



**“PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS  
MAYORES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN  
DOMICILIARIA DEL ADULTO MAYOR (PADAM) MARGA  
MARGA, EN CONTEXTO DE AISLAMIENTO SOCIAL POR  
COVID-19 PERIODO 2020-2021”**

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL  
GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL Y  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE TRABAJADORA SOCIAL

**ESTUDIANTES:**

CAMILA AHUMADA VEGA

VALERIA DUARTE MUÑOZ

**PROFESOR GUÍA:**

HÉCTOR DÍAZ VIDAL

Valparaíso, 2021

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN GENERAL	9
CAPÍTULO I: INFORME INSTITUCIONAL	10
Presentación	11
1. Antecedentes Generales	11
1.1. Identificación de la Institución	11
1.2. Tipo de Institución	12
1.3. Cobertura	12
1.4. Radios de Acción	13
1.5. Organigrama	14
1.6. Antecedentes Históricos	14
1.7. Enfoques de la Institución	15
1.8. Misión y Visión de la Institución	16
1.9. Objetivos de la Institución	17
1.10. Funciones de la Institución	17
1.11. Recursos de la Institución	19
2. Trabajo Social de la Institución	21
2.1. Objetivos del Trabajo Social	21
2.2. Funciones de Trabajo Social en la Institución	21
2.3. Niveles de Intervención Social	23
2.4. Situaciones y problemáticas sociales más frecuentes	24
2.5. Vinculación con redes institucionales o redes sociales.	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	27
Presentación	28
1. Identificación del problema	28
2. Justificación de la investigación	30
3. Contextualización de la pandemia por la enfermedad de coronavirus (COVID-19)	31
3.1. Contexto Internacional	31
3.2. Contexto América Latina y el Caribe	36

3.3. Contexto Nacional (Chile)	40
4. Conceptualización: Personas Mayores	48
4.1. Vejez: Última etapa del ciclo vital	48
4.2. Envejecimiento: Un proceso dinámico e inherente al ser humano	49
4.2.1. Autonomía	51
4.2.2. Independencia	51
4.2.3. Calidad de vida	52
5. Marco Referencial	53
6. Cruce de Variables: Efectos del aislamiento social en personas mayores durante la pandemia por COVID-19	59
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	61
Presentación	62
1. Relevancia de la Investigación	62
2. Pregunta de Investigación	62
3. Objetivos	63
4. Diseño Metodológico	63
4.1. Enfoque metodológico	63
4.2. Tipo de Investigación	65
4.3. Tipo de diseño	65
4.4. Universo y muestra	66
4.5. Procedimiento de acceso de los/as participantes	67
4.6. Técnica de recolección de datos	68
4.7. Plan de Análisis	68
4.8. Criterios de rigor	69
4.9. Criterios éticos por considerar	71
4. Matriz de Programación.	72
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y RESULTADOS	74
Presentación	75
1. Dimensión: <i>Sociodemográfica</i>	75
2. Dimensión: <i>Experiencias</i>	79
2.1. Aproximaciones desde lo Psicológico	79
2.2. Aproximaciones desde lo Físico	86
2.3. Aproximaciones desde lo Social	90

3. Dimensión: <i>Vínculos Significativos</i>	95
3.1. Redes de Apoyo	95
4. Hallazgos de la Investigación	103
4.1. <i>Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como un articulador de las relaciones interpersonales.</i>	103
4.2. <i>Normalización del aislamiento como un estilo de vida</i>	105
4.3. <i>Pérdida del proyecto de vida</i>	108
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, REFLEXIONES Y DESAFÍOS</b>	<b>111</b>
Presentación	112
1. Conclusiones y reflexiones respecto a la Investigación	112
2. Conclusiones y reflexiones respecto de la política pública	116
3. Conclusiones y reflexiones respecto al Trabajo Social	119
4. Reflexiones Finales	121
Bibliografía	123
Anexos	132
<i>Anexo 1: Protocolo de Entrevista Semiestructurada</i>	132
<i>Anexo 2: Pauta de Entrevista Semiestructurada</i>	132
<i>Anexo 3: Formulario de consentimiento informado para participar en Proyecto de Título.</i>	133
<i>Anexo 4: Acta de consentimiento informado para participar en Proyecto de Título</i>	134

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Datos Representativos de la institución . . . . .	11
Tabla 2: Recursos Humanos . . . . .	19
Tabla 3: Matriz de Programación I. . . . .	72
Tabla 4: Matriz de Programación II. . . . .	73
Tabla 5: Características Sociodemográficas de los/as participantes . . . . .	75

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Organigrama PADAM Marga Marga . . . . .	14
Figura 2: Efectos de la COVID-19 en las personas de edad. . . . .	60
Figura 3: Nube de palabras. . . . .	102

### **AGRADECIMIENTOS DEL EQUIPO**

Primero que todo agradecemos a la institución patrocinante el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) por acogernos en este proceso y hacernos partícipes del equipo de trabajo, otorgándonos la confianza para colaborar activamente con las personas mayores. En especial al jefe del programa, Alex Arancibia Reinoso por su permanente disponibilidad a trabajar con nosotras, entregándonos siempre una palabra de aliento y de ayuda durante este periodo, su dedicación y entusiasmo por la profesión nos quedará siempre presente, motivándonos a siempre dar más como profesionales y personas.

Agradecemos a nuestro supervisor académico Héctor Díaz Vidal, quien siempre nos guio durante este proceso, motivándonos constantemente a empoderarnos respecto a nuestra investigación, el cual a través de su confianza y respeto contribuyó a forjar estudiantes capaces y comprometidas con la profesión.

Agradecemos profundamente la participación de las personas mayores beneficiarias del programa por su plena disposición a conocerlos, ya que a pesar de que el contexto sociosanitario interfirió en la posibilidad de reunirnos presencialmente, estos lograron contarnos su historia y experiencias, las cuales dejaron huellas perdurables en nuestras vidas. Esperamos de todo corazón reunirnos algún día.

Finalmente, nos agradecemos como equipo, ya que juntas fuimos capaces de construir esta investigación con un profundo esfuerzo y dedicación, entregándonos ánimos mutuamente, acompañándonos en los momentos complejos y de frustración, logrando como equipo salir triunfantes de este proceso arduo y enriquecedor. Juntas y victoriosas.

***Camila Ahumada Vega - Valeria Duarte Muñoz***

**2021.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente quisiera agradecer a mis padres Jeannette y Patricio quienes desde un comienzo me apoyaron en esta travesía llamada Universidad, aún recuerdo el miedo de mi papá al saber que su niñita se iba a Valparaíso, me llamaste todos los días que estuve allá, sentía tristeza por dejarte pero sabía que dentro de ti anhelabas verme triunfante como una profesional. A mi mamá que siempre me impulsó a perseguir mis sueños, quien me enseñó que desde muy pequeña debía ser una mujer independiente y sin limitaciones y que no debía callarme ante nadie. A los dos, gracias por ser el motor de mi vida, porque sin ustedes nada de esto hubiese sido posible, convirtieron lo imposible en posible.

A mis hermanas Bárbara y Fabiola, quienes fueron mi ejemplo a seguir desde muy pequeña, quienes me apoyaron durante este proceso, siempre pendientes de que nada me faltase, aún recuerdo cuando me llamaban diciendo que me extrañaban se me hacía un nudo en el estómago pero sabía que debía seguir, ustedes siempre han sido mi motivación e impulso.

A mi compañero, alma gemela, confidente y pareja de tantos años, Sebastián, quien me ha acompañado estos cinco años de carrera, luchando a mi lado incansablemente. Recuerdo aquellos días en que me enseñabas matemáticas días antes de la PSU, tu dedicación con tanto amor y paciencia hizo que esto fuese real. Fuiste ese faro de luz entre tanta oscuridad y soledad, esa alegría y felicidad, ese amor que perduró en los momentos más difíciles donde nada tenía sentido, ahí siempre estuviste con amor y dedicación. Eres y serás mi orgullo.

A mi compañera y amiga Camila, gracias por siempre tener una sonrisa, una palabra de aliento, tu amabilidad y carisma ha dejado una huella imborrable en mí, gracias por ser la mejor compañera que pude tener durante estos cinco años, a ti amiga que la vida te envuelva de alegrías y felicidad, mereces eso y mucho más.

A mí, que nunca me dejé vencer que, aunque viví momentos complejos y difíciles donde la oscuridad nublo mi mente, donde no había día sin llorar, logré salir adelante con determinación, entusiasmo y dedicación, esto es solo el comienzo de un sinfín de sueños hechos realidad.

Dedicada a mi viejito, mi abuelo, el tata nano, que partiste un triste y nostálgico día de noviembre, fuiste mi inspiración durante este proceso,

gracias por cuidarme y protegerme durante tantos años, aunque no lograste verme como una profesional, sé que estarás orgulloso de ver logrando mis sueños.

Dedicada a todas aquellas mujeres que una vez les dijeron que era imposible lograr sus sueños, esto va para ustedes, nada es imposible, somos nosotras quienes forjamos nuestro destino, nacimos fuertes, somos fuertes y nada nos derrotará.

***Valeria Constanza Duarte Muñoz, 2021.***

### **AGRADECIMIENTOS**

Al final de este camino quisiera agradecer en primer lugar a mis maravillosos padres Pilar Vega Muñoz y Emilio Ahumada Lazcano, quienes con amor y aguante me guiaron por este sendero sin dejarme caer en ningún momento, por brindarme cada día el apoyo necesario para convertirme en una mejor persona en este mundo, por convertirme en la mujer valiente que hoy en día soy y siempre ser los hombros que necesite. Aún recuerdo el día en el que supe que iniciaría este viaje, como olvidar la dicha en sus caras y sus ojos viéndome crecer, como olvidar cada gesto de amor y preocupación en estos cinco años, en esta vida que hemos compartido. Esto es por y para ustedes, siempre estaré profundamente agradecida por todo lo que me han otorgado, siempre seré la niña de sus ojos.

Agradezco a mi familia, a mis abuelos y abuelas, mis tíos y tías queridos que siempre han estado con amor para mí, a mis amistades y gente que quiero con el corazón, por acompañarme en este camino, por demostrarme cuanto puedo construir con dedicación, esfuerzo y una sonrisa en el rostro.

A mi compañera y hermosa amiga, le agradezco profundamente esta aventura, por confiar en mí, por cantar conmigo en los días de tesis, por sacarme a flote y depositar en mí tanto cariño y compañía, te deseo en esta vida las mejores aventuras, eres una mujer fuerte y decidida, sal y conquista este mundo.

