

Dispositivos grupales y adultas/os mayores en contexto de pandemia por COVID-19

Un análisis de los aportes a la salud integral en el marco de la atención primaria de la salud



*Belén Antonela Cantarella y María Agustina Picca Stortini**

Resumen

En el siguiente artículo proponemos una reflexión sobre la modalidad de abordaje de la salud integral en contexto de emergencia sanitaria por COVID-19. Dicho análisis se desprende de nuestra inserción y participación en dos espacios grupales, talleres dirigidos a adultas/os mayores, que tuvieron lugar en un centro de salud ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, y los cuales se sostuvieron durante la pandemia hasta la actualidad. Se realizó un recorte temporal desde marzo a septiembre de 2020.

Para ello describimos los fundamentos teóricos del envejecimiento saludable, analizamos objetivos y las actividades llevadas a cabo en los talleres destinados a las/os adultas/os mayores, así como también detallamos los temas de interés que surgieron en cada grupo.

Logramos concluir que los dispositivos grupales funcionan como un aporte preventivo y promocional, donde se estimula el fortalecimiento de la autonomía y de los vínculos entre los pares, favoreciendo a la salud integral de las/os participantes. Consideramos que la estrategia de la atención primaria para la salud apunta tanto a la participación de la población y a la reflexión colectiva sobre las prácticas

* Belén Antonela Cantarella: Licenciada en Trabajo Social (UBA). Residente de Trabajo Social, CABA.
María Agustina Picca Stortini: Licenciada en Trabajo Social (IUPFA). Residente de Trabajo Social, CABA.

que se desarrollan. Reviste fundamental importancia la mirada de quienes asisten a los talleres y la coconstrucción de los aspectos que mejoren su calidad de vida.

Palabras clave

adultas/os mayores - pandemia - salud integral

Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro de nuestra rotación por un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires, como parte del proceso de formación y capacitación correspondiente al segundo año de la Residencia de Trabajo Social en Salud, el cual se vio imprevisiblemente modificado a partir de la irrupción de la pandemia por COVID-19.

Señalamos que este hecho histórico que aún atravesamos fue disruptivo en las esferas políticas, sociales, económicas y sanitarias a nivel mundial. En este escenario, el centro de salud fue un espacio y un actor que vio modificado su accionar, a partir de las propias demandas de la realidad, donde el área salud se convirtió en protagonista fundamental de la pandemia. Si bien hubo directivas desde el Ministerio de Salud nacional y de la Ciudad de Buenos Aires, a nivel local, la institución debió tomar medidas hacia la población usuaria, como así también reorganizar las nuevas tareas por parte de sus trabajadores/as.

En este sentido, nos interesa describir la importancia de dichos cambios en la implementación de dos dispositivos grupales, comúnmente denominados talleres, como áreas de formación en las que nos insertamos como co-coordinadoras, junto a otras trabajadoras de la salud. Los talleres que presentamos están destinados a la población adulta mayor, siendo uno de ellos un taller de estimulación cognitiva y el otro destinado esencialmente a la reflexión y acompañamiento grupal de mujeres que ingresan a la tercera edad.

Como objetivo de este artículo, nos proponemos *reflexionar sobre los aportes a la salud integral de las/os adultas/os mayores a partir de su participación en los dispositivos grupales, durante la pandemia, en un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires.*

Para ello, en un primer momento presentamos el marco teórico y referencial que respalda el desarrollo del trabajo, seguido de una segunda parte en la que se describen los talleres anteriormente mencionados y se realiza un análisis de los mismos tomando como eje el objetivo propuesto. No se encontrará en esta presentación un marco teórico orientado puramente a la temática de COVID-19 debido a que, al momento de reconfigurar estos talleres, no había investigaciones suficientes que relacionen ambos escenarios (talleres de adultas/os mayores y COVID-19). Sin embargo, introducimos

producciones recientes referidas a la reflexión de trabajo social en este particular contexto. Por último, se concluye con la presentación de las reflexiones finales del trabajo.

Creemos que el próximo análisis es novedoso en tanto parte de repensar nuestra práctica como trabajadoras sociales, insertas en un contexto disruptivo y que se nos presenta por primera vez en nuestro recorrido profesional, trayendo modificaciones tanto para los equipos de salud en general como para el trabajo social en particular. Además, consideramos que compartir dichas experiencias pueden servir de insumo para ser implementado en otros escenarios o dispositivos, que también se aboquen al trabajo grupal.

De acuerdo a Iamamoto (2003), los aportes de nuestra profesión radican en pensar un trabajo social no solo ejecutivo sino también propositivo, desde el cual la intervención genere reflexiones, como así también la incorporación de nuevas miradas y saberes en la vida cotidiana de la población con la que trabajamos.

