien de la comunicación y trato con los demás”. (RAE, s.f, definición 2).

Considero que conceptualmente la palabra aislamiento refleja los efectos de la pandemia en adultos mayores, relacionado con el corte abrupto de las redes vinculares y la vivencia de estar “sin relación con otros”.

La aparición del Covid-19 y sus consecuencias ha afectado profundamente a los procesos de salud-enfermedad en la población mundial. Las situaciones de desastres y pandemias de esta magnitud generan cambios repentinos en las dinámicas cotidianas y relacionales, impactando directamente sobre la salud mental de las personas. (Ribot Reyes et al., 2020). Como menciona Martínez-Taboas (2020) un gran número de estudios internacionales dan cuenta de que la pandemia por covid-19 ha tenido como consecuencia un aumento sustancial en expresiones de síntomas ansiosos, depresivos, de insomnio y estrés. (p.149). A su vez, Hernández Rodríguez (2020) desarrolla que las rutinas alteradas, la incertidumbre por el futuro, la inseguridad económica, el temor a enfermarse y los efectos del distanciamiento social son impactos con los que deberemos lidiar a partir de ahora,

agravándose la situación aún más, debido al desconocimiento sobre cuándo finalizará la situación de emergencia sanitaria global.(p. 580). La experiencia de epidemias ocurridas en el pasado evidencia que los profesionales de la salud y los pacientes suelen verse afectados por vivencias de miedo a la muerte, de tristeza, irritabilidad y soledad. (Huarcaya-Victoria, 2020).

Callís Fernández et al., (2020) desarrollan lo siguiente:

El aislamiento social, la movilidad restringida y el pobre contacto con los demás, ha incrementado la vulnerabilidad en las personas a presentar múltiples alteraciones psicológicas, desesperación, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, depresión, ansiedad, angustia de no tener contacto físico o contacto con familiares, amigos, o el no poder desarrollar una rutina de vida normal. Estas alteraciones psicológicas pueden ir desde síntomas aislados hasta el desarrollo de un trastorno mental. (Sección Introducción, párrafo 5 ).

Es decir, que los efectos que devienen de la estrategia del distanciamiento social, medida mundialmente elegida para reducir el riesgo de contagios, pueden traducirse en manifestaciones depresivas o ansiosas que podrían concebirse como reacciones normales o como parte de un trastorno adaptativo, frente al estrés por el contexto de incertidumbre, al cambio de planes para el futuro y a la separación brusca de las redes vinculares. (Callís Fernández et al., 2020). Pianzo-Hernandis (2020), al respecto menciona que debido al confinamiento se han observado cambios en las relaciones vinculares, afectando drásticamente a la salud mental. Trayendo efectos similares a los de un trastorno por estrés postraumático que posiblemente trasciendan en el tiempo luego de que la pandemia sea controlada. (p.1).

En Uruguay, se creó la Línea de Apoyo Emocional, con la intención de atenuar estos síntomas consecuentes del distanciamiento social por Covid-19. Dicha línea funciona las 24 horas del día, es gratuita, confidencial y atendida por psicólogos. De los datos publicados en Junio, a dos meses de la inauguración del servicio se constataron 8100 llamadas, con una duración promedio de 18 minutos. Cada hora recibiendo promedialmente 14 llamadas. Los principales motivos de consulta fueron síntomas depresivos, síntomas de ansiedad y sentimientos de soledad y aislamiento. (ASSE, 2020).

Según Brooks et al., (2020), se identifican 5 estresores predominantes en el impacto que puede generar la cuarentena (Desde mi interpretación los autores se refieren tanto a las medidas de cuarentena como al distanciamiento social preventivo):

1. El primero relacionado con la duración de la cuarentena, estudios muestran que cuanto más extensa sea la medida en el tiempo, mayor será la afectación a la salud mental.
2. En segundo lugar, el miedo a infectarse. Los participantes de 8 investigaciones reportaron sentir miedo sobre su propia salud o por la posibilidad de contagiar a otras personas.
3. El aburrimiento y la frustración, debido a la falta de rutina, de contacto físico y social con otras personas.
4. Tener suministros inadecuados, como falta de comida, agua, artículos de limpieza, etc. Así como no tener acceso a tratamientos médicos o prescripción de medicamentos necesarios.
5. Poseer información inadecuada o percibir falta de información, algunos participantes de los estudios manifestaron confusión a la hora de entender las medidas o protocolos establecidos sobre sus vidas diarias. Siendo una gran fuente de estrés.

Los autores concluyen que los beneficios potenciales de la cuarentena obligatoria necesariamente deben ser contrastados con el marcado deterioro que provoca a la salud mental. Para constituirse esta medida como una política de salud satisfactoria deberían reducirse las consecuencias negativas a la salud integral. (Brooks et al., 2020).

Para lograr una comprensión del sujeto en el marco de la emergencia sanitaria mundial con la intención de crear intervenciones para promover bienestar, es necesario dejar de lado visiones reduccionistas que no incluyan en la mirada a la subjetividad o al contexto sociocultural y vital. A medida que los sujetos se aíslan las redes de apoyo emocional y material como la familia, los amigos, las organizaciones comunitarias o las laborales corren peligro de quebrantarse. (Leiva et al., 2020). Por lo que, la respuesta al aislamiento va a depender de los aspectos diferenciales, así como de la comunidad en que vive la persona. (Hernández Rodríguez, 2020).

Leiva et al., (2020) desarrollan que la OMS proyecta que debido a la pandemia por Covid-19 entre un 3% y 4% de la población en el mundo se verá afectado por trastornos

psicológicos severos, entre un 15% y 20% por trastornos leves/moderados y el resto de la población sufrirá un fuerte estrés que no se constituirá como patológico pero que continuará teniendo efectos luego del control de la pandemia. (p.8).

### ***El descuido por cuidar***

#### ***Consecuencias del distanciamiento físico en adultos mayores***

Uruguay posee una estructura de población envejecida, es característico por su longevidad. Los datos arrojados por el Censo nacional del 2011 ilustran que el 14% de la población es mayor de 64 años, a su vez más de 500 personas tienen más de 100 años. (Brunet y Márquez, 2016). Junto con Argentina se presenta a lo alto del ranking de envejecimiento avanzado en Latinoamérica, siendo una de cada cinco personas mayor de 60 años. (Paredes y Pérez, 2014). Es decir "(...) con el 19,5% de su población mayor de 60 años, es uno de los países más envejecidos de América". (Berriel et al., 2020a). Estos datos si son leídos desde un paradigma deficitario de la vejez podrían generar cierta preocupación. Sin embargo, el 85% no presenta dependencia de ningún tipo en el desenvolvimiento de la vida cotidiana. Viviendo el 97% del total de la población adulta mayor en su domicilio particular, existiendo una minoría del 3% habitando en casas de salud. El 34% de las personas mayores viven solas, siendo principalmente mujeres de edades avanzadas, el 24 % cohabita con su pareja (generalmente también mayor) y un 42% comparte hogar con otros familiares. (Pérez, s.f)

A pesar de los datos alentadores en cuanto a la autonomía en general de los adultos mayores uruguayos, no puede pasarse por alto el riesgo que el Covid-19 representa para personas mayores y con comorbilidades. Puede existir una reserva fisiológica disminuida relacionada con la edad, adicionado a las enfermedades previas si las hubiera como la diabetes, la hipertensión y las condiciones cardiovasculares, en consecuencia se potencia el riesgo de gravedad del virus. (Callís Fernández et al., 2020, pp.2-3).

