

EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN MUJERES ADULTAS MAYORES



EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN MUJERES ADULTAS MAYORES



©2022 ONU Mujeres. Todos los derechos reservados.

Este reporte fue elaborado en el marco del programa “Recuperación socioeconómica a la crisis provocada por el COVID-19 desde una perspectiva de género: Promoviendo la autonomía económica de las mujeres y el cuidado de personas mayores y con discapacidad en Argentina”, una iniciativa interagencial liderada por ONU Mujeres Argentina, en alianza con la Oficina del Coordinador Residente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Autora: Dra. Claudia J. Arias

Coordinación general: Verónica Baracat, coordinadora del Programa País de ONU Mujeres y Sabrina Landoni, especialista de programas de ONU Mujeres en Argentina.

Diseño: Atípica

Edición y corrección de estilo: ONU Mujeres

Fotos: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

Expresamos nuestro agradecimiento a Cecilia Alemany, Directora Regional Adjunta para las Américas y el Caribe y representante de ONU Mujeres en Argentina; al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), especialmente a Mónica Roqué; a Lourdes Bustos, asistente de programas, y Elisabet Golerons Gallardo, responsable de comunicación de ONU Mujeres Argentina, y al equipo que participó en el relevamiento y el análisis de los datos (Carolina Andreachí, María Eugenia Campano Davies, Nicolás Cavallero, Lourdes Félix, Mariana Gil de Muro, Araceli González, Bárbara Herrmann, Ana Kass, Ivana Maldonado, Eliana Martínez, Brenda Santillán, Noelia Silva Suárez, Valentina Tao, Romina Tate, Solange Val, Tamara Vainschenker, Martín Winzeler, Karina Dottori, Ivan Fuentes, María Florencia Giuliani, Mariana Mansinho y Corina Soliverez).

El contenido y la información de esta publicación pueden ser utilizados siempre citar la fuente. Citar ONU Mujeres (2022). *El impacto psicosocial de la pandemia del COVID-19 en mujeres adultas mayores* / Argentina.

Esta publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero del Fondo del Secretario General de las Naciones Unidas para la Respuesta y Recuperación al COVID-19.

PRÓLOGO	06
1 INTRODUCCIÓN	09
1.1 Fundamentación	12
2 MARCO CONCEPTUAL	
2.1 El enfoque de género	15
2.2 Apoyo social en la vejez	17
2.3 La irrupción de la pandemia	22
3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	27
4 MÉTODO	
4.1. Descripción del estudio cuantitativo	29
4.1.1. Participantes	29
4.1.2. Instrumento de recolección de datos	31
4.1.3. Procedimiento	32
4.1.4. Análisis de datos	33
4.2. Descripción del estudio cualitativo	39
4.2.1. Participantes	39
4.2.2. Instrumentos de recolección de datos	40
4.2.3. Procedimiento	40
4.2.4. Análisis de datos	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Composición de la muestra de mujeres mayores por región	30
Tabla 2	Preguntas/indicadores incluidos en el Índice de impacto negativo en el área salud física	34
Tabla 3	Preguntas/indicadores incluidos en el Índice de impacto negativo en el área psicológica	35
Tabla 4	Preguntas/indicadores incluidos en el Índice de impacto negativo en el área psicosocial	36
Tabla 5	Preguntas/indicadores incluidos en el Índice de impacto negativo en el área dificultades percibidas	36
Tabla 6	Variables seleccionadas como información suplementaria que no fueron recodificadas	37
Tabla 7	Variables seleccionadas como información suplementaria que fueron recodificadas	38
Tabla 8	Salidas del hogar al inicio de la cuarentena según grupo de edad	43
Tabla 9	Salidas del hogar en la actualidad según grupo de edad	43
Tabla 10	Actividades dentro del hogar según grupo de edad	45
Tabla 11	Valoración de la salud física según grupo de edad	46
Tabla 12	Comparación con estado de salud antes de la pandemia según grupo de edad	46
Tabla 13	Experiencia emocional negativa durante el confinamiento según grupo de edad	48
Tabla 14	Experiencia emocional positiva durante el confinamiento según grupo de edad	49
Tabla 15	Comparación de bienestar psicológico en términos generales respecto a antes de la pandemia según grupo de edad	50
Tabla 16	Mujeres que viven solas según grupo de edad	51
Tabla 17	Vínculos con los que se convive según grupo de edad	51
Tabla 18	Frecuencia y tipo de interacciones semanales con familiares no convivientes según grupo de edad	52
Tabla 19	Frecuencia de interacción por vínculo según grupo de edad	52

5 RESULTADOS	
5.1. Resultados del estudio cuantitativo	43
5.1.1 Impacto en la vida cotidiana	43
5.1.2 Impacto en la salud física	46
5.1.3 Impacto en el área psicológica	48
5.1.4 Impacto en el área psicosocial	51
5.1.5 Servicios de apoyo formal y cuidado	58
5.1.6 Ayudas requeridas y debilidades de los servicios de apoyo formal	68
5.1.7 Análisis multivariado	77
5.2. Resultados del estudio cualitativo	82
5.2.1 Impacto en la vida cotidiana	84
5.2.2 Impacto en la salud física	89
5.2.3 Impacto psicológico	93
5.2.4 Impacto en el área psicosocial	99
5.2.5 Servicios de apoyo y cuidado formal	107
5.2.6 Dificultades actuales y tipos de ayuda que podrían resolverlas	115
6 CONCLUSIONES	125
7 RECOMENDACIONES	136
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

Tabla 20	Cambios en la calidad del vínculo según grupo de edad	53
Tabla 21	Tipos de ayuda por vínculo según grupo de edad	54
Tabla 22	Ayuda brindada a vínculos según grupo de edad	55
Tabla 23	Comparación de cambios en los vínculos con amistades y familiares en términos generales según grupo de edad	56
Tabla 24	Prestadores de salud con los que se cuenta según grupo de edad	58
Tabla 25	Prestador de salud utilizado con mayor frecuencia según grupo de edad	58
Tabla 26	Prestadores de salud con los que se cuenta según grupo de edad	59
Tabla 27	Subsidio para cuidadora o cuidador según grupo de edad	59
Tabla 28	Búsqueda de contención psicológica por el aislamiento según grupo de edad	59
Tabla 29	Utilidad de las adaptaciones de los apoyos formales durante la pandemia según grupo de edad	60
Tabla 30	Ayudas recibidas desde el sector público y comunitario según grupo de edad	61
Tabla 31	Satisfacción con información provista por el Estado acerca de COVID-19 según grupo de edad	61
Tabla 32	Participación en dispositivos previamente a la pandemia según grupo de edad	62
Tabla 33	Participación en dispositivos de manera virtual durante la pandemia según grupo de edad	62
Tabla 34	Valoración de las compensaciones en los dispositivos durante la pandemia según grupo de edad	62
Tabla 35	Impacto en la vida cotidiana de la no presencialidad de los dispositivos según grupo de edad	63
Tabla 36	Grado de satisfacción con la asistencia provista durante la enfermedad según grupo de edad	64
Tabla 37	Vacunación según grupo de edad	65
Tabla 38	Beneficios percibidos de la vacunación según grupo de edad	65
Tabla 39	Áreas en las que se perciben dificultades actualmente según grupo de edad	66
Tabla 40	Tipo de ayuda que podría mejorar las dificultades percibidas según grupo de edad	66
Tabla 41	Tipo de ayuda estatal que podría mejorar las dificultades percibidas según grupo de edad	67
Tabla 42	Análisis de componentes principales	77
Tabla 43	Características sociodemográficas de las participantes del estudio cualitativo	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Salidas del hogar al inicio de la cuarentena según región	44
Figura 2	Salidas del hogar en la actualidad de la cuarentena según región	44
Figura 3	Comparación de salud en términos generales respecto a antes de la pandemia según región	47
Figura 4	Experiencia de tristeza durante el confinamiento según región	49
Figura 5	Comparación de bienestar en términos generales respecto a antes de la pandemia según región	50
Figura 6	Comparación de cambios en los vínculos con amistades y familiares en términos generales según grupo de edad	56
Figura 7	Comparación de la interacción y frecuencia de contacto con amigos/as y familiares en términos generales	57
Figura 8	Comparación de cambios en los vínculos con amistades y familiares en términos generales según región	57
Figura 9	Valoración general de las ayudas provistas desde el sector público (Nación, Provincia, Municipio) según región	60
Figura 10	Impacto en la vida cotidiana de la no presencialidad de los dispositivos según región.....	63
Figura 11	Tipo de ayuda que podría mejorar las dificultades percibidas según región	67
Figura 12	Componentes principales de los índices de impacto negativo en la salud física, psicológica, psicosocial y dificultades....	77
Figura 13	Mapa de clusters jerárquicos	78

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social
ASPO	Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio
ATP	Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DINAPAM	Dirección Nacional de Políticas Públicas para Adultos Mayores
DISPO	Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio
GBA	Gran Buenos Aires
IFE	Ingreso Familiar de Emergencia
IMERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina
INSSJP - PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
LGBTIQ+	Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Intersexual y Queer
NEA	Nordeste argentino
NOA	Noroeste argentino
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU Mujeres	Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
PBA	Provincia de Buenos Aires
PCA	Análisis de Componentes Principales
PLASONUP	Plan Social Nutricional Provincial
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UGL	Unidades de Gestión Local
UPAMI	Programa Universidad para Adultos Mayores Integrados

PRÓLOGO

Argentina es uno de los países de América Latina con mayor índice de envejecimiento poblacional y las mujeres no solo son más longevas que los hombres, sino que además sufren mayores dificultades económicas a lo largo de su vida.

Debido a las múltiples discriminaciones a las que se enfrentan las mujeres durante toda su vida, es decir que sufren discriminaciones por ser mujeres y esas discriminaciones se acumulan si no han tenido acceso a la educación, o son mujeres indígenas, rurales, afrodescendientes o migrantes, por lo que, generan menos ingresos y tienen menos ahorros y recursos que les permitan mantener un nivel de vida adecuado en la vejez.

La llegada del COVID-19 exacerbó una crisis que ya existía, pero la que empezó siendo una crisis sanitaria, derivó en una crisis social y económica que provocó, según la CEPAL, un retroceso de 18 años en la participación laboral de las mujeres en la región, viéndose afectadas también por la sobrecarga de cuidados y el aumento de la pobreza y la violencia machista. En este contexto, las mujeres mayores de 60 años fueron quienes sufrieron mayores obstáculos a la hora de recibir la prestación de servicios de salud, generándoles en muchos casos sensación de abandono, soledad y desprotección.

En este contexto, se produjo la investigación de ONU Mujeres y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) para conocer el impacto psicosocial de la pandemia en este grupo poblacional. Las mujeres que participaron en ese estudio alertaron que los haberes jubilatorios son insuficientes. Si bien el gobierno otorgó bonos, no alcanzó para cubrir sus necesidades habitacionales, alimentarias, de salud y servicios. Otro de los aspectos que surgió del estudio fue la urgencia de acceder a la conectividad, cursos de alfabetización digital o nuevas tecnologías y servicios de teleasistencia, lo que ayudaría a incrementar la independencia de las personas mayores.

A pesar de este complejo escenario, la crisis del COVID-19 sirvió para impulsar un debate social enfocado en cambiar la visión de la protección social y fomentar la redistribución y la corresponsabilidad de los cuidados con un rol activo de toda la sociedad y el Estado, estableciendo un nuevo contrato social, solidario, intergeneracional e interinstitucional que permita avanzar hacia una gobernanza y una sociedad de los cuidados.

Hoy más que nunca, la generación de datos estadísticos e investigaciones resulta fundamental para el diseño de políticas públicas efectivas y transformadoras que mejoren la protección de los derechos humanos de las mujeres, especialmente de las adultas mayores, quienes, al tener una mayor expectativa de vida, constituyen el grupo que envejece con más probabilidades de discapacidad y dependencia y que, por lo tanto, requerirá mayor atención para asegurar su autonomía y bienestar. En este contexto, contar con servicios de cuidados asequibles será tan importante como garantizar pensiones acordes a las necesidades de esta población.

Desde ONU Mujeres reafirmamos que las mujeres de edad avanzada tienen derecho a participar plenamente en la sociedad, sin discriminaciones y en igualdad. Sin embargo, su cuidado debe ser entendido y asumido como una responsabilidad colectiva que se traduzca en una ampliación del financiamiento de los sistemas de cuidados, de la infraestructura, los servicios públicos y mecanismos de apoyo que garanticen tanto los derechos de las personas que cuidan como de quienes son cuidadas.

La adopción de estas medidas requerirá de un alto compromiso político e inversión de recursos que guíen hacia verdaderos sistemas integrales que redistribuyan de forma más equitativa el trabajo no remunerado de cuidados y aseguren vejeces dignas y autónomas.

Cecilia Alemany

Directora Regional Adjunta para las Américas y el Caribe y representante de ONU Mujeres en Argentina.

La pandemia del COVID-19 puso de manifiesto las múltiples discriminaciones que sufren las personas al llegar a la vejez. En mayor medida, las que padecen las mujeres mayores, producto de las desigualdades de género que acumulan a lo largo del curso de sus vidas. Es cierto que en Argentina las mujeres viven más que los varones -la esperanza de vida es de 81,4 versus 74,9 años respectivamente-, sin embargo, las mujeres transitan la vejez en peores condiciones.

Las mujeres mayores presentan más enfermedades crónicas y/o discapacidades, viven con menos recursos económicos -a causa de la menor cantidad de jubilaciones, las que, a su vez, son magras debido al trabajo informal o al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado-, y sufren más la soledad -el 55% son viudas, solteras o separadas y el 23% viven en hogares unipersonales-. Como consecuencia, tienen menos redes de cuidado cuando más lo necesitan.

A pesar de las situaciones descriptas existen pocas investigaciones que tengan como destinatarias a las mujeres mayores. Un ejemplo de ello son los estudios sobre el impacto de las violencias basadas en género en los que las mujeres mayores suelen estar invisibilizadas. Los femicidios por encima de los 60 años no son denunciados con la misma indignación que los de mujeres más jóvenes.

Otro ejemplo es la carencia de indicadores que midan específicamente situaciones de desigualdades por cuestiones de género y diversidad en la vejez. La Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible solo presenta el 1,8% de sus metas y el 0,5% de sus indicadores relacionados con la población adulta mayor.

La temática de género y diversidad en la vejez es para el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) una prioridad en la gestión actual, por lo que en diciembre de 2019 se creó la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado, con una Subgerencia específica de Políticas de Género y Diversidad Sexual en la Vejez. Desde entonces, han sido múltiples las acciones destinadas a eliminar las desigualdades, entre ellas, la creación del Centro Integral de Abordaje a las Violencias de Género y Diversidad en la Vejez, que es de alcance nacional y cuenta con un equipo de

profesionales de varias disciplinas, especializadas en género con perspectiva gerontológica.

Por ello, cuando ONU Mujeres propuso al PAMI la realización de un estudio que evaluara el impacto psicosocial de la pandemia en las mujeres mayores, nos pareció un aporte sustantivo para conocer cómo atravesaban esta situación nuestras afiliadas.

Agradecemos a ONU Mujeres que nos haya elegido para formar parte de esta investigación, que es pionera en nuestro país y en América Latina y el Caribe y que, seguramente, arrojará resultados que permitirán elaborar políticas públicas sociosanitarias destinadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres mayores.

Mónica Roqué

Secretaria general de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

A photograph of an elderly woman with short, curly hair, smiling and dancing in a crowd. She is wearing a light-colored, patterned top and dark pants. The background shows other people, some wearing hats, and a white van. The entire image has a yellowish-green tint. The word "INTRODUCCIÓN" is written in large, white, bold, sans-serif capital letters across the center of the image. A thin white horizontal line is positioned below the text.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia mundial del COVID-19 irrumpió a nivel global de manera abrupta e inesperada. Todos los países del mundo tuvieron que implementar diversas medidas de prevención y control con el objetivo de frenar la transmisión y la mortalidad del coronavirus.

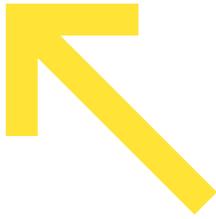
El virus tiene una alta propagación, y si bien todas las personas pueden contagiarse, el grupo de personas adultas mayores es altamente vulnerable y tiene más riesgo de sufrir hospitalizaciones y complicaciones más severas, especialmente quienes tienen problemas de salud preexistentes (hipertensión arterial, patologías cardíacas, diabetes, obesidad, etc.).

Ante esta situación, el Gobierno Nacional de Argentina estableció el 19 de marzo de 2020 a través del Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020 la medida de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) para todas las personas que habitaran o se encontraran en el territorio nacional. En el mes de abril y mediante los Decretos 355/2020 y 408/2020 se permitió el establecimiento de medidas diferenciadas para distintas provincias del país de acuerdo con las condiciones sanitarias e indicadores epidemiológicos de cada una de ellas. Posteriormente, el Decreto 520/2020 estableció el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) -menos restrictivo que el anterior- para alcanzar el mayor grado de normalidad posible de acuerdo con las condiciones y protocolos específicos de cada territorio.

A su vez, por Resolución 1555/2021, se distinguieron cinco fases que regulaban y graduaban las medidas de aislamiento y distanciamiento social establecidas en Argentina. Cada una de ellas tenía como objetivo reducir la movilidad social desde la fase 1 (aislamiento estricto) a la 5 (nueva normalidad). Las tres primeras fueron de aislamiento y las dos últimas de distanciamiento social. De acuerdo con los indicadores epidemiológicos y sanitarios, cada municipio avanzaba o retrocedía a una fase anterior.

A la par de estas medidas, desde el gobierno nacional se implementaron una serie de ayudas económicas cuyo propósito fue contrarrestar los efectos negativos sobre las personas más afectadas por la crisis. Entre ellas, se encuentran el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP), el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) para trabajadores/as no registrados/as y monotributistas, la suspensión temporaria de cortes de servicios por falta de pago, el congelamiento de alquileres y suspensión de desalojos, el otorgamiento de bonos para sectores vulnerables, reducciones tributarias, beneficios y créditos para empresas, monotributistas y autónomos/as, así como créditos para cooperativas e instituciones de investigación.

El Ministerio de Salud de la Nación (2020), en base a los documentos y recomendaciones de los organismos internacionales, elaboró un "Plan Estratégico para la vacunación contra el COVID-19" en Argentina. La disponibilidad gradual de las vacunas exigió establecer un orden de prioridad. Para ello se consideró tanto el riesgo por exposición y función estratégica (personal de salud, fuerzas de seguridad y servicio penitenciario, personal docente y no docente de niveles inicial, primario y secundario) como por el riesgo de enfermedad grave (personas mayores de 60 años o más, residentes en hogares de larga estadía, o quienes pertenecían a grupos en riesgo).



La campaña de vacunación gratuita y voluntaria comenzó el 29 de diciembre de 2020, y como se expuso anteriormente, las personas adultas mayores tuvieron un lugar prioritario para acceder a la misma. Para el mes de julio de 2021 se había vacunado a aproximadamente 24 millones de personas con una dosis y a 6 millones con dos. Hacia mediados de noviembre, las cifras aumentaron a 35.507.363 y 27.090.784 respectivamente (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2021).

Por su parte, a inicios del mes de marzo de 2020, PAMI creó un comité de contingencia para el tratamiento del coronavirus (INSSJP, 2020) y elaboró el Programa “Residencias cuidadas” (INSSJP, 2021), así como protocolos sanitarios para el funcionamiento de las residencias de larga estadía a nivel nacional. Estos fueron definidos a partir del trabajo de una comisión de personas expertas, quienes restringieron el acceso de visitas a las residencias.

Además, se implementó el “Módulo COVID-19”, un pago extraordinario destinado a la compra de los materiales de protección personal recomendados por el Ministerio de Salud. Se proporcionó información y recomendaciones a los centros de día y rehabilitación, instituciones de salud mental, prestadores propios, trabajadores/as de agencias, médicas/os de cabecera y a quienes se encargaban de la atención domiciliaria integral y del cuidado de personas con Alzheimer y otras demencias.

Sin embargo, a pesar de los dispositivos existentes y de las medidas diseñadas para evitar la propagación del virus y mitigar sus efectos negativos, la irrupción de la pandemia del COVID-19 y el consecuente aislamiento social se presentaron como una situación crítica y desconocida. Esto implicó reorganizar el tiempo, los roles, aprender nuevos cuidados y hábitos, así como desarrollar nuevas maneras de relacionarse y de lograr ayudas y cuidados. Las personas adultas mayores fueron quienes vieron más alterada su vida cotidiana, sus relaciones sociales y su participación en diversas propuestas grupales y comunitarias.

Durante el tiempo transcurrido desde el inicio del aislamiento social tanto las niñas y niños como las y los jóvenes, y personas de mediana edad, retomaron algunas de sus actividades educativas, laborales, deportivas, recreativas, entre otras, mientras que las personas adultas mayores debieron restringir su participación por un período de tiempo prolongado.

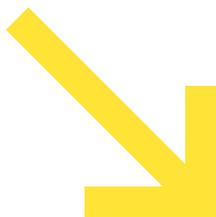
La nueva situación disminuyó la disponibilidad de de apoyos, tanto los vínculos como los dispositivos formales e informales. Las visitas presenciales, los paseos con familiares y amistades y las relaciones en el barrio se vieron afectadas y las reuniones grupales fueron suspendidas.

Respecto de los dispositivos de apoyo formal, la mayoría debieron eliminar la presencialidad (por ejemplo, las residencias de larga estadía) y adherirse a estrictos protocolos. Si bien los dispositivos desarrollaron acciones virtuales y esfuerzos para brindar ayudas a las personas mayores que concurrían, se produjo una interrupción de los servicios de apoyo e informales cuando más se necesitaban.

Considerando que el apoyo social formal e informal del que disponen las personas mayores y, fundamentalmente, las de edad más avanzada reviste una gran importancia para el logro del bienestar integral en esta etapa de la vida (Cohen, 2020; Gyasi, Phillips y Abass, 2019), la pandemia planteó múltiples desafíos, entre ellos, la importancia de hacer foco en los impactos en las mujeres adultas mayores en Argentina.

Las mujeres, por ser las que en mayor porcentaje viven solas, presentan más discapacidad, dependencia y necesidad de cuidado en la vejez, posiblemente se hayan visto afectadas negativamente por la pandemia en diversas áreas de sus vidas.

Por ello, resulta necesario, por una parte, la generación de conocimiento desde la perspectiva de las propias mujeres adultas mayores y por otra, la necesidad de desarrollar acciones que garanticen el cumplimiento de sus derechos.



A partir de lo expuesto, considerando las características de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres adultas mayores, el objetivo de la investigación consiste en conocer cuáles son las condiciones en las que este grupo poblacional transitó la pandemia y el ASPO, qué estrategias individuales, familiares, institucionales y comunitarias utilizaron para cubrir sus necesidades de cuidado y apoyo tanto emocional como instrumental.

Este documento presenta el desarrollo y los hallazgos de una investigación realizada en Argentina por ONU Mujeres, con colaboración de PAMI, durante los meses de mayo y noviembre de 2021. La implementación de un método mixto se plasmó en dos estudios de carácter cualitativo y cuantitativo que indagan el impacto de la pandemia en mujeres de 60 años y más de todo el país.

El informe presenta, en primer lugar, la fundamentación, el marco conceptual y los objetivos. Luego se exponen los aspectos metodológicos de la investigación realizada, detallando participantes, instrumentos, procedimiento y el tipo de análisis de datos utilizado en los dos estudios. En tercer lugar, se presentan los resultados y finalmente se exponen las conclusiones y las recomendaciones para el diseño de estrategias y políticas públicas que atiendan de manera efectiva las necesidades de este grupo poblacional.



1.1. FUNDAMENTACIÓN

La Argentina es uno de los países de América Latina con mayor índice de envejecimiento poblacional. Según las proyecciones del INDEC (2013), el número de personas de 60 años y más en el 2021 ascendió a 7.279.394 (el 15.7% del total). Dicho porcentaje supera al doble del establecido por Naciones Unidas para considerar a una población como envejecida (Naciones Unidas, 1982) evidenciando que el país se encuentra en una fase avanzada de dicho proceso.

La esperanza de vida al nacer es de 78,15 años para toda la población, de 81,4 para las mujeres y de 74,9 para los varones. Las proyecciones para 2021 muestran que en Argentina las mujeres constituyen un 57% (4.153.225) de la población de 60 años y más. A medida que la edad avanza, la diferencia porcentual por género se va incrementando (INDEC, 2013).

A los 100 años, las mujeres alcanzan el 80% del total. Es decir, que de cada cinco personas que tienen esa edad o más, cuatro son mujeres y solo uno es hombre (INDEC, 2013). Es así que la tendencia del índice de feminidad en la población muestra un crecimiento que es más leve entre los 65 y 69 años, pero que se incrementa notablemente en los grupos de más edad y específicamente en el de 80 años o más (Tisnes y Salazar Acosta, 2016).

Además de la sobrevivencia de las mujeres, entre los nuevos fenómenos derivados del proceso de envejecimiento poblacional se encuentran: el peso creciente de personas de edad avanzada –de 75 años y más–; el incremento de los hogares unipersonales de personas mayores y la mayor incidencia de discapacidades y dependencias básicas o instrumentales que requieren de intervenciones especializadas y de cuidados de largo término (Arias, 2013; INDEC, 2012), así como de readecuaciones en los apoyos sociales formales e informales de las personas mayores.

Durante la vejez, todas estas situaciones afectan principalmente a las mujeres, siendo las que viven solas quienes presentan discapacidades y dependencias y necesitan de cuidados en mayores porcentajes que los varones. De acuerdo con Roqué (2019), las inequidades de género no son exclusivas de la vejez, sino que se presentan a lo largo de toda la vida.





Los estudios de género en la vejez son de gran importancia en la actualidad. Específicamente, las investigaciones centradas en las mujeres resultan necesarias por diversos motivos. Los datos demográficos nos muestran que son quienes tienen una mayor expectativa de vida y a la vez constituyen el grupo que envejece con más discapacidad y dependencia.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida (INDEC, 2012) mostró que las dependencias básicas e instrumentales se incrementan en la vejez avanzada y que se presentan en mayor medida entre las mujeres. El porcentaje de personas mayores de hasta 74 años que presenta dependencia para realizar actividades básicas se cuadruplica a partir de los 75, pasando de un 4,9% a un 20,7%. Respecto de las dependencias para desarrollar actividades instrumentales, el porcentaje se triplica, pasando del 14,0% a un 41,0%. Efectuando un análisis por género, el 5,9% de los varones y el 12,2% de las mujeres de 60 años y más presentan dependencia básica. Asimismo, el 15,7% y el 26,5% respectivamente presentan dependencia instrumental. En la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) se evaluaron cinco dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud, encontrándose que las mujeres de 60 años y más manifiestan tener algún dolor o malestar en mayor porcentaje (47,4%) que los varones (36,7%).

Los datos expuestos dan cuenta de una mayor necesidad de apoyo en las mujeres que en los varones para la realización de actividades de la vida cotidiana. Este hecho también puede constatarse a partir de los registros del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI), la obra social que brinda prestaciones médicas, sociales, y servicios sociosanitarios de cuidados a la mayor parte de la población de personas mayores en Argentina. Es así que las personas afiliadas a PAMI que reciben las prestaciones, residencia de larga estadía, así como la ayuda a la dependencia y la fragilidad –un subsidio para cuidadoras y cuidadores domiciliarios– son en su mayoría mujeres. En el mes de marzo de 2021, de las 19.185 personas de 60 años y más que recibían la prestación de residencia de larga estadía, 12.407 (64,7%) eran mujeres. Por su parte, de las 2.487 personas mayores que participan en Centros de día/Clubes de día, 1.841 (74,0%) son mujeres, al igual que el 69,6% de quienes disponen del subsidio del total de 20.654 que disponen del subsidio para solventar parte del costo de cuidado (n: 14.380)¹.

Cabe destacar que, frente a estas transformaciones, es esperable que el aumento de la necesidad de cuidado se presente de manera conjunta con la disminución de los recursos de apoyo social de los cuales se dispone (Yanguas Lezaun, Leturia Aráosla y Leturia Aráosla, 2001). Los hogares unipersonales de personas mayores están constituidos en su mayoría por mujeres, que muy frecuentemente han perdido a su pareja durante la vejez. Considerando que dicho vínculo es el principal cuidador en la vejez, las mujeres durante dicha etapa vital suelen brindar apoyo a sus parejas, pero la mayoría de ellas no podrá recibirlo recíprocamente cuando lo necesiten. Es decir que las mujeres de edad avanzada son las más propensas a necesitar cuidados cuando la red de apoyo se encuentra más disminuida. Las más longevas es probable que hayan perdido gran parte o la totalidad de los miembros que conformaban su red de relaciones y que incluso hayan sobrevivido a sus propios hijos/as.



¹ Datos proporcionados por PAMI a partir de sus registros mensuales.



MARCO CONCEPTUAL

2.1. EL ENFOQUE DE GÉNERO

A pesar de que hombres y mujeres no envejecen de la misma manera, la relación entre género y envejecimiento es de reciente aparición en la literatura científica. Si bien los estudios sobre personas mayores suelen tener en cuenta el sexo como una variable importante, para los indicadores sobre el envejecimiento poblacional (Huenchuan, 2010) no se acostumbra a abordar la relación entre estas variables y su incidencia en las formas de envejecer de cada colectivo.

Arber y Ginn (1996) fueron pioneras en resaltar el papel del género en el proceso de envejecimiento, destacando la importancia de comprender cómo se relacionan con la edad, la distribución de poder, privilegios y bienestar en una sociedad, y en particular, cuáles son los significados atribuidos a los roles asignados y cómo estos inciden en su construcción identitaria.

En la actualidad, los estudios de género en la vejez se han extendido y han adquirido gran relevancia. Asimismo, en las últimas décadas en nuestro país se han producido importantes avances en materia legal que han restituido derechos a las personas LGBTIQ+. Sin embargo, las mismas continúan siendo objeto de discriminaciones y violencia física y simbólica. Específicamente, las investigaciones centradas en las mujeres adultas mayores, tanto heterosexuales, bisexuales como lesbianas y trans, resultan necesarias para aumentar la información disponible respecto a sus condiciones de vida y dar respuesta a sus dificultades y necesidades.

Basándose en datos del Banco Mundial, Baum, Musolino, Gesesew y Popay (2021) examinaron las diferencias de género en la esperanza de vida (GLED) en todos los países del mundo. Los hallazgos muestran que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres -especialmente en los países de ingresos altos-, pero lo hacen en peores condiciones.

Ramos Toro (2018) realizó un estudio etnográfico con grupos de reflexión de mujeres adultas mayores, mediante una observación en distintos contextos y entrevistas a personas expertas. La autora detectó que, si bien los roles de género desempeñados en sus etapas vitales han condicionado de manera negativa su vejez, existe una gran diversidad de trayectorias. En general, se destacaron las desventajas estructurales que experimentan respecto a los hombres en la vejez, su contribución al desarrollo socioeconómico mediante la provisión de cuidados en sus familias, y cómo redefinen su proyecto personal a través de la participación social y el ejercicio de una ciudadanía activa. El estudio, no solo visibiliza la situación de vulnerabilidad de este grupo poblacional, sino también sus potencialidades y diversidad.

En este sentido, Salgado de Snyder y Wong (2007) señalan que las inequidades del envejecimiento y el género están íntimamente vinculadas con la pobreza. La complejidad de la relación entre estas tres dimensiones debe ser entendida como el resultado de una secuencia de acciones y experiencias sociales que se inicia en edades tempranas y que culminan en la vejez. Los roles de género se construyen desde la infancia a través de la crianza y la educación escolar y familiar, y determinan las actitudes y conductas en la sociedad. De esta forma, el nivel de bienestar de las mujeres y los hombres en la vejez es un reflejo de sus trayectorias de vida y de sus contextos sociales, económicos, culturales e institucionales.

En la vejez, las mujeres son más vulnerables y su calidad de vida se ve deteriorada por la falta de recursos y de protección institucional (Sánchez Guzmán, 2011). Su menor participación en el mercado laboral, el escaso acceso a la seguridad social, o las condiciones de salud desfavorables se suman a las desventajas del propio envejecimiento (Tisnes y Salazar Acosta, 2016).

Las tareas de cuidado constituyen otro ámbito en el que se manifiestan las desigualdades de género, ya que son habitualmente atribuidas a las mujeres (Roqué, 2019; Espinoza Miranda y Jofre Aravena, 2012). Arroyo Rueda (2010) realizó una investigación con el propósito de analizar la atención y los cuidados que proveen las mujeres a personas mayores con dependencia física y su relación con distintas formas de violencia estructural (cultural, institucional y basada en género). Los datos se obtuvieron a través de entrevistas en profundidad a 15 mujeres cuidadoras de esposos o padres enfermos. Los resultados reflejan que, a causa de las desigualdades de género, las acciones de cuidado se llevan a cabo en condiciones de inequidad social, familiar y económica, aspectos que se identifican como formas sutiles de violencia contra las mujeres. Las condiciones de vida de las mujeres mayores cuidadoras, así como la carga de cuidado, probablemente se hayan visto agravadas por la situación de pandemia y más aún en contextos de pobreza.

Freixas (2008), desde una gerontología feminista, propone deconstruir el carácter socialmente construido de los significados y valores que rodean a las mujeres mayores, así como analizar las normas culturales que limitan su vida durante la vejez. Desde esta perspectiva se enfatiza la importancia de problematizar el imaginario esperable y poder llevar a cabo una intervención empoderadora. Para ello, es necesario cuestionar las creencias culturales implícitas, poseer una sólida formación gerontológica y feminista que guíe el pensamiento y el trabajo y hacer una reflexión crítica de los estereotipos acerca de la edad.





2.2. APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ

El apoyo social se define como “la ayuda, ya sea emocional, instrumental o de otra índole, que se deriva de un determinado entramado social” (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1992). Estas ayudas incluyen compañía, apoyo emocional, práctico y económico y guía o consejo y pueden provenir de variadas fuentes tanto de tipo informal como formal. Guzmán, Huenchuán y Montes de Oca (2002) plantean que este último puede pertenecer al ámbito público o privado, posee una estructura burocrática y objetivos orientados a ofrecer ayuda en determinadas áreas específicas. Es así que los apoyos formales pueden ser proporcionados a partir de políticas públicas, otorgamiento de subsidios y programas de prestación de servicios públicos, seguridad social y salud donde trabajan profesionales o personal voluntario.

Por otra parte, los apoyos proporcionados por fuentes informales corresponden a las redes personales (vínculos familiares y no familiares) y comunitarias que no están estructuradas como programas de apoyo y proveen de ayuda en la vida cotidiana y situaciones de crisis o emergencia.

Los dos tipos de apoyos son importantes y necesarios, pero en muchos casos la intervención exclusiva o escasa de alguno de ellos, o la participación desbalanceada de ambos, pueden brindar una respuesta insuficiente o inadecuada.

El apoyo social tiene una gran importancia en el logro del bienestar integral en la vejez. Existe una extensa evidencia científica que muestra el impacto positivo de la disponibilidad de apoyos adecuados y suficientes sobre la salud física (Cohen, 2020; Ye y Zhang, 2019) y psicológica (Gyasi, Phillips y Abass, 2019; Huang, Western, Bian, Li, Côté y Huang, 2019). Sin embargo, dicha disponibilidad varía a lo largo del curso vital.

En efecto, la red de apoyo social atraviesa cambios cuantitativos –pérdidas e incorporaciones– y cualitativos –intensificación o debilitamiento– (Arias, 2015a). En la vejez tiende a disminuir su tamaño (Carstensen, 1992; Kahn y Antonucci, 1980; Pantusa y Arias, 2017; Wrzus, Hänel, Wagner y Neyer, 2013) y más aún en las edades más avanzadas (Arias, Sabatini, Scolni y Tauler, 2020; Conway, Magai, Jones, Fiori y Gillespie, 2013).

Uno de los motivos principales del achicamiento es la pérdida de vínculos de la misma generación por fallecimiento. (Arias, 2019). Otro motivo es el propuesto por la teoría de la selectividad socioemocional, al afirmar que en la vejez se efectúa un proceso activo e intencionado de selección. Las personas adultas mayores eligen qué vínculos priorizar y los optimizan, profundizando la intimidad y el intercambio con ellos (Carstensen, 2006). Estos mecanismos forman parte del proceso adaptativo de selección, optimización y compensación frente a las pérdidas (Baltes y Freund, 2007).

Diversos hallazgos dan cuenta de que los vínculos familiares se mantienen relativamente estables durante la vejez, mientras que los no familiares disminuyen (Arias, Sabatini, Scolni y Tauler, 2020; Fiori, Smith y Antonucci, 2007; Wrzus, Hänel, Wagner y Neyer, 2013). Si bien se pierden familiares en dicha etapa vital, también se suman nuevos (por ejemplo, nietas y nietos).

Respecto de los vínculos no familiares, aunque también son incorporados por las personas adultas mayores hasta edades avanzadas, muestran un promedio más bajo que en etapas anteriores. A partir de los hallazgos de un estudio longitudinal que se llevó a cabo durante 4 años con personas de 55 a 85 años, pudo observarse que se producía un incremento de familiares de cercanía, mientras que el número de amistades disminuía (Van Tilburg, 1998). Sin embargo, los patrones de cambio de las redes en la vejez presentan amplia variabilidad de acuerdo con las situaciones particulares que se transiten. Por ejemplo, entre las mujeres adultas mayores sin pareja aparecen redes que están conformadas fundamentalmente por amigas/os con quienes se mantiene un contacto frecuente y proveen apoyo tanto emocional como instrumental (Fiori, Smith y Antonucci, 2007).

Algunos estudios muestran que quienes viven con sus familias presentan mejores niveles de salud mental, física y emocional que quienes viven solos o solas (Bozo, Toksabay y Kürüm, 2009; Vivaldi y Barra, 2012). Por otra parte, la disponibilidad de amistades en la vejez se asocia con longevidad (Giles, Glonek, Luxzcz y Andrews, 2005) y con la reducción del riesgo de morir por cualquier causa (Shirom, Toker, Alkaly, Jacobson y Balicer, 2011). En este sentido, entre las relaciones centrales se han identificado vínculos de familiares de pareja (Becker, Kirchmaier y Trautmann, 2019) e hijos/as (Pelcastre Villafuerte, Treviño Siller, Gonzalez Vazquez y Marquez Serrano, 2011); y no familiares, entre ellos, amistades (Polizzi y Arias, 2014). Estos tres tipos de vínculos se caracterizan por cumplir variadas funciones de apoyo tanto instrumentales como emocionales y por ser los que proveen más satisfacción (Polizzi y Arias, 2014). Sin embargo, existe una amplia variabilidad de relaciones que brindan apoyos específicos, las que figuran nueras, yernos, hermanas/os, otros/as familiares, encargadas/os de edificios, vecinas/os, compañeras/os de actividades, profesionales de la salud o cuidadores/as (Arias, Sabatini, Scolni y Tauler, 2020).





Las redes que incluyen distintos tipos de vínculos permiten disponer de fuentes de apoyo que puedan satisfacer las distintas necesidades, aportando las ayudas específicas más acordes con sus posibilidades y posición en la red. (Arias y Polizzi, 2012). Cornwell y Laumann (2013) sostienen que mantener ciertos lazos, incluso considerados débiles -vecinas/os, compañeras/os de actividades- resulta beneficioso, ya que ayuda a mantener la independencia y a establecer contacto con personas que no son familiares. De este modo, la disponibilidad de apoyo social es más sólida cuando los vínculos no se limitan solo a la familia o a las amistades, sino que incluyen ambas fuentes (Salinas, Manrique y Téllez Rojo, 2008).

Según Freixas (2014), las mujeres establecen redes de apoyo potentes, tanto de amistad como de solidaridad, y son expertas en la creación y sostenimiento de vínculos comunitarios con amigas y amigos, vecinas y vecinos. Los mismos suponen un apoyo de gran importancia en las situaciones difíciles y frente a las pérdidas y brindan un sentimiento de pertenencia. En la vejez esto se atribuye en parte a la participación en diversas actividades fuera del hogar que otorgan posibilidad de incorporar nuevos vínculos. De hecho, la nueva generación de personas adultas mayores, y en particular las mujeres, han modificado notablemente su estilo de vida y están ocupando un lugar cada vez más activo y protagónico en la vida social y comunitaria.

Si bien en la vejez ellas poseen redes de apoyo de mayor tamaño que los varones, ellas suelen perder con mayor frecuencia los principales vínculos que aportan ayuda frente a situaciones de dependencia. Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 ENCaViAM (INDEC, 2012) mostraron que la mayoría de las personas de 60 años que necesitaban ayuda para realizar actividades, tanto básicas (78,5%) como instrumentales de la vida cotidiana (77,4%), la recibían de un familiar.

Por su parte, en España se observan datos similares, siendo la familia cercana -cónyuge, hijas/os- quienes más brindan los apoyos (Navarro Pardo, Melendez Moral, Tomas Miguel, 2008). Asimismo, según un estudio del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 1995), el 71,9% del apoyo recibido proviene del ámbito informal, principalmente del cónyuge, hijas y/o hijos. Le siguen parientes, amistades, vecinas y vecinos que suman un 8,1% del total, y personal del cuidado contratado para tal fin (5,4%). Solo un 3,8% obtiene apoyo formal.

Respecto de la pareja, la sobrevivencia de las mujeres heterosexuales, sumada al mandato cultural de formar pareja con hombres de más edad, incrementan las posibilidades de perder a su compañero durante la vejez. Considerando que dicho vínculo es el principal cuidador en esa etapa de la vida, las mujeres adultas mayores suelen brindar apoyo a sus compañeros, pero la mayoría de ellas, no podrá recibirlo recíprocamente cuando lo necesiten. Por ello, gran parte de las mujeres dependientes reciben cuidado de sus hijas (Espinoza Miranda y Jofre Aravena, 2012).

Si realizamos un análisis de género, hallazgos previos muestran que los varones suelen recibir ayuda de un familiar, mientras que las mujeres terminan recurriendo al apoyo de cuidadoras/es no especializadas/os y personal doméstico, servicio de cuidado profesional y amistades (INDEC, 2012; Roqué, 2015). De este modo, los varones priorizan a sus compañeras como principal vínculo de apoyo y las mujeres a sus hijas/os, quienes toman en muchos casos el lugar principal cuando ellas quedan viudas.

Por otra parte, el apoyo puede provenir también de diversos dispositivos formales que pueden cubrir al menos en parte la necesidad de cuidados de las personas adultas mayores: residencias de larga estadía, clubes de día, centros de jubilados/as, cuidados domiciliarios, teleasistencia, talleres, programas recreativos, grupos de apoyo y de orientación, ayudas económicas, habitacionales y alimentarias, entre otros (Arias, 2013).

PAMI cuenta con programas preventivos que promueven la participación e integración, el ejercicio de los derechos y el bienestar integral de las personas adultas mayores; implementa acciones orientadas a las poblaciones vulnerables, que incluyen atención sociosanitaria y ayuda económica; colabora mediante la entrega de subsidios y la realización de actividades físicas y deportivas, culturales, cognitivas, educativas y recreativas en centros de jubilados/as y pensionados/as de todo el país.



Por su parte, la Dirección Nacional de Políticas Públicas para Adultos Mayores (DINAPAM), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, desarrolla variadas políticas. Entre ellas, es posible mencionar programas nacionales orientados a la formación de cuidadoras y cuidadores domiciliarios, a la promoción de la calidad de vida de las personas con deterioro cognitivo y demencias, al potenciamiento de la autonomía personal y la accesibilidad universal, así como a transmitir la experiencia y conocimientos de las personas mayores a otras generaciones. Además, DINAPAM dispone de residencias de larga estadia para quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad y/o dependencia y no disponen de cobertura en salud, ni de obra social.

Entre las acciones que desarrolla, ha organizado y gestiona un Registro Nacional de Cuidadores/as Domiciliarios/as que aporta información acerca del personal capacitado que brinda dicho servicio y realiza campañas nacionales que promueven el buen trato. Asimismo, implementa capacitaciones en gerontología y otorga subsidios para el fortalecimiento institucional de dispositivos de apoyo a personas adultas mayores.

Los dispositivos de apoyo formal también pueden proveer apoyos múltiples o alguno en particular y son de gran importancia para cubrir al menos en parte la necesidad de ayuda de las personas mayores (Arias, 2013). A su vez, la participación en dispositivos formales brinda la posibilidad de incluir nuevos vínculos. Es decir que dicha participación supone recibir apoyo tanto desde el dispositivo formal –con las prestaciones y servicios que brinde– como de los vínculos particulares que se establezcan en ellos.

Al respecto, se ha observado que las personas que viven en residencias para mayores incluyen entre los vínculos de su red a profesionales, personal técnico y de servicio que trabajan en las mismas (Arias, 2004). Asimismo, investigaciones realizadas con personas mayores que concurren a talleres educativos han demostrado que su participación en los mismos favorece el establecimiento de relaciones de amistad que son valoradas muy positivamente por ellas (Dottori, Soliverez y Arias, 2017; Villar, Pinazo, Triado, Celdra y Sole, 2010).

En las redes de las personas mayores se identifican vínculos que brindan servicios comunitarios y de salud con mayor frecuencia que en las de menos edad, ya que quienes transitan situaciones de dependencia pueden requerir cuidados que provengan de estos espacios, o por parte de personal técnico o profesional para desarrollar o mejorar su calidad de vida (Arias, Sabatini, Scolni y Tauler, 2020).



Gracia y Herrero (2006) mostraron que el apoyo comunitario se relaciona de forma positiva con el bienestar psicológico y de forma negativa con el estrés psicológico. De hecho, la realización de actividades en la comunidad ejerce una influencia específica en el ajuste psicológico, independientemente de que otros recursos psicosociales, como el apoyo de relación íntima y de confianza, estén disponibles.

La participación e integración comunitaria se relaciona con los niveles de satisfacción vital de quienes acuden a sistemas de apoyo social formales (Arias, Soliverez, Goris Walker, Scolni, Miranda y García, 2005). En este sentido, los organismos internacionales han remarcado la importancia que reviste el hecho de que mantengan una participación comunitaria activa y se encuentren integradas socialmente (CELADE, 2002, 2004; Naciones Unidas, 1998, 2002; OMS, 2002; OEA, 2015).