Atención primaria en salud y adultas/os mayores

El concepto de atención primaria para la salud¹ se estableció hace 41 años, en 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, patrocinado por la Organización Mundial de la Salud² y por UNICEF en Alma Ata. Allí se estableció la meta de “salud para todos” para el año 2000, incorporando la atención primaria de la salud como una estrategia para llegar a tal fin. En dicha conferencia se dispuso el siguiente concepto:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación [...] Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.³

A lo largo del tiempo, se han evidenciado los límites o las fallas de la estrategia centrada en la atención primaria de la salud, cuyo objetivo consistente en abordar la salud de una manera integral vinculada a los principios universales se vio trasladada a prácticas focalizadas ya sea por grupos poblacionales, nivel de atención o programas específicos.

1 En adelante, APS.

2 En adelante, OMS.

3 Consultado última vez el día 10 de mayo de 2021 a las 16:4. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

En el año 2018 se llevó a cabo la Conferencia Mundial para la Salud de Astaná, donde se reconceptualiza la atención primaria de la salud: una de las principales críticas que se plantea está vinculada con el acceso diferencial a la atención por parte de la población, en particular de los sectores más vulnerables. Es por ello que uno de los objetivos que se propone es lograr la cobertura sanitaria universal, con el fin que toda la población tenga un acceso equitativo a la atención sanitaria eficaz y de calidad.

Hoy en día, observamos que la atención primaria en salud tiene una tendencia a centrar la atención en grupos etarios de adultas/os jóvenes y niñas/os, mediante la implementación de diversos programas. Por otro lado, las/os adultas/os mayores son tratados como un grupo homogéneo, independientemente de la edad, condicionando una situación de vulnerabilidad en materia de atención y de restricción de la accesibilidad, lo cual se traduce como un riesgo para la salud de esta población. Algunos de los ejemplos que hacen visibles las barreras de accesibilidad son: el costo del transporte (en ocasiones no pueden viajar en transporte público, debiendo trasladarse de manera particular), la demora en los turnos y la modalidad de acceso a los mismos, la ausencia de formación gerontológica de las/os profesionales de salud, la limitación en la cobertura de los medicamentos que se les prescriben, entre otros.

A nivel nacional, las familias cuentan con escasos programas sociales destinados a garantizar los cuidados de las/os adultas/os mayores, a la vez que los recursos públicos o de la seguridad social se encuentran desfinanciados. En este sentido, la OMS (2002) considera como papel central de la atención primaria garantizar la accesibilidad a los servicios de salud destinados a adultas/os mayores en todas partes del mundo, así como también adaptar sus recursos a las necesidades de este grupo etario.

Para concluir, damos cuenta que las/os adultas/os mayores se ven enfrentados a nuevos retos y desafíos por lo cual la sociedad actual debe generar cambios actitudinales y culturales. El acceso a programas de bienestar social debería facilitar la participación de todas las personas adultas mayores, garantizando así la promoción de hábitos saludables en el tiempo libre.

Salud integral

Se entiende el término salud integral como se expresa en la Ley Básica de Salud N°153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, vinculada a la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. En este sentido, la salud no se concibe solo desde características biológicas e individuales, como la ausencia de enfermedad, sino que imprime una connotación histórica, política, social y cultural. Si consideramos a Ferrara (1985), concebir a la salud de manera integral implica reconocer la existencia de un proceso dinámico, de salud-enfermedad-atención, donde la salud y la enfermedad son manifestaciones de un mismo proceso, situado social, cultural e históricamente y, por lo tanto, vinculado a la forma en que los seres humanos producen y reproducen sus condiciones de existencia. De esta manera, entendemos al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado como un proceso complejo que compromete de manera

transversal no solo al sistema de salud, sino a todos los sectores de la sociedad (comunidad, Estado, actores políticos), considerando que el mismo deviene, tal como lo indica Ferrara, de la actuación de las fuerzas productivas de la presente coyuntura.

Envejecimiento activo

Desde el año 2000, la OMS comenzó a promover la idea de envejecimiento activo como el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental, de acuerdo a Manna y Mandaradoni (2015), para ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida después de los 65 años de edad. Por lo tanto, resulta importante que se aborden estas tres dimensiones por igual, dentro de las políticas de prevención y promoción de la salud, con el fin de promover la autonomía e independencia de las/os adultas/os mayores en un envejecer saludable.

Esta perspectiva propone superar la idea de que el envejecimiento es una etapa negativa en el acontecer de las personas y que solo corresponde al final de la vida, sin contemplar los hábitos beneficiosos que se pueden practicar en la misma.

Para hablar de envejecimiento activo, es necesario considerar algunas definiciones fundamentales como la autonomía, la independencia, la calidad de vida y la esperanza de vida saludable.

En lo que respecta a la autonomía de una persona, está relacionada con la capacidad percibida que tiene la misma para tomar decisiones sobre cómo llevar adelante su vida diaria, mientras que la independencia es la capacidad de desempeñar ciertas funciones que permitan a la persona transitar su vida diaria con la menor ayuda posible de su entorno social. Por otro lado, cuando las personas envejecen, la calidad de vida se ve determinada en gran medida por la capacidad de conservar la autonomía y la independencia de la mejor manera posible. Para finalizar, el concepto esperanza de vida saludable está diferenciado en lo que respecta a la esperanza de vida por nacer, ya que el primero se encuentra vinculado al ideal de una vida libre de discapacidad a medida que se envejece.

