

Estudio cualitativo sobre los adultos mayores y la salud mental durante el confinamiento por COVID-19 en Buenos Aires, Argentina - parte 1

A qualitative study on the elderly and mental health during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 1

Pedro Pisula^a, Julieta Aldana Salas Apaza^b, Germán Nicolás Báez^a, Candela Agustina Loza^a, Rodrigo Valverdi^b, Vilda Discacciati^c, Mariano Granero^c, Ximena Salomé Pizzorno Santoro^a, Juan Víctor Ariel Franco^a

^a Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^b Universidad Nacional de La Matanza, Buenos Aires, Argentina

^c Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

*Autor de correspondencia

juan.franco@hospitalitaliano.org.ar

Citación Pisula P, Salas-Apaza JA, Báez GN, Loza CA, Valverdi R, Discacciati V, et al. A qualitative study on the elderly and mental health during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 1. *Medwave* 2021;21(04):e8186

Doi 10.5867/medwave.2021.04.8186

Fecha de envío 02/12/2020

Fecha de aceptación 13/04/2021

Fecha de publicación 24/05/2021

Origen No solicitado

Tipo de revisión Revisión por pares externa, por dos árbitros a doble ciego

Palabras clave COVID-19, aged, mental health, loneliness, qualitative research

Resumen

Introducción

El 19 marzo de 2020 se decretó el aislamiento social preventivo y obligatorio en Argentina como respuesta a la pandemia por el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa (COVID-19). Esta medida tiene por objetivo disminuir la transmisión del virus que puede generar un cuadro respiratorio severo, más frecuentemente en adultos mayores. Sin embargo, esta medida puede afectar sus redes de contención por encontrarse previamente aislados.

Objetivos

Explorar las necesidades emergentes relacionadas a la salud mental de adultos mayores aislados en este periodo, e identificar las principales redes de contención con que estos cuentan, como así también las estrategias de afrontamiento emergentes frente a la situación.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio convocando a participantes mayores de 60 años de edad. Mediante un muestreo en bola de nieve, un grupo de investigadores los contactó por teléfono para la recolección de datos. Se trianguló el análisis de los hallazgos entre los investigadores con distinta formación académica (medicina, psicología y sociología). Los conceptos emergentes de las entrevistas fueron vinculados en redes conceptuales utilizando una metodología inductiva, y mapeando en marcos conceptuales disponibles para los investigadores. Para la codificación se usó el software Atlas.ti 8.

Resultados

Se entrevistaron a 39 participantes pertenecientes al área metropolitana de Buenos Aires durante los meses de abril y julio de 2020. Para una presentación más clara, los principales temas fueron descritos en cinco ejes transversales: configuraciones vinculares; recursos y estrategias de afrontamiento; estados afectivos y emociones; percepciones y reflexiones sobre el futuro; y acciones emergentes del enfoque participativo. Los participantes del estudio relataron angustia, ansiedad, enojo, incertidumbre, hartazgo y expresaron el temor al contagio de sí mismos y de sus seres queridos. Se identificaron personas en situación de mayor vulnerabilidad al vivir solas, en ambientes pequeños y cerrados, con redes vinculares frágiles o con limitado manejo de las tecnologías. También encontramos estrategias de afrontamiento variadas para atravesar la situación y la tecnología fue un actor fundamental en el mantenimiento de los vínculos.

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación tienen implicancias en la toma de decisiones a nivel individual, de los sistemas de salud, atención profesional y el desarrollo de políticas. Futuras investigaciones pueden dilucidar las variaciones regionales, temporales y socioeconómicas de los fenómenos explorados en nuestra investigación.

Abstract

Introduction

On March 19, 2020, preventive and mandatory social isolation was decreed in Argentina in response to the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus and the disease it causes (COVID-19). This measure aimed to reduce the transmission of the virus and the resulting severe respiratory condition that frequently besets older adults. However, this measure can also affect the support networks of these isolated people.

Objectives

To explore the emerging needs related to the mental health of isolated older adults in this period and to identify the main support networks they have and the emerging coping strategies in the face of the situation.

Methodology

We carried out an exploratory qualitative study, summoning participants over 60 years of age. Using snowball sampling, a group of researchers contacted them by phone to collect data. The analysis of the findings was triangulated among researchers with different academic backgrounds (medicine, psychology, and sociology). The concepts emerging from the interviews were linked in conceptual networks using an inductive methodology and were mapped into conceptual frameworks available to researchers. Atlas.ti 8 software was used for coding.

Results

Thirty-nine participants belonging to the Buenos Aires Metropolitan Area were interviewed between April and July 2020. For greater clarity, the main themes were described in five cross-sectional axes: network configurations, resources and coping strategies, affective states and emotions, perceptions and reflections on the future, and actions emerging from the participatory approach. Participants reported distress, anxiety, anger, uncertainty, exhaustion, and expressed fear of contagion from themselves and their loved ones. We identify greater vulnerability in people living alone, in small and closed environments, with weak linkages and networks, or limited access to technologies. We also found various coping strategies and technology was a fundamental factor in maintaining the bonds.

Conclusions

The findings of this research have implications for decision-making at the individual level, health systems, professional care, and policy development. Future research may elucidate the regional, temporal, and socioeconomic variations of the phenomena explored in our research.

Ideas clave

- El distanciamiento social y las diferentes medidas para evitar el contagio de coronavirus repercuten negativamente en el bienestar psicosocial de los adultos mayores.
- En la esfera de la salud mental, identificamos que predominó la angustia y el miedo al contagio, si bien el miedo disminuyó en las sucesivas extensiones del confinamiento.
- La tecnología fue un actor fundamental en el mantenimiento de las redes de contención y la satisfacción de las necesidades emergentes.
- Estos hallazgos están limitados a un relevamiento telefónico con abordaje cualitativo en una población de clase media de la zona metropolitana de Buenos Aires.

Introducción

La población de adultos mayores de 60 años aumenta progresivamente, de forma tal que hacia el año 2050 se prevé un aumento a más del doble a nivel global (de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050)¹. En Argentina, existen actualmente unos 6,7 millones de personas mayores de 60 años, representando el 14,27% de la población total¹, concentrada en centros urbanos, particularmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires donde se concentra la mayor proporción de todo el país (15,7%)^{2,3}.

Actualmente nos encontramos atravesando la pandemia producida por el nuevo virus SARS-CoV-2, cuyo espectro de enfermedad COVID-19 incluye desde un cuadro leve (en aproximadamente el 80%

de los casos) hasta la insuficiencia respiratoria y muerte⁴. Al 3 de noviembre de 2020 afectó a 1 027 598 personas que residen en nuestro país, entre los cuales se encuentran 32 106 fallecidos. La tasa de mortalidad depende de múltiples factores, sin embargo, la mayor mortalidad se encuentra en los adultos mayores, que llega hasta 20% según algunas estimaciones^{4,5}.