En Argentina, las personas adultas mayores han logrado la consolidación, no solo de las organizaciones que han creado por propia iniciativa, sino también de las propuestas que desde las universidades nacionales, el gobierno y la comunidad: la generación de un amplio número de centros de jubilados/as y demás organizaciones de personas mayores que en su mayoría han surgido autogestivamente; el crecimiento y fortalecimiento de los programas universitarios para personas mayores; la participación en programas nacionales de voluntariado y de transmisión de saberes a otras generaciones; la conformación de consejos de personas mayores a nivel nacional y provincial que intervienen en la toma de decisiones en cuestiones vinculadas a la vejez; la masiva participación en distintas propuestas del PAMI, como las colonias de verano, los festivales de música y los talleres de variada índole que ofrece el programa de UPAMI (Arias, 2015b).

Sin duda, más allá de los objetivos explícitos y específicos que persigue cada uno de dichos espacios, establecer nuevas relaciones, conformar grupos, generar proyectos, resolver problemas, fortalecer la autoestima y propiciar el desarrollo en esta etapa de la vida, son algunos de los logros adicionales que, además, posibilitan el empoderamiento de las personas mayores como individuos y como colectivo social (Iacub y Arias, 2011).

Los apoyos, formales e informales, así como su articulación y complementariedad, son importantes y necesarios, pero en muchos casos la intervención exclusiva o escasa de alguno de ellos, o la participación desbalanceada de ambos, pueden brindar una respuesta insuficiente o inadecuada.

La situación generada por la pandemia del COVID-19 provocó profundos cambios en la participación comunitaria y en la disponibilidad de los apoyos, impactando en los que se obtenían de los dispositivos formales e informales. Asimismo, la participación en diversos espacios del barrio y la comunidad tuvo una merma significativa.



2.3. LA IRRUPCIÓN DE LA PANDEMIA

Si bien el establecimiento del ASPO a partir del ya mencionado Decreto 297/2020, constituyó una medida necesaria para controlar la propagación del coronavirus, la pandemia tuvo un fuerte impacto psicosocial en toda la ciudadanía, especialmente en las personas adultas mayores.

La nueva situación disminuyó considerablemente la disponibilidad de apoyos dirigidos a las personas más longevas. Las visitas y paseos con familiares y amistades, las reuniones grupales y las relaciones en el barrio y en el vecindario se vieron afectadas.

Respecto de los dispositivos de apoyo formal, la mayoría de ellos debieron eliminar la presencialidad o adherirse a estrictos protocolos que, entre otras cuestiones, prohibieron la visita de familiares y de su entorno, y redujeron la oferta de actividades tanto al interior de la residencia como fuera de ella. Asimismo, las personas mayores debieron interrumpir su participación en diversas actividades sociales, recreativas, culturales, educativas y deportivas.

En las fases de mayores restricciones, no salir del hogar ni para realizar la compra de alimentos u otro tipo de tareas esenciales para la vida cotidiana exigió de manera urgente la ayuda de otras personas. Incluso en fases con mayor apertura, quienes presentaban comorbilidad u otra situación que les pusiera en mayores riesgos, se mantuvieron aisladas y requirieron de cuidados para las cuestiones más básicas. Las mujeres adultas mayores que vivían en hogares unipersonales debieron permanecer solas durante un largo periodo de tiempo.

El confinamiento y la reducción de salidas provocaron consecuencias negativas en las personas adultas mayores. En este sentido, Pinazzo (2020) plantea además de los problemas de salud que ocasiona la enfermedad y los miedos que esto suscita, junto a las relaciones interpersonales que han cambiado desde el aislamiento, la salud psicológica y emocional está siendo seriamente afectada con efectos duraderos y similares a los de un estrés postraumático.

Torío López (2021) sostiene que la soledad es el síntoma silencioso del coronavirus y la situación más experimentada que han padecido la mayor parte de las personas mayores durante esta pandemia. Un fenómeno que comprende desde emociones hasta procesos cognitivos, incluye a la persona y a la comunidad, engloba variables intrapersonales y culturales y se relaciona con fragilidad y vulnerabilidad.

Recientes investigaciones se han orientado a examinar empíricamente el impacto de la pandemia y el confinamiento en diversas áreas de la vida de las personas. Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot (2020) realizaron un estudio en España durante los meses de marzo y abril de 2020 en el que exploraron la prevalencia del miedo al coronavirus, los síntomas emocionales, y los problemas de sueño, así como la presencia de efectos positivos. La muestra fue de 1.161 participantes de entre 19 y 84 años y se les facilitó de forma online el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus, la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre -12, y las escalas PANAS de afecto positivo y negativo.



Los resultados reflejaron que los miedos más comunes corresponden a las categorías de contagio/enfermedad/muerte, aislamiento social, y problemas de trabajo/ingresos. Encontraron niveles elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al coronavirus, problemas de sueño y síntomas emocionales (preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud). También hallaron que el confinamiento favorecía algunas experiencias personales positivas, entre ellas, aprender a valorar más las actividades al aire libre, las relaciones interpersonales y el tiempo dedicado a la familia, o practicar más la religión y la espiritualidad.

Leiva, Nazar, Martínez Sangüinetti, Petermann Rocha, Richezza, y Celis Morales (2020) realizaron una revisión de estudios previos cuyos objetivos consistían en identificar las consecuencias psicosociales de la pandemia y el confinamiento, así como definir propuestas para sobrellevar los efectos negativos en la salud mental. Se revisaron documentos de países afectados por el COVID-19 y de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos y el Centro Europeo de Control de Enfermedades y se desarrolló una búsqueda que incluyó la revisión de comunicaciones breves, encuestas y reportes. Los resultados revelaron que las consecuencias psicosociales de la pandemia en la población fueron variables, desencadenando una amplia variedad de problemas psicológicos, entre ellos, ansiedad y depresión.

Dicha sintomatología se asoció a factores como desigualdades de género, falta de apoyo social, escasos recursos de afrontamiento, miedo a contagiarse, extensa duración del aislamiento, inseguridad económica y exposición a los medios de comunicación. Las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más altas en alteraciones negativas en la cognición o el estado del ánimo e hiperexcitación. Respecto a las orientaciones propuestas en la literatura para el manejo de los efectos psicosociales de la pandemia, destacan la importancia de proveer ayuda instrumental, el contacto social y la percepción de apoyo social y la entrega de información confiable, consistente y no alarmista.

Entre abril y junio del 2020 en la ciudad de Manta (Ecuador), se realizó una investigación exploratoria con metodología mixta en 150 personas que habían tenido COVID-19 (Zambrano-Quinde, Castillo-Tigua, Meza-Toala, Guale-Flores, y Benitez-Chavez, 2021). De ellas, el 54% pertenecían al sexo femenino y el 48% al masculino, con un rango de edad entre 15 y 75 años. El 65% de las mujeres manifestaron haber sufrido afectaciones post-COVID-19, mientras que en los varones el porcentaje fue menor (58%). El área emocional fue la más afectada (60% de

las mujeres y 50% de los varones) con sentimientos de tristeza, niveles altos de estrés, enojo, ansiedad y pesimismo.

En base a lo reportado por quienes participaron en el estudio, estas diferencias se deben a motivos de género: las mujeres manifiestan más problemas emocionales que los hombres ya que sus niveles de expresividad son más frecuentes e intensos, demandan atención más fácilmente frente a problemas de salud y su recuperación es a corto plazo por las responsabilidades que deben cumplir respecto a sus roles de cuidado, familiares y laborales.

En el área social las mujeres presentan afectaciones de forma más frecuente que los hombres. Esto se evidencia principalmente en el aislamiento social, el temor a salir y a realizar actividades. Los indicadores de fobia son más elevados en las mujeres. Las manifestaciones somáticas son más parejas entre varones y mujeres, aunque ellas lo manifiestan en un porcentaje levemente superior. La única afectación que se muestra más elevada en los varones es la cognitiva, reflejada en olvidos, pérdida de memoria anterógrada y cambios en su forma de pensar la vida (Zambrano Quinde, Castillo Tigua, Meza Toala, Guale Flores y Benitez Chavez, 2021).

En Argentina, Canet-Juric et. al. (2020) realizaron un estudio longitudinal para evaluar el impacto emocional de las medidas del ASPO decretado por el gobierno nacional para combatir al virus. Se evaluaron afectos, síntomas depresivos y niveles de ansiedad en 6.057 personas con factores sociodemográficos diversos. Los resultados generales indicaron que la depresión tiende a aumentar, mientras que la ansiedad y el afecto tanto positivo como negativo tienden a disminuir. En cuanto a diferencias por género y edad, encontraron que el afecto positivo es menor en jóvenes que en mayores y que los hombres informaron más afecto positivo, aunque con el tiempo mostraron una disminución del mismo mayor que las mujeres. Esto puede deberse a la modificación en sus rutinas, así como al hecho de compartir roles de cuidado y crianza a los que probablemente no están acostumbrados. Los hallazgos sugieren que la prolongación de las medidas de aislamiento podría tener un efecto mayor en la salud a largo plazo, por lo que será importante continuar monitoreando estas manifestaciones y diseñar programas destinados a promover la salud mental y difundir información al respecto.

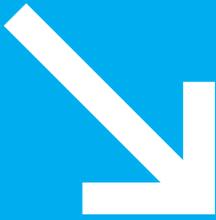
Durante el año que ha transcurrido desde el inicio de la pandemia se han generado múltiples dispositivos con el objetivo de mitigar los efectos negativos del aislamiento y sortear las dificultades diarias que las personas adultas mayores tuvieron que afrontar. Desde los gobiernos nacional, provinciales y municipales se diseñaron y ejecutaron diferentes políticas a fin de brindar apoyo económico, contención emocional, ayudas en domicilio, simplificar trámites o evitar la presencialidad obligatoria, propuestas online, entre otras. Asimismo, los dispositivos formales han desarrollado acciones y han realizado esfuerzos por brindar ayudas (Olivieri, 2020), ya sea a través del seguimiento individual de quienes participaban mediante llamadas telefónicas, la propuesta de actividades virtuales grupales o sistema de reparto de viandas, entre otras.

Actualmente, en Argentina, algunos de los dispositivos están retomando progresivamente la presencialidad con horarios y grupos reducidos. En las residencias de larga estadía se restablecieron las visitas, aunque con turnos, períodos breves y siguiendo estrictos protocolos.

Sintetizando, la situación generada por la pandemia provocó una interrupción de los apoyos formales e informales de los que disponían las personas adultas mayores. Paradójicamente, esto ocurrió en el momento en que resultaban necesarios para enfrentar las pérdidas y cambios. Resulta claro que, si bien dichos apoyos revisten una gran importancia para el logro del bienestar integral en la vejez (Cohen, 2020; Gyasi, Phillips y Abass, 2019), en la situación particular que propone la pandemia estos se vuelven aún más indispensables.

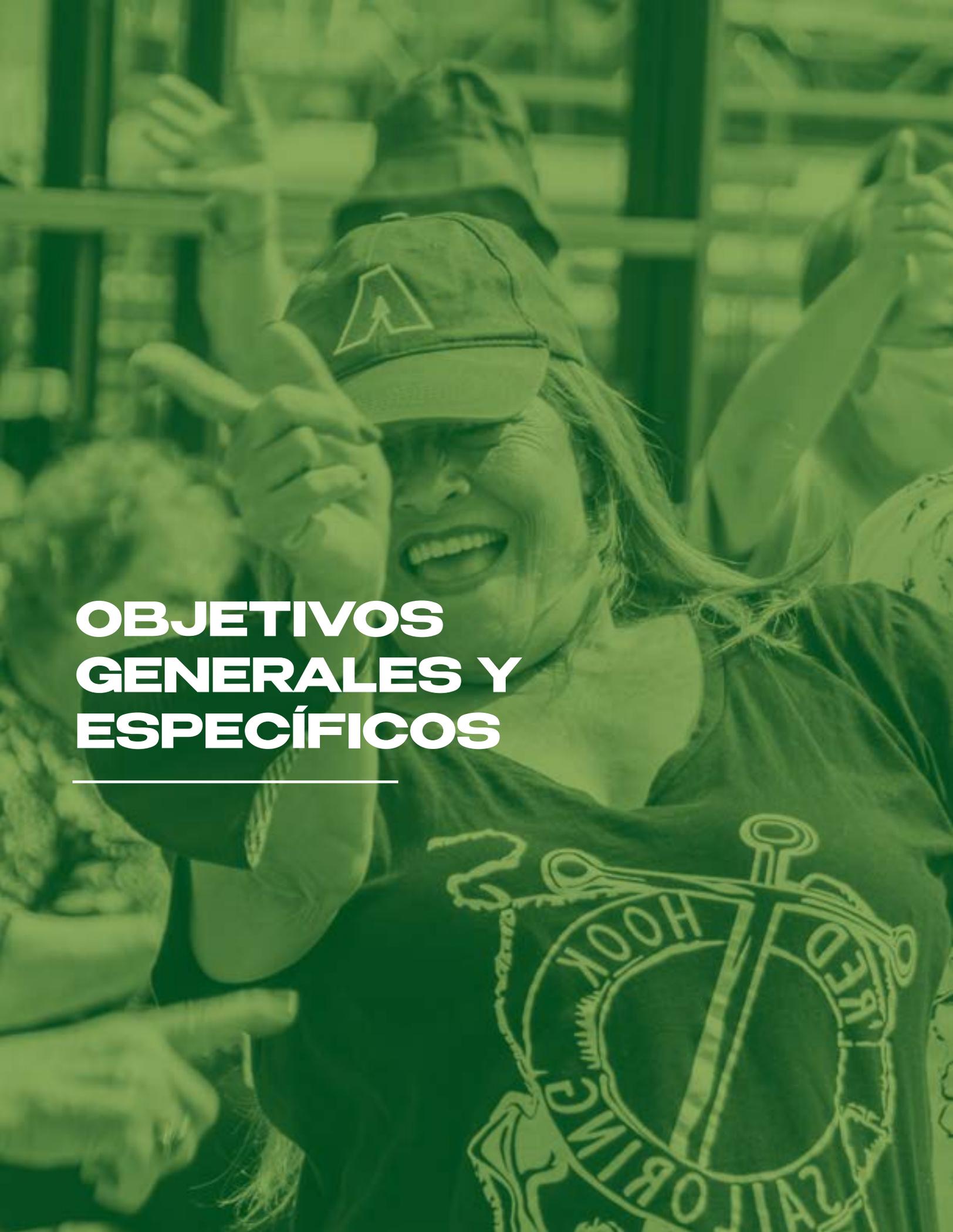
Huenchuan (2020) expresa que la situación puso en evidencia la necesidad de fortalecer la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores, en particular su derecho a la vida y a la salud.

La situación de las mujeres mayores frente a la pandemia es heterogénea. Vivir sola o acompañada, disponer o no de vínculos de apoyo, presentar dependencias o discapacidades, o patologías crónicas, estar jubilada, tener acceso a programas de apoyo, disponer de apoyos formales en la comunidad en la que vive, contar con conocimientos y recursos para conectarse virtualmente, tener a su cargo el cuidado de otra persona o transitar la vejez avanzada, son parte de la innumerable lista de aspectos que pueden configurar situaciones muy diversas.



Por lo anteriormente expuesto, se propone, por una parte, la generación de conocimiento acerca de sus condiciones de vida, el modo en el que se reorganizaron los apoyos, las estrategias que se desarrollaron para satisfacer necesidades de cuidado desde la perspectiva de las propias mujeres mayores; y por otra, la necesidad de desarrollar acciones que promuevan su bienestar integral y garanticen el cumplimiento de sus derechos.





OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Conocer cuáles son las condiciones en las que las mujeres mayores transitan la situación de pandemia y ASPO, qué estrategias individuales, familiares, institucionales y comunitarias están utilizando para cubrir sus necesidades de cuidado y apoyo tanto emocional como instrumental.

1.1. Explorar la vida cotidiana: actividades que realizan dentro y fuera del hogar.

1.2. Explorar la salud física: cansancio, cantidad y tipo de alimentación, consumo de cigarrillo o alcohol y otras sustancias, seguimiento/abandono de tratamientos, medicación, peso, aparición o agravamiento de dolores/síntomas físicos.

1.3. Explorar cuestiones psicológicas: emociones, estado de ánimo, sintomatología ansiosa y depresiva, temores en relación al coronavirus.

1.4. Explorar el área psicosocial: vínculos con familiares convivientes y no convivientes, frecuencia de interacción y satisfacción con la relación, ayudas que reciben y brindan, disponibilidad de ayuda instrumental y emocional.

1.5. Conocer los servicios de apoyo y cuidado formal que utilizan, su utilidad, debilidades y dónde y/o cómo se podrían readecuar.

2. Recomendar cómo se pueden mejorar las prácticas que se están implementando y/o el desarrollo de nuevos dispositivos que puedan satisfacer las necesidades de apoyo y garantizar la calidad de vida de dicho grupo poblacional.

2.1. Explorar dificultades actuales y tipos de ayudas que podrían resolverlas.





MÉTODO

Se llevó a cabo una investigación mediante un método mixto, combinando el abordaje cuantitativo y cualitativo. A tal fin se desarrollaron dos estudios para obtener información estandarizada de una muestra amplia y explorar el tema en profundidad, destacando la voz de las mujeres mayores y dando protagonismo a sus relatos espontáneos.

La integración de estos enfoques resulta de interés en el estudio del impacto psicosocial de la pandemia en mujeres mayores en Argentina, ya que, por una parte, permitirá obtener información descriptiva de un conjunto amplio de variables y, por otro, poder ganar profundidad y riqueza de información a partir de un estudio intensivo que rescate las narrativas en primera persona. Esta integración, además de una mejor exploración de los datos, aportará resultados más variados, así como mayor solidez y rigor al estudio.

4.1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

4.1.1. PARTICIPANTES

La población analizada fueron las mujeres de 60 años o más, afiliadas a PAMI y que viven en hogares particulares en Argentina. Para el estudio cuantitativo se trabajó con una muestra de 300 mujeres. La misma fue seleccionada de manera intencional por cuotas, de modo que quedaran representadas todas las regiones del país de manera proporcional. Las zonas geográficas se consideraron de la siguiente manera: Noroeste - NOA (Salta, Tucumán, Jujuy, Santiago del Estero, Catamarca), Noreste - NEA (Corrientes, Chaco, Misiones, Formosa), Centro (Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos), Nuevo Cuyo (Mendoza, San Juan, La Rioja, San Luis), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Gran Buenos Aires (GBA), resto de la provincia de Buenos Aires, Patagonia Sur (Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego) y Patagonia Norte (Río Negro, Neuquén y La Pampa).

A tal fin, se calculó en base al padrón de PAMI la proporción que correspondía a cada región, considerando dos grupos de edad (60 a 74 años, y 75 años y más). Dicho padrón cuenta con 4.935.778 de personas afiliadas, de las cuales 4.400.377 tienen 60 años o más, y el 63% son mujeres.

PAMI atiende al 62% del total de personas de 60 años y mayores de este rango etario a nivel nacional. Cabe destacar que mediante la Resolución 2020-431 se creó una Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado, que tiene entre sus prioridades la temática de género y diversidad sexual de las personas mayores, las políticas de cuidados y la promoción de la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en particular el artículo 5 que prohíbe la discriminación por edad, pero también por género, orientación sexual e identidad sexual, y el artículo 12 que trata acerca de los cuidados a largo plazo. Con la creación de la Secretaría, la Dirección Ejecutiva de PAMI jerarquizó la temática de cuidados y puso en agenda la igualdad de género.

Luego de haber calculado el número de casos correspondiente a cada región, y debido a que la cuota de Patagonia Norte y Patagonia Sur era de 10 casos y 5 casos respectivamente –por ser las regiones que presentan menor cantidad de mujeres de 60 años y más–, se decidió elevar a 15 casos cada una de ellas y restarlos de las regiones que, por el contrario, tenían más representación dentro de la muestra. Por ello, de la región Centro se restaron 7–4 del grupo de 60 a 74 y 3 del de 75 y más– y de la región Gran Bs. As. se restaron 8 –4 de cada grupo de edad–. Finalmente, la muestra quedará integrada como puede verse en la Tabla 1.

Tabla 1

Composición de la muestra de mujeres mayores por región

REGIÓN	60 A 74 AÑOS N	75 AÑOS Y MÁS N	TOTAL N
NOA	16	10	26
NEA	13	8	21
Centro	35	25	60
Nueva cuyo	14	9	23
Patagonia norte	8	7	15
Patagonia sur	8	7	15
CABA	13	13	26
GBA	39	25	64
Resto provincia de Bs. As.	28	22	50
TOTAL	174	126	300



4.1.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas de opción múltiple que exploró 8 bloques temáticos. Únicamente se incluyeron preguntas abiertas en la exploración del último bloque de los que se detallan a continuación:

- Datos básicos sociodemográficos
- Experiencia de enfermedad de COVID-19/ Vacunación
- Vida cotidiana durante la pandemia: actividades que realiza dentro y fuera del hogar
- Impacto en la salud física: cansancio, incorporación o aumento de medicación, aparición de síntomas o dolores, cambios de peso, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias
- Impacto en lo psicológico: emociones predominantes, estado de ánimo, temores al coronavirus, síntomas de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño
- Impacto en lo psicosocial: apoyos sociales informales, relación con familiares convivientes y no convivientes, frecuencia y forma de interacción –presencial/virtual–, satisfacción con el vínculo, ayudas que le brindan, deterioro/mejora de vínculos, incorporación/pérdida de vínculos
- Apoyos formales: participación en dispositivos, cuidados domiciliarios, tipo de ayudas que recibe del Estado, asistencia a cursos/programas virtuales, satisfacción con los apoyos formales
- Dificultades actuales y ayudas requeridas

A continuación, se llevó a cabo una prueba piloto administrando el instrumento a 10 personas mayores, tanto en la modalidad de completar el formulario online como por llamada telefónica. A partir de dicha prueba, se identificaron algunas preguntas que debían ser modificadas, así como opciones de respuesta que requerían agregarse.





4.1.3. PROCEDIMIENTO

A partir de los listados que proporcionó PAMI, las personas fueron contactadas telefónicamente. Las respuestas fueron muy variadas. Gran parte de las mujeres mayores no atendían o cortaban antes de hablar. En algunos casos se logró contactarlas enviándoles primero un mensaje por aplicación de mensajería instantánea, explicándoles el motivo por el que nos comunicábamos y adjuntando una carta de presentación. Luego de ese primer mensaje, respondían la llamada telefónica y explicaban que si les aparecía un número desconocido, no solían atender.

Algunas mujeres se mostraban desconfiadas y reticentes a responder, y manifestaban temor a ser engañadas o sufrir estafas. A las que, por el contrario, estaban dispuestas a colaborar, se les daba la opción de ser encuestadas telefónicamente o completar el cuestionario online a través de su teléfono o computadora. La mayoría eligió la primera modalidad (244) y solo 56 lo completaron a través de internet. En algunos casos, las participantes fueron asistidas por su pareja, hijas/os o nietas/os.

La opción de completar el cuestionario por teléfono fue más accesible, ya que algunas mujeres no disponían de teléfono celular o computadora con conexión a internet, y otras tenían dificultades para el manejo de dichos dispositivos o problemas de visión que les obstaculizaban la lectura del formulario. En todos los casos se utilizó exactamente el mismo cuestionario.

El tiempo de la administración telefónica del cuestionario mencionado fue de entre 30 y 40 minutos. El relevamiento de los datos obtenidos se llevó a cabo durante un período de un mes, entre el 14 de mayo y el 14 de junio de 2021.

Durante las llamadas telefónicas, cuando se identificaban situaciones de necesidad y dificultades, se informaba a las mujeres mayores de la existencia de ciertos dispositivos, servicios o ayudas que podían recibir y se les facilitaba el contacto a los mismos.



4.1.4. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos relevados fueron procesados en un paquete estadístico informatizado para su posterior análisis. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para resumir y presentar los hallazgos obtenidos por la vía cuantitativa. Las respuestas referidas al bloque de dificultades actuales y ayudas requeridas fueron categorizadas. A partir de ellas se realizó una descripción de lo obtenido y se seleccionaron viñetas que las ilustran.

Por otra parte, se llevó a cabo un análisis estadístico multivariado con el objetivo de establecer agrupamientos que permitieran diferenciar a las participantes, según el impacto de la pandemia. En este sentido, se realizó un Análisis de Componentes Principales (PCA) para, posteriormente, aplicar un análisis de cluster jerárquico.

Husson, Josse, y Pages (2010) proponen que las primeras dimensiones del PCA extraen la información esencial, y que realizar un análisis de cluster posterior genera una resolución más estable. El análisis de cluster se efectuó utilizando el criterio de Ward, consistente en minimizar la reducción de la inercia dentro del cluster, es decir, que el mismo sea lo más homogéneo posible. Se utilizó el paquete estadístico FactoMineR (Lê, Josse, & Husson, 2008) para Rstudio 1.1.453. Para poder realizar el análisis de componentes principales se llevó a cabo una serie de operaciones metodológicas en los datos originales que generaron una nueva matriz de datos.

En primer lugar, se construyeron cuatro índices para evaluar de manera cuantitativa el impacto negativo de la pandemia, uno por cada área explorada: salud física, psicológica, psicosocial y dificultades percibidas. Luego se seleccionaron aquellas preguntas/indicadores del cuestionario original, por lo que se excluyeron ítems que no referían claramente a la dimensión de comparación temporal (antes/durante la situación de pandemia) o cuyo impacto podría no ser necesariamente negativo.

Por ejemplo, una pregunta exploraba *“Respecto de su alimentación: ¿come igual/come más/come menos?”*. Si bien esta pregunta indaga si se produjo un cambio en la alimentación a partir de la situación de pandemia, no es posible aseverar que dicho cambio haya sido negativo, por lo tanto, esta no fue incluida en el índice de salud física.

El siguiente paso fue identificar qué respuesta de las posibles para cada pregunta indicaba un impacto negativo en el área que exploraba el índice. Por ejemplo, en el caso de *“En términos generales, comparando la situación actual con la anterior a la pandemia, ¿Usted considera que su salud física: Se deterioró / Se mantuvo / Mejoró?”*, se seleccionó *“Se deterioró”*. Cuando una participante había elegido el valor identificado como indicador de impacto negativo, se codificó esa respuesta con un valor de 1, mientras que si seleccionaba otros valores (*“Se mantuvo”* o *“Mejóro”*, según el ejemplo anterior), se marcaba con 0.

Luego del proceso de recodificación de todos los valores de las preguntas seleccionadas, se procedió al cálculo de los índices. Para ello, se realizó la sumatoria de los puntajes recodificados de todas las preguntas incluidas en cada índice. En todos los casos, un valor más elevado indica un mayor impacto negativo.

A continuación, se presentan las preguntas seleccionadas para la construcción de cada índice y las respuestas que reflejan un impacto negativo de la pandemia en cada área seleccionada, es decir, aquellas codificadas con valor 1 (ver Tablas 2, 3, 4, 5 y 6).

Tabla 2

Preguntas/indicadores incluidos en el Índice de impacto negativo en el área salud física

PREGUNTA	RESPUESTA RECODIFICADA CON 1
1. ¿Siente más cansancio?	Sí
2. ¿Apareció algún síntoma, dolor o enfermedad?	Sí
3. ¿Se agravó algún síntoma, dolor o enfermedad previo?	Sí
4. ¿Dejó de realizar algún tratamiento que debería haber continuado?	Sí
5. ¿Incorporó alguna medicación?	Sí
6. En términos generales, comparando la situación actual con la anterior a la pandemia, ¿Ud. considera que su salud física...?:	Se deterioró
VALOR MÍNIMO DEL ÍNDICE: 0 / VALOR MÁXIMO: 6	

Tabla 3

Preguntas/indicadores incluidos en el Índice de impacto negativo en el área psicológica

PREGUNTA	RESPUESTA RECODIFICADA CON 1
Frecuencia con la que ha experimentado	
1. Ansiedad o miedo	Muchas veces
2. Tristeza o desgano	Muchas veces
3. Preocupación por falta de control	Muchas veces
4. Soledad o aislamiento	Muchas veces
5. Desesperanza con respecto al futuro	Muchas veces
6. Irritación, enojo	Muchas veces
7. Intranquilidad, agobio o estrés	Muchas veces
8. Problemas para dormir	Muchas veces
9. Aburrimiento	Muchas veces
10. Incertidumbre	Muchas veces
11. Frustración	Muchas veces
12. Descuido del arreglo personal	Muchas veces
13. Satisfacción con la vida	Ninguna o pocas veces
14. Alegría	Ninguna o pocas veces
15. Bienestar en su día a día	Ninguna o pocas veces
16. Confianza en sus recursos	Ninguna o pocas veces
17. Temor a contagiarse del virus	Muchas veces
18. Temor a que se contagie algún familiar	Muchas veces
19. En términos generales, comparando la situación actual con la anterior a la pandemia Ud. considera que su bienestar psicológico	Se deterioró
VALOR MÍNIMO DEL INDICE: 0 / VALOR MÁXIMO: 19	

Tabla 4

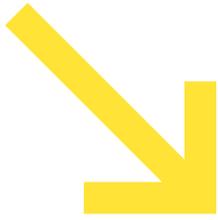
Preguntas/indicadores incluidos en el Índice de impacto negativo en el área psicosocial

PREGUNTA	RESPUESTA RECODIFICADA CON 1
1. Cambios en cantidad de vínculos	Perdió vínculos
2. Cambios de la interacción y frecuencia de contacto con amistades y familiares en términos generales	Disminuyó
3. Cambios en los vínculos con amistades y familiares en términos generales	Se deterioraron
VALOR MÍNIMO DEL ÍNDICE: 0 / VALOR MÁXIMO: 3	

Tabla 5

Preguntas/indicadores incluidos en el Índice de impacto negativo en el área dificultades percibidas

PREGUNTA	RESPUESTA RECODIFICADA CON 1
Dificultades	
1. De salud	Sí
2. Económicas	Sí
3. De movilidad	Sí
4. De alimentación	Sí
5. En tareas del hogar	Sí
6. De aislamiento social	Sí
7. Para realizar trámites	Sí
VALOR MÍNIMO DEL ÍNDICE 0 / VALOR MÁXIMO 7	

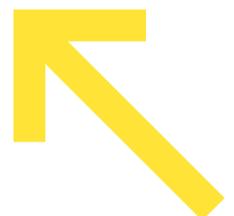


Posteriormente, se procedió a seleccionar qué preguntas/indicadores serían incluidos en el análisis como información complementaria. La misma no se utiliza para la clasificación de los participantes en los clusters, sino para identificar, a posteriori, si los sujetos incluidos en cada uno de los agrupamientos pueden ser descritos diferencialmente por alguna de ellas. Se seleccionaron variables y de salud, referidas a la actividad social previa y actual, y otras que exploraban las ayudas estatales proporcionadas durante la pandemia y la satisfacción con las mismas. Estas se presentan en las Tablas 6 y 7. La primera muestra aquellas variables que se incluyeron como suplementarias conservando los valores originales y la segunda las que fueron recodificadas.

Tabla 6

Variables seleccionadas como información suplementaria que no fueron recodificadas

VARIABLES	RESPUESTAS
Tuvo el virus	Sí No
Vive sola	Sí No
Requiere ayuda para actividades instrumentales de la vida diaria	Sí No
Requiere ayuda para actividades básicas de la vida diaria	Sí No
Sale de su casa en la actualidad	Sí No
Región	CABA Centro Gran Buenos Aires Noreste Noroeste Nueva Cuyo Patagonia Norte Patagonia Sur Resto de provincia de Buenos Aires
Edad	60 a 98 años
Valoración en términos generales de ayudas provistas por el Estado	Insatisfactorias Medianamente satisfactorias Satisfactorias



La Tabla 7 incluye las variables cuyos valores fueron simplificados con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados, conservando la información esencial. En el caso de nivel de instrucción, se unificaron las respuestas “completo/incompleto” de cada nivel educativo. En el valor: “superior”, también se incluyó “posgrado completo”. En el caso de “Ayudas recibidas del sector público y comunitario” se recodificó como “Sí” cuando la participante había recibido al menos una de las ayudas exploradas. Respecto de la vacunación, se codificó como “Sí” cuando la participante había recibido al menos una dosis de la vacuna; y con el valor de “No”, si no había recibido ninguna dosis, más allá del motivo explicitado. Por último, respecto de la participación, si las mujeres mayores realizaban talleres en centros de jubilados o UPAMI se clasificó como “participantes de talleres sociopreventivos” y si lo hacían en centros o clubes de día se las clasificó como “participantes de dispositivos de cuidado”. En la versión recodificada de la pregunta se conservaron las respuestas originales de “No participa” y “Participa en otros dispositivos”.

Tabla 7

Variables seleccionadas como información suplementaria, que fueron recodificadas

VARIABLES	VALORES ORIGINALES	VALORES RECODIFICADOS
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primario incompleto Primario completo Secundario incompleto Secundario completo Superior incompleto Superior completo Posgrado completo	Primario completo o incompleto Secundario completo o incompleto Superior completo o incompleto
AYUDAS RECIBIDAS POR SECTOR PÚBLICO Y COMUNITARIO	Subsidio/ayuda económica/crédito/reducción de tarifas de servicios Ayuda alimentaria/vianda/bolsón Agente comunitario/dirigente barrial Profesionales de la salud Docentes/profesores/as Servicios públicos de apoyo y contención/acompañamientos para la situación de pandemia Talleres o actividades públicas	Sí No
VACUNACIÓN	Recibí una dosis Recibí dos dosis No me asignaron turno No quise recibirla	Recibió al menos una dosis No recibió
PARTICIPACIÓN	Centro de jubilados UPAMI Club de día Centro de día Otros No participó	Participa en talleres sociopreventivos Participa en dispositivos de cuidado Participa en otros No participa

Finalmente, a partir de las agrupaciones logradas y de su interpretación, se identificaron mujeres en las que la pandemia había tenido un gran impacto negativo. Algunas de ellas fueron seleccionadas con el fin de describir sus perfiles y aportar información analítica que permita profundizar la comprensión de las situaciones que atraviesan.

4.2. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO CUALITATIVO

4.2.1. PARTICIPANTES

Para el estudio cualitativo se convocó a 99 mujeres de 60 años y más que son afiliadas a PAMI. Sin embargo, la muestra final quedó conformada por un total de 86 por los motivos que se detallan en el apartado 4.2.3. referido al procedimiento del estudio.

A fin de obtener información de todo el país, se llevaron a cabo 9 grupos focales, uno por región. La conformación se detalla a continuación.

Resto de provincia de Buenos Aires	n = 11
Patagonia Norte	n = 11
Patagonia Sur	n = 11
Nueva Cuyo	n = 11
GBA	n = 10
CABA	n = 10
NOA	n = 9
NEA	n = 7
Centro	n = 6



4.2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un guion de grupo focal que incluyó los siguientes ejes:

- Impacto de la pandemia en la vida cotidiana
- Impacto en la salud física
- Impacto en lo psicológico
- Impacto en lo psicosocial
- Apoyos sociales formales
- Debilidades de los sistemas de apoyo, dificultades actuales y ayudas que podrían solucionarlas

Además, se aplicó un cuestionario breve de datos sociodemográficos que permitieran caracterizar la muestra.

4.2.3. PROCEDIMIENTO

A partir de los listados proporcionados por PAMI, se realizó el contacto telefónico con mujeres mayores de todas las regiones. De manera similar a lo sucedido con el relevamiento de la muestra del estudio cuantitativo, algunas cortaban directamente antes de atender, otras decían no estar interesadas en participar mientras que, por el contrario, algunas mujeres estaban muy entusiasmadas en formar parte de los grupos focales.

Para la conformación de los mismos se contactaba a mujeres de cada región hasta conseguir 11 confirmadas. Se consideró que quedaran incluidas de los dos grupos de edad anteriormente definidos, así como que vivieran solas o no.

Con las que aceptaban participar, se coordinaba un día y horario para el desarrollo del grupo focal. A continuación, se les solicitaba el envío del consentimiento informado y se les pedía completar un breve cuestionario con datos básicos. Tanto el consentimiento como el cuestionario se completaban mediante un formulario online. Cuando se recibían los mismos, se les enviaba el link de la reunión virtual para unirse al grupo focal de su región.

A quienes no tenían conocimiento de dichas plataformas, se les brindó la orientación necesaria para que pudieran descargarlo en sus celulares o computadoras. Además, cuando fue necesario, se hicieron pruebas previas para comprobar que todo funcionara bien o ayudar a resolver dificultades para activar el micrófono o la cámara. En algunos casos, fueron sus hijas, hijos, nietas o nietos quienes les facilitaron el acceso a los mismos. La asistencia para el uso de los recursos tecnológicos fue una tarea compleja llevada adelante por el equipo, ya que debía hacerse a través de los mismos medios cuyo manejo desconocían. En general, en un principio el equipo iba orientando a partir de una comunicación telefónica, se enviaban videos explicativos y también capturas de pantallas para que pudieran seguir las indicaciones de un modo más sencillo.

Sin embargo, hubo mujeres que al momento de realizarse el grupo focal no pudieron acceder a la reunión por motivos técnicos. Además, hubo otras bajas debido a problemas con la conexión a internet o porque a último momento les había surgido un compromiso o cambio de plan que les impidió participar. Por esos motivos, algunos grupos quedaron integrados por menos de 11 mujeres.



Las reuniones fueron coordinadas por dos investigadoras que realizaron la presentación general y luego procedieron a aportar las preguntas del guion y a moderar las intervenciones. La duración varió entre 90 y 120 minutos. Los encuentros fueron grabados para disponer de un registro fiel y realizar el posterior análisis de los mismos.

Al inicio de los grupos focales se iba dando ingreso a las participantes chequeando que todo funcionara adecuadamente, todas las reuniones se llevaron a cabo en un clima agradable y cálido. Hubo momentos emotivos y de gran empatía entre las participantes. Las mujeres, al finalizar los encuentros, manifestaron haber vivido una grata experiencia y agradecían el haber sido convocadas. Algunas de ellas enviaron mensajes con posterioridad a la finalización reiterando su satisfacción.

Los grupos focales se desarrollaron durante un mes, desde el 28 de mayo hasta el 26 de junio del 2021. Se efectuó la convocatoria, organización y realización de 2 grupos focales por semana.

4.2.4. ANÁLISIS DE DATOS

Los registros audiovisuales de los grupos focales fueron desgrabados. Posteriormente, los datos textuales obtenidos fueron analizados de manera cualitativa, mediante el método de comparación constante que permitió, a partir de las similitudes y diferencias halladas, generar agrupaciones y categorías analíticas, e ilustrarlas con viñetas seleccionadas. En la exposición de los resultados, los nombres de las participantes fueron modificados a fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos aportados.



RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

La edad promedio de las participantes fue de 73,5, siendo la menor de 60 años y la mayor de 90. En cuanto a la orientación sexual, participaron mujeres bisexuales y lesbianas, aunque la mayoría eran heterosexuales. La mayoría estaban viudas, siguiéndole las casadas. Respecto del nivel educativo, predominaron el primario y secundario completos. Un elevado porcentaje estaban jubiladas y muy pocas trabajaban. Si bien solamente un 7,3% requería ayuda para realizar actividades básicas de la vida cotidiana, más de la cuarta parte de la muestra la necesitaba para el desarrollo de actividades instrumentales.

5.1.1. IMPACTO EN LA VIDA COTIDIANA

En el año 2020, al inicio de la pandemia, alrededor del 40% de las personas mayores salían de su casa para realizar tareas diversas (ver Tabla 8). A mediados del año 2021, en período de distanciamiento social, esta cifra se incrementó al 70% para quienes tenían menos de 74 años y al 60% para las mayores de 75 años (ver Tabla 9). Si consideramos las frecuencias absolutas, en el grupo de menos edad hubo un incremento mayor (58) de mujeres que hacían salidas respecto al de edad más avanzada (29).

En ambos períodos, los motivos de salidas más frecuentes correspondieron a actividades esenciales: comprar alimentos e insumos para el hogar, adquirir medicamentos, concurrir a consultas médicas e ir al banco. También informaron hacer salidas sociales o de recreación. Aproximadamente un 50% expresó hacer visitas a sus familiares y, en menor medida, alrededor del 25% salía a comer o tomar un café, iba a visitar amistades o asistía a la peluquería, a darse un masaje o a depilarse. En el segundo período, las visitas a familiares, amistades y las salidas a tomar café o a comer disminuyeron casi a la mitad en términos porcentuales.

Al comparar los grupos de edad, se observa que durante el primer período las mayores de 75 años informaron un porcentaje mayor de salidas por motivos médicos, visitas a familiares y concurrencia a peluquerías. En contraste, durante el segundo período, esta diferencia entre los grupos de edad solo se mantiene en las salidas a peluquerías y rubros afines.

Tabla 8
Salidas del hogar al inicio de la cuarentena según grupo de edad²

GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	107	61,5	67	38,5	174	100,0
75 años y más	75	59,5	51	40,5	126	100,0

Tabla 9
Salidas del hogar en la actualidad según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	49	28,2	125	71,8	174	100,0
75 años y más	46	36,5	80	63,5	126	100,0

² La frecuencia será referenciada en las tablas como F.

Al comparar por región las salidas al inicio de la cuarentena y en la actualidad puede observarse que las regiones Patagonia Sur, Patagonia Norte y resto de la Provincia de Buenos Aires son las que registraron menos cambios (ver Figura 1 y 2).

Figura 1
Salidas del hogar al inicio de la cuarentena según región³

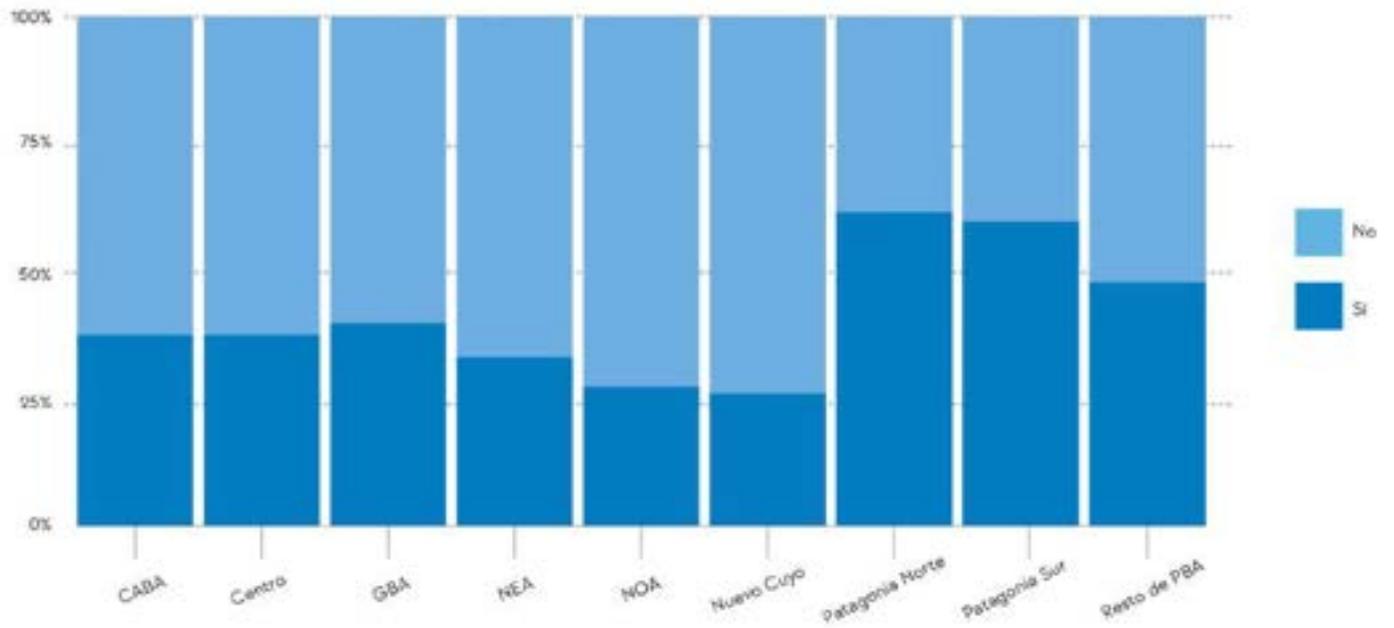
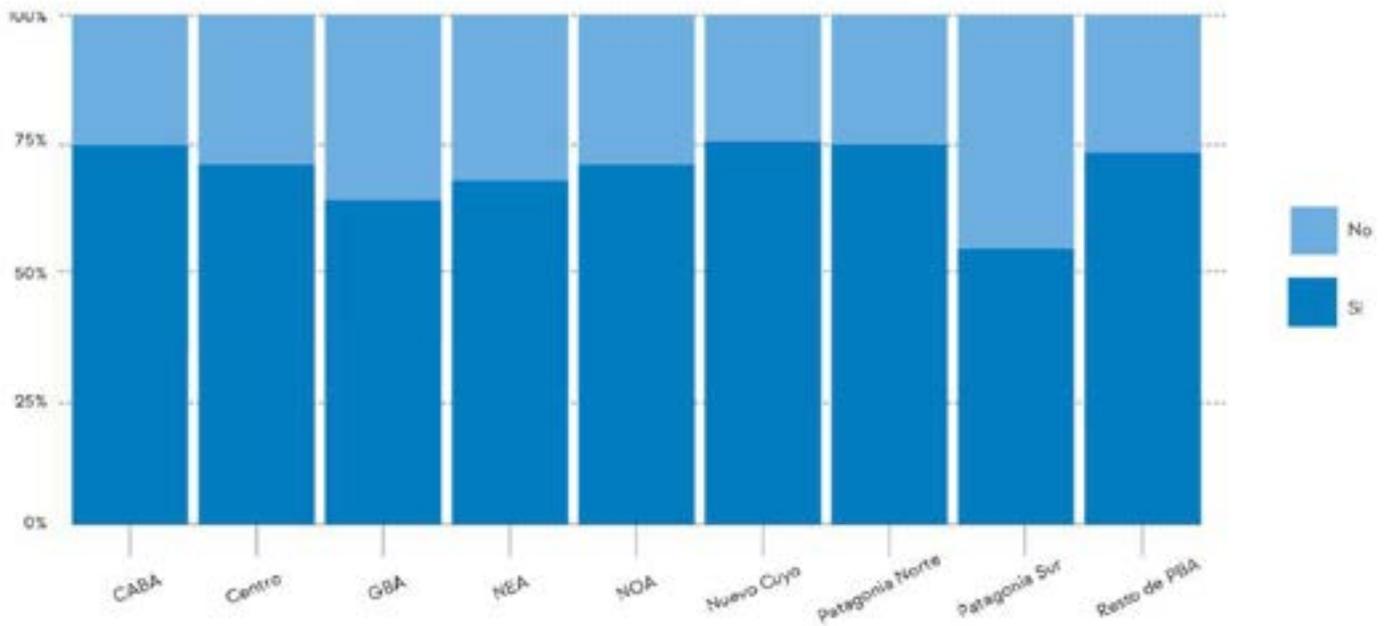


Figura 2
Salidas del hogar en la actualidad de la cuarentena según región



³ Resto de Provincia de Buenos Aires será referenciado en las figuras como Resto de PBA.