Por su parte, la Organización de Naciones Unidas,⁴ mediante sus dos Planes Internacionales sobre el Envejecimiento, propició que en todo el mundo se perciba el fenómeno del incremento de la esperanza de vida no solo como un reto para todos los países, sino también, siguiendo el planteo de López y Noriega (2012), como una oportunidad para promover nuevas prácticas que apunten a un envejecimiento saludable.

Tanto los conceptos de la OMS como lo abordado por la ONU coinciden en un mismo objetivo central ligado a que las políticas públicas propicien el envejecimiento con seguridad (prestaciones y cuidados) y la participación activa en sus comunidades.

⁴ En adelante, ONU.

Es por ello que resulta importante brindar a las/os adultas/os mayores oportunidades de atención en salud, seguridad y participación en todas las dimensiones de su vida.

Experiencia en los dispositivos grupales de adultas/os mayores en un centro de salud

A continuación, se realizará una breve caracterización de cada dispositivo grupal que se lleva a cabo en forma de taller, describiendo sus objetivos y foco de trabajo, al mismo tiempo que se hará mención sobre cómo se fueron adaptando estos espacios, durante el inicio de la pandemia.

Taller de prevención del deterioro cognitivo

Es un espacio de estimulación para la memoria al que asisten personas adultas mayores, a partir de los 65 años, que son en su mayoría vecinas/os del barrio. Desde el año 2018 el centro de salud cuenta con tres talleres de estas características, debido al volumen de población adulta mayor que reside en su área programática. Este taller es coordinado de manera interdisciplinaria por licenciados en fonoaudiología, trabajo social y psicopedagogía, y se desarrolla de manera semanal en el horario de 14:30 a 16:00 horas.

Sus objetivos están orientados a *promover el envejecimiento saludable de las/os adultas/os mayores, desde una perspectiva de salud integral y de derechos humanos; sostener un espacio de trabajo orientado a la estimulación cognitiva y el fortalecimiento de los vínculos; favorecer el intercambio con otras/os actores que estén vinculados a la promoción del envejecimiento saludable, tanto dentro como fuera del efector y promover la autonomía de las/os adultas/os mayores, en relación a sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado*. Estos objetivos están ligados a llevar adelante la estimulación de la memoria de las/os adultas/os mayores, a través de distintas técnicas en un espacio de distensión y entretenimiento. La estimulación a través de la recreación es

el motor de un buen envejecer, ya que la recreación es una disciplina que combina el uso del tiempo libre (elemento que en la vejez toma especial relevancia) con el juego, actividad opuesta al sedentarismo, la depresión, el automatismo, el aburrimiento que son factores de riesgo en la vejez (Manna y Mandaradoni, 2015: 26).

Es por ello que a través de las actividades que se planifican se intenta fomentar la participación, pertenencia y el intercambio grupal; además de buscar ejercitar la memoria, atención, razonamiento y concentración; recuperar la fluencia verbal, trabajar la memoria a largo y corto plazo y la reminiscencia.

La manera de ingresar a este taller es mediante la realización de entrevista previa, llevada a cabo por dos profesionales del equipo, con el fin de comprender el motivo por el que desean participar. Algunos de los motivos que se mencionan con mayor frecuencia están relacionados con la derivación de algún/a profesional de salud o como requisito para renovar la licencia de conducir. Cabe destacar que este taller está pensado principalmente como un espacio preventivo del declive cognitivo, en el que no se incluyen participantes con patologías neurocognitivas ya diagnosticadas; por lo tanto, si alguien manifiesta en la entrevista de admisión que desea incorporarse a este espacio por haber comenzado a presentar indicios de deterioro cognitivo, se orienta a la persona y a su red a realizar la consulta en el espacio donde pueda recibir atención especializada.

Desde el año 2018 hasta la irrupción de la emergencia sanitaria, el grupo de prevención del deterioro cognitivo tuvo lugar en el centro de salud de manera presencial, una vez a la semana en un encuentro de 90 –noventa– minutos. El promedio de participantes era de 27 –veintisiete– personas, siendo 18 –dieciocho– de ellas mujeres y 9 –nueve– hombres, reduciéndose a un promedio de 20 –veinte– personas, a partir del período que tomamos de referencia para esta presentación. El hecho de haber sido transformado el espacio y la modalidad en la que se continuó realizando el taller, vía WhatsApp, frente al impedimento de poder concretar espacios de encuentros personales generó que algunas/os participantes desistieran de participar.