No obstante, considero que esta realidad constituye una razón más para no hacerlos a un lado, agrupados bajo la denominación "población de riesgo". Desde la intención sumamente valiosa de proteger, pareciera por momentos que la única intervención válida posible fuera el distanciamiento con las consecuencias que esto acarrea.

En el aislamiento o distanciamiento social, especialmente los adultos mayores con síntomas de deterioro cognitivo o demencia pueden presentarse más enojados, retraídos, estresados o ansiosos. Los problemas de salud física agravados por la situación coyuntural podrían aumentar el riesgo de suicidio en algunas personas mayores, por lo que es crucial brindar apoyo emocional. (Hernández Rodríguez, 2020).

Sgaravatti y Hernández (2020) plantean que el distanciamiento social como estrategia para reducir los contagios desde una visión unidimensional acarrea un presunto éxito pero que “seguramente oculta otros factores menos positivos como lo son: la disminución de la vida activa, independiente, (...), la depresión, la manifestación de grandes síndromes geriátricos como fragilidad, la inmovilidad, las caídas (...)” (p.83). Los autores señalan que la pandemia no solo traerá riesgo viral sino que los efectos irán desde la declinación funcional hasta la dependencia. Durante el período de distanciamiento físico, desde el equipo pudimos percibir cómo estos impactos efectivamente se estaban dando en las integrantes del grupo, percibiendo la necesidad de intervenir y diseñar un plan de acción para afrontar las consecuencias.

Siguiendo con los postulados de Sgaravatti y Hernández (2020), la dependencia podría aumentar también debido a la disminución de controles de las enfermedades crónicas, o de la escasa atención que se le está brindando a los diagnósticos oportunos, corriendo el riesgo de que la enfermedad sea diagnosticada en el futuro en una etapa ya avanzada. (p.83). Del mismo modo Beltran-Aroca et al., (2020) plantean que:

Según una encuesta llevada a cabo por la OMS en 163 países durante un periodo de 3 semanas en mayo de 2020, la atención a las personas que padecen enfermedades no transmisibles se ha visto «gravemente perturbada» desde que comenzó la pandemia de coronavirus, confirmando ese impacto de forma global, aunque más acusado en países pobres. Más de la mitad (53%) de los países estudiados han interrumpido parcial o totalmente los servicios de tratamiento de la hipertensión; el 49% los de la diabetes y sus complicaciones; el 42% los de tratamientos del cáncer, y el 31% los de emergencias cardiovasculares. Además, los servicios de rehabilitación se han interrumpido en casi dos tercios (63%) de los países. (p.3)

En el trabajo diario con el grupo de “Las Margaritas”, se pudo apreciar como varias integrantes se vieron afectadas por esta falencia en la organización; específicamente una usuaria, cuyo control oncológico se vio alterado en su continuidad. Beltran-Aroca et al.,

(2020) desarrolla que la atención telefónica y el insuficiente seguimiento ha generado daños reales, provocando como consecuencia un detrimento de la seguridad, incluso en abordajes de cuidados paliativos. Por lo tanto, las personas que ya se hallaban en una situación de vulnerabilidad se encuentran aún más en esta posición. La atención al Covid-19 no debería ser un motivo para que se desatiendan otras cuestiones relevantes de salud, como por ejemplo la atención terapéutica a personas que se encuentran en situación de discapacidad. (p.3).

En la misma línea el psicólogo Robert Pérez aludiendo al manejo sanitario en los centros residenciales afirma en una reciente entrevista, que “los meses estos van a tener efectos muy grandes, (...) posiblemente mucha gente no se muera de coronavirus con esto, se va a morir de soledad, de angustia, de otras enfermedades que hace que su sistema inmunológico baje”. (Pérez, 2020d). Considero que esta enunciación, en relación a los postulados anteriormente presentados y a la experiencia con el grupo, puede generalizarse a la población de adultos mayores no institucionalizados.

Uno de los grandes problemas de la pandemia y las consecuencias sobre la población, radica en el lente con el que se observa a los procesos de salud-enfermedad. Aldo Sgaravatti, directivo de la sociedad uruguaya de geriatría y gerontología anteriormente citado, en una entrevista llevada a cabo en un canal local afirmó que el Covid-19 hace centrar la atención en los procesos de enfermedad. Desde un primer momento (luego de detectarse los primeros casos positivos en Uruguay) al poder observar el esparcimiento vertiginoso del virus y las preocupantes estadísticas de alta mortalidad para adultos mayores en localizaciones como Estados Unidos o Europa, se implementaron medidas preventivas, siendo la exhortación al distanciamiento social (y el cierre total en el caso de residencias) la medida priorizada para evitar el colapso y el número elevado de muertes. Estas medidas según Sgaravatti, inicialmente tenían un sentido y se encontraban justificadas. En cambio, con el paso de los meses y con una mayor apertura comunitaria en general, sin implicar esto un colapso en el sistema de salud, la visión centrada en la enfermedad únicamente hizo perder de vista lo que verdaderamente debía (y debería) tener relevancia que es una visión integral de la salud. El individuo debe ser percibido en relación a su contexto, no puede dividírsele en dos partes. El aislamiento, la soledad y la pérdida de vínculos son nociones relevantes también a incluir para el análisis e intervención en la salud integral del sujeto. (Restaino y Sgaravatti, 2020).

La estrategia más eficaz encontrada y trazada para combatir la propagación del virus atenta contra una de las características intrínsecas del ser humano: la necesidad de establecer y mantener vínculos con los otros. (Callís Fernández et al., 2020). Desde esta

perspectiva Sánchez-Ordóñez y Sánchez-Vázquez (2021) afirman que el aislamiento en adultos mayores puede provocar una desconexión social que aumenta las posibilidades de aparición de ansiedad y/o depresión. Además de constituirse una situación de riesgo severo ya que el no tener estimulación cognitiva, interacción social ni actividad física eleva la tasa de mortalidad asociada a estas causas. (p.35).

Agueda Restaino, adulta mayor integrante de la Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (Redam), en entrevista televisiva expresa:

“Somos personas, como sujetos de derechos, que tenemos nuestras cosas y que queremos un envejecimiento activo... ¿Qué es peor el covid-19 o el aislamiento?”

(...) las personas que estamos solas, trae problemas psicológicos, trae angustia, trae depresión y ¿Qué pasa con todo esto?... hay problemas cognitivos que avanzan con esto.” (Restaino y Sgaravatti, 2020).

De los datos demográficos (que demuestran que un porcentaje importante de la población de adultos mayores vive sola/o, teniendo un mayor riesgo de presentar soledad o afectación anímica) y la información presentada sobre los posibles daños a la salud mental por la pandemia de Covid-19 puede desprenderse la necesidad de pensar, cuestionar, reformular, diseñar y llevar a cabo distintas estrategias que tengan como objetivo a la población de personas mayores.