Las actividades que realizan las mujeres mayores dentro de su hogar fueron similares entre los dos grupos de edad. Las más frecuentes fueron mirar televisión para entretenimiento; mantenerse al tanto de la actualidad mediante los medios masivos de comunicación y otras fuentes, escuchar música y realizar tareas domésticas como cocinar, lavar u ordenar. Más del 70% en ambos grupos de edad informaron tener una rutina diaria establecida y más del 60% compartir tiempo y actividades de ocio mediante el teléfono o videollamadas (ver Tabla 10).

Tabla 10
Actividades dentro del hogar según grupo de edad

ACTIVIDADES	GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Tengo establecida una rutina diaria	60 a 74 años	47	27,0	127	73,0	174	100,0
	75 años y más	34	27,0	92	73,0	126	100,0
Realizo tareas de mi actividad laboral	60 a 74 años	137	78,7	37	21,3	174	100,0
	75 años y más	110	87,3	16	12,7	126	100,0
Veó televisión/escucho radio/consulto fuentes para estar al tanto de la actualidad	60 a 74 años	24	13,8	150	86,2	174	100,0
	75 años y más	11	8,7	115	91,3	126	100,0
Veó televisión para entretenerme o distraerme	60 a 74 años	19	10,9	155	89,1	174	100,0
	75 años y más	9	7,1	117	92,9	126	100,0
Escucho música	60 a 74 años	30	17,2	144	82,8	174	100,0
	75 años y más	33	26,2	93	73,8	126	100,0
Dedico tiempo a la lectura	60 a 74 años	78	44,8	96	55,2	174	100,0
	75 años y más	71	56,3	55	43,7	126	100,0
Realizo actividad física en mi casa	60 a 74 años	96	55,2	78	44,8	174	100,0
	75 años y más	77	61,1	49	38,9	126	100,0
Realizo tareas domésticas: cocinar, lavar, ordenar, planchar, etc.	60 a 74 años	12	6,9	162	93,1	174	100,0
	75 años y más	19	15,1	107	84,9	126	100,0
Realizo actividades de jardinería/huerta	60 a 74 años	66	37,9	108	62,1	174	100,0
	75 años y más	55	43,7	71	56,3	126	100,0
Realizo actividades manuales/artísticas	60 a 74 años	81	46,6	93	53,4	174	100,0
	75 años y más	66	52,4	60	47,6	126	100,0
Participo en cursos virtuales	60 a 74 años	131	75,3	43	24,7	174	100,0
	75 años y más	105	83,3	21	16,7	126	100,0
Uso tecnología para entretenerme	60 a 74 años	65	37,4	109	62,6	174	100,0
	75 años y más	69	54,8	57	45,2	126	100,0
Cuido/juego con mi mascota	60 a 74 años	67	38,5	107	61,5	174	100,0
	75 años y más	68	54,0	58	46,0	126	100,0
Comparto actividades o tiempo de ocio con las personas con las que vivo	60 a 74 años	67	38,5	107	61,5	174	100,0
	75 años y más	61	48,4	65	51,6	126	100,0
Comparto actividades o tiempo de ocio -mediante teléfono o virtual- con otras personas	60 a 74 años	54	31,0	120	69,0	174	100,0
	75 años y más	44	34,9	82	65,1	126	100,0

5.1.2. IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA

Al comparar según grupo de edad, alrededor del 25,0% de las personas mayores entre 60 y 74 años informaron sentirse muy bien. En contraste, en el caso de las mayores de 75 años, evaluaron su estado de salud como regular también en un 23,8% (ver Tabla 11). Al comparar su estado físico actual con el previo a la pandemia, más de la mitad de las participantes informaron sentir más cansancio (ver Tabla 12). Más del 20% manifestó que habían aparecido o que se habían agravado síntomas, dolores o enfermedades.

En todos los indicadores de salud física relevados, las mujeres del grupo de más edad presentaron porcentajes más elevados, excepto en lo referido al abandono de tratamientos. En lo referido al peso, aproximadamente la mitad de las mujeres de ambos grupos evidenciaron cambios. Si bien algunas lo disminuyeron, la mayor parte de las que lo vieron modificado fue por aumento. De hecho, más de la cuarta parte de las mujeres manifestaron comer más cantidad que antes de la pandemia. La mayoría informó haber mantenido la calidad de la alimentación.

Tabla 11

Valoración de la salud física según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	MAL		REGULAR		BIEN		MUY BIEN		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	3	1,7	26	14,9	104	59,8	41	23,6	174	100,0
75 años y más	7	5,6	30	23,8	65	51,6	24	19,0	126	100,0

Tabla 12

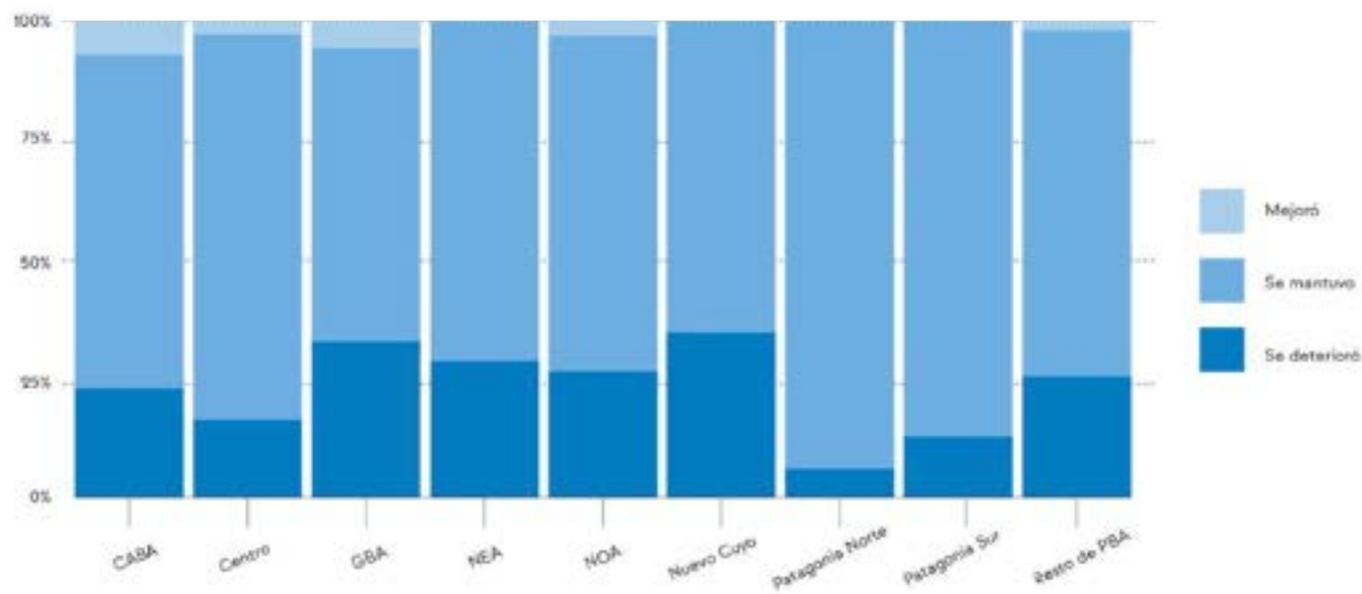
Comparación con estado de salud antes de la pandemia según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Siente más cansancio	60 a 74 años	86	49,4	88	50,6	174	100,0
	75 años y más	61	48,4	65	51,6	126	100,0
Apareció algún síntoma, dolor o enfermedad	60 a 74 años	135	77,6	39	22,4	174	100,0
	75 años y más	94	74,6	32	25,4	126	100,0
Se agravó algún síntoma, dolor o enfermedad previo	60 a 74 años	134	77,0	40	23,0	174	100,0
	75 años y más	95	75,4	31	24,6	126	100,0
Dejó de realizar algún tratamiento que debería haber continuado	60 a 74 años	137	78,7	37	21,3	174	100,0
	75 años y más	101	80,2	25	19,8	126	100,0
Incorporó alguna medicación	60 a 74 años	143	82,2	31	17,8	174	100,0
	75 años y más	94	74,6	32	25,4	126	100,0
Aumentó alguna medicación que ya tomaba	60 a 74 años	162	93,1	12	6,9	174	100,0
	75 años y más	110	87,3	16	12,7	126	100,0

Al comparar su salud física actual con su situación previa a la pandemia, las mujeres mayores informaron que se mantuvo en más del 70,0% de los casos. Sin embargo, alrededor de la cuarta parte de las participantes de ambos grupos de edad percibieron que su salud se deterioró a partir de este evento. Fueron muy pocas las que manifestaron que había mejorado.

Al analizar las regiones, las mujeres de Nuevo Cuyo, Noroeste, Noreste y Gran Buenos Aires reportaron mayor frecuencia de deterioro de su salud durante la pandemia. Al mismo tiempo, las participantes de CABA y Gran Buenos Aires fueron las que más informaron un impacto positivo en la salud (ver Figura 3).

Figura 3
Comparación de salud en términos generales respecto a antes de la pandemia según región



5.1.3. IMPACTO EN EL ÁREA PSICOLÓGICA

Más de la mitad de las participantes informaron que durante el confinamiento no descuidaron su arreglo personal, no experimentaron frustración, aburrimiento, soledad o aislamiento, ni irritación o problemas para dormir. En cambio, más del 50,0% de las participantes reportaron una experiencia frecuente o muy frecuente de ansiedad, tristeza, preocupación, estrés e incertidumbre. Asimismo, más del 80,0% de las personas mayores informaron estar pendientes de noticias sobre el COVID-19 (ver Tabla 13). La tristeza fue más frecuente en CABA y en Nuevo Cuyo (ver Figura 4). Al mismo tiempo, la exploración de aspectos positivos mostró que más del 85,0% informaron sentir satisfacción, alegría, bienestar y sintieron confianza en sus recursos para afrontar los desafíos cotidianos entre algunas y muchas veces (ver Tabla 14).

Tabla 13
Experiencia emocional negativa durante el confinamiento según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NINGUNA O POCAS VECES		ALGUNAS VECES		MUCHAS VECES		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Ansiedad o miedo	60 a 74 años	67	38,5	69	39,7	38	21,8	174	100,0
	75 años y más	55	43,7	43	34,1	28	22,2	126	100,0
Tristeza o desgano	60 a 74 años	60	34,5	77	44,3	37	21,3	174	100,0
	75 años y más	39	31,0	56	44,4	31	24,6	126	100,0
Preocupación por falta de control	60 a 74 años	56	32,2	75	43,1	43	24,7	174	100,0
	75 años y más	53	42,1	42	33,3	31	24,6	126	100,0
Soledad o aislamiento	60 a 74 años	90	51,7	53	30,5	31	17,8	174	100,0
	75 años y más	69	54,8	35	27,8	22	17,5	126	100,0
Desesperanza con respecto al futuro	60 a 74 años	78	44,8	67	38,5	29	16,7	174	100,0
	75 años y más	61	48,4	40	31,7	25	19,8	126	100,0
Irritación o enojo	60 a 74 años	85	48,9	66	37,9	23	13,2	174	100,0
	75 años y más	67	53,2	41	32,5	18	14,3	126	100,0
Intranquilidad, agobio o estrés	60 a 74 años	63	36,2	76	43,7	35	20,1	174	100,0
	75 años y más	58	46,0	45	35,7	23	18,3	126	100,0
Problemas para dormir	60 a 74 años	96	55,2	57	32,8	21	12,1	174	100,0
	75 años y más	68	54,0	41	32,5	17	13,5	126	100,0
Aburrimiento	60 a 74 años	93	53,4	63	36,2	18	10,3	174	100,0
	75 años y más	70	55,6	40	31,7	16	12,7	126	100,0
Incertidumbre	60 a 74 años	61	35,1	77	44,3	36	20,7	174	100,0
	75 años y más	46	36,5	53	42,1	27	21,4	126	100,0
Frustración	60 a 74 años	105	60,3	45	25,9	24	13,8	174	100,0
	75 años y más	80	63,5	36	28,6	10	7,9	126	100,0
Estar pendiente de las noticias sobre el COVID-19	60 a 74 años	28	16,1	80	46,0	66	37,9	174	100,0
	75 años y más	24	19,0	47	37,3	55	43,7	126	100,0
Descuido del arreglo personal	60 a 74 años	125	71,8	36	20,7	13	7,5	174	100,0
	75 años y más	94	74,6	28	22,2	4	3,2	126	100,0

Figura 4

Experiencia de tristeza durante el confinamiento según región

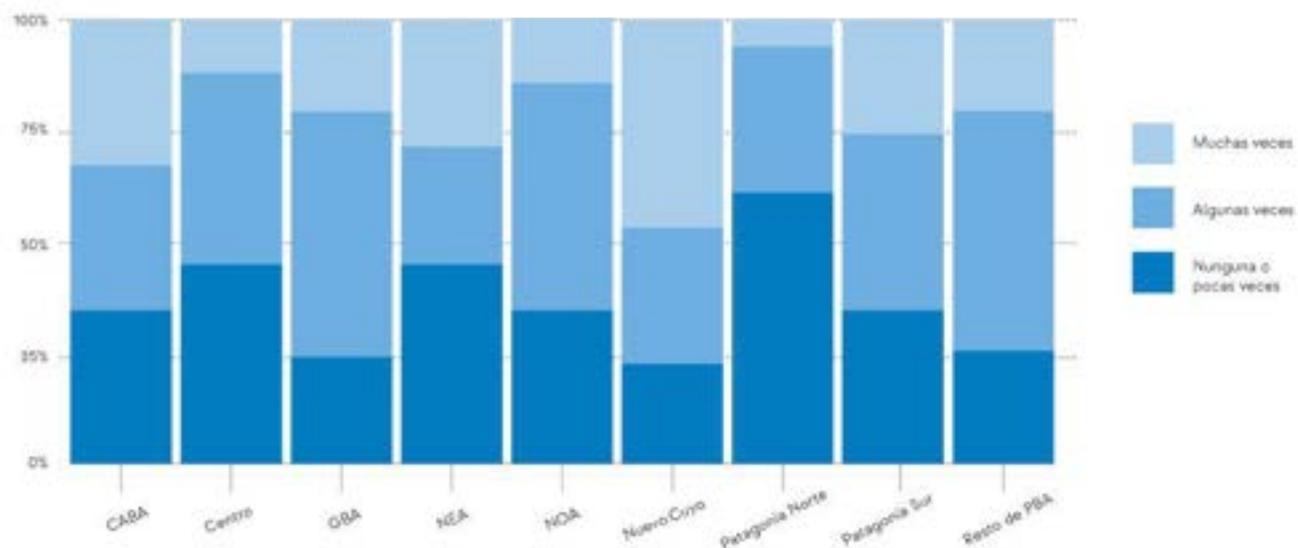


Tabla 14

Experiencia emocional positiva durante el confinamiento según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NINGUNA O POCAS VECES		ALGUNAS VECES		MUCHAS VECES		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Satisfacción con la vida	60 a 74 años	20	11,5	46	26,4	108	62,1	174	100,0
	75 años y más	12	9,5	46	36,5	68	54,0	126	100,0
Alegria	60 a 74 años	23	13,2	63	36,2	88	50,6	174	100,0
	75 años y más	15	11,9	58	46,0	53	42,1	126	100,0
Bienestar en su día a día	60 a 74 años	14	8,1	74	42,5	86	49,4	174	100,0
	75 años y más	9	7,1	60	47,6	57	45,2	126	100,0
Confianza en sus recursos	60 a 74 años	10	5,7	47	27,1	117	67,2	174	100,0
	75 años y más	8	6,3	46	36,5	72	57,1	126	100,0

Al explorar los temores específicos sobre el coronavirus, se encontró que los más frecuentes fueron tener miedo a que se contagie o fallezca algún familiar, que se siga propagando el virus y a no poder ver a los vínculos íntimos (amigas, amigos y familiares). También, las mujeres menores de 74 años informaron más temores que el grupo de mayor edad a que los familiares pierdan el trabajo. En general, más del 40,0% de las participantes expresó escaso temor a morir de coronavirus, a no disponer de elementos importantes en su hogar, a perder los ingresos económicos, o a contagiar a algún familiar.

Más del 90,0% informó contar con un patio o espacio de aire libre en su hogar y más del 50,0% tener una mascota en su hogar.

En términos generales, más del 70,0% de las personas mayores participantes percibió que su bienestar psicológico no se modificó durante la pandemia. Sin embargo, es importante destacar que una cuarta parte de las participantes informó que dicho bienestar se deterioró durante dicho período (ver Tabla 15).

Tabla 15

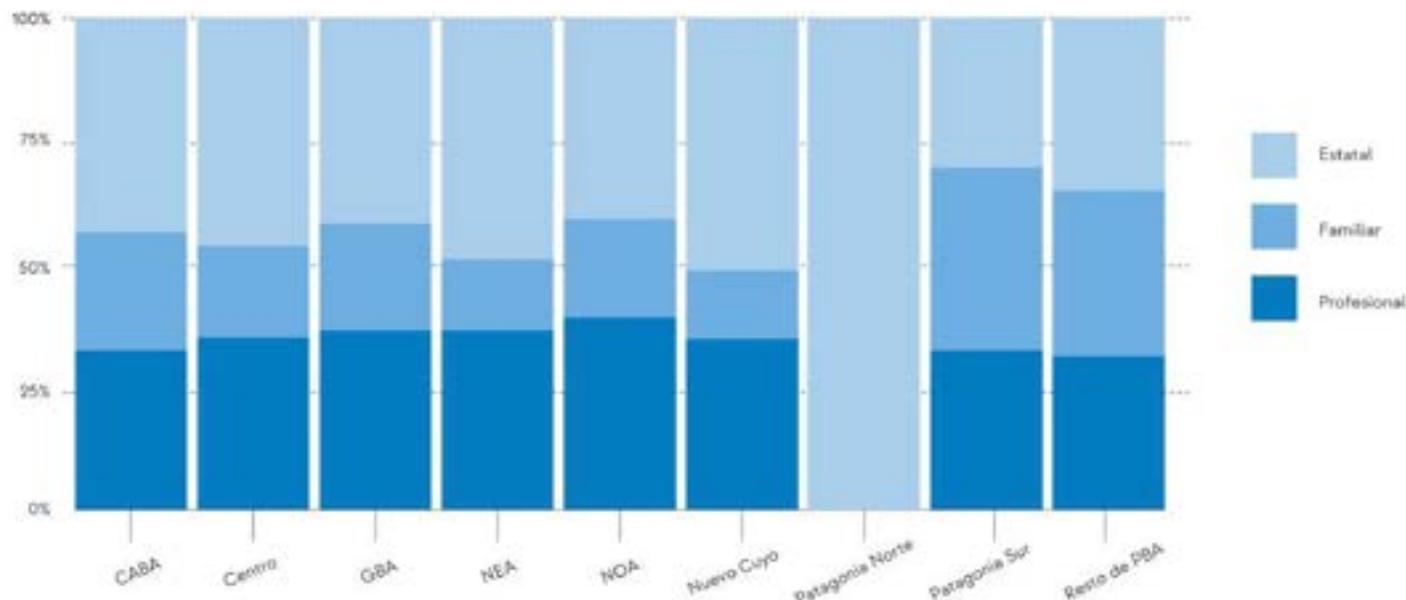
Comparación de bienestar psicológico en términos generales respecto a antes de la pandemia según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	SE DETERIORÓ		SE MANTUVO		MEJORÓ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	3	1,7	26	14,9	104	59,8	174	100,0
75 años y más	7	5,6	30	23,8	65	51,6	126	100,0

En términos generales, las mujeres de CABA, Patagonia Sur, Nuevo Cuyo y Resto de Provincia de Buenos Aires informaron una mayor frecuencia de deterioro de su bienestar. En tres de estas regiones, incluso, no se registraron casos de mejora. En las regiones Noroeste y Patagonia Norte se informaron más mejoras de su experiencia psicológica durante la pandemia respecto del resto del país (ver Figura 5).

Figura 5

Comparación de bienestar en términos generales respecto a antes de la pandemia según región



5.1.4. IMPACTO EN EL ÁREA PSICOSOCIAL

Respecto del grupo conviviente, más del 30,0% de las mujeres de entre 60 a 74 años vivían solas. En el grupo de mayores de 75, este porcentaje se incrementó a más del 35,0% (ver Tabla 16). Los dos grupos de edad informaron convivir con la pareja en un porcentaje similar, levemente mayor al 30,0% (ver Tabla 17). Las mayores diferencias entre ambos grupos se dieron respecto de la convivencia con pareja, hijas/os (mayor en las mujeres menores de 74 años), solo con hijas/os (mayor en las mayores de 75 años) y con cuidador/a y familiares (mayor en las de 75 años y más).

Tabla 16

Mujeres que viven solas según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	SÍ		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	55	31,6	119	68,4	174	100,0
75 años y más	45	35,7	81	64,3	126	100,0

Tabla 17

Vínculos con los que se convive según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Con pareja	60 a 74 años	79	66,4	40	33,6	119	100,0
	75 años y más	54	66,7	27	33,3	81	100,0
Con pareja, hijas e hijos	60 a 74 años	92	77,3	27	22,7	119	100,0
	75 años y más	73	90,1	8	9,9	81	100,0
Con hijas e hijos	60 a 74 años	80	67,2	39	32,8	119	100,0
	75 años y más	49	60,5	32	39,5	81	100,0
Con pareja y otras u otros familiares	60 a 74 años	115	96,6	4	3,4	119	100,0
	75 años y más	79	97,5	2	2,5	81	100,0
Con otras u otros familiares	60 a 74 años	111	93,3	8	6,7	119	100,0
	75 años y más	74	91,4	7	8,6	81	100,0
Con cuidadora o cuidador	60 a 74 años	119	100,0	0	0,0	119	100,0
	75 años y más	80	98,8	1	1,2	81	100,0
Con cuidadora o cuidador y familiares	60 a 74 años	118	67,8	1	0,6	119	68,4
	75 años y más	77	61,1	4	3,2	81	64,3

Además, más del 15,0% de las mujeres de ambos grupos de edad informaron ser cuidadoras de alguna de las personas con las que convive. Este porcentaje fue más alto en el grupo de mayores de 75 años.

Alrededor del 70,0% de las mujeres mayores percibieron que los vínculos con los que convivieron durante la pandemia fueron su principal apoyo y favoreció no sentirse solas y sobrellevar la cuarentena. Además, para la mayoría, esta convivencia no fue un impedimento para encontrar espacios de intimidad ni generó discusiones por el uso de los espacios ni una mayor carga de tareas domésticas. Si bien alrededor del 40,0% informó que este tiempo compartido fortaleció el vínculo, aproximadamente un 25,0% no registró un cambio en este sentido.

Respecto de la interacción con familiares con quienes no convivían, las participantes informaron contactarse más a través del teléfono o videollamadas que personalmente. Los resultados fueron similares para los dos grupos de edad (ver Tabla 18). La interacción de las mujeres con todos los vínculos indagados fue caracterizada como muy frecuente en más del 40,0%. La mayor frecuencia se presentó con la pareja y las hijas e hijos (ver Tabla 19). También se indagó la satisfacción con la relación con estos vínculos: todos fueron caracterizados en más del 50,0% de los casos como muy satisfactorios y las parejas, hijas, hijos, nietas y nietos en más del 70%.

Tabla 18

Frecuencia y tipo de interacciones semanales con familiares no convivientes según grupo de edad

FRECUENCIA DE INTERACCIONES	GRUPO DE EDAD	PROMEDIO	DESVÍO
¿Con cuántos interactúa personalmente al menos una vez a la semana?	60 a 74 años	2,8	2,2
	75 años y más	2,9	2,1
¿Con cuántos interactúa por teléfono o virtualmente al menos una vez a la semana?	60 a 74 años	5,0	2,1
	75 años y más	5,2	2,1

Tabla 19

Frecuencia de interacción por vínculo según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	POCO O NADA		MEDIANAMENTE		MUY FRECUENTE		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Pareja	60 a 74 años	3	3,7	9	11,1	69	85,2	81	100,0
	75 años y más	3	7,7	1	2,6	35	89,7	39	100,0
Hijos e hijas	60 a 74 años	2	1,2	25	15,2	137	83,5	164	100,0
	75 años y más	1	0,9	13	11,4	100	87,7	114	100,0
Padre/Madre	60 a 74 años	1	4,0	6	24,0	18	72,0	25	100,0
	75 años y más	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Hermanas y hermanos	60 a 74 años	26	20,2	47	36,4	56	43,4	129	100,0
	75 años y más	11	14,7	23	30,7	41	54,7	75	100,0
Nietos y nietas	60 a 74 años	4	2,8	39	27,3	100	69,9	143	100,0
	75 años y más	7	6,3	31	27,7	74	66,1	112	100,0
Amistades	60 a 74 años	20	13,1	50	32,7	83	54,2	153	100,0
	75 años y más	14	12,8	34	31,2	61	56,0	109	100,0

En términos generales, más del 65,0% de las participantes informaron que los vínculos explorados no cambiaron a partir de la pandemia. Sin embargo, para más de un 20,0% de las mujeres mayores de 75 años se produjo una mejora en el vínculo con sus hijas/os y nietas/os. En contraste, un 16,0% de las menores de 74 años experimentó un cambio negativo en la relación con sus madres y padres (ver Tabla 20).

Tabla 20
Cambios en la calidad del vínculo según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	EMPEORÓ		SE MANTUVO IGUAL		MEJORÓ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Pareja	60 a 74 años	4	5,0	65	80,2	12	14,8	81	100,0
	75 años y más	3	7,7	33	84,6	3	7,7	39	100,0
Hijos/as	60 a 74 años	4	2,4	133	81,1	27	16,5	164	100,0
	75 años y más	2	1,8	87	76,3	25	21,9	114	100,0
Padre/Madre	60 a 74 años	4	16,0	17	68,0	4	16,0	25	100,0
	75 años y más	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hermanos/as	60 a 74 años	6	4,7	112	86,8	11	8,5	129	100,0
	75 años y más	1	1,3	63	84,0	11	14,7	75	100,0
Nietos/as	60 a 74 años	7	4,9	117	81,8	19	13,3	143	100,0
	75 años y más	1	0,9	88	78,6	23	20,5	112	100,0
Otros familiares	60 a 74 años	6	5,1	101	85,6	11	9,3	118	100,0
	75 años y más	2	2,3	72	83,7	12	14,0	86	100,0
Amigos/as	60 a 74 años	14	9,2	116	75,8	23	15,0	153	100,0
	75 años y más	6	5,5	90	82,6	13	11,9	109	100,0

Respecto a los cuidados provistos por estos vínculos, la mayor parte del apoyo provino de las parejas, hijas/os, nietas/os y amistades. Al comparar los grupos de edad, se observa que las hijas e hijos proveen más ayuda a las mayores de 75 años, mientras que el vínculo con las madres y padres fue caracterizado mayoritariamente como proveedor de poca ayuda.

En cuanto al perfil del tipo de ayuda provista, más del 50% del apoyo simultáneo en tareas concretas y compañía emocional fue proporcionado por las parejas, hijas/os (más frecuente en las mujeres de 75 años y más), nietas/os y amistades. El vínculo con amistades, hermanas/os, nietas/os y otros familiares fue caracterizado en aproximadamente la mitad de los casos como proveedor de apoyo emocional. Las nueras y yernos presentaron un perfil mixto, fueron caracterizados en igual medida como proveedores de ambos tipos de ayuda, compañía o como no proveedores de ningún tipo de ayuda (ver Tabla 21).

Tabla 21
Tipos de ayuda por vínculo según grupo de edad

INDICADORES	GRUPO DE EDAD	AMBOS TIPOS		TAREAS CONCRETAS		APOYO EMOCIONAL		NO AYUDA		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pareja	60 a 74 años	47	58,0	11	13,6	19	23,5	4	4,9	81	100,0
	75 años y más	22	56,4	5	12,8	8	20,5	4	10,3	39	100,0
Hija	60 a 74 años	70	50,7	7	5,1	52	37,7	9	6,5	138	100,0
	75 años y más	63	65,6	4	4,2	25	26,0	4	4,2	96	100,0
Hijo	60 a 74 años	73	53,7	9	6,6	42	30,9	12	8,8	136	100,0
	75 años y más	59	69,4	4	4,7	17	20,0	5	5,9	85	100,0
Hermanos y hermanas	60 a 74 años	12	9,3	6	4,7	70	54,3	41	31,7	129	100,0
	75 años y más	7	9,5	2	2,7	34	44,6	32	43,2	75	100,0
Nietos/as	60 a 74 años	16	11,2	4	2,8	95	66,4	28	19,6	143	100,0
	75 años y más	20	17,9	3	2,7	68	60,7	21	18,8	112	100,0
Padre	60 a 74 años	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100,0
	75 años y más	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Madre	60 a 74 años	1	3,7	6	22,2	10	37,0	6	37,0	23	100,0
	75 años y más	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yernos/ Nueras	60 a 74 años	39	29,8	11	8,4	52	39,7	29	22,1	131	100,0
	75 años y más	31	32,3	4	4,2	29	30,2	32	33,3	96	100,0
Otros familiares	60 a 74 años	16	13,6	5	4,2	57	48,3	40	33,9	118	100,0
	75 años y más	14	16,2	1	1,2	36	41,9	35	40,7	86	100,0
Vecinas y vecinos encargados	60 a 74 años	13	10,6	29	23,6	30	24,4	51	41,4	123	100,0
	75 años y más	14	14,7	10	10,5	23	24,2	48	50,6	95	100,0
Amistades	60 a 74 años	26	17,0	6	3,9	101	66,0	20	13,1	153	100,0
	75 años y más	17	15,6	1	0,9	68	62,4	23	21,1	109	100,0
Cuidadora o cuidador	60 a 74 años	2	12,5	7	43,8	1	6,3	6	37,5	16	100,0
	75 años y más	6	31,6	2	10,5	4	21,1	7	36,8	19	100,0

Respecto de las personas a quienes se brinda ayuda (ver Tabla 22), las mujeres mayores son quienes ayudan a la mayoría de los tipos de vínculos explorados. La excepción fue que, en más de un 60,0% de los casos, ambos grupos de edad informaron no ayudar a su padre. Al comparar según grupo de edad, se encontraron algunas diferencias porcentuales a destacar: las menores de 74 años informaron ayudar más que las mayores a todos los tipos de vínculos, exceptuando a las hermanas y hermanos.

En general, durante la pandemia, las mujeres mayores mantuvieron los vínculos que tenían antes de este suceso (más del 75,0%). En el caso de las menores de 74 años, se observa que durante este período se perdieron y se ganaron vínculos (alrededor del 12,0%). Las mayores de 75 años que percibieron cambios, informaron mayor frecuencia de pérdidas que de incorporaciones (11,1% vs 6,35%).

Tabla 22

Ayuda brindada a vínculos según grupo de edad

INDICADORES	GRUPO DE EDAD	SÍ		NO		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Pareja	60 a 74 años	3	3,7	78	96,3	81	100,0
	75 años y más	6	15,4	33	84,6	39	100,0
Hija	60 a 74 años	18	12,8	123	87,2	141	100,0
	75 años y más	24	24,2	75	75,8	99	100,0
Hijo	60 a 74 años	21	15,4	115	84,6	136	100,0
	75 años y más	20	22,5	69	77,5	89	100,0
Hermanas y hermanos	60 a 74 años	50	38,8	79	61,2	129	100,0
	75 años y más	26	34,7	49	65,3	75	100,0
Nietas y nietos	60 a 74 años	16	11,2	127	88,8	143	100,0
	75 años y más	28	25,0	84	75,0	112	100,0
Padre	60 a 74 años	1	25,0	3	75,0	4	100,0
	75 años y más	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Madre	60 a 74 años	9	39,1	14	60,9	23	100,0
	75 años y más	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yernos/nueras	60 a 74 años	45	34,4	86	65,6	131	100,0
	75 años y más	43	44,8	53	55,2	96	100,0
Otros familiares	60 a 74 años	53	44,9	65	55,1	118	100,0
	75 años y más	44	51,2	42	48,8	86	100,0
Amistades	60 a 74 años	39	25,5	114	74,5	153	100,0
	75 años y más	34	31,2	75	68,8	109	100,0
Vecinas y vecinos encargados	60 a 74 años	57	46,3	66	53,7	123	100,0
	75 años y más	50	52,6	45	47,4	95	100,0

Respecto del impacto en la frecuencia de la interacción, alrededor del 80,0% de las participantes informó que el contacto se mantuvo o se incrementó a partir de la pandemia. En relación a la calidad de los vínculos con amistades y familiares, más del 70,0% de ambos grupos de edad mencionó que sus lazos no se modificaron. Las mujeres menores de 74 años manifestaron más mejora que deterioro de sus relaciones y las mayores de 75 expresaron un porcentaje similar de deterioro y mejora (ver Tabla 23).

Tabla 23

Comparación de cambios en los vínculos con amistades y familiares en términos generales según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	SE DETERIORARON		SE MANTUVIERON		MEJORARON		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	10	5,8	137	78,7	27	15,5	174	100,00
75 años y más	16	12,7	93	73,8	17	13,5	126	100,00

Al comparar por regiones, las mujeres de Noroeste y Patagonia Sur informaron mayor cantidad de pérdidas de vínculos en sus redes, pero al mismo tiempo también en dichas zonas se informaron nuevas incorporaciones. Las regiones con balance más positivo entre pérdida e incorporación de vínculos fueron Nuevo Cuyo y CABA (ver Figura 6). La frecuencia de contacto con los vínculos disminuyó en mayor medida en las regiones de Resto de Provincia de Buenos Aires y Noroeste (ver Figura 7). Si bien en general los vínculos se mantuvieron estables, en términos generales se reportó mayor frecuencia de deterioro en Noreste, Noroeste, Patagonia Sur, Patagonia Norte y Resto de Provincia de Buenos Aires (ver Figura 8).

Figura 6

Comparación de cambios en los vínculos con amistades y familiares en términos generales según grupo de edad

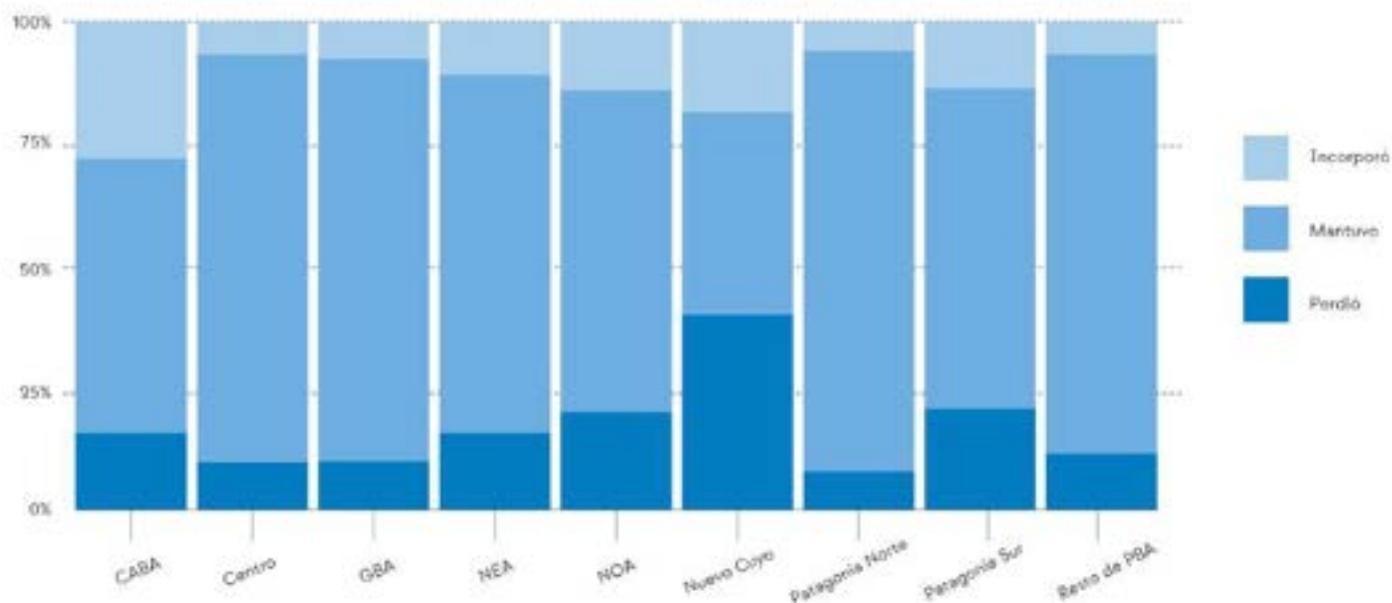


Figura 7

Comparación de la interacción y frecuencia de contacto con amigos/as y familiares en términos generales según región

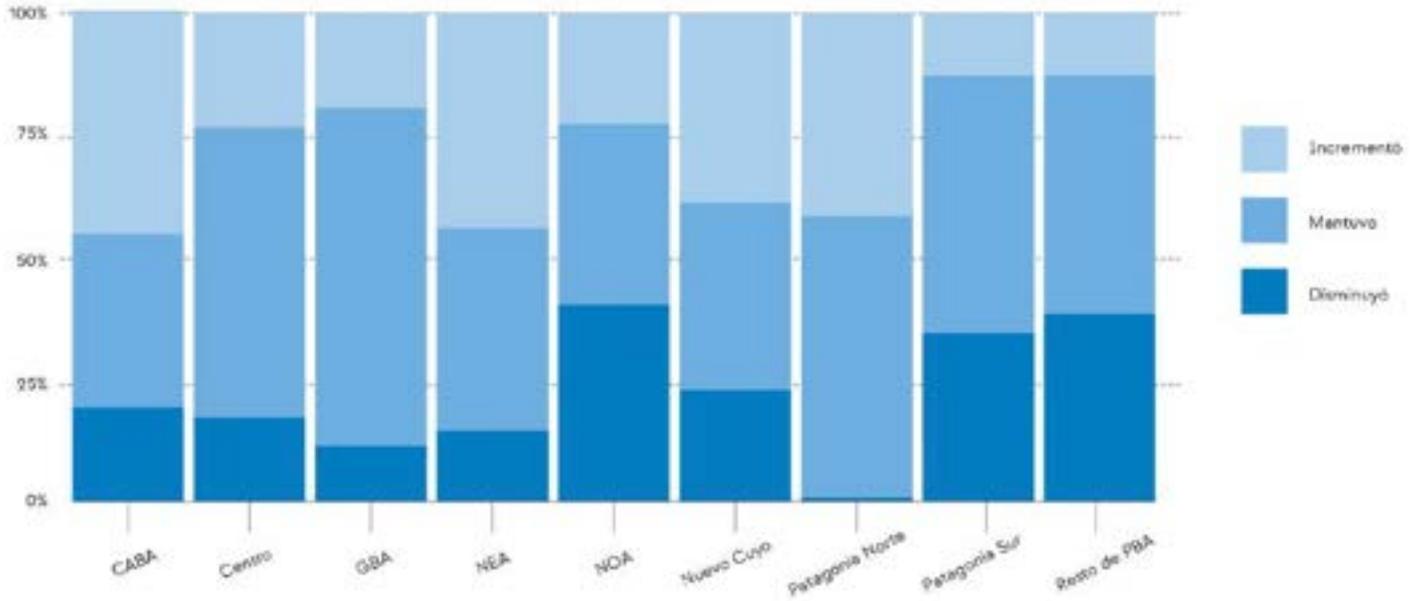
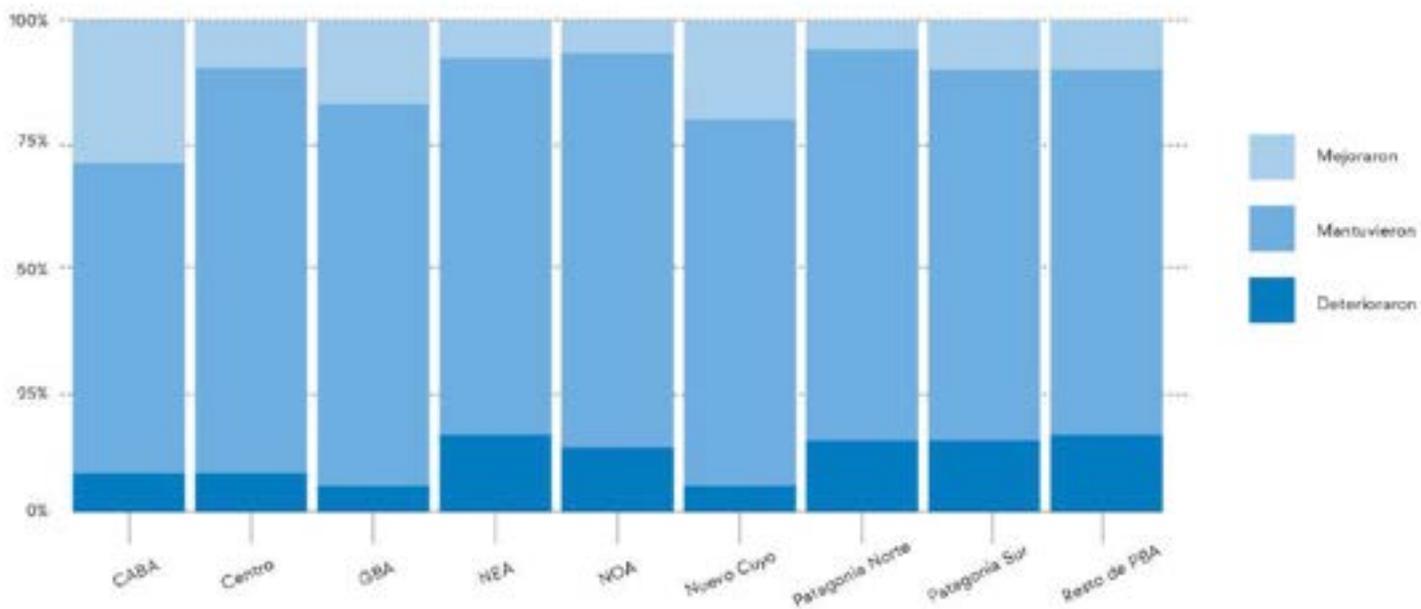


Figura 8

Comparación de cambios en los vínculos con amistades y familiares en términos generales según región



5.1.5. SERVICIOS DE APOYO FORMAL Y CUIDADO

Respecto de la cobertura de salud, más del 70,0% de las participantes informaron contar solo con PAMI. Alrededor del 15,0% de las menores de 74 años contaba con doble cobertura de PAMI y una prepaga, y un porcentaje similar de las mayores de 75 años expresó tener PAMI y otra obra social (ver Tabla 24). Alrededor del 80,0% de las participantes utiliza con mayor frecuencia PAMI, seguido del uso de la prepaga (ver Tabla 25).

Casi el 90% de las mujeres participantes estaban jubiladas y de ellas, más del 50% eran amas de casa. Las principales ocupaciones previas a la jubilación fueron empleadas o cuentapropistas.

Tabla 24

Prestadores de salud con los que se cuenta según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	SOLO PAMI		PAMI Y OBRA SOCIAL		PAMI Y PREPAGA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	126	72,4	22	12,6	26	15,0	174	100,00
75 años y más	93	73,9	21	16,6	12	9,5	126	100,00

Tabla 25

Prestador de salud utilizado con mayor frecuencia según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	PAMI		PREPAGA		OTRA OBRA SOCIAL		SISTEMA PÚBLICO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	139	79,8	18	10,3	15	8,6	2	1,2	174	100,00
75 años y más	111	88,1	4	3,2	11	8,7	0	0,0	126	100,00

Los apoyos formales más frecuentes dentro del hogar fueron las empleadas domésticas. Esto fue más importante aún para el grupo de mujeres mayores de 75 años, que contaron con esta ayuda en más de un 25,0%. Más del 7,0% de las mujeres del grupo de más edad contaban con el apoyo de cuidadora o cuidador domiciliario (ver Tabla 26). El 63,3% de estos casos contaban con algún subsidio para solventar el costo de esta ayuda (ver Tabla 27).

Tabla 26

Prestadores de salud con los que se cuenta según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
¿Recibe apoyo de cuidadora o cuidador formal en su hogar?	60 a 74 años	171	98,3	3	1,7	174	100,0
	75 años y más	117	92,9	9	7,1	126	100,0
¿Recibe apoyo de acompañante terapéutico en su hogar?	60 a 74 años	172	98,9	2	1,1	174	100,0
	75 años y más	125	99,2	1	0,8	126	100,0
¿Recibe apoyo de empleada o empleado doméstica en su hogar?	60 a 74 años	157	90,2	17	9,8	174	100,0
	75 años y más	92	73,0	34	27,0	126	100,0

Tabla 27

Subsidio para cuidadora o cuidador según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	NO		SÍ, DE PAMI		SÍ, DE OTRA OBRA SOCIAL		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	1	33,3	2	66,4	0	0,0	3	100,0
75 años y más	4	44,4	3	33,4	2	22,2	9	100,0

Un porcentaje bajo de las mujeres mayores buscaron apoyo psicológico debido al aislamiento producido por la pandemia. Puede observarse que este tipo de ayuda fue solicitado con una mayor frecuencia por las mujeres menores de 74 años (ver Tabla 28).

Tabla 28

Búsqueda de contención psicológica por el aislamiento según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	NO		EN PAMI		EN SERVICIOS PRIVADOS		EN SERVICIOS PÚBLICOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	158	90,8	5	2,9	9	5,2	2	1,1	174	100,0
75 años y más	122	96,8	2	1,6	2	1,6	0	0,0	126	100,0

Respecto de las adaptaciones de servicios de los apoyos formales durante la pandemia, el más valorado fue la implementación de las recetas digitales. Las restantes adaptaciones no fueron utilizadas por más del 50,0% de las participantes, aunque para las que las utilizaron fueron valoradas positivamente (ver Tabla 29).