Taller de promoción de la salud en mujeres adultas mayores

Es un taller que se realiza desde hace cinco años en el centro de salud; en sus inicios fue planificado para mujeres mayores de 40 –cuarenta– años, aunque la totalidad de quienes participan superan los 65 –sesenta y cinco– años de edad. Dentro de este taller, se busca generar un espacio en el que surjan nuevos conocimientos y reflexiones a través del intercambio de experiencias entre las participantes, como así también a partir de la invitación de expositoras/es de diversas disciplinas que son externas/os al grupo. A diferencia del taller de estimulación para la memoria, este espacio es coordinado únicamente por licenciadas en Trabajo Social del centro de salud y hospital correspondiente a la misma área programática.

Los objetivos que se proponen abordar son: *desarrollar un espacio grupal de asesoramiento, reflexión y disfrute, donde las mujeres puedan dialogar sobre esta etapa de la vida; brindar herramientas que favorezcan el cuidado integral de su salud; y construir un espacio grupal de reflexión donde puedan compartir experiencias, costumbres, inquietudes.*

Las temáticas que prevalecen en este dispositivo son el cuidado integral de la salud, el rol de la mujer en la sociedad, el fortalecimiento de habilidades personales, la perspectiva de género y el reconocimiento de los derechos de las personas.

Las mujeres interesadas en participar de este espacio lo pueden hacer solicitando una entrevista en el Servicio Social del centro de salud u hospital. En la misma, se intenta conocer los intereses, necesidades y experiencias, en definitiva, las “sabidurías” de la mujer entrevistada y se le explican sus objetivos, ya que en varias oportunidades la demanda se genera a partir de la búsqueda de un espacio terapéutico, no siendo esta la característica del taller. Luego de esta entrevista y de poner en conocimiento los criterios del espacio, las mujeres pueden comenzar a participar del dispositivo grupal.

Durante el segundo semestre de 2019, el taller contó con aproximadamente 15 –quince– participantes que asistieron de manera regular, en su mayoría vecinas del centro de salud, que también concurren a otros talleres. Mientras que a partir del mes de marzo de 2020 y a raíz de continuar los encuentros a través de WhatsApp, el promedio de participación fue de 12 –doce– mujeres.

Como se puede observar, los objetivos de ambos espacios grupales, cada uno con sus características, están pensados desde una mirada integral de la salud, que busca alcanzar el envejecimiento activo de las/os usuarias/os que asisten al centro de salud. Lo que se intenta lograr como equipo de salud, que se propone intervenir con perspectiva gerontológica, es instalar un espacio a través del cual el uso del tiempo libre adquiriera sentido para las/os participantes, en tanto les permita a las/os mismas/os encontrarse y dar curso a sus propios deseos, divertirse, desarrollar habilidades intelectuales y fortalecer el contacto con los pares, realizando tareas en grupo.

Grupalidad y virtualidad en un nuevo contexto: el desafío de coordinar

La coordinación grupal de ambos espacios sostuvo su funcionamiento, con frecuencia semanal. La duración fue de 1 –una– hora y media para el taller de prevención del deterioro cognitivo y de 1 –una– hora para el taller de promoción de la salud de mujeres adultas mayores. Los equipos de coordinación, formados por 4 –cuatro– profesionales se dividieron en 2 –dos– duplas, a los efectos que cada dupla planifique y coordine en la semana de trabajo remoto,⁵ a la vez que se alternaba con la otra dupla que se encontraba de manera presencial llevando a cabo tareas asistenciales o de otra índole. Por supuesto que hubo resistencias a la hora de participar, mayormente ligadas a la nueva modalidad, en relación al manejo de dispositivos electrónicos y de la decisión de la plataforma que se utilizó. Destacamos que la irrupción de la pandemia también generó incertidumbre, miedo y temor ante al escenario nuevo y desconocido, mediado por el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO),⁶ por lo que algunos participantes prefirieron no formar parte de los talleres, ya que sostenían que no se encontraban de ánimo para poder afrontarlos, sumado al desgaste que implicaba adaptarse a la modalidad virtual.

5 A partir de la comunicación oficial N°2020-11812020 emitida por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los equipos de trabajo alternaban la presencialidad, asistiendo semana por medio y realizando trabajos desde el domicilio cuando no concurrían a la institución.

6 Decreto de Necesidad y Urgencia N° 297/2020.

Frente a dichas situaciones en donde el contacto cara a cara se vio obturado, se efectuaban llamados telefónicos a las/os participantes que decidieron quedar al margen de los talleres, a los fines de sostener la cohesión del grupo por parte de las coordinadoras y continuar con el acompañamiento y el apoyo necesarios. Asimismo, se buscó incentivar al resto del grupo a que mantuvieran contacto con aquellas/os compañeras/os que no se encontraban en condiciones de participar del espacio grupal. Comprendemos que dichos llamados no suplen a las actividades grupales, pero se convertían en una especie de “cercanía”, en momentos en donde los lazos sociales se vieron erosionados y los encuentros cara a cara, suspendidos.

