



BIBLIOTECA PAMI



Residencias Cuidadas

Guía de recomendaciones para los equipos de trabajo de las Residencias de Larga Estadía

Autoridades

Dr. Alberto Fernández

Presidente de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Vicepresidenta de la Nación

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva de PAMI

Dra. Mónica Roqué

Secretaria General de Derechos Humanos,
Gerontología Comunitaria, Género y
Políticas de Cuidados de PAMI

Dr. Alejandro Robino

Gerente de Políticas de Cuidados de PAMI

Dirección de publicación

Mónica Roqué

Ricardo Iacub

Equipo de Capacitación Gerontológica

Mg. Susana Ordano (coordinadora)

Mg. Christian Arias

Mg. Alejandra Pérez

Lic. María Eugenia Solari

Lic. Carolina Amoretti

Lic. Belén Aquino

ISBN: 978-987-21224-5-4

Fecha de publicación: Abril 2021

ÍNDICE

Prólogo

Capítulo 1

El cuidado de las Residencias de Larga Estadía en época de pandemia 7

Capítulo 2

Epidemiología en residencias cuidadas 15

Capítulo 3

La comunicación con las personas residentes con deterioro cognitivo y demencias 23

Capítulo 4

Potenciar el vínculo entre las personas residentes y el personal 31

Capítulo 5

Intervenciones exitosas en el contexto de pandemia 39

Capítulo 6

El cuidado de los que cuidan 51

Capítulo 7

El otro gran desafío: la atención de las personas con demencias 65

Capítulo 8

La relación de las residencias con las familias 71

Prólogo

En este contexto mundial en el que el COVID-19 puso de relieve las desigualdades de las personas mayores, nos propusimos desde el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados acompañar las políticas del Gobierno Nacional, poniendo como prioridad a las personas mayores que viven en las Residencias de Larga Estadía.

Sabíamos que estas personas constituían el grupo de mayor riesgo de contraer la enfermedad y de fallecer a causa de las comorbilidades asociadas con la edad; por esto, desde los primeros días de marzo implementamos el Programa Residencias Cuidadas, que consiste en una serie de acciones dirigidas desde el Instituto hacia las residencias propias y prestadoras de servicios de atención de largo plazo.

Los primeros protocolos enviados a las residencias el 7 de marzo establecían los criterios epidemiológicos, médicos y de cuidado psicosocial, así como de buen trato, a fin de asegurar una atención de calidad y con el respeto por los derechos humanos de las personas mayores como principal objetivo. Estos protocolos, avalados por el Ministerio de Salud de la Nación, se aplicaban, de manera estricta, con el fin de evitar los contagios, en primer lugar; evitar los brotes, si se habían producido contagios y, por sobre todo, evitar la mortalidad.

Ante esta pandemia actuamos con celeridad, generando vínculos más fluidos entre los equipos sanitarios y psicosociales de las residencias y los equipos del PAMI Central. Para ello establecimos el Programa de Formación Abierta en Gerontología, con el desarrollo de un ciclo de charlas con especialistas nacionales y extranjeros en la temática de las personas mayores y las residencias en contexto de pandemia, las cuales se encuentran en la página web de Comunidad PAMI (<https://comunidad.pami.org.ar/ciclo-de-charlas-virtuales/>). Esta guía es fruto de estas charlas que acompañaron a los equipos de las residencias para poder entender la aplicación de los protocolos de COVID-19 y, al mismo tiempo, garantizar el buen trato y los derechos de las personas mayores.

Somos conscientes de que estamos atravesando una situación difícil, no solamente desde lo sanitario, sino mucho más generalizada y extensiva a distintos órdenes: se trata de una crisis humanitaria y es por ello que trabajamos denodadamente para construir una sociedad que garantice, proteja y restituya los derechos para las personas mayores.

Luana Volnovich
Directora Ejecutiva de PAMI





CAPÍTULO 1

El cuidado de las Residencias de Larga Estadía en época de pandemia

Dra. Mónica Roqué

Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología
Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado de PAMI

La epidemia de COVID-19 ha puesto en evidencia las múltiples discriminaciones que sufren las personas mayores y, en muchos países, incluso se han profundizado.

En mayo de este año se realizó un llamamiento a la sociedad a través del manifiesto europeo denominado Sin Ancianos No Hay Futuro que fue firmado por varias personalidades destacadas, entre ellas Romano Prodi, expresidente del gobierno italiano y de la Comisión Europea; Jeffrey D. Sachs, director de UN Sustainable Development Solutions Network; Manuel Castells, profesor de sociología de la Universidad de California en Berkeley; Felipe González Márquez, expresidente de España, y Jürgen Habermas, filósofo alemán. El documento plantea la preocupación por las dramáticas cifras de personas mayores fallecidas, sobre todo en las Residencias de Larga Estadía (RLE) y hace un serio llamamiento para que no se instale un modelo de sanidad selectiva que dé más valor a la vida de los jóvenes que a la de las personas mayores. No es una justificación posible pensar que por tener determinada edad o por presentar mayor comorbilidad, una persona mayor deba ser sacrificada, para salvar la vida de una persona joven. Manifiesta que “resignarse a una solución de este tipo es humana y jurídicamente inaceptable”. También el Papa Francisco manifestó su preocupación sobre la forma en que son tratadas las personas mayores en esta pandemia y define esa conducta como “cultura del descarte”: privar a los ancianos del derecho a ser considerados personas relegándolos a ser solo un número

y, en algunos casos, ni siquiera eso.

Para abril de 2020 las cifras oficiales de personas fallecidas de COVID-19 en Europa ascendían a 122.900, de las cuales más de la mitad se habían producido en residencias de mayores. En Holanda, el jefe de epidemiología clínica del Centro Médico de la Universidad de Leiden planteó que la crisis del sistema español resultó de hospitalizar a las personas mayores, lo que no sucedía en su país dado que permanecían en las residencias (M. Roqué, COVID-19 y Derechos Humanos, 2020).

El fallecimiento de personas mayores en España ha sido de tal magnitud que en Madrid se prevé la pérdida de 1,9 años de vida al nacer para varones y de 1,6, para mujeres como consecuencia de la pandemia, lo que llevaría a esta ciudad a los valores de 2009. Es decir, que durante esta pandemia se han perdido los logros de las políticas sanitarias y sociales de los últimos 11 años, que habían aumentado la expectativa de vida y habían disminuido la mortalidad.

Es importante que la humanidad tome conciencia de que la vida de las personas mayores tiene el mismo valor que la de las demás personas. Ninguna vida vale más que otra. Que los derechos humanos son universales, indivisibles e inalienables para todos los seres humanos y que el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, planteados en la Convención Interamericana que protege los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se debe garantizar en igualdad de condiciones con otros sectores de la población. Solo así podremos construir

sociedades justas donde valga la pena vivir.

Situación sociodemográfica de la población mayor de la Argentina

La República Argentina es un país envejecido: 7.130.382 de personas tienen 60 años o más, de las cuales el 57% está compuesto por mujeres (4.070.067), mientras que el 43% por varones (3.060.315)¹.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) tiene entre sus personas afiliadas al 62% de las personas mayores, a quienes les brinda tanto prestaciones médicas como sociales, lo que conforma los servicios sociosanitarios integrales. A partir de la gestión que comienza el 10 de diciembre de 2019 se jerarquiza la política de cuidados a largo plazo y se crea una Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado, con una Gerencia de Políticas de Cuidados dedicada, especialmente, a los cuidados a largo plazo, tal como lo plantea la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 12.

De la Gerencia de Políticas de Cuidados depende una Subgerencia de Cuidados Institucionales (que comprende a las RLE), otra Subgerencia de Cuidados en la Comunidad (que tiene a su cargo los centros de día y el cuidado en domicilio) y la Subgerencia de Desarrollo y Cuidados Psicosociales (destinada a programas sobre prevención del aislamiento y la soledad, la atención de personas con deterioro

cognitivo, Alzheimer y otras demencias, etc.). De esta manera, se plantea un abordaje integral desde la perspectiva de los derechos humanos a las necesidades de cuidado que requieren las personas afiliadas al Instituto.

Las Residencias de Larga Estadía son consideradas servicios sociales, que incluyen alojamiento, servicios de cuidados, de enfermería, servicios psicosociales, de terapia ocupacional y servicios médicos -cuando se requieran-. Una RLE es la casa de las personas mayores, por lo tanto, no debe confundirse con un centro de salud, un hospital u otro dispositivo de atención médica.

En la Argentina, el Censo 2010 señala la existencia de 3.584 (RLE), cinco de las cuales son de gestión propia y 563 pertenecen a la red de prestadores privados de PAMI (16% del total de residencias del país).

Otro dato importante a tener en cuenta es que, según el mismo censo, en las RLE de todo el país vivían 76.627 (1,3% del total de las personas de 60 años y más), mientras que en 2020 PAMI tiene alojadas a 22.000 personas, lo que representa el 30% del total de personas en RLE.

De la totalidad de personas residentes, el 65% son mujeres y el 35% varones. Más de la mitad (53%) son mayores de 80 años y un 15%, mayores de 90 años. Para dar respuesta a las urgentes necesidades de las personas afiliadas del Instituto, en tiempos de pandemia se puso en marcha el programa Residencias Cuidadas, que cuenta con tres fases: Prevención, Seguimiento y Comunidad de Cuidados.

Fase I: Prevención

Apenas declarada la pandemia, se creó el Comité de Contingencia para el Tratamiento del Coronavirus, conformado por expertos, quienes activaron medidas sanitarias estrictas para las Residencias de Larga Estadía.

El comité tiene como misión supervisar el trabajo de los equipos médicos y psicosociales de dichos establecimientos. Se elaboraron protocolos de prevención y actuación que se encuentran disponibles en <https://www.pami.org.ar/residencias-cuidadas>.

Por otro lado, se elaboró un Índice de Riesgo que permitió clasificar a los establecimientos en aquellos que tenían bajo, medio o alto riesgo de contraer COVID-19, lo que permitió un trabajo más pormenorizado en cada una de las residencias.

Fase II: Seguimiento

Se crearon Equipos Epidemiológicos Locales en cada UGL, conformados por profesionales de todo el país, para acompañar en terreno, a los equipos de las residencias, relevar la situación de cada una de ellas y verificar el cumplimiento de los protocolos.

Fase III: Comunidad de Cuidados

Se creó un Equipo Especializado en Crisis, conformado por profesionales de la Psicología y Trabajo Social, con el fin de contener e informar a los familiares y/o referentes de las personas mayores y a los equipos sociosanitarios de las RLE.

Este equipo trabaja atendiendo las

situaciones de angustia e incertidumbre que las medidas de prevención provocan, así como el acompañamiento en el tránsito de la enfermedad de COVID-19 a los seres queridos de las personas mayores que permanecen en aislamiento o de las personas residentes que son trasladadas a hospitales, cuando es necesaria una atención más especializada.

Formación

Para la implementación de los protocolos se crea el Programa de Formación Abierta en Gerontología, el cual consistió en una comunicación y capacitación permanentes entre Nivel Central y los equipos de las RLE. Se brindaron conferencias sobre temáticas específicas para abordar la situación de prevención y/o contagio de las personas mayores y del personal a cargo. Este ciclo de charlas se sostuvo semanalmente durante tres meses, con expertos argentinos y la participación especial de la Dra. Lourdes Bermejo y del Dr. Miguel Vázquez Vázquez, expertos de España. Por otra parte, el equipo de Epidemiología de Nivel Central realizó capacitaciones específicas a los equipos locales.

Aportes económicos

Para complementar el programa de Residencias Cuidadas PAMI destinó recursos económicos tanto para la compra de Equipos de Protección Personal para todas las RLE (este pago especial mensual se denominó "módulo COVID") como la contratación de una habitación de aislamiento para evitar los contagios ante un caso sospechoso.

Índice de Riesgo de Contagio Institucional de COVID-19

Durante el mes de abril la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado en coordinación con la Secretaría General Técnico Operativa y el área de Epidemiología de la Secretaría General Médico Operativa organizó una encuesta a lo largo y ancho del país para relevar en terreno cuál era el estado en el que se encontraban las RLE contratadas por el PAMI.

Estas residencias constituyen una zona de riesgo para el contagio y los brotes en la pandemia de COVID-19, dado que en ellas viven personas mayores con comorbilidades, que comparten muchos momentos de la vida cotidiana (almuerzo, cena, dormitorios, baños, actividades terapéuticas, recreativas, etc.) y se establecen frecuentemente contactos estrechos entre las personas residentes y el personal de salud.

El relevamiento en terreno se realizó a través de los equipos técnicos de las Unidades de Gestión Local, quienes con los Equipos de Protección Personal entraban a las residencias y constataban los datos que luego vertían en las encuestas. De esta manera, se logró obtener una real dimensión de las necesidades, obstáculos y fortalezas que presentan las residencias. Con los datos obtenidos en la encuesta y con el fin de medir el riesgo potencial que estas instituciones puedan presentar ante el COVID-19 se elaboró un Índice de Riesgo de Contagio Institucional en el que se abordan cinco dimensiones que son ponderadas

de acuerdo al grado de importancia para prevenir la pandemia.

Dimensiones del Índice de Riesgo

Las dimensiones agrupan una serie de indicadores ponderados que nos dan un valor de referencia, el cual nos permite medir si el riesgo de contagio de COVID-19 en una residencia es alto, medio o bajo, partiendo de la base de que no existe el “riesgo cero”, dado que todas son instituciones susceptibles de contagio.

Estas dimensiones son:

1. Equipo de Protección Personal: se pondera si la institución cuenta con barbijos quirúrgicos, guantes de látex, máscaras o antiparras, si dispone de alcohol en gel en espacios comunes y si realizó estimaciones de las necesidades de Equipos de Protección Personal. Esta dimensión representa un valor del 30% del índice.

2. Espacio físico: se evalúa si la RLE posee el 70% o más de habitaciones de 1 o 2 personas, si cuenta con habitación de aislamiento, si estas tienen baños incluidos, si cuenta con disponibilidad del 10% de camas sobre el total de camas, si cuenta con Salón de Usos Múltiples, si realizan limpieza periódica de las habitaciones, si ventilan los espacios frecuentemente, si garantizan la distancia de 1,5 metros en el comedor y en los espacios comunes, si dispone de conexión a internet, si tiene cartelera visible y accesible referida a los cuidados, protocolos de higiene y de ingresos de personas y objetos, si tiene menos de 50 residentes y si implementan turnos para

el uso de lugares comunes cuando no se puede garantizar distanciamiento. Esta dimensión representa un valor del 30% del índice.

3. Recursos humanos: se pondera si la RLE cuenta con 1 enfermero/a cada 18 residentes; si cuenta con 1 cuidador/a cada 10 residentes; si cuenta con, al menos, 1 médico/a; si ningún profesional sociosanitario cuenta con otro empleo; si se ha diseñado un plan de reemplazo para el personal esencial en caso de urgencia; si utiliza libro de registros de los profesionales que interactúan con las personas mayores; si cuenta con, al menos, un integrante del equipo psicosocial (psicólogo/a, guardia psiquiátrica o trabajador/a social); si cuenta con personal de limpieza y si designó a una persona responsable del cumplimiento del protocolo. A esta dimensión se le asigna un valor del 20% del índice.

4. Familiares: se toma en cuenta si la residencia tiene designada una persona responsable de la comunicación con el personal, residentes y familiares; si cuenta con lista de contactos de familiares actualizada y si implementa canales alternativos de comunicación con los familiares. Esta dimensión representa un valor del 5% del índice.

5. Otras medidas de seguridad: se engloban varias medidas de seguridad que son fundamentales a la hora de evitar un contagio. Ellas incluyen si la RLE incorporó un plan de emergencia por el COVID-19, si realiza toma de temperatura y evaluación de síntomas respiratorios en el ingreso al

establecimiento, si cumple con la prohibición de vistas, si realiza una revisión permanente de protocolos y si cuenta con bolsas para la eliminación de residuos patógenos. Esta última dimensión representa un valor del 15% del índice.

Al combinar estas dimensiones obtenemos el Índice de Riesgo, según el cual, cuanto más alto es el puntaje, menor es el riesgo de contagios de COVID-19 que presenta una RLE.

Clasificación de riesgo

RLE con Riesgo Bajo: las que obtienen entre 81-100 puntos (el puntaje más alto nos indica el menor riesgo).

a- RLE con Riesgo Medio: las que obtienen entre 71 y 80 puntos.

b- RLE con Riesgo Alto: las que obtienen menos de 70 puntos.

Aplicar este índice nos permitió hacer ajustes en las RLE que mayor riesgo corrían y donde se reforzaron todas las medidas antes enunciadas. De esta manera, el Instituto abordó la problemática del COVID-19 en las residencias de una manera integral, abarcando la prevención; la atención médica inmediata; el enfoque epidemiológico; la territorialidad; la mirada de los expertos; la participación de las diferentes estructuras del Estado nacional, provincial y municipal; la formación; la contención psicosocial de las personas mayores, de sus familiares y seres queridos; y el aporte económico para la implementación de todo lo mencionado.