Tabla 29

Utilidad de las adaptaciones de los apoyos formales durante la pandemia según grupo de edad

	GRUPO DE EDAD	POCO ÚTIL		ÚTIL		MUY ÚTIL		NO LO USÉ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Recetas digitales	60 a 74 años	7	4,0	45	25,9	86	49,4	36	36	174	100,0
	75 años y más	9	7,1	28	22,2	56	44,4	33	33	126	100,0
PAMI virtual	60 a 74 años	23	13,2	31	17,8	32	18,4	88	88	174	100,0
	75 años y más	15	11,9	15	11,9	29	23,0	67	67	126	100,0
Atención médica virtual	60 a 74 años	19	10,9	21	12,1	39	22,4	95	95	174	100,0
	75 años y más	11	8,7	12	9,5	26	20,6	77	77	126	100,0
Prórroga en fe de vida	60 a 74 años	6	3,4	32	18,4	34	19,5	102	102	174	100,0
	75 años y más	5	4,0	19	15,1	27	21,4	75	75	126	100,0

Alrededor del 80,0% de las participantes manifestó estar medianamente satisfecha o satisfecha respecto de las ayudas del sector público frente a la pandemia. Al comparar por región del país, la mayor insatisfacción se reportó en CABA, Resto de la Provincia de Buenos Aires y NEA, y la mayor satisfacción en Noroeste y Patagonia Norte (ver Figura 9). Las y los profesionales de la salud y los servicios de apoyo y acompañamiento desarrollados frente a este suceso fueron los apoyos a los que las mujeres mayores recurrieron con mayor frecuencia. Esta ayuda fue solicitada por más del 20,0% (ver Tabla 30). Por su parte, más de la mitad considera que la información que proveyó el Estado sobre el COVID-19 fue satisfactoria (ver Tabla 31).

Figura 9

Valoración general de las ayudas provistas desde el sector público (Nación, Provincia, Municipio) según región

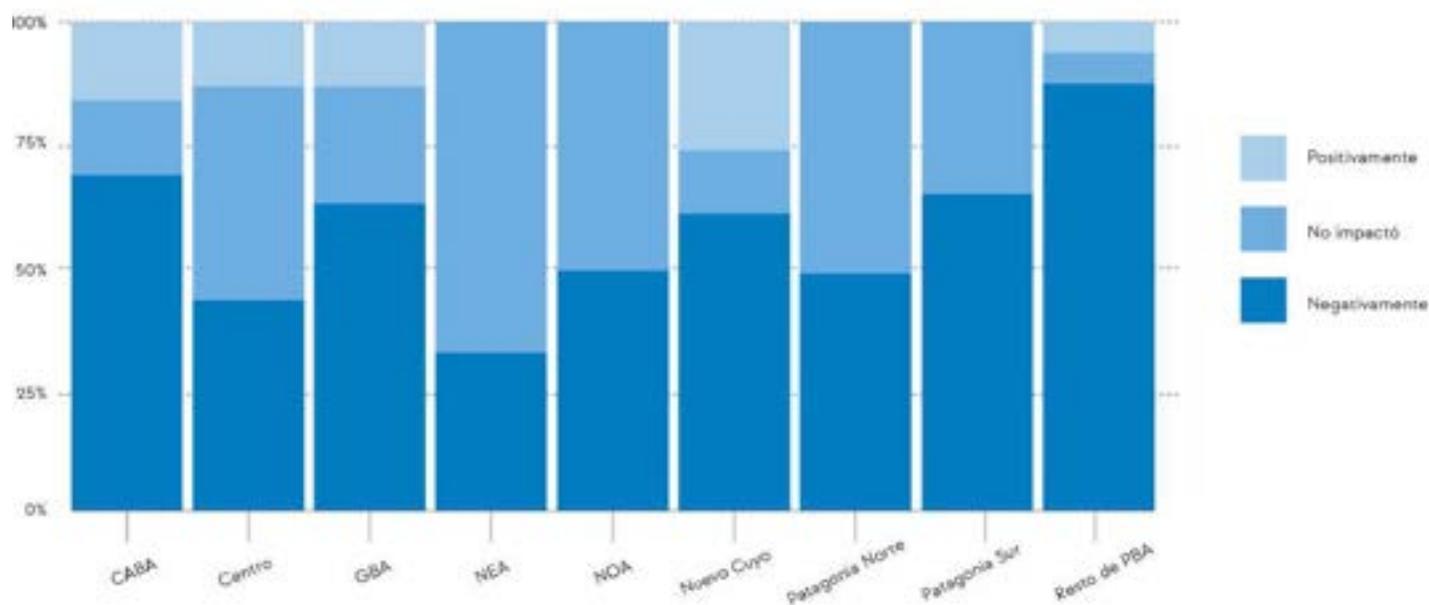


Tabla 30

Ayudas recibidas desde el sector público y comunitario según grupo de edad

AYUDAS	GRUPO DE EDAD	SÍ		NO		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Subsidio/ayuda económica/ crédito/reducción de tarifas de servicios	60 a 74 años	154	88,5	20	11,5	174	100,0
	75 años y más	114	90,5	12	9,5	126	100,0
Ayuda alimentaria/vianda/bolsón	60 a 74 años	159	91,4	15	8,6	174	100,0
	75 años y más	121	96,0	5	4,0	126	100,0
Agente comunitario/dirigente barrial	60 a 74 años	167	96,0	7	4,0	174	100,0
	75 años y más	121	96,0	5	4,0	126	100,0
Profesionales de la salud	60 a 74 años	128	73,6	46	26,4	174	100,0
	75 años y más	87	69,0	39	31,0	126	100,0
Docentes o profesores/as	60 a 74 años	162	93,1	12	6,9	174	100,0
	75 años y más	120	95,2	6	4,8	126	100,0
Servicios públicos de apoyo y contención/acompañamientos para la situación de pandemia	60 a 74 años	119	68,4	55	31,6	174	100,0
	75 años y más	98	77,8	28	22,2	126	100,0
Talleres o actividades públicas	60 a 74 años	157	90,2	17	9,8	174	100,0
	75 años y más	114	90,5	12	9,5	126	100,0

Tabla 31

Satisfacción con información provista por el Estado acerca del COVID-19 según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	INSATISFACTORIA		MEDIANAMENTE SATISFACTORIA		SATISFACTORIA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	19	10,9	59	33,9	96	55,2	174	100,00
75 años y más	13	10,3	53	42,1	60	47,6	126	100,00

La mayor parte de las mujeres encuestadas no participaban de dispositivos psicosociales para personas mayores antes de la pandemia. Quienes sí participaban lo hacían mayoritariamente en centros de jubilados/as (ver Tabla 32). Más de un 50,0% no continuó su participación en los diferentes dispositivos por falta de una propuesta de continuidad (ver Tabla 33), pero más del 40,0% consideró que las adecuaciones realizadas para compensar la falta de presencialidad fueron suficientes (ver Tabla 34). Para más de la mitad de las usuarias de estos dispositivos, no poder participar presencialmente en estos espacios fue negativo para su vida cotidiana (ver Tabla 35). Al comparar según la región del país, se encontró que el impacto negativo fue informado con mayor frecuencia en Resto de Provincia de Buenos Aires, CABA, Gran Buenos Aires y Patagonia Sur. Nuevo Cuyo fue la zona geográfica donde las mujeres informaron mayores ventajas al de no asistir presencialmente a los dispositivos (ver Figura 10).

Tabla 32

Participación en dispositivos previamente a la pandemia según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	CENTRO DE JUBILADOS/AS		UPAMI		CLUB DE DÍA		CENTRO DE DÍA		OTROS		NO PARTICIPÓ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	29	16,7	9	5,2	4	2,3	0	0,0	18	10,3	114	65,5	174	100,0
75 años y más	25	19,8	6	4,8	0	0,0	1	0,8	18	14,3	76	60,3	126	100,0

Tabla 33

Participación en dispositivos de manera virtual durante la pandemia según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	NO, PORQUE NO HUBO PROPUESTA VIRTUAL		NO, PORQUE NO QUISE		SÍ		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	33	55,0	10	16,7	17	28,3	60	100,0
75 años y más	27	54,0	8	16,0	15	30,0	50	100,0

Tabla 34

Valoración de las compensaciones en los dispositivos durante la pandemia según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	INSUFICIENTES		POCO SUFICIENTES		SUFICIENTES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	16	26,7	17	28,3	27	45,0	45,0	100,0
75 años y más	14	28,0	15	30,0	21	42,0	42,0	100,0

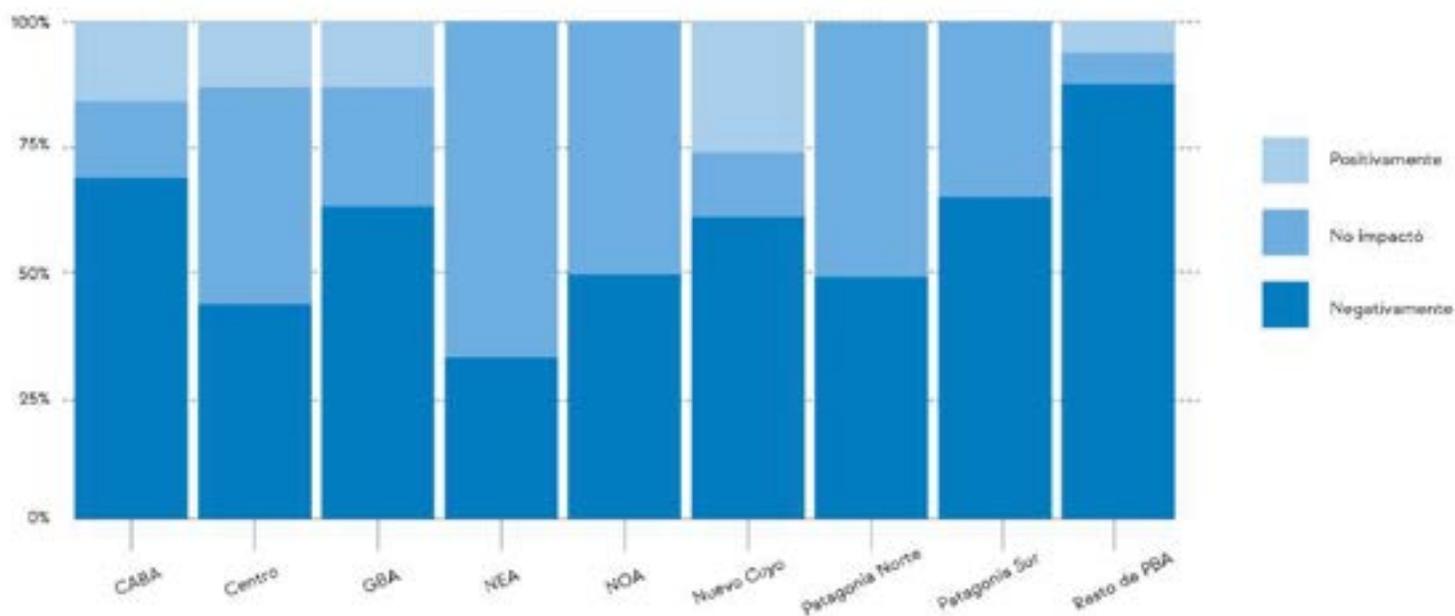
Tabla 35

Impacto en la vida cotidiana de la no presencialidad de los dispositivos según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	NEGATIVAMENTE		NO IMPACTÓ		POSITIVAMENTE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	36	60,0	18	30,0	6	10,0	60	100,0
75 años y más	32	64,0	14	28,0	4	8,0	50	100,0

Figura 10

Impacto en la vida cotidiana de la no presencialidad de los dispositivos según región



Respecto al COVID-19, aproximadamente un 10,0% informó haber tenido el virus o sintomatología compatible con el mismo. Las mujeres mayores de 75 años requirieron más ayuda -en su mayoría, de hijas/os- que las más jóvenes durante el transcurso de la enfermedad, y de ellas, más de la mitad necesitaron intervención médica, pero solo un grupo minoritario requirió internación.

La asistencia durante la enfermedad fue mayoritariamente provista por familiares, cuidadoras, cuidadores y PAMI. La ayuda recibida de las dos primeras opciones fue percibida como muy satisfactoria en más del 75,0% de los casos y la proporcionada por PAMI fue considerada del mismo modo por la mayoría de las mujeres del grupo de 60 a 74 años (ver Tabla 36).

Tabla 36

Grado de satisfacción con la asistencia provista durante la enfermedad según grupo de edad

ASISTENCIAS	GRUPO DE EDAD	NO RECIBÍ AYUDA		POCO SATISFACTORIA		MEDIANAMENTE SATISFACTORIA		MUY SATISFACTORIA		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sistema público	60 a 74 años	7	53,8	2	15,4	1	7,7	3	23,1	13	100,0
	75 años y más	5	41,7	0	0,0	1	8,3	6	50,0	12	100,0
PAMI	60 a 74 años	5	38,5	0	0,0	1	7,7	7	53,8	13	100,0
	75 años y más	3	25,0	4	33,3	1	8,3	4	33,3	12	100,0
Otra obra social	60 a 74 años	11	84,6	0	0,0	1	7,7	1	7,7	13	100,0
	75 años y más	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	100,0
Sistema privado	60 a 74 años	8	61,5	1	7,7	1	7,7	3	23,1	13	100,0
	75 años y más	11	91,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3	12	100,0
Cuidadoras o cuidadores	60 a 74 años	2	15,4	0	0,0	0	0,0	11	84,6	13	100,0
	75 años y más	0	0,0	0	0,0	1	8,3	11	91,7	12	100,0
Familia	60 a 74 años	1	7,7	0	0,0	0	0,0	12	92,3	13	100,0
	75 años y más	1	8,3	0	0,0	2	16,7	9	75,0	12	100,0
Amistades	60 a 74 años	7	53,8	1	7,7	2	15,4	3	23,1	13	100,0
	75 años y más	6	50,0	0	0,0	1	8,3	5	41,7	12	100,0
Vecinas o vecinos	60 a 74 años	9	69,2	1	7,7	0	0,00	3	23,0	13	100,0
	75 años y más	7	58,3	0	0,0	1	8,3	4	33,3	12	100,0

Respecto de la vacunación, al momento de la recolección de los datos, más del 67,0% de las participantes habían recibido la primera dosis. Un porcentaje bajo se había negado a recibir la vacuna (ver Tabla 37). Los beneficios percibidos de recibir la vacuna son valorados por la mayoría de las mujeres. Especialmente consideran que se disminuye el riesgo de enfermarse gravemente y mejora su calidad de vida (ver Tabla 38).

Tabla 37

Vacunación según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	RECIBÍ UNA DOSIS		RECIBÍ DOS DOSIS		NO ME ASIGNARON TURNO		NO QUISE RECIBIRLA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	121	69,5	39	22,4	10	5,7	4	2,3	174	100,00
75 años y más	85	67,4	31	24,6	3	2,3	7	5,5	126	100,00

Tabla 38

Beneficios percibidos de la vacunación según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Disminuye sus riesgos de enfermarse gravemente	60 a 74 años	10	5,7	164	94,3	174	100,0
	75 años y más	9	7,1	117	92,9	126	100,0
Amplía sus posibilidades de interactuar con familiares	60 a 74 años	41	23,6	133	76,4	174	100,0
	75 años y más	33	26,2	93	73,8	126	100,0
Amplía sus posibilidades de participar en actividades sociales/educativas/culturales	60 a 74 años	73	42,0	101	58,0	174	100,0
	75 años y más	46	36,5	80	63,5	126	100,0
Mejora su calidad de vida	60 a 74 años	24	13,8	150	86,2	174	100,0
	75 años y más	13	10,3	113	89,7	126	100,0

Las dificultades actuales percibidas tuvieron una mayor frecuencia en las áreas de salud, economía, aislamiento social, trámites y movilidad. Las mujeres mayores de 75 años evidenciaron porcentajes más elevados en todas las dificultades excepto en las económicas. A su vez, las más frecuentes fueron las referidas a salud, aislamiento social, trámites y movilidad (ver Tabla 39). El Estado fue percibido como el principal potencial proveedor de ayuda para resolver estas dificultades (ver Tabla 40). Esta percepción fue la más frecuente en la mayoría de las regiones del país, especialmente en Patagonia Norte, donde el Estado fue reconocido como la única fuente de apoyo (ver Figura 11). Las posibles ayudas estatales más valoradas fueron apoyos de tipo económico, programas de asistencia y actividades de entretenimiento virtual (ver Tabla 41).

Tabla 39

Áreas en las que se perciben dificultades actualmente según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Salud	60 a 74 años	112	64,4	62	35,6	174	100,0
	75 años y más	69	54,8	57	45,2	126	100,0
Económica	60 a 74 años	111	63,8	63	36,2	174	100,0
	75 años y más	100	79,4	26	20,6	126	100,0
Movilidad	60 a 74 años	142	81,6	32	18,4	174	100,0
	75 años y más	83	65,9	43	34,1	126	100,0
Alimentación	60 a 74 años	163	93,7	11	6,3	174	100,0
	75 años y más	118	93,7	8	6,3	126	100,0
Tareas del hogar	60 a 74 años	141	81,0	33	19,0	174	100,0
	75 años y más	99	78,6	27	21,4	126	100,0
Aislamiento social	60 a 74 años	130	74,7	44	25,3	174	100,0
	75 años y más	86	68,3	40	31,7	126	100,0
Trámites	60 a 74 años	133	76,4	41	23,6	174	100,0
	75 años y más	89	70,6	37	29,4	126	100,0
Compras	60 a 74 años	156	89,7	18	10,3	174	100,0
	75 años y más	106	84,1	20	15,9	126	100,0

Tabla 40

Tipo de ayuda que podría mejorar las dificultades percibidas según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Asistencia profesional	60 a 74 años	121	69,5	53	30,5	174	100,0
	75 años y más	74	58,7	52	41,3	126	100,0
Ayuda familiar	60 a 74 años	133	76,4	41	23,6	174	100,0
	75 años y más	94	74,6	32	25,4	126	100,0
Ayuda del Estado	60 a 74 años	88	50,6	86	49,4	174	100,0
	75 años y más	72	57,1	54	42,9	126	100,0

Figura 11

Tipo de ayuda que podría mejorar las dificultades percibidas según región

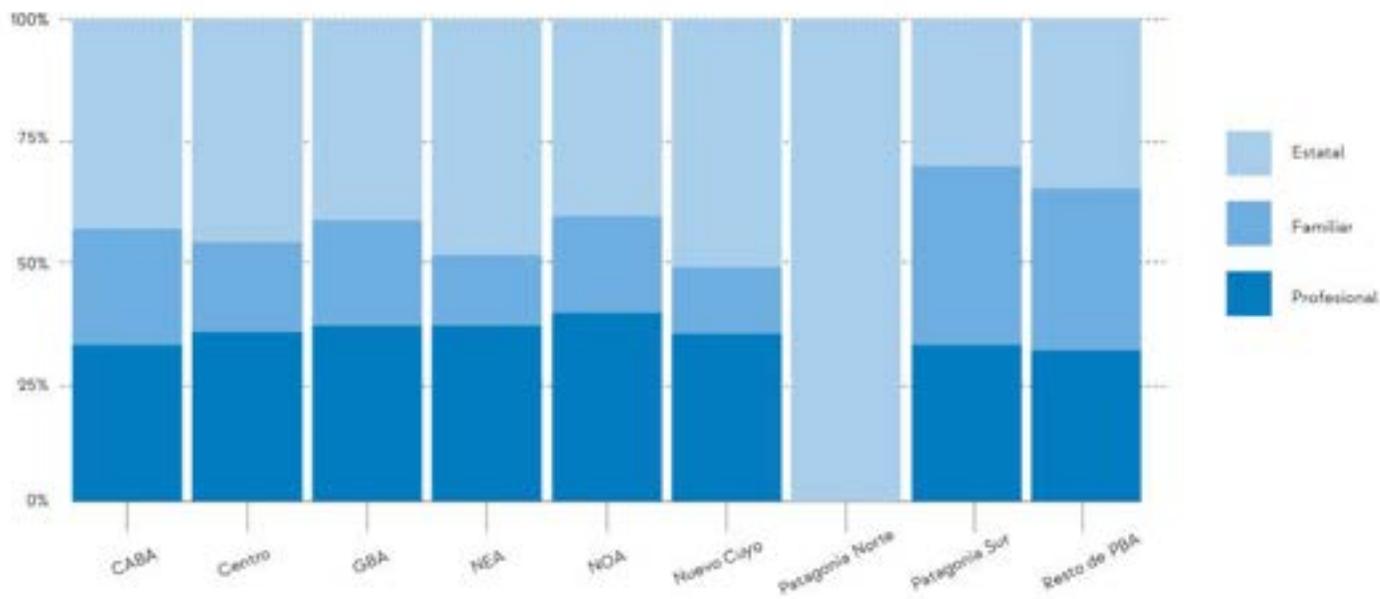


Tabla 41

Tipo de ayuda estatal que podría mejorar las dificultades percibidas según grupo de edad

INDICADOR	GRUPO DE EDAD	NO		SÍ		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Vivienda	60 a 74 años	156	89,7	18	10,3	174	100,0
	75 años y más	113	89,7	13	10,3	126	100,0
Económica	60 a 74 años	93	53,4	81	46,6	174	100,0
	75 años y más	82	65,1	44	34,9	126	100,0
Alimentación	60 a 74 años	145	83,3	29	16,7	174	100,0
	75 años y más	110	87,3	16	12,7	126	100,0
Servicio de cuidados	60 a 74 años	158	90,8	16	9,2	174	100,0
	75 años y más	111	88,1	15	11,9	126	100,0
Programas de asistencia/apoyo	60 a 74 años	129	74,1	45	25,9	174	100,0
	75 años y más	95	75,4	31	24,6	126	100,0
Actividad de entretenimiento virtual	60 a 74 años	131	75,3	43	24,7	174	100,0
	75 años y más	100	79,4	26	20,6	126	100,0
No requiero ninguna otra ayuda del Estado	60 a 74 años	121	69,5	53	30,5	174	100,0
	75 años y más	84	66,7	42	33,3	126	100,0

5.1.6. AYUDAS REQUERIDAS Y DEBILIDADES DE LOS SERVICIOS DE APOYO FORMAL

Las debilidades de los servicios de cuidado y las necesidades de ayuda que requieren las mujeres mayores fueron diferenciadas por grupo de edad ya que se hallaron algunas particularidades específicas para cada uno de ellos. Los datos que a continuación se exponen corresponden al análisis de las preguntas abiertas del cuestionario. Las viñetas que se incluyen son transcripciones de los textos que incluyeron en el mismo.

MUJERES DE 60 A 74 AÑOS

Si bien no todas las mujeres entrevistadas mencionaron debilidades en los servicios de cuidado ni tener necesidades no resueltas, algunas sí describieron situaciones al respecto. Las respuestas involucraron solicitud de ayudas económicas, mejoras en el funcionamiento institucional, prestaciones varias, comunicación e información y asistencia judicial.

Solicitud de ayuda económica

Se mencionó la necesidad de ayudas para sí mismas y para otros/as familiares, tanto ayudas económicas efectivas como algún tipo de subsidio (o pensión), por ejemplo, para un/a hijo/a desempleado/a y con diagnóstico de depresión.

Se destaca la necesidad de subsidios, ya sea por tener algún tipo de discapacidad como para solventar el costo de servicios de cuidados domiciliarios o de acompañamiento terapéutico. Por otro lado, se solicitó un aumento en las jubilaciones y pensiones, dada la inflación actual, y la obligación de pagar alquileres y moratorias de ANSES. También se pidieron préstamos de este organismo, la Tarjeta Alimentar y la Tarifa Social.

Se explicitó la necesidad de una reducción en las tarifas de impuestos y servicios, sobre todo para aquellas personas que cobran la jubilación mínima y que alquilan. Esto último se concatena con el pedido de ayuda para obtener o reformar una vivienda.

Los trámites para acceder a la jubilación presentaron demoras y pausas por la pandemia, lo que generó preocupación debido a la necesidad de ingresos económicos.



“Necesito alguna ayuda económica, alguna pensión para mi hijo que está desempleado en este momento, o alguna ayuda asistencial, ya que está con un diagnóstico de depresión” (72 años, Centro).

“Necesito un subsidio para pagar al cuidador de mi marido postrado con Alzheimer, ayuda de internación domiciliaria, enfermera, kinesiólogo, psiquiatra porque estoy muy cansada de hacerlo sola. Tengo ayuda particular y es muy costoso. Solo puedo pagar 2 h. por día de la cuidadora. Solo tenemos 2 jubilaciones mínimas” (72 años, GBA).

“Un aumento en la jubilación, porque cobro la mínima con 30 años de aportes” (73 años, GBA).

“Considero necesario un aumento económico para la jubilación mínima” (66 años, NEA).

“Lo económico, no me alcanza. Trabajé 34 años en Ledesma y cobro la mínima” (72 años, NOA).

“Necesito una enfermera porque me falta una pierna y soy ciega, mi hija no puede trabajar porque me tiene que cuidar. Necesitamos hacer arreglos en la casa y no tenemos plata, me estoy bañando en el inodoro y no puedo salir al patio porque la puerta es muy angosta” (65 años, GBA).

“Soy una persona ciega, necesitaría ayuda para una cuidadora” (62 años, GBA).

“Ayuda para las tareas domésticas. Ayuda económica” (74 años, Nuevo Cuyo).

“Durante la pandemia se incendió mi casa y me resultó imposible lograr un tipo de ayuda precisa por parte del Estado. Por esa razón, gran parte de la ayuda económica que recibí es por parte de vecinos/as, familiares, amistades” (71 años, GBA).

“Es necesario ayuda con el tema de la vivienda. Alquiler y se me complica mucho el pago” (70 años, GBA).

“Reducción en las tarifas de servicios e impuestos. Jubilada con la mínima y pagando moratoria por ANSES” (68 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Necesito jubilarme de manera urgente. Empecé el trámite el año pasado antes de la pandemia y se suspendió debido al inicio de la misma. La jubilación aún no está resuelta y necesito ese ingreso económico” (62 años, NEA).

“Quedó en suspenso el tema de mi jubilación porque tuve inconvenientes familiares, me gustaría que se agilicen los trámites así ya puedo tener la jubilación” (69 años, Centro).

Funcionamiento institucional

Dentro esta categoría se mencionó que hay una gran espera para lograr concertar turnos médicos, por lo que las participantes solicitaron que sean más cercanos y se reduzca el tiempo para recibir atención por parte de especialistas. Además, se refirieron fallas en el sistema y dificultades en las reservas online. Por otra parte, se solicitó una reducción de la burocracia para destrabar trámites y facilitar la gestión de recetas (por ejemplo, la autorización para cónyuges), ya que algunos/as médicos/as no realizaban las recetas de manera electrónica.

Respecto a la atención, se solicitó mejorar su calidad y cantidad y que respondan las llamadas telefónicas. También pidieron un hospital exclusivo para personas afiliadas del PAMI y la posibilidad de lograr atención médica más cerca del domicilio.



En el caso de los trámites, aparecieron dificultades en las demoras e incompatibilidades por percibir otros beneficios.

“Turnos médicos. Demoras, complejidad para sacar turnos. Falta de sistema e inconvenientes en la comunicación” (73 años, Centro).

“Que se den turnos online en el laboratorio de PAMI” (70 años, Centro).

“Turnos de PAMI con menor tiempo de espera” (77 años, Patagonia Sur).

“Más control del hospital en donde me atiendo. No podía llegar a los médicos” (73 años, GBA).

“Quería tramitar la Tarjeta Alimentar y me respondieron que no me correspondía, si bien recibo el bolsón, es insuficiente para el mes” (62 años, NEA).

“Solicité cambio de médico de cabecera de PAMI, porque el actual no me permite realizar recetas digitales, sino que las entrega de manera presencial, y me queda lejos” (70 años, Nuevo Cuyo).

“Que pongan un hospital exclusivo de PAMI más cerca del domicilio” (74 años, GBA).

“Que en Beccar atiendan el teléfono y den turnos” (74 años, GBA).

“Que PAMI mejore la calidad y cantidad de atención: que haya más turnos inmediatos, mayor disponibilidad de atención (...) no tener que esperar horas para que te atienda un especialista” (71 años, NEA).

Prestaciones

Dentro de esta categoría se nombraron diferentes prestaciones (médicas, alimentarias, medicamentos y sociales) que requieren y que no han logrado recibir aún.

Respecto a las visitas médicas, se solicitó internación domiciliaria, profesionales de la salud y la posibilidad de realizar extracciones para análisis clínicos a domicilio, vacunas en tiempo y forma, y atención médica sin tener que pasar primero por la guardia. Algunas dificultades se encontraron en la posibilidad de realizar interconsultas con especialistas. También se mencionó la necesidad de cuidados domiciliarios y de acompañamiento terapéutico.

En relación a las prestaciones alimentarias, se pidió recibir el bolsón de comida o algún tipo de asistencia alimentaria adicional. Para los medicamentos, también se solicitaron ayudas extras, dado que son caros y se dificulta su compra.

También se mencionó la necesidad de realizar talleres virtuales (grupos de reflexión), acompañamiento y contención emocional. Por otro lado, se reiteró la importancia de la educación tecnológica para aumentar los niveles de independencia de las personas mayores. En este punto, se pidió la reapertura de "Punto Digital".

En lo que respecta a la asistencia psicológica y emocional, se solicitó mayor apoyo para las mujeres mayores y también para sus parejas e hijos/as. Finalmente, en otros casos es necesaria una asistencia integral, ayudas habitacionales y para realizar el trabajo doméstico.

"Subsidio, internación domiciliaria, profesionales de salud a domicilio, extracción para análisis clínicos a domicilio" (72 años, GBA).

"Cuidador/a domiciliario/a" (68 años, NEA).

"Sí, el bolsón de alimentos, que no recibo. Así rendiría más el dinero de mi pensión" (62 años, NEA).

"Asistencia psicológica para mí y para mi esposo que tiene discapacidad" (60, GBA).

"Necesidad de seguimientos periódicos con objetivos de reforzamiento de habilidades, recursos y aptitudes individuales que favorezcan el aprovechamiento y disponibilidad de las mismas durante el aislamiento" (72 años, CABA).

"Apoyo o seguimiento emocional por parte de PAMI" (72 años, CABA).

"Interconsultas de algunas especialidades médicas" (72 años, GBA).

"Acompañante terapéutico/a" (70 años, NEA).

"Lo que nos haría falta es una ayuda con un bolsón de alimentos de PAMI para ayudarnos, por lo demás estamos bien" (64 años, Nuevo Cuyo).

"Quisiera más ayuda en los medicamentos, más cobertura, ya que los de la artrosis y las infiltraciones que me tengo que hacer son muy caros, necesitaría más ayuda con eso" (68 años, Nuevo Cuyo).

"Trabajo doméstico" (67 años, NEA).

"Muchas, hoy la vacunación en tiempo y forma" (69 años, Resto Provincia de Bs. As.).



“Que las personas mayores estén más comunicadas con la tecnología y que les den las herramientas para poder hacerlo, porque si no tenés a alguien joven para hacerlo, es difícil. Que den cursos y herramientas para que puedan hacerlo por sí mismas y no sentirse tan dependientes” (60 años, CABA).

“Que reabran Punto Digital en Comuna de Funes” (70 años, Centro).

“Acompañamiento, contención emocional virtual o telefónica. Talleres de reflexión, grupos de apoyo y/o ayuda mutua, virtuales” (72 años, CABA).

“Distintos talleres de actividades” (68 años, Resto Provincia de Bs. As.).

Comunicación e información

Dentro de este grupo, se hizo hincapié en la necesidad de mejorar la forma y la claridad a la hora de comunicar las medidas preventivas en pandemia. Por otro lado, se solicitó mayor información sobre actividades que se estuvieran dictando, así como también sobre la idoneidad de realizar más campañas focalizadas en personas mayores.

“Mejorar la comunicación desde el municipio, comunicación de medidas preventivas” (65 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Campañas dirigidas a personas mayores para estimular la participación. Hay medidas, pero debería haber interfaces donde se nos consulte, para luego traducir a políticas públicas; hay mucho tutelaje y poca escucha” (74 años, Nuevo Cuyo).

Asistencia judicial

Una de las personas encuestadas, comentó la necesidad de tener algún tipo de ayuda judicial por pérdida de autonomía.

“Ayuda judicial por pérdida de autonomía” (64 años, Resto Provincia de Bs. As.).

MUJERES DE 75 AÑOS Y MÁS

A diferencia de las mujeres más jóvenes, las de 75 años o más alertaron tener más dificultades en relación con el uso de la tecnología, la realización de trámites y la atención médica.

Solicitud de ayuda económica

Se mencionaron necesidades económicas en general, sobre todo para quienes cobran la jubilación mínima. En cuanto a la vivienda, se solicitó apoyo para pagar el alquiler o refaccionar la casa en casos de deterioro. Por otro lado, se requirieron subsidios para recibir cuidados domiciliarios.

“Tuve un cuidador al comienzo de la pandemia de forma particular pero no pudimos mantener el gasto. Necesito recibir un subsidio o ayuda de cuidador para compensar el gasto de mis hijos” (78 años, GBA).

“No necesité ayudas porque pude ‘resolverlo sola’, aunque considero necesario un aumento en la jubilación mínima” (80 años, NOA).

“Solventar alquiler de la casa” (80 años, GBA).

“Ayuda con impuestos y vivienda” (77 años, NOA).

“Solo vivienda, que está deteriorada” (88 años, Nuevo Cuyo).

“Arreglos del hogar, materiales para construcción” (77 años, Nuevo Cuyo).

Funcionamiento institucional

Dentro de esta categoría, la complicación que más se repitió es en relación a los trámites. Se solicitó que haya menos burocracia y se faciliten las gestiones por otras vías que no sea por internet, por ejemplo, presencialmente o telefónicamente. Por otro lado, se insistió en la necesidad de imprimir las facturas, ya que al no manejar las redes sociales, estas se les vencen y no pueden pagar los servicios.

Mencionaron dificultades con el trámite del certificado de discapacidad, estudios médicos/as perdidos, tardanza en la recepción de la Tarjeta Alimentar y con el cambio de médicos/as de cabecera.



Respecto a la atención, se manifestó la necesidad de hablar con personas y no con contestadores, sobre todo en los bancos o reparticiones de servicios. Esto implica también que haya una mejor organización para evitar hacer filas a la intemperie y reducir el número de personas esperando en lugares cerrados. Además se requirió mayor presencia de personal a disposición.

Se mencionó la falta de orientación y servicio para sortear dificultades al realizar trámites. Se sugirió que la asistencia telefónica esté a cargo de personal especializado en personas mayores. Las limitaciones en el manejo de la tecnología y la falta de capacitación en el tema se relacionan con algunas de las dificultades descritas anteriormente.

Finalmente, en lo atinente a los turnos, se indicaron dificultades para conseguirlos o que muchos fueron cancelados. Esto ocasionó que se tenga que recurrir a consultas particulares, teniéndose que hacer cargo del 100% de los costos. En algunos casos, las cancelaciones persistieron y los controles se pospusieron. Se solicitó que las visitas sean otorgadas en fechas más cercanas por las largas esperas, que haya una mayor respuesta a las necesidades. Se solicitó una mejora en la atención en especialidades como Kinesiología, Oftalmología y Gastroenterología, y poder continuar la atención en el hospital habitual.

“PAMI debería mejorar los trámites médicos, que sean más rápidos. Que los turnos sean espaciados y rápidos. Mayor control en la cantidad de pacientes citados a la misma hora para evitar multitud de personas dentro de un lugar cerrado” (82 años, GBA).

“Al no recibir las facturas, da lugar a que se venzan. Por teléfono no podemos hablar con ningún humano, de ser así, no solucionan nada. Muy correctos, pero lo solicitado no llega” (75 años, CABA).

“Tengo un hijo con discapacidad y nunca pudimos terminar el trámite del certificado. Hubo errores con el apoderado para cobrar mi jubilación” (75 años, GBA).

“Tramité la tarjeta alimentaria porque estoy jubilada con la mínima, pero todavía no la recibí, eso sería de gran ayuda. También me gustaría que mejoren la asistencia telefónica de PAMI y que hagan una atención especializada ya que somos viejos y algunos no entienden mucho los trámites que hay que hacer” (78 años, GBA).

“La atención médica fue complicada, me quedé sin médica de cabecera. Algunas consultas de mi marido las tuvimos que pagar para acelerar la atención” (80 años, GBA).

“La orientación para las dificultades para realizar los trámites” (90 años, Centro).

“Todos los controles, cardiológicos, de diabetes de 48 años insulino-dependiente, de patología mamaria, neumonología y endocrinología” (78 años, CABA).

“Tengo problemas en las piernas y tuve que pagar flebología porque en el hospital no había profesionales hasta dentro de unos meses, no me atendieron el teléfono cuando tuve síntomas de coronavirus” (78 años, Centro).

“Limitaciones informáticas” (75 años, NOA).

“Que permitan la realización de estudios particulares, y que se pueda gestionar vía teléfono o presencial estas cuestiones que exceden la tecnología” (78 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Estudios médicos perdidos” (75 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Que en los bancos o reparticiones de servicios nos atiendan personalmente, no hablar con contestadores porque no solucionan lo solicitado. Aunque llueva, no hacer fila en la calle para ir a la farmacia, al banco, a los turnos médicos... Que impriman las facturas, más de una vez llegan a vencerse ya que no siempre manejamos las redes” (75 años, CABA).

“Que todo no sea tan burocrático y que una pueda realizar las cosas más fácilmente. Es un desastre” (75 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Facilitar la manera de hacer trámites, no mecanizar la solución de los problemas. Más personas para solución de dificultades en la realización de trámites, es decir, mayor personal para orientación” (90 años, Centro).

“Mejorar la atención de especialidades que no atiendan por el COVID-19. Ejemplo Gastroenterología, Kinesiología, Oftalmología. Conseguir turno significa estar desatendida en las urgencias” (85 años, GBA).

“Poder concurrir al hospital donde me atendí siempre por los problemas de salud que tengo” (78 años, CABA).

“Tuve que ir a médicos particulares porque me cancelaban los turnos de PAMI” (78 años, GBA).

“Tenía que hacer un estudio, pero me cancelaron. Aún no pude realizarlos, tengo que hacerlos cuando termine la pandemia” (80 años, GBA).

“Me costó conseguir cita médica, todavía no pude ir” (82 años, GBA).

“Que aceleren los turnos para los estudios médicos, hay meses de espera para problemas cervicales” (75 años, Resto Provincia de Bs. As.).

Prestaciones

Dentro del área médica, las dificultades mencionadas fueron que se debía pagar para recibir atención de especialistas; recurrir al sector privado, o la falta de atención hospitalaria por falta de espacio.

En relación a la vacunación, se solicitó poder realizarse a domicilio para personas mayores de 80 años. A su vez, se pidió que el proceso fuera más ágil; se reclamó la segunda dosis, que alcanzara a mayor cantidad de personas y que se implementaran vacunatorios en salitas. Se hizo mención de la necesidad de atención médica a domicilio y que no se corten los tratamientos previos.

En lo referido a los cuidados domiciliarios y el acompañamiento terapéutico, se pidió asistencia tanto para mujeres mayores como para hijas/os con epilepsia o madres y padres que requerían ayuda. Respecto a las ayudas alimentarias, se indicó la necesidad de recibir el bolsón alimentario y leche, y se alertó que en algunas localidades no se estaban entregando.

En el caso de los medicamentos, se solicitaron subsidios o su gratuidad. En algunos casos, se pidió que las farmacias reciban los descuentos para poder comprar la medicación.

Dentro del área social, se pidieron talleres y se mencionaron a los Centros de Jubilados/as. Respecto a las actividades, se especificaron las relacionadas con la computación y la tecnología. Por ejemplo, se destacó el interés por aprender a usar el celular y que exista una mayor inclusión digital. Otra de las prestaciones donde se observaron dificultades fue en las de apoyo emocional y psicológico. Se mencionó la necesidad de grupos de apoyo para las personas mayores que se sienten solas.



"Atención médica inmediata cuando lo necesite" (85 años, Patagonia Sur).

"Mi médico de siempre no atiende más por PAMI y recurro a pagar con mis ahorros otra asistencia médica. Los análisis de sangre, chequeos de rutina tampoco te cubren y una termina asistiendo a otros lugares. También la demora por las vacunas" (75 años, GBA).

"No me dieron un/a cuidador/a y tampoco un bastón" (85 años, Nuevo Cuyo).

"Ayuda de cuidados" (76 años, NOA).

"Ayuda para su hija, asistencia, ya que tiene epilepsia" (75 años, Resto Provincia de Bs As).

"Información concreta sobre los turnos de vacunación contra el COVID-19, y que se realice en salitas, y no solo en hospitales generales" (78 años, Patagonia Norte).

"Recibir alguna ayuda del Estado. Si bien me las arreglo con lo que tengo, ayudaría mucho recibir un subsidio, o un bolsón alimentario" (92 años, Centro).

"Necesitaría la entrega del bolsón y de leches para mi hija con discapacidad. No están entregando en mi localidad" (75 años, NOA).

"Medicamentos gratis" (94 años, Patagonia Sur).

"Subsidio para más medicamentos teniendo en cuenta el sueldo, ya que mi exmarido -ahora es mi amigo- convive conmigo y necesita medicamentos caros" (75 años, Resto Provincia de Bs. As.).

"Recibir en farmacias los descuentos de PAMI para la medicación" (77 años, NOA).

"Centros de jubilados, talleres de computación y tecnología" (77 años, NEA).

"Aprender a usar el celular" (86 años, Resto Provincia de Bs. As.).

"Inclusión digital" (77 años, Patagonia Sur).

"Paliativos para la soledad, por ejemplo, grupos de apoyo o "buenas compañías" (75 años, NOA).

"Acompañamiento" (92 años, CABA).

"Apoyo psicológico" (84 años, NEA).

5.1.7. ANÁLISIS MULTIVARIADO

En el análisis de componentes principales se seleccionaron 3 factores principales que explican el 87,74% de la varianza del conjunto de datos (vs. el 30,17% esperado en distribuciones aleatorias simuladas). Se tuvo en cuenta el criterio gráfico *Screen test* y el análisis paralelo de Horn. Se conservaron 3 dimensiones. No se detectaron valores atípicos (ver Tabla 42 y Figura 12).

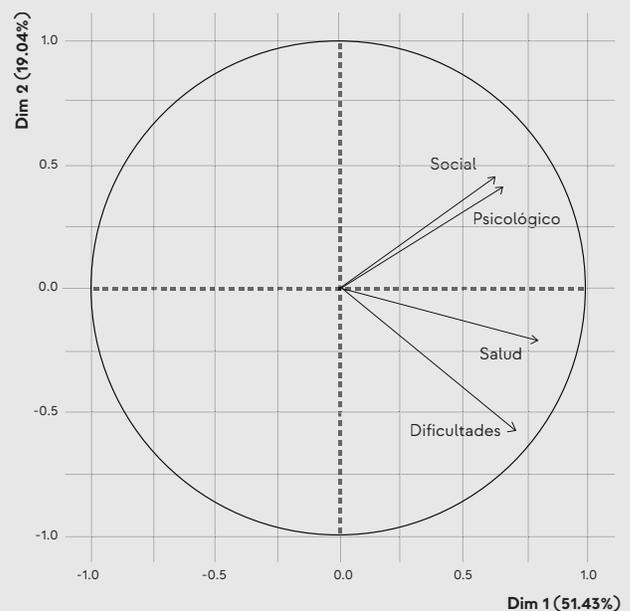
Los cuatro índices se representan en el primer componente, lo que significa que, en términos generales, las mujeres que obtuvieron puntajes altos en uno de los índices, también lo hicieron en los restantes.

En el componente 2, los índices representaron puntajes altos en los correspondientes a impacto negativo de la pandemia en el área psicológica y psicosocial, y puntajes menores en los índices que evalúan la salud física y dificultades percibidas. El tercer y último componente registran puntajes especialmente altos en el índice de impacto negativo de la pandemia en el área psicosocial.