Para nosotras, como co-coordinadoras fue todo un desafío el poder incluir actividades que de manera virtual pudieran asemejarse a la presencialidad. El cómo abordar el nuevo escenario fue debatido tanto con nuestras compañeras que son trabajadoras sociales, como así también con las coordinadoras que son de otras profesiones. Así como la realidad, los problemas y las demandas son dinámicas y se ven modificadas, nuestra intervención fue repensada y recreada. En este sentido, reflexionamos acerca del uso de la tecnología y los espacios grupales, coincidiendo con lo planteado por Robles y Sato (2020) donde comparten su experiencia desde la docencia, convocando al colectivo profesional a interpelarse acerca de las resistencias que algunos aspectos del mundo digital han generado y el viraje que muchas de estas prácticas de virtualidad han producido en nuestras representaciones e incluso prejuicios, sobre esta modalidad de asociación de personas: los grupos virtuales. Así es cómo estos espacios virtuales dejaron de verse desde la mirada crítica y comenzaron a resignificarse como espacios de encuentro y como recursos para afrontar diversos problemas.

Es así como, por ejemplo, en el taller de prevención del deterioro cognitivo, las tareas consistían en ver videos y observar atentamente las imágenes que aparecían para recordarlas, ordenar números, ordenar palabras, continuar historias y armarlas entre sí; como también poder reflexionar sobre ciertos temas de su interés y abrir los intercambios a partir de lo compartido. En tanto en el grupo de prevención de la salud de las adultas mayores, además de adaptar el taller a un formato virtual, hubo que repensar las temáticas seleccionadas para trabajar, debido a que muchas de las participantes se encontraban atravesando situaciones complejas relacionadas con la pérdida de seres queridos, o el no contar con red sociofamiliar cercana que pudiera asistirlos. A raíz de estos motivos, los encuentros comenzaron a intercalarse entre temas de actualidad que resultaban de interés para el grupo, sin perder de vista los objetivos del taller y actividades de índole recreativas que incluía en ocasiones, elaborar alguna especie de “tarea” para ser presentada ante el resto de las compañeras durante el encuentro semanal.

En el día a día, nos cruzamos con nuevos caminos: desde la adquisición de habilidades para coordinar *in situ*, pasando por la comprensión de las propuestas y por el respeto de los tiempos de participación. Cabe destacar que al principio se presentaron mayores dificultades porque, tanto para las/os adultas/os mayores como para nosotras, era la primera vez que nos encontrábamos en talleres virtuales. Dicha modalidad de intervención fue novedosa para todas/os las/os profesionales del centro de salud, ya que se reconfiguró la atención y tanto las consultas como las actividades grupales comenzaron a desarrollarse bajo esta nueva modalidad. Uno de los cambios que introdujo la pandemia fue el uso de

dispositivos digitales como medios de comunicación: las plataformas meet, zoom, jitsi, entre otras, vieron su esplendor.

Además, en el desarrollo del taller las/os participantes usaban el espacio para solicitar información sobre el funcionamiento del centro de salud en relación a días y horarios de atención, campañas de vacunación, presencia de otros profesionales, por lo que se decidió en la primera parte del taller realizar una introducción sobre la dinámica de funcionamientos de esa semana, como para responder dudas y preguntas y posteriormente dar inicio al taller. En relación a esto último, desde Celats⁷ tomamos las principales intervenciones del/la trabajador/a social durante el surgimiento de la pandemia. Por un lado, la acción del trabajo social desde la prevención, considerando fundamental contar con el recurso de la información para luego poder transmitirla de manera clara a los grupos sociales con los que se interviene; mientras se dan a su vez, procesos de asistencia directa a las problemáticas ya existentes y las nuevas que surgen en este contexto.

Ciertos días de los talleres tuvieron mayor participación que otros, si bien no hay una explicación lineal de por qué sucedía, lo relacionamos con el estado anímico de las/os participantes y con la decisión de ellas/ellos mismas/os de formar parte o no. Desde la coordinación se intentó fomentar a que fueran concurridos, aunque los mismos son de carácter voluntario, por lo cual la participación no era una condición excluyente. Al momento del cierre, las/os usuarias/os manifestaban que los encuentros servían de disfrute, de poder conectarse con sus compañeras/os y de darle continuidad al tiempo que originalmente le destinaban a la realización del taller. En un escenario en el que el uso del tiempo se reconvirtió y para las/os usuarias/os por momentos quedó detenido ante la imposibilidad de realizar actividades fuera del domicilio, el hecho de continuar con los talleres no solo implicó el sostenimiento de la rutina, otorgándole un sentido ordenador, sino también se intentó promover que continuaran con una actitud activa.

Las devoluciones recibidas de ambos grupos se convirtieron en puntos de apoyo para nosotras mismas, ya que tenían una apreciación positiva. Como fue mencionado, las temáticas se seleccionaron a partir de los disparadores que proponían las/os usuarias/os. De esta forma, creemos que aportamos a la escucha de sus propuestas, dentro de los objetivos de los talleres y teniendo en cuenta la voz de las/os participantes. Con este fin, de acuerdo a lo planteado por CELATS (2020), la creatividad se vuelve un aspecto convocante del trabajo con grupos, a la vez que estimula la participación.