Se debe tener en cuenta de igual modo que la población de personas mayores es heterogénea. La pandemia, sus consecuencias sanitarias y psicosociales van afectar de manera muy distinta dependiendo de si los DDHH y determinantes de salud se encuentran cubiertos y garantizados. Las líneas de intervención no deberían ignorar estas características de desigualdad social ya que correrían el riesgo de concebir políticas iguales para personas que quizás lo único que tienen en común en cuanto a su afectación es la edad. (Berriel, et al., 2020b).

## ***Representaciones de la vejez en la pandemia***

Con la aparición de los primeros casos positivos de Covid-19 en Uruguay, la postura de vulnerabilidad anteriormente descrita que se promueve desde una mirada deficitaria de la vejez fue acrecentada. Quedando los adultos mayores enquistados en el lema “Población de riesgo”. A lo largo de la pandemia comúnmente se pudieron observar mensajes pasivizantes de su lugar como personas, siendo constituidos como sujetos de asistencia pero no de acción con respecto a la comunidad y a sus propios procesos de salud-enfermedad, afectando de forma más negativa a las personas institucionalizadas. (Berriel et al., 2020a). Constantemente escuchamos hablar de las personas mayores y el covid-19 en los medios pero no como personas en actividad, con capacidad de acción, en intercambio con los demás o integrados a la sociedad sino como personas que deben permanecer en inactividad. (De León Aufe y Libiapoma, 2020).

Esta representación se constituye como una mirada social, el psicólogo Robert Pérez afirma: “(...) uno ve expresiones como paternalistas que yo no dudo que son cargadas de buena intención (...) desde una posición muy asistencialista y paternalista yo creo que el riesgo que tiene es que invisibiliza (...) que son ciudadanos y ciudadanas.(Pérez, 2020b). En otra entrevista Pérez sostiene que cuando se realizan preguntas del tipo “¿Qué consejos le dan a los hijos para que manejen a las personas mayores?” o “¿Qué le diría a los hijos para que los cuiden?”, se está naturalizando la violencia, sin tomar en cuenta la opinión de la persona en cuestión. (Pérez, 2020a). Se transforma en una situación de tutelaje, quedando visible por ejemplo en documentos o recomendaciones de manejos de cuidado que van dirigidos a familiares o centros y no propiamente a las personas mayores, estableciéndose una violación a la dignidad y a los derechos humanos.(Pérez, s.f).

Estudios académicos realizados sobre esta población, afirman que los adultos mayores poseen capacidad de autonomía y de condiciones para tomar decisiones. Por lo tanto, es pertinente preguntarse por qué se naturaliza que otros tomen decisiones por ellos. Diversas observaciones académicas aseguran que ubicarse desde una actitud paternalista e infantilizadora promueve los abusos y malos tratos. Es necesario acrecentar la atención brindada en contexto de pandemia al estigma que puede instalarse ya que posiblemente constituya en malos tratos con el justificativo de prácticas de cuidado.(Pérez, s.f).

De igual modo, Hernández Rodríguez (2020) asegura que:

En esta pandemia, lo que atenta contra la salud mental de las personas mayores, no es tanto la medida sanitaria de distanciamiento físico actual, sino el estigma y lugar social que se le asigna a este colectivo en función de su edad. El rechazo hacia la vejez y cómo eso se incorpora por los propios ancianos -como profecía autocumplida-, genera que esta población se pueda volver más vulnerable y excluida de las familias, las instituciones y de lo social, en general, lo que repercute de forma negativa en su salud mental. (p.585).

Por lo tanto, se hace necesario pensar críticamente desde dónde uno se ubica como técnico a la hora de intervenir, tomando en cuenta también que estas significaciones forman parte de la vida diaria. Robert Pérez en entrevista asegura que los mensajes sociales se instalan, calan muy hondo en el manejo de la vida cotidiana y en las identidades tanto de las personas mayores, como de personas más jóvenes, por lo que se terminan asumiendo los roles que son impuestos en los paradigmas. Es ineludible repensar los mensajes que se dan; con la intención de cuidar se produce en ocasiones, un borramiento del lugar del adulto mayor como sujeto de derechos. Esto puede atentar contra la salud mental de la persona. El mensaje “quedate en casa” se asocia con esta visión. (Pérez, 2020c).

Berriol et al.,(2020b) plantean que los mensajes (muchas veces terroríficos con respecto a la pandemia) se propagan tanto a nivel social como psíquico, el sufrimiento se encuentra ligado a los significados que las sociedades le atribuyen a los acontecimientos. Por lo que cabe preguntarse:

¿Cuáles son los significados sociales que se le están dando a la actual pandemia? ¿Y a las personas mayores dentro de la misma? ¿Sólo el de ser el principal grupo de riesgo? ¿Sólo el de ser sujetos de asistencia? ¿Y su lugar como sujetos de derechos? ¿Cuánto se ha tenido en cuenta esta dimensión subjetiva en el análisis y en las estrategias de intervención en esta situación? (Sección 4, párrafo 1).

La mayoría de las personas mayores ha pasado por situaciones estresantes y extremas a lo largo de su vida, pudiendo sortearlas. Esto significa que poseen estrategias para el afrontamiento del Covid-19 que son valiosas y necesarias en la colectivización con otros. Es imprescindible apostar a un corrimiento de la posición pasiva y dependiente, hacia un lugar nuevo en el que puedan aportar acciones de cuidado para ellos mismos y los demás. (Pérez, s.f.).

## ***Medidas imaginativas***

Se vuelve imperioso el requerimiento de implementar acciones para abordar temáticas tan complejas como lo son las consecuencias por la pandemia de Covid-19. La psicología se encuentra frente a un gran desafío a la hora de reinventar las intervenciones ya que es una disciplina necesaria para beneficiar el bienestar y la salud de las personas. (Lorenzo et al., 2020). Siguiendo con el postulado de los autores, aseguran que la “Organización Mundial de la Salud (OMS) subrayó que la amenaza del COVID-19 y el confinamiento están causando un fuerte impacto psicológico en las sociedades, que debe atenderse con “medidas imaginativas”. (Lorenzo et al., 2020). A lo largo del proceso con Las Margaritas dos de las premisas fundantes fueron el dinamismo y la adaptación al contexto, dependiendo de emergentes situacionales y de protocolos sanitarios. Callís- Fernández et al., (2020) desarrollan que ante el covid-19 se deben llevar a cabo intervenciones psicológicas especializadas, dinámicas y lo suficientemente flexibles para adaptarse a las cambiantes fases de la pandemia.

Se destacó durante todo el trabajo la importancia de construir cercanía mediante lo colectivo. Entendiendo que el distanciamiento social no involucra una distancia afectiva, menos aún en esta época caracterizada por la incertidumbre. Varios autores han manifestado la importancia de implementar medidas lo más temprano posible. Según Morgante et al., (2020) se deben proponer “(...) actividades de acercamiento subjetivo por sobre la idea de distanciamiento social con acciones que exijan a los mayores transformar su lugar de pasividad y depositarios de cuidados y protección exclusivamente.” (p.10). Desde el equipo se intentó accionar desde este postulado, invitando a las usuarias a ser partícipes de sus propios procesos de salud-enfermedad, comprendiendo que debido a su rango etario el miedo se posicionó en un lugar protagónico relacionado con un “excesivo cuidado”. Partiendo de la base de que el miedo no es un fenómeno individual, sino que se da en un contexto social a partir de determinadas formas de interpretar la realidad. Por lo tanto, la superación de estas situaciones no puede ser de carácter individual, debe incluir a otros para lograr su transformación. Incluyendo a la familia, a los vecinos, a la comunidad o a diversas redes que puedan estar presentes. (Berriel et al., 2020b).