Finalmente, me agradezco a mí, por ser capaz de convertirme en la mujer que soy pese a la oscuridad en la cual nos podemos encontrar, por no rendirme aun cuando era lo que más quería, por sonreírle al mundo y perdurar ante los desafíos presentes. Me agradezco por ser yo, por encontrarme, guiarme y amarme. Como dije este es el fin de este camino, pero el punto de partida para

las muchas aventuras que deseo realizar, con fe, valentía, una sonrisa y el pie derecho doy comienzo a esta nueva etapa.

***Camila Natalia Ahumada Vega, 2021.***

## PRESENTACIÓN GENERAL

El presente documento está elaborado por las estudiantes tesis Camila Ahumada Vega y Valeria Duarte Muñoz, el cual se enmarca en el Proyecto de Título correspondiente al proceso de Titulación de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, Facultad de Ciencias Sociales, año 2021, bajo una modalidad online a cargo del supervisor académico Magíster, Héctor Díaz Vidal. La cual tiene por objetivo analizar las percepciones de las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) localizado en Marga Marga, respecto a sus vivencias, experiencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales experimentados durante el año 2020 y 2021 en contexto de aislamiento social por COVID-19.

Para efectos de esta investigación, se utilizó la técnica de recolección de datos asociada a la entrevista semiestructurada, la cual se centró en recabar la vivencia de las personas mayores desde sus relatos y narraciones.

En cuanto a la estructura del documento, el presente consta de cinco capítulos, los cuales especifican los diversos apartados que posibilitaron el desarrollo de la investigación

En el **Capítulo I** se da una contextualización completa acerca de los antecedentes asociados al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) perteneciente al Hogar de Cristo.

En el **Capítulo II** se detallan los principales lineamientos conceptuales y los referentes bibliográficos que guían el presente Proyecto de Título.

En el **Capítulo III** se da a conocer el proceso metodológico en el cual se sustenta la investigación, haciendo énfasis en la técnica de recolección de datos y el plan de análisis a utilizar.

En el **Capítulo IV** se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, haciendo énfasis en los hallazgos de la investigación.

En el **Capítulo V** se detallan las conclusiones, reflexiones y desafíos a partir del desarrollo de la investigación considerando la política pública y el desempeño profesional.

# CAPÍTULO I: INFORME INSTITUCIONAL

## **Presentación**

El presente documento cuenta con la finalidad de contextualizar al lector acerca de una completa compilación de antecedentes adquiridos de manera remota respecto al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, perteneciente al Hogar de Cristo, ubicado en calle Lautaro 388 Peñablanca, comuna de Villa Alemana.

Respecto a la estructura que posee el presente documento, primeramente, se estipulan los antecedentes generales del PADAM Marga Marga, como el tipo de institución, la cobertura, su radio de acción, organigrama, recursos de la institución, entre otras.

Posterior a ello, se presenta el Trabajo Social dentro de la institución mencionada, en donde se evidencian las funciones que desempeñan los colaboradores, los objetivos a los cuales deben responder y aquellas situaciones problemáticas a las cuales se ven enfrentados de manera frecuente, destacando en su actuar el rol socio educador y de gestión a implementar con la finalidad de dar cumplimiento efectivo a los procesos de intervención guiándose en base al enfoque comunitario propio de la institución.

### **1. Antecedentes Generales**

#### **1.1. Identificación de la Institución**

*Tabla 1.*

Datos representativos de la institución.

---

<b>Nombre de la Institución</b>	Hogar de Cristo
<b>Programa Ambulatorio</b>	Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) - Marga Marga
<b>Jefe de Programa</b>	Alex Arancibia Reinoso - Trabajador Social.
<b>Dirección</b>	Peñablanca, Lautaro 388.
<b>Teléfono</b>	921860309
<b>Correo Electrónico</b>	<a href="mailto:aarancibiar@hogardecristo.cl">aarancibiar@hogardecristo.cl</a>

---

Nota: Fuente. *Elaboración Propia*. Entrevista con el Sr. Alex Arancibia, jefe del programa.

## 1.2. Tipo de Institución

El Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) forma parte de las prestaciones proporcionadas por la Fundación Hogar de Cristo<sup>1</sup>, la cual se presenta como una organización no gubernamental, sin fines de lucro asociada a la beneficencia que enfoca su actuar en estar con los más desprotegidos y reconocerlos como sujetos de derecho. Entre las líneas de acción que posee la organización, se destacan las personas mayores, las cuales son beneficiarias de diversos programas que integran la red de servicios según las necesidades requeridas por estos.

En relación con el programa ambulatorio, este enfoca sus esfuerzos en “atender a personas mayores en situación de pobreza y exclusión social, que presentan niveles de dependencia moderada y grave cuando cuentan con soportes familiares, y dependientes leves cuando no tienen apoyo familiar” (Hogar de Cristo, 2021). Por consiguiente, el compromiso del programa se direcciona a “fomentar la autonomía, mantener a la persona en su medio habitual, favorecer su vinculación familiar y social, aspectos que repercutirán positivamente en su bienestar y calidad de vida” (Hogar de Cristo, 2012, pág. 8). Cabe destacar que actualmente el programa se encuentra en un proceso de transición respecto a sus prestaciones, desde el simple al especializado, sin embargo, esto se ve afectado por la escasez de recursos financieros.

## 1.3. Cobertura

En base a la información facilitada por la institución, en la actualidad, el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) integra a un total de 28 personas mayores de los cuales 20 son mujeres y 8 son hombres, de un rango etario entre los 65 a los 89 años aproximadamente, pertenecientes al territorio de Villa Alemana y que se desagregan en los sectores de Gumersindo y Prat. Cabe señalar que la capacidad total con la que cuenta el programa es de 30 beneficiarios/as.

Respecto a los usuarios/as, estos deben cumplir con ciertos requerimientos que son estipulados y definidos, según los Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)

---

<sup>1</sup> Véase en: <https://www.hogardecristo.cl/>

(Hogar de Cristo, 2012, pág. 9). Entre los criterios de aceptación se encuentran:

- Personas mayores de 60 años o más.
- Pertener al primer o segundo decil de la población.
- Personas autovalentes frágiles, dependientes severos y parciales que quieran permanecer en la comunidad.

#### **1.4. Radios de Acción**

El Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) se localiza en la calle Lautaro 388, Peñablanca, Comuna de Villa Alemana, abarcando la provincia de Marga Marga, Valparaíso. El presente, focaliza su intervención desde el año 2017 hasta la actualidad, en dos sectores estratégicos de la zona, los cuales se identifican como Gumersindo y Prat. Cabe destacar que la selección territorial determinada por el programa se fundamenta en base a las investigaciones efectuadas por los funcionarios al interior del territorio, en donde se visualizan situaciones de vulnerabilidad social, pobreza multidimensional y segregación social, como una realidad transversal y prioritaria.

Según la información proporcionada por los colaboradores del PADAM Marga Marga, los territorios cuentan con la presencia de jardines infantiles, negocios locales y una Iglesia Evangélica, sin embargo, predomina una escasez respecto a la locomoción colectiva, imposibilitando a la comunidad el poder vincularse participativamente con instituciones públicas como el Consultorio, la Municipalidad, Seguridad Pública, entre otros. Ambos territorios cuentan con la conformación de Juntas de Vecinos con sus respectivas sedes vecinales y un Club del Adulto Mayor con personalidad jurídica, los cuales orientan su actuar en beneficio de quienes conforman la comunidad; la existencia de tales organizaciones sociales promueve la vinculación con el PADAM Marga Marga, posibilitando un trabajo colaborativo que fomenta los vínculos entre pares y la participación comunitaria.

## 1.5. Organigrama

Figura 1.

Organigrama PADAM Marga Marga.



Nota: Fuente. *Elaboración Propia*. Entrevista con el Sr. Alex Arancibia, jefe del programa.

(\*) El grupo de voluntarios/as se denomina Voluntariado PADAM Marga Marga, no siendo posible la individualización de los participantes.

(\*) El PADAM Marga Marga mantiene un convenio con las siguientes instituciones de educación superior: Universidad de Valparaíso, INACAP y Universidad Santo Tomás. Cabe señalar que no es posible la individualización de los alumnos/as en práctica debido a que estos se incorporan por periodos específicos (entre 5 y 6 estudiantes por semestre).

La figura que se presenta anteriormente representa el organigrama interno del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, este hace referencia al equipo interno de profesionales y el personal de apoyo, los cuales procuran un óptimo y eficaz funcionamiento del dispositivo.

## 1.6. Antecedentes Históricos

El PADAM Marga Marga nace de un grupo de voluntarias que visibiliza el estado de necesidad de las personas mayores ubicadas en Belloto 2000,

Comuna de Quilpué. En sus inicios, abarcó distintos puntos de la zona de Belloto, Quilpué y Villa Alemana, con un total de 80 usuarios/as, convirtiéndose en el primer programa ambulatorio de la Región de Valparaíso.

En el año 2017, debido al cambio de estrategia social proveniente de la Fundación Hogar de Cristo, el programa cambia su foco de acción, hacia el proceso comunitario centrado en la persona y su entorno, reduciendo su cobertura a 30 usuarios/as. De forma paralela, se realiza el traslado de la oficina localizada en el sector de Belloto 2000 a Peñablanca, La Asunción 388, esto debido a la nueva focalización comunitaria en el sector de Gumersindo, el cual se caracteriza por ser la segunda toma más grande en la Región de Valparaíso, legitimando la necesidad de estar presente en el sector.

Este nuevo foco de intervención genera un cambio significativo en el impacto que genera el programa, permitiendo generar más presencia y optimizar los recursos con los usuarios, redes institucionales y territoriales.

### **1.7. Enfoques de la Institución**

El Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) rige su accionar en base a cuatro enfoques, los cuales orientan y guían la intervención con las personas mayores (Hogar de Cristo, 2012, pág. 41).

- Enfoque Sociosanitario

El Programa Ambulatorio, al intervenir directamente en el hogar y en la comunidad de la persona mayor, se posiciona como un ente participante que interactúa constantemente en el contexto y, por ende, es conocedor de la realidad social. Por ese motivo, el programa surge como un puente entre los usuarios/as y las redes existentes en su territorio (servicios y/o prestaciones sociales sanitarias públicas y privadas). En los recursos del entorno, las personas mayores pueden encontrar respuestas pertinentes a sus necesidades e intereses y generar vínculos que impidan su aislamiento.

- Enfoque Ecológico

Desde la mirada ecológica, la persona mayor es considerada como un sistema que se inserta dentro de otro sistema llamado familia y ésta a su vez, dentro de una comunidad. Por ende, el Programa Ambulatorio enfoca su intervención en las personas mayores en conjunto con sus familias (cuidadores) y/o personas significativas, considerando la relevancia de estas últimas, para la satisfacción de las necesidades e intereses que posean los/as

participantes. Además, se contribuye a potenciar los vínculos, con el fin de fortalecer las relaciones de los sistemas y subsistemas.