El confinamiento de casos confirmados con otras medidas de prevención y control (como el distanciamiento social y el uso de mascarillas), ha demostrado tener un efecto mayor en la reducción de nuevos casos, transmisiones y muertes, en comparación con las medidas individuales⁶. Las modalidades de distanciamiento social en los países fueron diversas: en España se sostuvieron medidas de confinamiento estricto, mientras que en Estados Unidos se reforzaron las

medidas de distanciamiento social de manera heterogénea^{7,8}. Por otro lado, Brasil rechazó las medidas de aislamiento social adoptadas por el resto de los países^{9,10}. En Argentina, el 19 de marzo de 2020 se decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio¹¹ para disminuir el desplazamiento de individuos, la propagación del virus SARS-CoV-2 y "aplanar la curva" de casos. Este periodo también buscó "ganar tiempo" para fortalecer la capacidad operativa de los sistemas de salud. Las medidas de aislamiento se fueron flexibilizando hasta junio, donde se instalaron nuevamente restricciones a la circulación debido al aumento de casos.

Existen importantes diferencias entre el "distanciamiento social", que se refiere a evitar el agrupamiento de personas y a mantener dos metros de distancia con los demás como estrategia para disminuir el contagio¹², y el "aislamiento social", que alude a la soledad. Esto quiere decir, que un individuo tenga una red de apoyo social insuficiente, ya sea a nivel estructural, funcional y/o percibido. Además de tener un valor predictivo independiente sobre la supervivencia de las personas, el aislamiento social se relaciona con la morbimortalidad a través de su influencia sobre los otros factores de riesgo conocidos. Existe evidencia de que las personas en aislamiento social tienen más enfermedad cardiovascular y depresión¹³⁻¹⁵, mayor discapacidad, respuestas más pobres frente a la enfermedad, y muertes más tempranas^{16,17}.

Estrategias como el distanciamiento social obligatorio podrían tener un fuerte impacto psicosocial en los adultos mayores¹⁸ al propiciar el desarrollo de aislamiento social o profundizar uno preexistente, lo que expone a una situación de mayor vulnerabilidad psicosocial.

El objetivo de nuestra investigación fue explorar las necesidades emergentes de los adultos mayores aislados, e identificar las principales redes de contención con que ellos cuentan durante este periodo. También nos propusimos identificar barreras para la implementación efectiva del aislamiento preventivo y diseñar recursos participativos donde se brinde un espacio de contención e información telefónica para los participantes. En esta primera parte reportamos los resultados relacionados con las necesidades en el ámbito de la salud mental, las redes de contención y los aspectos participativos de nuestra investigación. En un segundo reporte, analizaremos las necesidades vinculadas a los cuidados de salud durante el aislamiento.

Métodos

Se decidió realizar una investigación con enfoque cualitativo dentro del marco de la estrategia investigación-acción, que permite el abordaje de una situación particular tanto en su comprensión como en su transformación. El marco epistémico se inscribe en el constructivista, donde se generan el espacio de diálogo y reflexión entre los actores sociales, de manera tal que permite construir el conocimiento sobre los diferentes problemas que se releven, desde su comprensión y análisis de las situaciones particulares en el contexto singular que se presenta en vigencia del Decreto de Necesidad y Urgencia DNU 297/2020 para los adultos mayores. Lewin concibió este diseño entendiéndolo como actividad colectiva, como práctica reflexiva social con la intencionalidad de propiciar cambios apropiados en la situación estudiada^{19,20}. La decisión de elegir esta estrategia de investigación-acción se fundamenta en el vínculo entre el estudio del problema y el contexto social que lo determina con propósitos de producir conocimientos y generar cambios sociales²¹.

Participantes

Convocamos a adultos mayores de 60 años que vivan solos, o con un familiar mayor a 60 años, o con un familiar dentro de los grupos de riesgo para enfermedad grave por COVID-19 (personas con enfermedades cardíacas o respiratorias crónicas o inmunodeprimidos), o con un familiar con discapacidad; que tengan acceso a un teléfono fijo o móvil, y residan en el área metropolitana (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires).

Técnicas de acceso al campo

Los participantes fueron seleccionados por un muestreo en bola de nieve, contactando a familiares o amigos que conocían personas que cumplían con las características mencionadas avisándoles previamente que iban a ser llamados por teléfono por un investigador. A su vez, se les preguntó a los participantes por el contacto de otras personas que puedan participar en la investigación con la misma salvaguarda. Se armó una base de datos con los números de teléfono de las personas elegibles para el estudio, maximizando la diversidad en edad, género, nivel educativo, estatus de convivencia y localidad. Además, se utilizó esta herramienta para la planificación y seguimiento del trabajo de campo.

Intervención y recolección de datos

El equipo de investigación estuvo conformado por docentes de la carrera de medicina (dos médicos de familia y una socióloga), estudiantes de la carrera de medicina y una psicóloga. Se utilizó una guía de entrevista con preguntas abiertas destinadas a explorar los objetivos primarios y secundarios. Finalmente se ofreció información confiable de medios oficiales (nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) sobre COVID-19. Se recolectaron notas y, a partir de las entrevistas, se los asoció al número telefónico de la base de datos agregando el nombre de pila y la localidad de los entrevistados para poder mapear a los individuos y poder analizar posibles estrategias de contención. Además, utilizamos las reuniones virtuales como espacio abierto a la reflexión, donde analizamos las diferentes sensaciones y percepciones que como investigadores fuimos atravesando en el contacto con los participantes, y su implicancia en la receptividad de la información. De esta manera, utilizamos como herramienta un "diario de investigación" propio de cada investigador para dar cuenta de estas reflexiones.

Estrategia de análisis

En el análisis cualitativo las etapas no siguen una secuencia como suele suceder en un estudio cuantitativo, sino que se trata de procesos donde las relaciones interpersonales y los significados alimentan el corpus empírico. Se requiere de un análisis que progresa de manera espiralada. En él se realizará un trabajo iterativo, de avanzar, retroceder y revisar lo previo. Se organizaron y clasificaron los datos obtenidos a través de las entrevistas en categorías utilizando un sistema de codificación abierta, tratándose de un proceso dinámico. Los pasos para el análisis, a modo del investigador *bricoleur* según palabras de Denzin²², se organizó en las tres etapas conocidas como:

1. Reducción de datos a través de la codificación, relación de temas, clasificaciones.
2. La presentación de datos, ejerciendo una mirada reflexiva en general, empleo de mapas conceptuales, diagramas y sinopsis.
3. El momento de las conclusiones, es el momento más reflexivo.

Siguiendo a Taylor-Bogdan²³ en estos tres momentos, que llama de descubrimiento, codificación y relativización en paralelo, es donde se trata de desarrollar una comprensión en profundidad²⁴. Dentro del marco de la investigación-acción; el análisis y la reflexión, si bien se plantean como momentos en sí o capas dentro del proceso investigativo, son la constante dentro del proceso modificativo de la acción transformadora, más allá de la cristalización de categorías y conclusiones o propuestas.

La muestra es intencional, significativa y de relevancia. Se partió de un sistema de códigos con raíces en las preguntas de las entrevistas, permitiendo ingresar códigos libres, comparando constantemente. Para la codificación se usó el software Atlas.ti 8. Se elaboró una matriz de datos en un proceso recurrente y circular, para que pueda descomponer en una dimensión descriptiva del análisis y posteriormente interpretativa. Se triangularon los análisis entre los investigadores con distinta formación académica (medicina, psicología y sociología), a través de reuniones virtuales en equipo con la puesta en común de los hallazgos y revisión entre los involucrados. La fortaleza de esta modalidad de análisis cualitativo, radica en que permite generar conceptos y desarrollar teoría a partir de la empírea y permitirá diseñar estrategias a partir de una sistematización de los datos²⁵. Los resultados se reportan siguiendo la mejor práctica científica en

investigación de acción participativa²⁶, en formato de resumen ejecutivo.