En las líneas de acción llevadas a cabo con el grupo se propuso como objetivo y eje transversal la promoción de la circulación de la palabra, entendida como elemento creador de realidad y de simbolizaciones. Pérez (s.f) afirma que:

(...) Una de las formas más efectivas de poder transformar esas sensaciones de angustia, temor, ansiedad, es poder ponerlas en palabras, produciendo

una nueva narrativa sobre lo que está sintiendo cada uno/a y darse un tiempo para escuchar a los/as demás. Es momento de dialogar sobre esto, ya que es la forma en que se puede empezar a construir nuevos significados ante la angustia, transformando ese miedo en una actitud activa sobre su vida y la de los demás. (Sección Sobre la vida cotidiana de las personas mayores que viven en su casa y son independientes, párrafo 2).

Tanto en las etapas dos y tres que involucraron modalidades virtuales, como en las visitas domiciliarias, en los paseos/encuentros o en los talleres presenciales, considero que este objetivo fue ampliamente cumplido. Especialmente durante la cuarta etapa de visitas domiciliarias, momento en el cual el miedo y la angustia no generaron parálisis como en Marzo. Al haber transcurrido tres meses desde la aparición del primer caso positivo de covid-19, las usuarias lograron correrse (en su mayoría) de esa posición inicial y comenzar a construir nuevos significados sobre lo que representaba ser una adulta mayor en contexto de pandemia. Como destacan Berriel et al., (2020b), para la promoción de una buena salud mental es fundamental la comunicación y la capacidad de simbolización de las personas, que en gran medida depende de si poseen un espacio disponible para poder desplegar estas cuestiones, en el cual puedan posicionarse en el lugar de actores y no de objetos de asistencia.

### ***Intervenciones y tecnología en contexto de Covid-19: potencialidades y limitaciones del trabajo virtual con personas mayores***

Como ya es sabido la pandemia por Covid-19 ha desafiado las estrategias de intervención históricamente establecidas. Desde el equipo no nos encontramos ajenas a esto, debiendo adaptar las líneas de acción que teníamos planificadas desde Febrero a la virtualidad. Leiva et al., (2020) aseguran que en contexto de catástrofes o de extremo estrés social dos de los factores protectores para la salud más efectivos son la percepción del apoyo social y el contacto con otros. Conservar el contacto con otros, a pesar de que no sea cara a cara concede una significación de protección que promueve bienestar. (p.8). Por lo tanto, el uso de la tecnología en todos los ámbitos, no únicamente en la psicología, se volvió indispensable para el trabajo con adultos mayores y la población en general. (Sánchez-Ordóñez y Sánchez- Vázquez, 2020).

Se realizó una búsqueda en bibliotecas virtuales (Google Scholar, Nature, Biblioteca Virtual en Salud, Redalyc, Scielo, entre otras.) de experiencias internacionales que hayan

incorporado en sus intervenciones dispositivos telefónicos, tecnológicos o plataformas online con el fin de mitigar el impacto de la pandemia en la salud integral. Dicha búsqueda tuvo como objetivos comparar e incluir en el trabajo diferentes abordajes para pensar el quehacer en la práctica. Debido a lo reciente de la temática no existe una amplia sistematización de experiencias pero fueron encontradas interesantes propuestas que serán descritas.

En un artículo de revisión publicado en Scielo escrito por Carneiro et al., (2020), se exponen algunas de las intervenciones que se desarrollaron en distintos países del mundo. En China, se realizaron intervenciones de relajación muscular progresiva con personas con Covid-19 positivo y de apoyo emocional online y presencial a profesionales de la salud. En Australia se propuso la misma intervención de apoyo online pero con la población general y con personas contagiadas de Covid-19. En Reino Unido, Canadá, Australia, Estados Unidos, Emiratos árabes y Holanda, con el objetivo de trabajar con personal de la salud se brindó apoyo online con sustento teórico de la terapia cognitivo conductual. En Alemania, siendo la población general el objetivo se desarrolló una intervención llamada CoPE-Ite o Cope It, basada en la terapia cognitivo conductual y en la reducción del estrés. Buscando aliviar el estrés y potenciar los recursos personales, a través de materiales de autoguía, divididos en 4 módulos de 30 minutos con una duración de 2 semanas, disponibles en una plataforma virtual. En Brasil utilizaron un recurso llamado "Exergames", que permite la actividad física en domicilio. Se trata de una serie de juegos digitales que simulan distintos deportes como canotaje, ciclismo, boxeo, atletismo, entre otros. Configurándose como una estrategia de prevención para trastornos de ansiedad y para el mejoramiento del estado físico.

Estas intervenciones incluyeron a la población general, a personas infectadas de Covid-19 y a personal de salud. Sin embargo, no describe abordajes con población objetivo de adultos mayores. Sánchez-Ordoñez y Sánchez-Vázquez (2020) exponen algunas intervenciones diseñadas específicamente para adultos mayores. Presentan los "Programas de conexión intergeneracional". Se tratan de abordajes basados en la conexión telefónica entre adultos mayores y personas más jóvenes con el objetivo de reducir las consecuencias del aislamiento. Dentro de estos programas describen a tres particularmente:

- Programa Age Friendly Student Connection desarrollado por la Facultad de Medicina de Keck de la Universidad del Sur de California, en el cual mediante llamadas telefónicas se vincularon a estudiantes de medicina, psicología, etc. con adultos mayores. Mencionan que se observaron

efectos positivos tanto en las personas mayores como en las más jóvenes.

- Programa (TOCO), que significa Telephone Outreach in the Covid-19 Outbreak, que incluyó a estudiantes de Geriátrica de la Universidad de Yale y a adultos mayores en situación de institucionalización, los cuales se contactaron semanalmente por teléfono en contexto de aislamiento social.
- Programa Seniors Overcoming Social Isolation (SOS) procedente de Chicago, Estados Unidos. Involucró a estudiantes voluntarios de profesiones relacionadas a la salud y a personas mayores en riesgo que fueron identificadas desde centros de atención primaria. Se propuso como objetivo reducir la sensación de aislamiento y paliar los efectos del mismo, a través de intercambios sobre estrategias de afrontamiento, de afianzamiento de redes, etc.