- Enfoque de Redes

En base a las necesidades y requerimiento de las personas mayores, manifestadas durante las instancias de diálogo y participación en el programa, es que se hace necesaria la realización de gestiones y articulaciones con las redes funcionales y territoriales existentes, con el propósito de plasmar la realidad transversal que viven las personas mayores. Por consiguiente, el programa se presenta como un medio para la vinculación con aquellas entidades para que logren dar respuesta y se interioricen con las complejidades.

- Enfoque Comunitario

Ante la existencia de nuevos escenarios y contextos sociosanitarios, el PADAM implementa el enfoque comunitario como una guía para la intervención, por consiguiente, este se inserta en la comunidad realizando un trabajo colaborativo con las Juntas de Vecinos y Clubes de Adultos Mayores, los cuales son conocedores de la realidad territorial y, por ende, figuras claves en la obtención de información relevante. La aplicación del enfoque comunitario ofrece instancias de participación, dirigidas a las personas mayores, familiares (cuidadores) y/o personas significativas, donde se fomenta la interacción entre pares, los vínculos interpersonales y la asociatividad.

## 1.8. Misión y Visión de la Institución

### Misión

El Hogar de Cristo acoge con **amor y dignidad** a los más pobres entre los pobres, para ampliar sus oportunidades a una vida mejor. Convoca con entusiasmo y vincula a la comunidad en su responsabilidad con los excluidos de la sociedad. Es una organización transparente, eficiente y eficaz, que animada por la espiritualidad de san Alberto Hurtado promueve una cultura de respeto, justicia y solidaridad.

### Visión

Nuestra visión nace de las últimas palabras del Padre Hurtado, quien poco antes de morir, nos expresó su último anhelo, la que nos moviliza en la construcción de un país con **justicia, respeto y solidaridad**.

### **1.9. Objetivos de la Institución**

En base a los Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM), los objetivos del programa (Hogar de Cristo, 2012, pág. 10), son:

#### ***Objetivo General***

Lograr que los adultos mayores se mantengan en su medio habitual de manera autónoma e interdependiente mejorando sus condiciones de vida y superando su situación de exclusión social.

#### ***Objetivos Específicos***

- Adultos mayores que cumplen objetivos propuestos en el PII, de acuerdo con los ejes transversales.
- Adultos mayores que alcanzan condiciones mínimas definidas para PADAM.
- Adultos mayores fortalecen su red de apoyo social (vínculos significativos).
- Adultos mayores que logran vincularse de manera efectiva.

### **1.10. Funciones de la Institución**

El PADAM Marga Marga cumple funciones específicas en su interior, las cuales se adecuan a las necesidades de los/as usuarios/as del programa y el contexto, siendo desempeñadas por el personal compuesto por el Trabajador Social, la Técnico Social y los/as voluntarios/as, quienes se rigen por los valores y principios del Hogar de Cristo, los cuales se identifican, como: Solidaridad, Compromiso, Espíritu Emprendedor, Respeto, Justicia, Transparencia y Trabajo en Equipo.

#### ***Prestación directa material***

Respecto a las funciones, el equipo colaborador se cerciora de conocer e identificar aquellas necesidades asociadas al confort, higiene y vestuario y proporcionarlas cuando estas sean solicitadas. Entre las prestaciones señaladas con anterioridad, se encuentran: artículos de aseo personal, prendas de vestir de adultos/as y vestuarios asistidos como la entrega de ropa de cama y toallas. De igual manera, se proporciona una ayuda material que guardan relación a la entrega de canastas con alimentos básicos no perecibles y en ocasiones son incluidos artículos de aseo y tocador. En algunos casos, de ser necesaria la ayuda económica por parte de los/as usuarios/as, el programa cuenta con determinados aportes, ya sea para transporte local,

pasajes para traslados fuera de la ciudad, obtención de certificados y documentos, para arriendo, aporte por defunción (servicio funerario), equipamiento menor como la entrega de enseres básicos para habilitar la vivienda y otros aportes económicos asociados a situaciones de urgencia.

### ***Prestaciones directas a personas***

Entre los quehaceres se destacan las acciones asociadas a la salud y el apoyo funcional de las personas mayores, la cual direcciona al equipo colaborador a monitorear el acceso a la salud de los/as usuarios/as, ya sea la inscripción al consultorio, Cefsam u otro centro de salud, como también el gestionar visitas médicas cuando sean requeridas. Del mismo modo, se realiza un monitoreo y seguimiento respecto a los controles de salud, prestando ayudas técnicas en relación con las condiciones médicas de la persona mayor, tales como entrega y reparación de sillas de ruedas, bastones, andadores, lentes ópticos, colchones y cojines anti escaras.

Desde la perspectiva de la psicoeducación y socio educación, las acciones se dirigen a efectuar consejería y educación para el autocuidado a través de talleres, charlas u otras actividades informativas dirigidas al usuario/a y/o a sus cuidadores, así mismo, se educa a las familias sobre el cuidado del usuario/a para propiciar el apoyo funcional de estas hacia las personas mayores. Dado el enfoque comunitario que posee el programa se llevan a cabo actividades recreativas tales como talleres y actividades de tiempo libre, las cuales tienen como finalidad fomentar las relaciones interpersonales, aprender a conocer y trabajar las capacidades, potencialidades y recursos del usuario/a.

De forma paralela, el equipo colaborador proporciona orientación e información social, respecto de servicios y beneficios existentes en la red institucional interna y externa (pública y privada). De manera conjunta se brinda un apoyo emocional y/o contención psicosocial mediante la escucha activa, además de contener a la persona mayor en situaciones de crisis o ante un suceso traumático, para aminorar el impacto de los efectos negativos. En aquellos casos donde sea necesaria la intervención de redes especializadas, el programa tiene la facultad de efectuar derivaciones a los programas y servicios sociales o propiciar una derivación asistida.

Cabe mencionar que de manera análoga a las acciones realizadas por los colaboradores, se fomenta constantemente la autodeterminación y la capacidad que poseen las personas mayores para elegir y tomar sus propias decisiones, según sus convicciones personales, apoyando en todo momento la libre elección, permitiendo una participación social activa, en donde la

persona mayor se visualiza como parte del proceso y no como un receptor pasivo de las decisiones tomadas por el equipo.

Actualmente, con la propagación del COVID-19 las funciones señaladas con anterioridad se han visto acrecentadas, por lo que, los colaboradores han debido realizar labores asistencialistas inmediatas en beneficio de los/as usuarios/as, sus familias y/o cuidador. A causa de las medidas sanitarias del “Plan Paso Paso Nos Cuidamos Todos”, el programa ha debido desarrollar sus labores en terreno portando la credencial del Hogar de Cristo, el certificado que acredite la prestación como primera necesidad y el contrato de trabajo.

### 1.11. Recursos de la Institución

#### **Recursos Humanos**

Dentro de los recursos de carácter humano presentes en el PADAM Marga Marga, se encuentra la dotación de trabajadores remunerados, voluntarios/as y estudiantes en práctica.

Tabla 2.

Recursos Humanos

<b>Cargos</b>	<b>Nombres</b>
<b>Jefe del Programa PADAM Marga Marga</b>	Alex Arancibia Reinoso
<b>Trabajador Social</b>	Alex Arancibia Reinoso
<b>Técnico Social</b>	Valentina Vargas Rojas
<b>Voluntarios</b>	*No es posible individualizar
<b>Estudiantes en práctica</b>	*No es posible individualizar

Nota: Fuente. *Elaboración Propia*. Entrevista con el Sr. Alex Arancibia, jefe del programa.

El PADAM Marga Marga, actualmente se encuentra en un proceso de transición hacia un programa de carácter especializado, el cual, dentro de sus características, amplía su dotación de personal, incorporando un Auxiliar de

Enfermería que se responsabilice de orientar en temáticas de salud, autocuidado al usuario/a, su familia y/o cuidador.

### ***Recursos Materiales***

El PADAM Marga Marga dispone de una oficina que es utilizada por los colaboradores para labores administrativas y también para la acogida de usuarios/as, sus familias y/o cuidador. Paralelo a ello, cumple la función de bodega donde se almacenan las donaciones proporcionadas por la comunidad u organizaciones.

### **Equipamiento:**

- 1 mesa para el equipo de trabajo
- Sillas
- 2 escritorios
- Internet Wifi
- 2 computadores (notebook y pc de escritorio)
- Impresora multifuncional
- Celular
- Microondas

Cabe señalar que producto de la pandemia por COVID-19, el programa ha debido adecuar sus procesos de intervención bajo una modalidad remota no presencial, conforme a las medidas del Plan Paso a Paso propuestas por el Gobierno, viéndose en la obligación de adquirir pecheras, mascarillas, escudos faciales y alcohol gel para resguardar la seguridad de los colaboradores al momento de realizar la entrega de kit de mercadería y aseo personal, además de material interactivo sobre las medidas sanitarias preventivas, durante las visitas domiciliarias.

### ***Recursos Financieros***

A lo que respecta los recursos financieros del PADAM Marga Marga, estos provienen en su totalidad de la subvención proporcionada por la Fundación Hogar de Cristo, sus socios/as y colaboradores. De igual forma, el programa puede obtener financiamiento mediante fondos concursables o por medio de la presentación de proyectos para optar a prestaciones de carácter específicas permanentes o por períodos acotados, ya sean en dinero, especies o recursos humanos.

## **2. Trabajo Social de la Institución**

### **2.1. Objetivos del Trabajo Social**

#### ***Objetivo General***

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores que integran el PADAM Marga Marga mediante sus habilidades y fortalezas, manteniéndolos en su medio habitual.

#### ***Objetivos Específicos***

- Fortalecer las redes de apoyo funcionales y territoriales de las personas mayores que integran el programa PADAM Marga Marga.
- Educar sobre los beneficios sociales a las personas mayores que integran el programa PADAM Marga Marga.
- Promover el cumplimiento del plan de intervención individual de las personas mayores que integran el PADAM Marga Marga.

### **2.2. Funciones de Trabajo Social en la Institución**

El PADAM Marga Marga tiene la particularidad de contar con un Trabajador Social que de forma paralela ejerce sus funciones como jefe del programa, además, de una Técnico en Trabajo Social que entrega apoyo y contención a la intervención, trabajando ambos colaborativamente en la atención social.

En relación con las funciones del Trabajo Social al interior del programa, estas se asocian principalmente a ejecutar atención social directa a adultos mayores y sus familias y/o personas significativas, de acuerdo a protocolos del modelo técnico respectivo y del manual de prestaciones sociales (Hogar de Cristo, 2012, pág. 118). Lo anterior, contribuye al bienestar biopsicosocial, a través de las competencias profesionales que caracterizan a la profesión, estimulando el rol comunitario y promoviendo los derechos como eje central de la intervención.