Consideraciones éticas

A las personas invitadas a participar se les explicaron los objetivos del trabajo, y se les informó las características del estudio telefónicamente mediante un proceso de consentimiento informado oral. La identidad de las personas fue resguardada en una base de datos bajo contraseña. El estudio se llevó a cabo en total acuerdo con las normativas internacionales de la ética de la investigación. El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Universitario del Instituto Universitario Hospital Italiano y aprobado (N° 0001-20).

Resultados

Características de los participantes

Se entrevistaron a 39 participantes pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, entre los meses de abril y julio del año 2020. Si bien no identificamos el dato formalmente, los participantes fueron predominantemente de clase media. Estos tenían necesidades básicas cubiertas, eran personas alfabetizadas y la mayoría contaba con cobertura en salud. Las características se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Característica	Proporción (%)
Vive solo/a	11/39 (28%)
Edad (mediana y rango intercuartil)	73 (67 a 76)
Mujeres	32/39 (82%)
Ciudad de Buenos Aires: Liniers, Almagro, Flores, Belgrano, Balvanera, Palermo, Mataderos, Villa Luro, Lugano.	29/39 (74%)
Gran Buenos Aires: Haedo, Ramos Mejía, Ciudadela, Villa Luzuriaga, San Justo, Villa Ballester, Tigre (Delta)	10/39 (26%)
Nivel educativo:	
Terciario o superior	10/39 (26%)
Secundario	16/39 (41%)
Primario	7/39 (18%)
Sin datos	6/39 (15%)

Fuente: preparada por los autores.

Los conceptos emergentes de las entrevistas fueron vinculados en redes conceptuales utilizando una metodología inductiva, mapeando en marcos conceptuales disponibles para los investigadores. Para una presentación más clara, los principales temas fueron descritos en cinco ejes transversales:

1. Las configuraciones vinculares.
2. Los recursos y estrategias de afrontamiento, incluyendo el uso de las tecnologías.
3. Los estados afectivos y emociones.
4. Las percepciones y reflexiones sobre el futuro.
5. Las acciones emergentes del enfoque participativo.

1. Configuraciones vinculares

Las configuraciones vinculares describen tanto el modo en que se relaciona un sujeto con una persona, un objeto, una institución o un ideal, como la incidencia que ese vínculo tiene en sus propias representaciones. El vínculo se inserta en un espacio intersubjetivo, caracterizado por su íntima bidireccionalidad. Su sentido deviene de la relación que se conforma entre el sujeto y el otro, que, a su vez, es conformadora de ambos²⁷. Tomamos este concepto por la importancia que tienen los vínculos pensados por Iacub como “soportes materiales de la identidad”, siendo que los cambios que se dan en los

vínculos que reconfiguran “la representación de sí” y su interacción con otras personas²⁷. Organizamos en tres grupos a partir de los enunciados de los participantes:

1. La red familiar.
2. La red de amigos, vecinos y otros pares.
3. Percepciones sobre las políticas y decisiones de Gobierno.

1a. La red familiar

Los participantes identificaron a los familiares directos como red primaria de apoyo y contención, quienes brindarían soluciones a sus necesidades emergentes: familiares, hijos y nietos se encargaron de realizar las compras o hacer trámites, permitiendo que los adultos mayores puedan permanecer en sus hogares. Por otro lado, algunas de las personas encuestadas buscaron maneras creativas y novedosas de resolver las diligencias por sus propios medios.

Los familiares encarnaron también una figura de motivación, dado que las actividades que los adultos mayores realizaban para sus familias los hacían sentirse útiles y ocupar el tiempo libre. Algunas de estas actividades incluyeron: tejer abrigos para los nietos, cocinar para los hijos, realizar manualidades para sus allegados, entre otras.

Por otro lado, la gran mayoría de los entrevistados refirió apoyarse en su pareja conviviente, reinventando su relación y disfrutando de la compañía del otro al hacer diferentes actividades en conjunto. Sin embargo, en algunas situaciones, la relación problemática de los participantes con sus parejas se agravó como consecuencia del encierro; produciendo sensación de molestia, discusiones repetitivas y un ambiente que dificulta el confinamiento.

“Discuto mucho con mi marido, él no me ayuda en nada y sabe que me siento mal”. Mujer, 79 años.

“Me angustia vivir encerrada con mi esposo, todos los malestares que tengo son a causa de él”. Mujer, 77 años.

Con la pérdida del rol laboral, muchos de los entrevistados se dedican a sus familias a tiempo completo. La imposibilidad de estar cerca se transformó rápidamente en demanda de contacto físico y calor afectivo. De esta forma, muchos optaron por incumplir el aislamiento obligatorio e inclusive no respetaron las medidas de distanciamiento al verlos, llevando a cabo conductas de riesgo como abrazar y besar sin considerar las consecuencias. Además, los participantes expresaron el temor de constituirse como una carga para su familia, y la autopercepción de inutilidad que la situación les genera.

“Me siento un cobarde por mandar a mi mujer a hacer los mandados”. Hombre, 72 años.

1b. La red de amigos, vecinos y otros pares

Respecto a sus pares, amigos y vecinos, parecerían ser un grupo de sostén adicional con los que cuenta la población entrevistada, en contacto permanente en espacios donde comparten áreas temáticas de interés, actividades recreativas e informativas, entre otras. Si con la familia por momentos suelen sentirse una carga, con los pares encuentran un espacio donde compartir y apoyarse, sin percibirse de esta manera.

“Hicimos una cadena con mis amigas, de llamar una a otra cuando tiene una información importante para

compartir. Por ejemplo, una se enteró de una verdulería que hace reparto a domicilio, que haces el pedido y entregan un día en cada barrio”. Mujer, 87 años.

Surgieron menciones sobre la empatía entre “los de su generación”, con quienes se sienten comprendidos porque comparten pensamientos, intereses y modos de vivir. Estos encuentros se verían favorecidos a través de comunicaciones virtuales mediadas por plataformas digitales como WhatsApp, Facebook o Zoom, que permiten mantener el contacto a través de llamadas o videollamadas. Nos parece importante mencionar que, en algunos casos, la situación de vulnerabilidad produjo un efecto positivo que los acercó a sus amistades. Esto generó un vínculo de apoyo mutuo.

*“El hecho de no estar con sus pares, a la sociedad la va a enfermar un montón. Yo tengo un grupo del secundario en WhatsApp, compartimos los cantantes, compartimos la época, infancia y adolescencia, compartimos la historia, y si me bajoneo el otro te levanta, o al revés, o cuenta la experiencia y compartimos. El grupo de WhatsApp me ayuda mucho”.
Mujer, 61 años.*

1c. Percepciones sobre las políticas y decisiones de gobierno

Algunos participantes refrieron ser tratados “como niños” por parte del gobierno y sus acciones. Este aspecto parecería vincularse al concepto de “paternalismo estatal” entendido como cualquier acción paternalista llevada a cabo por un órgano del Estado y ejercida sobre los ciudadanos²⁸. Este sentimiento surge de las recomendaciones por parte del gobierno de mantener especialmente a los adultos mayores confinados en sus hogares, por pertenecer al grupo de mayor riesgo de presentar las formas más severas de COVID-19.