También en el texto se describen “Intervenciones psicosociales” como “Circle of Friends” y Programas de estimulación del ejercicio físico. Circle of Friends, desarrollado por la Universidad de Helsinki en Finlandia, es un programa de intervenciones grupales para adultos mayores. Anteriormente se realizaba presencialmente y debido a la pandemia se adaptó a la virtualidad. Dentro de sus ejes de trabajo se encuentran:

- Las actividades artísticas: Invitando a distintos artistas como músicos y poetas a conferencias con chat interactivo, realizando muestras de fotos de viajes de los participantes e intercambiando sobre esto y propiciando la creación de proyectos hogareños como collages, bailes, etc.
- Las actividades de ejercicio físico y de discusiones sobre temáticas de salud: Proponiendo rutinas de ejercicios supervisados por entrenadores a través de la cámara y recomendando ejercicios desde la fisioterapia y la terapia ocupacional.
- Las actividades de escritura terapéutica: Incluyendo la creación de diarios escritos a mano o digitales.

Se exponen a su vez “Programas psicológicos” para adultos mayores, enfocados en la prevención y el tratamiento. Por ejemplo, programas dirigidos a impulsar las estrategias de afrontamiento y la resiliencia, incluyendo psicoterapia de tipo cognitivo conductual y

dinámico, actividades grupales online para promover el apoyo social, el ejercicio físico y la transmisión de información confiable. Algunas de las experiencias se realizaron en Israel con sobrevivientes del Holocausto infiriendo que podrían sufrir una retraumatización debido a la pandemia.

Para el trabajo con Las Margaritas, se optó por utilizar la plataforma Zoom (realizando encuentros virtuales), la aplicación de WhatsApp mediante un grupo, (proponiendo ejercicios físicos y de estimulación cognitiva, así como un “espacio virtual” abierto en el que las participantes pudieran desplegar sentires, chistes, deseos, preguntas etc y colectivizarlo con sus compañeras.) y por llamadas telefónicas al dispositivo celular y en algunos casos al teléfono de línea. Al igual que en las intervenciones desarrolladas en otros países, la modalidad virtual y de llamadas telefónicas permitió la propuesta de ejercicios físicos, de espacios de intercambio, de sostén. Dentro de lo limitado del encuentro con otros de igual forma permitió beneficiar la salud integral en momentos de crisis y de necesidad de distanciamiento social. Puede apreciarse como existe una diversidad de abordajes novedosos que exige el contexto actual, así como la necesidad de intercambiar y demostrar lo que ya fue implementado.

Las modalidades con el grupo se presentaron de forma mixta en relación a lo presencial-virtual. Considero que se pudieron constituir como tal por dos razones. La primera relacionada con las medidas seleccionadas a nivel gubernamental con la exhortación pero no con la obligación al distanciamiento social preventivo que permitió una cierta apertura social, debido al bajo número de casos positivos que existió desde Marzo hasta Noviembre aproximadamente y por la escasa saturación de los servicios de salud o de plazas en Centros de Tratamiento Intensivo (CTI) en hospitales. En segundo lugar por la habilitación del Centro de Salud Jardines del Hipódromo a las reuniones en espacios abiertos y posteriormente en cerrados. Estas dos cuestiones permitieron que pudiéramos tener un mayor margen de acción a la hora de intervenir de manera combinada. Otros elementos enlazados con los dos anteriores, se relacionan con que al pertenecer a un Primer Nivel de Atención la posibilidad de proximidad con los usuarios es mayor que en los otros niveles.

Una de las razones por las que existió la apuesta al trabajo en el encuentro presencial cumpliendo con las medidas de cuidado sanitario, fue la presencia de una limitación importante en el desarrollo de modalidades virtuales, la brecha digital. Lipper (2017) desarrolla:

Se define como la separación que existe entre las personas (comunidades, estados, países) que utilizan las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) como una parte rutinaria de su vida diaria y aquellas que no tienen acceso a las mismas y que aunque lo tengan no saben cómo utilizarlas.(p.159)

Por lo tanto, nos encontramos frente a un desafío a la hora de llevar a cabo intervenciones ya que existen limitaciones y en algunos casos resistencias de utilizar y dominar tecnologías que rápida y abruptamente se hicieron necesarias en la cotidianidad. (Scholten et al., 2020). La brecha tecnológica como menciona Lipper (2017) se relaciona con la visión negativa que existe desde la sociedad con respecto al manejo de la tecnología por parte de los adultos mayores. Como una especie de profecía auto cumplida (al igual que en los modelos deficitarios sobre el envejecimiento) los adultos mismos creen que no podrán manejar los dispositivos, como consecuencia aparece el uso de tecnología acompañado de ansiedad. (pp.160-161).

En la implementaron de las reuniones por la plataforma Zoom, al igual que en el uso de WhatsApp se evidenció una barrera generacional y simbólica en cuanto al uso de la tecnología. Se propició estimular el aprendizaje de nuevos conocimientos tecnológicos pero no existió una real apropiación de los instrumentos. Al comienzo del trabajo vía Zoom varias de las integrantes pudieron sostener la propuesta, cumpliéndose los objetivos que fueron planteados. No obstante, a medida que fueron transcurriendo las semanas, durante los últimos encuentros el número de participantes fue disminuyendo hasta que el espacio tuvo que ser re pensado. Desde el equipo inferimos que pudo deberse a varios factores, tales como:

- 1) El sentimiento de ajenidad con la tecnología que manifestaron.
- 2) La necesidad de otros para lograr la conexión, dificultando el acceso ya que dependían de la disponibilidad familiar.
- 3) La implementación de visitas domiciliarias en la presencialidad generó un espacio de sostén que en algún punto pudo suplir la necesidad de conectarse virtualmente.
- 4) El aplacamiento del miedo generalizado en la población por el Covid-19 a medida que fueron transcurriendo los meses, por consiguiente el regreso de algunas actividades comprendidas fuera del hogar.

Cabe destacar que el proceso para la implementación de los encuentros vía Zoom posibilitó un acercamiento individualizado. En mi caso, al haber iniciado las prácticas en Febrero de 2020, tomando en cuenta que las actividades fueron suspendidas en Marzo, no había tenido la oportunidad de compartir un extenso tiempo con el grupo. Sin embargo, mediante las llamadas telefónicas y los ensayos de video llamadas, se desarrolló un vínculo de confianza, importante a la hora de realizar intervenciones beneficiosas. Incluso con integrantes que no conocía presencialmente, era tangible que el espacio de contención se encontraba funcionando. Puede ilustrarse con el siguiente fragmento de un audio de WhatsApp enviado por una participante “(...) La verdad que estoy muy contenta...me siento feliz con ustedes...Solo con que vos me escribas a veces, me siento como apoyada que me estás dando la mano...no la mano, me das la mano, el hombro y todo (...)” (Anónimo., comunicación personal, 9 de Julio de 2020).