Índice de Riesgo Covid-19		
1	Tiene EPP	Valoración
30%	a) Cuenta con barbijos Quirúrgicos	
	b) Cuenta con guantes de látex	
	c) Cuenta con máscara o antiparras	
	d) Dispone de alcohol en gel en espacios comunes	
	e) Realizó estimaciones de las necesidades de Equipos de Protección Personal	
2	Espacio Físico	Valoración
30%	a) Posee el 70% o más de las habitaciones de 1 ó 2 personas	
	b) Cuenta con habitación de aislamiento	
	c) Cuenta con baños con sanitarios incluidos en las habitaciones	
	d) Cuenta con disponibilidad del 10% de camas sobre el total de camas	
	e) Cuenta con disponibilidad un SUM además del comedor	
	f) Realizan limpieza periódica de las habitaciones	
	g) Ventilari los espacios frecuentemente	
	h) Garantizan la distancia de 1,5 metros en el comedor y en los espacios comunes	
	i) Cuenta con conexión a internet	
	j) Tiene cartelera visible y accesible referida a los cuidados, protocolos de higiene y de ingresos de personas y objetos	
	k) Tiene la RLE menos de 50 residentes	
	m) Implementan turnos para uso de lugares comunes cuando no se puede garantizar distanciamiento	
3	Recursos Humanos	Valoración
20%	a) Cuenta con 1 enfermero/a cada 18 residentes	
	b) Cuenta con 1 cuidador/a cada 10 residentes	
	c) Cuenta con al menos 1 médico/a	
	d) Ningún profesional sociosanitario con otro empleo	
	e) Diseñó plan de reemplazo para el personal esencial en caso de urgencia	
	f) Utiliza libro de registros de los profesionales que interactúan con las personas mayores	
	g) Cuenta con al menos un integrante del equipo psicosocial (psicólogo/a, guardia psiquiátrica o TS)	
	h) Cuenta con personal de limpieza	
	i) Designó persona responsable del cumplimiento del protocolo	
4	Familiares	Valoración
5%	a) Designó una persona responsable de la comunicación con el personal, residentes y familiares	
	b) Cuenta con lista de contactos de familiares actualizada	
	c) Implementó canales de comunicación con los familiares	
5	Otras medidas de seguridad	Valoración
15%	a) Incorporó un plan de emergencia por el COVID-19	
	b) Realiza toma de temperatura y evaluación de síntomas respiratorios	
	c) Cumple con la prohibición de vistas	
	d) Realizan revisión de protocolos	
	e) Cuenta con bolsas para la eliminación de residuos patógenos	
Puntaje total		

El camino del apoyo y cuidado especial de las Residencias de Larga Estadía, de su personal y, principalmente de las personas mayores residentes, comenzó de manera urgente este año, a causa de esta pandemia, pero continuará con la mejora permanente de sus aspectos estructurales, organizacionales y humanos, a fin de que estas casas sean hogares de atención, de contención y de vivencias confortables, como se merecen las personas mayores.

El cuidado especial de las Residencias de Larga Estadía comenzó de manera urgente este año pero continuará con la mejora permanente de sus aspectos estructurales, organizacionales y humanos.

1. Proyección de Indec 2020.





CAPÍTULO 2

Protocolos y vigilancia activa

Dr. Eduardo Pérez y Lic. Yanina Miragaya

Secretario General Técnico-Médico de PAMI y Coordinadora de
Epidemiología y Riesgo Sociosanitario de PAMI

El equipo completo del área está formado por: Lic. Rocío
Quiroga/ Dra. Florencia Copello/ Dra. Emilce Piazza/ Lara Maluff
Pugliese/ María Mónica Silvestri/ Paula Macarena Gómez Alonso

Durante los primeros días de marzo, ante el avance de la pandemia mundial de COVID-19, PAMI creó el Comité de Contingencia para el Tratamiento del Coronavirus. Desde la Coordinación de Epidemiología y Riesgo Sociosanitario, perteneciente a la Secretaría General Técnico Médica, se elaboraron los diferentes protocolos, que están en permanente actualización.

Estos protocolos son enviados a las diferentes áreas del organismo y son acompañados de capacitaciones presenciales y/o virtuales acerca de los manejos frente a esta enfermedad y el modo de prevenirla y de cuidar la salud no sólo de los afiliados y afiliadas, sino también de los trabajadores y trabajadoras del INSSJP.

El 7 de marzo de 2020 se enviaron a las Residencias de Larga Estadía los diferentes protocolos de actuación que fueron elaborados de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación, para cuidar la salud y preservar la vida de las personas afiliadas. La primera medida que se tomó fue restringir las visitas de familiares y personas allegadas, con el fin de limitar la exposición de las personas mayores. La recepción de los protocolos fue respondida, por parte de los establecimientos prestadores, con una declaración jurada que garantizara su cumplimiento.

Asimismo, la Coordinación de Epidemiología y Riesgo Sociosanitario dictó numerosas capacitaciones para las

autoridades y personal de las instituciones. Se brindaron recomendaciones sobre el uso adecuado de los Equipos de Protección Personal (EPP), limpieza y desinfección de superficies, gestión de residuos patológicos, higienización de los paquetes, prevención, cuidado y contención del personal, entre otras.

Estas acciones tempranas son parte del Programa Residencias Cuidadas, que promueve cuidados e implica la formación de equipos técnicos y el monitoreo constante de los establecimientos de estadía prolongada para prevenir, asistir e informar de manera integral y permanente. Parte de este monitoreo constante conlleva la presencia territorial de referentes de geriatría que trabajan en las Unidades de Gestión Local (UGL) en aquellas instituciones que activen el protocolo por sospecha de COVID-19.

Dentro del monitoreo por parte de las UGL se realizan relevamientos para evaluar el adecuado cumplimiento de las medidas de seguridad detalladas en los protocolos, así como para llevar tranquilidad y transmitir las capacitaciones previamente recibidas de manera remota. Todo este trabajo se realiza coordinadamente con las jurisdicciones locales, que son la autoridad sanitaria a la que PAMI como obra social debe adherir.

Algunas recomendaciones generales para prevenir el ingreso del virus a las residencias, que han sido detalladas en los protocolos y que permanecen vigentes son:

- Se prohibió el ingreso de visitas y de toda persona ajena a la institución. En cuarentena debemos cuidarnos entre todos y todas. Las visitas, que se encuentran aún suspendidas, deben ser reemplazadas por otras vías posibles de contacto, para disminuir el impacto psicológico de la medida y sostener los vínculos. También se suspendieron salidas transitorias no exceptuadas por la medida de aislamiento social preventivo obligatorio.

- Si una persona afiliada debe salir por algún motivo de la residencia (derivación a efector de salud, trámites personales, etc.), a su regreso debe permanecer 14 días en aislamiento, en una habitación individual, realizando las cuatro comidas en la misma. Es importante que la persona no rompa el aislamiento para proteger al resto de los convivientes.

- Se sugirió generar circuitos diferenciales de ingresos y circulación del personal y de las personas afiliadas. Se recomienda, en lo posible, tener una ruta de ingreso accesoria para el personal de salud y para diferentes servicios.

- Se colocaron afiches con información y consejos preventivos sobre el coronavirus en las entradas y lugares comunes.

- Se sugirió disponer de dispensadores con solución hidroalcohólica en áreas comunes.

- Se instó a implementar un triage de ingreso en cada puerta de entrada. El mismo requiere de personal que realice un breve interrogatorio sobre síntomas sospechosos de COVID-19, contacto con caso de COVID-19 o viaje y/o residencia en zona de

circulación viral, idealmente asociado con medición de temperatura corporal.

- Se recomendó realizar toma de temperatura corporal a los ingresantes con termómetros infrarrojos o, en caso de no contar con esos elementos, utilizar otros de tipo digital, asegurando la adecuada desinfección de los mismos entre persona y persona.

A su vez, se creó un dispositivo para activar rápidamente el protocolo de caso sospechoso dentro de las residencias.

Ante la aparición de un caso sospechoso, la residencia debe dar aviso a la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado, así como también a la UGL, para que tomen conocimiento de la activación del protocolo.

El escenario epidemiológico es dinámico y en función del mismo fue modificándose la conducta a adoptar. Actualmente se envía una ambulancia para la evaluación de la persona afiliada y, si se la encuentra con síntomas leves y sin criterios clínicos que requieran internación, permanece en aislamiento en la misma institución (tal como se explicará en la sección de establecimientos con brotes).

Capacitación permanente

Con el fin de fortalecer el seguimiento de casos sospechosos en las residencias, se crearon las Unidades Diagnósticas COVID-19. Están conformadas por

enfermeros y enfermeras de las UGL que fueron capacitados por la Coordinación de Epidemiología y Riesgo Socio-sanitario en técnicas diagnósticas COVID-19 (toma de muestra para hisopado y testeos serológicos). Cuando se activa el protocolo y, en lo sucesivo, algún afiliado o afiliada presenta síntomas sospechosos de COVID-19 se realiza una evaluación desde el área de Epidemiología para evaluar la pertinencia del hisopado. Asimismo se articula con las UGL a fin de que concurren a realizar el diagnóstico, haciendo propicia esa visita para orientar sobre la correcta sectorización y evaluación del cumplimiento del protocolo activado.

Durante el transcurso del caso, desde el Comité de Epidemiología local de cada UGL y desde la Coordinación de Epidemiología y Riesgo Socio-sanitario se realiza seguimiento epidemiológico, acompañando y orientando sobre cómo reorganizar las residencias y transitar la situación. Una vez cumplidos los 14 días desde el último caso confirmado, se levanta el aislamiento en toda la institución.

La capacitación de los enfermeros y enfermeras de las UGL en la realización de hisopados fue fundamental en este circuito, ya que aceleró el tiempo de respuesta a pedidos de hisopados por parte de las residencias. También ayudó a generar una instancia más de orientación y acompañamiento en el contexto de brote.

Centros Covid Leve

En la medida en que la situación epidemiológica se fue complejizando

por el aumento en el número de casos, la disponibilidad de camas hospitalarias fue cada vez más escasa. Es por ello que, a fines del mes de junio, se introdujo una modificación de los protocolos jurisdiccionales (provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre otras jurisdicciones que fueron adhiriendo paulatinamente). El INSSJP acompañó estas modificaciones en un Protocolo de Aislamiento de Casos Asintomáticos y Leves de COVID-19.

Este protocolo involucra a establecimientos que presenten un brote como son las Residencias de Larga Estadía, las que podrán configurarse como centros COVID-19 leve, donde las personas residentes reciben la atención necesaria apropiada y, en caso de ser necesario por aumento de la complejidad del cuadro, son derivados para recibir la asistencia requerida.

Los objetivos principales de constituir a los establecimientos como Centros COVID-19 Leve son: reducir la presión sobre la oferta de camas hospitalarias y disminuir el riesgo de comorbilidades agregadas en internaciones hospitalarias (infecciones intrahospitalarias, cuadros confusionales, etc.) en pacientes con diagnóstico COVID-19 asintomático o con sintomatología leve que no requieran cuidado en el segundo nivel de atención.

Para que estos Centros reúnan las condiciones de seguridad necesarias, para garantizar el cuidado de la salud de las personas afiliadas, se requieren tres

condiciones mínimas:

- Contar con la infraestructura edilicia adecuada. Para ello, cuando se presenten casos positivos de COVID-19 leve o asintomáticos en personas que se encuentran en los establecimientos, personal del INSSJP (UGL y/o Nivel Central) concurrirá presencialmente a fin de brindar asesoramiento a las autoridades del establecimiento, de manera que el edificio pueda ser dividido en zona de seguridad, zona limpia y zona sucia. Debe tenerse en cuenta que esta división es a modo orientativo y que el criterio de división deberá ajustarse a la situación epidemiológica, a las características arquitectónicas y a las características particulares de la población de cada residencia.
- Contar con personal asignado exclusivamente para la atención de estas personas con diagnóstico confirmado de COVID-19 asintomático y que sea idóneo para dar seguimiento clínico y registro de signos vitales hasta que se encuentren de alta clínica.
- Contar con un sistema de derivación y traslado urgente a un centro de segundo nivel frente a la presentación de síntomas o cuando el criterio del médico o médica tratante indique que el/la paciente requiere estar internado. Conociendo que la enfermedad puede requerir internación a causa de la evolución del proceso o el empeoramiento de los síntomas y ante la necesidad de una respuesta rápida que garantice la internación oportuna y adecuada de un afiliado o afiliada

residente en estas instituciones, se ha implementado un dispositivo especial para su traslado a hospitales o clínicas mediante una línea telefónica directa de atención prioritaria.

Vigilancia activa

La Unidad Diagnóstica COVID-19, conformada por enfermeros y enfermeras de las UGL que forman parte del Comité de Epidemiología local, además de realizar los hisopados a residentes sospechosos, realizan test serológicos Serokit¹. Los mismos tienen por objetivo medir anticuerpos del tipo IgG / IgM con el kit COVIDAR.²

La vigilancia epidemiológica es clave para el control de la pandemia de COVID-19. Los sistemas de vigilancia se establecen dependiendo de la cobertura que se necesite alcanzar, de la situación en la que se encuentre la enfermedad, del acceso de los diferentes grupos poblacionales al diagnóstico de los objetivos perseguidos, entre otros.

El personal de salud constituye un grupo de alto riesgo debido a su exposición, ya que se encuentra en constante contacto con personas infectadas con el virus SARS-CoV-2, agente etiológico de la enfermedad COVID-19. Por otro lado, es característico el pluriempleo del personal de salud, lo que implica que este grupo también puede convertirse en un factor importante en la transmisión de la infección en la comunidad dentro del proceso de trabajo.

Por ello es de gran interés el estudio de la infección en el personal de salud, considerando a todas las personas que brindan servicios de salud o trabajan en servicios asistenciales y colaboran directamente en la asistencia y el diagnóstico de COVID-19. Esto incluye a trabajadores que desempeñan diferentes tareas como atención directa a afiliados y afiliadas que residen en establecimientos de estancia prolongada (personal médico, de enfermería, de laboratorio, de salud mental, de trabajo social, de administración, etc.), así como a personas que trabajan en los servicios de comidas, limpieza, mantenimiento y seguridad.

En tal sentido, desde la Coordinación de Epidemiología y Riesgo Sociosanitario

de PAMI, en trabajo coordinado con los Comités de Epidemiología locales de cada UGL que se encuentran articulando las estrategias para el abordaje de la pandemia dentro de los territorios, se evalúa oportuno y necesario el diseño e implementación de una estrategia de vigilancia activa para COVID-19 en el personal esencial de los establecimientos de salud, independientemente de la tasa de incidencia de la enfermedad en cada zona geográfica, dado el especial interés del estudio en esta subpoblación.

Los objetivos de la aplicación de la estrategia de vigilancia activa son:

- Contribuir con la estrategia de vigilancia epidemiológica y estimar



la seroprevalencia para anticuerpos específicos dirigidos contra COVID-19 por medio del monitoreo serológico en el personal de salud y de asistencia directa de establecimientos que alojan personas (RAM, RAMP, entre otros).

- Identificar posibles donantes de plasma.

Algunas cifras

Con los casos actualizados al 5 de octubre de 2020, se observa que para los casos confirmados de COVID-19 las tasas de letalidad (relación entre personas fallecidas y contagiadas) son sensiblemente diferentes por edad. Tomando a las personas mayores a nivel total país, la tasa de letalidad de las personas de 60 a 69 años es de 7,8%, la de las personas de entre 70 y 79 años es de 18% y la de las personas de 80 años o más es de 27%.³

Si se observa el interior de la población de PAMI, donde la edad promedio de los contagiados es de 73,3 años, se evidencia que la tasa de letalidad es de 15,9%, en concordancia con los valores nacionales.

Al centrarse en la población que vive en las Residencias Cuidadas, la tasa de letalidad es del 12,1%. Vale remarcar que este valor se encuentra por debajo de los valores nacionales, ya que la edad promedio de los contagiados es de 81,5 años.

Como ya se mencionó en el primer capítulo, PAMI cuenta con 568 residencias (5 son residencias propias y 563 son

residencias privadas prestadoras) donde viven 22.000 personas afiliadas. El 38% de estos establecimientos se encuentra en el AMBA. El 11,9% de las personas contagiadas afiliadas a PAMI vive en Residencias Cuidadas.

Del total de las residencias contratadas por PAMI, el 40% transitó o está transitando un brote institucional (dos o más casos confirmados). Al analizar la información por zona geográfica, el 74% de las residencias que tienen o tuvieron brote se ubica en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Es importante resaltar que en la mitad de las residencias los brotes institucionales tuvieron menos de 10 casos. La oportuna implementación del Programa de Residencias Cuidadas ha permitido obtener, hasta el momento, los buenos resultados anteriormente expuestos.

1. SEROKIT es un instrumento de muestreo serológico con conservación de anticuerpos y antígenos para investigación de enfermedades infecciosas (autorizado por A.N.M.A.T. Certificado N° 001348).

2. CONICET, Fundación Instituto Leloir, Universidad de San Martín, Laboratorio LEMOS S.R.L. COVID AR IgG. Enzimoinmunoensayo (ELISA) para la detección de anticuerpos IgG específicos contra el virus SARS-CoV-2 en suero o plasma humano. Buenos Aires; PM-1545-4 (A.N.M.A.T.).

3. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado: <http://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-covid-19/sala-situacion>





CAPÍTULO 3

La comunicación con las personas residentes con deterioro cognitivo y demencias

Lic Cecilia Millán

Integrante de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez (UBA)

Según el último informe de la ADI (Alzheimer's Disease International) actualmente existen en el mundo más de 50 millones de personas diagnosticadas con demencia. Se calcula que se diagnostica un caso nuevo cada tres segundos y que por año tenemos más de 10 millones de casos nuevos de demencias.

La demencia más común es la enfermedad de Alzheimer, pero bien sabemos que existen otros tipos tales como la vascular, la demencia por cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal y muchas más.

Una vez diagnosticadas, las demencias afectan principalmente dominios como la memoria y el lenguaje, pero también las actividades de la vida diaria y la personalidad, y no olvidemos cuánto afectan a la familia o al entorno de quien enferma. Por esto, en las personas mayores es una de las causas principales de dependencia y discapacidad. En los estadios avanzados, o cuando ya no es sostenible la permanencia en el domicilio, es motivo de institucionalización.

Es importante considerar que cuando una persona ingresa en una Residencia de Larga Estadía debemos tener siempre presentes los modos en que trabajamos con la comunicación, incluso desde antes de que ingrese. Cuando hablamos de comunicación nos referimos tanto a la persona residente como al equipo interdisciplinario que la asiste, a todo el personal que trabaja en una residencia y, principalmente, a la familia o a quien ocupe ese lugar: pareja, amigo/a, vecino/a o quien

sea el referente principal de esa persona.

Actualmente, en el mundo estamos padeciendo todas las consecuencias que generó la pandemia por el COVID-19. En nuestro país estamos atravesando desde el mes de marzo un período de aislamiento físico, con limitaciones y protocolos a los que día a día nos adaptamos y con los que trabajamos a fin de evitar la propagación del virus.

En las Residencias de Larga Estadía estas limitaciones fueron incorporándose progresivamente, y las que más están afectando a las personas que allí viven son la prohibición de visitas, la falta de actividades de estimulación y recreación, el aislamiento dentro de la misma institución, entre muchas otras

De esta manera, notamos cuánto se ve afectada la calidad de vida de los y las residentes, como también la de quienes trabajan allí. Por ello es importante, y es el motivo de esta reflexión, considerar realizar ciertos ajustes en la comunicación que beneficien y aporten herramientas para poder afrontar la cotidianidad en este momento tan especial y, sobre todo, en el trabajo con personas con dificultades cognitivas.

Partimos entonces del axioma comunicacional de Paul Watzlawick, de la Universidad de Palo Alto, al cual considero fundamental y necesario recordar, que dice "Es imposible no comunicar". Todo el tiempo estamos comunicando, todo lo que hacemos o no hacemos es comunicación, somos comunicación

permanentemente. Cuando nos referimos a la comunicación, enseguida pensamos en lo que decimos, pero todo es comunicación: los gestos, las expresiones, cómo nos vestimos, los ambientes, la música, los olores, todo, absolutamente todo, nos comunica algo. De esta manera, podemos calificar a la comunicación de tres formas: verbal, paraverbal y no verbal. Veremos, entonces, de qué se trata cada una de ellas y cómo mejorar su uso con las personas con deterioro cognitivo y demencias que viven en las Residencias de Larga Estadía en el actual contexto de nuestro país.

Comunicación no verbal

La comunicación no verbal refiere a todo lo que transmite mensajes sin palabras.

Para comenzar a describir la comunicación no verbal haremos referencia a los cambios actuales en las residencias que tienen que ver con el cuidado y las medidas de prevención ante el COVID-19. El uso de barbijos, máscaras, guantes, alcohol en gel y uniformes de protección hace que el personal asistencial se vea diferente a lo habitual y, a la vez, iguales entre ellos/as. Por otro lado, debemos tener presente que las personas con deterioro cognitivo o demencias suelen estar más desorientadas y algunas de las medidas preventivas han generado en ellos mayor desorientación, más confusión y, en algunos casos, la aparición o el agravamiento de los síntomas conductuales y psicológicos.

Frente a este panorama es importante la creación de ambientes acogedores. Un ambiente dice mucho y genera muchas sensaciones en la persona. Para ello, debemos considerar especialmente proveer espacios iluminados y que la iluminación sea buena. También poder contar con música ambiental, ya que la música transmite sensaciones y activa los sentidos: una melodía más activa y alegre durante el día y melodías más tranquilizadoras a medida que comienza a anochecer colaboran con los estados de ánimo de las personas con demencias. También es importante considerar los contenidos que transmiten los televisores, que en las residencias suelen estar mucho tiempo encendidos, sobre todo en áreas comunes como comedores. Es importante evitar noticieros o programas que brinden información sobre la pandemia -ya que las personas con deterioro cognitivo pueden confundir fácilmente realidad con ficción o los mismos contenidos pueden transformarse en atemorizantes al no ser comprendidos en su totalidad- y buscar programas de viajes, de naturaleza, incluso de cocina, de corta duración y que generen atracción.

Otro aspecto con el que se debe trabajar mucho es la cartelera. Es importante que los y las residentes puedan continuar identificando o reconociendo al personal de la institución. El uso de carteles con los nombres en el uniforme es importante siempre, pero ahora, cuando debido a los protocolos todo el personal se viste de la misma manera, adquiere mayor

relevancia. Tal como se realizó en algunas residencias del Reino Unido se puede aplicar un cartel con el nombre bien legible, el cargo (por ej., médico) y, si se pudiera, una foto, de modo que la persona residente pueda recordar a la persona al ver la foto y sentirse tranquila.

También es importante que tanto en la mesa en la que comen como en las puertas de las habitaciones los/las residentes puedan tener un cartel con su nombre, en un tamaño que puedan leer fácilmente, que les recuerde cuál es su lugar.

Para las áreas comunes se sugiere el uso de relojes y carteleras que indiquen el día, mes, año y algún otro dato interesante como puede ser el cumpleaños de algún/a residente. Quizás parezcan obviedades, pero existen residencias en las que no hay relojes en los espacios comunes ni carteleras, ni elementos que mejoren la orientación de las personas residentes.

Otro aspecto que también tiene que ver con la comunicación no verbal son los gestos. Hay que prestar mucha atención tanto a los gestos que hacen los/las residentes como a los gestos del personal. Los gestos son expresiones no verbales que mucho vienen a decir allí donde no existe la posibilidad de la palabra o cuando la palabra no alcanza.

Debemos prestar siempre mucha atención a los gestos de las personas con demencias y a lo que intentan decirnos. Pensemos en las dificultades que tienen para expresar el dolor, las necesidades biológicas como pueden ser el hambre,

el sueño o los sentimientos. Pensemos cuánto se altera o exagera todo esto en el actual momento de aislamiento, donde los protocolos de cuidados están a la orden del día, en pos de tratar de que la persona no se contagie de COVID-19.

Así también es importante cuidar los gestos que realiza el personal que asiste o atiende a los y las residentes. Muchas veces la saturación o el cansancio nos llevan a realizar gestos o expresiones que son percibidos por las otras personas de manera negativa. El autocontrol en estos momentos es fundamental. Para eso también es necesario capacitar al personal y ofrecer espacios de escucha y descarga por el alto contenido emocional que se está vivenciando.

Comunicación paraverbal

La comunicación paraverbal es aquella que tiene que ver, básicamente, con las variaciones de la voz al momento de transmitir un mensaje. Se consideran entonces la entonación, las pausas y el énfasis con que se habla. Tiene relación tanto con la intención de lo que se quiere transmitir como con los aspectos emocionales de la persona que está hablando.

En este caso es importante prestar atención no solo a lo que decimos, sino también a la manera en que lo decimos ¿con qué tono de voz le hablamos a la persona mayor residente? Si podemos lograr un tono de voz más cálido, seguramente el mensaje llegará de

manera más aceptable que con un tono de voz más hostil. Siempre se puede decir lo mismo de muchas maneras diferentes y siempre el mensaje estará condicionado por la forma en que se lo transmita, por más que la intención sea buena.

En el caso de las personas con demencias, muchas veces la capacidad para comprender órdenes simples, por ejemplo, está afectada. De allí la importancia de poder hablar de modo tal que quien escuche, padezca o no una afección cognitiva, pueda ser receptor e interlocutor sin dificultades y no reaccione negativamente. Muchas veces las personas con demencias reaccionan con sintomatología conductual frente a determinadas situaciones o mensajes que se les transmiten y, en ocasiones, se suelen atribuir las causas de sus comportamientos a la demencia, lo cual es un error, un reduccionismo y una falta de comprensión y observación sobre lo sucedido. Cualquiera de nosotros/as, sin padecer demencia ni deterioro cognitivo, quizás también reaccionaría negativamente frente a alguna persona que nos habla de mala gana o en un tono desagradable.

Comunicación verbal

La comunicación verbal es aquella en la que se utilizan palabras habladas en el proceso de transmisión entre emisor y receptor del mensaje con un código compartido.

Cuando una persona con demencia no se siente escuchada ni comprendida suele responder mal, con apatía o aislándose, entonces surge un problema de comunicación que interfiere negativamente en su calidad de vida.

Actualmente, las personas con demencias estarían atravesando una especie de “doble aislamiento”. En primera instancia, porque quienes viven en residencias fueron aisladas de sus propias casas por necesidad y por decisión de otras personas. No ven a diario a sus afectos, hay quienes quizás hasta fueron separados de sus mascotas y de sus pertenencias en pos de una mejor calidad de vida y por la misma dependencia que generan el déficit cognitivo o las limitaciones motoras. Si a esto sumamos todas las restricciones actuales que tienen lugar en las residencias, podemos pensar en un segundo momento de aislamiento. Las personas residentes no pueden recibir visitas, no pueden reunirse en espacios que compartían, no están teniendo actividades de manera presencial, lo cual para las personas con deterioro cognitivo resulta muy difícil, por la falta de estimulación y contacto social.

Ahora bien, frente a este panorama surge la siguiente inquietud: en el actual contexto ¿se puede evitar tanto aislamiento? La respuesta es no; pero sin embargo, podemos evitar el aumento o agravamiento de los síntomas relacionados con la demencia, ya sean conductuales o psicológicos, sosteniendo una línea de conducta dirigida a

brindar, realmente, calidad de vida a las personas que viven en residencias, mantener la dignidad, el respeto y el buen trato. El lenguaje verbal juega un rol fundamental. Es muy importante hablar permanentemente con los/las residentes, adelantarnos a las intervenciones que se realizarán, como así también explicar los protocolos que se aplican y por qué se hace lo que se hace, aunque no comprendan, aunque lo olviden, por el mismo deterioro mnésico que padecen. De la misma manera, es importante responder con la verdad, siempre que sea posible, a todas las preguntas que realizan. Por ejemplo: cuando se le va a colocar un barbijo, explicarle a la persona mayor qué es, de qué lo protege, por qué lo tiene que usar, y no ponérselo casi obligado o a la fuerza. Si tenemos que mudar a esa persona o aislarla preventivamente, decirle que es por su salud y la de los demás, explicando las causas. No desautorizar ni desempoderar a la persona mayor con o sin demencia, porque todo genera consecuencias, particularmente en este momento tan difícil de transitar. Al actuar en forma contraria, caemos en aquello que Tom Kitwood define como “Psicología Social Maligna”, denominando así a todos los factores no biológicos, sino ambientales que influyen en la demencia causando alteraciones conductuales. Ninguna de estas acciones es generada con mala intención, pero así y todo, afectan notablemente el delicado equilibrio de la persona con demencia. Entonces, los síntomas no son generados por la

enfermedad, sino por el entorno, por el trato, por la manera en que se le habla, por lo que no se le dice y que la persona registra.

Por eso, es un momento importante para reforzar las alianzas con los/las residentes, aumentar los tiempos de dedicación, responder a sus inquietudes. Ciertas personas que trabajan en las residencias desarrollan herramientas que les permiten tener una llegada más exitosa y afectivizada usando, por ejemplo, el humor en el buen trato y, por sobre todas las cosas, la empatía. No es casual que esas personas se conviertan en las “favoritas” de los/las residentes.

Sobre el manejo de la información respecto de la pandemia actual, deberíamos poder mantener cierto equilibrio sin desinformar ni subestimar la información con respuestas del tipo “no pasa nada”, pero tampoco permitiendo o facilitando la sobreinformación: evitar los noticieros, así como hablar de la cantidad de casos o de fallecidos, y, sobre todo, no hacer comentarios delante de las personas con demencias. Ser cuidadosos con las palabras que usamos, eludiendo el uso de términos como enfermedad, pandemia, muertos, aislamiento u otras palabras que quizás puedan generar efectos negativos.

En estos momentos y debido a las prohibiciones actuales de visitas hemos abierto canales de comunicación muy útiles como las llamadas telefónicas, el whatsapp, las videollamadas, los zoom familiares. No obstante, con las personas con demencias debemos

evaluar y considerar cuál es el medio más apto y menos confuso. En los estadios más avanzados, a veces, pueden sentir confusión con una videollamada, o no sostener la atención mucho tiempo. En esos casos, una llamada telefónica de una duración no muy extensa y con algún familiar con quien tenga más afinidad resulta una mejor opción.

Por lo expuesto, es muy importante algo que hoy en día debería ser básico en el trabajo cotidiano de todas las residencias, el llamado “Modelo de Atención Centrada en la Persona”, que es el modelo actual de trabajo en el mundo. Uno de sus ejes principales menciona la importancia de conocer y trabajar sobre la biografía de cada residente. Esto nos va a permitir, al momento de tener que realizar alguna intervención, saber cómo y de qué manera acercarnos y operar.

Sabemos que la vejez es totalmente heterogénea, pero además, como dice Kitwood con relación al abordaje de las personas con demencias, “No existe solo un grupo de demencias definidos, como el Alzheimer, cuerpos de Lewy, frontotemporal y otras. Existen tantas demencias como personas las padecen. Porque cada persona tiene una historia y su demencia tiene su desarrollo según esa biografía”. Conocer la historia de la persona es fundamental para trabajar, para saber cómo llamarla, para saber cuáles son sus preferencias e intereses y así lograr una mejor atención teniendo en cuenta su identidad, que es lo más propio y lo más valioso siempre.

Muchas veces se trabaja solo con la dimensión “paciente”, “residente” o, aún peor, con el “diagnóstico”. Pocas veces se trabaja con la persona, con su identidad, validando sus sentimientos, sus elecciones y sus preferencias. Por eso, como decíamos previamente, es importante conocer a la persona y la mejor manera de hacerlo es escuchándola: escuchar qué tiene para decirnos, que nos cuente su vida, saber cómo habla, aun cuando tenga dificultades para expresarse. Todas las personas nos conocemos hablando y a las personas mayores, en especial, les encanta hablar y ser escuchadas.

Este es un muy buen momento para dedicar tiempo a la escucha, del modo que sea, con soporte telefónico, con la visita médica, escuchar sus relatos, validar las emociones que surgen, como también lo que sienten al atravesar este momento: el miedo, la incertidumbre, la angustia, la alegría. Como sostiene Feil, es importante “validar desde la empatía”, poder ponernos en su lugar y entender lo que pueden estar sintiendo, lo cual genera efectos muy positivos y, por sobre todo, atenúa la angustia y baja la ansiedad si lo hacemos de manera genuina.

Para concluir, debemos considerar cómo podemos escuchar a las personas con demencias y que esa escucha sea efectiva, considerándolos siempre interlocutores posibles. Es importante predisponernos a escuchar, hablar menos y dejar que se expresen sin interrupciones, respetando sus tiempos, sus pausas y sus silencios. Tomar en serio todo lo que digan, aun

cuando sus palabras parecieran no tener sentido. No corregir ni juzgar, porque no se trata de llegar a la verdad, sino de que la persona se exprese como pueda, aun en los estadios más avanzados de la enfermedad. Reconocer siempre la intención de comunicarse, en sus frases inconclusas, en sus palabras truncas o sin sentido, como también en los gestos. La intención de comunicación siempre está acompañada de la emoción, por eso es importante incluirla y nominarla, poder hablar de la alegría, como así también de la emoción de un

recuerdo agradable o no. Responder a las preguntas que nos hacen y participar hablando de uno mismo permite generar un entramado comunicacional que va más allá de un contenido y que logra mucho si sabemos aprovecharlo.

Lo expuesto son aportes desde la experiencia y desde la investigación. El fin es, en este momento tan complicado del mundo, contribuir a la posible y real calidad de vida tanto para las personas que viven en las Residencias de Larga Estadía como para todas las que trabajamos en ellas.





CAPÍTULO 4

Potenciar el vínculo entre las personas residentes y el personal

Lic. Luciana Machluk

Integrante de la Subgerencia de Desarrollo y Cuidados
Psicosocial de PAMI

El vínculo entre las personas residentes y el personal puede ser abordado desde muchas aristas; en esta oportunidad me centraré en las emociones y la comunicación. Seleccioné estos puntos, porque estoy convencida de que son dos pilares que sostienen nuestra práctica. Habiendo transitado este tiempo en que la pandemia es parte de nuestras vidas y pasado el momento de impacto inicial, con el cambio abrupto de las rutinas, es un buen momento para revisar estos aspectos.

Quienes habitamos el mundo gerontológico y, en particular, aquellas personas que trabajan en Residencias de Larga Estadía, sabemos que el foco principal está puesto en mantener y mejorar el bienestar de las personas mayores. Cada trabajador, cada trabajadora desde su rol, su disciplina, ha encarado su trabajo -desde antes de la pandemia- guiado/a por ese gran faro.