“Extraño tener más voluntad y posibilidad de accionar. Estar encerrado es malo. Muchas cosas se manejaron de forma arbitraria o autoritaria. El viejismo como concepto ya cambió, aunque a algunas personas no les parece eso de subestimar a los grandes, esto de que nos tenemos que cuidar más... El gobierno de la ciudad quería que los grandes tengan que sacar un permiso, menos mal que no lo hicieron. Nos infantilizan”. Mujer, 62 años.

Además, algunos de ellos hicieron menciones sobre el decreto de aislamiento social, preventivo y obligatorio como “arresto domiciliario”, “dictadura” o “pérdida de libertad”. Se identificó un malestar explícito en la mayoría de los entrevistados respecto al proyecto de solicitar permiso para salir de sus hogares.

“Dejar de hacer trámites y salir me hace sentir en un arresto domiciliario”. Hombre, 76 años.

*“Dicen vos no perdiste nada. Yo perdí mi libertad”.
Mujer, 73 años.*

2. Recursos y estrategias de afrontamiento

Definimos a las estrategias de afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y afectivos orientados a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales²⁹. De este modo, una estrategia va a ser eficaz, dependiendo de

la capacidad que tenga el sujeto para adaptarse. Esto implica un esfuerzo, una habilidad para manejar o reducir el malestar generado, en este caso, por el aislamiento. Aparece entonces la mantención o el inicio de actitudes o actividades superadoras ante el problema del confinamiento.

Algunos de los recursos que aparecieron con mayor frecuencia entre los entrevistados son aquellos vinculados a la ocupación en espacios al aire libre, como caminar por el jardín de sus hogares, o la dedicación de largas horas a la jardinería y la huerta; trabajando con las plantas y flores o cortar el pasto. Parecería ser que el contacto con la naturaleza tendría un efecto beneficioso para mantener el aislamiento en su hogar sin sentirse encerrados.

“Soy muy solitario, me entretengo mucho con las plantas. Hago rosales, me dedico más a las flores; ahora rosas blancas, rojas, rosas. Ya estoy haciendo brotes y estoy esperando la primavera para que broten.... solito”. Hombre, 65 años.

“Tengo parque en el fondo por suerte, me gusta cortar y mantenerlo arreglado. Recién cuando se va el sol entro a la casa”. Mujer, 74 años.

Por el contrario, aquellos entrevistados que viven en un departamento y no cuentan con estos espacios al aire libre, han referido sentirse “encerrados” y expresaron su necesidad de interactuar con el exterior, aunque esto signifique exponerse a un mayor riesgo de contagio.

Otros ejemplos de actividades superadoras fueron aquellas relacionadas al cuidado de la salud como la realización de actividad física, yoga o técnicas de meditación. Para otros, surgió la necesidad de encontrar la búsqueda de un sentido que disminuya la sensación de “inutilidad” y surgieron emprendimientos o “negocios caseros” como la venta de artesanías en madera o abrigos tejidos a mano. Otros aprovecharon la oportunidad para hacer arreglos en sus hogares o redecorar. También utilizaron el tiempo libre para leer o retomar clases de idiomas.

“Entonces pensé que puedo armar cosas para regalar, hasta que se abran las puertas y vender en mi garaje, por ejemplo”. Mujer, 61 años.

Es fundamental comprender que estas estrategias de afrontamiento aparecen para sostener a la persona en una determinada situación, pero su mantenimiento a lo largo del tiempo nos hace reflexionar hasta qué punto estas conductas son adaptativas o desadaptativas. Observamos que diversas conductas de los participantes parecerían responder a una lógica de “reducción de daños”, donde en un intento por escapar de los pensamientos negativos, aparecen prácticas superadoras distantes a ser consideradas hábitos saludables. Entendemos estos nuevos hábitos como una estrategia para atravesar el aburrimiento y la pérdida de rutina.

“A las 19 me baño, a las 20 el whisky, 21 comida con tinto junto a mi mujer, más tarde algo de champagne. Habitualmente tomo bastante, pero ahora que tengo horarios más flexibles un poco más”. Hombre, 72 años.

También identificamos otro tipo de estrategias de afrontamiento relacionadas con la memoria emocional de eventos traumáticos pasados. Como ejemplo, un participante se manifestó de la siguiente manera:

“Pero no tengo miedo, ya he gastado 4 vidas y me quedan algunas más todavía jaja. Superé el cáncer de piel, un infarto, me quisieron disparar para asaltarme y no salió la bala, inclusive la dictadura me quiso secuestrar en el 79 pero en ese momento podía correr rápido”. Hombre, 76 años.

2a. Adultos mayores y las tecnologías

El contexto actual de confinamiento imposibilitó que los adultos mayores pudieran continuar sus rutinas activamente, situación que les otorgó la posibilidad de adentrarse en el mundo de la tecnología para el contacto remoto con sus seres queridos, instrumento que antes percibían ajeno. Mediante el uso de diferentes dispositivos se adaptaron a las circunstancias, y aprendieron a estar cerca, aunque sea a través de una pantalla, llevando a cabo videollamadas con sus familiares y amigos.

“Con mis amigas nos comunicamos todo el tiempo por WhatsApp o Facebook. Tenemos un grupo de amigas muy unido, y aunque no nos podamos juntar a tomar el té como antes, nos mantenemos cerquita por celular”. Mujer, 73 años.

Algunos entrevistados relataron sus experiencias positivas en las primeras fiestas de cumpleaños virtuales. Con esta actitud superadora atravesaron el confinamiento, apoyándose en sus seres queridos, en compañía constante. Por otro lado, también lograron mantener contacto con sus médicos de forma remota, realizando consultas y controles de salud que les brindaron la tranquilidad de sentirse protegidos, cerca de la figura representativa del médico, y lejos de la inseguridad que propicia la pandemia. De todas formas, el enfoque en el acceso al sistema de salud será analizado en el siguiente artículo por el mismo equipo metodológico.

“De mi salud, estoy un poco preocupada porque tengo que hacer análisis de sangre, hace rato que no me hago. Tengo que contactar a mi médico de cabecera que me mandó las recetas online hasta el mes seis, recibí bien, pero ahora no me atienden. Eso me tiene nerviosa. Y ya pensé que cuando esté la receta voy a pedir que me la manden por delivery. Me da miedo salir”. Mujer, 76 años.

Vieron potenciada su autonomía como personas independientes y encontraron soluciones a sus problemas de la vida cotidiana a través de internet. Un ejemplo es la posibilidad de encargar mediante *delivery* sus medicamentos o compras del supermercado, evitando una mayor exposición al virus. También se encontraron con un medio de entretenimiento donde pudieron acceder a libros de su interés, películas o series. En algunos casos tuvieron la oportunidad de aprender nuevos pasatiempos a través de videotutoriales, e inclusive hacer actividad física. De esta forma, abandonaron la monotonía del encierro y aprovecharon las oportunidades que les ofrece el mundo de la tecnología.

“En este tiempo aprendí un montón de la tecnología y eso es un lado positivo. Antes dependía mucho de mis hijos. Ahora aprendí un montón sola; capaz con ayuda de ellos, pero tuve que aprender yo. Ahora no voy más a la oficina”. Mujer, 64 años.