Retomando sobre la brecha tecnológica, durante el año 2020 se optó en gran medida por la telemedicina como alternativa para continuar con la atención en salud. Hecho irónico ya que en algunos casos permitió una mayor cobertura y en otros, en que la brecha se hizo visible generó dificultades. (Beltrán-Aroca et al., 2020). En la misma línea Sánchez-Ordoñez y Sánchez-Vázquez (2020) enfatizan que la brecha puede condicionar gravemente la atención, provocando un riesgo de exclusión social a las personas que no tienen acceso a los dispositivos electrónicos o que no se encuentran familiarizadas con su manejo. En el caso del grupo, las resistencias al uso, así como la dificultad en la accesibilidad traducida en falta de teléfonos móviles (o de computadoras) con las actualizaciones requeridas para descargar el programa Zoom, la ausencia de saldo suficiente de internet para poder costear las reuniones y la presencia de dificultades a la hora de leer y escribir presentes en algunas integrantes, devino en la necesidad de intervenir incluyendo otras modalidades, como el teléfono de línea o el encuentro presencial. Si no se optaba por modalidades alternativas varias integrantes iban a quedar por fuera de la apuesta comunitaria. Es imprescindible trabajar con esta ajениdad que las personas mayores pueden sentir con la tecnología, ya que cuando el distanciamiento físico es necesario el uso de recursos tecnológicos se vuelve imperioso, pero debe recordarse que no se constituye como un medio disponible para todos. Por lo tanto, debe recurrirse si es posible a los métodos de contacto tradicionales. No pueden presentarse como impedimentos para el acceso a los servicios de salud o a las conexiones sociales la falta de dispositivos, de internet o de habilidades para su manejo. (Sánchez-Ordoñez y Sánchez-Vázquez, 2020).

### ***Importancia del Primer Nivel de Atención en contexto de Covid-19***

La manifestación del Covid-19 y sus consecuencias afectó la esfera de la vida cotidiana, de la salud, de la economía, de lo sociocultural, de lo subjetivo, desafiando a su vez a los sistemas de salud. Se vivió un desconcierto general en el ámbito sanitario, ya que se había detectado un virus altamente contagioso que haría cambiar las dinámicas y el funcionamiento de los centros a nivel global. Batalla Martínez et al., (2020), desarrollan al respecto:

Ante una situación inesperada, desconocida completamente, y de una forma muy rápida (prácticamente de un día para otro), se ha tenido que improvisar, decidir, reorganizar y atender. El desconcierto ante tal situación fue enorme. La consigna: que las personas se queden en casa. Si se encuentran mal, que llamen antes por teléfono, ¿a cuál?, ¿a urgencias, al centro de atención primaria, dónde...?

Protocolos de atención que cambiaban a diario, desbordados por el número de consultas atendidas y por la propia situación.

Todo era nuevo, desconcertante. (p.598).

Como mencionan los autores, a partir de ese momento se puso sobre la mesa el debate de cómo atender y organizar a la salud frente a un desafío tan grande. Giovanella et al., (2021), presentan un artículo en el que analizan las medidas que fueron tomadas para combatir a la pandemia y el rol de la APS en los países de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Uruguay y Venezuela. En el mismo, concluyen que en la mayoría de estos países como respuesta inicial se optó por un tratamiento desde visiones biomédicas, hospitalocéntricas y curativas, centradas en el tratamiento individual de la enfermedad y en las unidades de cuidado intensivo. Dejando de lado el enfoque de atención integral, con ejes como la prevención y la promoción en salud. Además los autores aseguran que al inicio de los brotes, en la mayoría de los países exceptuando Cuba, se minimizó la importancia de la APS para el manejo óptimo de la pandemia. La estrategia fue subestimada, así como también la potencialidad de los servicios de primer nivel de atención en territorio que podrían permitir el seguimiento de casos leves, aliviando el trabajo en los niveles más complejos y daría la posibilidad de articular con la acción comunitaria y social.(p.23).

Sgaravatti y Hernández (2020) presentan que el manejo controlado al inicio de la pandemia en Uruguay, puede asociarse con la escasa población, con el ordenamiento territorial disperso de su población, o con el gran número de test realizados por habitante, pero una de las grandes fortalezas es el sistema de salud de acceso universal. (p.83). En la

misma línea Giovanella et al., (2021), mencionan que el 87% de los casos confirmados de Covid-19 en Uruguay (En los primeros meses de desarrollo de la pandemia) se han podido tratar y resolver a nivel comunitario, permitiendo la optimización del sistema. Cuba y Uruguay dentro del estudio realizado, son los países que mostraron un mejor manejo en relación a las tasas de contagios y muertes desde Marzo a Julio del 2020, esto es relacionado con la robustez de los sistemas de salud desde una estrategia de APS.

Además una APS bien organizada, reconocida y con fondos económicos suficientes permite mantener la equidad social, es garantía de igualdad en contexto de crisis. Conjuntamente con las intervenciones específicas de seguimiento de contactos, de realización de pruebas PCR y de rastreo de casos que permiten descomprimir la demanda en los hospitales. (Buitrago Ramírez et al., 2020).

Por el contrario, Rodríguez (2020), sostiene que en Italia profesionales de la salud lamentaron la incapacidad de poder contener la pandemia, reconociendo que el colapso sanitario se debió al enfoque hospitalario de tratamiento, negando la priorización de una visión comunitaria. (p.1). De igual forma, Giovanella et al., (2021) tras un análisis, aseguran que en el año 2020 en los países en los que predominan en sus sistemas de salud, sectores privados y lógicas de mercado de seguros médicos con escasa acción pública, se demostró un peor manejo de la pandemia, así como dificultad para brindar una atención integral. En comparación, los países que basaron sus estrategias en APS lograron mejores resultados en el afrontamiento y aplacamiento de las consecuencias. (p.21).

Considero pertinente aclarar que estas afirmaciones se fundamentan en el momento en que fueron hechas. El escenario de hoy en día en Uruguay con respecto al manejo de la pandemia, del número de contagios y de muertes es sumamente distinto y preocupante. Es una situación que deja a la vista la compleja intersección de variables políticas, sanitarias, económicas, culturales, sociales, etc que se ponen en juego en la vida cotidiana en época de crisis.

Podría afirmarse que la pandemia deja como lección que es necesario cambiar el foco desde el cual se piensa a los procesos de salud. Es importante trabajar desde una concepción integral, en atención primaria con enfoque comunitario, mediante acciones de promoción y prevención. El primer nivel de atención debe ser fortalecido así como priorizado frente a enfoques hospitalarios para combatir al virus. (Batalla et al., 2020).

## **Conclusiones**

El Covid-19 trajo como consecuencia un aumento del malestar en la salud de toda la población. Además de presentarse el riesgo de contraer el virus, diversos estudios muestran que a nivel de salud mental existió una afectación importante. La presencia de síntomas constantes de angustia, depresión, estrés, insomnio, se relacionaron con la pandemia y sus efectos. La medida de distanciamiento físico, predominantemente elegido por los gobiernos a nivel mundial, sin proponer abordajes integrales que tengan en cuenta los aspectos psicosociales-económicos de los individuos, puede atentar contra una de las características intrínsecas del ser humano que es la necesidad de generar y mantener vínculos con otros.

Especialmente las personas mayores se vieron afectadas, no únicamente por las tasas de mortalidad del covid-19 en relación a la edad, sino que fue debido a la exacerbación de las visiones deficitarias y creadoras de vulnerabilidad sobre sus cuerpos, subjetividades y procesos de salud-enfermedad. La teoría muestra como una percepción negativa del envejecimiento por parte de la sociedad, constituye una profecía autocumplida para las personas mayores.