Desde el inicio, se sumó otro gran faro que guía y estructura la tarea, que es evitar que el virus ingrese en las residencias. Esta prevención se corporiza en los protocolos que pasaron a tener un lugar fundamental en las tareas cotidianas. Todo lo que se hacía de un modo, ahora tiene que pasar por el tamiz de los protocolos, fundamentales para cuidar la vida de las personas residentes. Hubo que revisar, readecuar, acotar y crear nuevas prácticas. Esto que representaba una gran novedad e impacto se fue convirtiendo, gradualmente y con gran esfuerzo, en nuevos hábitos consolidados.

Dicho todo esto, es fundamental que nos detengamos a pensar en el torbellino y mezcla de emociones que viene sintiendo el personal que trabaja en Residencias de Larga Estadía. Lo viene sintiendo la población en general, pero quienes trabajan en residencias tienen un plus, que quiero dividir en dos puntos fundamentales: son las personas que entran y salen de las residencias, conscientes de que al entrar pueden transportar el virus. Por eso este aspecto es tan importante, siendo fundamental el cumplimiento del protocolo. Además, las confronta con una gran responsabilidad y temor: muchas viven en un constante estado de alerta. Por otro lado, al no contar con la presencia física de los familiares, el personal pasa a tener otro protagonismo para las personas residentes. Es necesario revisar la idea de la presencia, ya que hay muchas maneras de estar presentes; una persona puede estar presente físicamente y parecer no estarlo. También hablé de protagonismo porque esta palabra invita a pensar en dos aspectos: lo trascendental que se torna el rol y la responsabilidad que eso conlleva.

Es necesario hacer una aclaración importante: cuando me refiero al personal en general utilizo ese término incluyendo a todas aquellas personas que trabajan en las Residencias de Larga Estadía y que tienen contacto con quienes residen en ellas, como asistentes gerontológicos, talleristas, personal de limpieza, de cocina, cuidadoras y cuidadores, profesionales de enfermería, medicina, psicología, trabajo

social, terapia ocupacional, kinesiología y otras disciplinas.

Tenemos una plataforma enorme que genera una mezcla de emociones que puede resultar difícil de gestionar y que, en función de la tarea y de las urgencias concretas del día a día, automáticamente tratamos de tapar, disimular, hacer como que no existe; porque muchas veces se cree que, si se abre esa compuerta emocional, va a invadirnos algo difícil de manejar y que eso puede obstaculizar nuestra tarea. Pero podemos hacer algo: en las residencias podemos construir un espacio cuidado y grupal para poder expresar estas emociones, compartir, ponerles palabras, para seguir con un poco más de alivio, con sensación de equipo, de comunidad institucional.

De lo contrario, se sostiene el malestar del personal y, además, el de las personas residentes: genera el efecto contrario al que buscamos, porque terminamos afectando el bienestar de las personas mayores, cuyo hogar es la residencia y cuyo contacto del día a día es el personal. Si no registramos cómo nos sentimos y qué consecuencias acarrea esa falta de registro, la pasamos mal todos.

Una gran cantidad de malestares institucionales se pueden resolver prestando atención a estos aspectos, habilitando estos espacios como importantes. ¿Qué quiero decir con esto? Que desde la conducción se organice este momento. No tiene por qué ser mucho tiempo, hay lugares que lo establecen

en los cambios de turno, por ejemplo. Pero no es solo organizarlo, sino también comunicar y reforzar la importancia de la participación, y que allí realmente se pueda hablar y escuchar, que se tome en cuenta lo que aparezca. Y que, también, puedan validarse esas emociones.

Reuniones grupales donde poder compartir cómo se siente cada persona y qué les pasa con este rol, el cambio de prácticas que venían realizando de manera exitosa y que ahora, tal vez, ya no es posible debido a la nueva realidad. Muchas veces es el estilo personal el que hay que adaptar, con lo difícil que eso resulta, por ejemplo, las personas que son muy expresivas con el cuerpo, que dan contención, afecto y demuestran cercanía a través de un abrazo, un apretón de manos, ahora se ven limitadas. Con lo cual a todos los desafíos que venía desarrollando, se le suma uno muy importante que es mantener ese nivel de cercanía afectuosa y contenedora, pero con otros recursos.

Quiero introducir el tema de la comunicación, temática que podemos abordar desde diferentes aristas; todas ellas son importantes e interactúan en este momento. Por un lado está la comunicación formal interna institucional, que es un punto que tiene que ser pulido, mejorado y adaptado a la situación, para que todo el personal esté informado acerca de las novedades, decisiones y las razones de ellas. En la medida en que el personal tenga más información, va a poder involucrarse y comprometerse.

Por otro lado, está la comunicación de la institución con la familia. Este punto importante va a ser abordado más adelante.

Niveles de comunicación

Hay otros dos niveles de la comunicación en las residencias: la comunicación horizontal, entre pares del equipo, y la comunicación del personal con las personas residentes.

¿A qué me refiero cuando hablo de comunicación horizontal? Me refiero a dos cuestiones.

La primera es asegurarse de transmitir la información importante del día a día de

los residentes, no sólo aquella que tiene que ver con las cuestiones orgánicas, sino también la que refiere a algo que sucedió, algo que hicimos, probamos y tuvo un buen efecto. Cualquier intervención, por más pequeña que sea, pero que veamos que funcionó, que mejoró algún aspecto de la calidad de vida de las personas residentes, tenemos que comunicarla, socializarla, compartirla con nuestros pares y que forme parte de la información fundamental del pase de guardia.

Un ejemplo de lo anterior: “Cuando entré a la habitación a tomarle la temperatura, Matilde estaba de mal humor; empezaron justo a pasar en la radio tal canción y le cambió la expresión, al instante cambió de



humor”. Bueno, ese es un dato importante al que, por ser sencillo, tal vez, le restamos importancia. Esto siempre es importante, pero ahora mucho más. Es fundamental que lo registremos con nuestra observación y con nuestra comunicación. Es indispensable estar disponibles para percibir estos detalles y compartirlos con nuestras/os compañeras/os, porque con ese dato podemos construir una intervención: ahora sabemos que esa canción, tal vez, forma parte de algún acontecimiento en la vida de Matilde y desde ahí podemos construir algo.

El registro de nuestras emociones y el efecto que tienen en las personas residentes nos van a ayudar a despejar cuánto de lo que observamos en ellas tiene que ver con nuestro modo de comunicarnos y cuánto es algo del estado emocional de la persona. Vamos a relatar la situación con las variables que realmente estuvieron en juego, porque también se trata de incorporar esto en la comunicación entre pares. ¿Cuántas personas que trabajan en residencias se detienen a pensar si el cambio emocional de una persona residente tuvo que ver con algo que se dijo o se hizo?

En el capítulo anterior, la licenciada Millán desarrolló el tema de la comunicación con las personas residentes con deterioro cognitivo; quiero agregar que debemos tener en cuenta el efecto de nuestro modo de comunicación (verbal y no verbal) con todas las personas residentes, tengan o no deterioro cognitivo. Para eso debemos tener una actitud reflexiva sobre

cómo nos comunicamos, especialmente en esos momentos de desborde. La reflexión tal vez no pueda desarrollarse en el momento, pero al salir del trabajo reconstruyamos la situación y pensemos qué puedo mejorar, si es necesario cambiar algo.

Realmente todo lo que se hace tiene efectos en el vínculo con las personas residentes, en este momento tiene un lugar de gran importancia. Es importante entablar conversaciones para conocer más de sus historias de vida, aprovechar cada ocasión para extraer algo rico, de calidad. Sepamos que no da lo mismo que estemos o que no; no les da lo mismo, lo registran.

También sabemos que aunque tratemos de dosificarla, la información sobre los temas relacionados con la pandemia se recibe por los medios de comunicación o por las charlas telefónicas con familiares y esto genera diferentes niveles de inseguridad, temor, ansiedad y angustia, por lo cual es importante que las personas residentes mantengan la confianza en el personal, que sientan que se está haciendo todo lo necesario para que el virus no entre a las residencias y que si entra -porque puede pasar-, se hará todo lo posible para que haya la menor cantidad de contagios.

Quiero reforzar la importancia de la comunicación; antes la mencioné con relación a la explicación de las decisiones por parte de la conducción al personal, pero también es importante que esas decisiones sean transmitidas a las

personas residentes, para que puedan mantener la confianza o reconstruirla si se vio erosionada.

El segundo punto importante en la comunicación con las personas residentes se da cuando alguien es derivado por síntomas compatibles con COVID-19, tanto si se confirma o no la sospecha, como así también si la persona fallece. La falta de información genera un elevado nivel de malestar. Es muy común pensar que se está cuidando a las personas mayores suponiendo que la información las va a afectar demasiado, sin embargo lo que más termina afectando es evitar el tema. Si las personas saben que son informadas permanentemente, disminuye su nivel de alerta y se las libera de esa tarea tan agotadora de interpretar datos. Si la respuesta a todo es “Quedate tranquila/o” o un chiste evitativo, se genera más malestar.

El acceso a la información es uno de los derechos humanos que establece la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 14. Brindar información es una más de las tareas a realizar.

A continuación se desarrollarán algunas recomendaciones para tener en cuenta en nuestra práctica laboral dentro de las residencias:

- Es importante indagar acerca de qué es lo que quieren hacer, qué sugerencias de actividades tienen y actualizar estas preguntas semanalmente. Muchas veces

los equipos piensan en nuevas estrategias a implementar y un buen punto de inicio es preguntarles a las personas residentes lo que quieren y lo que opinan y luego diseñar estrategias a medida, teniendo en cuenta sus gustos, intereses y necesidades actuales.

- Es fundamental, también, pedir ayuda. Corramos a un lado los rasgos omnipotentes que podemos tener. Reconozcámonos como personas atravesando una crisis y que, aun con una impecable trayectoria laboral, podríamos estar desbordadas, saturadas. El error es una posibilidad que queremos evitar, pero tengamos en cuenta, además, la importancia de hacer todo lo posible para mejorar el clima institucional y potenciar el buen trato. El afecto y la contención deben formar parte de nuestro trato cotidiano, aunque con la distancia y los cuidados que la situación exige: reemplacemos los abrazos y los besos por miradas atentas y palabras cordiales. Hagamos, también, que circule la alegría, propongamos acciones en esa línea. Cuando iniciemos una conversación con las personas residentes, recordemos que la comunicación es como una danza en la que cada uno acompaña el movimiento del otro. Lo que respondemos tiene sentido en relación con el decir de la otra persona.

Con nuestros compañeros y compañeras no perdamos de vista que las quejas se retroalimentan y esto erosiona significativamente la convivencia, por lo tanto, lo recomendado acerca de la comunicación cordial con las personas

mayores también cuenta para con las personas que trabajan a nuestro lado.

• Tratemos de descansar, de hacer pausas, de tomarnos un tiempo para relajarnos de la tensión que puede generarnos la atención de personas con riesgo de contagiarse. El estrés implica que el sistema de alerta está activo todo el tiempo, por lo tanto se genera un gran desgaste emocional. Para finalizar, retomaremos la temática de las emociones para proponer que las tomemos como algo normal y esperable; que tengamos una actitud abierta a la experiencia emocional de las personas con las que compartimos el día a día.

Esto va a ser beneficioso para el vínculo con las personas residentes y también con el equipo de trabajo. Independientemente de la emoción que la otra persona está sintiendo, es su emoción y hay que respetarla. Es importante hacer lugar a todas las emociones, ya que todas tienen un sentido.

La validación emocional es un proceso donde aprendemos, entendemos y expresamos la aceptación de la experiencia emocional de otra persona y la nuestra (autovalidación emocional). “Es esperable sentirse así en estas circunstancias”: este tipo de expresiones generan una apertura al diálogo.

La validación de la emoción mejora las relaciones, ya que la otra persona se siente comprendida, reconocida; favorece el aumento de la expresión de lo que la otra persona piensa y siente,

porque se siente escuchada. Esto provoca un incremento de la confianza y refuerza el vínculo.

Es fundamental, también, pedir ayuda. Corramos a un lado los rasgos onnipotentes que podemos tener. Reconozcámonos como personas atravesando una crisis y que, aun con una impecable trayectoria laboral, podríamos estar desbordadas, saturadas.





CAPÍTULO 5

Intervenciones exitosas en el contexto de pandemia

Lic. Claudia de la Parra y Lic. Pedro García
Integrantes de la Subgerencia de Desarrollo y Cuidados
Psicosocial de PAMI

Desde hace varios meses estamos atravesando un escenario que, en un principio, nos resultó desconocido y nos generó sensaciones de desconcierto, incertidumbre y ansiedad.

Habiendo transcurrido este tiempo, vamos a reflexionar acerca de qué estamos aprendiendo y cómo podemos repensar la tarea cotidiana en las Residencias de Larga Estadía a la luz de los principios y valores de la Atención Centrada en la Persona.

Tomaremos como referencia escenas cotidianas que tienen lugar en las residencias de personas mayores. A estas escenas las denominaremos intervenciones exitosas para resaltar la manera en que los equipos intentan superar los obstáculos desarrollando prácticas innovadoras, modificando o creando nuevos dispositivos de atención, para garantizar la contención de las personas mayores alojadas en dichas instituciones.

La amenaza externa comenzó a representar un riesgo real para los servicios asistenciales y también para las residencias, siendo necesario sumar acciones para fortalecerlas.

Teniendo presente la experiencia de los países de Europa, antes de la cuarentena que se decretó en nuestro país, PAMI desarrolló medidas específicas para proteger la salud y el bienestar en las residencias.

Se hace necesario ahora, mientras

estamos afrontando la pandemia y sus consecuencias, revisar el quehacer cotidiano y reflexionar sobre cómo armonizar las buenas prácticas gerontológicas con la aplicación de los protocolos sanitarios. Estos protocolos tienen objetivos definidos de prevención y cuidado de la salud y requieren de una implementación rigurosa, pero las consecuencias del aislamiento y de la distancia social deben acompañarse con un refuerzo de otro tipo de intervenciones.

Esta circunstancia de pandemia se configuró como un suceso disruptivo, impactando en todos los aspectos de la realidad. Por un lado, tenemos presente el temor al contagio, que genera un plus de ansiedad. Por otra parte, hay que practicar la distancia social, que es impuesta como medida fundamental de prevención y, en este sentido, genera la sospecha de un peligro potencial en el otro, determinando un hecho sin precedentes. Asimismo, las personas mayores se saben grupo de riesgo, lo que agrega una percepción aún más negativa.

La distancia debería ser solo física y no implicar la pérdida del vínculo afectivo y social, aunque en ocasiones la preocupación por cumplir con las normativas afecta el trato humanizado y personalizado con las personas residentes.

Modelo de atención

El modelo hospitalario fue ganando

terreno por sobre el modelo residencial. Desde el momento en que lo sanitario entró de lleno en las residencias, se exigió una rápida adaptación en todos los aspectos del funcionamiento de las mismas y se han visto exigidas a convertirse casi en centros sanitarios. Las nuevas normas que cumplir introducen también un aspecto de tensión, alterando lo cotidiano y el quehacer habitual del personal. Las residencias son, por definición, lugares para habitar, con espacios en los que las personas mayores conviven, comparten, participan y tienen necesidades más allá del cuidado de la salud. La dimensión emocional, social, espiritual y psicológica son aspectos que requieren atención, cuidado, estimulación, escucha y contención.

Sin dejar de lado la importancia de la intervención sanitaria y priorizando en aspectos relacionados con el COVID-19, este cambio en el foco de atención fue transformando el hábitat y los vínculos.

Veamos, a continuación, algunos aspectos emergentes de esta transformación:

Sobre las actividades

Las personas mayores tuvieron que renunciar a actividades, rutinas, salidas, costumbres, contacto físico y placeres de los que antes disfrutaban, en muchos casos, con autonomía y decisión.

Conforme fueron transcurriendo estos meses, las distintas regiones del país fueron evolucionando de manera heterogénea y las fases de la cuarentena

también. Por otra parte, además de los protocolos diseñados por el Instituto, se debe respetar la normativa de cada jurisdicción. Asimismo, hemos encontrado residencias que han podido sostener las actividades de estimulación física, cognitiva y social, mientras que otras tuvieron más dificultades para continuar con las rutinas habituales, afectándose en este último caso el bienestar y la calidad de vida. Hay situaciones de aislamiento prolongado en las habitaciones, que pueden repercutir en varias esferas, incluida la movilidad.

Sobre la comunicación

Con respecto a la comunicación, en oportunidades se ha brindado poca información a los residentes, por ejemplo, mudanzas de habitación, cambios en los grupos habituales para el comedor, traslados a segundo nivel o aislamientos, o modificaciones sustanciales en las rutinas. El día a día es muy cambiante y es difícil llegar a comunicar a tiempo, pero es necesario encontrar un equilibrio para no generar ansiedad y desconcierto ante las modificaciones constantes. En el caso de las derivaciones a efectores de segundo nivel, pueden generar un incremento del estrés, temores y preocupación por el otro y por uno mismo. También se producen estos efectos al momento del reingreso, debido a la continuidad de las pautas de aislamiento que se deben cumplir.