Caso contrario, los talleres serían simplemente actividades para resolver, donde no se logre la reciprocidad entre las/os usuarios y las coordinadoras, lejos de los lineamientos puntuales de la APS.

Para concluir, nos resulta interesante resaltar la participación y el compromiso activo de las/os integrantes de los talleres y la apropiación que tienen con el centro de salud, pese a que muchos de ellas/os no canalizan todas sus demandas de atención de su salud en este efector y solo participan de los dispositivos

⁷ Consultado por última vez el día 07 de junio de 2021 a las 15:59 Recuperado de <https://www.celats.org/19-publicaciones/nueva-accion-critica-7/221-coronavirus-que-le-toca-hacer-al-trabajo-social-para-enfrentar-la-pandemia-del-siglo-xxi>

grupales. Algunos de los ejemplos que se dieron respecto al compromiso y su participación tuvieron que ver con la organización que surgió de ambos grupos para solicitar la continuidad de los espacios, de qué manera resolver las barreras que se interponen con el uso de la tecnología, como asimismo demostrar preocupación por las/os profesionales que se encontraban brindando atención en el centro de salud y en qué condiciones de trabajo (interesándose desde las cuestiones propias de infraestructura hasta saber si se contaba con los elementos de protección personal), para pensar estrategias comunitarias con el fin de solicitar lo que pudiera llegar a ser necesario. De acuerdo con Dora García (2008), el sentido del grupo es el hacer, el obrar, el trabajar, el producir. Por lo tanto, la importancia de formar parte de un espacio en el que se realicen actividades y se compartan sabidurías y experiencias de vida propia contribuye a mejorar la calidad de vida de las/os adultas/os mayores y creemos que es un camino posible para alcanzar el envejecimiento activo.

La descripción previa nos lleva a preguntarnos cuáles son los motivos por los cuales los talleres tuvieron continuidad. Veamos los argumentos desde los que nos paramos para fundamentar la decisión.

El trabajo en grupo dentro del taller de prevención del deterioro cognitivo y en el de promoción de la salud de las adultas mayores permite que sus integrantes se reconozcan como parte de un equipo de trabajo y se referencien en el mismo. Si bien dentro de los talleres se conformaron subgrupos, todas/os las/os participantes a lo largo del periodo analizado pudieron llevar adelante las tareas propuestas a partir de determinadas consignas, debiendo adaptarse a la conformación de nuevos equipos de trabajo. Para esto, resultó indispensable implementar dinámicas que fomentaran la integración social y el intercambio interpersonal entre pares, herramienta que para nuestra profesión de Trabajo Social es esencial al momento de trabajar con grupos y fue un aporte distintivo de nuestra participación en los talleres.

Es por ello que dentro de estos dispositivos se dio lugar al encuentro entre las/os participantes, donde además de centrarse en la tarea, también se abordaron aspectos de su vida personal que deseaban compartir y elaborar reflexiones sobre etapas transitadas a lo largo de su vida, poniendo en común experiencias y en algunas ocasiones respondiendo a las consignas a través de sus propias vivencias. Durante este período como co-coordinadoras observamos que algunas/os de las/os participantes lograron reforzar los vínculos que habían construido durante la presencialidad, mientras que otros formaron nuevas redes, incluyendo aquellos que llegaron cuando el taller ya había comenzado de manera virtual. De esta manera, las/os participantes se acompañaron tanto en momentos de necesidad (alguna problemática de salud o familiar), como en espacios de recreación (compartiendo cronogramas de actividades culturales, juegos de ingenio, entre otras propuestas que circulaban de manera virtual).

Por otro lado, estimular las habilidades sociales como parte de la promoción para la salud dentro de un espacio grupal incide de manera favorable en la calidad de vida de las/os adultas/os mayores, permitiéndoles autoperibirse dentro de un contexto cultural y de valores determinados que incluyen la salud tanto física como psicológica y social.

A partir de los aportes que los talleres hacen a la grupalidad y ante la irrupción de la pandemia, desde los equipos reconfirmamos que la continuidad de los mismos se convertiría en un aspecto positivo para la población adulta mayor. La emergencia sanitaria dispuso ciertos lineamientos que, a los efectos de disminuir los contagios de la población, se centraron básicamente en un confinamiento estricto para evitar la circulación de personas. Este trabajo no pretende analizar las medidas sanitarias, que tiene su correlato en los planos sociales, económicos y políticos. Dicho confinamiento, denominado ASPO, condujo a que específicamente la población adulta mayor permaneciera en sus hogares. Incluso se fomentó que sus familiares (en el caso de tenerlas/os presentes y cercanos) se responsabilicen de las actividades instrumentales de la vida diaria que no pudieran resolverse al interior del domicilio, por ejemplo, de la realización de las compras de mercadería para abastecerse, del retiro de medicamentos en efectores de salud, entre otros.