3. Los estados afectivos

La situación de pandemia disparó estados de ansiedad que, acompañados por la incertidumbre presente, mantiene a las personas listas y en constante estado de alerta frente a la amenaza de contraer el virus. La incertidumbre fue reconocida como un enemigo invisible, estresor que puede incidir gravemente en la calidad de vida de las personas, y especialmente en los adultos mayores³⁰.

Las emociones primordiales identificadas fueron la angustia y el miedo. Si bien existen instrumentos validados que permiten realizar aproximaciones diagnósticas de trastornos afectivos vía telefónica, nuestra investigación se enfoca más ampliamente en los estados afectivos independientemente de la presencia de un trastorno. De esta forma, observamos en varios participantes que la angustia y el miedo se profundizaron a partir de la sobreexposición a los noticieros o medios de comunicación, los que influenciaron sus pensamientos y actitudes negativas.

“Veo un noticiero matutino y otro a la tarde, nada más porque me hace mal”. Mujer, 87 años.

“Uno desconfía de todos, los medios no se expresan de la mejor manera. No se sabe si está diciendo la verdad o me están mintiendo para controlar la situación, infundir miedo...”. Mujer, 68 años.

Los primeros meses notamos que predominó el temor al contagio, evidenciando actitudes de extremo cuidado guiadas por este factor; como la limpieza constante del hogar, la aplicación de productos de limpieza sobre todo elemento que ingresara desde el exterior, y experimentando esa sensación de que ese enemigo invisible puede estar presente en cualquier lado. De esta forma optaron por no salir de sus casas bajo ningún punto de vista, evitando todo contacto con el exterior y transformando sus hogares en una “burbuja antiséptica”.

“Me preocupa cuando veo la tele, me da miedo por mis hijos que van a trabajar, por los que están afuera. Me da miedo, angustia, que no sabemos lo que pueda pasar. Pero rezo y pongo música”. Mujer, 74 años.

Encontramos también una respuesta al miedo como obstáculo para el cuidado de otras afecciones o enfermedades:

“Llamé al cardiólogo, para hacer una videollamada. Me dolía un poco el pecho. Tardaron en responder y cuando hablé le dije: ‘La próxima atiéndame antes de morirme [...]’. Pero yo no quiero ir al hospital, me la banco. Me siento encerrada, no puedo salir”. Mujer, 76 años.

Con las sucesivas extensiones del confinamiento, y por consiguiente la prolongación del aislamiento, notamos un aumento de expresiones vinculadas a la irritabilidad, enojo, tedio y cansancio, llegando al hartazgo. Varios de ellos expresaron estas emociones vinculadas a la imposibilidad de ver a sus nietos.

“Hoy estamos cansados, necesitamos ver a nuestros seres queridos sin sentirnos tan perseguidos. Se estiró demasiado y es verdaderamente un problema para todos, especialmente desde lo emocional”. Mujer, 68 años.

“Tengo nietos chiquitos, eso me molesta, no los puedo ver, me da bronca. Hay cosas que no se repiten nunca más”. Mujer, 71 años.

Otro elemento que observamos en los participantes fue la alteración del sueño. Muchos de ellos experimentaron pesadillas, insomnio, modificación en los horarios al despertar o incluso quedarse más tiempo en la cama, aún ya estando despiertos. Además, se evidenció un aumento de consumo de fármacos ansiolíticos sin consulta previa con un profesional médico.

“Me levanto tarde así se hace más corto el día”. Mujer, 74 años.

“Aumenté la dosis de clonazepam, 0,5 miligramos más desde que comenzó la pandemia; me ayuda a dormir. Con esto no me despierto a cada rato”. Mujer, 68 años.

Por último, lamentablemente durante la investigación; una participante con antecedentes de patología psiquiátrica severa preexistente se suicidó. Habíamos realizado una entrevista inicial y al programar la entrevista de seguimiento nos enteramos de lo ocurrido. La participante antes mencionada contaba con una red familiar pequeña, conformada por su madre y su mascota. En este contexto de aislamiento, su madre fue internada por una intercurrentia y su mascota falleció. El hecho en cuestión nos permite reflexionar acerca de la importancia que tienen las redes vinculares en la vida de una persona, y cómo la falta de estas, quizás, pueda dejar a la misma desprovista de recursos para continuar.

4. Las percepciones y reflexiones sobre el futuro

La pandemia y las consecuentes medidas de aislamiento dejaron a las rutinas en “pausa”. El aislamiento trajo consigo un tiempo para pensar, especialmente desde un punto introspectivo. Encontramos en los entrevistados una necesidad de reflexionar acerca del futuro, del mundo que los rodea y del cual forman parte. Se repitió en los relatos una sensación de incertidumbre por la imposibilidad de pensar en un futuro próximo. Inclusive encontramos en varios participantes ciertas reflexiones acerca de la muerte, y la finitud de la vida en torno al poco tiempo restante, y la sensación de pérdida del tiempo desde el confinamiento en sus hogares.

“Siento que, a mi edad y a esta altura, nunca más voy a poder retomar mi vida normal. No puedo ver un futuro, ya pasó tanto tiempo que uno se está habituando a esta normalidad y no veo, desde mi edad, mi punto de vista, un futuro normal como antes, no te digo que me angustie, eso me joroba”. Mujer, 69 años.

“¿Terminará la cuarentena? ¿Cómo va a ser la vida después de eso? ¿Se erradica el virus completamente?”

¿Será lo que queda de mi vida una eterna cuarentena? ¿Nos veremos en el cielo directamente?”. Mujer, 77 años.

Varios entrevistados compartieron sus inquietudes sobre un futuro “más robotizado”, preocupados por cómo serán sus modalidades afectivas, si volverán los abrazos y cómo cambiarán los encuentros con la virtualidad. También expresaron su preocupación sobre cómo los niños y los más jóvenes continuarán sus vidas; incluso pensando que quizás algo de lo que vino en este contexto, lo hizo para que- darse.

“Están contentos adentro. No tienen la necesidad que tiene uno. Se acostumbran a estar dentro de un cuarto y les parece normal. Estoy viendo ese gran cambio y me da miedo, los estoy viendo que van a salir convertidos en robots. Ellos están felices de estar en el zoom, a través de los aparatos. Es como generacional [...]”. Mujer, 63 años.

Otros expresaron su preocupación de que el temor al contagio modifique indefinidamente su modo de vivir, especialmente en relación con la actitud de sospecha sobre ese otro que podría portar el virus, generando en algunos participantes un replanteo con respecto a su vida laboral y el contacto con otros.

“La gente no sé cuándo va a querer que les ponga las manos en el cuerpo, ponerle alfileres, tocarla, medirla, y no sé si voy a poder, si voy a querer o voy a estar dudando con quien estuvo, si tiene o no tiene COVID”. Mujer, modista, 61 años.

5. Acción participativa

Exploramos la posibilidad de un abordaje investigación-acción, la cual fue atravesada por las coordenadas del contexto y las reiteradas extensiones del confinamiento, a la vez que conocíamos más sobre nuestra propia vivencia y la de los otros en estas circunstancias. Por otro lado, fue indispensable la puesta en común de los hallazgos a nivel grupal en los encuentros semanales del equipo investigador vía Zoom. Los mismos nos permitieron repensar y re-cuestionarnos diferentes situaciones que fueron surgiendo durante las entrevistas, y compartir las miradas entre los investigadores para pensar enfoques alternativos inexplorados.