Desde esta perspectiva, las funciones específicas del Trabajo Social se detallan a continuación:

- a) Realizar evaluaciones sociales, previa indagación de la situación de la persona mayor y su familia, a través de la aplicación de técnicas de trabajo social, tales como entrevistas y visitas domiciliarias.
- b) Elaborar un plan de intervención sociofamiliar.

- c) Facilitar, apoyar, y acompañar a las familias y/o personas significativas de los/as usuarios/as, en la ejecución y cumplimiento de los objetivos del plan:
- i. Realizar acciones de contención en situación de crisis en los/as usuarios/as, familias y/o personas significativas.
  - ii. Evaluar de manera recurrente la situación de la persona mayor y su familia, sistematizando información de acuerdo a lo establecido en los protocolos.
  - iii. Gestionar traslados y/o acompañar a personas mayores dependientes, en la realización de trámites u otros.
- d) Entregar beneficios materiales contemplados en el programa según indique protocolo respectivo.
- e) Elaborar informes sociales y otros documentos de derivación.
- f) Mantener actualizado un registro de atención de usuarios/as.
- g) Coordinar y articular redes institucionales y recursos comunitarios para el acceso y obtención de beneficios a favor de los/as usuarios/as del programa.
- h) Coordinar y dirigir reunión del equipo interno del programa para evaluación y resolución de solicitud de personas mayores postulantes al programa, además de actualizar seguimiento.
- i) Colaborar en realización de actividades masivas con los/as usuarios/as.
- j) Colaborar con el jefe de Unidad en la gestión de voluntariado.
- k) Ejecutar labores administrativas propias del funcionamiento del Programa: realización de estadísticas, solicitudes y rendiciones de fondos, entre otros.
- l) Administrar los recursos institucionales a su cargo y supervisar el buen uso de éstos.
- m) Realizar procesos de inducción, seguimiento, supervisión y evaluación de alumnos en práctica de Trabajo Social y Técnico Social.
- n) Ejecutar subrogancia del jefe de Programa ante su ausencia.

Actualmente las funciones que cumple el Trabajo Social dentro del PADAM Marga Marga se han debido adecuar a la contingencia por COVID-19, viéndose acrecentado el rol asistencialista mediante la entrega de kits de

mercadería y aseo personal a los/as usuarios/as más prioritarios en sus domicilios bajo las medidas sanitarias impuestas por el Gobierno. De igual manera se informa acerca de las causas y precauciones del COVID-19, además de los beneficios sociales a los cuales pueden acceder los/as usuarios/as y sus familias (IFE- Bono clase media).

A pesar de las medidas de aislamiento social, el programa ambulatorio continúa efectuando visitas domiciliarias a los/as usuarios/as priorizados y también a los que habitan con una persona significativa, sin embargo, a diferencia de la metodología habitual, estas se caracterizan por realizarse en espacios abiertos como el patio de la vivienda o desde la reja de esta. Lo anterior, tiene como propósito el monitorear el estado actual de las personas mayores manteniendo el vínculo entre estos mismos y los colaboradores.

### **2.3. Niveles de Intervención Social**

#### ***Nivel de caso***

El Trabajo Social efectuado en el programa se orienta hacia una atención directa con la persona mayor, su familia y/o cuidador, durante las 5 etapas del proceso de trabajo estipuladas por el programa, las cuales son: Postulación, Ingreso, Evaluación, Intervención y Egreso.

Durante el quehacer profesional al interior del dispositivo se desarrollan acciones individualizadas como la creación de la ficha única del usuario, visitas domiciliarias, elaboración del Plan de Intervención (PII), la gestión para el acceso a servicios sociales y de salud, entre otras actividades.

Cabe mencionar que producto de la pandemia por COVID-19 y las medidas de aislamiento social, las intervenciones han debido focalizarse al nivel de caso, a través del uso de recursos telefónicos, los cuales permiten un acercamiento virtual con la persona mayor favoreciendo la comunicación y el vínculo.

#### ***Nivel de grupo***

El trabajo efectuado en el nivel de grupo se orienta a la realización de actividades tales como talleres, charlas y conversatorios destinados a los usuarios al interior del PADAM Marga Marga. En estas instancias se contemplan diversas temáticas asociadas principalmente a las contingencias sociales, beneficios sociales, previsión social, entre otras, las cuales posibilitan la participación de las personas mayores, garantizando espacios en donde

estos opinan y son escuchados por todos los integrantes como un escenario donde convergen diversos puntos de vista.

### ***Nivel de comunidad***

En base al enfoque comunitario propio del programa, el accionar del Trabajo Social se centra en el usuario/a inserto en la comunidad, visualizándose esta como un medio de recreación y vinculación con redes institucionales y territoriales. Por consiguiente, el dispositivo trabaja colaborativamente con las Juntas de Vecinos, directivas del sector y los Clubes de Adulto Mayor a través de la realización de actividades y talleres comunitarios que permitan fortalecer las capacidades de las personas mayores para integrarse a la sociedad e incentivar la creación de vínculos entre pares y de forma paralela, mantenerlos activos, autónomos y funcionales.

### **2.4. Situaciones y problemáticas sociales más frecuentes**

El PADAM Marga Marga acoge a personas mayores que se encuentren en situación de vulnerabilidad como una realidad transversal, desarrollando su proceso de intervención en conjunto con la comunidad. Cabe destacar que el programa se inserta en una comunidad que nace desde la informalidad y de la necesidad de vivienda. A continuación, se plantean las problemáticas sociales más frecuentes que afectan a los/as usuarios/as, sus familias y/o cuidadores.

- Pobreza - Vulnerabilidad Social

Entre las problemáticas comunes que afectan a los usuarios y a la comunidad se destaca la pobreza como una realidad histórica del sector, ya que esta nace de la marginalidad y la informalidad, viéndose desprovista de recursos materiales, tales como infraestructura sólida y servicios básicos (luz, agua potable y alcantarillado). Por esa razón, el PADAM Marga Marga centra su actuar en mitigar las necesidades y requerimientos de los/as usuarios/as mediante diversas acciones especializadas.

- Exclusión Social

Los/as usuarios/as del programa ambulatorio al ser personas mayores son susceptibles de exclusión social, ya que al presentar patologías crónicas o encontrarse en una situación de discapacidad física, son marginados del territorio, debido a la utilización de ayudas técnicas (bastones, andador, silla de ruedas, entre otros) que les permiten movilizarse de manera segura y fluida, considerando las barreras arquitectónicas propias de los territorios. De forma paralela, se ven estigmatizados debido al lugar de residencia, el cual se

caracteriza por ubicarse en la periferia de Villa Alemana, denominado coloquialmente como un sector delictivo y de tráfico de estupefacientes.

- Situación de abandono

En el proceso de ingreso del usuario/a al PADAM Marga Marga, los colaboradores analizan la situación actual de la persona mayor, indagando sobre su familia o los vínculos significativos de estos, evidenciándose en algunos de ellos situaciones de abandono que actualmente afecta a 9 de los usuarios/as. Es por esta razón que, el programa debe diseñar su proceso de intervención de una manera especializada y acorde a los requerimientos que poseen los/as usuarios/as priorizados, realizando visitas domiciliarias de manera continua, distribuyendo la entrega de kit de mercadería y aseo personal y acompañando durante las diligencias que deba realizar la persona mayor.

- Baja participación de las personas mayores en los espacios comunitarios

Entre las actividades desarrolladas por el programa se destaca la realización de talleres y charlas comunitarias, las cuales se caracterizan por presentar en un inicio una baja participación por parte de las personas mayores, situación que se revoca con el pasar del tiempo producto de la generación de vínculos y relaciones interpersonales entre los/as usuarios/as.

- Desempleo del grupo familiar

En aquellos usuarios/as que cuentan con redes familiares o vínculos significativos con personas, se presentan en ocasiones situaciones asociadas al desempleo, producto del contexto territorial asociado a la falta de oportunidades laborales, afectando considerablemente el ingreso económico del grupo familiar, lo cual dificulta el acceso a insumos básicos como mercadería y útiles de aseo requeridos por la persona mayor, además del pago de servicios básicos o arriendo. Esta situación se ha visto acrecentada por la pandemia del COVID-19, siendo el programa el encargado de gestionar y proveer los recursos básicos.

- Consumo de alcohol y drogas

Pese a no ser una problemática propia de los/as usuarios/as del PADAM Marga Marga, esta situación se visualiza en el territorio y por ende, afecta implícitamente el despliegue de las personas mayores en su comunidad, dificultando su vinculación con redes e instituciones que promuevan el

bienestar social de estos. Lo anterior, se ve plasmado en el nulo acceso que posee el programa en determinados territorios, despojando a las personas mayores de percibir ayuda comunitaria.

## **2.5. Vinculación con redes institucionales o redes sociales.**

La vinculación con instituciones funcionales y territoriales de carácter público o privado, son una representación de la gestión realizada por el equipo colaborador para facilitar la articulación de quienes se ven en la necesidad de prestaciones externas al programa.

Actualmente, el PADAM Marga Marga colabora de manera conjunta con diversas instituciones, las cuales son presentadas a continuación:

### ***Municipalidad de Villa Alemana***

La presente institución se vincula con el PADAM Marga Marga, coordinando la postulación de las personas mayores vulnerables a beneficios sociales vigentes y subsidios de servicios básicos (agua potable y servicios de aseo).

### ***Consultorio de Villa Alemana***

La vinculación con la presente institución de salud pública cumple un papel indispensable entre los/as usuarios/as del programa, debido a que estos presentan patologías crónicas y en algunos casos comorbilidad, siendo necesaria la gestión oportuna de horas médicas, solicitud de ayudas técnicas y entrega de medicamentos para aquellos usuarios/as que no dispongan de familiares y/o cuidadores.

### ***Organizaciones territoriales presentes en el sector***

En base al enfoque comunitario presente en el PADAM Marga Marga, se establece un vínculo con las Juntas de vecinos y Clubes de Adultos Mayores de la comunidad, las cuales se visualizan como informantes claves respecto al contexto territorial, trabajando colaborativamente durante la intervención, con el propósito de fomentar la participación de las personas mayores.

### ***Otras instituciones residenciales***

Siguiendo con los lineamientos que posee el programa PADAM Marga Marga, cuando las personas mayores requieren de una asistencia especializada, los colaboradores gestionan la derivación asistida del usuario/a al organismo que brindará una prestación, acompañándolo durante el proceso. También, se realiza una derivación a los programas y servicios sociales, ya sea de la red interna o externa del Hogar de Cristo.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

## **Presentación**

El presente apartado tiene como objeto presentar los principales lineamientos conceptuales y los referentes bibliográficos que guían al presente Proyecto de Título, el cual se enmarca en el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) - Marga Marga perteneciente a la Fundación Hogar de Cristo.