Tabla 42
Análisis de componentes principales

COMPONENTES	PC1		PC2		PC3	
	r de Pearson	P	r de Pearson	P	r de Pearson	P
Índice Salud Física	0.80	<0.001	-0.21	<0.001	-.12	<0.001
Índice Psicológico	0.68	<0.001	0.42	<0.001	-0.54	<0.001
Índice Psicosocial	0.66	<0.001	0.44	<0.001	0.60	<0.001
Índice de dificultades	0.71	<0.001	-0.57	<0.001	-	-
Autovalor	2.05		0.76		0.69	
Varianza explicada	51.43		19.04		17.27	
Varianza explicada acumulada	51.43		70.47		87.74	

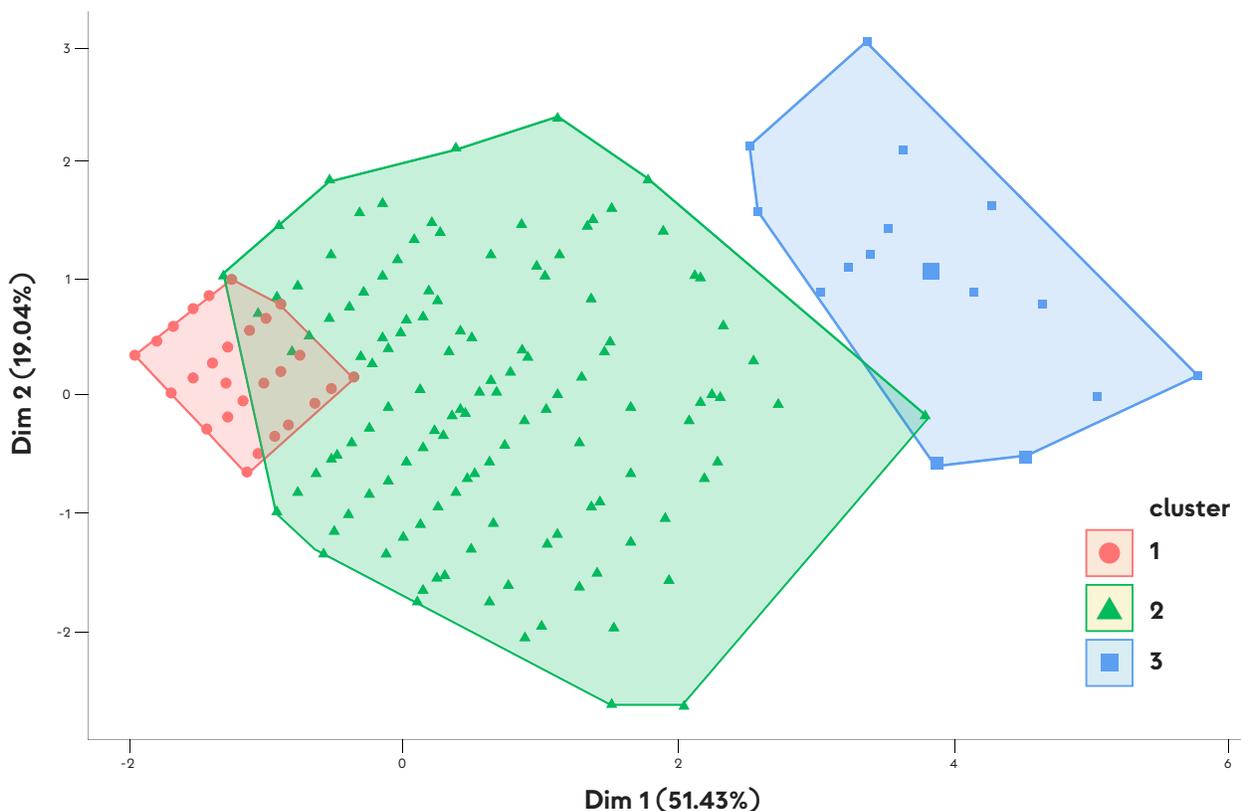
Figura 12
Componentes principales de los índices de impacto negativo en la salud física, psicológica, psicosocial y dificultades



Se utilizó el resultado del PCA para realizar un análisis de clusters jerárquicos (ver Figura 13):

- Cluster 1: agrupa a las mujeres que, respecto del grupo total, reportaron un menor impacto negativo en las áreas de salud física (V test=-9.42, p <0.001), psicológica (V test=-7.2, p <0.001) y social (V test=-6.8, p <0.001). Además, también reportaron menos dificultades respecto de la muestra total (V test=-9.25). Este grupo fue compuesto mayoritariamente por mujeres que valoraron como satisfactorias las ayudas estatales (V test = 3.88p< 0.01), que no necesitaban ayuda para las actividades de la vida diaria (V test= 3.00, p< 0.01) y que vivían en Patagonia Norte (V test= 2.48, p< 0.01), Centro (V test= 2.07, p< 0.01) y Patagonia Sur (V test= 1.96, p< 0.01). En este cluster se incluyeron 105 mujeres.
- Cluster 2: agrupa a las participantes que se caracterizaron por reportar un elevado número de dificultades (V test=6.6, p <0.001) y un mayor impacto negativo en el área de la salud física (V test=6.0, p <0.001). También informaron un impacto negativo en lo psicológico, pero menor que en lo físico (V test=4.1, p <0.001). Este grupo se compuso por mujeres que necesitaban ayuda para las actividades instrumentales de la vida diaria (V test= 2.72, p< 0.01), que vivían en la región de Gran Buenos Aires (V test= 2.19, p< 0.01), que participaban de talleres UPAMI o en Centros de Jubilados/as antes del confinamiento (V test= 2.13, p< 0.01) y que valoraban como insatisfactorias las ayudas estatales (V test=2.06 p<0.01). En este cluster se agruparon 180 mujeres.
- Cluster 3: incluye a las participantes que informaron un gran impacto negativo de la pandemia en el área social (V test=12.2, p <0.001) y en menor medida en la salud física (V test=6.9, p <0.001) y en la psicológica (V test=6.5, p <0.001). Presentan dificultades, pero menores a las que informaron las participantes del Cluster 2 (V test=5.3, p <0.001). Este grupo se compuso por mujeres que necesitaban ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (V test= 3.42, p< 0.01) y que valoraron como insatisfactorias las ayudas estatales (V test = 2.32 p< 0.01). En este cluster quedaron incluidas 15 mujeres (ver Figura 13).

Figura 13
Mapa de clusters jerárquicos



A fin de describir detalladamente el impacto de la pandemia en las mujeres mayores, seseleccionaron casos ilustrativos que muestran el deterioro en su salud física, psicológica y psicosocial. Los testimonios fueron seleccionados entre las pertenecientes al grupo 3, es decir, las que presentaron los mayores niveles de impactos negativos provocados por la pandemia.

DETERIORO FÍSICO Y EMOCIONAL POR NO SALIR DE CASA

Elisa es una mujer de 73 años, que está viuda y vive sola. Reside en una ciudad del interior y recibe la jubilación de ama de casa. No requiere de cuidados para las actividades de la vida cotidiana. No se contagió de COVID-19 y al momento de la administración del cuestionario había recibido una dosis de la vacuna. Considera que haberse vacunado le brindó más posibilidades para interactuar con familiares y amistades y mejorar su calidad de vida. Cuando inició la pandemia salía de su casa para comprar alimentos y medicamentos; ir al médico o al banco; visitar a familiares; hacer salidas al aire libre; realizar actividad física y participar en un centro de jubilados/as. Sin embargo, en la actualidad su vida social se restringió y no sale de su hogar por ningún motivo. Siente que su salud física es regular. En comparación con su situación anterior, se siente más cansada y tiene más dolores.

En relación con su estado de ánimo, muy frecuentemente se siente triste, desganada, aburrida y frustrada. Ha descuidado su arreglo personal y expresa sentirse sola. No confía en sus propios recursos para afrontar la situación y siente muchos miedos en relación al coronavirus: la posibilidad de contagio o fallecimiento propio o de familiares, que se siga propagando el virus o que algún familiar pierda el trabajo. También tiene mucho temor de contagiar a un familiar o no poder verlos. Solo interactúa personalmente con su hijo, y por teléfono, con siete familiares. El hijo y los nietos son sus principales proveedores de ayuda. Aunque recibe apoyo de amistades, se relaciona poco con estas. Manifiesta que los vínculos se deterioraron, la interacción disminuyó y que a muchos los ha perdido. No recibe ayuda del Estado. Considera que los apoyos otorgados desde el sector público fueron insuficientes y se encuentra insatisfecha al respecto. Con anterioridad a la pandemia, Elisa participaba activamente en un centro de jubilados/as, pero tuvo que dejar de hacerlo ya que no hubo propuesta virtual. Esto la afectó negativamente.

En la actualidad tiene dificultades económicas, de movilidad, para alimentarse, para hacer trámites y compras. Se siente muy aislada y considera que necesita ayuda económica, para comprar alimentos y acompañamiento con actividades virtuales. Como puede notarse, se trata de una mujer que no presenta dependencia, pero que por la situación de pandemia requiere de ayudas para su vida cotidiana ya que no sale de su hogar. El no poder participar de diversas actividades sociales tuvo un gran impacto negativo en su vida. Sus vínculos disminuyeron, su salud física empeoró y su estado de ánimo y bienestar psicológico se deterioró.





APOYO DE UNA CUIDADORA Y SU HIJO

Isabel (92 años, Ciudad Autónoma de Buenos Aires) vive sola, es viuda, cuenta con la educación primaria completa y se jubiló como ama de casa. Requiere de ayuda tanto para realizar las actividades básicas como las instrumentales de la vida diaria. Posee una cuidadora domiciliaria que le brinda ayuda. No dispone de ningún tipo de subsidio económico para solventar el costo de dicho servicio.

Tuvo síntomas de coronavirus, pero no fue diagnosticada. No requirió de internación y su hijo fue quien le proporcionó ayuda mientras estuvo enferma. Al momento de realizar la entrevista había recibido una dosis de la vacuna y consideraba que esto le daba más posibilidades de interactuar con familiares y amistades y una mejor calidad de vida. Al inicio de la pandemia no salía de su hogar por ningún motivo. En la actualidad sigue sin moverse de su casa. Dedicó su tiempo a mirar televisión tanto para entretenerse como para informarse. Físicamente, considera que su salud se deterioró: se siente más cansada, con más dolores, le aparecieron nuevos síntomas y se agravaron los que ya tenía. Tuvo que incorporar nuevas medicaciones y aumentar la dosis de las que ya tomaba. Manifiesta haber aumentado de peso ya que come más que antes de la pandemia.

A nivel psicológico, considera que su bienestar se deterioró. Muy frecuentemente se siente desganada, triste, preocupada, sola, aislada, desesperanzada, aburrida, frustrada y con incertidumbre. Manifiesta que ha descuidado su aspecto personal y que se siente insatisfecha con su vida. Respecto del coronavirus, tiene mucho miedo de contagiarse, de morir o de que algún familiar cercano muera. Siente temor de que se siga propagando, de perder ingresos económicos por la situación de pandemia, de contagiar a sus familiares y de no poder verlos.

Personalmente solo ve a su hijo, con quien tiene una relación muy satisfactoria y le brinda mucha ayuda. Telefónicamente se comunica con otros seis familiares entre quienes se encuentran su nuera y sus nietos/as, que también le proporcionan ayuda. No tiene pareja, ni hermanas ni hermanos. Manifiesta no recibir ayuda de amistades. En términos generales, siente que los vínculos se deterioraron durante la pandemia, la interacción con amigas y amigos disminuyó e incluso perdió algunas de las relaciones que mantenía.

Isabel considera que durante la pandemia no recibía ningún tipo de apoyo formal y que las ayudas provistas por el Estado fueron insatisfactorias. Manifiesta tener dificultades de salud, económicas, de movilidad, para alimentarse, para realizar las tareas del hogar, para hacer trámites y compras. Isabel es una mujer con dependencia tanto básica como instrumental, y si bien tiene una cuidadora y un hijo que le proporcionan cuidados, se siente sola y reclama más apoyo. La pandemia empeoró su bienestar físico, psicológico y social.

SOBREPESO Y PROBLEMAS PARA DORMIR

Raquel tiene 78 años, vive en Santa Fe y posee nivel universitario de posgrado. Está jubilada por haber trabajado en relación de dependencia. Requiere de ayuda para las actividades básicas de la vida cotidiana y vive con una cuidadora. No se contagió de coronavirus, pero fallecieron familiares cercanos y amistades por dicha enfermedad. Al momento de la toma de datos, había recibido la primera dosis de la vacuna. Considera que le dio mejor calidad de vida y mayores posibilidades de interactuar con familiares y amistades.

Al inicio de la pandemia no salía de su hogar por ningún motivo y sigue manteniendo esta situación hasta la actualidad. Físicamente se siente regular. Come más cantidad, aumentó de peso y se le agravaron síntomas preexistentes. Manifiesta que su estado de salud físico se deterioró al igual que su bienestar psicológico. Con mucha frecuencia siente ansiedad, miedo, desgano, tristeza, preocupación, soledad, desesperanza, estrés, agobio, aburrimiento, frustración y sufre problemas para dormir. Muy frecuentemente teme morir por coronavirus, contagiar a algún familiar, que pierdan el trabajo y no poder ver a familiares y amistades cercanas. La relación con sus hijas e hijos es muy satisfactoria, Sin embargo, el vínculo con sus hermanas y/o hermanos se deterioró. En términos generales cree que sus relaciones empeoraron y que perdió vínculos. No participa de ningún tipo de dispositivo de apoyo formal. Recibió ayudas del Estado, pero las considera insuficientes. Actualmente tiene dificultades de salud, de movilidad, para continuar sus tratamientos, se siente aislada y considera que necesita ayuda profesional.

SOBRECARGA DE TAREAS DOMÉSTICAS

Rosa tiene 80 años, está jubilada, casada y vive con su pareja en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Completó el nivel secundario de educación y no tiene hijas/os. Está jubilada por haber tenido un trabajo formal. No tuvo COVID-19, pero se contagiaron familiares y uno de ellos falleció. Recibió una dosis de la vacuna y siente que esto disminuyó sus posibilidades de enfermar gravemente de coronavirus. Sin embargo, no considera que le brinde más posibilidades de interactuar con familiares y amistades, ni que haya mejorado su calidad de vida. Rosa no requiere de ayuda para las actividades básicas ni instrumentales de la vida cotidiana. Al inicio de la situación de aislamiento no salía de su casa por ningún motivo. Ahora lo hace por escasos motivos: comprar alimentos, medicamentos y realizar actividades físicas o recreativas al aire libre sola. En la actualidad, a nivel físico se siente regular y considera que, en términos generales, su salud se deterioró. Se siente más cansada, con más dolores, con síntomas preexistentes agravados y debe tomar más medicación.

Con mucha frecuencia se siente desganada, triste, sola, estresada, desesperanzada, enojada, irritable, preocupada e insatisfecha con su vida. Posee muchos miedos en relación al coronavirus: que se contagie, pierda el trabajo o fallezca algún familiar, que se siga propagando el virus, perder ingresos económicos, no disponer de cosas importantes en su casa –como alimentos– y no poder ver a sus familiares más cercanos. La convivencia con su pareja durante la cuarentena dificultó la posibilidad de conseguir espacios propios y no considera que le haya facilitado afrontar la situación de pandemia ni le haya ayudado a no sentirse sola. De hecho, considera que su pareja le brinda poco apoyo y valora su relación como medianamente satisfactoria. Manifiesta que su pareja le generó más carga de tareas domésticas y que este vínculo se deterioró durante la pandemia. Algunas personas de su familia le proporcionan ayudas concretas y económicas. Sostiene vínculos de amistad que le brindan mucho apoyo y satisfacción. También dispone de una empleada doméstica que realiza las tareas del hogar.

Sin embargo, considera que, comparando su situación actual con la anterior a la pandemia, sus vínculos se deterioraron y algunos se perdieron. Recibe ayudas estatales, pero le resultan insuficientes. No participa de ningún dispositivo de apoyo formal. Manifiesta tener dificultades de salud, económicas, para realizar compras, para las tareas del hogar, para hacer trámites y movilizarse fuera del hogar. Rosa no presenta dependencias, pero requiere de diversas ayudas y posee pocos vínculos que puedan proveerla. La relación con su pareja no es satisfactoria. No tiene hijas/os, nietas/os, hermanas/os que le puedan que le apoyen para afrontar múltiples dificultades. En efecto, dispone de escasos vínculos de apoyo y la situación de pandemia complicó aún más la situación, deteriorando su bienestar en todas las áreas.



5.2, RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO

La edad promedio de las participantes fue de 71,2 años y el mayor porcentaje eran viudas, siguiendo las casadas y separadas. Casi la mitad vivían solas, aproximadamente la tercera parte lo hacía con su pareja y una minoría, con hijas/os u otros familiares.

En lo referido al nivel educativo, la mayoría de mujeres contaban con el nivel secundario o terciario/universitario completo.

Por su parte, más del 94% estaban jubiladas, de las cuales dos terceras parte obtuvieron su jubilación por haber realizado un trabajo formal, mientras que la tercera parte restante recibió dicho beneficio por ser amas de casa.

La mayoría posee la cobertura médica de PAMI de manera exclusiva aunque algunas la complementan con prepagas u otras obras sociales. Más del 95% reside en zonas urbanas.

Respecto de la necesidad de ayuda, solo el 1,2% la requiere para desarrollar actividades básicas de la vida cotidiana, mientras que el 15,2% la necesita para realizar actividades instrumentales (ver Tabla 43).

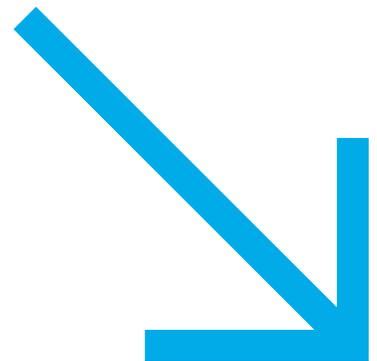


Tabla 43

Características sociodemográficas de las participantes del estudio cualitativo

CARACTERÍSTICAS			N:86
EDAD		M: 71,2 DS: 6,05	
ESTADO CIVIL	F	%	
Viuda	29	33,7	
Casada	28	32,6	
Separada/divorciada	20	23,2	
Soltera	9	10,5	
¿CON QUIÉN VIVE?			
Sola	39	45,3	
Pareja	28	32,6	
hijos/as	6	7,0	
otro/s familiares	5	5,8	
hijos/as y otro/s familiares	4	4,7	
pareja y otro/s familiares	2	2,3	
pareja e hijos/as	2	2,3	
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			
Primaria incompleta	2	2,3	
Primaria completa	10	11,6	
Secundaria incompleta	11	12,8	
Secundaria completa	25	29,1	
Terciario o universitario incompleto	14	16,3	
Terciario o universitario completo	20	23,3	
Posgrado completo	4	4,6	
¿TRABAJA ACTUALMENTE?			
No	80	93,0	
Si	13	15,2	
¿ESTÁ JUBILADA?			
Si	81	94,2	
Por ama de casa	27	33,3	
Por haber realizado un trabajo formal	54	66,7	
No	5	5,8	
COBERTURA EN SALUD			
Solo PAMI	49	57,0	
PAMI y prepaga	20	23,2	
PAMI y obra social	17	19,8	
RESIDE EN:			
Zona urbana	82	95,4	
Zona rural	4	4,6	
¿NECESITA AYUDA PARA ACTIVIDADES BÁSICAS?			
No	85	98,8	
Si	1	1,2	
¿NECESITA AYUDA PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES?			
No	73	84,8	
Si	13	15,2	

5.2.1. IMPACTO EN LA VIDA COTIDIANA

El aislamiento preventivo y obligatorio decretado por el gobierno nacional con motivo de la pandemia del COVID-19 tuvo un fuerte impacto en la mayor parte de las mujeres mayores. Varias de ellas consideran que el encierro y la ausencia de socialización fue un cambio muy abrupto.

La vida diaria y las rutinas habituales se modificaron notablemente. De tener variadas actividades en centros de jubilados/as, universidades, clubs u otras organizaciones para personas mayores, la vida cotidiana comenzó a desarrollarse de manera casi exclusiva dentro del hogar, como se comenta en los siguientes testimonios.

“Yo vivía en la calle, hacía terapia,, natación, todo tipo de actividades, y el encierro me perjudicó un montón...”
(Albertina, 71 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“El cambio fundamental fueron las actividades, somos muy activas, participábamos en los talleres en los centros de jubilados/as, hacíamos gimnasia, danza, todo eso se cortó...” (Irina, 69 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Yo soy una persona muy activa, y me afectó mucho porque yo actuaba en la parte cultural, bailaba mañana, tarde y noche, hacía folklore, y las peñas, y todo eso se nos cortó” (Azucena, 73 años, NEA).

“A mí me cambió la vida porque me jubilé totalmente dispuesta a hacer muchas cosas que antes no podía hacer, entonces yo tenía mis talleres en un espacio que tiene la Universidad Nacional de Tucumán, que se llama EPAM, yo lo diagramé, de lunes a viernes por la mañana para seguir saliendo a la mañana y conservar las actividades con la misma lucidez mental y física, hacía gimnasia, baile, un taller de neurogim. Yo llegaba, comía sola, hacía otro tipo de vida, y esto me cambió” (Casilda, 66 años, NOA).

“Yo pasé del todo a la nada porque tenía actividad desde la mañana hasta la noche todos los días de la semana...”
(Elena, 75 años, Patagonia Sur).

“Fue bastante grande el cambio. pertenezco a un centro de jubilados/as donde tenemos entrega de bolsones y talleres. O sea que yo estaba de lunes a jueves todo el día dentro del centro, con un taller o haciendo cosas, entonces de repente pase a quedarme en mi casa” (Amalia, 70 años, Nuevo Cuyo).



“Los tres primeros meses de pandemia el cambio fue muy grande porque estuve encerrada. Entendía que los consejos y las limitaciones que nos ponían tenían que ver con una necesidad de que no hubiera un colapso de todos los sistemas de salud, era grave lo que sucedía, el cambio fue muy intenso y abrupto y estuve asustada” (Luján 75 años, CABA).

Otras mujeres consideran que el cambio más importante fue la pérdida de contacto físico con sus familias y amistades. Algunas mujeres tienen hijas/os en otras ciudades o países, y con cierta periodicidad viajaban a visitarles. Quienes residían en la misma ciudad también vieron reducida la frecuencia de las visitas o los encuentros que realizaban de manera previa al aislamiento y distanciamiento social. Si bien la pérdida del contacto físico se va a abordar en el eje que explora el impacto de la pandemia en los aspectos psicosociales, es importante destacar que la suspensión de las visitas y viajes ha sido un suceso que ha modificado la vida de las mujeres mayores, impactando en lo emocional, en lo social y en el uso del tiempo libre.

“Lo que más extraño son los vínculos, no poderse reunir con hijos/as o amistades o con muy pocas personas por cuidarse” (Betina, 76 años, Patagonia Sur).

“Los otros cambios son las pocas visitas y asados que se pueden hacer en casa, comidas y esas cosas. Antes recibía gente, ahora no porque lo prohíben...” (Tadea, 69 años, Centro).

“A mí me gusta salir mucho, tengo un grupo de amigas que nos juntábamos dos o tres veces por semana, eso se terminó y eso va cambiando tus costumbres, tu forma de vivir y de comunicarte, porque ahora lo haces por teléfono o por celular...” (Estela, 71 años, Nuevo Cuyo).

“Extraño las actividades que tenía porque éramos un grupo de 12 personas entre mujeres solas y matrimonios que nos reuníamos, buscábamos excusas para reunirnos como bailar tomar algo, cenar o jugar a las cartas, a la lotería, que ahora no lo puedo hacer porque estoy acá dentro...” (Victorina, 78 años, NOA).

“Para mí, lo que siento mucho es el grupo de amigas que tenía siempre, salíamos a tomar un café, con las chicas, y bueno desde la pandemia no pudimos salir en ningún momento. Al principio fue resignación, que teníamos que guardarnos, al principio fue algo como resignación, que teníamos que estar guardados, pero después ya se empezó a extrañar, está bien que teníamos el chat para hablar, pero no es lo mismo” (Amalia, 79 años, GBA).

Así como se destaca el impacto negativo que tuvo en la vida cotidiana la suspensión de reuniones familiares y sociales, también se considera como un aspecto positivo, el aprendizaje de nuevas tecnologías, que permitió el encuentro con familiares y la continuidad de actividades educativas. También se resalta el desarrollo de la creatividad, ya sea para festejar cumpleaños o hacer juegos con la familia. Esto lo consideraron una manera alternativa de generar encuentros y pasar momentos alegres en un contexto incierto.

“Una empieza a tener más creatividad en esos momentos, no solamente por los cumpleaños por Zoom, sino que lo que hacíamos los domingos era jugar, y la verdad todo el 2020 lo hicimos, después cortamos porque había más libertad para vernos, pero era un momento esperado...” (Nora, 69 años, CABA).

“En esta pandemia descubrí un montón de recursos que puse en acción y nunca imaginé. Me anoté todos los sábados en un curso sobre la historia de las pandemias. Eso me conectó con gente que jamás hubiera pensado, altos/as funcionarios/as, personas del ambiente de la universidad que solamente los conocía de nombre, eso fue muy importante y el contacto con esta herramienta Zoom” (Irina, 62 años, NEA).



“Me quedé enganchada con la creatividad. Con mis nietos, que tienen 10 y 7 años, fue lindo porque hubo cumpleaños y había que armarlos, y tenían una cena temática, entonces eran cosas de nuestro país, y tratábamos de hacernos trenzas, cocinar empanadas, servir mate, mientras dábamos ideas, nos tenía a todos muy activos, fue una muy buena idea, y con mi hijo que tiene hijas grandes, fue muy bueno porque compartimos películas, que en otro momento no lo hubiéramos podido hacer. Con la más chica, tenía que hacer trabajos por Zoom, compartí lo que hacía, así que en realidad la parte creativa fue muy buena” (Libertad, 75 años, CABA).

“Pudimos manejar WhatsApp, formamos grupos, contándonos el día a día, eso fue espectacular, pero no es lo mismo. Somos seres de relacionarnos, la relación personal es lo que te da esa adrenalina para seguir. Y bueno, nos afectó porque no teníamos el contacto físico para vernos, saludarnos, pero en realidad internet hizo que podamos estar juntos y unidos, así no lo sentimos tanto. Añoramos encontrarnos, compartir una comida, un almuerzo, pero bueno, es lo que nos tocó...” (Dolores, 68 años, NEA).

Varias mujeres hicieron la distinción entre el primer período de pandemia en el que comienza a tener vigencia el ASPO, con restricciones más estrictas y el que rige la DISPO, que permite mayor circulación comunitaria, se realizan diversas actividades respetando la distancia de dos metros y se autorizan las reuniones sociales con un número máximo de personas. Algunas participantes de este estudio comentaron que, durante varios meses, al comenzar el ASPO, no salían de sus casas por ningún motivo, ni siquiera para pasear a sus mascotas. Para dicha tarea recibían ayuda de alguien (como el portero/a) que lo hacía por ellas, al igual que las compras, que si no las realizaban sus hijas e hijos, ellas mismas lo hacían de manera virtual. Con el tiempo algunas volvieron a hacer los mandados, iniciaron los talleres de manera virtual, retomaron los controles médicos y pudieron, en algunos casos, comenzar a visitar a familiares y amistades, siempre con muchos cuidados.

Es interesante resaltar que, de acuerdo a la zona de residencia, hay mujeres que realizan más actividades al aire libre, ya sea salir a caminar, andar en bicicleta o encontrarse con amigas en cafés al aire libre. Como se ejemplifica en las siguientes viñetas:

“Hoy hice gimnasia en una plaza al pie de un cerro, éramos como 10, charlamos, nos reímos y eso te alegra la vida, se me acorta el día así...” (Patricia, 70 años, Centro).

“Al vivir en Carlos Paz es todo más abierto, tenemos más espacios abiertos, una hermosa costanera y muchas cosas para hacer al aire libre...” (Silvana, 76 años, Centro).

Las restricciones de la pandemia impactaron de forma diferenciada a las mujeres que vivían solas. Quienes estaban en pareja, manifestaron haber tenido diversos cambios, en sus rutinas dentro de la casa, en los hábitos cotidianos, en los horarios en los que se realizaban las tareas del hogar, así como en su distribución. Algunas mujeres manifestaron haberse sentido sobrecargadas por el incremento del trabajo doméstico o por el cuidado de su pareja, al no disponer de personal ni cuidadoras o cuidadores domiciliarios.

“Más allá que él tenía su trabajo, empezar a compartir todas las horas con mi esposo, fue un cambio grande porque cada uno tenía su actividad, pero solo nos veíamos en el almuerzo y a la noche, pero ahora, al estar tanto tiempo, había que empezar a acomodar los tantos” (Juana, 69 años, Patagonia Sur).

“Vivo con mi marido y nos hemos ayudado mutuamente en este encierro, él ayuda con las tareas de la casa, no en la cocina, pero sí en las compras, ese miedo que a veces una tiene de compartir tantas horas, porque hace muchos años estamos casados, pero trabajamos mucho y nos veíamos solo a la noche, y compartir todo el día ahora me llevó a pensar cómo iba a hacer, pero fue positivo” (Celia, 69 años, CABA).



“Cambiamos los hábitos de los horarios, nos levantamos un poco más tarde, se corría el desayuno, el almuerzo y empezamos a ver más televisión, series, que antes no veíamos y además los hábitos de compras, porque lo hacíamos por delivery o sino iba una vez uno de los dos, hacía una compra grande, tratando de salir lo menos posible” (Irina, 69 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Vivíamos mi marido y yo solos porque no tenemos parientes en esta zona así que nos acompañamos entre nosotros como siempre” (Alegra, 73 años, Patagonia Sur).

“Estaba realmente muy agotada porque yo era la que se ocupaba absolutamente de todo, mi esposo no podía, estaba en cama todo el tiempo, así fue como que mi cuerpo se vino abajo” (Antonia, 85 años, GBA).

Quienes viven con hijas/os, manifestaron haber disfrutado más de ese vínculo ya que antes de la pandemia la falta de tiempo no permitía el disfrute, por ejemplo, de un almuerzo o una cena. Pasar más tiempo en el hogar posibilitó la realización de estas actividades, como también sentirse cuidadas y queridas. Por otra parte, la convivencia también generó temor porque debían salir a trabajar y estaban más expuestas a un posible contagio.

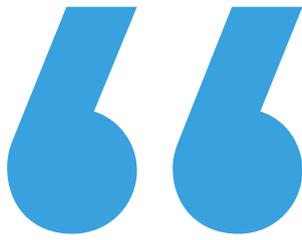
“Mi hija y yo teníamos cada una sus actividades, estábamos acostumbradas a vernos en la cena y ahora pasar a estar todo el día juntas es otra cosa, yo cocino para las dos, almorzamos, cenamos y tomamos el té juntas, en eso tengo que agradecer a la pandemia” (Edelmira, 78 años, GBA).

“Mi hijo ya tuvo dos veces COVID-19 y nosotros vivimos todos juntos, en uno de esos días de pandemia comencé a sentir pánico...” (Zunilda, 66 años, Nuevo Cuyo).

“Yo vivo con mis hijos, ambos trabajan, y en el hogar nos teníamos que cuidar porque ellos están en contacto con gente, era todo un rito de desinfección” (Adela, 64 años, Patagonia Norte).

Finalmente, quienes vivían solas debieron buscar diversas actividades para ocupar el tiempo dentro de la casa, como ordenar o arreglar sus casas, o realizar manualidades como pintar, tejer, bordar y ocuparse de las tareas de jardinería. También dedicaron tiempo a mirar películas y series en la televisión.





“Soy viuda y estoy sola hace dos años. Me entretengo mucho pintando cuadros, telas... Una tiene que buscar una actividad en la casa. Aparte tengo mis dos perritos y las plantas, que me gustan mucho...” (Zulma, 70 años, NOA).

“Una cosa beneficiosa que trajo esta pandemia es que yo me ordené en mi vida, en mi casa, este año fui ordenándome, todo limpio, ordenado” (Albertina, 71 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Empecé a pintar cuadros, pinté todas las mesas del jardín, de mi casa, soy muy callejera pero como en estos tiempos no me daba para callejear, entonces agarré el pincel y pinté todo lo que se me cruzaba, y con eso me entretuve... ahora son cuadros porque mesas no me quedan más, tengo una pared para hacer un mural... me entretengo con eso” (Patricia 70 años, Centro).

“En algo tenía que usar mi tiempo, entonces empecé a hacer como una revolución en mi casa, pinté, anduve con las plantas, de todo, hasta que quedó impecable la casa y no tuve más que hacer...” (Elva, 72 años, GBA).

“Nos ocupamos de otras cosas que se pueden hacer en la casa, yo me dediqué a hacer telar, hago cuadros y es mi actividad, tejo, coso y eso nos ayuda a estar ocupadas...” (Emilia, 70 años, NEA).

“Yo vivo sola y ocupé mucho de mi tiempo, en ver todas las películas y series. Los noticieros los dejé de ver, dejé de sobreinformarme porque me estaba haciendo mal” (Alegra, 66 años, Patagonia Norte).

Participar de talleres virtuales fue muy importante en la vidas de las mujeres mayores porque les permitió comenzar a ordenar sus rutinas, socializar, seguir aprendiendo y ocupar su tiempo libre. Los beneficios y apoyos que proporcionan estos dispositivos se expondrán con mayor profundidad en el eje que aborda los sistemas de apoyo formal.



5.2.2. IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA

Las mujeres mayores manifestaron haber experimentado diversos cambios negativos. Estas modificaciones se deben en mayor medida a la falta de actividad física o la dificultad para realizar sus tratamientos por diversos motivos, pero todos relacionados con la situación de pandemia.

Estas experiencias incluyeron la aparición de síntomas y patologías, el agravamiento de dolores preexistentes, el aumento de peso y el contagio de COVID-19. Además, algunas manifestaron que debieron abandonar los tratamientos médicos que estaban llevando a cabo de manera previa o bien debieron realizar ciertas adaptaciones para poder continuarlos.

Respecto de la aparición de síntomas y patologías, algunas de ellas manifestaron haber hecho la consulta médica pertinente y haber incluido medicación específica para su tratamiento, mientras que otras dijeron no haber visto a su especialista por miedo a concurrir al hospital.

En otros casos sufrieron lesiones que requirieron intervención quirúrgica -algunas se efectivizaron y otras no-. Si bien todas continúan con malestar físico, las situaciones más agudas se presentan en las que aún no fueron operadas.

“Lo físico está muy relacionado con lo emocional. Yo siempre fui cumplidora con los controles, y por primera vez, tuve colesterol alto. Estoy medicada, y mi doctora no podía creerlo porque mis valores siempre fueron menos, a pesar de mis antecedentes familiares, yo siempre tuve los análisis bien, hago muchísima actividad física, y el año pasado hacía gimnasia por Zoom, pero me faltaba la parte aeróbica de las caminatas, entonces creo que eso tuvo algo que ver. De hecho, no mejoraron mis valores y hasta ahora sigo medicada” (Adela, 66 años, Patagonia Norte).

“Soy alérgica y tengo sinusitis crónica, el año pasado tuve que ir al hospital, me dieron antibióticos, pero no me hicieron nada, cambié de médica titular y después no enfermé más. Ahora tengo verrugas feas y tengo terror de ir al hospital” (Albertina, 71 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Los cambios que tuve fueron cambios de salud, estuve casi seis meses atendiéndome en forma online con un traumatólogo, me había caído y después cuando fui presencial tenía triple fractura de columna, me tuve que operar, estoy mal, la verdad la estoy pasando mal con respecto a la salud, pero cambios tuvimos todas” (Amalia, 71 años, CABA).

“Yo hago más o menos la vida que hacía, después de jubilada, podía ir a gimnasia y ya tuve que dejar, porque mi cadera se volvió a quebrar y hasta ahora no puedo ser operada nuevamente” (Carmen, 84 años, NOA).

El malestar físico también se incrementó como consecuencia de la pandemia en las mujeres que padecían de artritis o artrosis ya que, vieron dificultada la práctica de ejercicio. Algunas mujeres manifestaron que tuvieron un deterioro físico, pero pudieron recibir la atención médica necesaria que les permitió mejorar. Sin embargo, hubo casos que sufrieron un agravamiento que aún no han logrado disminuir.

“Me duelen mucho los huesos, yo tengo artrosis y encima no hago ningún ejercicio” (Amalia, 70 años, Nuevo Cuyo).

“Yo me desmejoré después de que falleció mi esposo, no podía caminar, tengo artritis, y bueno, entonces me llevaron mis hijas, estuve en sus casas, hice un tratamiento y me hicieron un bloqueo en la columna a ver si soportaba y podía caminar, ahora salí adelante y estoy caminando” (Zulma, 70 años, NOA).



"Todo el año pasado, tuve angustia, pero no tuve grandes problemas más que los físicos que me faltó la pileta, yo tengo artrosis en la columna y rodilla, y ahora me volvieron los dolores, pero todavía no retomé" (Alegra, 77 años, Patagonia Norte).

"Por mi artrosis, es obligación hacer gimnasia, moverme en el agua. Al no poder hacerlo durante todo el año, estar sola en casa, tuve problemas de salud, no estaba con mi grupo, con mis amigas, en la pileta, todos esos detalles que hacen a la vida de una" (Francisca, 75 años, Resto Provincia de Bs. As.).

"A mí me ha afectado muchísimo en la salud, porque estoy operada de una rodilla y el año pasado me estuve por operar en marzo la otra, al no animarme a ir, pero me está afectando muchísimo al caminar, estar de pie, y me está doliendo mucho" (Silvana, 76 años, Centro).

La falta de actividad física también propició el aumento de peso y el cansancio. Las mujeres mayores debieron abandonar el ejercicio físico que realizaban de manera sistemática. Además de que muchas de esas actividades se habían suspendido durante bastante tiempo, manifestaron que no realizaban ejercicio físico porque tenían miedo a salir de la casa.

"Engordé 15 kilos por no poder moverme, tengo una escalera de dos pisos que subo todos los días, pero me canso al al subir el primer escalón. Me afectó la falta de movilidad desde los primeros tiempos, cansarse de no hacer nada" (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs.As.).

"Yo antes de la pandemia hacía pileta, vóley, zumba, y de golpe una que tiene tecnología pudo seguir haciendo algo, pero sin embargo aumenté 10 kilos" (Lara, 69 años, Patagonia Sur).

"Es que estar en mi casa me afectó porque yo hacía pilates todos los días, y lo tuve que dejar, intenté en casa, pero no me enganchaba y el tema es que engordé muchísimo y eso me afectó muchísimo. No me animaba a salir a caminar, lo hacía alrededor de mi casa, pero no me servía, así que eso sí me afectó mucho, no poder hacer gimnasia, capaz una se desquita con la comida" (Irina, 70 años, CABA).

“Me afectó físicamente porque me ensanché, no pude ir al gimnasio o a bailar, pero de todas maneras traté de sobrellevarla, busqué los espacios hacia afuera, salir al aire libre, ir al campo, pero no es lo mismo” (Dolores, 68 años, NEA).

“Yo tengo hipertiroidismo, con lo cual yo engordé muchísimo, pero para mí eso no es un problema de salud que no se pueda remediar, tuvo que ver con mi falta de actividad” (Irina, 62 años, NEA).

Algunas mujeres mencionaron haberse contagiado del virus durante la pandemia. Entre ellas hubo quienes tuvieron un diagnóstico preciso y otras que solo experimentaron los síntomas sin llegar a confirmarlo. La enfermedad la atravesaron con distintos niveles de gravedad. Algunas estuvieron cerca de la internación, mientras otras padecieron síntomas leves y no presentaron mayores dificultades, transitando el período de reposo en la casa.

“A mí me agarró COVID-19 bastante difícil sin salir de casa, casi me internan, estaba muy mal” (Vilma, 69 años, Patagonia Sur).

“Yo ya tuve COVID-19 y fue muy leve, lo transité en mi casa, tranquila” (Edith, 68 años, Patagonia Sur).

“Bueno, a mí me cambió la vida un montón, yo en septiembre tuve COVID-19, yo en mi casa y mi marido estaba internado” (Amalia, 70 años, Nuevo Cuyo).

“Nunca tuve fiebre, no perdí el sabor, pero tuve todos los síntomas que han tenido otras personas, casi no podía caminar, tenía que usar bastón. Desde el punto de vista de la salud, los primeros meses fueron muy duros, pero tenía una persona que venía todos los días, mi cuerpo no podía más” (Zulma, 85 años, GBA).

“Yo hasta ahora no sé si tuve COVID-19, porque en el momento en que me enfermé busqué llamar al hospital o a PAMI y me decían que fuera a diferentes lados, no me mandaron ambulancia ni nada porque no tenía fiebre, pero tenía tos y me sentía muy cansada y el aire me faltaba” (Edelmira, 69 años, Patagonia Sur).

Los controles médicos pudieron mantenerlos a partir de la adaptación de los mismos a la situación de pandemia. Por un lado, explicaron que cambiar el lugar y la modalidad de atención médica, y otros casos mencionaron haber mantenido la continuidad del tratamiento, pero luego de haber superado dificultades para obtener los turnos y los medicamentos necesarios. Por último, las mujeres mayores manifestaron haber recibido ayuda de sus familiares para poder permanecer bajo tratamiento médico y así cumplimentar el proceso.

“Yo tengo problema con la tiroides, tenía que ir a Corrientes, pero fue imposible, en esa época no había colectivos ni cómo trasladarse, y ahora continuamos igual, así que no sé. Pero ahora estoy viendo que acá hay una señora profesional del hipotiroidismo para que me siga controlando, pero los análisis me salieron bien, entonces consulté a mi médico y me dijo que continúe así con la pastilla hasta que pueda ir” (Eda, 76 años, NEA).

“Cuando tenemos que pedir un turno del médico online, tardamos hasta dos o tres meses, yo soy diabética y me ha costado muchísimo conseguir atención para que no me falten los remedios, y yo no pienso solamente en mí, ‘¿cómo hacen quienes no pueden, no tienen un celular o familia que les ayude?’” (Edelmira, 77 años, Patagonia Norte).

“Al principio necesité ayuda de mi marido y mi hija para hacer todos los trámites del tratamiento oncológico. Cada 21 días tenía que ir a PAMI o al hospital. Después los hacía yo, porque también era una manera de sentirme mejor. Ahora ya me manejo sola y no tengo tratamiento” (Rufina, 73 años, Resto Provincia de Bs.As.).

En otros casos, por el contrario, abandonaron los tratamientos médicos por miedo a la concentración de gente en los establecimientos de atención a la salud y a contagiarse. La misma razón manifiestan quienes no han retirado estudios realizados anteriormente. Aparecieron tanto el temor al contagio como la bronca respecto de la gente que no respeta las normas de cuidado.

“Estoy un poquito atrasada con los controles, capaz algún análisis, ahora quiero hacerme una mamografía, pero no quiero avanzar porque me da miedo donde hay mucha gente, por más que esté cuidado, me siento que traigo el bicho a casa” (Silvana, 76 años, Centro).

“Tampoco puedo cuidar mi salud física, tengo una mamografía para retirar porque me encontraron un tejido que empezó a crecer y no pude retirarlo. Le tengo bronca a la gente que no respeta la distancia y me produce mucho un estrés que me descompensa” (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs.As.).

“En la ciudad no hay mucho cuidado, no se restringen las actividades, se organizaron las actividades comerciales, y cuando yo salgo a hacer compras es como que veo acercarse a alguien con el barbijo mal puesto o que se me acerque alguien y me agarra como una presión” (Edith, 68 años, Patagonia Sur).



5.2.3. IMPACTO PSICOLÓGICO

Las mujeres mayores manifestaron diversos sentimientos, emociones y estados afectivos que comenzaron a partir del ASPO. Muchas comentaron haber sentido mucho miedo a contagiarse el virus o a que se enfermara algún familiar. Esta sensación que llegan a describir como “terror” motivó que no salieran de sus casas y que evitaran lugares donde había mucha gente o el uso del transporte público. Como consecuencia, muchas evitaron acudir a hospitales o centros de salud para realizar sus controles médicos, ya que estos lugares eran percibidos como focos de posibles contagios.

“Me da miedo donde hay mucha gente, porque siento que traigo el bicho a casa. Tiro la ropa, el calzado, me baño porque me parece que me traje la peste. Mis salidas son de poco contacto, a lugares específicos nada más” (Silvana, 76 años, Centro).

“Tenía miedo de salir a la calle por el virus, no me visitaba nadie y tampoco salíamos. Tenía miedo hasta de sacar la basura a la calle. Yo misma me he encerrado asustada, y bueno he tratado de quedarme en mi casa, de no ir al médico por temor. Pero esto no podía ser, me iba a enfermar de la cabeza. Así que este año salí a la calle más tranquila, a hacer algunas compras, ir al banco, a la farmacia y eso me ha ayudado mucho. Para no sentirme tan nerviosa o atacada” (Dolores, 69 años, Nuevo Cuyo).

“Cuando comencé a salir, tenía miedo a todo, miedo de caerme, a salir. Poco a poco lo fui superando, pero me costó mucho, me sentí muy mal” (Francisca, 75 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Tengo 4 hijos y tuve mucho miedo por ellos, porque todos trabajan, ellos se ocupaban de hacerme las compras” (Irina, 70 años, CABA).

“Incorporé un miedo horroroso que nunca había tenido. En cumplió años un nieto y en mayo una hija y no me he atrevido a ir, y realmente no lo puedo dominar. Estoy muy encerrada por el miedo. No he podido ir al club, porque me da miedo, nadar, hacer gimnasia, entonces salgo a caminar todos los días por el barrio, y lo que hago cuando viene alguien es que me cruzo de vereda. Los miedos los tengo y me cuesta mucho dominarlos” (India, 70 años, Nueva Cuyo).



“Tengo terror de contagiarme, porque lo he visto muy de cerca, se llevaron a mi mamá en una ambulancia y me entregaron una urna con cenizas que no sabía si eran de ella. Ahora hace tres semanas que no veo a mi familia. No quiero salir porque mi hermano trabaja todos los días, y yo tengo miedo” (Casilda, 66 años, NOA).

“He llegado al punto de no entrar a los negocios y me da bronca, trato de controlar los miedos con la razón. No me dejé de cuidar nunca, pero le tengo miedo al contacto con la gente y eso me pone muy mal” (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Estos dos años estuve prácticamente sola. Ya estoy vacunada, pero temo salir. Es un pueblo chiquito en el que casi todas las personas nos conocemos, pero siempre hay alguien que sale. Temo salir y estoy sola y los domingos que viene mi hija a estar conmigo, me sucede que como ella es profesora y trabaja y no está vacunada, mi temor es que se contagie” (Victorina, 78 años, NOA).

“Me cuesta muchísimo volver a salir, a reunirme, a ir a un lugar a pasar un rato, me cuesta un montón, no saber con qué te vas a encontrar, aunque sea al aire libre y todas las precauciones, el miedo a salir a mí me ha quedado, el miedo a salir a lugares no conocidos no se me va” (Francisca, 75 años, Resto Provincia de Bs. As.).

El miedo se hizo tan intenso que comenzaron a tener ataques de pánico. Esta sensación de malestar fue atribuida al encierro sostenido, al miedo a contraer el virus y a la incertidumbre respecto del tiempo que se iba a seguir viviendo en las condiciones actuales.

“Soy una persona muy activa y con la pandemia me costó bastante quedarme en casa. Las primeras veces que salía tenía miedo hasta de caminar, estuve un mes sin salir a la calle y cuando quise salir tenía miedo, parecía que los autos se me venían encima como un ataque de pánico, la verdad que fue muy difícil el comienzo” (Margarita, 67, Patagonia Sur).

“El año pasado mientras pasaban los meses y veía que no se terminaba, empecé a tener un estado de ansiedad, de tristeza, porque quería viajar a ver a mi familia, y un día me levanté que no podía respirar, y pensé que me había contagiado, me dolía el pecho, la espalda, entonces mi esposo me acompañó al hospital de Mar de Ajó y me tomaron la temperatura, me hicieron una placa, y había sido un ataque de pánico” (Irina, 69, Resto Provincia de Bs. As.).

“Yo vivo sola y esta pandemia me costó mucho más, si bien al principio veía Netflix, tengo mucha vida social y me costó estar sola y encerrada. Sufrí y creo que todavía sufro ataques de pánico” (Griselda, 69, Patagonia Sur).

“Estaba en tratamiento oncológico, el primer día que fui al hospital en pandemia, me agarró un ataque de pánico porque quería salir, no sabíamos qué me pasaba y era como un miedo...” (Rufina, 73, Resto Provincia de Buenos Aires).

“Me desperté un sábado a las 3:00 am, llorando, pensé que tenía COVID-19, yo soy viuda, tengo 7 hijos, que viven en mi mismo terreno, pero no conmigo. Vino una nieta a las 8:00 am y yo seguía llorando, vinieron mis hijos porque tenía un ataque de nervios horrible, mi hija el lunes llamó a mi médica, me llevaron y me dijo que me estaba afectando demasiado el encierro” (Zunilda, 66, GBA).