Después del primer contacto telefónico con los participantes nos dimos cuenta de que el seguimiento y contacto reiterado con algunos entrevistados formaba parte de un proceso de acción participativa al cual fuimos convocados. Al momento de abordar las necesidades emergentes y las modalidades de afrontamiento, surgió la idea de coordinar una actividad participativa como algún taller en línea o un grupo de lectura. Dicha propuesta surgió con el objetivo de contactar a dos participantes que presentaban la misma motivación de aprender italiano. Otros participantes quisieron realizar un video tutorial de sus habilidades en la cocina con la intención de compartirlo por redes. En este contexto es que surgieron preguntas como ¿Qué hacer con estas motivaciones que presentan? ¿Cómo ayudar a vehicularlas? De este modo, nos propusimos armar un grupo de Facebook, pensando que allí podrían compartir sus contenidos e incluso conocerse y dialogar. No obstante, esta última propuesta no tuvo una buena recepción de los participantes y fue desestimada posteriormente.

Con el paso de las semanas fuimos descubriendo que la potencia de la acción se encontraba en cada llamado. Que en esa posición de escucha activa se habilitaba a ese otro a compartir algo de su vivencia sobre esta situación. De este modo, en uno de los llamados realizado por un investigador, se identificó que una participante se encontraba desorientada y angustiada. A partir de esta situación, pudimos contactar a la hija de esta persona para que se comuniqué con ella para cerciorarse que estuviera bien.

¿Cuáles son los efectos de un encuentro para estos participantes? Quizás en la motivación de una señora que decide comenzar un emprendimiento a partir de sus artesanías porque siente que tiene algo para compartir. O también, otra participante que comentó tener como objetivo escribir un libro sobre los saberes de la vejez para compartirlos con sus nietos. Fue difícil establecer una evaluación de estos resultados debido a que el estado de confinamiento se planteó como una suspensión de actividades global, en la cual cada quince días los participantes esperaban que “se levantara” el aislamiento que, hasta el día de la redacción de este documento, no llegó.

Discusión

Hallazgos principales

A partir del relato de los entrevistados pudimos dar cuenta de aspectos emocionales y necesidades emergentes durante el aislamiento, como así también las redes de contención con las que cuentan. Sólo podemos pensar en la heterogeneidad y complejidad de lo hallado si incluimos en nuestro enfoque al paradigma de la complejidad del filósofo contemporáneo E. Morin, quien pensaba la complejidad como un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico³¹.

Cada participante, así como nosotros mismos en calidad de investigadores, nos encontramos atravesados por múltiples factores psicosociales, históricos, económicos. En este contexto de pandemia, pudimos hallar entre las emociones más frecuentes el miedo al contagio de sí mismos y de sus seres queridos, angustia, ansiedad, enojo, incertidumbre y hartazgo o tedio vinculados a las extensiones del confinamiento. Por otro lado, como formas de hacer frente a estas necesidades encontramos que los adultos mayores fueron incorporando estrategias variadas para atravesar la situación, al servicio de su equilibrio psico-emocional. Para ello utilizaron la tecnología como puente y medio de comunicación con el fin de mantenerse conectados con sus seres queridos (siendo un factor indispensable contar con sus redes de apoyo), aprendiendo incluso a hacer compras, tomar clases y resolver trámites.

Exploramos las redes sociales personales de los adultos mayores, siendo estas “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas, o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (Sluzki, 1996)³², y hallamos una relación entre estas y el modo en que los participantes transitaban el aislamiento³¹. Las personas en las que encontramos mayor padecimiento fueron aquellos que se encontraban viviendo solos, en ambientes pequeños y cerrados, con redes vinculares frágiles o que no tenían un manejo de las tecnologías. Por otro lado, aquellos participantes que contaban con redes de apoyo vinculares fuertes y estables, refirieron un menor malestar ante el advenimiento del confinamiento.

Relación con otras investigaciones

El aislamiento social es una condición con una alta prevalencia entre los adultos mayores³³, y existe extensa bibliografía que lo relaciona con un aumento de la morbimortalidad. Un metanálisis realizado en 2010³⁴ que incluyó 148 estudios longitudinales, con 308 849 participantes con una media de edad de 64 años, indicaba que las personas con mala red de apoyo social tienen una probabilidad de morir 50% mayor que aquellos individuos con una buena red social (*Odds ratio* 1,50; intervalo de confianza 95%; 1,42 a 1,59). Para dar cuenta de la magnitud de esta asociación bastará con decir que el aislamiento social tiene una influencia sobre la morbimortalidad similar a otras variables bien conocidas como el tabaquismo³⁵, la hipertensión arterial, la obesidad y el sedentarismo^{36,37}. Nuestra investigación no evaluó el efecto del aislamiento en estos desenlaces, sin embargo, se analizaron los efectos en los cuidados de la salud. Esto se describe con mayor detalle y extensión en la segunda parte del manuscrito³⁸.

Los primeros días posteriores a la instauración del confinamiento, se publicó un extenso informe realizado por la Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de Argentina, que tuvo como objetivo general proveer información sobre los impactos sociales de la pandemia COVID-19 en todo el territorio nacional³⁹. Según la información provista por 1487 referentes territoriales, en calidad de informantes clave, se reportaron dificultades emergentes para cumplir con el confinamiento y para adherir a pautas de cuidado, donde se resaltan dificultades relativas a la subsistencia-trabajo, situación que detectamos persistentemente en nuestra investigación meses después. A diferencia de nuestra investigación, en este estudio se reportó un agravamiento de la situación de aislamiento en la población mayor relacionada a contextos socioeconómicos más vulnerables con limitaciones para acceder a las redes de apoyo, población que no fue incluida en nuestro muestreo.

La encuesta del Estudio TIARA⁴⁰ analizó el impacto psico-social y en la vida cotidiana generado por la aparición o circulación del COVID-19, así como la implementación de la primera etapa del confinamiento en Argentina (fines de marzo de 2020) y las estrategias de afrontamiento. Sus hallazgos fueron consistentes con nuestra investigación: el empeoramiento en el sueño, la preocupación en torno a la propia salud, la aparición de estrategias de afrontamiento tales como dejar de consumir las malas noticias de los medios de comunicación, el uso de redes sociales para informarse y estar conectado o la comunicación diaria con familiares y amigos. Sin embargo, teniendo en cuenta que sólo el 12% de los participantes eran mayores a 60 años, el aburrimiento no fue una preocupación importante y predominaba el miedo a perder el trabajo y otros aspectos económicos. La encuesta fue autoadministrada, anónima, en línea y se realizó en un período de tiempo comprendido entre el 30 de marzo y el 12 de abril de 2020. En paralelo se realizó otra encuesta en línea durante 32 horas con 10 053 participantes de Argentina mayores de 18 años (edad media 45 años) reclutados en bola de nieve por redes sociales⁴¹. Más de un tercio de los encuestados mostró síntomas depresivos entre 5 y 7 días después del inicio del confinamiento nacional, siendo más afectados los más jóvenes entre 18 y 25 años, fuera del rango incluido en nuestra investigación.