Las temáticas planteadas en este informe inician con la identificación del problema y la justificación de la problemática como ejes centrales de la investigación. Para luego realizar una contextualización respecto a la enfermedad por COVID-19 haciendo énfasis en sus orígenes, manifestaciones, efectos y medidas implementadas por las autoridades para su contención; a nivel Internacional, Latinoamericano y nacional (Chile). Además, se explicitan las medidas de protección social desplegadas por las autoridades nacionales, junto con el proceso de vacunación empleado. Posteriormente, se realiza una conceptualización sobre términos como personas mayores, envejecimiento, calidad de vida, vínculos significativos, entre otros.

Por otro lado, se describen las principales investigaciones que sustentan el presente Proyecto de Título, materializado en el marco referencial. Finalmente, se explicitan los efectos generados por el aislamiento social en las personas mayores durante la pandemia por COVID-19, desagregados en efectos asociados a la salud y socioeconómicos.

### **1. Identificación del problema**

La pandemia por COVID-19 ha generado una crisis sanitaria a nivel mundial, donde las acciones aplicadas para la contención del virus tienen el propósito de salvaguardar la salud de las personas y mitigar el contagio, sin embargo, tales medidas han desencadenado una crisis sanitaria, económica y social sin precedentes trayendo consigo la aparición de efectos económicos y sociales a corto, mediano y largo plazo. Situación que afecta considerablemente a los grupos sociales prioritarios que se encuentran en una posición de vulnerabilidad, pobreza y exclusión social.

Una de las poblaciones de riesgo más vulnerables que sufren las consecuencias directas de la pandemia, son las personas mayores, identificadas como un grupo etario de la población que experimenta una serie de riesgos específicos asociados a la salud, calidad de vida y bienestar social.

En relación con los riesgos asociados a la salud, las personas mayores experimentan mayores riesgos al contraer COVID-19, esto se debe principalmente a las condiciones de salud subyacentes, como hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias, patologías que posibilitan el agravamiento y la mortalidad. Asimismo, sucede con el envejecimiento, el cual provoca un deterioro en el organismo que dificulta su capacidad de respuesta ante nuevas infecciones, “sobre todo a partir de los 75 años porque el sistema inmune está más debilitado que en edades tempranas” (Huenchuan, 2020, pág. 10).

Los periodos prolongados de cuarentena pueden posibilitar la pérdida o desarticulación de redes sociales y/o vínculos significativos, además de la desvinculación de las personas mayores de la esfera social considerando que anterior a la pandemia, este grupo etario participaba en actividades comunitarias, organizadas por entidades como Cesfam, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Juntas de Vecinos y Clubes de Adulto Mayor; situación que puede provocar la aparición de sentimientos de soledad y aislamiento que conjugan con el miedo constante de contraer el virus.

Los riesgos se amplifican para las personas mayores que componen hogares unipersonales, ya que constituyen un grupo de riesgo que puede llegar a verse afectado de manera desproporcionada por las medidas de distanciamiento físico que niegan las interacciones sociales, tales personas “pueden enfrentar barreras para obtener información precisa, alimentos, medicamentos y otros suministros esenciales durante las condiciones de cuarentena” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020, pág. 18). Por otro lado, las personas mayores que viven con sus familias o cuidadores pueden estar expuestas a sufrir violencia y malos tratos de carácter físico, emocional y económico, debido a los extensos periodos de confinamiento.

Es por ello, que se identifica como problemática la escasez de información respecto a las vivencias, experiencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales de las personas mayores experimentadas durante la pandemia por COVID-19, en especial de aquellas pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) localizado en Marga Marga.

En base a lo anterior, la pregunta de investigación que se aborda es la siguiente: ¿Cuáles son las percepciones de las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, respecto a sus vivencias, experiencias y los vínculos

con redes de apoyo personales e institucionales experimentadas durante el año 2020 y 2021 en contextos de aislamiento social por COVID-19?

## 2. Justificación de la investigación

Las personas mayores, históricamente se han constituido como un grupo de riesgo en la sociedad, situación que se agrava con la aparición y propagación de la pandemia por coronavirus (COVID-19), junto con las medidas socio-sanitarias de aislamiento social implementadas por las autoridades, las cuales son consideradas como cruciales para garantizar la seguridad de la población, sin embargo, la permanencia de estas medidas durante periodos prolongados puede aumentar el nivel de aislamiento social, lo que conlleva a un agravamiento en la calidad de vida de las personas mayores especialmente vulnerables. La presente situación, se acrecienta para quienes componen hogares unipersonales, ya que “muchas personas de edad dependen de servicios y apoyos domiciliarios y comunitarios” (ONU, 2020, pág. 11).

Desde esta lógica, la investigación se dirige a evidenciar las vivencias y experiencias de las personas mayores durante el proceso de aislamiento social en contexto de pandemia, pretendiendo conocer de primera fuente los cambios en la cotidianidad y los efectos sociales-relacionales generados a raíz de la propagación del virus y las medidas para mitigar su transmisión. Lo anterior, permite obtener una panorámica acerca de los procesos vivenciados durante el transcurso de la pandemia, en base a las percepciones y concepciones de las propias personas mayores.

En relación con los aportes de la presente investigación, esta se dirige a otorgar información relevante y contingente al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, debido a la escasez de estudios e investigaciones de carácter cualitativo y cuantitativo que evidencien el impacto que ha generado la pandemia en las personas mayores. La presente, se visualiza como una herramienta para diagnosticar y formular nuevos procesos de intervención asociadas a las demandas emergentes de las personas mayores por medio de sus vivencias y experiencias.

### 3. Contextualización de la pandemia por la enfermedad de coronavirus (COVID-19)

#### 3.1. Contexto Internacional

Los primeros casos del nuevo coronavirus fueron notificados por primera vez el 31 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei en la República Popular China, donde se identificaron un conglomerado de casos de neumonía de procedencia desconocida. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), ya que a la fecha el informe de situación elaborado por esta misma entidad señala la existencia de un total de 7.818 casos confirmados en todo el mundo, la mayoría de ellos en China. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021)

Debido a su rápida propagación, el 11 de febrero de 2020, la OMS le otorgó la denominación definitiva a la enfermedad, catalogada como COVID-19, acrónimo de *coronavirus disease 2019* (enfermedad por coronavirus 2019), mientras que el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) nombró al virus como SARS-CoV-2, acrónimo de *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2). (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 2021)

El 11 de marzo de 2020 el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró al COVID-19 como un agente pandémico dado el rápido incremento de población afectada en diversas partes del mundo. El Colegio Médico de Chile (2019) expresa que una pandemia es comprendida como “la propagación a nivel mundial de un agente infeccioso y que afecta a una parte considerable de la población en un periodo de tiempo definido” (p. 3).

La OMS (2020), postula que el SARS-CoV-2 se propaga por medio de pequeñas partículas líquidas (saliva) expulsadas por una persona infectada a otra susceptible que se encuentre en contacto directo (menos de 1 metro de distancia), a través de la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o resoplar.

El virus también se puede propagar cuando personas infectadas estornudan o tosen sobre superficies u objetos tales como mesas, picaportes o pasamanos, o tocan esas superficies. Otras personas se pueden infectar al tocar esas superficies contaminadas y luego tocarse

los ojos, la nariz o la boca sin antes haberse lavado las manos. (OMS, 2021)

Según la OMS (2020), los síntomas más habituales presentados durante el contagio por COVID-19 son la fiebre (temperatura corporal de 37,8 C° o más), tos seca y cansancio. Entre los síntomas menos frecuentes que pueden afectar a algunos pacientes, se encuentran: pérdida del gusto (ageusia) o el olfato (anosmia), congestión nasal, conjuntivitis (enrojecimiento ocular), dolor de garganta, dolor de cabeza (cefalea), dolores musculares (mialgia) o articulares, erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, diarrea y escalofríos o vértigo. Respecto al tratamiento, “los pacientes con cuadros leves deben ser manejados sintomáticamente y aislados en su casa” (Díaz & Toro, 2020, pág. 16).

En los casos en que los pacientes presentan cuadros graves de COVID-19, los síntomas más frecuentes se asocian a: disnea (dificultad respiratoria), pérdida de apetito, confusión, dolor u opresión persistente en el pecho y la temperatura alta por encima de los 38° C. También se manifiestan síntomas menos frecuentes, entre los que se destaca, la merma de la conciencia (a veces asociada a convulsiones), ansiedad o complicaciones neurológicas más graves, como accidentes cerebrovasculares, inflamación del cerebro, estado delirante y lesiones neurales (OMS, 2021). Frente a estas complicaciones, “los casos graves son aislados en los centros de atención, y el tratamiento es enfocado principalmente al alivio de los síntomas generales, la oxigenoterapia y, en los casos críticos, al soporte respiratorio, con o sin ventilación mecánica” (Díaz & Toro, 2020, pág. 16).

Díaz y Toro (2020) expresan que los cuadros graves de contagio se observan mayoritariamente en los mayores de 65 años y en personas con patologías crónicas como diabetes, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, hipertensión, entre otras.

La OMS (2020) otorga una conceptualización de casos por COVID-19, entre los que incluye: *caso sospechoso*, como aquella persona que presenta la aparición súbita de fiebre o tos o más de tres síntomas y haber residido o trabajado en una zona de alto riesgo de transmisión del virus también al paciente con enfermedad respiratoria aguda grave; *caso probable*, como aquel paciente que presenta la aparición súbita de los síntomas y es contacto de un caso probable o confirmado, o está vinculado con un conglomerado de casos en el cual se ha identificado al menos un caso confirmado, caso sospechoso con signos indicativos de COVID-19, persona con pérdida del olfato y pérdida del gusto y persona fallecida (muerte) que haya estado en contacto con un

caso confirmado; *caso confirmado*, como aquella persona con infección por el SARS-CoV-2, confirmada en laboratorio, con independencia de los signos y síntomas clínicos. (OMS, 2020)

Debido a la variabilidad que posee el virus, existen personas asintomáticas que a pesar de estar infectadas, no presentan síntomas en ningún momento durante la infección. Díaz y Toro (2020) señalan que los casos asintomáticos y las manifestaciones leves son más comunes en niños/as, adolescentes y adultos/as jóvenes.

A raíz del contexto, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se movilizaron para gestionar y elaborar de manera conjunta una respuesta integral a nivel mundial que proporciona las directrices y los lineamientos a seguir por los países para hacer frente a la pandemia por COVID-19.