El distanciamiento físico de ninguna manera puede ser la única intervención posible con adultos mayores, son sujetos de derechos que no deben ser infantilizados. El Primer Nivel de Atención por sus características y posibilidades de acción se vuelve un nivel privilegiado para diseñar y llevar a cabo intervenciones que sean concebidas desde la salud integral y desde la potencialidad de los procesos comunitarios. La APS, puede brindar la posibilidad de aliviar el colapso de los niveles más complejos y a su vez, permite trabajar con la cotidianidad de las personas, espacio en donde se construyen los procesos de salud-enfermedad. Diferentes autores plantean que el relativo control de la situación al inicio de la pandemia en el año 2020, por parte de Uruguay y la escasa saturación de los servicios de CTI durante este período, al igual que en Cuba, se debió a la robustez del sistema sanitario, organizado desde una estrategia de APS. La visión desde la psicología comunitaria implica que la comunidad se posicione desde un rol activo con respecto a la construcción de autonomía y de conocimiento. El sentido de comunidad, así como la vivencia de formar parte en relación a los otros puede constituirse como una herramienta importante a la hora de afrontar de una mejor manera el contexto de pandemia. En el trabajo con el grupo de Las Margaritas pudieron evidenciarse los efectos positivos que trajo la presencia del otro aunque se encuentre con tapabocas y a dos metros de distancia. A su vez, la circulación de la palabra como elemento creador de realidad y de simbolizaciones, en un ambiente propicio para el intercambio, ya sea vía virtual o presencial, se ha

observado que es un elemento fundamental para paliar y resignificar las consecuencias del Covid-19.

Por lo tanto, se plantea como necesaria la creación de dispositivos innovadores; poder pensar nuevas formas de trabajo con personas mayores en uno de los países más envejecidos de América. La intención es que puedan correrse del lugar de vulnerabilidad, aportando y colectivizando, al igual que muchas otras personas, sus estrategias de afrontamiento frente a la pandemia. Queda mucho por crear, para hacer frente a las consecuencias que devendrán como secuelas del año 2020.

A partir de la experiencia me quedan resonando algunas cuestiones:

¿Cómo apostar a la Psicología Comunitaria cuando el contexto promueve el aislamiento tomando al otro como un potencial riesgo?

¿Cómo poder trabajar desde la autonomía y el empoderamiento con personas que desde una mirada social y autopercebida son vistas como sujetos deficitarios?

¿Puede tomarse esta crisis como una oportunidad para la creación y renovación de intervenciones que trascenderán la pandemia?

Se entiende que los objetivos planteados en el presente TFG fueron cumplidos. La descripción de la experiencia tuvo la intención de problematizar sobre las cuestiones anteriormente desarrolladas partiendo de un hacer en el campo. Considero también que la experiencia cumplió con los objetivos que fueron planteados en las intervenciones y se constituyó como una práctica desnaturalizadora de las visiones deficitarias de la vejez. De igual modo, pretendió el mantenimiento de la red comunitaria cuando se vio en riesgo por el Covid-19.

Finalmente, el TFG pretendió contribuir con la presentación de una experiencia, en una época en la que es necesario el intercambio y la colectivización, sobre modos de afrontar una de las crisis más duras que ha tenido que vivir el planeta. Se espera que sirva como insumo para futuras investigaciones.

## Referencias bibliográficas

- Amorín, D. (2013). Acerca de la adultez. En *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva* (4.ª ed., pp. 129-138). Psicolibros-Waslala.
- ASSE. (2020). A dos meses de creada la Línea de Apoyo Emocional 0800 1920, registra 8.100 llamados, 14 por hora, en todo el país.  
<https://www.asse.com.uy/contenido/A-dos-meses-de-creada-la-Linea-de-Apoyo-Emocional-0800-1920-registra-8-100-llamados-14-por-hora-en-todo-el-pais-12371>
- ASSE, Facultad de Psicología. (2009). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República- Facultad de Psicología*. Montevideo. Recuperado de  
[https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio\\_fp-asse-2.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf)
- Batalla Martínez, M., Gené Badia, J., Mascort Roca, J. (2020). ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 52(9).  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-194926>
- Beltran-Aroca, C.M., González-Tirado, M., y Girela-López, E, Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2), Medicina de Familia. SEMERGEN,  
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.11.002>
- Berriel, F. (2007) La vejez como producción subjetiva. Representación e imaginario social. En: Envejecimiento, memoria colectica y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología .Ed. Psicolibros Universitario. Montevideo.
- Berriel, F. (2010). Estudio de la significación social del envejecimiento en Uruguay. NIEVE, Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos, 101-118.
- Berriel, F., Carbajal, M., Castro, G., Guidotti, C., Lladó, M., Martínez, F., Pérez, R. y Valdez, C. (2020a). *Aportes del Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre la*

*Vejez y el Envejecimiento para el trabajo en Salud Mental con Personas Mayores en el marco de la situación sanitaria.* Facultad de Psicología.  
<https://psico.edu.uy/noticias/aportes-del-nucleo-interdisciplinario-de-estudios-sobre-la-vejez-y-el-envejecimiento-para#:~:text=Uruguay%2C%20con%20el%2019%2C5.pa%C3%ADses%20m%C3%A1s%20envejecidos%20de%20Am%C3%A9rica.>

Berriel, F., Carbajal, M., Castro, G., Guidotti, C., Lladó, M., Martínez, F., Pérez, R., y Valdez, C. (2020b). *Aportes para el trabajo en salud mental con personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos.* Facultad de Psicología.

<https://psico.edu.uy/presencias-en-medios/aportes-para-el-trabajo-en-salud-mental-con-personas-mayores-desde-una>

Bianchi, D., De la Cuesta, P., Gandolfi, A. y Muniz, A. (s.f) *Formación de Psicólogos para el sistema de salud* . Primer Congreso Latinoamericano de Salud: determinantes sociales y participación ciudadana . Programa de Practicantados y Residencias. Facultad de Psicología. UdelaR. Recuperado de:

[https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59051/mod\\_resource/content/1/Primer%20Congreso%20Latinoamericano%20de%20salud%20-%20Practicantado%20en%20ASSE%20%20Bianchi%2C%20De%20la%20Cuesta%20y%20Gandolfi.pdf](https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59051/mod_resource/content/1/Primer%20Congreso%20Latinoamericano%20de%20salud%20-%20Practicantado%20en%20ASSE%20%20Bianchi%2C%20De%20la%20Cuesta%20y%20Gandolfi.pdf) .

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395: 912–20.

Brunet, N. Y Marquez, C. (2016) *Envejecimiento y personas mayores en Uruguay.* En: Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Coord. Juan Jose Calvo. Montevideo: INE.