Otras de las emociones más recurrentes fue la tristeza. fue la tristeza por la pérdida de seres queridos, amistades, familiares y parejas. Las pérdidas suceden a lo largo de la vida, y con el envejecimiento pueden resultar más frecuentes, pero en este contexto algunas mujeres han perdido vínculos significativos, como la pareja, identificada como una de las pérdidas más estresantes en la vejez, o a madres, padres, hermanas, hermanos, amistades, entre otros, en un lapso muy breve de tiempo.

Además, en este contexto no se permitía la realización de sepelios de la manera habitual, lo que para muchas de ellas fue muy doloroso porque no tuvieron la oportunidad de despedirse ni tampoco estar en compañía con otras personas para transitar el duelo. Otras mujeres refirieron sentirse tristes por no poder ver y abrazar a sus hijas, hijos, nietas y nietos, observándose en ambas situaciones la necesidad de disponer de apoyo emocional.

“Perder amistades siempre genera tristeza, si bien ya se sabe que a esta edad no estamos exentos de que nos pase algo, afecta, y en este año pasado se murieron dos amigos nuestros...” (Azucena, 73, NEA).

“Mi mayor problema fue cuando fallecieron familiares. No poder estar a su lado, no poder acompañarles, esa es la parte más triste” (Lara, 70, Patagonia Sur).

“Falleció mi papá, me faltó toda esa contención del duelo, y me dije este año en lo emocional voy a estar más atenta. Me anoté en talleres y voy a terminar el secundario y eso me ayuda a superar el día a día, luchar con mi mamá porque ella es grande” (Vilma, 63, GBA).

“En lo emocional sufrí la pérdida de mi hermano, de dos sobrinos y de un primo” (Ángeles, 69 años, NOA).

“La pandemia me pegó muy mal, con familiares fallecidos/as y amigos. Todos mis hermanos son grandes así que no nos podemos visitar, y bueno, la cantidad de amigos y familiares que ya no están, fue para mí durísimo, muy triste...” (Juana, 72 años, Patagonia Norte).

“Me gustan mucho los/as niños/as, yo ayudé a mis sobrinas con sus chiquitos y les extraño mucho, no poder verles o tocarles, este año sentí la tristeza de estar sola, ellos me llaman, aprendí a usar el teléfono por la necesidad de comunicarme. Tengo mucha tristeza, es lo que más tengo, deseo mucho estar con ellos. Lo voy llevando, pero si se siente mucho la falta de los afectos, de las amigas” (Casilda, 66 años, NOA).

“Somos una familia chiquita, tengo una sola hija y teníamos una relación muy buena con unos sobrinos/as y nietos/as de Rosario, que cada tanto los visitábamos y se cortó, es imposible viajar así que no podemos verles, eso me ocasionó una gran tristeza” (Betina, 65 años, Patagonia Norte).

“No he tenido enfermedades graves, pero sí momentos de tristeza. Lo hablé con otras señoras y les pasa lo mismo, estar lejos de la familia o conocer gente conocida que se enferma lo hace a uno estar mal” (Edelmira, 77 años, Patagonia Sur).



Las mujeres que son parte de organizaciones que nuclean a personas mayores manifestaron que la soledad o no poder ver a familiares ha generado depresión y un sentimiento de tristeza que además está acompañado de la falta de ganas de realizar actividades.

“A las personas que van al centro les afectó muchísimo, las personas afiliadas me llaman porque se sienten solas, no pueden ser visitadas por sus hijos/as y el centro era su lugar de reunión. Hay mucha gente que se siente deprimida, se ocupan de otras cosas que se pueden hacer en la casa, yo me dediqué a hacer el telar, que hago cuadros y es mi actividad, eso nos ayuda a salir de la depresión” (Emilia, 70 años, NEA).

Las dificultades para continuar con tratamientos médicos por temor al contagio, el contexto de encierro o la espera de la vacuna también han producido mucha ansiedad:

A fin de año me había puesto muy ansiosa porque tenía una consulta ginecológica. En marzo cuando empezó la pandemia, lo postergué varias veces, julio, septiembre, noviembre, y cada vez que lo pasaba me ponía muy mal” (Gladys, 67 años, Centro).

“Entré en una etapa de mucha ansiedad por querer tener la vacuna, y al tener la primera dosis me calmé mucho, ya la segunda la espero, pero no me preocupa tanto” (Mercedes, 71 años, CABA).

“Tuve que recurrir a un ansiolítico porque me dio un bajón, agradecía todo lo que tenía, un patio, casa amplia, somos tres no más, salud en la familia, no tener problemas económicos porque mi esposo trabaja, pero yo decía que todo eso no me alcanzaba, quiero salir... será que hice una cuarentena de nueve meses y no salí hasta el 2 de diciembre, ni a la esquina. Es una privación de libertad muy fuerte...” (Irina, 62 años, Centro).

La mayoría de las participantes manifestaron que esta pandemia las afectó emocionalmente. Algunas mujeres comentaron haber sentido angustia por extrañar a sus afectos, y por no poder acompañar a familiares, amistades, compañeras y compañeros que estaban atravesando situaciones difíciles. Algunas utilizaron el término “bajón” para describir su estado de ánimo en referencia también a los motivos ya enunciados.

“Estaba acostumbrada, a juntarnos y eso me da como una angustia, el hecho de no poder compartir, quiero estar con mis nietos, con mi familia, ellos vienen, estamos en el balcón, pero vienen por separado, no estamos como en las grandes fiestas y todo eso, en este momento me da angustia” (Amalia, 71 años, CABA).

“Soy una persona hiperactiva que siempre hago cosas, y esta situación me tiene muy estresada, porque si bien trato de hacer cosas, estar activa dentro de la casa, pintando, cosiendo, la verdad que no la pasé muy bien, pero me gustaría estar mejor anímicamente. (Azucena, 73 años, NEA).

“Yo creo que en cierta medida me afectó muchísimo, me ‘bajonéo’ un poco quedarme tanto dentro de la casa, pero hubo quienes tuvieron problemas económicos o de salud. Cinco de mis compañeros tuvieron COVID-19, y todo eso te complica porque como soy soy la referente de un centro de jubilados/as, me afecta que mis compañeros/as estén mal. Esas cosas es como que te van sumando estrés...” (Azucena, 73 años, NEA).



“Me afectó bastante porque tengo un solo hijo y un solo nieto, pero en Buenos Aires, entonces al no poder viajar me afectó bastante emocionalmente, y tengo un gran problema, una hermana que tiene 47 años que está con cáncer también en la capital y no poder ir a verla me afecta muchísimo, hay momentos que estoy angustiada por ella y su familia” (Rosenda, 60 años, NEA).

“Este año se enfermó mi hijo en La Rioja y yo no podía viajar, y ahí es cuando me vine un poquito abajo, tuve que ponerme todas las pilas para darle fuerzas a mi hijo, eso me tiró abajo pero ya estoy saliendo...” (Edelmira, 77 años, Patagonia Norte).

Algunas mujeres comenzaron a tener alteraciones en el sueño, ya sea dificultades para dormir o descansar más tiempo. Asimismo, quienes ya tenían insomnio, sostienen que durante la pandemia se vio agudizado.

“No soy dormilona, no me quedo hasta las 10 en la cama, pero desde que empezó todo esto, me tengo que obligar a levantarme, porque si no me quedaría, se me sumaron las horas de sueño, las ocho horas saludables no me alcanzan, necesito dormir más” (Irina, 62 años, Centro).

“Cuando todos los días me mandan mensajes mis hijos para ver cómo estoy, les digo otro día de insomnio, porque hago todo para dormir y me duermo como a las 6 de la mañana. Eso sí me ha modificado” (Casilda, 66 años, NOA).

“También tuve insomnio, aún tengo, es algo que me quedó de la cuarentena, porque una no se cansa como antes cuando tenía muchas actividades, noto que cuando estoy más activa me cuesta menos dormir” (Noemí, 64 años, Patagonia Norte).

“Yo duermo con gotitas porque si no estaría despierta toda la noche” (Nieves, 84 años, NOA).

“A mí se me agudizó seriamente un problema de insomnio, estuve muchos meses durmiendo dos o tres horas, leía, miraba videos, pero fueron meses duros, no conseguí que mi médica se diera cuenta de la angustia que a mí me generaba dormir tan poco, porque al día siguiente estaba pasada de rosca, así que por suerte conseguí un turno con una neuróloga y pudimos manejar el tema del insomnio” (Betina, 65 años, Patagonia Norte).

Varias de las participantes afirmaron sentirse enojadas e intolerantes por la falta de cuidados por parte de la gente en sus localidades de residencia. Por otro lado, les molestaron las limitaciones impuestas a partir del ASPO y las dificultades que enfrentaron a la hora de conseguir atención médica. Dentro de este grupo también hay mujeres molestas con la pandemia en sí, una situación que generó muchas restricciones en todos los ámbitos de la vida y que en las personas mayores no permitió el disfrute o la realización de proyectos en un momento en el que había más conciencia de la finitud del tiempo. Apareció una vivencia de planes truncados y frustración, de tiempo perdido e irrecuperable.

“Me afecta mucho el descuido, esa gente que al entrar a un comercio no tiene cuidados. Y esta es una ciudad que tiene poco servicio para esto. Hay un solo mercado que está haciendo delivery, por ejemplo, y una no quiere tampoco que la familia se exponga” (Edith, 68 años, Patagonia Sur).

“Desde lo emocional siento la intolerancia, todo me molesta, me afecta y estoy hecha una protestona, siempre como a la defensiva, cosa que antes dejaba pasar, pero ya no, no te tolero muchísimas cosas” (Amalia, 73 años, Patagonia Norte).

“Voy a cumplir 74, y a mí me han robado dos años de vida, son dos años que a esta edad no me puedo dar el lujo, se me fueron los dos años y ya está, en enero me iba a hacer un viajecito a ver a mi hijo a España, no puedo, no tengo posibilidad de hacer proyecto ni para el mes que viene, ni siquiera para el año que viene” (Amalia, 73 años, Patagonia Norte).



"Tengo una mezcla de emociones... Me da bronca tenerle miedo a la gente, pero siento rabia porque no mantienen la distancia, te pones grosera para defenderte, tenés turno en el banco y se juntan, se tiran encima. Vivo enojada porque la gente no toma conciencia" (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

"Este año, después que murió el papá de mis hijas por COVID-19 y me puse intolerante, no tolero ciertas cosas de la gente" (Alegra, 66 años, Patagonia Norte).

"Dejé de ver noticieros, porque me alteraba mucho, me enojaba mucho, era como saber que iba a ser para largo" (Noemí, 64 años, Patagonia Norte).

"Quedaron todos los planes frustrados, tenía proyectos de viajar al exterior, y en lo cotidiano quería empezar natación, yoga, pilates, y todo quedó truncado, un sentimiento de frustración..." (Alegra, 66 años, Patagonia Norte).

Finalmente, algunas mujeres sienten que no realizar actividades fuera del hogar tuvo un impacto negativo en su envejecimiento, tanto a nivel físico como anímico.

"Me he sentido con muchos más años, anímicamente y físicamente, y ahora siento esta inactividad y la imposibilidad de salir. Me tiré hacia adentro y eso no es bueno, porque a determinada edad tenés una perspectiva distinta de lo que sentís" (Julia, 81 años, Patagonia Norte).

"He sentido anímicamente que he envejecido, me siento una persona más rutinaria, de estar en la casa, no poder andar... eso me ha afectado, sobre todo mi garganta, que es mi punto débil, y bueno, dejé de ser charlatana, porque siempre salía a charlar con mis amigas" (Julia, 81 años, Patagonia Norte).

5.2.4. IMPACTO EN EL ÁREA PSICOSOCIAL

La exploración de los aspectos psicosociales puso en evidencia que los vínculos sufrieron modificaciones importantes, algunos se deterioraron y otros se perdieron. Sin embargo, hubo relaciones que se vieron fortalecidas. Los vínculos afectados son los que involucran a familiares, amistades, vecinas/os, compañeras/os de instituciones, encargados/as de edificios y empleados/as que brindan cuidados.

La distancia geográfica dificultó el contacto presencial con vínculos de apoyo de suma importancia. La interacción estrecha con hijas, hijos, nietas y nietos se vio afectada por la imposibilidad de viajar durante la pandemia. Algunas refirieron tener familiares en otras provincias e incluso en diferentes países. En esos casos, antes las visitas recíprocas eran frecuentes, aunque implicaran viajes. A partir del aislamiento y distanciamiento social, el contacto presencial se había visto imposibilitado y esto fue considerado como un cambio negativo para sus vidas. A pesar de mantener contacto mediante llamadas telefónicas o algún otro medio virtual, extrañaron el trato cara a cara, los abrazos y besos, las reuniones y los festejos familiares.

A su vez, hubo quienes manifestaron que las múltiples actividades online y la sobrecarga de tareas que tenían tanto sus hijas e hijos como sus nietas y nietos, dificultaban encontrar un horario en el que pudieran comunicarse de manera virtual.

“Yo tengo una hija en Alemania y nietos también, y en el 2020 cumplí los 70 años, iba a ser una fiesta e iba a venir mi hija con la familia, y también se frustró todo. Es como que primero decís no puede ser, ya va a pasar, y el no tener una lucecita, un horizonte, también te deprimía bastante. Pero estamos firmes” (Patricia, 70 años, Centro).

“No la visito a mi hija en Tucumán, ni a mi otra hija de Buenos Aires, ni a la de Bariloche, y es feo porque estoy pensando qué les puede pasar. Hace 18 años que estoy sola porque falleció mi esposo, mi familia está lejos y no les puedo ver” (Felisa, 78 años, NOA).

“Somos mi marido y yo, y los tres chicos no los tenemos acá, si bien estábamos acostumbrados a ir todos los meses a visitarlos, se nos cortó, no es lo mismo el celular que el contacto, y estuvimos meses sin vernos” (Lucrecia, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“La familia está aislada, tengo cuatro hijos casados y con nietos, repartidos en Buenos Aires, Alemania, Río Tercero, entonces con ellos hace dos años que no me veo, no quiero acostumbrarme a eso, somos hijos de italianos, por lo tanto, es muy fuerte eso de la reunión del domingo es increíble como la extrañamos” (Patricia, 70 años, Centro).

“Es terrible no poder darle un beso a mi nieto, perderme los cumpleaños, mi hija es joven, tengo dos nietos, ahora están a ‘full’, ella sigue su profesorado y da clases de inglés por Zoom, y atiende a sus hijos. Yo en este momento si quiero hablar con ella tengo que esperar después de las diez de la noche, porque están todo el día ocupados, y mis nietos también. Cada tanto hacemos una videollamada, son lo único que tengo, acá estoy sola” (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

En otros casos mencionaron que la falta de contacto presencial con la familia se debía a que evitaban la posibilidad de contagio. Además, las mujeres mayores describieron haber reducido las visitas o evitar salir de la casa, lo cual generó una insatisfacción vincular. Apareció tanto el miedo a enfermarse por participar en reuniones grupales como la toma de conciencia acerca de ciertas discrepancias entre los cuidados propios y la falta de medidas preventivas por parte



de sus familiares. Estas diferencias y la necesidad de cuidados motivaron dejar de ver a determinadas personas.

“Mi primera salida social familiar fue en Semana Santa. Me cuido de mi familia política, porque tuvieron COVID-19 dos veces, entonces soy cuidadosa, en las reuniones no éramos más de 10, pero no tenía ganas de sacarme el tapabocas, aunque sea lugar abierto, ventilado, bla bla... No me dolieron tanto las ausencias porque me fui concientizando, porque ellos tuvieron COVID-19, pero yo no, entonces traté de cuidarme, y traté de que no se rompa ni se note en la relación en ese momento, todo naturalmente, nunca más tuvimos contacto” (Julia, 77 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Falta de contacto con mis hijos/as, con mi mamá, con mis nietos/as, con vecinos/as. Lamentablemente una quiere evitar un problema de contagio entonces prefiero no salir, pero normalmente es eso, la falta de contacto con los demás, no verles crecer y poder abrazarles” (Ángeles, 69 años, NOA).

Por el contrario, algunos vínculos familiares se vieron fortalecidos a partir de la pandemia y el ASPO. Estas relaciones, que anteriormente habían estado dificultadas por la distancia geográfica, se vieron favorecidas por la adaptación a lo virtual, posibilitando la comunicación con parientes que se encontraban en otros países. Las restricciones de contacto requirieron que las personas mayores adopten nuevas estrategias y deban encontrar diferentes modalidades de comunicación, para realizar videollamadas.

“Yo noté un cambio muy grande en la relación familiar, porque cada uno tenía sus actividades habituales y a veces ni nos veíamos estando al lado, pero en cambio con la pandemia yo he logrado hablar más con mis hijos, tener más tiempo para ellos, aunque no esté cerca, con el WhatsApp, consejos, ‘cómo estás mamá’, todo eso me acercó mucho más a mis hijos y a mis nietas” (Celia, 69 años, CABA).

“Todo esto me vino muy bien porque yo vivo sola y no tengo familia acá en Argentina, la poca que me queda vive en Europa, entonces esa es la manera de estar conectada, de no estar aislada. Y pasó algo lindo, que se va modificando la escala de valores, con dos o tres familiares que estamos distanciadas, reaparecieron en la pantalla porque todo es virtual, y volvimos a estar en contacto” (Lujan, 75 años, CABA).



“Extraño los abrazos, es lo que más extraño, y no tiene solución. Tengo tres nietos/as, de catorce, doce y ocho años. Hacemos los cumpleaños y los eventos familiares por Zoom. Todo 2020 fue así y seguimos así” (Elsa, 67 años, Centro).

Durante la pandemia, las mujeres mayores recibieron diferentes tipos de ayudas provenientes y el apoyo emocional de los vínculos familiares, a través de comunicaciones telefónicas o el contacto cara a cara. Además, encontraron maneras de realizar actividades recreativas y lúdicas a través de los medios virtuales.

“La única vez que nos permitimos salir fue en diciembre cuando el nieto del medio tomó la comunión. Salimos todos armaditos, barbijos, alcohol, todo y la consigna era no abrazarnos, y lo primero que hicimos fue abrazar. Hablamos por teléfono, organizamos juegos, tutifrutí, hacemos como torneos y la pasamos bien” (Elsa, 67 años, Centro).

“Tengo seis nietos y a mis hijos que son maravillosos, están todos a mi alrededor, me preguntan qué necesito, en ese sentido la voy pasando bien” (India, 70 años, Nuevo Cuyo).

“Nunca tuve miedo en la pandemia, será porque tomo los cuidados necesarios. Al principio me costó un poquito, mi nuera trabaja en el sistema de salud, pero como mi hija vive en la casa de atrás, y mi hijo arriba, entonces a nivel emocional estaba contenida” (Celia, 69 años, CABA).

“El vínculo con mis nietos y mis hijos mejoró muchísimo, me cuidaron y me decían cosas de reconocimiento que en otras situaciones quizás no sucedían. Siempre con extremo cuidado y cariño para no hacerme sentir incómoda” (Lucita, 68 años, Patagonia Sur).

“Estuve con mis nietas de 19 y 12, nos juntábamos a cocinar, a hacer ñoquis, a charlar. Con la de 19 hemos charlado tan profundo, yo le fui tan directa que he logrado una unión, una confianza que no pensé que podía” (Zunilda, 69 años, CABA).

“Yo por suerte vivo con un nieto de 29 años, y él ocupa la parte de arriba, yo la de abajo, compartimos jardín y eso” (Carlota, 69 años, Centro).

“Yo tuve la suerte de tener a mi hijo y a mis únicos nietos al lado, y una vez por semana vienen a casa” (Lilian, 71 años, Resto Provincia de Bs. As.).

Las mujeres recibieron asistencia en la cocina, en la realización de las compras, así como en los traslados y la obtención de los medicamentos.

“Tuve apoyo habitual por parte de médicos/as para hacerme estudios, pero mi verdadero apoyo fue mi marido. Tiene 78 años y cuando yo tuve este problema, él estuvo para todo, él cocinó” (Amalia, 71 años, CABA).





"Yo vivo en el centro y mi hija vive lejos, yo no le pido nada, yo hago todo, y me obligo a no salir, pero me hace las compras, mi hija hace de mamá de su mamá. Yo soy de Corrientes, mi hija me trae la mitad de un amasado de chipa, bueno, aprendí el gran cariño y el amor que sienten hacia mí, inclusive mi nieta de 27, me dice si vamos a tomar un café, pero a un lugar abierto" (Estela, 78 años, Resto Provincia de Bs. As.).

"Yo también con mi hijo, el año pasado no salíamos para ningún lado, él iba al mercado, me traía las cosas, siempre con cuidado, me dejaba las cosas y las desinfectábamos, y después con mis nietas también, todos los hijos nos ayudaron, y mi nieta también, porque me preguntaba qué necesitaba y venía" (Amalia, 79 años, GBA).

"Me quedé con mis nietos y mi hija en casa, si quiero ir al médico, están las tres, ahora estoy en la computadora de Teresa, ella me trae todos los medicamentos y todo lo que tengo que tomar" (Raquel, 84 años, NOA).

Por otra parte, la ayuda de sus hijos/as también les permitió familiarizarse con las nuevas tecnologías y las plataformas virtuales, así como aprender a usar la cámara y el micrófono de las computadoras. Todo ello contribuyó a que pudieran realizar trámites por internet, como inscribirse para la vacunación, realizar pagos en línea u obtener turnos a través de páginas web. Además, estas ayudas les permitió comunicarse o a través de redes sociales.

"Vivo con mi hija, soy muy independiente, me puedo valer por mí misma, pero tomo clases por Zoom de varios talleres, y tengo que recurrir a ella porque si no me pone el Zoom en la computadora, yo no puedo hacer nada" (Dora, 78 años, GBA).

"Tengo un hijo que vive a dos cuadras, recién me vino a socorrer con la computadora, así que ahora prometo anotarme a un curso de conectividad" (Amalia, 79 años, GBA).

"Tengo una hija que es un sol, estudia en Buenos Aires pero me ayuda en todo lo que no puedo hacer, ella está siempre para solucionarme los problemas, aunque no la veo, ella se metió hasta que me dieron la vacuna, y ahora me regaló las clases de terapia, es la única persona que me ayuda, no económicamente, yo trabajo, soy agente inmobiliaria, y me las arreglo sola, al principio las compras las pedía, ahora las hago sola" (Lilian, 71 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Tuve que recurrir a mi hija, para pagar todas las cosas por internet, porque no se podía salir, como yo no manejo eso, tuvimos más vínculo todavía porque todas las cosas se las pedía a ella, y fue así que algunas cosas fui aprendiendo y otras todavía no. Fue una cosa muy linda porque nunca vi en ella fastidio, siempre fue muy buena en la recepción” (Dolores, 72 años, GBA).

“Mi esposo también me ayudaba mucho, actualmente dos veces por semana hacemos todos los mandados, y ya por lo menos no necesitamos tanto de nuestro hijo, que todo lo que es tecnología él nos saca los turnos” (Amalia, 79 años, GBA).

No obstante, muchas dijeron no solamente recibir, sino también apoyar a sus familiares. Las participantes expresaron brindar ayuda a hijos/as, nietos/as y hermanas/os cocinándoles o dándoles apoyo emocional a través de charlas telefónicas o presenciales. A su vez, ayudaron a otras compañeras de cursos virtuales a realizar tareas que les asignaban.

“Por ejemplo, yo tengo dos hijas y seis nietos, con los que nos vemos muy poco, pero nos hablamos o yo preparo una comida y se la llevan. Están muy pendientes de mí también, éramos muy familiares” (Zunilda, 77 años, Patagonia Norte).

“No estoy viendo a mi familia porque trabajan y tengo que soportar que mi hijo y mi nieto no tengan trabajo en pandemia y hay que ayudarles. Darles ánimo para que sigan adelante. Una cumple un doble rol porque se cuida de una misma y tiene que cuidar al otro también” (Griselda, 69 años, Patagonia Sur).

“Extraño el movimiento del centro, me despejo, tomo algo en un café, voy mirando. Y mi hermana que hablamos todas las noches y nos apoyamos emocionalmente” (Lilian, 71 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Mi hija y yo nos hemos unido más. Yo cocino para las dos” (Edelmira, 78 años, GBA).



“Yo tengo una compañera del taller literario que cumplió 90 años, tiene la cabeza perfecta, ella tiene el teléfono viejo, entonces yo le voy pasando las cosas, mando lo que tenemos que leer o las tareas, lo mando a una librería por WhatsApp, y lo que ella escribe me lo dicta a mí y yo lo escribo y después lo paso al grupo. Entre todos nos ayudamos porque no soy la única que hace eso” (Zunilda, 77 años, Patagonia Norte).

“A mí me pasó con los vecinos, porque yo tengo un vecino que es médico que fue uno de los primeros en contagiarse, y me sorprendí porque un día me llamaron para avisarme que él estaba contagiado, y que en la casa estaba con su esposa y su hijo. Entonces cambió la relación porque empecé a hacerle las compras, empecé a llamarlos a ver si necesitaban algo, el médico había empeorado y estuve más pendiente de ellos. Mis vínculos con mis vecinos se han modificado” (Casilda, 66 años, NOA).

El distanciamiento de este tipo de vínculos ha tenido un impacto negativo en la vida de las mujeres mayores. Parte de las amistades se vieron perjudicadas por la distancia geográfica y por evitar las reuniones grupales debido a los cuidados requeridos en la situación de pandemia y por el miedo al contagio. Este alejamiento se siente como una pérdida y se extrañan los espacios y momentos compartidos.

“Mis amigas o amigos no viven acá al lado sino en otros lados lejos y juntarse es toda una historia. Todo eso sí se siente” (Carlota, 69 años, Centro).

“Y acá tengo un grupo de amigos que nos juntábamos, y ahora se redujo a un solo matrimonio que somos de la misma burbuja, de la misma cuadra, y ahora ni eso, lo hacíamos al aire libre, y ahora con el frío no, de vereda a vereda solamente. Se extrañan los amigos” (Irina, 70 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Me alejé totalmente de los grupos de amigos, que íbamos a comer, el grupo de PAMI, y de mis amigas no las vi más, socialmente no veo a nadie, a mi hija que vino en Navidad con cuidado” (Lilian, 71 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Las amistades nada, no me vi con nadie, y en la calle también tengo miedo, controlo las distancias entre la gente, me enferma que no usen el barbijo, pero no puedo andar peleando. Les digo a la juventud que hay que usar barbijo, pero no dan bolilla. Me alejé de mis amistades, ahora estoy sola. Hay que adaptarse a la vida que nos está tocando” (Francisca, 71 años, Resto Provincia de Bs. As.).

Por el contrario, algunos vínculos de amistad mejoraron y se afianzaron según lo manifestado en los grupos focales. Las mujeres mayores refirieron que se produjo una reducción de vínculos y que, si bien de algunos se alejaron, otros se volvieron más estrechos e íntimos. A su vez, algunas mujeres mencionaron haber encontrado nuevas amigas en lugares que empezaron a frecuentar después de la jubilación, como los talleres virtuales. Así como en las relaciones familiares, la comunicación con las amistades también se vio afectada por la pandemia, debiendo adoptarse otras estrategias de contacto, principalmente la modalidad virtual, los encuentros al aire libre y las reuniones de pocas personas.

“Tengo un parque y una casa grande, tengo mucho espacio para moverme, nos podemos reunir al aire libre en mi jardín, entonces no se ha sentido mucho. Las amistades se han hecho más íntimas, estrechas y no con todos/as, sino que algunas personas se han alejado, y otras estamos buscando estar siempre en contacto, ya sea por teléfono, viéndonos o nos juntamos en la orilla del lago a tomar cada uno su mate, y charlamos, hacemos picnic, pero bueno, tenemos el espacio y el lugar para hacerlo sin peligro, sin arriesgar” (Patricia, 70 años, Centro).

“El grupo de amigos/as se redujo y se hizo más estrecho. Este año, mi marido cumplió en diciembre, y como no se podían tener reuniones, entonces me dijo que prefería que hiciéramos tres cumpleaños por separado, con grupos reducidos, donde se puede compartir más, hablar, mirarse a los ojos, y estar más cerca, y cuando lo explicó así, a mí me pasaba lo mismo, una tiene más necesidad de vincularse con menos gente, pero de forma más profunda” (Irina, 62 años, Centro).

“Ahora con la familia nos vemos pero nos vamos turnando, y me hizo muy bien las amistades que encontré, tres o cuatro que he conocido después de que me jubilé a través de los talleres, ahora siempre nos frecuentamos. Y la amistad hace muy bien” (Dolores, 69 años, Nuevo Cuyo).

“Yo tuve que hacerme una intervención, nada seria, y me encontré que contaba con mi hijo, pero aparecieron amigos o amigas que tenían coche y y me llamaron para que contara con su apoyo, lo mismo que cuando volví a mi casa, me llamaban por teléfono, me sentí muy acompañada” (Paola, 75 años, CABA).

“Hablamos por teléfono o por videollamada” (Carlota, 69 años, Centro).

Respecto a los vínculos vecinales, las mujeres recibieron apoyo a la hora de realizar las compras de almacén, verdulería y farmacia, y obtener recetas y medicamentos. Las y los comerciantes del vecindario también han aportado su ayuda acercando los insumos necesarios a las mujeres mayores hasta sus hogares.

Al mismo tiempo, la pandemia posibilitó el surgimiento de nuevas relaciones vecinales reforzadas por la cercanía y la posibilidad de contacto frecuente. De hecho, socializaron gracias a las charlas de jardín a jardín o a través de las rejas de su casa. Además, mencionaron compartir actividades físicas al aire libre con otras personas del vecindario e incluso ellas mismas brindaron apoyo a vecinas y vecinos con quienes la relación se vio fortalecida. La ayuda mutua, la reciprocidad y la solidaridad han sido de importancia para la resolución de problemas prácticos y el desarrollo de nuevas estrategias para satisfacer sus necesidades y sentirse en compañía.

“Yo tengo cerca tres muchachos jóvenes que son los que habitan la planta baja, en los primeros tiempos y esos seis meses que no salí afuera, ellos cuando salían a hacer sus compras me preguntaban si necesitaba algo y me lo traían. Los comerciantes de la zona también me traían todo a casa” (Adela, 76 años, GBA).

“En cuanto a lo social, tuvimos el apoyo de todos, porque necesitábamos las compras y llamábamos al almacenero de acá que nos traía las cosas, la farmacia también. Fuimos bien atendidos. Pero lo que más se extraña es el acercamiento, acercarse a la gente” (Lucrecia, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Los vínculos familiares los sufrimos todos, de no poder reunirnos, abrazarnos, pero sí descubrí muy lindos vínculos a nivel vecinal, algunas personas tuvieron COVID-19 y nos organizamos para ir a buscarles las recetas, ir a la farmacia, alcanzarles comida, y a mí, por ejemplo, me llamaban todos los días a ver si estaba bien” (Elena, 75 años, Patagonia Sur).

“Yo vivo en una casa y tengo un jardincito delante pequeño, capaz me pongo a tomar sol en el jardín y pasan y hablamos por la reja, conocí algunos vecinos que no conocía antes, porque pasan cotidianamente y nos terminamos conociendo, mi perro conoce perros que no conocía, esas cosas” (Carlota, 69 años, Centro).



“Fue muy lindo con una vecina que es médica pero está jubilada. Antes solo nos saludábamos pero, nos hicimos muy amigas. Teníamos encuentros semanales, charlamos, y nos ayudábamos a hacer las compras, o sea que fue un hallazgo producto de eso, después hacíamos peluquería, nos teñíamos el pelo. Uno va intensificando de lo que tenía de antes, yo nunca me sentí sola, vivo sola pero no me siento sola” (Juana, 75 años, CABA).

“Me afectó mucho porque justo falleció mi papá, tuve mucha carga para mí, y eso me afectó en la parte emocional, en la forma de darme cuenta que podemos ser familia, en la sangre, pero yo recibí más ayuda de mis vecinos/as. Tenía un vecino que tiene verdulería, y él venía y me traía hasta la puerta para mi mamá y para mí, y por ejemplo mis hijos no venían porque ellos estaban saturados de trabajo” (Wilma, 63 años, GBA).

Por otra parte, algunas mujeres recibían ciertos apoyos prácticos de parte de una empleada doméstica –con la que hubo interacción intermitente según la situación epidemiológica–, de la encargada o encargado, o de personas que integraban el consorcio del edificio donde vivían. Entre otras cuestiones, les ayudaban a pasear el perro, a hacer las compras, y estaban disponibles para cualquier otra necesidad que solicitaran.

“Hice tan estricto el encierro al principio, hasta me paseaba el perro el portero del edificio, porque yo no salía. Fue de mucha ayuda, tener una mascota en la casa, también vivo sola y la verdad que me alegró la vida en estos tiempos. Hubo personas en el consorcio que ofrecieron ayudar, y salían a hacer las compras para quien le pedía, así que eso fue una ayuda” (Lujan, 75 años, CABA).

“Por otro lado, el contacto con el encargado del edificio fue más intenso, siempre ofreciéndome si tenía que hacer compras o si necesitaba algo” (Juana, 75 años, CABA).

“Yo la ayuda que dejé de tener, la única, fue una persona que hacía las tareas domésticas. Tuve ayuda intermitente, cuando se podía, cuando las cosas estaban más tranquilas, y cuando se ponía espesa la situación, cortaba, porque vive en provincia, y aparte ella tiene un chiquito que va a la escuela, entonces el riesgo era demasiado grande, entonces esa persona dejó de venir, y por un tiempo, me ayudó otra, que antes trabajaba en mi casa y después se fue, ella me ofreció ayuda y yo la acepté mientras se podía, si se pone crítico yo lo corto, ahora no está viniendo” (Lujan, 75 años, CABA).

Por último, algunas mujeres mencionaron que a causa del COVID-19 habían fallecido familiares cercanos, esposos y exparejas. Estas pérdidas estuvieron vinculadas a las medidas sanitarias aplicadas durante la pandemia para evitar contagios.

“Este año murió el papá de mis hijas de COVID-19, que es un hombre con el que viví 35 años. Hoy por ejemplo vi a mi hija angustiada y eso me hace sentir mal” (Alegra, 66 años, Patagonia Norte).

“En el 2021, por el turismo entró mucha gente y vino una oleada de casos y mi marido se enfermó y murió, a pesar de no haber salido de casa, salió para vacunarse contra la gripe, no llegó a vacunarse contra el COVID-19 y yo me contagié también, estuvimos internados los dos y yo me recuperé en seguida y él no, a él se le complicó” (Irina, 73 años, Patagonia Sur).



5.2.5. SERVICIOS DE APOYO Y CUIDADO FORMAL

Las personas mayores mencionaron haber asistido y acudido a servicios de diferentes entidades públicas y privadas que les han proporcionado diferentes tipos de ayuda.

Entre ellos se mencionaron los talleres virtuales de UPAMI, una experiencia novedosa que fue valorada positivamente por brindar diferentes tipos de apoyo (compañía, contención, apoyo práctico, social e instrumental). Esta nueva modalidad permitió conocer a gente nueva; aprender ajedrez; adquirir conocimientos de tecnología, literatura o idiomas, o realizar ejercicio físico. La propuesta virtual ofreció la posibilidad de realizar actividades en universidades nacionales ubicadas en zonas geográficas alejadas de sus lugares de residencia.

“Los talleres de UPAMI son insuperables, por los temas, el profesorado y el equipo técnico que te acompaña, te dan una tranquilidad absoluta, hago cinco o seis y realmente eso sí es una compañía espectacular” (Libertad, 75 años, CABA).

“Los talleres ¡diez puntos! Estoy encantada de haber estado anotada en dos, y me anotaría en más porque son de una ayuda increíble. Como son de todos lados hemos conocido gente nueva” (Rufina, 73 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Por otro lado, la tecnología me vino bien porque yo me dediqué a trabajar con talleres, a hacer gimnasia por videos” (Antonia, 85 años, GBA).

“Lo que a mí me resulta más cómodo es hacer los talleres literarios, de inglés o francés para no olvidarme y hablar otros idiomas. Hacerlos por internet me resulta más fácil que tener que movilizarme, y me he podido anotar en lugares remotos a los que no podría haber ido. Uno era de inglés y en grupo en la Universidad de José Carlos Paz” (Tadea, 65 años, Centro).

“Miro con satisfacción todo eso de los talleres, yo soy de Rosario y hago un taller en la Universidad de Moreno, que en otro momento no lo podría hacer, esa parte PAMI la cubre satisfactoriamente, porque tiene todo: literatura, ajedrez, idiomas, me parece que está bastante cubierto” (Elsa, 67 años, Centro).





“De PAMI recibí una notificación para concurrir a un taller de la Universidad Nacional de Córdoba” (Ángeles, 69 años, NOA).

“Voy a hablar de los talleres de UPAMI, estoy aprendiendo ajedrez, el profesorado tiene un gran respeto por la gente mayor, así como son ustedes y amorosas, tan entregadas a su trabajo y con tanto respeto y cariño, eso me agrada y lo agradezco” (Antonia, 85, GBA).

En la misma línea, las participantes mencionaron la oferta de talleres proporcionada por entidades municipales, provinciales y privadas. Estos les han brindado apoyo social, consejos sobre vivencia de crisis, conocimiento sobre literatura, cine, derechos humanos y psicología, entre otros. A su vez, la ayuda formal posibilitó a algunas mujeres terminar el nivel secundario de educación.

“Mis talleres son de literatura y de cine, también participo en el municipio con la Dirección de Personas Adultas Mayores, estuve haciendo cursos ahí” (Adela, 76 años, GBA).

“Y por el gobierno de la ciudad, encontré muchos talleres que me ayudaron. Ahora estoy en uno de ‘cómo afrontar las crisis’, en la Universidad Nacional de Mar del Plata. El año pasado la pasé mal, y dije este año voy a estar más atenta a lo emocional. Además, me anoté para terminar el secundario, eso me ayudó mucho a relacionarme con personas jóvenes, que también me alientan a superar el día a día” (Wilma, 63 años, GBA).

“Hay cursos en la provincia de Buenos Aires también, yo terminé uno de Derechos Humanos sobre las personas adultas mayores” (Adela, 76 años, GBA).

“Yo a todo esto lo manejo y lo voy llevando adelante por mi taller del neurogim, que tiene mucho que ver, que es dictado por una psicóloga, ella nos hace hablar de todo y parte de los ejercicios que hacemos” (Casilda, 66 años, NOA).

“Yo quería contar que el banco Superville nos está dando dos veces a la semana clases sobre tecnología, sobre atención en cuentas y conocimiento en celular y en internet” (Estela, 78 años, Resto Provincia de Bs. As.).

Por otra parte, destacaron que los centros de jubilados/as les aportaron contención, apoyo psicológico, instrumental, social, conocimientos sobre tecnología, atención médica psiquiátrica o nutricional, y asistencia con los medicamentos. Asimismo, también recibieron atención de profesionales médicos de manera presencial o telefónicamente.

“En el centro de jubilados/as me atienden la psicóloga y la psiquiatra, se toman el trabajo una vez por mes de llamarme vía WhatsApp y preguntarme cómo estoy, qué está pasando, cómo la voy llevando, si necesito medicamentos. No me puedo quejar y cuando me tuvieron que atender de forma presencial, lo hicieron con todos los protocolos” (Celia, 64 años, CABA).

“Desde el centro ayudan a la gente con el empoderamiento, con el tema de la tecnología, de manejar un celular, con todo ese tipo de cosas que en la casa o los hijos con sus actividades no les enseñan. Nunca dejaron de trabajar, vía WhatsApp están en contacto con la gente, se les explica el tema de la medicación y de los médicos de cabecera” (Amalia, 70 años, Nuevo Cuyo).



“Aparte de que íbamos a hacer gimnasia al centro, era muy lindo porque teníamos psicóloga y nutricionista. Nos daban la merienda, la psicóloga nos hacía trabajar muy bien, y la nutricionista también ha estado muy bien en la manera de aconsejarnos sobre la alimentación y cómo conocer o estar con otras personas. Hay muchas señoras que están solas y esa es la manera de poder ir sobrellevando todo esto” (Noemí, 71 años, Nuevo Cuyo).

También hubo quienes indicaron que participaban en centros de jubilados/as ayudando al resto de personas afiliadas con la entrega de viandas, apoyo social y compañía, el manejo de computadoras y celulares o la realización de trámites online de PAMI o relacionados con la vacunación contra el COVID-19.

“Estoy trabajando en un centro de jubilados/as donde atiendo a personas adultas mayores. Me comunico por teléfono. Ayer viernes les hice un guiso, lo vinieron a buscar, se lo llevaron, y ese ratito de charla se fueron súper felices” (Dolores, 68 años, NEA).

“Hay muchas personas del centro que necesitan ayuda, por la vacuna, porque no manejan la computadora o los celulares. Nos convertimos en maestros/as sin tener título. Soy del campo popular, donde una se las ingenia para hacer muchas cosas” (Adela, 76 años, GBA).

“La pandemia no me afectó para nada porque no me dio tiempo de pensar en la enfermedad, porque tengo a cargo un centro de jubilados/as con 1400 personas afiliadas, en el cual damos las 100 viandas diariamente, así que para mí es algo normal, protegiéndonos de todo, cumpliendo con todos los requisitos que tenemos para no contagiar, pero fue una vida normal, las personas mayores vienen a retirar su vianda así que estamos bien acá en Formosa, trabajamos normalmente como si nada” (Martha, 63 años, NEA).

“Además capaz que el médico de cabecera renunció y no saben tampoco hacer los trámites. Entonces hacemos de nexos con PAMI” (Amalia, 70 años, Nuevo Cuyo).

Las mujeres participantes mencionaron haber utilizado diferentes servicios brindados por PAMI, entre ellos, atención médica, medicamentos, recetas, bolsones de mercadería, depósitos monetarios o el costo del alquiler de centros de jubilados/as para evitar su cierre.

“Yo decidí empezar a usar el PAMI para la compra de medicamentos, porque me hacen más descuento que con la prepaga. Estoy aportando desde desde 2014-2015 sin usarlo, por una cuestión más bien ideológica, de colaboración, pero este año decidí que, aunque sea para los medicamentos, lo iba a usar” (Lujan, 75 años, CABA).

“De PAMI no me puedo quejar, con el médico que tengo siempre me han atendido bien. Tanto los remedios como la cobertura es muy buena, no tenés que ir a buscar las recetas, una sola vez hablé con PAMI y directamente me pusieron la farmacia donde compraba siempre, así que todos los meses tengo mis remedios con un 100% de descuento” (Amalia, 79 años, GBA).

“Entregamos el bolsón pero ahora con la pandemia no se está pudiendo hacer, pero PAMI les abona el importe a las personas afiliadas” (Dolores, 68 años, NEA).

“Y también acá nos ayuda muchísimo, también alquilamos y si no fuese por PAMI tendríamos que haber cerrado, porque pagamos todo. Y la médica de cabecera que tenemos ahí era nuestra preocupación, porque todo el barrio es atendido por ella, los asociados del centro de jubilados/as, la mayoría, y si lo cerrábamos no pueden atenderse, son todas personas mayores y traen hijos y demás, porque le quedan ahí son del barrio” (Rosenda, 60 años, NEA).

“También alquilamos y si no fuese por PAMI tendríamos que haber cerrado, porque pagamos todo. La médica de cabecera que tenemos ahí era nuestra preocupación, porque todo el barrio es atendido por ella, y si lo cerrábamos, no podrían atenderse, son todas personas mayores y traen a hijos/as y demás” (Rosenda, 60 años, NEA).

“Ya no recibimos el bolsón, recibimos el dinero, nos depositan en el sueldo” (Carmen, 84 años, NOA).

“Yo también recibo una ayuda de lo que antes era el bolsón, por mi sueldo de docente, y estar también en el PAMI” (Carmen, 84 años, NOA).

“Aquí 200 personas recibían los bolsones, y cuando empezó la pandemia no se recibe más, lo que es lamentable también” (Victorina, 78 años, NOA).

Gracias a los hospitales públicos y las clínicas, las mujeres mayores pudieron obtener turnos a la brevedad, atención traumatológica y los medicamentos necesarios para los tratamientos. Sin embargo, también se señalaron ciertas deficiencias, como el poco alcance del servicio en relación con la demanda de atención, la dificultad para obtener turnos, los pocos cuidados preventivos frente al virus, así como insatisfacción con la atención médica telefónica y virtual.

“El año pasado me agarró ansiedad y no podía respirar, fui al hospital de Mar de Ajó. Hace dos años tuve un golpe muy fuerte en la rodilla, y me empezó a molestar otra vez y fui al traumatólogo, una maravilla, me dieron turno a la semana. Cuando llegué me atendieron con un cuidado increíble. Quedé admirada por la atención del hospital público” (Irina, 70 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“En pandemia tuve que ir al hospital público para un tratamiento de dolor, me atendió una médica, hasta los medicamentos me dieron, no solamente para tomar, sino para aplicar, una especie de parche, después cada quince días el control, al tercer control no fui. Y me dijo que me comuniqué con ellas por teléfono, no me puedo quejar, yo recibí muy buena atención y hasta con la medicación, cada parche cuesta doce mil pesos, y me lo dieron todo” (Estela, 78 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Más a esta edad adulta, se tiene que tener otro tipo de cuidado, que desde PAMI se hace lo que se puede porque es mucha la gente y pocos los hospitales, ni hablar con la pandemia” (Ángeles, 60 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“El hospital me queda a dos colectivos, me quise cambiar a un lugar más cercano, me atendieron acá por el barrio, porque empecé a somatizar con alergia grave en la cara, no podía dormir del dolor, esa vez me atendieron bastante mal, no tienen cuidado más que te coloques vos un barbijo, y bueno la alergia se podría haber cortado en dos o tres días y estuve un mes, tuve que volver a decirles que no me hizo nada lo que me dieron, tuve que salir a comprarlo, no tenían disponibilidad, ni de muestra. Ya me medicaron mal para la alergia, después con la médica de PAMI, por teléfono, que me diga una cosa, después lo otro, volver de emergencia a la semana, y bueno ahora tomo el antialérgico por las dudas, no sé si me van a atender, si le van a dar en la tecla. Recién ahora vi que atienden las 24hs, sino había solo un médico en determinado horario” (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“El año pasado pedí turno en la clínica y el hospital, estuve como cuatro meses y no lograba el turno de la mamografía, me decían el mes que viene, y terminé haciéndomelo de forma particular” (Irina, 70 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Yo cuando hablamos de los apoyos, me olvidé de la parte médica, yo tuve apoyo medio relativo, porque no es lo mismo por Zoom que presencialmente, todas son suposiciones, es un peligro porque si pifia con un mal diagnóstico es riesgoso” (Lujan, 75 años, CABA).