La estrategia mundial de respuesta al COVID-19 plantea como objetivo principal que “todos los países controlen la pandemia mediante la ralentización de la transmisión y la reducción de la mortalidad asociada a la COVID-19” (OMS, 2020, pág. 5). De lo anterior, se desglosan un conjunto de objetivos estratégicos que buscan responder al objetivo primordial, los que corresponden a: *i)* Movilizar a los gobiernos, las comunidades y la sociedad para que asuman la responsabilidad de participar en la respuesta sanitaria y en la prevención de casos mediante la higiene de manos, el protocolo de higiene respiratoria y el distanciamiento físico a nivel individual; *ii)* Controlar los casos esporádicos y grupos de casos, previendo la transmisión comunitaria mediante la detección rápida, el aislamiento de los casos, la prestación de los cuidados adecuados y la cuarentena; *iii)* Contener la transmisión comunitaria mediante la aplicación de medidas de control adecuadas al contexto como medidas de distanciamiento físico a nivel de población y restricción adecuadas; *iv)* Reducir la mortalidad prestando atención clínica a los enfermos por COVID-19, asegurando la continuidad de los servicios sanitarios y sociales esenciales y protegiendo a las poblaciones vulnerables; *v)* Desarrollar vacunas y terapias seguras y eficaces que estén accesibles en función de la necesidad.

De forma paralela, para disminuir y contener la diseminación del virus SARS-CoV-2, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC (del inglés, Centers for Disease Control and Prevention), recomiendan a las personas una multiplicidad de medidas para desacelerar la propagación y proteger su salud. Las medidas propuestas incluyen: uso de mascarilla que cubra boca y nariz, mantener una distancia de 2 metros, asistir a los procesos

de vacunación (vacunas autorizadas contra COVID-19), evitar las grandes aglomeraciones y los espacios mal ventilados, lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón por al menos 20 segundos, cubrirse la nariz y la boca al toser y estornudar, limpiar y desinfectar y monitorear el estado de salud diariamente. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021)

Cada país se ha visto forzado a instaurar una serie de medidas de contención que se ajustan a sus capacidades y contextos, las cuales tienen el propósito de frenar la transmisión y reducir la mortalidad asociada al COVID-19. Uno de los primeros gobiernos en implementar medidas de prevención y control extraordinarias, fue el Gobierno de la República Popular de China que “se basan en la epidemiología clásica: identificar y aislar a los casos, seguir a los contactos y establecer restricciones, incluyendo la cuarentena, en la movilidad, evitando eventos en los que se produzcan aglomeraciones de personas” (Trilla, 2020).

Durante el transcurso de la pandemia, los países debieron ampliar el espectro de medidas a consecuencia de la rápida propagación que ha tenido el virus SARS-CoV-2. Entre las medidas aplicadas se destacan los confinamientos obligatorios, el cierre de escuelas y entidades comerciales, cierre de fronteras y reducción de viajes comerciales. Pese a los esfuerzos de las autoridades por contener la propagación, las medidas impuestas “pueden tener un profundo impacto negativo en las personas, comunidades y sociedades al detener casi por completo la vida social y económica” (OMS, 2020, pág. 3), propiciando el surgimiento de efectos económicos y sociales a gran escala, y aunque no es el objetivo de las medidas, sus repercusiones pueden afectar a la población mundial y en especial a las personas vulnerables.

Desde esta lógica, el aislamiento social es entendido como aquella situación donde las personas mantienen “mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos” (Gené, Ruiz, Obiols, Oliveras, Lagarda, 2016, pág. 605). Mientras que el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021) señala que el aislamiento social es la falta de conexiones sociales, la cual puede causar soledad y posibilitar a la aparición prematura de enfermedades, aumentando el riesgo de demencia, depresión, ansiedad y suicidio.

Desde la notificación del primer caso de COVID-19 realizada el 31 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, República Popular de China, el virus se ha propagado e instaurado en la totalidad de continentes, regiones y

países del mundo en un periodo aproximado de 1 año. A la fecha 2 de diciembre del 2021, la OMS (2021) ha notificado un total de 262.866.050 casos confirmados<sup>2</sup> y 5.224.519 fallecidos/as a nivel mundial. Las cifras señaladas con anterioridad se desagregan en las siguientes regiones: Américas con 97.164.504 casos confirmados (2.353.971 fallecidos), Europa con 87.717.000 casos confirmados (1.557.751 fallecidos), el Sudeste de Asia con 44.589.556 casos confirmados (707.798 fallecidos), Mediterráneo Oriental con 16.809.006 casos confirmados (310.084 fallecidos), Pacífico Oeste con 10.282.298 casos confirmados (142.721 fallecidos) y África con 6.320.922 casos confirmados (153.081 fallecidos) (OMS, 2021).

Los países líderes y las diversas organizaciones internacionales, desde un comienzo de la pandemia destinaron sus esfuerzos en investigar y desarrollar nuevas herramientas para combatir la lucha contra el COVID-19, como “vacunas, diagnósticos y tratamientos que sean asequibles, seguros, efectivos, fáciles de administrar y disponibles universalmente, para todos y en todas partes” (ONU, 2020, pág. 20). La OMS (2021) señala que una vacuna es entendida como cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos.

Picazo (2021) argumenta que la esperanza puesta en las vacunas “ha conducido al desarrollo mundial de más de 200 vacunas en diferentes estados de investigación”. (p. 2), sin embargo, “sólo aquellas vacunas, cuyos resultados puedan verificarse por organismos pares, y que transparenten sus hallazgos, deben ser las que sean aprobadas para su aplicación a la población” (Zonenszain, 2021, pág. 217).

A la fecha 2 de diciembre de 2021, la OMS ha incluido una serie de vacunas a la *lista para uso en emergencias*, donde se evalúa la idoneidad y el cumplimiento de los criterios de seguridad, eficacia y calidad, para posteriormente, informar a las autoridades sanitarias de los países sobre la vacuna y sobre sus beneficios previstos a partir de los datos de estudios clínicos realizados hasta la fecha (OMS, 2021).

Las vacunas autorizadas y aprobadas contra el COVID-19 en los Estados Unidos, corresponden a: Vacuna Pfizer BioNTech, Vacunas AstraZeneca/Oxford fabricadas por el Serum Institute de la India y SKBio (ambas versiones), Vacuna Ad26.COVS.2, desarrollada por Janssen (Johnson & Johnson), la Vacuna Moderna, Vacuna Coronavac del laboratorio SINOVAC, de origen chino (OMS, 2021) y la vacuna COVAXIN® desarrollada

---

<sup>2</sup> Véase en: <https://covid19.who.int/>

por Bharat Biotech. Durante el segundo semestre del 2021, se han administrado un total de 7.885.790.810 dosis de vacunas a nivel mundial elaboradas por los distintos laboratorios (OMS, 2021).

Paralelo a ello existen otras vacunas como la Vacuna Sputnik V elaborada por el Centro Nacional Gamaleya de Epidemiología y Microbiología de Rusia. Sin embargo, a la fecha esta vacuna aún no es aprobada por la OMS y por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU (FDA, por sus siglas en inglés).

### **3.2. Contexto América Latina y el Caribe**

El primer caso de COVID-19 en América Latina se detectó en Brasil el 25 de febrero de 2020 (CEPAL, 2021). Posterior a ello, a comienzos de marzo se registraron los pacientes cero en varios países de la región, entendiéndose estos como “es el primer caso que se presenta en el curso de un brote y cumple con las condiciones para incriminarlo como la fuente de origen de los casos posteriores” (Reyes, 2021).

La CEPAL (2021) señala que “América Latina y el Caribe es una de las regiones del mundo más afectadas por el coronavirus, tanto en término de números de casos como de muertes” (p. 14). Lo anterior, se evidencia en países como Brasil que desde la detección del paciente cero, hasta la fecha 2 de diciembre de 2021, cuenta con 22.094.459 casos confirmados<sup>3</sup> y 614.681 fallecidos, datos que ubican a Brasil como el tercer país con el mayor número de casos confirmados a nivel mundial y el segundo a nivel mundial en liderar en el número de fallecidos (OMS, 2021). Otro de los países en Latinoamérica con altas cifras de contagios es Argentina con 5.330.748 casos confirmados y 116.589 fallecidos, seguido por Colombia con 5.069.644 casos confirmados y 128.528 fallecidos.

Ante la masiva propagación del COVID-19 en América Latina, todos los gobiernos han desplegado medidas sanitarias para frenar su impacto y varios de ellos han optado por la cuarentena y el confinamiento de la población, en algunos casos de manera opcional y en otros obligatoria, “mientras continúan abocados a la búsqueda de soluciones para detener la propagación del virus y mitigar sus efectos económicos y sociales” (CEPAL, 2020, pág. 9). Paralelo a ello, las autoridades de la región, al inicio y durante la pandemia han incentivado el cumplimiento de las medidas de prevención, como el lavado frecuente de manos, distanciamiento físico y uso de mascarillas;

---

<sup>3</sup> Véase en: <https://covid19.who.int/>

recomendaciones propuestas por la OMS y otras organizaciones internacionales. Debido al elevado número de contagios, los gobiernos debieron reforzar paulatinamente las medidas, estableciendo confinamientos obligatorios, uso de mascarillas de forma obligatoria, cierres de fronteras en diversos países, entre otras medidas, las cuales a la fecha 2 de diciembre del 2021 continúan en vigencia.

América Latina y el Caribe se ha convertido en un punto neurálgico donde convergen los efectos generados por la pandemia de COVID-19, esto se debe, principalmente al ser una región caracterizada por poseer sistemas de salud débiles y profundas desigualdades en el acceso a la protección social (ONU, 2020). Se estima que la crisis sanitaria desencadene una emergencia de salud, aparejada a una crisis económica y social que posibilite un fuerte aumento del desempleo, la pobreza, la desnutrición y la desigualdad, lo que intensificará el malestar social y los conflictos políticos. La CEPAL (2021), argumenta que la región históricamente se ha visto marcada por “problemas estructurales asociados a los elevados niveles de desigualdad social, informalidad laboral, desprotección social, pobreza y vulnerabilidad” (p.14).

En ese contexto, la crisis podría impactar directamente en los sistemas de salud y por ende en la salud y bienestar de las personas, ya que “la mayoría de los países de la región se caracteriza por tener sistemas de salud débiles y fragmentados, que no garantizan el acceso universal necesario para hacer frente a la crisis sanitaria del COVID-19” (CEPAL, 2020, pág. 10). Por otra parte, “los países con una distribución de la población más sesgada hacia adultos mayores, como Barbados, Cuba, Uruguay, Aruba y Chile, podrían sufrir una presión mayor en los sistemas de salud” (CEPAL, 2020, pág. 11).

Respecto a la fragilidad del sector salud, se prevé un desborde en los centros de salud producto del elevado número de contagios, “la escasez de mano de obra calificada y de suministros médicos” (CEPAL, 2020, pág. 9). A esto se le añade, la reasignación de presupuestos y la concentración de recursos sanitarios exclusivos para hacer frente al COVID-19, situación que puede dificultar el acceso a tratamientos médicos y atenciones sanitarias que no se relacionen directamente con el virus. Desde esta lógica, “las personas de edad con discapacidad y enfermedades crónicas pueden tener más dificultades para acceder a la atención sanitaria y quedar más marginadas” (ONU, 2020, pág. 6).