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M., y Tizón, J. (2020). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*, 53(1).  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-191342>

Callís Fernández, S., Guarton Ortiz, O., Cruz Sánchez, V., y de Armas Ferrera, A. (2020). . En *Primera Jornada Virtual de Psiquiatría 2020*. Obtenido 15 de

febrero de 2021 desde

<http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/view/4/42>

- Carrasco, J.C. (2001). *Rol del psicólogo y Latinoamérica*. Revista del Latino Año 10, N° 11. Colegio y Liceo Latinoamericano. Montevideo
- Carneiro, W., Sousa, K., Reis, A., da Silva, T., Gollner, R., Nóbrega, M. (2020). Intervenções em saúde mental em tempos de COVID-19: scoping review. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1007>
- De León Aufe, S. y Libiapoma, M. (Octubre de 2020). Programa Apex adulto mayor, COVID-19: Que cuidarnos no signifique aislarnos!. *Jubi Cerro*, p.9.
- Fabris, F. (2012). La subjetividad colectiva como dimensión psicosocial del proceso socio-histórico y la vida cotidiana. Su análisis a través de los emergentes psicosociales. HOLOGRAMATICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ Año VIII, Número 16, V1, pp.23-42.
- Giovanella, L., Vega, R., Tejerina-Silva, H., Acosta-Ramírez, N., Parada-Lezcano, M., Ríos, G., Iturrieta, D., Fidelis de Almeida, P., Feo, O. ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021, e00310142. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310
- Granese, A. (2018) Análisis de la implicación s/p. Cursos construcción de itinerario y referencial de egreso.
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Epub 01 de julio de 2020. Recuperado en 15 de febrero de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es).
- Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):327-34. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Leiva, A., Nazar, G., Martínez-Sangüinetti, M., Petermann-Rocha, F., Ricchezza, J., y Celis-Morales, C. (2020). DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DE LA PANDEMIA: LA

OTRA CARA DEL COVID-19. *Ciencia y enfermería*, 26, 10. Epub 21 de agosto de 2020.<https://dx.doi.org/10.29393/ce26-3dpal60003>

Lipper, M. (2017). Autopercepción y percepción social de los beneficios y las dificultades en el uso de dispositivos tecnológicos en los adultos mayores de Buenos Aires. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Lorenzo Ruiz, A., Díaz Arcaño, K., & Zaldívar Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales De La Academia De Ciencias De Cuba*, 10(2), e839. Recuperado de <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/839>

Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>

Montero, M. (2005). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (1.ª ed.). Paidós. Buenos Aires.

Morgante, M., Canal, M., Ojea, O., Frávega, A., Blanco, M., Guzzo, A., del Valle, D., Danel, P., Di Lucca, V., y Mariani, L. (2020, mayo). Aportes de la Mesa de Trabajo de Personas Mayores de la Universidad Nacional de La Plata en el contexto de la pandemia de COVID-19. Sedici. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/96568>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es#:~:text=](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es#:~:text=)

[=v%20La%20epidemia%20de%20COVID.un%20gran%20n%C3%BAmero%20de%20personas.](#)

Paredes, M. y Pérez, R. (2014) Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia. En: *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de INMAYORES para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. MIDES –INMAYORES. Sistema Nacional de Cuidados. Las personas mayores ante el cuidado. Aportes del INMAYORES para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados* (pp. 11-39).

Montevideo:INMAYORES-MIDES.Disponible en internet:

[http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/451/525/Bettyhany\\_2014\\_Las%20personas%20mayores%20ante%20el%20cuidado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/451/525/Bettyhany_2014_Las%20personas%20mayores%20ante%20el%20cuidado.pdf?sequence=1&isAllowed=y) , (recuperado el 04/02/2021).

Perea, M.J. (2017). Significaciones del quehacer del/la psicólogo/a en el PNA.Tesis de Maestría. Montevideo: Universidad de la República.

Pérez, R. (2020a, Junio, 24). Entrevista Informe Capital \_ Dr. Robert Pérez. Entrevista por Rodríguez, M. Teijeiro, P. Informe Capital. [Transmisión Televisiva]. Montevideo: TV CIUDAD.

Pérez, R. (2020b, Abril, 10). Entrevista - La salud mental de los mayores en la situación sanitaria por COVID-19. Entrevista por Bomio, L y Tegaldo, D. Producido por Canal 10. Arriba Gente [Transmisión televisiva]. Montevideo: Canal 10.

Pérez, R. (2020c, Junio, 1). Entrevista – Robert Pérez / Estudios sobre la Vejez y Envejecimiento – UdelaR. Entrevista por Bomio, L. Producido por Canal 10. Arriba Gente [Transmisión televisiva]. Montevideo: Canal 10.

Pérez, R. (s. f.). Personas mayores en la pandemia Subtítulo Estigma, ciudadanía y DDHH. Facultad de Psicología. Recuperado 4 de febrero de 2021, de <https://psico.edu.uy/covid/personas-mayores>

Pérez, R. (2020d, Diciembre, 15). Robert Pérez advierte que es necesario no descuidar la atención afectiva en adultos mayores. Entrevista por (sin datos). Producido por Teledoce. Telemundo [Transmisión televisiva]. Montevideo: Teledoce.

Pinazo-Hernandis, S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>

Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2005) Sistema Nacional Integrado de Salud . Recuperado de:

<https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.4 en línea]. < <https://dle.rae.es/aislar>>, < <https://dle.rae.es/aislamiento>> [24 de Febrero de 2020]

Rebellato, J. L. y Giménez, L. (1997). *Ética de la autonomía*. Montevideo: Roca Viva

Restaino, A y Sgaravatti, A. (2020, Noviembre, 17). La Tarde en Casa / 17.11.20 / Bloque 2 / Impacto de la pandemia en los adultos mayores. Entrevista por Correa, M y Folle, A. Producido por Canal 10. La tarde en casa [Transmisión televisiva]. Montevideo: Canal 10.

Ribot Reyes, V., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera De Ciencias Médicas*, 19, e3307. Recuperado de

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>

Rodríguez, A. (2008) De la promoción de Salud Mental a la promoción de salud. La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales. En I. Mañana y Ma.J.Boada (comp.) *Memorias del I Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria* (pp. 105-121) Quito: Ed. Abya-Yala.

Rodríguez, JM. Lecciones de la pandemia: fortalecer la atención primaria y el enfoque poblacional. *Rev. salud. bosque*. 2020;10(2):1-3.

Sánchez-Ordóñez, R., & Sánchez-Vázquez, J. (2021). El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. *Studia Zamorensia (segunda etapa)*, 19, 33-41.

Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29364/22743>

- Scholten, H., Quezada, V., Salas, G., Barria, N., Rojas, C., Molina, R., García, J., Jorquera, M., Marinero, A., Zambrano, A., Gómez, E., Cheroni, A., Caycho, T., Reyes, T., Pinochet, N., Binde, P., Uribe, J., Bernal J., y Somarriva, F. (2020). ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL COVID-19: UNA REVISIÓN NARRATIVA DE LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1).  
[https://www.researchgate.net/publication/341446565\\_Abordaje\\_psicologico\\_d\\_el\\_COVID-19\\_Una\\_revision\\_narrativa\\_de\\_la\\_experiencia\\_latinoamericana](https://www.researchgate.net/publication/341446565_Abordaje_psicologico_d_el_COVID-19_Una_revision_narrativa_de_la_experiencia_latinoamericana)
- Sgaravatti, A. y Hernández, M. (2020). Envejecimiento en tiempos de Covid19. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 82-84. Epub 01 de diciembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v9i2.2294>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: *ArchMed Interna* 2011; XXXIII (1). Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana. (pp. 1114) recuperado en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Zapata Farías, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología*, 10(1), Pág. 189-197. doi:10.5354/0719-0581.2012.18562