En relación con las estrategias de afrontamiento, se postula que las experiencias vividas influyen en la forma en que percibimos adversidades del presente. Es por esto por lo que personas que han sufrido

eventos traumáticos podrían enfrentar situaciones adversas con mayor resistencia y resiliencia para procesar las situaciones de estrés y la angustia que han vivido⁴². En nuestra investigación encontramos una diversa gama de respuestas afrontativas del tipo cognitivas, emocionales y conductuales. No pudimos explorar el grado de adaptabilidad/desadaptabilidad de estas. Creemos que futuras investigaciones podrían indagar este aspecto con mayor profundidad.

En investigaciones del Reino Unido y Estados Unidos se identificó un aumento considerable en la percepción de soledad⁴³ y las preocupaciones sobre el futuro^{44,45}. En una revisión rápida de la literatura publicada en febrero de 2020⁴⁶ se analizaron 24 artículos provenientes de más de diez países para evaluar el impacto psicológico del confinamiento en población general y los profesionales de salud, encontrando efectos negativos en los síntomas de estrés post-traumático, confusión, ansiedad e ira. Además, se identificaron estresores como el miedo y la percepción de restricción de la libertad de forma autoritaria, un concepto que hemos percibido reiterativamente en nuestros participantes. Otra síntesis de evidencia encontró efectos deletéreos asociados al aislamiento social y las pérdidas psicológicas y emocionales durante la pandemia⁴⁷. Esta información de otras pandemias coincide con hallazgos de investigaciones recientes en la población española⁴⁸.

Implicancias de los hallazgos

Realizamos esta investigación en un contexto inédito y complejo en el que intervienen y se afectan múltiples factores que modifican la salud psicosocial de los adultos mayores. Es por esto que a partir de los resultados obtenidos pensamos en las implicaciones a distintos niveles de nuestros hallazgos en términos de salud mental.

En el público general

Sería importante reflexionar sobre los efectos de la sobreexposición a noticias sobre la pandemia en la capacidad de afrontamiento y la posibilidad de generar preocupación excesiva, ansiedad, irritabilidad o desesperanza. También es importante reconocer que son esperables las reacciones emocionales disforicas y comprender su transitoriedad y pueden ayudar las estrategias de afrontamiento, especialmente en forma apoyo social, el mantenimiento de rutinas, y los hábitos de consumo saludables; evitando el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias. Mantenerse activo con tareas y la actividad física, especialmente al aire libre, puede ser importante, como así también una eventual consulta profesional.

Para los responsables políticos

Si bien nuestro estudio tiene limitaciones en la transferibilidad, nos permite reflexionar sobre las posibles implicancias en las políticas públicas como ser: la comunicación efectiva de políticas, la importancia de la accesibilidad a los servicios de salud mental y garantizar el acceso a los medios de comunicación virtual, especialmente en poblaciones más vulnerables y aisladas.

Para los profesionales y sistemas de salud

La escucha activa permite acompañar e identificar tanto los padecimientos emergentes como las fortalezas y las estrategias de afrontamiento disponibles, acompañando y articulando, de ser necesario, con dispositivos de atención especializados, particularmente en personas con padecimientos preexistentes. Los sistemas de salud deberían contemplar los retos de la asistencia en salud mental de adultos

mayores confinados, teniendo en cuenta las barreras tecnológicas existentes.

Para futuras investigaciones

Teniendo en cuenta las limitaciones de nuestro estudio, es necesario que se evalúen las variaciones regionales y socioeconómicas de los fenómenos observados, especialmente su variación a través del tiempo, en las implicancias en los modelos de acompañamiento y atención a nivel comunitario, sanitario y social. Un foco especial requiere la evaluación de los subgrupos más vulnerables que probablemente requieran estrategias preventivas y de rehabilitación específicas no abarcadas en nuestro estudio actual. A su vez, sería importante cuantificar el impacto del aislamiento en la incidencia de trastornos psicoafectivos.

Debilidades y fortalezas en nuestra investigación

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, debido a las restricciones en la circulación impuestas por el confinamiento y las limitaciones tecnológicas de los participantes, no pudimos hacer entrevistas en persona o por videollamada, teniendo en cuenta que la entrevista telefónica puede no capturar adecuadamente las subjetividades que intentaba relevar nuestro estudio. Además, la comunicación telefónica podría estar limitada por deficiencias cognitivas y patologías crónicas preexistentes prevalentes en adultos mayores, si bien no detectamos problemas evidentes de esta esfera. En segundo lugar, para lograr un vínculo de confianza a la hora de realizar las entrevistas realizamos un muestreo en bola de nieve, lo cual restringe nuestro estudio a personas de clase media del área metropolitana de Buenos Aires y, en algunos casos, personas con algún grado de vinculación con los investigadores. En tercer lugar, vinculado también al método de acceso al campo, no pudimos acceder a personas más aisladas, con menores redes de contención y en mayor vulnerabilidad social y económica. En cuarto lugar, si bien tuvimos un segundo y hasta un tercer contacto con algunos participantes, en la gran mayoría (75%) realizamos un encuentro único que pudo no haber capturado la dinámica de los fenómenos psíquicos que transcurrieron durante el aislamiento incluyendo las patologías psicopatológicas prevalentes e incidentes. En quinto lugar, algunos de los investigadores presentaron dificultades para lograr que los entrevistados brinden un nuevo contacto que cumplan con los criterios de inclusión y forme parte del proyecto. Finalmente, con el objetivo de respetar los límites de la privacidad del participante en una entrevista telefónica se mantuvo un cuidadoso balance en el grado de invasividad de las preguntas y la profundidad de los contenidos abordados, con lo cual algunos conceptos pudieron haber sido parcialmente explorados.

Dentro de las fortalezas del estudio se puede destacar que hemos podido realizar una cantidad sustancial de entrevistas con contenidos relevantes en un contexto muy difícil en el cual los mismos investigadores también se encontraban en aislamiento preventivo. Nos reunimos semanalmente y discutimos activamente las implicancias de nuestro aislamiento en la interpretación de los datos. Exploramos puntos de vista considerando la diversidad geográfica y de género, y los entrevistados se sintieron cómodos compartiendo sus experiencias libremente, incluso en aquellos detalles más delicados como las “violaciones al confinamiento”. Pensamos que la diferencia de edad entre los entrevistados (adultos mayores) y los entrevistadores (estudiantes de grado), pudo haber actuado como un facilitador. Seguimos una metodología sistemática de registro y codificación de los

datos de las entrevistas y el análisis fue triangulado por diversos investigadores (del ámbito de la medicina, psicología y sociología). Procesamos los datos con celeridad dado que consideramos que pueden ser de utilidad para futuras investigaciones y la toma de decisiones (ver implicancias). Finalmente, reportamos el estudio siguiendo los estándares internacionales de transparencia en investigación cualitativa.

Conclusiones

Los participantes del estudio relataron el temor al contagio de sí mismos y de sus seres queridos, angustia, ansiedad, enojo, incertidumbre y hartazgo o tedio, vinculados a la instauración y extensión del confinamiento en el contexto de la pandemia.

Sin embargo, encontramos estrategias de afrontamiento variadas para atravesar la situación, al servicio de su equilibrio psico-emocional.

La tecnología fue un actor fundamental en el mantenimiento de los vínculos familiares y otras necesidades afectivas. Identificamos personas en situación de mayor vulnerabilidad al vivir solas, en ambientes pequeños y cerrados, con redes vinculares frágiles, o con limitado manejo de las tecnologías.