Las medidas de contención desplegadas por los gobiernos tienen impactos positivos para la salud de la población al aplanar la curva de contagio, sin embargo, estas pueden conllevar a la aparición de repercusiones

socioeconómicas sin precedentes en los países más vulnerables, debido a que se vuelve “indispensable aplicar una estrategia de aislamiento físico que conlleva una significativa reducción de la movilidad como impacto sobre el empleo y los ingresos y significativos costos sociales” (Filgueira, Galindo, Giambruno, & Blofield, 2020, pág. 12).

A consecuencia de las medidas, se prevé una contracción de la actividad económica, la cual se ve reflejada en una disminución de la producción de bienes y servicios por parte del conjunto de economías de la región, pues el distanciamiento generalmente implica “la desaceleración de la producción o incluso su interrupción total” (CEPAL, 2020, pág. 2). Paralelo a ello, las empresas se pueden ver forzadas a cerrar sus instalaciones por un periodo de tiempo indefinido o el cierre total. La anterior coyuntura, dará lugar a una posible destrucción de puestos de trabajo en áreas específicas, lo que se traduce en un aumento de personas desocupadas que ven afectados sus ingresos, siendo “probable que aumente el empleo informal como estrategia de supervivencia” (CEPAL, 2020, pág. 11).

Respecto a la tasa de desempleo, a fines del 2019 era de un 8,1%, situación que con el arribo del COVID-19 podría subir entre 4 y 5 puntos porcentuales, elevando el número de desempleados en la región al récord histórico de 41 millones de personas (Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2021). Desde esta lógica, la desocupación “afectará de manera desproporcionada a los pobres y a los estratos vulnerables de ingresos medios” (CEPAL, 2020, pág. 11).

En ese sentido, la CEPAL (2020) estima que la pandemia podría repercutir en la pobreza y pobreza extrema de la región, considerando que para el 2020, se proyecta que la tasa de pobreza extrema se situaría en un 12,5% y la tasa de pobreza alcanzaría el 33,7%, “ello supondría que el total de personas pobres ascendería a 209 millones a finales de 2020, 22 millones de personas más que el año anterior” (CEPAL, 2021, pág. 29). Respecto a la población no-pobre, se plantea que “16,7 millones de personas de estratos medios descenderán al estrato medio-bajo en la región, mientras que 2,5 millones de personas en el estrato medio-bajo entrarán en situación de pobreza” (Hogar de Cristo et al., 2020, pág. 18).

Ferullo (2006) señala que “la condición de pobreza de una persona equivale a algún grado de privación que impide el desarrollo pleno de sus capacidades y, en última instancia, de su libertad” (p.13). Mientras Coloca, Leriche & Briseño (2017) argumentan que “la pobreza es lacerante y sumamente limitante, coarta las oportunidades y la visión que sobre esas

oportunidades puedan tener las personas, es decir, no solo limita la posibilidad de logro sino que hasta restringe los deseos de superarse” (p. 3). De la pobreza, se desprende la pobreza extrema, la cual hace alusión a aquellas personas que “se encuentran en una posición particularmente dramática, con carencias tan extremas que sus ingresos resultan insuficientes para satisfacer sus necesidades alimenticias” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), 2011, pág. 6).

Pese a que la pandemia ha afectado a la sociedad en sus distintos niveles, “la intensidad de la repercusión varía muchísimo entre los grupos sociales” (Lusting & Tommasi, 2020, pág. 283). De la variedad existente de grupos sociales, se encuentran los grupos vulnerables, los cuales corresponden a: los pobres de las zonas urbanas, las mujeres, los niños, personas mayores, población indígena, los migrantes y otros grupos vulnerables (personas sin hogar, población reclusa, las personas que realizan trabajo sexual y las personas transexuales). En ese sentido, “los pobres y vulnerables son los más afectados porque sus condiciones de vida y oportunidades futuras se ven amenazadas por las perturbaciones económicas y otros efectos negativos de la pandemia” (Lusting & Tommasi, 2020, pág. 284).

Los grupos vulnerables de menor estrato socioeconómico al carecer de medios para satisfacer sus necesidades básicas a corto plazo se ven sujetos a no seguir las reglas del aislamiento social, ya que quedarse en casa implicaría privarse de obtener un sustento económico diario, situación que puede generar en ellos una imagen como desobedientes e individualistas por esparcir el virus, acrecentando así la estigmatización y discriminación. (Hogar de Cristo et al., 2020)

Por otro lado, el quedarse en casa para Lusting y Tommasi (2020), significa una serie de penurias provocadas por el hacinamiento, la falta de servicios básicos y los entornos deficientes donde se encuentran las viviendas. “El confinamiento, el aburrimiento, la incertidumbre y el miedo asociados a las medidas de confinamiento podrían agravar la disfunción familiar que, en casos extremos, exacerba la violencia doméstica y el maltrato infantil” (Lusting & Tommasi, 2020, pág. 287).

A raíz del contexto, la protección social cumple un rol indispensable para prevenir y atenuar los efectos negativos de la pandemia. En ese sentido, los sistemas de protección social son definidos como un “conjunto de políticas y programas destinados para prevenir o proteger a todas las personas contra la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social a lo largo del ciclo de vida, con un

énfasis particular hacia los grupos vulnerables” (Hogar de Cristo et al., 2020, pág. 86).

La protección social se suele dividir en tres dimensiones: *seguridad social*, materializada por ejemplo en regímenes de pensiones, seguros de desempleo, licencias médicas, entre otros instrumentos para asegurar un flujo mínimo de ingresos ante eventualidades y la vejez; *asistencia social*, a través de medidas no contributivas como transferencias en efectivo o en especies (como alimentos), subsidios al consumo, promoción y facilitación del acceso a servicios sociales (educación, salud, vivienda, etc.); y la *regulación de los mercados laborales*, a través de subsidios a los salarios, intermediación o capacitación laboral, programas de empleo de emergencia, entre otras medidas para proteger al empleo y mejorar su calidad. (Hogar de Cristo et al., 2020)

En ese sentido, “los países se enfrentan a la pandemia con grandes brechas y amplios grupos de la población desprotegidos, lo que pone en evidencia la fragmentación y las desigualdades de sus sistemas de protección social” (CEPAL, 2021, pág. 32). Pese a que los sistemas de protección social de América Latina no contemplan la universalidad, “los gobiernos han respondido con un conjunto inédito de programas de protección social de emergencia dirigidos a los hogares en situación de pobreza o que tienen mayor riesgo de caer en ella” (CEPAL, 2021, pág. 33), como es el caso de los trabajadores informales. Es por ello que, durante el año 2020, “en 32 países se han adoptado 263 medidas no contributivas de protección social, entre las que se incluyen las transferencias monetarias, la entrega de alimentos y medicamentos y el aseguramiento del suministro de servicios básicos” (CEPAL, 2021, pág. 33).

### **3.3. Contexto Nacional (Chile)**

El primer caso de COVID-19 en Chile se confirmó el 3 de marzo del 2020. El caso fue notificado por el Instituto de Salud Pública (ISP) y el Laboratorio del Hospital Guillermo Grant Benavente, luego que se analizará la muestra mediante la técnica de PCR (Servicio de Salud Metropolitano Central, 2021). El PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) es una de las pruebas diagnósticas para la detección en curso del SARS- CoV-2, el cual detecta el material genético del virus mediante la utilización de muestras extraídas de las vías respiratorias, obteniendo los resultados al cabo de 1 día, permitiendo distinguir tanto los casos sintomáticos como asintomáticos (OMS, 2021). De

forma paralela, existen las pruebas rápidas de antígenos para la detección del SARS-CoV-2, las cuales recogen muestras en la nariz o la garganta con un hisopo, “estas pruebas son más económicas que las de PCR y ofrecen los resultados con más rapidez, aunque por lo general son menos precisas” (OMS, 2021).

A la fecha 2 de diciembre del 2021, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha notificado un total de 1.766.493 casos confirmados<sup>4</sup> y 38.403 personas fallecidas. De las cuales 13.179 se identifican como casos activos, mientras que 1.710.140 son casos recuperados. Durante las últimas 21 horas se registraron un total de 2.244 casos diarios, con 1.476 con síntomas, 547 asintomáticos y 221 no informados (Gobierno de Chile, 2021).

En un contexto inicial, el miércoles 18 de marzo de 2020, el presidente Sebastián Piñera Echeñique declaró el “Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe” ante la emergencia por coronavirus COVID-19. Según la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN) (2021) esta excepcionalidad se anuncia únicamente por el presidente de la República.

El Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe se declara en caso de calamidad pública dentro de una determinada zona geográfica; por calamidad pública de causas humanas o naturales, de una magnitud tal que generen un grave daño al normal desarrollo de la vida social y la economía, afectando significativamente a personas o bienes dentro del territorio de la República. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN), 2021)

El Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe ante emergencia por coronavirus COVID-19, permitirá: *i)* Dar mayor seguridad a los hospitales y todos los sitios de atención de salud; *ii)* Proteger la cadena logística y traslado de insumos médicos; *iii)* Facilitar el cuidado y traslado de pacientes y personal médico y la evacuación de personas; *iv)* Resguardar el cumplimiento de las cuarentenas y medidas de aislamiento social; *v)* Garantizar la cadena de producción y distribución para asegurar el normal abastecimiento de la población; *vi)* Proteger y resguardar las fronteras (Gobierno de Chile, 2021).

Además, permitirá dictar una serie de medidas, incluyendo la restricción de reuniones en espacios públicos, asegurar la distribución de bienes y servicios básicos, ordenar la formación de reservas de alimentos y otros bienes necesarios para la atención y subsistencia de la población, establecer cuarentenas o toques de queda, dictar medidas para la

---

<sup>4</sup> Véase en: <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/>

protección de servicios de utilidad pública, y limitar el tránsito o locomoción de personas. (Gobierno de Chile, 2021)

El 22 de marzo de 2020, el MINSAL anunció una serie de medidas para enfrentar el brote de COVID-19 en el país, entre las que se incluyen: la aplicación de cuarentenas en determinadas localidades, aduanas sanitarias en puntos estratégicos del territorio, cordones sanitarios, indicación de cuarentena obligatoria para toda persona con residencia en el país y que ingrese a Chile y la instauración de un toque de queda nocturno en todo el territorio nacional. (Ministerio de Salud (MINSAL), 2021)

Respecto a la cuarentena, esta es entendida como una medida de salud pública que tiene por fin disminuir la velocidad de propagación del COVID-19 en una determinada comunidad, materializada en la obligación de las personas sujetas a la medida de no salir de sus domicilios habituales. En cuanto a la aduana sanitaria, esta se considera como un recinto o lugar de parada obligatoria por la que deberán pasar todos quienes ingresen a una zona en que se aplique la medida. Mientras que los cordones sanitarios se identifican como barreras para aislar una zona o territorio, la cual prohíbe el ingreso o salida exceptuando a los residentes de las localidades (MINSAL, 2021). Por otro lado, el toque de queda, es entendido como “la suspensión de la libertad de circulación en los horarios determinados por los jefes de Defensa Nacional en un Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe” (Gobierno de Chile, 2021, pág. 2).