Asimismo, otras organizaciones de voluntariado fueron mencionadas. Entre ellas, indicaron un grupo de personas mayores voluntarias de un hospital que aportaban ayuda económica. Además, se indicó un grupo de jóvenes provenientes de una universidad nacional que en tiempos de pandemia brindan ayuda a las personas mayores para la obtención de medicamentos, la realización de trámites, o en las compras.

Asimismo, se mencionaron programas como PLASONUP (Plan Social Nutricional Provincial), que consiste en el envío de un bolsón de mercadería. También refirieron la buena atención de organismos públicos como ANSES que respondieron con rapidez las demandas realizadas.

“Yo formo parte de un grupo de mujeres del hospital que da apoyo a quien lo necesite. Si alguien necesita algo, ponemos el dinero que hace falta. Ayudamos bastante. Por ejemplo, ahora hay una señora con discapacidad visual que tiene una obra social que no se porta bien y le pagamos los traslados hacia La Plata. Es un trayecto bastante largo y le pagamos el traslado” (Griselda, 69 años, Patagonia Sur).

“El año pasado, estudiantes voluntarios de la Universidad de Río Negro se ofrecían a ayudar a personas adultas mayores, o limitadas en su físico para hacerle trámites, para ir a buscar remedios, hacerle las compras al supermercado” (Alegra, 66 años, Patagonia Norte).

“El bolsón de PLASONUP, que es de la Nación. Es un bolsón de mercadería también que ayuda” (Zulma, 70 años, NOA).

“Yo tuve que ir a la ANSES y tuve respuesta enseguida, te daban un mail por si no estaban atendiendo, en los organismos públicos no tuve ningún inconveniente” (Ángeles, 60 años, Resto Provincia de Bs. As.).





La ayuda psicológica ha sido utilizada por las participantes durante la pandemia. Esta intervención profesional les ha brindado contención y apoyo para afrontar situaciones que les producían temor. Sin embargo, algunas expresaron que a partir del ASPO habían perdido el vínculo con su terapeuta, ya que dejaron de atender presencialmente. Esta situación les había generado una sensación de inseguridad, a pesar de su disponibilidad de atención telefónica.

“El único apoyo que tenía era psicológico y perdí el vínculo cuando dejaron de atender presencialmente, sí tuvo la buena voluntad de que si tenía un problema la podía llamar por teléfono, esa falta de continuidad, el haber perdido ese apoyo me deja con una sensación de inseguridad terrible que la tengo que manejar. Y no he necesitado el apoyo de vecinos ni de nadie, en ese sentido no, y vivo en Punta Mogotes y acá la gente se sube al auto y se va y no tengo vínculos con nadie” (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Yo tengo una terapeuta, tengo un problema puntual y lo voy a conversar, y así, y esta vez fue la quinta vez, y la llamé para ver esta angustia que me estaba agarrando por tener que hacer una consulta médica, y ella me dio todo el coraje suficiente para hacer la consulta y los estudios” (Elsa, 67 años, Centro).

“Estoy visitando a una psicóloga, amorosa la chica, así que por lo menos tengo un poco de charla educativa” (Carmen, 84 años, NOA).

La contratación de servicios técnicos y profesionales a nivel privado ha sido una de las estrategias mencionadas, entre ellas, personal de trabajo doméstico.

Asimismo, la situación de pandemia aumentó la realización de actividades y trámites en forma virtual, y por ello, consideraron de gran importancia tener un buen manejo de los recursos tecnológicos. Algunas mujeres solicitaron servicios de ayuda técnica a fin de aprender el manejo de plataformas virtuales de entretenimiento.

Otras indicaron haber contratado profesionales para la organización de la actividad física, o para recibir apoyo terapéutico de manera particular.

Por otra parte, algunas mujeres mayores refirieron haber realizado consultas médicas de manera privada ante la imposibilidad de obtener un turno.

“Tengo una vida social intelectual, cultural y de muchas actividades, así que contraté a una chica joven para agregar conocimiento tecnológico como para todo del Zoom, el Meet, la camarita, contraté Netflix, empecé a tener grupos, actividades, y eso me fue calmando, me amigué con la tecnología, no estaba peleada pero la manejaba a medias, y aprendí mucho, hice los controles médicos mínimos por celular y por computadora y me fui calmando” (Antonia, 85 años, GBA).

“Primero el tema de la actividad física, soy muy ‘fiaca’ para la actividad física, me di cuenta que había que salir a caminar, entonces contratar al profe me dio una rutina que me ayudó a organizarme, me hizo muy bien” (Antonia, 85 años, GBA).

“Tengo que pagar el apoyo terapéutico de manera particular, no voy a pedir ayuda económica, me voy a privar de lo que me tenga que privar. No voy a decir que no tengo tristeza, bronca, todavía desesperada no estoy” (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Y lo mismo me pasó con el turno del cardiólogo, terminé pagando particular la consulta del control, no logré hacerlo por PAMI, estuve mucho tiempo para conseguir turno, siempre había un problema” (Irina, 70 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Viene una enfermera que me ayuda con ciertas cosas, yo ya no puedo entrar con la seguridad por más que tengo la bañera, alfombrita, todo eso, tengo los barrotes para sujetarme, pero no puedo correr riesgos de caerme, porque estoy sola, no puedo pretender que vengan familiares a cuidarme porque tienen sus compromisos y sus familias” (Antonia, 85 años, GBA).

“Yo tengo una persona que me ayuda, que los tres primeros meses no venía, y un día me llamó y me ofreció venir caminando, y empezó a venir y me acompaña hace 25 años, forma parte de mi familia, desayunamos juntas, con barbijo, fue muy positivo” (Malvina, 75 años, CABA).

En relación al programa de vacunación, las participantes mencionaron diferentes experiencias al momento de aplicarse la primera o la segunda dosis contra el COVID-19. Algunas mujeres explicaron que la aplicación en el centro donde les asignaron el turno había sido organizada, haciendo una pequeña fila, recibiendo una buena y cálida atención por parte del personal y sin tener mayores dificultades. Destacaron que incluso algunas personas mayores habían sido vacunadas en sus propios domicilios. A su vez, algunas explicaron que tuvieron la oportunidad de aplicarse también una vacuna preventiva de otras enfermedades como gripe y neumonía.

El hecho de recibir la primera dosis trajo alegría y también calma para esperar la llegada de la segunda. De todos modos, manifestaron haber continuado manteniendo los cuidados preventivos necesarios, y en otros casos dijeron estar aún con miedo a contagiarse.

Si bien la experiencia en general fue positiva, en algunos casos se mencionó que el accionar de las entidades en la aplicación de las primeras dosis había sido desorganizado. Esto se debió tanto a la desesperación y el amontonamiento de la gente, como a la falta de información y comunicación con las personas mayores de zonas rurales, y sin una adecuada respuesta de los organismos oficiales. Consideraron que este procedimiento se mejoró para la aplicación de la segunda dosis.

“Acá en Resistencia ni un problema, una pequeña fila, y nos vacunamos sin problema” (Rosenda, 60 años, NEA).

“Prácticamente al mes tenía las dos vacunas. Ninguna dificultad” (Victorina, 78 años, NOA)

“Yo también tengo las dos vacunas y tuve la suerte de vacunarme con la antigripal en el medio y sin ningún problema. Y la atención muy buena, aquí fueron a buscar a la gente mayor que no podía trasladarse por sus propios medios e iban a vacunar a domicilio” (Ángeles, 75 años, NOA).

"Después entré en una etapa de mucha ansiedad por querer tener la vacuna, y al tener la primera dosis me calmé mucho, ya la segunda la espero, pero no me preocupa tanto" (Zulma, 62 años, GBA).

"Ya tenemos las dos dosis. A fin de mes nos toca la de neumococo" (Azucena, 73 años, NEA).

"Con mi marido tenemos las dos dosis de la vacuna. Nos han atendido maravillosamente, todo organizado, cariñoso, afectuoso" (Irina, 70 años, Resto Provincia de Bs. As.).

"Acá ahora recién está muy feo, o sea que ahora sí también me estoy cuidando, pero ya no lo que hice al principio, tengo una vacuna de COVID-19, y bueno ahora tengo para el lunes la otra, o sea que estoy un poco más tranquila" (Silvana, 76 años, Centro).

"Tengo la primera vacuna, mi esposo las dos. Nos cuidamos. Tenemos un manual para ir al supermercado, y decimos bueno, tenemos que preparar barbijo, alcohol, nos consideramos muy organizados, a veces de más, pero lo seguimos eligiendo" (Elsa, 67 años, Centro).

"Porque estamos con cuidado para no contagiarnos de este virus, que está tan fuerte y bueno, ahora con la llegada de la vacuna, estamos contentísimos porque me puse la primera dosis" (Irina, 62 años, NEA).

"La primera dosis sí, estaba desorganizado, y con la segunda excelente, entré al lugar enseguida, una maravilla" (Azucena, 73 años, NEA).

"Y la organización ni un problema, lo que pasa es que la primera vez estaba todo el mundo desesperado y se amontonaron mucho, después se organizó todo" (Dolores, 68 años, NEA).

"La vacunación en Misiones fue bastante caótica, muy desorganizada, y quienes más sufrieron fueron las personas que no tienen celular o viven en zonas rurales, esas personas dieron vueltas, estaban muy desorientadas, y los organismos oficiales, salud pública, PAMI y demás era como que no daban respuesta. Eso trajo mucho malestar" (Irina, 62 años, NEA).



5.2.6. DIFICULTADES ACTUALES Y TIPOS DE AYUDAS QUE PODRÍAN RESOLVERLAS

La pandemia del COVID-19 ha impactado a toda la sociedad en su conjunto, pero las personas mayores en particular han tenido diversas dificultades. La adversidad que se expresa de manera predominante en todas las regiones relevadas está vinculada con el acceso a los servicios de salud. La obtención de turnos para consultar a especialistas presenta mucha demora. En algunos casos manifestaron disconformidad con la obra social, padecer largas esperas para recibir atención telefónica o que sus médicas/os de cabecera les dejaran de atender sin informarles los motivos ni contactarlas con otras/os profesionales de referencia.

Otra problemática es que en función del lugar de residencia, si se requieren estudios de mayor complejidad, debe gestionarse el traslado a ciudades con mayor infraestructura hospitalaria. También mencionaron que el tiempo de espera para acceder a prótesis, audífonos u otras ayudas técnicas no contemplaba la urgencia con la que se necesitaba.

*“Te dan turno para dentro de un mes, pero si vos estás enferma ahora no te sirve un turno de acá a un mes”
(Alicia, 79 años, NOA).*

*“Cuando tenés que hacerte un estudio, pos-COVID-19 como en mi caso, que tuve que hacerme una placa y todo lo que implica el haber estado como estuve, tuve que hacerlo de forma particular, porque habiendo tenido COVID-19 en enero, los turnos que me daban eran para junio, o sea que aún no me los hubiera hecho. Yo tengo como centro el Hospital Español, no atienden jamás el teléfono, deja mucho que desear. Los médicos de cabecera atienden a través del cristal, no te tocan nunca más, estoy bastante en desacuerdo con todo eso, porque tenés que pagar un montón de estudios, que sino, no me los hubiera hecho. Tengo ahora el problema que se me ha caído el pelo en cantidades impresionantes, y necesitaba un/a dermatólogo/a y no he podido conseguirlo. Necesito traumatólogo/a por mis dolores en los huesos, sobre todo las secuelas que deja este bicho maldito, y todavía no lo pude conseguir”
(Betina, 71 años, CABA).*



“El año pasado no nos han atendido en todo el año en odontología y este año hace dos meses saqué un turno para prótesis y me lo dieron recién para septiembre. En las salitas de acá, que se llaman Centro de Atención Primaria de Salud, me dijeron que solo fuera en urgencia, que si no, no fuera. Eso, por un lado, y la atención de especialistas, para un otorrino, porque yo tengo un problema específico que necesito ese especialista y nos dan el turno para meses. Eso me gustaría que se mejorara porque creo que no es justo esperar meses para que te atiendan” (Zunilda, 66 años, Nuevo Cuyo).

“Yo para pedir la receta, tengo que ir hasta allá, y calculen que la semana pasada hizo -10° de sensación térmica, pero la señora de al lado que tiene 85 años y anda con el bastón no puede hacer eso” (Carmen, 66 años, Patagonia Norte).

“El PAMI debería agilizar un poco más los trámites, hacerlos más fácil para las personas mayores. Que las personas mayores no tengan que deambular por la ciudad para hacer un solo trámite. Hacer más simple la cuestión” (Felisa, 60 años, NEA).

“Nos faltan el respeto totalmente, vas a PAMI y muchas veces eran 200 personas y dos empleados/as atendiendo, si una se quejaba nos contestaban mal... Entonces uno se pregunta si todos los viejos vamos a buscar los médicos de cabecera que tampoco están y dan turnos 3 por día, que no conseguimos turnos, yo necesito uno de urgencia y no tengo, saqué uno para recién de acá a dos meses, entonces para qué tenemos un médico de cabecera si no nos sirve, no sirve para pedir una receta porque yo necesitaba un remedio y no conseguía un médico, me atendía la secretaria y me decía que me la hacía, pero pasaban los días y no aparecía” (Edelmira, 77 años, Patagonia Norte).

“Cuando voy al PAMI no es que voy a pedir limosna, voy a pedir un servicio que yo ya pagué porque me lo están descontando. Yo en general no he tenido problema, pero sí conozco personas a quienes les ha costado mucho llegar a una cirugía, un señor que estuvo como dos años sin la prótesis para la cadera. Acá faltan algunas especialidades, no hay especialistas en psicología, y en este momento lo estamos necesitando más que nunca, tanto hombres como mujeres” (Griselda, 69 años, Patagonia Sur).

“Me tengo que operar y con el PAMI no están trabajando anestesistas, así que no puedo operarme por ahora, no sé cuándo levantarán” (Zulma, 70 años, NOA).

“Yo me siento totalmente desprotegida con la obra social, he logrado en el primer tiempo de la pandemia por medio del Hospital Español, que estaba funcionando, hacerme todos los exámenes, estudios clínicos, tomografías, mamografías, perfecto. Ahora cuando tengo que volver para poder presentarle los estudios, jamás consigo turno, no atienden la llamada, está dos horas esperando, o te atiende el disco, que para descargarse, si insultas al disco nadie se entera” (Celia, 64 años, CABA).

“Necesitaba un nuevo médico de cabecera. Me parece absurdo, pero pude comunicarme por computadora, entré y elegí a uno que le dejé los papelitos, y me respondieron por mail. Ahora no me digas que, el médico que atiende, o PAMI que sabe los médicos y los pacientes, tendría que mandarnos un aviso diciendo que dejamos de tener un médico y que me asignaran otro, no les cuesta mucho, tienen un sistema. Otra cosa, considero que todas las personas afiliadas de PAMI deberían tener el mail personal del médico de cabecera, para mandarle por mail el papelito para las recetas y no caminarme 8 kilómetros, así no voy a buscar las recetas dentro de una semana al consultorio. No cuesta nada, ¿no?” (Betina, 65 años, Patagonia Norte).



“Yo tendría que operarme, pero esta época es muy difícil porque en las clínicas hay una sola enfermera por turno y necesito operarme de la cadera y ponerme un tornillo, ahora imposible entrar a una sala de operaciones, y otro problema es conseguir la faja especial de EEUU o Reino Unido que sirve para sostenerme la barriga con la pierna para que no se me salga la prótesis” (Carmen, 84 años, NOA).

“Cuando tenemos que pedir un turno, tardamos hasta 2 o 3 meses, yo soy diabética y me ha costado muchísimo para que no me falten los remedios...” (Edelmira, 77 años, Patagonia Norte).

“Tengo un problema en la rodilla, fui a la guardia y es la quinta vez que voy y me dan excusas para no darme turno. Estamos a 10 grados bajo cero, el hospital está lejos, no es demasiado favorable, los remises son carísimos y ya hoy mi hijo por quinta vez fue a ver si conseguía turno. Y una vive lejos. Lo mío no es grave pero la gente que tiene problemas graves cómo hace” (Elena, 75 años, Patagonia Sur).

Algunas mujeres manifestaron su desacuerdo con lo expresado por otras en los grupos focales y explicitaron estar conformes y no tener quejas acerca de las prestaciones que habían recibido de parte de PAMI. Es importante destacar que en algunas regiones tenían muchas dificultades con el acceso a las recetas y la medicación mientras que, en otras, consideraban que al hacerse de manera virtual y luego retirarlo en la farmacia cercana a su domicilio era más ágil y cómodo que antes de la pandemia.

A partir de lo expresado se observa que la organización y los modos de funcionamiento en cada zona o región tienen sus particularidades y dependen en algunos casos de los equipos profesionales y en otros de las personas que forman parte de PAMI.

“Yo vivo en Calafate y no puedo decir nada de la atención de PAMI ni del médico de cabecera, cuando he necesitado una receta en el acto me contestaba y me mandaba la receta, acá el problema que tenemos es en el hospital para conseguir un turno” (Elena, 75 años, Patagonia Sur).

“Yo, en cuanto a la atención de PAMI, voy a diferir con la señora porque cada uno tiene su trato personal no todo tiene que ser generalizado. Yo no he tenido problema ni antes ni después de la pandemia con el tema de salud. Tengo un problema grave en la columna, estoy en tratamiento, y no he tenido problemas” (Griselda, 69 años, Patagonia Sur).

Varias mujeres manifestaron que en las oficinas de PAMI no se proporciona un buen trato a las personas mayores. Mencionaron la importancia de implementar capacitaciones vinculadas a temas específicos de la vejez, para que puedan comprenderlos. Además, sería de utilidad que el personal disponga de ciertos conocimientos específicos, por ejemplo, respecto a medicamentos ya que de esta manera podrían colaborar a resolver ciertos problemas.

Por otro lado, también plantean mejorar el servicio en general, como la gestión de los turnos y sobre todo el tiempo de espera fuera de la institución, contemplando el factor climático en algunas regiones del país. Se menciona en varias ocasiones la palabra empatía, resaltando la necesidad de que el personal pueda ponerse en la situación emocional de las personas mayores.



“En las oficinas de PAMI habría que humanizar el trato con la gente, es inhumano el trato que yo he visto. Siempre pido hablar con la persona responsable, para ver qué órdenes tienen, y me dicen “es lo que hay” (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Si me preocupa y me gustaría que la gente que está atendiendo fuera un poco más empática, porque es nuestro servicio, a veces llegas al mostrador y ves la cara de la persona y te dan ganas de volver a tu casa, acostarte a dormir y quedarte durmiendo” (Griselda, 69 años, Patagonia Sur).

“Aquí en Lobos tengo conocimiento que PAMI atiende por la ventana, y si hace frío o llueve, tenemos que estar afuera en la calle esperando que nos atiendan. Un maltrato terrible” (Clara, 70 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Tiene que mejorar el servicio de PAMI, por ejemplo, desde las oficinas, en mi caso personal, se veía abrumada la coordinadora y jefa de acá, no hay suficiente personal. No todos los remedios están, y aumentan mucho. Me parece que es un servicio que hay que mejorar, que hay que afinar, merecemos mejor servicio porque somos el pilar del Estado, porque manejan nuestros aportes. Se maneja mucha parte de la economía. Las personas adultas mayores necesitan más atención” (Yolanda, 69 años, Centro).

“Hay que empatizar con la tercera edad, porque son momentos en que se necesitan los afectos y se van yendo, la salud se deteriora, cuando uno deja de ser productivo para el Estado y necesita recibir porque ha dado mucho durante su vida... me parece eso en general, empatía con la persona mayor” (Ángeles, 60 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Tengo discapacidad auditiva, y encuentro que tenemos dificultad, por ahí no tanto como yo, pero algún grado, entonces el tema de que por teléfono contesten con discos es un drama, a mí personalmente me ha pasado de repente en algunos casos, no entiendo nada, de llamar a instituciones, y empiezan a dar opciones y a pasar de un lado para el otro, no puedo seguirlos. Aunque las personas mayores estamos muy bien en general, alguna discapacidad tenemos y esto tiene que ser contemplado seriamente, sobre todo en una institución como es PAMI” (Lujan, 75 años, CABA).

Otro reclamo refiere a lo que perciben como haber jubilatorio, ya que consideran que no alcanza a cubrir sus necesidades básicas, medicamentos e impuestos. Sobre esta cuestión, proponen que quienes perciben el haber mínimo, se les otorguen descuentos en las tarifas de gas, luz y otros servicios. Además, solicitan la Tarjeta Alimentar, bolsones de comida, acolchados y el reparto de carbón y leña para quienes lo necesitan.

Mencionaron la existencia de un gran número de personas mayores en situaciones de pobreza, poniendo en evidencia que las desigualdades preexistentes se vieron exacerbadas con la pandemia. Consideran que un ingreso acorde a las necesidades que poseen garantizaría su dignidad y promovería un mayor bienestar considerado esencial en esta etapa de sus vidas. Las desigualdades en algunas localidades y zonas rurales del país exhiben una diferencia notable en la calidad de vida de las personas mayores.



“Nos han dejado muy atrás en los sueldos, y yo la verdad llego justo por los impuestos y todo, la luz que es carísima, el cable, y yo tengo la mínima. Los impuestos se pagan durante todo el año, acá la luz es la más cara de todo el país, he llegado a pagar 13 mil pesos, y estoy sola y no gasto tanta luz” (Nélida, 69 años, Centro).

“Me da vergüenza haber trabajado toda la vida y que no me alcance. Y tengo a cargo a mi mamá, y tengo su pensión, todo el sacrificio que se hizo en la juventud para que una esté tranquila, tengo muchos gastos porque también está el tema de acondicionarle la casa a mi mamá. Yo me jubilé, pero seguí trabajando, cuidaba personas, y ahora lo dejé de hacer y eso para mí en la parte económica lo estoy notando mucho, ahora digo bueno, o almuerzo o ceno” (Vilma, 63 años, GBA).

“Me sentiría muy feliz si desde el gobierno hicieran una revisión de personas mayores que viven en la periferia de la ciudad y les acercaran ayuda a quienes más lo necesitan, sobre todo en la salud y en lo económico. Hay gente que no le alcanza para comer o lo hacen de forma insuficiente, acá un kilo de carne vale \$900. El gasto diario comparado con los ingresos de una persona jubilada no alcanza. Años atrás acá se les brindaba un descuento en la boleta de gas y electricidad. Pero hoy no y eso sería algo muy bueno” (Zunilda, 66 años, Nuevo Cuyo).

“La situación de ANSES con las personas jubiladas la considero deficitaria porque nunca nos tienen en cuenta, una mínima son 20 mil pesos y es muy difícil vivir, y a mí la pensión me la calcularon mal” (Antonia, 85 años, GBA).

“Necesidades económicas hay un montón, habíamos pedido antes de la pandemia, que a quienes cobran la mínima les den la tarjeta alimentar, lo estábamos pidiendo de rodillas, imaginate ahora, no les alcanza para vivir. Es muy triste. Siempre hay que mirar al otro, al que más lo necesita” (Zulma, 70 años, Patagonia Sur).

“Desde el municipio de Quilmes, gestionamos bolsones de comida para quienes lo único que perciben es un haber mínimo, y eso se gestionó con la Dirección, a través de acción social del municipio” (Adela, 76 años, GBA).

“Yo prefiero un aumento digno, como está la mínima que se podría llamar miserable. El precio de los productos alimentarios uno a veces siente que lo están robando, que a pesar de tener una gran cobertura de PAMI, yo pago también la diferencia porque en algunos medicamentos cubre el 70% y fácilmente se me van \$5.000 por mes, y eso no me lo cubriría una Tarjeta Alimentar. Hay un montón de cosas que uno tiene que gastar, como por ejemplo, tuve que arreglar una cañería que ni les cuento, tuve que salir a pedir prestado y eso no se podía postergar y eso no se paga con una Tarjeta Alimentar. No solamente una se vuelve más vieja sino la casa también. Cualquier reparación de esas que es urgente, como el agua o el gas te cuesta una fortuna. Además de ser una odisea conseguir un repuesto, lo que te obliga a cambiar todo el artefacto” (Edith, 68 años, Patagonia Sur).

“Hubo una época acá en Río Gallegos que nos daban un acolchado, porque mucha gente lo necesitaba, así como en otros lados repartían el carbón y leña, según los hogares que pedían, entonces de pronto eso desapareció, cuando íbamos a los centros a buscar, era muy importante porque mucha gente lo necesitaba” (Edelmira, 69 años, Patagonia Sur).



El acceso a internet en este momento es indispensable, ya que permite gestionar turnos, acceder a la vacunación y participar en diversas actividades socioeducativas. Las mujeres señalan que no todas las personas mayores pueden acceder por diversos motivos: porque no han aprendido el uso de las nuevas tecnologías; carecen de computadoras o celulares que permitan el acceso a la conectividad o no disponen del dinero para comprarlos.

En la actualidad, por el motivo que sea, no poder acceder a los entornos virtuales limita la participación, dificulta múltiples tareas y obliga a realizar trámites de manera presencial. Por último, se remarca que en algunas regiones, internet tiene un valor muy alto y tampoco el servicio es acorde a lo que se paga.

“En ANSES, te obligan hacer trámites por internet, y hay una tendencia a cerrar puertas, ahora todo se tiene que hacer por internet, llegas allá y nada se puede hacer...” (Alma, 62 años, Resto Provincia de Bs. As.).

“Está bien que intenten que tengamos acceso a la tecnología, pero más importante sería que desde PAMI o desde el centro de jubilados se brinde ayuda a las personas que no manejan la tecnología, ayudarles para que tengan un manejo básico, y por otro lado hay celulares más baratos de tecnología básica, que es más económico que una computadora o una tablet, también podría considerarse el acceso a un mecanismo tecnológico y la ayuda para instruir a las personas” (Zunilda, 66 años, Nuevo Cuyo).

“Ahora un montón de cosas se resuelven online, pero no todas las personas tienen la posibilidad, algunos/as tienen que ir al banco porque no pueden cobrar o usar Home Banking” (Noemí, 64 años, Patagonia Norte).

“Teníamos un compañero del taller de guitarra que dejó de asistir porque no tenía las herramientas necesarias” (Yolanda, 69 años, Nuevo Cuyo).

“Propongo ver si desde PAMI o desde donde sea, que la gente mayor pueda acceder a un celular o una computadora para que pueda conectarse, es importante, ayuda un montón a estar, a no sentirse sola e excluida” (Noemí, 64 años, Patagonia Norte).

“A ver si podemos generar un cambio, que mejoren el servicio de internet, en San Juan nos cobran muchísimo el servicio y es malísimo” (Dolores, 69 años, Nuevo Cuyo).

Otra problemática es la situación de soledad en la que se encuentran muchas personas mayores y que esta pandemia ha agudizado aún más. Consideran que se deberían gestionar programas de acompañamiento para las personas que están solas en instituciones de salud o en sus domicilios, contemplando además las particularidades de quienes viven en zonas alejadas o rurales.

Por otra parte, se plantea la importancia de implementar dispositivos de contención para minimizar los efectos del aislamiento. En este sentido, se valora positivamente la propuesta de cursos virtuales, pero también se remarca nuevamente que no todas las personas pueden acceder a los mismos. Asimismo, se destaca la tarea que realizan los centros de jubilados/as en el acompañamiento a las personas mayores, brindando asistencia alimentaria en algunos casos y colaborando en la realización de trámites también. Proponen facilitar a las personas mayores que lo necesiten, el acceso a un celular, computadora u otro dispositivo que les permita estar conectadas y no sentirse solas, ni excluidas.



“Estamos bien, pero hay mucha gente que está sola y que necesitaría, por parte de las autoridades, alguna persona de compañía” (Zunilda, 66 años, Nuevo Cuyo).

“Se me ocurre acá en Bariloche, donde las distancias son muy largas y el clima es muy crudo en el invierno y el transporte público es pésimo, entonces para la gente que está sola, que no vive en el centro, que no tiene a alguien que le ayude, que se quedan sin remedios y no tienen la posibilidad de ir hasta PAMI, o no les atienden. Es un problema para la gente que vive lejos, capaz tendría que haber algún servicio para que nadie se quede sin los remedios, por más que esté la receta y la farmacia” (Adela, 64 años, Patagonia Norte).

“La organización en el centro de jubilados/as es complicada, es todo por teléfono, ayudando a hacer los trámites, cómo sacar turnos, se trabajaba todo el día, otras personas se sentían solas e intentábamos acompañarlas” (Amalia, 70 años, Nuevo Cuyo).

“También es la contención que se le da a la persona, porque hay gente que está sola, yo en mi casa tengo para tomar la leche, mate cocido, y no es lo mismo tomar en la casa sola que estar en compañía. Y también compartir los problemas como un consejo sirve” (Amalia, 70 años, Nuevo Cuyo).

“Hay muchas mujeres que no saben hacer un trámite, entonces yo las oriento o yo se los hago pidiéndole los documentos. Si me preguntan cómo pueden hacer para inscribirse, les pido la documentación y yo las inscribo” (Dolores, 69 años, Nuevo Cuyo).

“Propongo ver si desde PAMI, o desde donde sea, la gente mayor pueda acceder a un celular o una computadora” (Noemí, 64 años, Patagonia Norte).

Así como se manifiesta la importancia de un acompañamiento para las personas en situación de soledad o aislamiento, se considera fundamental que las personas mayores puedan disponer de apoyo psicológico frente a las múltiples situaciones que puede generar el proceso de envejecimiento, las pérdidas de seres queridos, situaciones de violencia, o la vulneración de derechos. A su vez, consideran necesario que esté disponible la modalidad virtual, tanto para la obtención de turnos como para la realización de consultas médicas y psicológicas, y que la atención telefónica en los organismos públicos esté a cargo de personas especializadas en temáticas gerontológicas.



“Estaría bueno un gabinete psicológico, o un teléfono, con un 0800, para la persona que de pronto quiere un soporte... brindar un número para un equipo de soporte si alguien quiere llamar y hablar, mucha gente grande que vive sola, no tienen una familia, hay personas que están solas y que por una situación de distancia o no tener estos medios tecnológicos, no tienen esta oportunidad de encuentro con familia o amigos/as, o que viven en zonas más aisladas, o son como más cortos de genio, y de pronto estimular para que puedan expresarse, compartir” (Irina, 62 años, Centro).

“El apoyo psicológico sería muy bueno para quienes han perdido un ser querido que no tuvo un duelo, un apoyo, para que lo puedan hacer” (Amalia, 79 años, GBA).

“No solo acompañamiento para el malestar, sino trabajar con estas cuestiones de violencia” (Irina, 62 años, NEA).

“La psicología sería importante, no sé si en el centro o en una salita, pero una ayuda emocional psicológica a quienes lo necesitan realmente, ya sea porque están solos/as o porque no tienen apoyo familiar, eso es algo que se tiene que tomar en cuenta” (Azucena, 73 años, NEA).

“Si hubiera psicólogos/as disponibles de forma virtual llegado el caso, si alguien lo necesitara sería importante poder darle una ayuda” (Elena, 75 años, Patagonia Sur).

“Yo sé que hay psicólogos/as que son para nuestra edad, pero estoy casi segura que no hay en PAMI y hace la diferencia que sea alguien que haya estudiado cosas de nuestra edad” (Noemí, 64 años, Patagonia Norte).

“Debería haber especialistas que se dediquen a la gerontología, sería bueno que, así como el médico de cabecera, tuviéramos un/a psicólogo/a que se dedicara a la gente mayor, porque los problemas son otros, tienen que ver con otra visión de la vida, entonces sería interesante eso” (Julia, 81 años, Patagonia Norte).

“Turnos virtuales, psicólogos/as virtuales, ayuda virtual o telefónica” (Alegra, 73 años, Patagonia Sur).

Todas las mujeres que participan en talleres de UPAMI consideran que han sido un puntapié importante en este período. Por este motivo, manifiestan que todas las personas mayores deberían poder acceder a ellos. Sin embargo, plantearon que hay provincias en las que no se dictan, que se debe promover el acceso a los mismos entre quienes tienen un menor nivel educativo, así como ampliarse la difusión, ya que muchas personas mayores desconocen su existencia.

Por otra parte, las participantes remarcaron ciertas dificultades en su funcionamiento. Entre ellas mencionaron la complejidad para conocer la variedad de la oferta, la realización de su inscripción online y la falta de respuesta cuando hacen consultas acerca de los talleres. Solicitaron ampliar las temáticas, los cupos de los cursos y la cantidad de aquellos que apuntan al uso de nuevas tecnologías. Asimismo, consideraron que se debían aumentar los honorarios docentes y que puedan cobrar en los tiempos esperados, ya que estas dificultades habían ocasionado la baja de algunos talleres.

“Me gustaría que los talleres lleguen a otros sectores de nivel intelectual más bajo y sería muy interesante que se encargue el Gobierno o el Estado de hacerle más publicidad para que más gente pueda llegar a los talleres” (Celia, 64 años, CABA).

“Este año me encontré con problemas para inscribirme porque la página de la comunidad era un ‘despiote’, entraba a los cursos, no se sabía cuáles eran viejos, cuáles nuevos, cómo inscribirse...” (Lujan, 75 años, CABA).



“Mendoza es una provincia tan conservadora que ninguna universidad de las que tenemos aquí se han molestado en dar los talleres de UPAMI” (India, 74 años, Nuevo Cuyo).

“Siempre me preocupa que hay muy poca difusión de los cursos, cuando hago un comentario de ellos me dicen ‘eso ¿qué es?’, los talleres significan prevención en salud, de medicamentos, de salud física y mental, hay que sostenerlos y difundirlos” (Malvina, 75 años, CABA).

“En cuanto a los cursos de UPAMI, he mandado mensajes y jamás los contestan, ese es un tema que habría que mejorar” (Irina, 70 años, CABA).

“No hay publicidad para que la gente se entere más, hay en los celulares, pero no en la tele o radio de todos los cursos o talleres que hay, y por lo que veo, hay gente que lo necesita y mucho” (Celia, 69 años, CABA).

“Que se amplíen los cursos de celulares y de computación, básicos y más avanzados, porque yo sé las cosas comunes, pero por ejemplo para bajar un escáner o el Zoom, esas cosas, no hay, tengo que pedir ayuda continuamente, y llevo dos años anotándome para esos cursos pero siempre están completos, es como que no hay más cursos, entonces tomo cualquier otro para cubrir algo, pero para esos hay cupos chicos, tienen que ser más amplios para aprender eso que hoy usamos más” (Delia, 78 años, GBA).

“Si sería posible, aumentar los presupuestos para los talleres, una vez tuvimos que cambiar el profesorado porque no les pagaban y eran muy buenos. Aumentar el presupuesto no nos compete a nosotras, pero sería importante” (Julia, 81 años, Patagonia Norte).

Finalmente se planteó como una dificultad, la falta de ayuda en las actividades domésticas y que, frente a las restricciones generadas por el ASPO, debieron suspenderlas. Estas actividades no podían ser realizadas, por tener dificultades en su salud o dependencia física. En ese momento les generó mucha preocupación y angustia porque no solo eran necesarias para las tareas del hogar, sino en actividades básicas de la vida diaria.

“Yo siempre he tenido una persona que viene diariamente a mi casa, porque hay cosas que obviamente no puedo hacer, yo no puedo fregar el piso, mi físico no me lo permite, necesito ayuda” (Zulma, 62 años, GBA).



CONCLUSIONES

UN VALIOSO APORTE PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Los hallazgos obtenidos a partir de los dos estudios implementados brindan información de importancia acerca del impacto de la pandemia del COVID-19 en las mujeres mayores en Argentina. Asimismo, efectúan aportes para el diseño de dispositivos de intervención y de políticas públicas que respondan a las necesidades detectadas.

Considerar a mujeres mayores que viven solas y acompañadas, de distintas edades, regiones o niveles socioeconómicos, permitió abordar la complejidad y heterogeneidad que caracteriza a dicha población. Asimismo, la utilización de un método mixto, que combina el enfoque cuantitativo y cualitativo, aportó información estadística y relatos espontáneos y en primera persona que permitieron profundizar el análisis.

Sin embargo, el estudio presenta limitaciones referidas fundamentalmente al alcance de los resultados, ya que no han sido incluidas subpoblaciones, como las mujeres que viven en residencias de larga estadía, las que presentan deterioros cognitivos moderados y avanzados, o las mayores de 90 años, entre otras. En futuras investigaciones sería importante desarrollar estudios específicos que hagan foco en las mismas, así como en la diversidad sexual, situaciones de dependencia severa y contextos de pobreza o sectores más vulnerabilizados.

MÁS TIEMPO EN CASA, MENOS VIDA SOCIAL

Los resultados permitieron conocer las condiciones en que las mujeres mayores transitaron la pandemia durante el ASPO y DISPO, así como de las diversas estrategias que utilizaron para cubrir sus necesidades de cuidado y apoyo. Las participantes experimentaron cambios importantes en sus rutinas habituales, ya que todas sus actividades se trasladaron de los centros de jubilados/as, universidades, clubes u otras organizaciones al hogar.

Los hallazgos muestran una distinción entre el primer período de la pandemia -la mayoría no podía salir de su casa y contaba con asistencia para obtener los insumos necesarios para la vida cotidiana y una etapa posterior de mayor circulación comunitaria, con medidas preventivas para realizar reuniones sociales, salir a hacer compras, continuar con los controles médicos y visitar a familiares y amistades. El incremento de mujeres mayores que salían de su hogar durante esta etapa fue mayor entre las del grupo de menos edad.

Las actividades esenciales para la vida cotidiana fueron los motivos más frecuentes para salir a la calle durante el período de pandemia. Las mujeres mayores limitaron notablemente las salidas por motivos recreativos y la participación en diversas actividades sociales, incluso en el período de mayor apertura y circulación. Solo un grupo minoritario, que residía en zonas en las que el clima y el entorno lo favorecía, realizaba actividades al aire libre, como caminar, andar en bicicleta o encontrarse con amigas.

LAS MUJERES, CON MÁS TEMOR A SALIR A LA CALLE

En general, durante el DISPO, reportaron realizar menos visitas sociales que durante el inicio de la pandemia. Esto muestra que el distanciamiento social se sigue sosteniendo y confirma que las personas de edad avanzada son el grupo poblacional que más ha restringido su vida al ámbito del propio hogar. Mientras que niñas/os jóvenes y personas de mediana edad han retomado progresivamente sus actividades educativas, laborales y recreativas, las personas mayores siguen limitando sus salidas y su participación a lo estrictamente necesario e incluso, gran parte de ellas, no salen de sus casas por ningún motivo. Zambrano Quinde, Castillo Tigua, Meza Toala, Guale Flores y Benítez Chávez (2021) alertaron que el temor a salir y a realizar actividades fue más común entre mujeres que entre varones.

El impacto en la vida cotidiana tuvo características diferenciales entre quienes viven solas o acompañadas. Las que están en pareja refirieron cambios en los horarios, en la delegación de tareas, compartir su compañero/a, o sentir cierta sobrecarga por el incremento de las responsabilidades domésticas. Quienes viven con hijas y/o hijos, manifestaron haber disfrutado más de ese vínculo, sentirse cuidadas y queridas, aunque tenían temor por estar más expuestas al contagio. Las mujeres que viven solas debieron buscar actividades, como los talleres virtuales, que les permitieran comenzar a ordenar sus rutinas, socializar, aprender y ocupar el tiempo libre.

Dentro de las posibilidades que brinda el propio hogar, las mujeres lograron establecer una nueva rutina de actividades. Se observó un rol activo en la búsqueda de alternativas, en el rediseño de la vida cotidiana y en la incorporación de nuevos conocimientos. Frente a los cambios y a las pérdidas, desarrollaron múltiples mecanismos adaptativos que les posibilitaron transitar la pandemia con mayor bienestar.

DETERIORO DE LA SALUD FÍSICA

La salud física se mantuvo estable en la mayoría de los casos, aunque una cuarta parte manifestó que la misma se había deteriorado. Describieron sentirse más cansadas, la aparición de dolores, síntomas, patologías, lesiones y aumento de peso. Dichos cambios negativos se produjeron por la falta de actividad o la dificultad para realizar los tratamientos médicos. A su vez, las medidas preventivas de aislamiento obligaron a interrumpir la práctica deportiva, lo que repercutió en un incremento de las dolencias y una agudización de síntomas preexistentes.

Respecto de los controles médicos, debieron cambiar el lugar y la modalidad de atención, superando dificultades para obtener turnos y medicamentos. En muchos casos abandonaron los tratamientos o no realizaron los estudios habituales por evitar los establecimientos de salud.

Algunas mujeres refirieron haberse contagiado de COVID-19. Entre ellas hubo quienes tuvieron un diagnóstico preciso, mientras que otras solo experimentaron los síntomas, sin llegar a confirmarlo. Sin embargo, algunas estuvieron cerca de la internación, unas pocas debieron ser efectivamente ingresadas a hospitales o clínicas, mientras otras padecieron síntomas leves sin mayores complicaciones.



IMPACTO PSICOLÓGICO

Las mujeres mayores manifestaron haber experimentado diversos sentimientos, emociones y estados afectivos durante la pandemia, como miedo, tristeza, depresión, ansiedad, preocupación, incertidumbre, alteraciones en el sueño, intolerancia, enojo e irritabilidad.

El miedo al contagio apareció como una de las emociones predominantes. Lo describieron con una intensidad que reconocen difícil de manejar, como un efecto paralizante que generó evitar concurrir a ciertos lugares, utilizar el transporte público, realizar controles médicos, visitar a familiares y amistades, o contactarse con otras personas, llegando en algunos casos a desencadenar ataques de pánico. Este miedo muestra una clara conciencia acerca de sus riesgos de padecer complicaciones graves e incluso la muerte si contraen la enfermedad.

Si bien las medidas de cuidado son de importancia para prevenir el contagio, en algunos casos esta preocupación condujo a situaciones patológicas y de mucho malestar. Estos hallazgos siguen la línea de lo planteado por Pinazo (2020) cuando afirma que la salud psicológica y emocional de muchas personas está siendo seriamente afectada y que los efectos son duraderos y similares a los de un estrés postraumático.

El miedo también se mencionó con relación a la posibilidad de contagio o fallecimiento de algún familiar como consecuencia del COVID-19, a que se siga propagando el virus y a no poder ver a familiares y amistades íntimas. Estos hallazgos son consistentes con los de Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot (2020) que, en España, alcanzaron evidencias similares.

El hecho de no poder ver y abrazar a hijas y/o hijos, así como la pérdida de amigos/as, familiares y parejas, agravado por la imposibilidad de realizar sepelios de la manera habitual, les genera sentimientos de tristeza y estados depresivos.

Algunas mencionaron sentir ansiedad, relacionada con la preocupación por no poder realizar los controles y tratamientos médicos habituales por el contexto de encierro o por la espera de la vacuna. Asimismo, manifestaron sentimientos de angustia por extrañar a familiares, por no poder realizar actividades fuera del hogar o por las situaciones difíciles que estaban atravesando otras personas allegadas. Tal y como sostienen Leiva, Nazar, Martínez Sangüinetti, Petermann Rocha, Ricchezza, y Celis Morales (2020), los efectos de la situación de pandemia sobre el incremento de los niveles de ansiedad y los sentimientos de tristeza también se presentaron en las mujeres mayores de Argentina.

Algunas participantes reportaron intolerancia y susceptibilidad al enojo ante el comportamiento de falta de cuidados adecuados por parte de una parte de la sociedad. También sintieron el impacto emocional al sentir que habían perdido años de sus vidas que no se podrán recuperar.

Sin embargo, al mismo tiempo, la exploración de aspectos positivos mostró que gran parte de las mujeres mayores informaron sentir satisfacción, alegría, bienestar y confianza en sus recursos para afrontar los desafíos cotidianos. De hecho, a pesar de las experiencias negativas descritas anteriormente, solo una cuarta parte de las mujeres reportó un deterioro de su bienestar psicológico durante la pandemia. Estos resultados son consistentes con los de Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot (2020), quienes también encontraron algunas experiencias personales y efectos positivos del confinamiento entre las y los participantes de su investigación.

Lo anteriormente expuesto demuestra que, a pesar de la situación crítica que están transitando, las mujeres mayores disponen de recursos y habilidades que les permiten mantener el bienestar. Probablemente, la experiencia adquirida a lo largo de sus vidas, los aprendizajes anteriores y sus fortalezas, les han brindado múltiples herramientas para afrontar los cambios y las pérdidas producidas a partir de la pandemia.

DISTANCIAMIENTO FÍSICO DE SUS FAMILIARES Y AMISTADES

Respecto al área psicosocial, el cambio más importante fue la pérdida o la reducción del contacto físico y presencial con familiares y amistades. La distancia geográfica, la imposibilidad de viajar y la falta de tiempo para el desarrollo de actividades laborales o educativas, perjudicaron la interacción con vínculos importantes durante la pandemia. En otros casos, a pesar de la cercanía, la situación dificultó la relación debido a las medidas preventivas de cuidado que limitaron los encuentros presenciales.

No ver en persona a sus hijas/os o nietas/os es una de las situaciones que les produjo mayor malestar. Además, extrañaron las reuniones grupales, los festejos y eventos familiares. El virus generó pérdidas importantes, como la muerte de parejas y excónyuges con quienes tenían hijos/as en común. El fallecimiento de personas cercanas fue transitado con dolor, y en muchos casos, sin la posibilidad de realizar ritos habituales que brindan acompañamiento en los duelos.

LA FAMILIA Y LA TECNOLOGÍA, UN GRAN SOPORTE EMOCIONAL

La convivencia con familiares fue percibida como un importante apoyo emocional para afrontar la pandemia y no sentirse solas, aunque generó algunas discusiones. Si bien, por un lado, la pandemia perjudicó algunos vínculos familiares, por otro lado, fortaleció relaciones lejanas gracias a las nuevas estrategias de contacto virtual.

El aprendizaje del manejo de nuevas tecnologías fue importante para poder comunicarse. La utilización de videollamadas y otras redes sociales, constituyeron un desafío que muchas mujeres pudieron superar. Algunas adquirieron conocimientos a partir de su participación en cursos, mientras que otras los recibieron por parte de sus hijas y familias. Esto les permitió el encuentro virtual con el exterior y la continuidad de ciertas actividades.

Las nuevas condiciones propiciaron el desarrollo de la creatividad, ya sea para festejar cumpleaños, jugar o crear nuevas maneras de encontrarse virtualmente. Cuestiones como estas dan cuenta de la gran capacidad de aprendizaje de las mujeres mayores y de su posibilidad para desarrollarse en contextos adversos.

A pesar de los cambios en la manera de relacionarse, las mujeres mayores transitaron la pandemia y el ASPO con el apoyo emocional e instrumental de amistades y familiares, con quienes en gran medida han conservado el contacto a pesar de las dificultades.