Consideramos que sostener la grupalidad funciona como soporte y contención para dicha población frente a un contexto adverso, en donde el uso del tiempo libre, como precisamos con anterioridad, se vuelve un factor clave del envejecimiento activo. Nuestras cotidianidades se vieron trastocadas, por lo que fue primordial repensar sobre nuestra intervención con los dispositivos grupales y, valiéndonos de los recursos tecnológicos, decidimos dar continuidad a los espacios de encuentro y de compartir experiencias comunes. En este nuevo contexto, esta no es la única demanda de las/os usuarias/os de la salud. Como equipo de salud, también nos correspondía escuchar estas demandas y poder responder a ellas, como ejes fundamentales del desarrollo de la salud integral.

Reflexiones finales

En este trabajo reflexionamos sobre los aportes a la salud integral de las/os adultas/os mayores, a partir de su participación en los dispositivos grupales, durante la llegada de la pandemia a nuestro país, en el período marzo-septiembre de 2020. Entendemos el envejecimiento como una etapa vital atravesada por pérdidas, ya sea por el fin de las actividades económicamente activas, por la pérdida de seres queridos, por el declive de las funciones vitales y por los cambios esperables en la salud. Este tipo de situaciones, que como ya mencionamos forman parte de una etapa de la vida, no solo se dieron durante el ASPO, sino que se vieron profundizados los sentires a causa del contexto socio-sanitario. Ahora bien, creemos que, desde el abordaje de la atención primaria de la salud, el envejecimiento dista de ser una etapa pasiva en la que las/os adultas/os mayores solo ven deteriorada su salud esperando el devenir de la misma.

La tarea de continuar con la promoción de actos saludables que conlleven a un envejecimiento activo durante el proceso de aislamiento no resultó para nada sencilla. Por un lado, la exigencia de la situación epidemiológica que requería disponibilidad exclusiva del personal de salud para enfrentar algo que todavía no se terminaba de conocer. La sensación de incertidumbre que no solo se nos presentó a los equipos coordinadores, sino que también atravesó a las/os adultas/os mayores que esperaban el espacio del taller para poder canalizar sus distintos padeceres. Por otro lado, la nueva accesibilidad

tecnológica nos hizo repensar una y otra vez distintas alternativas para sostener los espacios grupales y que, a su vez, estos fomentaran la participación. Si bien quienes asistieron durante este periodo consideraban necesario, al igual que nosotras, continuar con el espacio de encuentro, el hecho de tener que asumir el compromiso frente a plataformas digitales con las que no se encontraban del todo familiarizadas/os hacía que por momentos desistieran de la idea de participar.

Si partimos de comprender el concepto de envejecimiento activo, los talleres que presentamos previamente funcionan como dispositivos grupales que tienden a desarrollar la autonomía, prevenir el declive cognitivo, forjar lazos y socializar mediante nuevos vínculos. Dichas prácticas están enmarcadas en la perspectiva del derecho a la salud, donde se tiene en cuenta la voz de las/os usuarias/os, que dejan de ser meros receptoras/es de prácticas médicas y farmacológicas (los lineamientos básicos del modelo médico hegemónico) para convertirse en sujetos que proponen nuevas ideas, nuevos hábitos, trayendo sus experiencias para poder compartirlas con las/os demás integrantes, logrando intercambiar sobre sus saberes y centrándose en cómo mejorar la salud. En este sentido, concluimos que los dispositivos grupales se convierten en superadores en las dinámicas en las que se desenvuelven, pudiendo trascender las sumas de las partes, es decir, los aportes entre usuarias/os y coordinadoras para configurarse como un espacio de mutuo intercambio.

Sería esperable que las/os adultas/os mayores lleguen a la vejez en las mejores condiciones posibles, en buena salud física y mental, autónomos e independientes en el desarrollo de las actividades cotidianas. Si a esto se le suma una actitud positiva ante el proceso del envejecimiento y una participación social activa, aunque sea a través de dispositivos tecnológicos, estamos haciendo referencia al envejecimiento activo.

A lo largo de este trabajo mencionamos además la integración, la participación, los vínculos y las nuevas redes... ¿qué es todo esto si no es salud integral? Consideramos que dichos aspectos indefectiblemente contribuyen a un envejecimiento activo de la población que participa de los talleres y, por lo tanto, hacen su aporte en lo que a salud integral se refiere. Retomando a Ferrara (1985), logramos reconocer cómo la participación de las/os adultas/os mayores en los talleres es un aspecto más que incide positivamente en el dinámico proceso de salud-enfermedad-atención, al vincularse directamente con las condiciones de vida de las personas.