Sobre el personal

Con respecto al personal, hay casos en

que en la conformación de los equipos se ha disminuido la interdisciplina. Han aumentado las licencias y hubo dificultad para conseguir quién pueda realizar los reemplazos; como consecuencia se desbordan los mecanismos habituales de respuesta. Se ha producido una sobrecarga de exigencia en un período breve de tiempo que generó dificultades para procesar las emociones, restando eficacia a la tarea. Se mencionan, con frecuencia, los posibles efectos de la pandemia en la salud mental, pero no se termina de visibilizar la importancia de la contención emocional de los equipos y la necesidad de extender acciones concretas en ese sentido.

La Atención Centrada en la Persona

Vamos a definir algunos conceptos del modelo de la Atención Centrada en la Persona (ACP), que son muy útiles en este contexto y fortalecen la mirada desde la Gerontología Comunitaria. Este marco conceptual promueve la capacidad transformadora y empodera a las personas mayores, fomentando los mecanismos de participación, con enfoque de género y de derechos humanos, resaltando también los buenos tratos y el respeto por la dignidad. Se destaca, asimismo, que estos lineamientos están acordes a lo establecido en la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que nuestro país

promovió activamente, ratificó y aprobó internamente mediante ley.

En el desarrollo del modelo de ACP encontramos como antecedente el enfoque humanista de Carl Rogers, psicólogo estadounidense, precursor de la terapia no directiva, luego llamada terapia centrada en el paciente. Propuso que era fundamental la escucha empática y potenciar la capacidad del paciente para que sea activo en el control de su tratamiento.

Después fue Tom Kitwood, fundador del Grupo de Demencias de la Universidad de Bradford (Reino Unido), quien propuso el término Atención Centrada en la Persona con demencia, poniendo de manifiesto la importancia de incorporar, además del daño o lesión cerebral en el tratamiento, la interacción de otros factores como:

- la personalidad
- la biografía
- la salud
- Lo que él llamó “Psicología Social” o el entorno social.

Este autor enfatiza la importancia de empatizar con la persona, con sus necesidades y permitir el desarrollo de su independencia, su individualidad y su autonomía el mayor tiempo posible.

Se han desarrollado varios modelos a partir de estas premisas, en los que se destaca el respeto por las necesidades, preferencias y valores de la persona. Vamos a sintetizar la propuesta

conceptual de la psicóloga y gerontóloga española Teresa Martínez Rodríguez (2017).

Para esta autora, las personas son el eje vertebral de los servicios y es fundamental contemplar los valores y preferencias individuales, aspectos que deben guiar todas las cuestiones de la atención sanitaria. Se basa en el reconocimiento de la dignidad y singularidad que poseen, con independencia de su estado físico, mental u otras circunstancias sociales, con derecho a la gestión de sus vidas y con capacidad para decidir como ciudadanos.

Propone un modelo de evaluación de la ACP para la Gerontología que puede ser de utilidad para repensar nuestras intervenciones. Este modelo tiene dos grandes dimensiones, cada una de las cuales, integrada por componentes.

La primera dimensión es Prácticas centradas en la persona y hace referencia tanto al conjunto de actuaciones profesionales organizadas, como a las diversas interacciones comunicativas que los cuidadores realizan en el cuidado a lo largo del día.

Los componentes de esta dimensión son:

Conocimiento: grado en que los/as profesionales del servicio conocen los aspectos biográficos de las personas mayores que atienden, sus valores, los hábitos y actividades que les generan bienestar o malestar en la vida cotidiana.

Autonomía: grado en que la institución y sus profesionales permiten y apoyan que

las personas mayores tomen sus propias decisiones, participen en su atención y tengan control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana.

Comunicación: grado en que los/as profesionales se relacionan con las personas mayores de una forma respetuosa y potenciadora, logran comunicarse con ellas comprendiendo y teniendo en cuenta su perspectiva.

Individualización bienestar e intimidad: grado en que la atención dispensada es flexible y se adapta a las necesidades y preferencias de cada persona mayor.

La segunda dimensión es el Entorno facilitador de la ACP, que puede ayudar/facilitar, o en su caso obstaculizar, y que incluye los siguientes componentes:

Actividad cotidiana: grado en que la institución y sus profesionales proponen actividades estimulantes, agradables y significativas para las personas mayores.

Espacio físico: grado en que el espacio físico de la institución está orientado a las personas mayores siendo accesible, seguro, personalizado y ofreciendo un ambiente confortable y hogareño.

Familia y amistades: grado en que las familias o amistades muy allegadas pueden y son animadas a implicarse en la atención, colaborando en los cuidados y participando en la actividad cotidiana de la institución.

Comunidad: grado en que se estimula el

contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana de la institución y ofrece apoyos para que las personas mayores puedan utilizar servicios, acudir a actividades del barrio y mantener relaciones sociales con el entorno.

Organización: grado en que la organización lidera un modelo ACP, cómo apoya a sus profesionales, es flexible y modifica su sistema organizativo para que ello sea posible.

La autora también señala que cuando se habla de ACP se puede pensar en tres enfoques o tres grandes formas de utilizar estos conceptos:

1. Un enfoque más filosófico, más ético, como guía general de nuestro quehacer.
2. Otro, pensado en modelos teóricos para armar dispositivos.
3. El tercero, más desde la labor concreta, aplicando los conceptos para intervenciones puntuales. Este punto está más acorde con las reflexiones de este trabajo.

Ejemplos e intervenciones posibles en contexto COVID-19

A continuación, presentaremos algunos ejemplos que pueden ser de utilidad para relacionar los conceptos del modelo de ACP con la tarea cotidiana. Destacamos, asimismo, que los principios y valores que promueve el modelo, pueden aplicarse en cualquier ámbito en que brindemos atención y servicio.

Como afirmamos, la situación en el país es heterogénea con respecto a la transmisión viral y encontramos distintas instancias con respecto a la cuarentena y a lo epidemiológico.

En esta articulación se pone el foco en alternativas superadoras de la adversidad, poniendo en valor la fortaleza y la creatividad; en ese sentido las llamamos intervenciones exitosas.

Para poder resaltar estas intervenciones creativas y motivadoras mencionadas, elegimos hacer contraste con tres situaciones poco favorables y que no contribuyen a la calidad de vida en este contexto de cuarentena. Las escenas elegidas no son la generalidad ni representan lo cotidiano que se vive en todas las residencias del país.

SITUACIÓN 1

Una residente contó angustiada que se había sentido muy incómoda en una oportunidad en que estaba en el baño y una cuidadora entró en forma intempestiva y, muy nerviosa, le pidió que saliera porque se había olvidado de limpiarlo y no podía ser usado en esas condiciones.

En este caso, sabemos también que se trata de una excelente cuidadora, que siempre expresa un trato respetuoso y amable hacia todos.

Ante casos así, si bien se destaca la importancia de cumplir con los

protocolos, se requiere poner en juego otras habilidades para no transformar lo cotidiano en algo rígido y burocratizado. No deberíamos perder de vista lo singular y el respeto por la otra persona.

Podemos inferir que la cuidadora parece desbordada por las exigencias. En general, sabemos que los trabajadores están en situación de tensión, sobrepasados de demandas, necesitando adaptar sus intervenciones y el estilo propio que cada quien tenía previamente. Con estilo propio nos referimos al modo particular y único de hacer y vincularse a través de la tarea. Algunos se expresaban más cómodamente mediante los abrazos, el contacto físico, un chiste u otro recurso espontáneo. Parte de eso ha cambiado: la vestimenta, los elementos de protección, los cuidados y la distancia física inciden en que se pierda algo de lo distintivo y auténtico en el vínculo. Por otro lado, este desborde, esta tensión, indican la necesidad de establecer mecanismos de regulación emocional.

¿Qué podemos proponer? Algo posible sería habilitar un espacio para la expresión de las emociones, considerando que la circulación de la palabra es saludable y reparadora ante los eventos estresantes.

Pueden realizarse encuentros grupales formales e informales de apoyo por plataformas virtuales, contención telefónica, ejercicios de relajación o meditación entre otras intervenciones que se vienen efectuando.

Otra buena práctica orientada a la contención y supervisión, es el aumento de la frecuencia de reuniones de equipo, sumando áreas que antes no participaban. Se necesita seguir profundizando en la inclusión de todas las voces y no continuar con visiones compartimentadas de la realidad. Las soluciones a las dificultades que se van planteando pueden ser más efectivas si se nutren de la integración de saberes.

También a través de esta escena, se puede focalizar en la perspectiva de derechos, que no deberíamos perder en ninguna circunstancia. Concebimos la dignidad como atributo humano esencial, que junto al ejercicio de la autonomía son pilares de la ACP.

Reflexión: si bien en un primer momento es evidente que la cuidadora antepuso la necesidad de cumplir con el protocolo de limpieza y que seguramente sintió temor de ser reprochada, pudo entablarse luego un diálogo reparador entre ambas acerca de ese incómodo momento; hubo un pedido de disculpas, un encuentro y un reconocimiento mutuo: ambas debieron adaptarse a estas nuevas circunstancias. La comprensión y la empatía son posibles cuando puede mediar la palabra.

SITUACIÓN 2

Una mujer de 85 años vive en una residencia de CABA. Antes de la cuarentena era visitada por su hija una vez por semana y cada 15 días pasaba un fin de semana en la casa de su hija. Ahora se

está comunicando por videollamadas de whatsapp una vez por semana, a través de un teléfono de la institución. La norma, en este caso, es que la llamada no debe durar más de diez minutos. Si bien esta pauta ya fue hablada, se lo recuerdan a las personas residentes al momento de pasarles la comunicación.

Sabemos que el uso del celular se implementó en la mayoría de las residencias. Se ha logrado poner más de un teléfono a disposición para mantener un contacto lo más fluido posible con los vínculos afectivos.

En la escena relatada, el recordatorio de que solo tenía diez minutos para hablar con la hija justo antes de que comenzara

su conversación no le permitía disfrutar de ese momento, obturando el diálogo; solo podía estar pendiente del tiempo. Como resultado posterior se quedaba angustiada y sentía que no había podido hablar de lo que realmente quería. En esta práctica pudo haber faltado el reconocimiento de la historia de la residente y del vínculo con su hija.

¿Qué podemos proponer? Son importantes no solo las acciones que se implementan para compensar las carencias afectivas, sino también la manera en que se llevan a cabo para no actuar en forma mecanizada. La ACP focaliza en la biografía, en este caso la trayectoria vital es útil para detectar



la historia familiar, para estar atentos a los cambios subjetivos y conocer las particularidades de cada caso. Nos ayuda a identificar a quienes están en riesgo de desestabilizarse, teniendo en cuenta, además, que la falta de contacto directo, presencial, con los familiares podría derivar en carencia afectiva generando temores, fantasías de abandono, inseguridad y, en algunos casos, depresión.

También está muy difundida la utilización de cuentas en redes sociales para subir fotos y detalles cotidianos, por ejemplo, del menú, de las actividades, así como mensajes de los residentes, logrando de esta manera una interacción positiva y fluida con los comentarios que realizan familiares y amigos. Siempre se deberán realizar estas acciones con el consentimiento de todos, debiéndose respetar los deseos y voluntades de los y las participantes.

Es común el uso de grupos de whatsapp y listas de difusión tanto con los familiares como con compañeros de trabajo. El correo electrónico es muy utilizado para el envío de información, reportes de salud, modificaciones de protocolos, fotos y videos y hasta para programar las agendas de videollamadas.

Teniendo en cuenta que el ingreso de visitas a las residencias se encuentra regulado por las jurisdicciones correspondientes bajo sus lineamientos sanitarios, en algunas instituciones que cuentan con extensiones de terreno y espacios comunes muy amplios

y vidriados es posible implementar visitas seguras. Estos encuentros de los residentes con sus allegados se realizan a través de las ventanas y utilizando celulares para comunicarse. Se consideraron pautas protocolares para la convocatoria de las visitas y es una modalidad que tuvo mucha aceptación y buenos resultados. No se trata simplemente de tener una planta física y una infraestructura que lo permita, lo fundamental siempre es el recurso humano que armoniza los cuidados sanitarios con los cuidados emocionales y sociales.

Reflexión: la predisposición y proactividad de los equipos es clave en estos momentos para generar oportunidades ante los límites que impone la realidad. El aislamiento se compensa estimulando la integración vincular y las actividades placenteras. Aquí se combinan las dos dimensiones del modelo de ACP ya mencionadas: la práctica y el entorno facilitador a través de una actividad significativa.

Continuando con otro aspecto esencial del ejercicio de la comunicación, es fundamental que las personas residentes puedan conocer los cambios en la dinámica diaria. Si bien la rutina en las residencias puede ser cambiante, se deben encontrar vías que faciliten la transmisión de la información. Conocer lo que sucede en el entorno fortalece la autonomía y la participación, además de reforzar capacidades y habilidades.

SITUACIÓN 3

En una institución del AMBA, ante el fallecimiento de un residente por COVID, el equipo psicosocial quería comunicar la situación a las personas residentes, encontrando resistencia por parte de algunos directivos de la residencia.

Es fundamental tomarse el tiempo para definir previamente cómo se van a abordar algunas circunstancias que se están presentando, como la presencia de casos confirmados de COVID-19, el traslado de residentes a pisos de aislamiento o a segundo nivel, o un fallecimiento. El diálogo previo y el consenso permitirán construir colectivamente el momento, respetando las características del grupo, además de sus valores y creencias. Es necesario permitir que circule la palabra en torno a lo que se quiera transmitir y no dejar el vacío de la desinformación que podría conducir a vivencias de mayor ansiedad o angustia.

Si bien no se pueden plantear fórmulas adaptadas a todos los casos, se deben priorizar buenas prácticas asociadas a potenciar los recursos de afrontamiento de las personas. Ante momentos de incertidumbre y estrés, una manera de dar seguridad y confianza es dar información precisa y oportuna a través de los canales formales.

¿Qué podemos proponer? Es importante adecuar el entorno al momento de encarar estos temas, asegurar que haya tiempo para expresar

preguntas o comentarios, tratar de empatizar y validar las emociones y sentimientos que puedan surgir.

En este contexto, es probable que las personas residentes necesiten hablar acerca de la enfermedad, con la seguridad de que van a recibir información adecuada y contención en las respuestas. Esto no significa que todo el personal deba tener la respuesta precisa, pero sí tienen que saber a quién derivar la consulta. Se destaca aquí nuevamente la importancia del trabajo en equipo y del reconocimiento de los propios límites.

Tener la información adecuada no significa un exceso de programas de noticias. Lo recomendable es incentivar el uso de Netflix, reproductores de CD, Youtube, etc.

Es importante buscar alternativas para dar continuidad a las actividades físicas, recreativas y terapéuticas; en muchas residencias se llevan adelante pequeñas tareas y ejercicios en las habitaciones, más personalizados, importantes para seguir fomentando el aprendizaje y el estímulo de las habilidades cognitivas.

En algunos casos, la planta física y la evolución epidemiológica también permitieron el cultivo en huertas, que se complementó con talleres de cocina. A través de esta actividad se actualizaron historias de vida, los gustos por determinadas comidas, el recuerdo de cómo preparar recetas, las diferencias culturales o la puesta en juego de algunas habilidades motrices.

Como ejemplo de interacción con la comunidad, que es otro eje de la ACP, en una residencia de CABA están confeccionando tapabocas para donar. Se logra una actividad creativa significativa, fortaleciendo valores solidarios y, fundamentalmente, manteniendo la conexión con la realidad fuera de la institución.

Reflexión: El aprendizaje también se pone en juego en la adaptación a nuevos parámetros y en la incorporación de nuevas realidades. Cambia el personal, hay mayor rotación, licencias, se modifican los días de asistencia, y sin posibilidad de ver los rostros como antes. Son desafíos constantes que hay que transformar en oportunidades para fortalecer la atención, la memoria y las asociaciones.

A modo de cierre

Es necesario cuidar y proteger la salud física, pero sin dejar de lado la salud emocional y social. La tarea que tenemos por delante es la de habilitar el espacio para lo lúdico, lo creativo y lo placentero. Aunque las normas protegen frente a lo amenazador, tal como fue propuesto por PAMI en el Protocolo para promover el Buen Trato en las Residencias de Larga Estadía, hay que propiciar un clima institucional cálido y alegre que favorezca el bienestar y el buen ánimo de las personas residentes. Ese es el sentido con el que planteamos las “intervenciones exitosas”, por su orientación a generar y sostener el bienestar subjetivo de las

personas mayores. La ACP se puede construir en el día a día con intervenciones que sean significativas y teniendo presente que se trata de un modelo que es enfoque rector del buen trato y fundamental para guiar la tarea diaria.

En este contexto, es probable que las personas residentes necesiten hablar acerca de la enfermedad, con la seguridad de que van a recibir información adecuada y contención en las respuestas. Esto no significa que todo el personal deba tener la respuesta precisa, pero sí tienen que saber a quién derivar la consulta.