APOYO COMUNITARIO PARA COMPRAS Y TRÁMITES ONLINE

Durante el aislamiento emergieron nuevas necesidades de apoyo -incluso por parte de las más independientes-, entre ellas, la adquisición de alimentos, medicamentos, la gestión de trámites, compras o pago de servicios online. Estas tareas fueron cubiertas por familiares, amistades íntimas, vecinas/os, empleadas domésticas, encargadas/os de edificios, dueños/as de comercios y otras personas, especialmente aquellas que vivían en el mismo barrio o comunidad.

Las charlas casuales entabladas con vecinos/as desde los jardines o a través de las rejas de casa fueron valoradas muy positivamente, ya que les brindaba una forma de socializar. Tal como sostienen Gracia y Herrero (2006), el apoyo comunitario posee una influencia específica en el ajuste psicológico.

Las mujeres mayores mencionaron recibir variados apoyos: emocional, mediante abrazos, comunicaciones telefónicas o contactos cercanos; compañía de hijas, hijos, nietas y nietos con quienes cocinaban y charlaban; ayuda práctica como asistencia en la cocina, en la realización de las compras, en los traslados, en la obtención de turnos y medicamentos, efectuándoles pagos online; brindándoles información y guía cognitiva, conocimientos informáticos y de conexión a internet o ayudándoles en la inscripción para la vacunación contra el COVID-19, etc.

Por su parte, vecinas/os, empleadas domésticas o encargadas/os del edificio les ayudaron a realizar las compras, pasear a sus mascotas o conseguir recetas y medicamentos. Asimismo, comerciantes de la zona les acercaron pedidos a sus domicilios y otras mujeres del barrio les hacían compañía al compartir actividades físicas al aire libre.

La disponibilidad de apoyo, tanto de vínculos familiares como de no familiares, fue de importancia para lograr satisfacer todas las necesidades en el contexto de pandemia. En la línea de lo propuesto por Salinas, Manrique y Téllez Rojo (2008), dicha disponibilidad es más sólida cuando se presenta



esta complementariedad de fuentes de apoyo. Por otra parte, estos hallazgos son consistentes con lo propuesto por Cornwell y Laumann (2013) al sostener que el mantenimiento de ciertos lazos incluso considerados débiles, como con vecinos/as y compañeros/as de actividades, resulta beneficioso para mantener la independencia de la persona mayor.

Los vínculos centrales (pareja, hijos/as, nietos/as y amistades) continuaron siendo relaciones muy satisfactorias y las principales fuentes de ayuda. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores que han mostrado su importancia en la provisión de apoyos a las personas mayores (Arias, Sabatini, Scolni y Tauler, 2020; Polizzi y Arias, 2014). En lo referido a las ayudas recibidas, tanto instrumentales como emocionales, los vínculos más nombrados fueron la pareja y los/as hijos/as. Estos hallazgos siguen la línea de los alcanzados en la ENCaViAM (INDEC, 2012) y por el IMSERSO (1995), los cuales muestran que los vínculos familiares son los principales apoyos en el desarrollo de las actividades básicas de la vida cotidiana. Las amistades, proporcionaron más apoyo emocional; en cambio, las vecinas/os, más ayuda instrumental.

EL ROL ACTIVO COMO CUIDADORAS

Asimismo, en algunos casos las mujeres mayores también son cuidadoras de personas con las que conviven. Entre las actividades que suelen realizar destacan cocinar, apoyar emocionalmente a sus familias con llamadas telefónicas, o ayudar a compañeras/os de cursos educativos con sus tareas, ya sea mediante la transcripción de trabajos en la computadora o enviándolos por correo electrónico a sus docentes.

En referencia a las amistades, parte de ellas se vieron perjudicadas por la lejanía física, por los cuidados relacionados con el COVID-19 o por el miedo al contagio. Sin embargo, hubo vínculos que se volvieron más estrechos y también se crearon otros nuevos. De manera similar a lo sucedido con familiares, la comunicación se estableció a través de medios virtuales.

Aunque hubo cambios en las formas de interacción y contacto, la ayuda provista por los vínculos centrales se mantuvo y fue de gran importancia, tanto para resolver problemas prácticos como para sentirse emocional y socialmente acompañadas. A partir de los hallazgos expuestos, pudieron identificarse procesos adaptativos de selección, optimización y compensación como los referidos por Baltes y Freund (2007), ya que mientras con algunas relaciones el contacto se perdió o disminuyó, con otras se profundizó y consolidó. Asimismo, se incorporaron nuevos vínculos compensando en parte las pérdidas vividas. De acuerdo con los desarrollos de Carstensen (2006) pudo constatar una actitud activa de selectividad socioemocional.

EL APOYO DE PAMI, CENTROS DE JUBILADOS/AS Y HOSPITALES

Las mujeres mayores mencionaron haber necesitado servicios de apoyo formales de diferentes entidades públicas y privadas, que les aportaron compañía, contención, apoyo práctico, social, instrumental y económico, según el caso.

Las prestaciones y servicios provistos por el Estado fueron de importancia en el afrontamiento de la pandemia. Asimismo, las adecuaciones realizadas por los organismos de gobierno para la realización de trámites y gestiones, así como las nuevas medidas implementadas para la provisión de variados tipos de apoyo, fueron valoradas positivamente.

Respecto de su participación en talleres, clubes, centros de día y de personas jubiladas, la falta de presencialidad tuvo un impacto negativo en sus vidas cotidianas, pero fue compensada en parte con otros programas que se sumaron con el objetivo de aportar ayudas en distintas áreas.

Las mujeres obtuvieron compañía, contención y apoyo práctico, social e instrumental por parte de los talleres virtuales brindados por PAMI, organismos municipales, provinciales y privados. Además de aportarles conocimientos sobre temáticas específicas, estos espacios de encuentro

virtual permitieron generar nuevos vínculos con compañeras, compañeros y docentes de manera similar a los que se llevan a cabo de manera presencial (Dottori, Soliveréz y Arias, 2017; Villar, Pinazo, Triado, Celdra y Sole, 2010). La virtualidad les permitió acceder a una oferta más amplia de cursos dictados desde zonas geográficas distantes de sus lugares de residencia.

Los centros de jubilados/as también aportaron apoyos. Entre ellos, mencionaron haber aportado conocimientos sobre nuevas tecnologías, atención médica psiquiátrica o nutricional, y asistencia para la compra de los medicamentos. Algunas de las participantes forman parte de estos espacios y ayudan a otras compañeras a realizar distintas actividades.

PAMI proporcionó diversas ayudas que fueron valoradas positivamente, tanto de manera directa –en lo referido a la obtención de medicamentos y atención médica y a la provisión de ayudas económicas y de alimentos– como indirecta, a través del aporte financiero a los centros de jubilados/as que, de este modo, pueden continuar brindando apoyo a las personas mayores, ya sea a través de la entrega de viandas, apoyo emocional, escuchando las dificultades que tenían y ofreciendo contención.

Los hospitales públicos, clínicas, programas de voluntariado, organismos y programas de administración nacional fueron mencionados entre los principales apoyos formales utilizados. Además, las participantes contrataron servicios técnicos y profesionales a nivel privado con el objetivo de aprender el uso de herramientas tecnológicas, organizar la actividad física, o recibir apoyo terapéutico. La ayuda psicológica ha sido utilizada por las participantes y les ha brindado contención y apoyo para afrontar situaciones que les producían temor.

Con relación al programa de vacunación, la mayoría de las mujeres mayores había recibido la primera dosis al momento de la recolección de los datos. Muy pocas manifestaron su negativa a vacunarse. Si bien algunas mencionaron cierta desorganización en los centros a los que habían concurrido, en general valoraron positivamente la experiencia. Además, vacunarse les generó mayor tranquilidad. Aunque manifestaron que siguen manteniendo los cuidados preventivos, consideran que el riesgo de enfermar gravemente disminuye y pueden tener un intercambio más cercano con familiares, mayor participación en actividades sociales, educativas y culturales, y mejorar su calidad de vida.

PROBLEMAS CON LOS SERVICIOS DE SALUD E INTERNET

La pandemia del COVID-19 ha generado barreras para acceder a los servicios de salud y obtener turnos con especialistas. Muchas mujeres no están satisfechas con el trato que les brinda su obra social ni otros organismos públicos cuando realizan consultas, pedidos o reclamos. Les cuesta obtener respuesta, sus médicas/os no las atienden y describen dificultades para trasladarse a los lugares de atención.

En algunas regiones tienen problemas para acceder a las recetas y la medicación correspondiente. Quienes residen en zonas muy frías manifestaron su desacuerdo con las largas esperas al aire libre. Cuestiones diversas ponen de manifiesto que los modos de funcionamiento de PAMI presentan particularidades según la región geográfica y los prestadores involucrados.

A su vez, señalaron que no todas las personas mayores pueden acceder a internet por múltiples motivos que incluyen las dificultades económicas, tecnológicas, o la carencia de dispositivos que posibiliten la conexión. En algunas regiones se señaló el alto costo del servicio de internet.

Finalmente, se planteó la necesidad de ayuda para la realización de actividades domésticas cotidianas, ya que no podían ser llevadas a cabo por tener problemas de salud o dependencia física. Esta situación les generó mucha preocupación y angustia.

RECLAMOS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE TURNOS MÉDICOS Y MÁS AYUDAS ECONÓMICAS

Las mujeres mayores expresaron la necesidad de optimizar la gestión de turnos médicos y disminuir los tiempos de espera. Propusieron mejorar la atención telefónica y presencial por parte del personal de PAMI y de otros organismos públicos. Consideran necesario que quienes atienden en las oficinas tengan más empatía cuando realizan una consulta o solicitan un servicio y que se aporte comunicación clara y más información. Destacaron la importancia de que las personas que están a cargo de la atención dispongan de formación gerontológica.

Además, reclamaron un aumento del haber mensual para que sea acorde a sus necesidades diarias; propusieron extender los descuentos en las tarifas de gas, luz y otros impuestos, y otorgar beneficios como la pensión por discapacidad, planes sociales, la tarjeta alimentar o bolsones de comida. A su vez, requirieron diferentes prestaciones médicas, como internación y extracciones de sangre en domicilios particulares, y la necesidad de contar con asesoramiento judicial.

Por su parte, las mujeres de edad más avanzada solicitaron ayuda económica para solventar el costo del alquiler de la vivienda o refaccionarla. Además, hicieron énfasis en las dificultades que encontraban para realizar los trámites online y solicitaron menos burocracia y que se simplifiquen las gestiones, poder hablar con personas y no con contestadores, y que se les brinde una mayor orientación general. En este grupo de edad fue frecuente el pedido de vacunación a domicilio.

AMPLIAR EL ALCANCE Y LA OFERTA DE UPAMI

Si bien todas las mujeres consideraron que los talleres de UPAMI han sido de suma importancia, plantearon que la oferta no llega a todas las provincias del país y existen dificultades en la accesibilidad. Propusieron extender el alcance de estos, favoreciendo una mayor participación, mejorar los mecanismos de difusión y simplificar el proceso de inscripción.

Asimismo, solicitaron ampliar las temáticas y los cupos de los cursos sobre nuevas tecnologías, el uso de celulares y conocimientos de computación, para facilitar la conectividad y el acceso a la virtualidad. Sugirieron que se aumenten los honorarios de los equipos docentes y se disminuyan los tiempos de cobros para evitar la baja de los talleres.

Frente a la situación de soledad que atraviesan algunas mujeres mayores, propusieron gestionar programas de acompañamiento en instituciones de salud y en domicilios, así como dispositivos de contención y de apoyo psicológico para minimizar los efectos del aislamiento. También destacaron la importancia de generar algún servicio de provisión de medicamentos para quienes no puedan gestionarlos por sus propios medios. A su vez, consideraron necesaria tanto la obtención de turnos como la atención médica y psicológica de manera virtual.



RESILIENCIA, FORTALEZAS Y MÚLTIPLES APOYOS

El nuevo contexto requirió desarrollar estrategias, sumar apoyos, apelar a relaciones próximas e incluir dispositivos. Fue necesario “innovar, repensar y adecuar”, para lograr la adaptación a las nuevas condiciones. Es decir que, además de sus fortalezas personales, han contado con el apoyo de familiares, amistades, vecinas, vecinos, comerciantes de sus barrios, y con las ayudas proporcionadas por organismos del Estado y de servicios privados.

Esta complementariedad de apoyos ha sido de importancia para satisfacer tanto las necesidades habituales como las que emergieron con la pandemia. Estos hallazgos son consistentes con lo afirmado por Freixas (2014) acerca del potencial que poseen las mujeres para generar redes de apoyo sólidas, tanto de amistad como de solidaridad, y para crear y sostener vínculos con amistades, vecinas/os y comunitarios.

En muchos casos se manifestó una capacidad resiliente que les ha permitido afrontar la situación adversa de una manera positiva. Probablemente haber sobrellevado la situación de pandemia y aislamiento, y haber logrado estrategias adaptativas funcionales, las fortalezca para hacer frente a nuevas crisis.

Un conjunto de recursos personales, de apoyos informales y formales, ha configurado un escenario específico en cada mujer mayor al enfrentar la situación de pandemia y las dificultades que conlleva. Por ello, en algunas el impacto negativo ha sido más severo, enfrentando diversas dificultades, presentando cierto grado de dependencia y transitando la situación de pandemia con más malestar físico y psicológico. En estos casos, los apoyos han resultado insuficientes y han requerido de ayudas formales que respondan a sus necesidades específicas.

EL IMPACTO MULTIDIMENSIONAL DE LA PANDEMIA

El análisis multivariado puso en evidencia que el impacto negativo de la pandemia en las mujeres fue, en general, multidimensional. Es decir, quienes reportaron deterioro de su calidad de vida en un área, también lo mostraron en otras áreas. Asimismo, se encontró una relación más estrecha entre las áreas psicológica y psicosocial, por un lado, y la salud física y dificultades percibidas, por otro. Así, podría afirmarse que el deterioro en lo psicosocial–vínculos familiares y no familiares, apoyos informales– se asocia con presentar dificultades en lo psicológico –malestar, emociones negativas– y que el deterioro en la salud física también implica percibir más dificultades.

La utilización de esta información en la construcción de categorías permitió identificar patrones diferenciales de impacto. En términos de frecuencia, la mayoría de las mujeres se ubicó en el grupo que tuvo un impacto intermedio. El que mostró un impacto negativo elevado fue minoritario. Esto nos permite pensar que la mayoría experimentó cambios negativos en sus vidas, pero que solo en un grupo reducido el mismo fue profundo.

El análisis detallado de cada grupo permite observar que el primero reportó el menor impacto negativo en el área de la salud física, psicológica y psicosocial. Estuvo compuesto por más de un tercio de las participantes, que vivían principalmente en las regiones de Patagonia Norte, Patagonia Sur y Centro del país. Se trató de mujeres independientes que no necesitaban ayuda para las actividades de su vida cotidiana y que estaban satisfechas con las ayudas provistas por el Estado durante la pandemia.

El segundo grupo, que reportó un impacto intermedio, registró mayores dificultades y un deterioro en la salud física más importante que las participantes incluidas en el primer grupo. Eran mujeres que vivían en el Gran Buenos Aires y que requerían de ayuda para las actividades instrumentales. Antes de la pandemia, estas mujeres asistían a talleres UPAMI o a centros de jubilados/as. Este es el grupo más numeroso, incluyendo a más de la mitad de las encuestadas.

Por último, el mayor impacto fue reportado por un grupo reducido, que constituyó el 5% de la muestra. En estos casos, el área más deteriorada fue la psicosocial, seguida de la salud física y psicológica. Incluyó a las mujeres que informaron un grado de dependencia más elevado, dado que requerían apoyo para el desarrollo de las actividades básicas. Al igual que en el segundo grupo, estas participantes informaron estar insatisfechas con la ayuda provista por el Estado.

A MAYOR NIVEL DE DEPENDENCIA, MÁS RECURSOS

En síntesis, resulta central destacar que el nivel de dependencia/autonomía emergió como la variable clave para diferenciar las agrupaciones e identificar el nivel de impacto de la situación de pandemia. Mientras en el grupo que presentó menos impacto negativo, las mujeres no requerían de ningún tipo de ayuda para las actividades de la vida cotidiana, las del grupo que tuvo un impacto intermedio reclamó ayudas instrumentales, y el tercero, y más afectado, solicitó apoyo para las actividades básicas.

Otras características, como el nivel educativo, la soledad o haberse contagiado de COVID-19, no generaron diferencias en el impacto negativo de la pandemia. Estos resultados claramente señalan la necesidad de generar intervenciones específicas que fortalezcan los recursos de apoyo para las mujeres mayores que presenten algún tipo de dependencia como grupo focalizado, más allá de otras variables sociodemográficas, de salud o psicosociales.

LA SALUD MENTAL, PRIMORDIAL PARA VENCER EL MIEDO

Es necesario generar propuestas para las mujeres mayores que continúan en aislamiento y que no salen de sus hogares. De acuerdo con los hallazgos de Canet y otros (2020), la prolongación del aislamiento podría tener un efecto mayor en la salud a largo plazo. Por ello, es necesario diseñar programas destinados a la promoción de la salud mental y difundir información que brinde herramientas para manejarse en el exterior de manera segura.

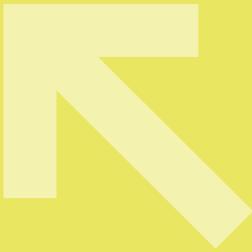
El miedo persiste a pesar de la vacunación y de la progresiva apertura de actividades; por ello, será necesario implementar acciones muy cuidadas que aporten seguridad a las mujeres mayores y que les permita retomar progresivamente la participación en espacios sociales y comunitarios que son de gran importancia en el logro del bienestar integral y de la satisfacción vital.

A partir de los hallazgos alcanzados, en el próximo apartado se plantea un conjunto de recomendaciones para el diseño de políticas públicas que, junto a las propuestas realizadas por las propias mujeres mayores, completan lo propuesto en el objetivo general 2.





RECOMENDACIONES



1. OPTIMIZAR LAS PRESTACIONES MÉDICAS EXISTENTES

1.1. AGILIZAR EL ACCESO A MÉDICAS/OS DE CABECERA Y ESPECIALISTAS

Una de las dificultades fue la demora en los turnos solicitados. Se considera que ampliar la nómina de profesionales podría disminuir los tiempos de espera para concretar la consulta con los médicos/as de cabecera.

Asimismo, se debería simplificar la gestión de turnos con especialistas en Odontología, Oftalmología, Endocrinología, Neumología, Flebología, Cardiología, Kinesiología, Traumatología y Gastroenterología, entre otras. Es necesario que las personas mayores puedan acceder de manera directa a los mismos sin el requerimiento de la derivación o que se implementen mecanismos que simplifiquen el proceso de derivación y disminuyan los tiempos de espera.

1.2. OPTIMIZAR LA ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS, PRÓTESIS O INSUMOS

La espera de prótesis o de ayudas técnicas genera angustia, ansiedad y deterioro en la calidad de vida de las personas mayores. Por este motivo, es fundamental que su entrega se efectúe en el menor tiempo posible. Asimismo, es importante que se comunique la fecha estimada en que se realizará la misma y que desde PAMI se gestione el alquiler de lo que necesitan hasta que llegue su pedido.

1.3. IMPLEMENTAR LAS RECETAS DIGITALES DE MANERA GENERALIZADA

Sería importante generalizar la política de disponibilidad de las recetas digitales. Debería indagarse cuáles son los motivos por los que algunas y algunos prestadores continúan confeccionando las recetas en papel y proveerles las ayudas necesarias para que también puedan gestionarlas de manera virtual.

1.4. INCREMENTAR LA COMUNICACIÓN RESPECTO A LAS PRESTACIONES MÉDICAS, COBERTURA DE SERVICIOS Y MEDICAMENTOS

Se recomienda generar cartillas gráficas y folletos de difusión, tanto digitales como impresos, en los que se especifiquen las prestaciones, la cobertura de las mismas y los porcentajes de descuentos que tiene cada medicamento. Las cartillas digitales podrían difundirse por la página web y las redes sociales de PAMI. La versión impresa debería estar disponible en todas las unidades de gestión local del país y en los diversos centros de atención.

1.5. EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Realizar un seguimiento de la atención provista por los equipos médicos de cabecera con el fin de conocer los motivos por los que las personas mayores solicitan cambios y mejorar la calidad del servicio. Se podrían generar cuestionarios de evaluación breves para conocer cómo fue la atención recibida desde su perspectiva y en qué aspectos podría mejorarse.

1.6. GENERAR ESPACIOS DE ATENCIÓN EXCLUSIVA O PRIORITARIA

Promover en los establecimientos de salud espacios y horarios exclusivos con menos aforo para las personas mayores. De este modo, se les proporcionará la posibilidad de hacerse estudios o realizar prácticas en condiciones de mayor seguridad y confianza. Esta medida no solo será útil para prevenir el contagio, sino para continuar con los tratamientos habituales y realizar los controles de rutina que abandonaron por temor al contagio.

2. INCLUIR NUEVAS PRESTACIONES DOMICILIARIAS

2.1. INCREMENTAR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PRÁCTICAS DE LABORATORIO Y VACUNACIÓN

Brindar cobertura para realizar extracciones de sangre y otros tipos de análisis de laboratorio en el domicilio de las personas mayores, -más aún teniendo en cuenta la coyuntura de la pandemia- y en particular, de aquellas que presentan dependencia y/o fragilidad. También debería implementarse la vacunación en domicilio, ya sea contra el COVID-19, gripe u otras patologías.

2.2. INCLUIR A LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS COMO PRESTACIÓN

Si bien para los cuidados domiciliarios se brinda un subsidio particular, como ayuda a las situaciones de dependencia y fragilidad, no es suficiente para cubrir los costos de dicho servicio. Los hallazgos de la investigación evidenciaron una clara relación entre la necesidad de ayuda para desarrollar las actividades de la vida cotidiana y el impacto negativo de la pandemia. Resulta prioritario que los cuidados domiciliarios se incluyan dentro del conjunto de prestaciones y que se brinden acorde a las necesidades de cada persona mayor. La implementación de baremos que permitan evaluar el grado de dependencia y la necesidad de ayuda sería de utilidad para brindar el cuidado requerido en cada caso, tanto en carga horaria -pudiendo abarcar desde algunas pocas horas semanales hasta días completos- como en tipo de ayuda -para actividades básicas o instrumentales- de la vida cotidiana.

2.3. IMPLEMENTAR UN SERVICIO DE TELEASISTENCIA GRATUITO

Considerando que gran parte de las mujeres mayores viven solas y que algunas de ellas, además, presentan dependencias sería de importancia brindar el servicio de teleasistencia domiciliaria de manera gratuita para quienes lo requieran. El mismo podría ser complementado con los cuidados domiciliarios o con participación en algún otro dispositivo de apoyo, de modo que el tiempo que la persona esté sola pueda ser cuidada de manera personalizada y acompañada de manera remota por personas capacitadas. Mediante la teleasistencia, se podría solicitar ayuda activando la alarma y también recibir llamadas telefónicas de carácter social, de seguimiento, recordatorios de pautas de tratamientos o toma de medicación, entre otras cuestiones.



3. OPTIMIZAR Y GENERAR DISPOSITIVOS PARA PROMOVER LA SALUD MENTAL

3.1. ASISTENCIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

En lo que respecta a la asistencia psicológica y al apoyo emocional, se considera necesaria la incorporación de más psicólogas y psicólogos con formación gerontológica que puedan brindar asistencia terapéutica.

Actualmente, frente al impacto psicológico que ha provocado la pandemia, la demanda sobrepasa a la oferta. Se demoran los inicios de tratamientos y la duración y frecuencia de los encuentros son escasas, lo que disminuye la motivación de comenzar o de continuar con la psicoterapia.

3.2. CREAR GRUPOS DE REFLEXIÓN

Si bien algunas personas mayores necesitan y prefieren atención psicológica individual, otras requieren de espacios grupales de escucha y/o contención para poder significar el paso del tiempo y problematizar respecto al propio proceso de envejecimiento durante la situación de pandemia. La posibilidad de interactuar y compartir experiencias con otras personas mayores que estén viviendo situaciones similares permite lograr empatía, apoyo mutuo y resolver problemas comunes.

En este sentido, se sugiere la posibilidad de generar grupos de reflexión para personas mayores. Los mismos podrían implementarse de manera presencial siguiendo un protocolo o de forma virtual.

3.3. PROMOVER EL APOYO A LAS FAMILIAS

Generar dispositivos para sensibilizar, problematizar y reflexionar sobre el envejecimiento y la deconstrucción de prejuicios, generará una mejora en el vínculo entre la familia y la persona mayor, así como el respeto de sus derechos.

En este caso, como en el desarrollado en el punto 3.2, el espacio compartido con otras personas que atraviesan problemáticas similares fortalece el apoyo y las posibilidades de desarrollar, en conjunto, estrategias de afrontamiento adaptativas.

3.4. INCLUIR EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

El acompañamiento terapéutico no posee actualmente ningún tipo de cobertura y resulta imprescindible en ciertos casos que cursan determinadas patologías psicológicas o psiquiátricas.



4. NUEVOS PROGRAMAS EDUCATIVOS Y RECREATIVOS

Respecto a las prestaciones sociales, se evidenciaron los beneficios que proporcionan los talleres para personas mayores. Por ello, se considera importante que se lleven a cabo una serie de acciones con el fin de incrementar la participación en los mismos.

Además, se debe avanzar en una propuesta variada en la que se ofrezcan cursos virtuales, presenciales y en modalidad mixta. La alternativa virtual, -además de haber mostrado gran relevancia durante la pandemia-favoreció el acceso a personas que no podían hacerlo de forma presencial por dificultad o imposibilidad de moverse, o por estar geográficamente distantes de la sede en la que se dictaba, entre otras cuestiones. Por ello, la modalidad virtual debería mantenerse como una oferta permanente, independientemente de la situación de aislamiento o distanciamiento social.

Por otro lado, se deben implementar las medidas necesarias para que los cursos presenciales retomen su actividad, siguiendo protocolos específicos.

4.1. REALIZAR MAYOR DIFUSIÓN DE LOS TALLERES PSICOEDUCATIVOS A NIVEL NACIONAL

Esto puede realizarse desde los medios masivos de comunicación, comunicación o mediante gacetas. Las mismas deberían contener, además de la oferta de talleres, información acerca de su modalidad y de los beneficios. A fin de favorecer el acceso a quienes residen en zonas periféricas o en ámbitos rurales, se recomienda su difusión a través de espacios comunitarios.

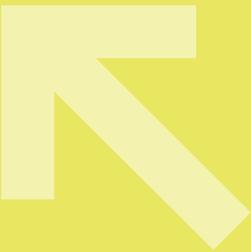
4.2. AMPLIAR LA OFERTA DE LOS TALLERES EN TODO EL PAÍS

Si bien las temáticas de los cursos son variadas, la oferta es diferencial según las provincias. Sería importante realizar un relevamiento de los talleres con más demanda para ampliar los cupos o la cantidad de propuestas y garantizar que todo el territorio pueda brindar cursos que abarquen una determinada variedad de temas. Es necesario gestionar convenios específicos con otras universidades para que la propuesta llegue a todo el país.

4.3. INCREMENTAR LOS CURSOS DE ALFABETIZACIÓN DIGITAL Y DE ACCESO A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Considerando la importancia de la virtualidad en este contexto, sería importante brindar mayor cantidad de talleres sobre nuevas tecnologías y que, en aquellos casos que las personas mayores no posean computadoras o teléfonos inteligentes, puedan acceder a estos cursos a través de los centros de jubilados/as, las sociedades de fomento, los centros de integración comunitaria o de salud que se encuentren en la comunidad en la que habitan.

La educación digital incrementará los niveles de independencia de las personas mayores, por este motivo, esta propuesta debe articularse con medidas que les permitan acceder a tablets, como se detallará en el apartado 5 "Ayudas económicas del Estado".



4.4. IMPLEMENTAR CURSOS DE ALFABETIZACIÓN

En algunas regiones del país se sugiere la implementación de cursos de alfabetización para personas mayores ya que algunas de ellas no saben leer ni escribir. Esto profundiza la exclusión social, limita sus posibilidades de participación y dificulta aún más la realización de trámites online o la inclusión en propuestas educativas o recreativas virtuales.

4.5. SIMPLIFICAR LA INSCRIPCIÓN A LOS TALLERES

La inscripción y el acceso a la oferta y disponibilidad de los talleres debe ser sencilla. Se sugiere el diseño de un enlace sencillo, donde cada persona pueda visibilizar las temáticas y luego ingresar al curso que quiere realizar. También se considera necesario poner a disposición números telefónicos en los que puedan, entre otras cuestiones, realizar consultas, solicitar orientación o ayuda para la inscripción. Estos servicios de atención pueden pertenecer a las Unidades de Gestión Local (UGL) de PAMI o a las universidades que los implementan.

4.6. ORGANIZAR PROGRAMAS DE ENCUENTROS RECREATIVOS

Propiciar actividades recreativas en la vejez es muy importante para promover el disfrute y la socialización. En efecto, la recreación es un derecho de las personas mayores y se debe favorecer la creación de talleres lúdicos, culturales (por ejemplo, salidas guiadas) o actividades sociales y de esparcimiento al aire libre.

4.7. PONER EN MARCHA PROPUESTAS DE ACTIVIDAD FÍSICA

El abandono de la actividad física ocasionó múltiples problemas y malestares a las mujeres mayores. En las regiones donde haya un clima más favorable deberían organizarse encuentros al aire libre que incluyan actividades deportivas y de baile como folklore, tango y ritmos latinos, entre otros. Las mismas deberían dictarse de manera sistemática, frecuente y con horarios programados. En las ciudades en las que las condiciones climáticas sean adversas se podrían organizar en lugares cerrados y amplios, respetando los protocolos y considerando el aforo pertinente.

5. OPTIMIZAR LA ATENCIÓN EN ORGANISMOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

5.1. INCREMENTAR EL PERSONAL EN LAS ÁREAS DE ATENCIÓN DIRECTA

Debería incrementarse el personal para la atención de personas mayores, a fin de poder cubrir la demanda de un modo más eficiente. Asimismo, previamente se deberían brindar turnos para evitar la espera fuera de las instalaciones, principalmente en las regiones más frías del país.

5.2. PROMOVER EL BUEN TRATO EN LA ATENCIÓN

Se sugiere continuar con las campañas de buen trato hacia las personas mayores dentro de las instituciones y en la comunidad en general. Resulta conveniente que el personal que trabaja en organismos y establecimientos a los que concurren frecuentemente las personas mayores (bancos, ANSES, PAMI, municipios, empresas de servicios, supermercados y otros comercios), reciban capacitaciones y participen en jornadas reflexivas, a fin de mejorar la capacidad de escucha y de diálogo. Las personas a cargo de la atención deben ser respetuosas y brindar el tiempo necesario para que quienes concurren al lugar puedan realizar las consultas que deseen o el trámite que necesiten, en un clima de calidez y confianza. Respecto a los supermercados, habría que promover estas capacitaciones en aquellos que aceptan la Tarjeta Alimentar.



En relación a la atención telefónica, se sugiere realizar un seguimiento de las consultas realizadas para poder verificar si las personas han podido resolver sus inquietudes. En esa línea se recomienda planificar campañas de sensibilización y concientización que promuevan la empatía del personal gubernamental y otras instituciones. Es probable que quienes trabajan en estos organismos deban responder a las mismas consultas de manera reiterada, pero las personas que realizan las consultas, necesitan ser escuchadas, comprendidas y que su problema sea resuelto. También es importante que quienes estén a cargo de la atención, en caso de detectar situaciones críticas de depresión o angustia, puedan derivarlas con profesionales o acompañantes terapéuticos que puedan brindarles contención y atención especializada.

5.3. BRINDAR ASISTENCIA PERSONALIZADA

Algunas mujeres de edad más avanzada manifestaron tener dificultades para realizar trámites online y completar formularios. Por ello es importante ofrecer ayuda personalizada a personas dependientes o que no dispongan de redes de apoyo informal suficientes.

6. FORTALECER LOS RECURSOS DE APOYO FORMAL

6.1. MEJORAR LOS DISPOSITIVOS FORMALES Y GESTIONAR EL REGRESO PROGRESIVO A ACTIVIDADES PRESENCIALES

Los centros de jubilados/as o clubes de día aportan apoyos esenciales para la vida y han demostrado tener un impacto positivo en el bienestar de las personas mayores, principalmente en aquellas que viven solas o disponen de pocas redes. De manera gradual, y garantizando la seguridad, deberían proponerse actividades presenciales que permitan recuperar el disfrute y el intercambio social con otras personas.

Para fortalecer estos espacios es imprescindible capacitar al personal, a fin de promover la autonomía de las personas mayores e identificar a aquellas que se encuentren en situaciones de soledad, sufran violencia o abuso familiar.

6.2. CAPACITACIÓN DE CUIDADORAS Y CUIDADORES EN NUEVAS TECNOLOGÍAS

Se considera importante que las cuidadoras y cuidadores reciban capacitaciones que les permitan ayudar a las personas mayores a realizar trámites online o incluso asistirlos con el uso de la tecnología para que puedan participar de actividades virtuales.



7. AYUDAS ECONÓMICAS DEL ESTADO

Las mujeres participantes de este estudio mencionaron que los haberes jubilatorios son insuficientes para satisfacer sus necesidades. Si bien el gobierno ha otorgado bonos, no les alcanza para cubrir sus necesidades habitacionales, alimentarias, de salud y de servicios.

7.1. BRINDAR AYUDA ALIMENTARIA

La situación de pandemia y la necesidad de cuidados impidió continuar con la provisión del bolsón de alimentos, siendo reemplazado por la inclusión de una suma adicional en el recibo de haberes de las personas mayores que lo recibían. En la medida en que la situación sanitaria lo permita, sería importante volver a brindarse beneficio, incluir alimentos saludables, nutritivos y balanceados y la orientación de nutricionistas.

7.2. OFRECER PRÉSTAMOS PARA ARREGLOS EN LA VIVIENDA

Proporcionar préstamos para arreglos, refacciones o ampliación de la vivienda que sean accesibles y cuyo pago pueda descontarse, con bajo interés y a largo plazo de los haberes jubilatorios.

7.3. FAVORECER EL ACCESO A TELÉFONOS INTELIGENTES, TABLETS O COMPUTADORAS

Brindar la posibilidad de que las personas mayores que no dispongan de dispositivos electrónicos que les permitan navegar en internet y utilizar diferentes redes sociales, puedan adquirirlos. Para ello se podrían ofrecer créditos accesibles o planes de pago en cuotas y con bajos intereses.

7.4. FACILITAR LA CONECTIVIDAD

Otorgar a las personas mayores descuentos en las tarifas de internet, de modo de favorecer el acceso a la conectividad y la posibilidad de interactuar con más personas virtualmente, realizar trámites online, así como integrarse en las propuestas virtuales que sean de su interés.

A photograph of a woman with blonde hair, wearing glasses and a white face mask. She is wearing a dark jacket. The image is overlaid with a semi-transparent blue filter. The text 'REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS' is written in white, bold, uppercase letters across the middle of the image.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, S., y Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- Arias, C. (2004). *Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Personas de Edad*. Mar del Plata: Suárez.
- Arias, C. (2013). Aportes del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas para las personas mayores. En V. Montes de Oca (coord.) (2013) *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación en Envejecimiento* (pp. 425-452) México: Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM.
- Arias, C. (2015a). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontología*, 18 (20), 149-172.
- Arias, C. (2015b). Redes sociales de las personas mayores. En M. Roqué y A. Fassio (comp) *Políticas Públicas sobre envejecimiento en los países del Cono Sur*. (pp.267-291) Santiago de Chile: FLACSO/BID.
- Arias, C., y Polizzi, L. (noviembre, 2012). Pareja, hijos y amigos. Análisis de sus atributos y funciones de apoyo social en la vejez. En *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XIX Jornadas de Investigación. VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. UBA, Ciudad autónoma de Buenos Aires.
- Arias, C., Sabatini, B., Scolni, M., y Tauler, T. (2020). Composición y Tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38 (3), 1-15.
- Arias, C.; Soliveres, C., Goris Walker, G., Scolni, M., Miranda, C., y García, A (2005). Análisis de la integración y participación comunitaria de los beneficiarios de los Sistemas Formales e Informales de apoyo social a Adultos Mayores en relación a la satisfacción vital en la vejez. En L. Golpe y C. Arias (Eds.). *Sistemas Formales e Informales de Apoyo Social para los Adultos Mayores Aportes de una investigación científica al campo de la Gerontología Institucional* (pp. 55-80) Mar del Plata: Ediciones Suárez.
- Arroyo Rueda, M. C. (2010). El cuidado en la vejez avanzada: escenarios y tramas de violencia estructural y de género. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 10, 1-21. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211015968002>
- Baltes, P. B., & Freund, A. M. (2007). El potencial humano como orquestación de la sabiduría y la optimización selectiva por compensaciones. En L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *Psicología del potencial humano. Cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva* (pp. 45-61). Gedisa.
- Baum, F., Musolino, C., Gesesew, H. A., y Popay, J. (2021). New Perspective on Why Women Live Longer Than Men: An Exploration of Power, Gender, Social Determinants, and Capitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (2), 1-23.
- Becker C., Kirchmaier I., y Trautmann, S. T. (2019). Marriage, parenthood and social network: Subjective well-being and mental health in old age. *PLoS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218704>
- Bozo, O., Toksabay, N., y Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *Journal of Psychology*, 143, 193-205.
- Canet-Juric, L., Andrés, M. L., Del Valle, M., López-Morales, H., Poó, F., Galli, J. I. y Urquijo, S. (2020). A longitudinal study on the emotional impact cause by the COVID-19 pandemic quarantine on general population. *Frontiers in Psychology*, 11, 2431.
- Carstensen, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.

- Cornwell, B., y Laumann, E. O. (2013). The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults. *Social Science & Medicine*, 1-13.
- Cohen S. (2020). Psychosocial Vulnerabilities to Upper Respiratory Infectious Illness: Implications for Susceptibility to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 1745691620942516. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1745691620942516>
- CEPAL/CELADE (2002). Recomendaciones para políticas sobre redes de apoyo social de personas adultas mayores. Santiago de Chile: Autor
- CEPAL/CELADE (2004). Estrategia regional e implementación para América Latina y el Caribe del Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Santiago de Chile: Autor.
- CEPAL (2020). La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45335-la-pandemia-covid-19-profundiza-la-crisis-cuidados-america-latina-caribe>
- Conway, F., Magai, C., Jones, S., Fiori, K., y Gillespie, M. (2013). *International Journal of Aging and Human Development*, 76(1), 01-27.
- Decreto 297/2020 Aislamiento social preventivo y obligatorio. Boletín Oficial República Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 19 de marzo de 2020 Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Decreto 355/2020 Aislamiento social preventivo y obligatorio. Boletín Oficial República Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 11 de abril de 2020 Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227694/20200411>
- Decreto 408/2020 Aislamiento social preventivo y obligatorio. Boletín Oficial República Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 26 de abril de 2020 Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/228261/20200426>
- Decreto 520/2020 Distanciamiento social preventivo y obligatorio. Boletín Oficial República Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 7 de junio de 2020 Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230245/20200608>
- Dottori, K., Soliverez, C., y Arias, C. (2017). La función socializadora de los talleres para mayores. En C, Arias (Comp.). *Mediana edad y vejez. Perspectivas actuales desde la psicología*. (pp.283-308) Mar de Ajó: UAA.
- Espinoza Miranda, K., y Jofre Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>
- Fernández Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L., y Díaz Veiga, P. (1992). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martínez Roca.
- Fiori, K. L., Smith, J., y Antonucci, T. C., (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *Journal of Gerontology*, 62B (6), 322-330.
- Freixas Farré, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de Psicología*, 39 (1), 41-57.
- Freixas Farre, A. (2014). *Tan frescas* Barcelona: Paidós.
- Giles, L., Glonek, G., Luszcz, M., y Andrews, G. (2005). Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (7), 574-579.
- Gracia, E., y Herrero, J., (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 327-342.

Guzmán, J.M., Huenchuán, S., y Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social a las personas mayores. Documento de la Reunión de Expertos en redes de apoyo social a personas mayores. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL.

Gyasi, R., Phillips, D., y Abass, K. (2019). Social support networks and psychological wellbeing in community-dwelling older Ghanaian cohorts. *International Psychogeriatrics*, 31(7), 1047-1057. doi:10.1017/S1041610218001539

Huang X., Western M., Bian Y., Li Y., Côté, R., y Huang, Y. (2019). Social Networks and Subjective Wellbeing in Australia: New Evidence from a National Survey. *Sociology*, 253 (2), 401-421. doi:[10.1177/0038038518760211](https://doi.org/10.1177/0038038518760211)

Huenchuan, S. (2010). Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales. En: Equipo NIEVE (comp). Coloquio regional de expertos: envejecimiento, género y políticas públicas. Montevideo: Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento- UDELAR/ UNFPA, (pp. 15-32). Montevideo: Lucida

Huenchuan, S. (2020). COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos (LC/MEX/TS.2020/6/Rev.1), Ciudad de México: CELADE/CEPAL.

Iacob, R., y Arias, C. (2011). Empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 2 (2), 25-32.

IMSERO (1995). Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INDEC (2013). Estimaciones y proyecciones de Población 2010-2040. Número 35. Serie análisis demográfico. Buenos Aires, Argentina: Autor Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

INDEC (2012). ENCaViAM Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Serie de estudios INDEC N°46. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Autor.

INSSJP (2021). Residencias cuidadas. Guía de recomendaciones para los equipos de las residencias de larga estadía. Buenos Aires: Autor.

Kahn R. L., y Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In: Baltes, P. B., y Brim, O. (Eds.). *Life-Span Development and Behavior*, 3, 254-283. New York, EUA: Academic Press.

Leiva, A., M., Nazar., G., Martínez Sangüinetti, M. A., Petermann Rocha, F., Richezza, J., y Celis-Morales, C. (2020). Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del COVID-19. *Ciencia y enfermería*, 26. Recuperado de <https://revistasacademicas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/2257>

Ministerio de Salud de la Nación (2020). Plan estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Monitor público de vacunación. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>

Naciones Unidas (1982). Plan de Acción de Viena sobre envejecimiento. Viena: Autor.

Naciones Unidas (1998). Año Internacional de las Personas de Edad, 1999. Nueva York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Nueva York: Autor.

Navarro Pardo, E., Meléndez Moral, J.C., y Tomas Miguel J. M. (2008). Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*; 18(1); 19-25.

OEA (Organización de Estados Americanos). (2015). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Washington: Autor.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento Activo: Un marco político*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (S2), 74-105.

Oliveri, M. L. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.

Pantusa, J., y Arias, C. (2017). Vínculos de apoyo en la mediana edad y en la vejez. En C, Arias (Comp.). *Mediana edad y vejez. Perspectivas actuales desde la psicología*. (pp.123-146) Mar de Ajó: UAA.

Pelcastre Villafuerte, B.E., Treviño Siller, S., Gonzalez Vazquez, T., y Marquez Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (3) 460-470. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300007>

Pinazzo, S. (2020) Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55 (5), 249-252.

Polizzi, L., y Arias, C. (2014). Vínculos que brindan más satisfacción en la red de apoyo social de adultos mayores. *Pensando Psicología*, 10 (17), 61-70.

Ramos Toro, M. (2018). Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Prisma Social: revista de investigación social*, (21), 75-107.

Resolución 1555/2021 Gobierno Provincia de Buenos Aires. MGJM. La Plata 2 de mayo de 2021. Recuperado de: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/VNavamsM.html>

Resolución 2020- 431 INSSJP Estructura Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de cuidado. Ciudad de Buenos Aires. 11 de febrero de 2020. Recuperado de: http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2020-431-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

Resolución 2020-1014 Creación Comité de Contingencia para el tratamiento del Coronavirus. Ciudad de Buenos Aires. 13 de marzo de 2020. Recuperado de: http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2020-1014-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

Roqué, M. (2015). Situación de las mujeres mayores en Argentina. En M. Roque (ed.) *Seminario internacional sobre género y diversidad sexual en la vejez*. (pp. 11-43) Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Autor.

Roqué, M. (2019). El género como eje de inequidad en la vejez. En P. Parraguez and cols. (eds.) *Género y Políticas públicas. Una mirada necesaria desde la vejez*. Cuadernillo 2. Serie Envejecimiento. Santiago de Chile: Universidad de Chile

Salgado de Snyder, V. N., y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s515-s521. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es&tlng=es

Salinas. A., Manrique. B., y Téllez-Rojo, M.M. (septiembre,2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades. En: III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba. Sánchez Guzmán, M. (2011) *Género y Vejez: una mirada distinta a un problema común*. Ciencia, enero-marzo, 48-53.

- Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J., y Chorot P. (2020) Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1-22. doi:10.5944/rppc.27569.
- Shirom, A., Toker, S., Alkaly, Y., Jacobson, O., y Balicer, R. (2011). Work-Based Predictors of Mortality: A 20-Year Follow-Up of Healthy Employees. *American Psychological Association*, 30 (3), 268–275.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa
- Tisnés, A., y Salazar-Acosta, L. M. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de población*, 22 (88), 209-236. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000200209&lng=esytlng=es
- Torío López, S. (2021) La vivencia de la soledad en la vejez. Una mirada en tiempos de pandemia. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*,. 37, 9-16.
- Van Tilburg, T. (1998). Losing and Gaining in old age: Changes in Personal Network Size and Social Support in a four-year longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 53(B6), S313-S323. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9826973>
- Villar, F., Pinazo, S., Triado, C., Celdra M., y Sole, C. (2010). Older people's university students in Spain: a comparison of motives and benefits between two models. *Ageing and Society*, 30 (8), 1357-1372
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en Adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., y Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139 (1), 53–80.
- Yanguas Lezaun, J.; Leturia Arrazola, F. y Leturia Arrazola M. (2001). Apoyo Informal y Cuidado de las Personas mayores dependientes. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-apoyo-02.pdf>
- Ye, L., y Zhang, X. (2019). Social Network Types and Health among Older Adults in Rural China: The Mediating Role of Social Support. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 410.
- Zambrano Quinde, O. R., Castillo Tigua, M. F., Meza Toala, E. V., Gual Flores, R. J., y Benitez Chavez, A. M. (2021). Implementación de una escala para medir "impacto psicosocial y actitudes en sujetos post COVID-19". *Estudio aleatorio en la ciudad de Manta entre abril y septiembre del 2020. Dominio de las Ciencias*, 7 (2), 301-318.