Los hallazgos de esta investigación tienen implicancias en la toma de decisiones a nivel individual, de los sistemas de salud, atención profesional y el desarrollo de políticas. Futuras investigaciones pueden dilucidar las variaciones regionales, temporales y socioeconómicas de los fenómenos explorados en nuestra investigación.

Notas

Roles de autoría

PP, JSA: validación, análisis formal, investigación, recursos, análisis de los datos, redacción, escritura y edición. GB, CAL, RAV: validación, investigación, análisis de los datos, redacción, escritura y edición. MG: conceptualización, metodología, investigación, análisis de los datos, redacción, escritura y edición. XPS: conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, recursos, análisis de los datos, redacción, escritura y edición, visualización. VD: investigación, análisis de los datos, redacción, escritura y edición. JVAF: conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, recursos, análisis de los datos, redacción, escritura y edición, visualización, supervisión, administración, adquisición de fondos.

Conflictos de intereses

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

Financiamiento

Esta investigación fue co-financiada por la Universidad Nacional de la Matanza (Programa Vincular UNLaM, edición 2020) y el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Consideraciones éticas

A las personas invitadas a participar se les explicó los objetivos del trabajo, y se les informó las características del estudio telefónicamente mediante un proceso de consentimiento informado oral. La identidad de las personas fue resguardada en una base de datos bajo contraseña. El estudio se llevó a cabo

en total acuerdo con las normativas internacionales de la ética de la investigación. El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Universitario (CEPIU) del Instituto Universitario Hospital Italiano y aprobado (N.º 0001-20).

Referencias

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population projected to reach 9.8 billion in 2050, and 11.2 billion in 2100 | UN DESA | United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2017. [On line] | Link |
2. Acosta LD. Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores. Un análisis a partir de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM), Argentina, 2012. *Anais* 2017;:1-16.
3. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health*. 2006 Jun;18(3):359-84. | CrossRef | PubMed |
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Apr 7;323(13):1239-1242. | CrossRef | PubMed |
5. Livingston E, Bucher K. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA*. 2020;323(14):1335. | CrossRef |
6. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Apr 8;4(4):CD013574. | CrossRef | PubMed |
7. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Centers for Disease Control and Prevention. [On line] | Link |
8. Free E-Book: Answers to Your Coronavirus Questions. *The New York Times*. 2020. [On line] | Link |
9. Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio. [On line] | Link |
10. Ministerio de Salud de Brasil. Coronavirus Brasil. [On line] | Link |
11. BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA - AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO - Decreto 297/2020. [On line] | Link |
12. Kelso JK, Milne GJ, Kelly H. Simulation suggests that rapid activation of social distancing can arrest epidemic development due to a novel strain of influenza. *BMC Public Health*. 2009 Apr 29;9:117. | CrossRef | PubMed |
13. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. 2006 Mar;21(1):140-51. | CrossRef | PubMed |
14. Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J Health Soc Behav*. 2009 Mar;50(1):31-48. | CrossRef | PubMed |
15. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2010 Mar;25(1):132-41. | CrossRef | PubMed |
16. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000 Sep;51(6):843-57. | CrossRef | PubMed |
17. Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, Kawachi I. Living arrangements, social integration, and change in functional health status. *Am J Epidemiol*. 2001 Jan 15;153(2):123-31. | CrossRef | PubMed |
18. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e256. | CrossRef | PubMed |
19. Colmenares E. AM, Piñero M. ML. LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. *Laurus* mayo-agosto 2008;14:96-114.[On line] | Link |
20. Vidal Ledo M, Rivera Michelena N. Investigación-acción. *Educ Med Super* 2007;21(4). | Link |
21. Díaz Llanes G. La investigación-acción en el primer nivel de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005;21(3-4). [On line] | Link |
22. Crozier G, Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of Qualitative Research*. British Journal of Educational Studies. 1994;42:409. | CrossRef |
23. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Grupo Planeta (GBS) 1987. [On line] | Link |
24. Shaw E. A guide to the qualitative research process: evidence from a small firm study. *Qualitative Market Research: An International Journal*. 1999;2:59-70. | CrossRef |
25. Kornblit AL, Beltramino FG. Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis. Editorial Biblos 2004.
26. Smith L, Rosenzweig L, Schmidt M. Best Practices in the Reporting of Participatory Action Research: Embracing Both the Forest and the Trees 1Ψ7. *Couns Psychol* 2010;38:1115-38. | CrossRef |
27. Iacub, R. (2014). Configuraciones vinculares en los adultos mayores- Sección Vejez. [On line] | Link |
28. García MA. (2005). El concepto y la justificación del paternalismo. [On line] | Link |
29. Iacub, Ricardo. Identidad y envejecimiento. {Paidós-Buenos Aires} 2011.
30. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.(2020). RECOMENDACIONES PSICOLÓGICAS PARA AFRONTAR LA PANDEMIA. [On line] | Link |
31. De Lellis M, Mozomancyk S. El proceso salud/enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja. Buenos Aires: : EDUEBA Marzo de 2013.[On line] | Link |
32. Sluzki CE. La red social: frontera de la práctica sistémica. Gedisa, Editorial, S.A. 1996.
33. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 2015 May;105(5):1013-9. | CrossRef | PubMed |
34. Holt-lunstad J, Smith T. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *SciVee*. 2010. | CrossRef |
35. House JS. Social isolation kills, but how and why? *Psychosom Med*. 2001 Mar-Apr;63(2):273-4. | CrossRef | PubMed |
36. Rizzuto D, Orsini N, Qiu C, et al. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. *BMJ* 2012;345:e5568. | CrossRef |
37. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011 Aug 15;11:647. | CrossRef | PubMed |
38. Loza CA, Baez G, Valverdi R, Pisula P, Salas Apaza J, Discacciati V, et al. A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 2. *Medwave* 2021;21(4):e8192
39. Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19.(2020). Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN. [On line] | Link |
40. Estudio Estadístico Tiara. (2020). [On line] | Link |
41. Torrente F, Yoris AE, Low D, et al. Sooner than you think: a very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *medRxiv* 2020;2020.07.31.20166272. | CrossRef |
42. Echeburúa E, Amor PJ. Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptables. *Terapia psicológica*. 2019, 37(1), 71-80. | CrossRef |
43. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Loneliness during lockdown: trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 35,712 adults in the UK. | CrossRef |
44. Hamm ME, Brown PJ, Karp JF, Lenard E, Cameron F, Dawdani A, et al. Experiences of American Older Adults with Pre-existing Depression During the Beginnings of the COVID-19 Pandemic: A Multicity, Mixed-Methods Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 Sep;28(9):924-932. | CrossRef | PubMed |

45. Rogers NT, Waterlow N, Brindle HE, et al. Behavioural change towards reduced intensity physical activity is disproportionately prevalent among adults with serious health issues or self-perception of high risk during the UK COVID-19 lockdown. medRxiv 2020;:2020.05.12.20098921. | CrossRef |
46. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020 Mar 14;395(10227):912-920. | CrossRef | PubMed |
47. Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P, Steare T, Needle JJ, Carr S, et al. Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021 Jan;56(1):13-24. | CrossRef | PubMed |
48. Nekane-Balluerka L, Gómez-Benito J, Hidalgo-Montesinos MD, Gorostiaga-Manterola A, Espada-Sánchez JP, Padilla-García JL, et al. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. | Link |

Correspondencia a

Potosí 4265
Buenos Aires, Argentina
1199



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.