CAPÍTULO 6

El cuidado de los que cuidan

Dr. Fabián Triskier

Integrante de la Subgerencia de Desarrollo y Cuidados
Psicosocial de PAMI

Este trabajo se encuentra basado en gran medida en una presentación realizada por mi colega y amigo, el Dr. Sergio Strejilevich, "Manejo e impacto psicológico del colega durante la situación COVID-19", Sesión del 5 de junio de 2020.
<http://www.practicapsiquiatria.com/video-chat.html>

Apego, cuidado y Elvis

Si pensamos en el significado de “cuidado” en la especie humana, resulta imposible no hacer referencia John Bowlby (1907-1990), el fundador de la Teoría del Apego¹. Él postuló la existencia de una necesidad primaria en la especie humana de establecer vínculos estables con sus cuidadores o personas significativas, basándose en la observación de niños/as separados/as de sus familias. Esta conducta también ha sido observada en casi todas las especies de mamíferos: el mantenimiento de la proximidad de un individuo inmaduro a un individuo adulto, muy frecuentemente la madre. Para Bowlby, el impulso al apego es natural, no aprendido. Los seres humanos compartimos con muchas especies del reino animal esta necesidad de ser cuidados en nuestra infancia por los adultos/as, durante una extensión de tiempo muy prolongada. En cambio, resulta difícil encontrar conductas de cuidado de mayores en otras especies. Hay quienes postulan haber identificado ese tipo de comportamientos en algunos primates, lobos y perros salvajes africanos. Si así fuera, serían comportamientos excepcionales. El cuidado a personas mayores dependientes parecería ser un rasgo propio de la cultura humana. Y, además, parecería haber surgido muy temprano en la historia.

Un equipo de investigadores de Atapuerca², España, halló vértebras y pelvis pertenecientes a un hombre maduro de la especie “Homo

heidelbergensis”, que habría vivido allí hace unos 500.000 años. Los investigadores le dieron a la pelvis el nombre de “Elvis”; por sus características, este individuo habría tenido una gran dificultad para desplazarse. Solo pudo haber vivido habiendo recibido cuidados de su grupo. Las conductas altruistas son parte de la naturaleza humana y son constitutivas de su cultura; el cuidado de las personas mayores es un ejemplo.

Los cuidados fuera del marco familiar

No sabemos quiénes se encargaron de cuidar al dueño de Elvis. Probablemente algunos miembros de su familia, como en la actualidad. ¿Habrán colaborado con esta tarea otros integrantes de su grupo cercano? No podemos saberlo, pero la existencia del cuidado por personas que no forman parte del grupo familiar, también parece no ser un comportamiento novedoso entre nosotros, los humanos.

Aunque no podamos atribuirle una antigüedad tan grande como la de los hallazgos de Atapuerca, parece haber sido una práctica existente durante la Edad Media, por lo menos si confiamos en algunos escritos de esa época. Maimonides fue un filósofo y médico judío nacido en Córdoba, España, en el año 1138. Entre sus escritos encontramos el siguiente principio: “Si tu padre o tu madre sufren de un trastorno mental, debes esforzarte para comportarte con ellos con compasión, acorde a su estado

mental hasta que se curen. Pero si no puedes soportar la tensión por más tiempo, por el incremento de su nivel de enfermedad, puedes dejarlos a cargo de otros que los cuiden adecuadamente”³. Este texto puede orientarnos a pensar que ya durante la Edad Media existía la tarea del cuidador/a formal, aquel o aquella a quien la familia transfería la tarea de cuidar, de cuidar “adecuadamente”.

Corriendo carreras durante la pandemia

La tarea del cuidado institucional de personas mayores es una tarea compleja que conlleva un alto nivel de exigencia para quienes la realizan. El fenómeno de “estrés del cuidador” ha sido muy citado en la bibliografía gerontológica, pero no tan tenido en cuenta en las instituciones. La emergencia de la pandemia por COVID-19 ha generado un alto impacto en la población general y una particular importancia entre quienes trabajan en Residencias de Larga Estadía. Aunque existieron epidemias recientes por coronavirus (SARS y MERS), ninguna tuvo la magnitud de la situación que estamos viviendo. Es por ello que creemos fundamental prestar especial atención a quienes cuidan personas mayores, reflexionar y establecer acciones para también cuidarlos. Cuidar a quienes dedican su vida a cuidar.

Desde los primeros momentos de la pandemia, hubo quienes alertaron sobre la importancia del cuidado del personal

trabajador de la salud. Un ejemplo ha sido el del atleta que debe prepararse para afrontar una carrera. A diferencia de otras, esta no será una carrera corta: será una maratón⁴.

En ella se deben tener ciertos recaudos, un máximo cuidado de no agotarse en los primeros kilómetros. De suceder, los kilómetros restantes se harán muy difíciles. Cuando se corren distancias medias y largas, la clave es lograr que se acompañe la respiración hasta el momento que los corredores denominan como “cambiar el aire”. Si se ha entrenado lo suficiente, es anticipable y se lo espera mientras se administra el esfuerzo inicial. También es importante definir, con anticipación, los tiempos para ingerir un gel, tomar agua, etc. Los que corren maratones saben que también habrán de atravesar momentos en los que la mente se vea inundada por pensamientos negativos: “Ya está, fue suficiente, no sigas más”, “¿Para qué te metiste en esto?”, “¡No sabés todo lo que falta!”⁵. Una persona que corre maratones tiene conocimiento de la disciplina y se entrena para poder superarse y llegar a la meta. El personal trabajador de la salud, los cuidadores y cuidadoras que desempeñan su tarea en Residencias de Larga Estadía para personas mayores, en cambio, nunca se vieron enfrentados a una situación con las exigencias que la pandemia por COVID-19 ha presentado. Los cuidadores y cuidadoras no son superhéroes. Son seres humanos cumpliendo con una vocación: el cuidado. Para poder desarrollarla en un

contexto tan difícil, es indispensable poder extremar las conductas de cuidado, para evitar el llamado burnout, agotamiento.

El burnout es un síndrome de agotamiento físico y mental, causado por el sometimiento prolongado a exigencias laborales. El burnout es tóxico, no solo para quienes lo sufren, sino también para las personas que están a su cuidado, ya que se asocia a la pérdida de empatía, el bajo rendimiento laboral y el incremento de los errores⁶.

A continuación se brindan algunos de los signos del burnout, clasificados en tres categorías: conductuales, emocionales y físicos.

Factores de estrés y factores protectores

La pandemia que estamos sufriendo no tiene antecedentes en tiempos recientes por su magnitud global. Sin embargo, algunas regiones sufrieron el impacto de diferentes epidemias causadas por coronavirus que generaron situaciones similares a las que estamos viviendo: el SARS y el MERS. El síndrome respiratorio agudo grave (SARS) fue detectado por primera vez en China en febrero de 2003. El MERS (Síndrome Respiratorio de Medio Oriente) fue identificado, por primera vez, en Arabia Saudita en el año 2012.

CONDUCTUALES	EMOCIONALES	FÍSICOS
No asumir responsabilidades	Sentimiento de fracaso	Cansancio y agotamiento
Aislamiento	Impotencia	Enfermedades más frecuentes
Demora en las tareas	Sentimiento de soledad	Dolores de cabeza
Consumo de alcohol y otras sustancias	Desmotivación	Contracturas musculares
	Negativismo	Cambios en el apetito
	Insatisfacción	Cambios en el sueño

Haciendo una rápida revisión de la literatura científica internacional, podemos hacernos una idea del impacto que tuvo en el personal de la salud^{7 8 9 10}. Existen diferentes reportes de factores asociados al burnout. Entre ellos se destacan el temor al contagio, la falta de recursos en el lugar de trabajo, los cambios frecuentes en las indicaciones que recibían de sus superiores, las actitudes estigmatizantes, la falta de apoyo de conocidos y familiares, el efecto de la restricción de visitas a familiares de sus pacientes y el sentimiento de soledad.

Entre los factores protectores, se destacan: haber recibido capacitación y supervisión adecuadas y apoyo emocional de compañeros/as de trabajo.

Un artículo recientemente publicado en la prestigiosa revista JAMA¹¹ comunica los resultados de una investigación realizada con profesionales de la salud en California, USA. Los investigadores se propusieron comprender las fuentes específicas de ansiedad y miedo frente a la pandemia actual, con el fin de abordar adecuadamente estas cuestiones, brindando respuestas para reducir el estrés y/o incrementar la capacidad de recuperación. Se exploraron tres aspectos clave: qué es lo que más les preocupaba, qué mensajes y conductas necesitaban de sus líderes y qué otras fuentes de apoyo creían que les serían más útiles. Entre las fuentes de ansiedad más importantes se mencionaron:

- 1) No contar con equipos de protección personal adecuados
- 2) El temor a contagiar a la familia
- 3) No ser testeados y difundir la infección en su lugar de trabajo
- 4) El cuidado de los niños/as frente al aumento de horas de trabajo
- 5) No ser competente frente a nuevas tareas o requerimientos
- 6) No tener acceso a información actualizada.

Los autores del artículo propusieron convertir las fuentes de ansiedad en cinco mensajes que las instituciones deberían tener en cuenta en función del cuidado de sus trabajadores/as: escuchame, protégeme, capacítame, apoyame y cuidame. En el siguiente cuadro se detalla a qué se refería cada uno de estos mensajes, es decir, qué deseo expresaban y qué posibles respuestas podrían brindarse. Además, el personal de salud encuestado planteaba la necesidad de un liderazgo visible durante este tiempo turbulento. Dadas las limitaciones del distanciamiento social, los líderes tal vez necesiten considerar formas innovadoras de estar presentes y conectar con sus equipos. Es fundamental que comprendan sus fuentes de preocupación, les aseguren que son reconocidas y que intenten desarrollar enfoques que las mitiguen.

El lenguaje importa

El uso adecuado del lenguaje es una forma de cuidarnos y cuidar a los demás. Desde el inicio de la pandemia, las personas mayores han sido identificadas como “personas de riesgo”. Denominarlas así es un error. Las personas mayores tienen mayor riesgo de sufrir un peor impacto en su salud en caso de infectarse, no de contagiar más a otras. Son personas “en” riesgo. No “de” riesgo. Hablar de personas de riesgo es atribuirles, aunque sea por un error de expresión, una potencialidad mayor de causar daño que no existe. Es una denominación estigmatizante. El estigma puede definirse como cualquier atributo, rasgo o comportamiento

capaz de generar la devaluación de un individuo o grupo y su posterior exclusión social. Hay un consenso generalizado respecto de que el estigma promueve la exclusión social y la renuencia a buscar ayuda. Esta caracterización inadecuada de las personas mayores se extiende, naturalmente, a sus cuidadores/as con el mismo potencial estigmatizante.

Otro uso inadecuado del lenguaje es el concepto de “distanciamiento social”. El distanciamiento que debe respetarse para evitar la diseminación viral es el físico, de fundamental importancia para quienes trabajan en Residencias de Larga Estadía. Al igual que en otras instituciones de la salud, el cuidado se potencia mediante



MENSAJE	DESEO PRINCIPAL	RESPUESTA
Escuchame	Escucha atenta y comprensiva de las preocupaciones.	Crear canales de comunicación (grupos de escucha, buzón de sugerencias o por correo electrónico, etc.). Asegurar que la voz de los/as trabajadores de la salud forme parte del proceso de toma de decisiones.
Protegeme	Reducir el riesgo de infección de los/as trabajadores de la salud.	EPP adecuado, acceso a evaluaciones de salud si los síntomas lo justifican. Información y recursos para evitar contagios en casa.
Preparame	Recibir capacitación para dar asistencia de calidad.	Capacitación rápida para apoyar una base de conocimientos básicos y críticos. Respaldo y acceso a expertos. Reconocer la falta de experiencia y la necesidad de ayuda.
Apoyame	Proporcionar apoyo que reconozca las limitaciones humanas en un momento de horas de trabajo extremas, incertidumbre y exposición intensa a pacientes.	Apoyo para las necesidades físicas, comidas sanas e hidratación. Alojamiento para las personas que no viven cerca. Apoyo a las necesidades: primeros auxilios psicológicos, seminarios web y apoyo individual.
Cuidame	Brindar apoyo integral al individuo y a su familia si necesita estar en cuarentena.	Apoyo de alojamiento en aislamiento para necesidades (alimentos, cuidado de los niños y apoyo emocional. No descontar el tiempo de cuarentena.

la utilización de elementos de protección personal, reduciendo al mínimo la posibilidad de contagio.

El distanciamiento físico no debe impedir el mantenimiento de los vínculos sociales. Por el contrario, debe incrementarlo. Exige el desarrollo de nuevas habilidades al encontrarnos privados de un sinnúmero de gestos cotidianos que expresan afecto y confianza: darse la mano, abrazarse, dar un beso, una palmada, compartir un mate. El sostenimiento del vínculo social con distanciamiento físico, evitando el aislamiento, es de vital importancia en estos momentos. Es un cuidado que no debemos desatender.

Por último, desde el inicio de la pandemia se vienen utilizando diferentes metáforas bélicas. Es frecuente escuchar palabras tales como “derrotar”, “aniquilar”, “enemigo invisible”. En un comunicado fechado el 20 de julio pasado, las autoridades de APSA, Asociación de Psiquiatras Argentinos, alertaban a la comunidad acerca de este hecho: “Las metáforas bélicas no solo distorsionan y dificultan la comprensión del fenómeno, sino que además, alejan a la ciudadanía del cumplimiento correcto de las medidas de cuidado social”¹³. Quien mejor pudo alertarnos de los riesgos de este fenómeno ha sido Susan Sontag¹⁴: “La metáfora militar sirve para describir una enfermedad particularmente temida como se teme al extranjero, al «otro». Al igual que al enemigo en la guerra moderna, el salto que media entre demonizar la enfermedad y achacar algo al paciente es

inevitable, por mucho que se considere a este como víctima. Las metáforas militares contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y, por ende, a quienes están enfermos”.

Parafraseando a Sontag: el salto entre demonizar la enfermedad y achacar un atributo negativo a quienes viven en residencias es inmediato, por mucho que se los considere como víctimas. Y el salto para estigmatizar a quienes les cuidan también es automático. Estar atentos a cómo nos referimos a los hechos también es una forma de cuidar.

Algunas recomendaciones prácticas

En tiempos de pandemia es necesario extremar las medidas de autocuidado. Las residencias también pueden adoptar algunas, que pueden ser simples y no requieren de gran inversión ni sofisticación, pero resultan de importancia a la hora de reducir el riesgo de agotamiento. Mencionamos algunas de ellas:

Descanso: quienes trabajan en residencias suelen cumplir jornadas extensas de trabajo. A pesar de no ser una modalidad nueva, las circunstancias de la pandemia hacen necesario poder garantizar un tiempo adecuado de sueño, que además de descanso físico permitirá una mejor regulación emocional. Es necesario que en las residencias se pueda contar con tiempos de descanso y, para quienes cumplen jornadas extensas, quizás la posibilidad de recostarse e incluso dormir

una breve siesta.

Hidratación: existen evidencias de que el personal de salud, fundamentalmente el de enfermería, pueden mostrar signos de deshidratación¹⁵. La deshidratación puede ser involuntaria en el personal por centrarse en las necesidades de sus pacientes olvidando hidratarse. La deshidratación voluntaria también puede ocurrir para evitar descansos que puedan distraer de la tarea. Es importante ofrecer espacios de hidratación.

Nutrición: es importante mantener una alimentación balanceada; disponer de alimentos saludables en el lugar de trabajo puede contribuir a dicho objetivo.

Comunicación: es importante acordar con el equipo que la angustia, la preocupación, la ansiedad y el miedo son respuestas comprensibles frente a las amenazas. Asegurar que todos se sientan apoyados para poder hablar de sus preocupaciones. Comprender que hay quienes pueden sentir una disonancia entre los compromisos de trabajo y las responsabilidades del hogar. Generar espacios de diálogo en el que puedan expresarse las emociones.

Lista de control antes de irse a casa: es importante establecer un corte al finalizar la jornada. Una buena idea es poder hacer un breve chequeo antes de retirarse:

a) Reconocer las situaciones que fueron difíciles. Evitar el reproche a uno mismo y a los demás.

b) Considerar tres cosas que hayan salido bien en el día, permitirse estar orgulloso/a de lo hecho.

c) Despedirse de los colegas antes de irse, prestar atención a cómo están.

d) Si tiene un rol de liderazgo, siempre recordar al equipo que pueden hablar con Ud.

e) Cambiar el foco de atención en casa. Descansar y recargar energías.

Aprendiendo en tiempos de pandemia

Más allá del cuidado necesario para poder aliviar la carga y reducir el riesgo de agotamiento de quienes trabajan en Residencias de Larga Estadía, es importante reflexionar acerca de los nuevos comportamientos como el desarrollo de la creatividad para suplir carencias y las numerosas situaciones de colaboración y solidaridad.

Un artículo publicado en The New England Medical Journal¹⁶ puede ayudar a pensar el tema; refiere al aumento del índice de burnout entre médicos y médicas frente al incremento de requerimientos burocráticos, a través de los nuevos registros clínicos de tipo electrónico.

En un principio, las autoridades sanitarias lo atribuyeron exclusivamente al personal de más edad, suponiendo su falta de familiaridad con los sistemas informáticos. Muy pronto se evidenció el mismo nivel de agotamiento en



profesionales jóvenes. Entonces, no se trataba de la familiaridad con los sistemas informáticos. Las autoridades de algunas instituciones intentaron paliar los síntomas de agotamiento, ofreciendo clases de ejercicio físico y relajamiento muscular, eventos sociales y de recreación, horas de cuidado pagas para sus hijos e hijas, hobbies, etc. Ninguna de estas medidas tuvo el efecto esperado. Era necesario comprender las razones del agotamiento antes de establecer medidas para aliviarlo. Se llegó a la conclusión de que el agotamiento era la expresión de una profunda falta de alineamiento entre los valores del personal trabajador y las modificaciones introducidas en el sistema.