Este recorrido que nos propusimos hacer nos muestra la importancia de planificar y llevar a cabo la coordinación de dispositivos grupales desde la atención primaria de la salud en tiempos de pandemia, incorporando en dichas planificaciones las propuestas de las/os participantes a partir de sus intereses, en pos de cumplir con los objetivos de los talleres. Por este motivo es que intentamos reflexionar junto

a ellos cómo concibieron las actividades, si las mismas cumplieron con sus expectativas, el deseo de incluir alguna temática a trabajar, qué dificultades encontraron en las modalidades propuestas, entre otras cuestiones que tienden al sostenimiento de los espacios. Comprendemos que dichos procesos se construyen y se abordan de manera conjunta, lo que estimula la participación de las/os adultas/os mayores como sujetos activos.

Desde nuestro rol como co-coordinadoras y trabajadoras sociales, desarrollamos habilidades para abordar los intereses que se presentaron, desde una perspectiva de salud integral, haciendo hincapié en el contexto atravesado y sosteniendo las actividades de prevención y promoción para la salud, en un momento donde la presencia de enfermedad (COVID-19) pasó a ser percibida como sinónimo de mala salud. Asimismo, creemos que el trabajo social en tanto profesión que promueve la cohesión social y el fortalecimiento de las relaciones, se torna indispensable en momentos como este para comprender los atravesamientos de las personas con las que trabajamos, a fin de conocer sus historias de vida, sus vínculos cercanos y sus experiencias en común. A su vez, nuestra profesión nos permite reflexionar sobre los momentos por los que atraviesa un grupo, permitiendo, además, evaluar desde una mirada crítica, junto a las/os adultas/os mayores, si estos dispositivos fueron los adecuados para fomentar el envejecimiento activo o si es necesaria la promoción de otros espacios que sean favorables en esta etapa de su vida.

Para concluir, no queremos que pase por desapercibido el hecho de que la pandemia por el COVID-19 sin dudas logró poner en evidencia no solo la fragilidad de los sistemas de salud a nivel mundial, sino, además, la vulnerabilidad de gran parte de las/os adultas/os mayores. En este sentido, creemos que sería relevante que todas/os las/os profesionales de salud, podamos incluir en nuestras prácticas una perspectiva gerontológica, donde brindemos a las/os adultas/os mayores una oportunidad de vivir una vida potencialmente satisfactoria, en la que formen parte de las decisiones sobre su vida y puedan contribuir en la sociedad. El actual contexto nos lleva a problematizar sobre el espacio que socialmente es otorgado a las/os adultas/os mayores; si bien la pandemia pone el foco en la prevención de los contagios específicamente a esta población, consideramos que a su vez es una oportunidad para replantearnos como equipos de salud qué prácticas fomentamos, desde qué paradigmas y qué acciones son tendientes a mejorar la calidad de vida de los mismos.

La formación en gerontología podría aportar a un envejecimiento lo más activo y saludable posible. Estimamos que este es un camino para trazar la interdisciplina y para problematizar las lecturas sobre la vejez, en pos de implementar y de mejorar nuestras estrategias de intervención con la tercera edad, inclusive en el contexto de pandemia.

Bibliografía

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29,182-191.

Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Catálogos.

- García, D.; Robles, C.; Rojas, V. y Torelli, A. (2008). *El trabajo con grupos: aportes teóricos e instrumentales*. Buenos Aires: Espacio.
- Hoskins, I.; Kalache, A. y Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panam Salud Pública*, 17(5-6), 444-451.
- Iamamoto, M. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. San Pablo: Cortez.
- López Martínez, J. y Noriega García, C. (2012). *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales*. San Pablo: CEU Ediciones. Fundación Universitaria San Pablo.
- Ludi, M. (2012). *Envejecimiento Activo y espacios grupales*. Buenos Aires: Espacio.
- Manna, A. y Mandaradoni, G. (2015). *Jugadamente. Juegos y dinámicas para la estimulación cognitiva de adultos mayores*. Buenos Aires: Bonum.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2),74-105.
- Organización Panamericana de la Salud (2 al 12 de septiembre de 1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Robles, C. y Sato, A. (abril de 2020). Grupalidades virtuales. El impacto de la pandemia en los procesos grupales. Dossier especial: La intervención en lo social en tiempos de pandemia. *Revista Margen*. Recuperado de <https://www.margen.org/pandemia/textos/robles.pdf>
- Salcedo, E. (2020). *Coronavirus: ¿qué le toca hacer al Trabajo Social para enfrentar la pandemia del siglo XXI?* CELATS. Recuperado de <https://www.celats.org/19-publicaciones/nueva-accion-critica-7/221-coronavirus-que-le-toca-hacer-al-trabajo-social-para-enfrentar-la-pandemia-del-siglo-xxi>
- Yuni, J. y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-169.

Fuentes documentales

- Argentina. Decreto de Necesidad y Urgencia N° 297/2020. DECNU-2020-297-APN-PT. Poder Ejecutivo Nacional.
- CABA. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153/1999.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. NO-2020-11812020-GCABA-SSAPAC. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2020.