La psicología organizacional pudo, en este caso, proporcionar una explicación y una hoja de ruta para mejorar el agotamiento. Un trabajo muy citado de esta disciplina examinó la motivación en el lugar de trabajo¹⁷. Los investigadores propusieron diferenciar la motivación intrínseca y extrínseca. En la primera, las personas pueden realizar una actividad porque la encuentran interesante y experimentan satisfacción espontáneamente. En la segunda, la satisfacción no proviene de la actividad, sino de una recompensa. Se podría imaginar que los motivadores intrínsecos y extrínsecos tendrían efectos sinérgicos. Sin embargo, los autores demostraron que los motivadores extrínsecos tangibles, como las recompensas monetarias, paradójicamente pueden socavar la motivación intrínseca.

Este efecto inesperado se produce, sobre todo, entre quienes desempeñan tareas complejas que requieren flexibilidad cognitiva, creatividad y resolución de problemas. El trabajo en salud y el cuidado de las personas mayores en todas sus formas es un ejemplo de esto último. Además, es considerado tradicionalmente como vocación, con un alto nivel de altruismo. Estas características incluyen una considerable motivación intrínseca. Intentar reducir los niveles de agotamiento exclusivamente a través de motivadores extrínsecos no solo se mostró inútil, sino que además erosionaba la motivación intrínseca, lo que llevaba a la “desmotivación”, al agotamiento.

Es importante destacar que, para los autores, el dinero en sí mismo no es tóxico. Un aumento del salario anual no disminuye la motivación intrínseca. Pero, en cambio, vincular el dinero con cada interacción individual con el paciente, convirtiendo el trabajo en unidades de valor relativo (lo que implicaría, por ejemplo, atender más pacientes en el mismo tiempo, dedicando menos tiempo a cada paciente), sí lo hace. Los autores postularon que habría tres pilares que sostienen la motivación intrínseca y el bienestar psicológico: la autonomía, la competencia y la pertenencia. La autonomía significa tener el derecho de actuar con iniciativa propia y tener la posibilidad de elegir. La competencia se vincula a los conocimientos que se tiene y con poder hacer un juicio apropiado en cada caso para resolver

los problemas. La pertenencia se asocia al sentimiento de ser parte, de tener vínculos interpersonales y estar conectado a la organización. El problema del agotamiento no se resolverá sin abordar las cuestiones de la autonomía, la competencia y la pertenencia.

En tiempos de pandemia, el personal de salud que trabaja en Residencias de Larga Estadía para personas mayores está respondiendo con una asombrosa muestra de desinterés, cuidando y atendiendo a pesar del riesgo de un profundo daño personal. Sus esfuerzos deben ser reconocidos y aplaudidos. Durante este interludio lleno de incertidumbre, ha habido un sentido de altruismo y urgencia que ha catalizado, inesperadamente, el restablecimiento de algunos elementos de autonomía, competencia y pertenencia. Hay numerosos ejemplos de cómo el personal de residencias ha resuelto problemas nuevos, instrumentado modalidades de comunicación con familiares a distancia, participando en actividades de estimulación y recreación, controlando a sus compañeras y compañeros de trabajo en el uso adecuado de EPP y solicitando ser controlados, aunando esfuerzos para aumentar al máximo el bienestar de cada residente. ¿Podremos lograr que los cambios positivos se mantengan?

Los Beatles, Sui Generis y otra vez Elvis

Durante los años 60, Los Beatles se preguntaban de dónde venían y adónde

pertenecían todas esas personas solitarias¹⁸. En los 70, dos jóvenes músicos de nuestro país se preocupaban por un tiempo en el que comenzamos a quedarnos solos y en que los medios de comunicación se mostraban inútiles para brindar una “eléctrica compañía”¹⁹. Sabemos que la soledad no se define por el hecho de estar solo/a, sino por la sensación subjetiva de estarlo, por sentir que se transita en un “escenario vacío”. Sentirse solo/a en tiempos de pandemia debe ser un llamado a la búsqueda de un otro/a que pueda escucharnos y también mantenernos atentos para percibir la soledad de quienes nos rodean y ofrecernos a acompañarlos/as.

Hace muchos años le preguntaron a la antropóloga Margaret Mead cuál era el primer signo de civilización en la cultura. Ella respondió que un fémur fracturado que había cicatrizado. Explicó que, dado que la fractura se había resuelto, seguramente hubo personas que cuidaron a la persona hasta su recuperación. Como con Elvis, la pelvis. Probablemente, la capacidad de cuidar a otros hable más de nuestra especie de lo que nosotros pensamos. Y en tiempos como los que estamos viviendo, mucho más.

Héctor Oestherheld, autor de *El eternauta*²⁰, desaparecido y asesinado por la dictadura militar en 1978, comparaba a su héroe con Robinson Crusoe, aquel personaje de Daniel Defoe, náufrago en una isla. Sin embargo, se ocupó de aclarar que no existían héroes solos, que “el único héroe válido es el héroe en grupo”.

Quienes trabajan en Residencias de Larga Estadía no son héroes, pero sí requieren del cuidado compartido y la confianza en la autonomía, la competencia y la proximidad de la pertenencia para poder desarrollar su tarea con el máximo nivel de bienestar posible, a fin de reducir el riesgo de agotamiento en momentos tan difíciles.

1. Bowlby John, El apego. El apego y la pérdida. Editorial Paidós, 1993.
2. Bonmatí A y cols. El caso de Elvis el viejo de la Sima de los Huesos, Dendra Médica. Revista de Humanidades 2011;10(2):138-146.
3. Maimonides, Mishne Tora, Hiljot mamrim 6:10. https://www.sefaria.org/Mishneh_Torah%2C_Rebels.6.10?lang=bi&with=all&lang2=en
4. Unadkat S, Farquhar M, Doctors' wellbeing: self-care during the covid-19 pandemic, BMJ 2020.
5. Czikk R, Pensé que iban a ser 100 metros. <https://medium.com/@ricardolcz/pens%C3%A9-que-iban-a-ser-100-metros-7cdcb93200d4>

6. Panagioti M, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and metaanalysis. JAMA Intern Med. 2018; 178(10):1317-1330.
7. Kang HC et al. Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak. Int J Nurs Pract. 2018;24:e12664. <https://doi.org/10.1111/ijn.12664>
8. Kim S et al. Factors Influencing Emergency Nurses' Burnout During an Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Korea. Asian Nursing Research 10, 2016, 295e299.
9. Maunder R et al. Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak Emerging Infectious Diseases · www.cdc.gov/eid · Vol. 12, No. 12, December 2006.
10. Wu P et al. The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. Can J Psychiatry. 2009 May ; 54(5): 302-311.
11. Shanafelt T, Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. JAMA June 2, 2020, Volume 323, Number 21: 2133-2134.
12. Goffman E, Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu Ediciones.
13. www.apsa.org.ar
14. Sontag S, El SIDA y sus metáforas. Muchnik Editores, 1988.
15. El-Sharkawy AM et al. Hydration amongst nurses and doctors on-call (the HANDS on prospective cohort study), Clinical Nutrition xxx (2015) 1-8.
16. Hartzband P, Physician Burnout, Interrupted. N Engl J Med 2020; 382:2485-2487.
17. Gagné M, Deci EL, Self-determination theory and work motivation. J Organiz Behav 2005; 26: 331-62.
18. The Beatles, Eleanor Rigby. Revolver.
19. Sui Generis, Cuando ya me empiece a quedar solo. Confesiones de invierno, 1973.
20. Oesterheld, H, El eternauta. Doedytores, 2008.





CAPÍTULO 7

El otro gran desafío: la atención de las personas con demencias

Dr. Julián Bustin

Integrante de la Subgerencia de Desarrollo y
Cuidados Psicosocial de PAMI

Nos referimos al “otro gran desafío”, ya que consideramos que el primer gran desafío es mantener la salud de las personas residentes, sus familiares, el personal, es decir, de toda la comunidad de las Residencias de Larga Estadía (RLE).

Cuando hablamos de salud, nos referimos a la definición de la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

¿Por qué es el primer gran desafío?

Porque la comunidad de las Residencias de Larga Estadía es la que se encuentra en mayor riesgo. Decimos “en riesgo” y no “de riesgo”. En los estudios en China, la letalidad del COVID-19 fue del 2%. Las personas mayores tuvieron cinco veces más posibilidades de fallecer y el personal de salud dos veces más. También en las RLE hay gran rotación de personal y espacios limitados para mantener el distanciamiento físico. A esto tenemos que sumarle el talón de Aquiles de esta pandemia, que son las personas asintomáticas. Debido a estos factores, entre otros, más del 50% de las personas fallecidas durante la pandemia en Noruega, Bélgica, Canadá, Irlanda y Francia se produjo en RLE.

Por todo esto, mantener la salud es el primer gran desafío y para lograrlo comenzamos en el PAMI con el programa Residencias Cuidadas.

¿Cuál es el otro gran desafío?

El otro gran desafío son las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias (EAOD). En la Argentina no tenemos datos fidedignos de cuántas personas con EAOD viven en las RLE. En España, hasta el 65% de las personas residentes tienen EAOD. El Instituto Nacional de Envejecimiento y la Asociación de Alzheimer definen que una persona cumple criterios para el diagnóstico de demencia cuando:

- Los síntomas cognitivos y/o conductuales (neuropsiquiátricos) interfieren con las actividades de la vida diaria (AVD).

- Representan un deterioro en relación con el funcionamiento previo.

- Los síntomas cognitivos y/o conductuales deben afectar al menos 2 de los siguientes dominios:

- Memoria
 - Lenguaje, lectura o escritura
 - Atención
 - Orientación
 - Funciones visuoespaciales
 - Funciones ejecutivas
 - Razonamiento
 - Síntomas conductuales o psicológicos
- Entonces, podemos entender que las personas con demencias tienen dificultades:
- Cognitivas (ej.: no pueden retener la información sobre los cuidados personales,

no recuerdan la razón por la cual no los visitan sus familiares y amigos, etc.).

- Funcionales (ej.: pueden tener dificultades para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria y, por lo tanto, hay veces que es imposible mantener el aislamiento físico).
- Conductuales (ej.: más del 70% de las personas con demencias tienen síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia como depresión, delirios, alucinaciones, etc.).

Todas estas características agregadas a las que mencionamos previamente convierten a la salud de las personas residentes con demencia en el otro gran desafío y en una especie de “tormenta perfecta”.

¿Cuál es nuestro rol en este desafío?

Para cumplir adecuadamente nuestro rol en este desafío tenemos que basarnos en los principios de la atención centrada en la persona que venimos viendo a lo largo de todo este ciclo de charlas.

Es particularmente importante respetar este principio en las personas mayores, porque nuestro cerebro se desarrolla a lo largo de toda la vida. Durante nuestra vida “tallamos” en las redes neuronales la trama de la identidad psicológica y social de nuestra historia. El resultante es único e irrepetible. Como una escultura progresivamente “tallada”, mientras más experiencias de vida tiene una persona,

más se diferencia de las otras personas.

Algunas sugerencias para la comunicación con las personas con demencia que tienen dificultades para comprender lo que está sucediendo con la pandemia:

- Explique la epidemia de manera sencilla.
- Evite la exposición prolongada a medios de comunicación.
- Evite los comentarios relacionados al COVID-19 que puedan confundir o preocupar a la persona.
- Para evitar que la persona quiera salir de la residencia explique sencillamente lo que está ocurriendo.
- Si la persona pregunta por sus familiares, intente mantener contacto de manera virtual o mostrar fotos o videos de ellos.
- Transmita calma y serenidad en todo momento, brindando un buen trato, humanizado y no discriminatorio.
- Si la persona no entiende, no insista y cambie de tema.
- Tenga claro y transmita que esta situación no será indefinida.

Algunas sugerencias para la comunicación con las personas con demencia que tienen dificultades para comprender y recordar las medidas preventivas de higiene y distanciamiento social:

- Requerirá recordatorios y apoyo para su realización.

- Deben ser supervisadas e idealmente realizadas en conjunto con el residente con demencia para que pueda imitar los movimientos.
- Puede ayudar cantar una canción o escuchar una música que le guste a medida que las va realizando.
- Recordar el aumento de sensibilidad a los estímulos.

Algunas sugerencias para la comunicación con las personas con demencia en relación con la importancia de las rutinas y los hábitos saludables:

- Instale una rutina diaria con horarios, bien estructurada y adaptada a las circunstancias.
- Mantenga horarios regulares para levantarse, vestirse, comer, higienizarse y dormir.
- Acompañe y fomente la participación de los residentes con demencia en actividades que se relacionen con sus intereses y que estén acordes a sus habilidades actuales.
- Incluya a los residentes con demencia en las tareas de la residencia, como doblar y colgar ropa, poner y retirar la mesa, barrer, hacer la cama o ayudar en la cocina. No importa que cometa errores, lo importante es que la persona se sienta útil al realizar la actividad.
- Felicite y refuerce positivamente las actividades en las que el residente con demencia participa.
- Mantenga la actividad física. Ayuda a mantener la movilidad y disminuir la ansiedad.

- Intente mantener los mismos horarios de sueño.

Es importante tener en cuenta que a pesar de realizar una atención centrada en la persona y ser especialistas en el cuidado de las personas con demencias, no es el único factor presente en los cuidados y, muchas veces, puede fallar y la persona residente puede comenzar con un deterioro cognitivo o funcional o con síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD).

Entonces, ¿qué hacemos en esos casos?

Lo primero que tenemos que hacer es describir lo que está sucediendo.

- ¿Cuál es exactamente el síntoma?
- ¿Cuándo, dónde y con quién sucede?
- ¿Cuánto dura?
- ¿Qué efecto tiene en el residente/familiar?
- ¿Qué lo hace mejor y peor? (Gatillos)
- ¿Nivel de distrés que genera?
- ¿Antecedentes similares?

Lo segundo es descartar causas médicas de estos cambios cognitivos, funcionales o SCPD, sobre todo si estos cambios se producen de forma aguda y fluctuante.

Es muy frecuente observar en personas mayores, y más si tienen una demencia, la aparición de síntomas cognitivos, conductuales o psicológicos en forma aguda y fluctuante.

Vemos un ejemplo:

Un residente que rápidamente (en solo horas) comienza a presentar cambios cognitivos o funcionales (como dificultades para prestar atención, desorientación en tiempo y lugar o mayor confusión) que pueden acompañarse de cambios psicológicos y conductuales (alucinaciones visuales, agitación, entre otros). Estos cambios se desarrollan de manera fluctuante, es decir, que hay momentos en que la persona los presenta y momentos que no.

Diagnóstico

Este cuadro clínico tan frecuente se denomina delirium o síndrome confusional agudo, y requiere para su diagnóstico de la realización de estudios médicos, ya que su origen siempre es una afección médica, en general no relacionada con la demencia (siendo las más frecuentes las infecciones urinarias o respiratorias).

Es decir que, si un residente comienza abruptamente con cambios cognitivos, conductuales o psicológicos que van fluctuando en el tiempo hay que consultar inmediatamente a un médico, porque seguramente sean consecuencia de una enfermedad médica no relacionada directamente con la demencia. Por lo tanto, al tratar adecuadamente esa enfermedad, van a desaparecer los cambios cognitivos, conductuales o psicológicos de comienzo agudo y curso fluctuante.

Es importante tener en cuenta:

- Tener un deterioro cognitivo es el factor de riesgo más importante para tener un síndrome confusional o delirium.
- El tratamiento es directo sobre la causa médica que le ocasionó el síndrome confusional.
- Mediar con psicofármacos sólo si el paciente está agitado, ya que las personas con síndrome confusional o delirium tienen más contraindicaciones que indicaciones para este tipo de tratamiento.

¿Cómo seguimos?

Una vez descartado el síndrome confusional o delirium, hay que investigar cuáles serían las causas subyacentes para este deterioro cognitivo, funcional o conductual del residente.

Estas causas pueden estar relacionadas con el residente o con el ambiente y pueden ser:

- médicas (dolor, constipación, etc.)
- ambientales (hiperestimulación o hipoestimulación, etc.)
- psicológicas (personalidad, etc.)
- interacciones con la persona que cuida (estrés, etc.)

Tratamiento

Ahora que tenemos claro el diagnóstico hay que comenzar el tratamiento y

monitorearlo para ver si está dando resultado.

El tratamiento de primera elección es el tratamiento psicosocial. Como se mencionó anteriormente, debe ser centrado en cada residente en particular, produciendo las alteraciones necesarias en los factores modificables, realizando intervenciones específicas (aromaterapia, musicoterapia, etc.) y también con intervenciones dirigidas a la psicoeducación del cuidador.

El tratamiento psicofarmacológico solamente debe ser utilizado si hay una falta de respuesta a los tratamientos psicosociales y los síntomas son moderados a severos, lo que aumenta el riesgo para el residente, los otros residentes o el personal de salud

Los antipsicóticos (haloperidol, risperidona, olanzapina, quetiapina) son los tratamientos más utilizados y con más evidencia de eficacia, pero también son los más controvertidos. Esto se debe a que el uso de antipsicóticos en los residentes con demencia está asociado con un aumento de la mortalidad y un deterioro cognitivo.

El orden de riesgo en relación a estos efectos adversos de mayor a menor es: haloperidol, olanzapina, risperidona y quetiapina.

Por otro lado, la quetiapina si bien es el más seguro, es el antipsicótico que ha demostrado menor eficacia para los SCPD. También sabemos que, a mayor dosis, mayor riesgo de efectos adversos para los residentes con demencia. Entonces, es siempre importante recordar que el tratamiento psicofarmacológico debe ser

elegido si persisten los SCPD luego del tratamiento psicosocial, si hay riesgo para el residente o para terceros.

Es muy importante documentar claramente el proceso de decisión en la historia clínica y revisar la indicación cada 6 semanas.

A modo de cierre

Para terminar, no hay posibilidad de un buen cuidado centrado en las personas con demencias, si el personal de salud no se encuentra saludable. Por lo tanto, siempre hay que estar atentos a estas 5 necesidades básicas del personal de salud:

- Escuchame
- Protegeme
- Capacítame
- Apoyame
- Cuidame

Y nunca debemos dejar de innovar y pensar de qué manera podemos darles el mejor cuidado a nuestras personas residentes. Porque todos tenemos este mismo sueño.



CAPÍTULO 8

La relación de las residencias con las familias

Lic. Vicente de Gemmis y
Lic. Mariela Silvia Rodríguez

Coordinador del equipo de Acompañamiento Psicosocial de PAMI e
integrante del equipo de Acompañamiento Psicosocial de PAMI

El equipo completo del área está formado por: Lic. Victoria Salvat, Lic. Carla Sciuti, Lic. Brenda Sette, Dr. Nicolás Oliva, Lic. Marcela Glave, Lic. Fabiana de León, Lic. Lorena Villella; Lic. Lucía Suarez, Lic. Alejandra Pierandrei, Lic. Pedro García, Lic. Juan Ignacio Muchinik, Dr. Diego Jacob, María Luján Alu y María Laura Salviolo.

**“En una crisis (...) operar es vincular.”
J.C. Lostalo**

El Equipo de Apoyo Psicosocial se enmarca en el Programa de Abordaje Integral para las personas afiliadas al INSSJP que residen en Residencias de Larga Estadía y establecimientos de salud mental y discapacidad en el contexto de la pandemia de COVID-19.

El abordaje de las intervenciones realizadas por el equipo tiene tres objetivos:

- 1)** Fortalecer la comunicación entre las RLE y establecimientos de salud mental y discapacidad y los familiares.
- 2)** Brindar apoyo psicosocial a las familias y/o referentes afectivos.
- 3)** Acompañar la construcción de herramientas que faciliten la intervención a los equipos que trabajan en las residencias.

Estos objetivos están enmarcados dentro de un abordaje de equipo interdisciplinario y de intersaberes que nos conducen a un trabajo artesanal y en construcción permanente.

Acuerdos compartidos

Cabe destacar que el equipo, en su desarrollo, sostiene tres acuerdos compartidos:

El primero es intentar crear certidumbre en la incertidumbre: consideramos que para intervenir en una situación compleja como es la comunicación, en un escenario crítico y dinámico como el que estamos atravesando, un elemento fundante

debería ser el poder crear, en la medida de lo posible, certidumbre en la incertidumbre.

El segundo es pensarnos como cartógrafos que van acompañando un proceso: análisis e intervención. La noción de cartografía, según Deleuze, es diferente al de los calcos prefabricados. Es un mapa inmanente que construirá el territorio en su mismo trazado, no lo preexiste ni se extiende más allá del dibujo cartográfico. No hay un camino a recorrer, no hay mapa construido ante este suceso único y novedoso del COVID-19.

Desde el inicio de la experiencia planteamos la necesidad de ir construyendo las intervenciones, “los caminos” para pensar la mejor respuesta posible en las actuales circunstancias. Según el autor citado, a diferencia de un mapa, el calco es muy peligroso, porque cuando cree reproducir otra cosa no hace más que reproducirse a sí mismo, es por eso que, en esta labor, la posibilidad de “cartografiar” implica un movimiento compartido¹.

El tercero es que obramos en una labor siempre singular, artesanal y procesual: cada intervención es singular, realizando un mapeo previo para identificar las características de terreno, lo cual nos va a llevar a construir una respuesta singular para esa situación en particular, una intervención artesanal que se irá desarrollando en el tiempo, procesualmente. La intervención va construyendo un saber del equipo y un saber, también, de los afectados y/o actores de la situación.

A continuación, desarrollaremos

cada uno de los objetivos y aquellas herramientas que utilizamos para mejorar la comunicación entre las RLE y las familias de los residentes.

- Primer objetivo: fortalecer la comunicación entre las RLE y los establecimientos de salud mental y discapacidad y los familiares.

Consideramos como parte de nuestro trabajo dos premisas: por un lado, acompañar a acompañar, por el otro, comunicar comunicado.

¿Qué significa esto que parece un juego de palabras?

Significa que nuestra intervención apunta a que las personas puedan ser acompañadas a ejercer el rol de acompañar: los equipos de salud, los prestadores, las familias de los residentes, etc. Acompañar a acompañar va generando una red de contención en la incertidumbre. En soledad no se puede acompañar.

Al mismo tiempo, comunicar-comunicado. No se puede comunicar solo e incomunicado.

Reconocer y valorar la comunicación para poder comunicar, comunicados al interior del equipo de trabajo para armonizar la comunicación con otros equipos, con familiares, etc.

Por otro lado, y en la misma línea, consideramos que, en una situación crítica como la que vivimos, la comunicación clara y precisa es vital. Evitar la comunicación por temor no solo vulnera

el derecho a la información, sino que es contraproducente con el objetivo de evitar angustiar a los familiares.

Siguiendo a Paul Watzlawick, sostenemos que es: “Es imposible no comunicar”²

Siempre se comunica

El silencio, el ocultamiento o la no comunicación es una forma de comunicar. Es por esto que la información brindada a los referentes debe ser sólida, clara, a tiempo, sostenida y sistematizada.

Las dudas e incertidumbre prolongadas en el tiempo generan angustia, lo cual puede conducir a búsqueda de información confusa y/o contradictoria.

La comunicación cierta y oportuna disminuye la angustia y genera confianza y empatía. Buscamos diversos canales de comunicación según la situación particular y el contenido de la noticia a informar. Estos pueden ser: llamados, mensajes, videollamadas, zooms, mails. Para encontrar estas formas creativas y alternativas es necesario pensar con otros y, a su vez, preguntarnos cuál es la mejor estrategia de comunicación.

Por ejemplo, al comunicar al referente el resultado positivo del test COVID-19 de un familiar residente es necesario un llamado telefónico, en cambio es posible emitir un parte diario a través de una lista de difusión, etc.

Consideramos imprescindible utilizar

herramientas de comunicación que nos permitan hacerlo de un modo claro, sencillo y concreto, al mismo tiempo que amable y continente.

En esta tarea comprendemos que no debemos asumir lo obvio ni dar por sentado que las personas con las que nos comunicamos van a reaccionar como creemos.

Parafraseando a Fernando Ulloa, no saber antes de saber: escuchar. En ese sentido, una llamada es un primer acercamiento para conocer a otro, comenzamos a “cartografiar”, a conducir un proceso de tramitación de diversos sentimientos entre ellos, predominantemente, la angustia.

Acompañar conteniendo la incertidumbre

Así llegamos a otra herramienta que utilizamos en el equipo que es darle tiempo de construcción a las respuestas que no sabemos, pero que, sin embargo, podemos encontrar: estructurar la demora poniéndole palabras.

Según Fernando Ulloa³, la estructura de demora se relaciona con la escucha, la atención libre flotante, la contratransferencia. Es el acontecer que se despliega en la neurosis de transferencia, y se encuentra relacionado con la abstinencia ante la falta de inmediatez de una respuesta que, a veces, el equipo no posee de manera inmediata.

Tal como lo plantea el autor, se concibe como “una suerte de arte marcial”, que no suprime el registro, sino la acción inmediata; al hacerlo logra trascender lo aparente y acceder a otro conocimiento.

Es por eso que, en las primeras comunicaciones con las familias, intentamos una construcción donde podamos sumar pequeñas certidumbres y generar un vínculo, un proceso de comunicación que “haga frente” a la inmensidad de la incertidumbre: si no tenemos las respuestas inmediatas, darnos tiempo para buscarla y mientras tanto estar presentes.

• Segundo objetivo: brindar apoyo psicosocial a los familiares y/o referentes afectivos.

En nuestro trabajo nos proponemos ofrecer un holding con la palabra, es decir: sostener, brindar contención. Creemos que para esto tenemos que realizar un doble juego: afectarnos - dissociarnos. Para poder contener tenemos que dejarnos afectar por lo que el otro nos relata, no ser un call center, una respuesta automática; necesitamos tener cierta resonancia emocional, empatía para poder ponernos en el lugar del otro y, a la vez, poder dissociarnos, instrumentalmente, para ofrecer la mejor respuesta posible, conservar el “corazón caliente para entender y cabeza fría para operar” (Alfredo Moffat).

Para poder intervenir en estas situaciones, consideramos que la plasticidad en la vinculación es una herramienta

fundamental. La plasticidad y la flexibilidad apuntan a poder transformar las relaciones estancadas y afectadas negativamente.

Por ejemplo, en ocasiones, la relación entre un referente de la residencia y un familiar se sostiene en un mutuo enojo. En ese caso, demanda al equipo de la residencia la plasticidad necesaria para que el referente modifique esta relación estancada o que el equipo designe a otro integrante para intentar otro modo de relación. En muchos casos es necesario entender que el enojo o la agresividad de un familiar oculta un fondo de angustia.

En el caso del familiar que sostiene una demanda irracional es fundamental comprender que, aunque sea irracional, no es menos sufriente. Intentamos en las intervenciones implicar al mayor número de actores imprescindibles en la construcción de redes de sostén

• **Tercer objetivo: acompañar la construcción de herramientas que faciliten la intervención a los equipos que trabajan en las residencias.**

Sostenemos que la relación entre las RLE y las familias tiene que ser lo más óptima posible siempre. Sabemos que, en muchos casos, no lo era antes de la pandemia. Es por esto que, en este contexto, resulta fundamental fortalecer aquellos aspectos que lo requieran.

En nuestras intervenciones, apuntamos a robustecer, mejorar y acompañar la comunicación y este vínculo. Proponemos reforzar el rol de las y los referentes

de la institución: prestador, director médico, equipo psicosocial, asistentes gerontológicos, personal sanitario, personal de cuidado, etc.

Cuando nos referimos a quien comunica dentro de la RLE, entendemos que un modo de acompañar a los equipos de salud es también acompañar y capacitar (en un sentido de dar cuenta de las capacidades potenciales que tienen) a aquellos que van a comunicar. Para esto, organizar la tarea dentro de la RLE, según habilidades y potencialidades de los equipos, lo que de hecho constituye una intervención.

Asumimos que existe un necesario movimiento pendular entre la rigidez normativa sanitaria, por ejemplo, las normas del protocolo -imprescindibles para el control y erradicación del virus- y el reconocimiento del cuidado, aportando humanidad tanto para las personas residentes como para el equipo y las familias. Partimos de que el reconocimiento de la dimensión técnica del cuidado debe ser acompañado del reconocimiento de la dimensión subjetiva del mismo⁴.

Es por eso que se vuelve importante no olvidar ni poner en un segundo plano la relación con el equipo que trabaja en las RLE: entender su cansancio, acompañar de forma empática, comprender el miedo, la angustia y la incertidumbre. No debemos olvidar que, ante la crisis actual, todos somos damnificados.

Desde el lugar de las familias, nos parece importante para fortalecer el vínculo el concepto de intersaberes, pensar al



familiar como actor y no como mero receptor significa tener en cuenta su saber y sus aportes.

Para esto, las RLE y sus equipos también deben alojar dudas y preguntas y, en la medida de lo posible, dar respuestas desde la hospitalidad y no solo desde el mero acto normativo de la comunicación.

En este sentido, el modo de comunicar a través del lenguaje nos impone un desafío: el lenguaje técnico y vacío de significación aporta mayor incertidumbre. Debemos comunicar con un lenguaje que contenga y que aporte certidumbre: buscar ejemplos claros donde se puedan explicar el porqué de las cosas.

Cuando hablamos de acompañar a acompañar, es también reconocer la angustia y vulnerabilidad de los equipos y poder estar ahí ofreciendo un canal de escucha.

A modo de cierre

Es preciso brindar apoyo y orientación a los equipos para sostener y acompañar la readecuación de las actividades preventivas psicosociales en relación con el plan de contingencia propuesto por PAMI al inicio de la pandemia⁵.

Ayudar a construir herramientas que faciliten la intervención de los equipos, para focalizar en los recursos y fortalezas; y para desplegar y reconocer capacidades.

Para lograr lo anterior, es necesario ampliar los márgenes creativos entre la institución, las personas residentes y las familias, en

pos de mejorar la comunicación y favorecer la situación de las personas mayores en el escenario actual.

Buscar espacios para personalizar, tal como lo plantea la Lic. Lourdes Bermejo, “para no deshumanizar la existencia” de las personas residentes, del equipo y de las familias.

1. Deleuze G. Spinoza: Filosofía práctica. San Pablo: Editora Escuta; 2002.

2. Paul Watzlawick, No es posible no comunicar. Barcelona. Ed. Herder, 2014.

3. Ulloa F, Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica, Bs. As, Ed. Paidós, 1995.

4. Franco, Túlio Batista; Merhy, Emerson Elias, El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Buenos Aires, 2011, 7(1):9-20.

5. Al inicio de la pandemia PAMI estructuró un protocolo de readecuación de las actividades psicopreventivas a cargo de los equipos psicosociales de las RLE. Este plan de contingencia promueve el sostenimiento de las actividades por parte de los equipos de forma presencial y remota, entendiendo que esas prácticas son parte esencial del proceso de salud integral de las personas adultas mayores.

Posfacio

Cuidar las residencias ha sido un desafío que tomó muy temprana y oportunamente el PAMI. Este objetivo permitió diseñar una serie de abordajes, como el Programa de Formación Abierta en Gerontología, con foco en Residencias Cuidadas, dando lugar a este libro que incluye cada una de las charlas ofrecidas.

Los temas tratados emergieron desde un abordaje que se planteó, inicialmente, para el cuidado de las residencias, a través de una serie de encuentros virtuales con los directores y equipos sociosanitarios. En estos encuentros se apuntaló el uso de los protocolos y otras estrategias para el apoyo en la situación de pandemia. A partir de las dificultades que nos planteaban, surgieron las propuestas de temas y de profesionales que lo abordaron.

Todo esto es valioso de considerar, ya que creemos en la educación para el cuidado y entendemos que el conocimiento siempre, pero especialmente en momentos de tal incertidumbre, es una herramienta importante para el desarrollo humano y comunitario.

Los temas tratados abarcaron una multiplicidad de aspectos. La comunicación como eje fundamental, porque pensamos una vejez con autonomía y con toma de decisiones en las Residencias de Larga Estadía, aún en situaciones de extremo cuidado como la actual. Por ello, resulta prioritario que la persona mayor residente participe y se involucre en esta comunidad de cuidados que son las residencias; incluso aquellas personas que padezcan un deterioro cognitivo pueden y deben

tener la oportunidad de decidir, según sus intereses y necesidades, contando para ello con el apoyo adecuado.

Cabe aclarar que la comunicación fue considerada también con relación a las personas con demencias, para que pudieran comprender la implementación de protocolos, mediante una comunicación empática y efectiva.

Asimismo, tomamos, de forma especial, el cuidado de la persona que cuida, quien se dedica a sostener, contener, ayudar, con el esfuerzo que significa su trabajo en situaciones de riesgo de contagio. Esto requiere que esa persona, más que nunca pueda encontrar espacios para la reflexión y el cuidado de sí.

La nueva gestión del Instituto considera que la Gerontología Comunitaria es clave en la transformación de sociedades, ya que su objetivo es que las personas mayores accedan al empoderamiento y a sentirse parte de la comunidad. Por ello, cada intervención o política pública es pensada y construida para y con las personas residentes.

La aplicación de cada una de las acciones durante la pandemia, manteniendo el respeto de los Derechos Humanos, es el comienzo de esta gestión que tiene como norte un proyecto integral y solidario, que abarque a cada uno de los miembros de esta comunidad: la residencia para las personas mayores.

Dr. Ricardo Iacub
Subgerente de Desarrollo y Cuidados Psicosocial

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- Huenchuan S, COVID-19: Recomendaciones generales para la atención de las personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. (LC/MEX/TS.2020/6/Rev.1), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020.

- Larroy C. et al. Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de Covid-19 en la población general, Universidad Complutense de Madrid, 2020.

- OEA (Organización de los Estados Americanos), Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2015. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf [Fecha de consulta: 17 de marzo de 2020].

- Roqué M y Fassio A, Gerontología Comunitaria e Institucional. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo. Presidencia de la Nación, 2012.

- Teresa Martínez Rodríguez, Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona, Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria, 2017, Vol 31(3):83-89.



Residencias Cuidadas

Guía de recomendaciones
para los equipos de trabajo de
las Residencias de Larga Estadía