El 19 de julio del 2020, el presidente Sebastián Piñera Echeñique presentó el Plan “Paso a Paso nos Cuidamos Todos”<sup>5</sup>, el cual consiste en una estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona en particular. Se trata de 4 escenarios o pasos graduales, que van desde la Cuarentena hasta la Apertura inicial, con restricciones y obligaciones específicas. El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeta a indicadores epidemiológicos, red asistencial y trazabilidad (Gobierno de Chile, 2021). Entendida esta última, como un “proceso que permite identificar de manera continua a las personas que tuvieron contacto con un caso contagiado (contactos expuestos a los casos índice)” (MINSAL, 2020, pág. 5).

Las fases del Plan Paso a Paso se desagregan según: *Fase 1 “Cuarentena”*, la cual establece una movilidad limitada para disminuir al mínimo la interacción y propagación del virus, estableciendo una prohibición de funcionamiento de aquellos servicios que no sean de primera necesidad,

---

<sup>5</sup> Véase en: <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

además se establece cuarentena obligatoria a los mayores de 75 años; *Fase 2 “Transición”*, disminuye el grado de confinamiento, evitando la apertura brusca para minimizar los riesgos de contagio, manteniendo así la cuarentena los sábados, domingos y festivos; *Fase 3 “Preparación”*, se levanta la cuarentena para la población general (excepto los grupos de riesgo), permitiendo las actividades sociales y recreativas en cualquier día de la semana, sin embargo cumpliendo con el toque de queda y el distanciamiento físico; *Fase 4 “Apertura Inicial”*, retomar ciertas actividades de menor riesgo de contagios, minimizando las aglomeración, manteniendo el cumplimiento de toque de queda, aduanas y cordones sanitarios y el distanciamiento físico. (MINSAL, 2021)

Paralelo a estas medidas preventivas, las autoridades habilitaron la entrega de permisos que autorizan el desplazamiento individual y colectivo, como medida para reforzar el Plan “Paso a Paso nos Cuidamos Todos”. Entre los permisos implementados, se destacan: 1) *Permiso Temporal Individual*, que autoriza a las personas para realizar actividades fundamentales y abastecerse de bienes y servicios esenciales de uso doméstico, en sectores o localidades que se encuentren en cuarentena territorial; 2) *Permiso Desplazamiento Colectivo*, el cual habilita el desplazamiento de personas, que cumplen labores esenciales establecidas, con su credencial o documento que acredite relación contractual acompañada de su Cédula Nacional de Identidad. Asimismo, el permiso autoriza el desplazamiento en horario de toque de queda y para el cruce de un cordón sanitario; 3) *Permiso Único Colectivo*, el cual es solicitado por una empresa o institución de rubro esencial (pública o privada) para aquellos trabajadores imprescindibles; 4) *Salvoconducto Individual*, considerados como autorizaciones temporales que facultan a las personas a realizar actuaciones urgentes como trámites funerarios o tratamientos médicos, aún en horario de toque de queda; 5) *Banda horaria para adultos mayores para la adquisición de productos esenciales*, las personas mayores de 80 años, podrán realizar compras de bienes esenciales, sin necesidad de portar un permiso temporal individual, hasta las 10.30 horas (Gobierno de Chile, 2021). Cabe destacar que estos permisos se encuentran sujetos a cambios constantes en relación con la contingencia del país.

El jueves 1 de abril del 2021, las autoridades nacionales producto de la contingencia, debieron intensificar las medidas sanitarias implementando una serie de restricciones, entre las que se incluyen: *i)* el cierre de fronteras durante el mes de abril, restringiendo los viajes al extranjero por 30 días y la prohibición de arribo para extranjeros no residentes en Chile; *ii)* se eliminan los giros y actividades no esenciales; *iii)* se limitan los productos comercializados en

supermercados en comunas en Fase 1 y 2; *iv*) los comercios deberán exigir el permiso de desplazamiento general o el permiso único colectivo; *v*) se limitan los permisos de desplazamiento individual (comunas en Fase 1); *vi*) aforo para cultos religiosos en comunas en Fase 1. (Gobierno de Chile, 2021)

Durante el año 2020-2021, las autoridades debieron desplegar medidas de protección social que se traducen en una serie de bonos y subsidios de carácter extraordinario destinados tanto a la población vulnerable como a la clase media, en respuesta a las consecuencias socioeconómicas generadas por la pandemia del COVID-19, junto con las medidas sociosanitarias impuestas por el gobierno para contener la propagación del virus. El Tribunal Constitucional (como se citó en Flores, 2011) esclarece que un subsidio es “una ayuda o auxilio pecuniario, de carácter extraordinario, que el Estado otorga a personas o grupos de personas debido a un estado de necesidad, entregándoles una suma de dinero que no se reembolsa” (p. 17).

Entre las medidas de protección social desplegadas por las autoridades, se incluyen: *a*) *Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)* para hogares vulnerables, el cual consiste en un apoyo directo a los ingresos de las personas más vulnerables durante la pandemia, materializado en pagos mensuales proporcionales a la cantidad de personas que componen el hogar; *b*) *Bono de emergencia COVID-19*, se presenta como una medida de apoyo para los hogares que no tienen un trabajo formal mediante un aporte de \$50.000 a los sectores más vulnerables; *c*) *Aporte Fiscal para la Clase Media*, el cual consiste en un bono por \$500.000 no reembolsable para familias de clase media que vieron afectados sus ingresos formales por la pandemia; *d*) *Ley de Protección del Empleo*, tiene por objetivo proteger la estabilidad de ingresos y fuentes laborales formales de aquellos trabajadores(as) que no pueden prestar servicios a causa del COVID-19. El beneficio es para aquellos trabajadores(as) que cotizan para el Seguro de Cesantía y para trabajadoras(es) de casa particular, manteniendo el vínculo contractual; *e*) *Seguro de Protección de Ingresos para Trabajadores Independientes*, el cual consiste en un soporte económico para trabajadores que emitan boletas de honorarios y que vean afectados sus ingresos a causa de la pandemia; *f*) *Cuentas de Agua*, que consta de la postergación del pago de las cuentas de agua potable y alcantarillado durante el Estado de Catástrofe, dirigidos a los casos vulnerables o aquellos imposibilitados de pagar las cuentas como adultos mayores o desempleados; *g*) *Cuenta de Luz*, que consta de la suspensión del corte de servicios por el retraso de pago de cuentas, sin multas ni intereses; *h*) *Entrega de Canastas “Alimentos para Chile”*, la cual consiste en hacer entrega de alimentos y productos de higiene a familias de todo el

país, en coordinación con todas las municipalidades del país. (Hogar de Cristo et al., 2020)

Adicional a lo mencionado, el Congreso aprobó la Ley N°21.248, publicada en el Diario Oficial el 30 de julio de 2020 que otorga a los/as afiliados/as a una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) la posibilidad de retirar de manera excepcional hasta un 10% de los fondos acumulados en la cuenta de capitalización individual. El segundo retiro comenzó a regir el 10 de diciembre del 2020 (Ley N°21.295) y el tercer retiro desde el 28 de abril de 2021 (Ley N°21.230). A contar de las fechas mencionadas con anterioridad, se ha impuesto 1 año para realizar cada proceso (Chile Atiende, 2021).

Anterior a la pandemia por COVID-19, Chile se encontraba inmerso en una crisis sociopolítica con un alto descontento social mezclado con agitación civil, como respuesta ante las desigualdades existentes en el país y las falencias propias del sistema. En Chile, “la desigualdad es parte de su fisonomía histórica, un rasgo estructural del orden social desde sus inicios hasta nuestros días” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2017, pág. 17). A eso se le añade, un sistema de salud que “segrega a la población en base a su riesgo de enfermar y su capacidad de pago” (Goyenechea, 2019, pág. 6), donde las personas con menores ingresos son las que cuentan con menor cobertura en gastos de salud, viéndose forzadas a “atenderse en un servicio público de menor calidad y con mayores tiempos de espera que su contraparte privada” (Hogar de Cristo et al., 2020, pág. 14).

En ese contexto, la pandemia por COVID-19 llegó a acrecentar los problemas preexistentes en la sociedad chilena, desencadenando una triple crisis; sanitaria, económica y social, situación que a la fecha, afecta directamente a la totalidad de las personas, en especial, a las personas de clase media y a los estratos socioeconómicos bajos.

El COVID-19 ha impactado el sistema de salud chileno provocando un desborde en las instituciones médicas tanto públicas como privadas, producto de una alta demanda por atenciones médicas a consecuencias de los contagios, situación que conlleva un desabastecimiento de insumos médicos, fatiga, estrés y escasez de personal calificado y la capacidad total de camas UCI y soporte vital. A la fecha 2 de diciembre de 2021, la Red Integrada de Salud cuenta con 2.076 camas críticas habilitadas, de las cuales 169 se encuentran disponibles, mientras que 106 personas se encuentran hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de las cuales 595 están con apoyo de ventilación mecánica. (MINSAL, 2021)

De forma paralela, la economía en Chile se encuentra atravesando una de las mayores crisis económicas de su historia (Menz, 2021), debido principalmente al arribo y propagación del COVID-19 en el territorio nacional, durante el primer trimestre del 2020 y las medidas implementadas para su contención, situación que ha deteriorado la actividad económica y la pérdida de empleos e ingresos.

Las proyecciones del Banco Central de Chile de agosto 2020 apuntan a una contracción del PIB (Producto Interno Bruto) durante el año entre el -4,5% y -%,5 respecto del 2019 (Montt, Ordoñez, Silva, & Velasco, 2020). Según los datos de la Encuesta Nacional de Empleo elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la tasa de desocupación nacional durante el trimestre abril-junio de 2020 fue de un 12,2%, incrementándose 4,9 puntos porcentuales respecto a igual período del año anterior, afectando a casi 1 millón de personas. Mientras que la tasa de ocupación informal alcanzó un 22,3%, descendiendo 5,3 puntos porcentuales, en un periodo de 12 meses, producto del impacto de la “contingencia nacional que ha impedido el normal desarrollo de las actividades económicas (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2021). Desde esta lógica, “los efectos de pérdida de puestos de trabajo se observan con fuerza tanto para los ocupados formales como informales” (Montt, Ordoñez, Silva, & Velasco, 2020, pág. 2).

Por otra parte, la CEPAL (como se citó en Pandemia y Pobreza, 2020) estima que para el caso particular de Chile, se prevé un aumento de la pobreza desde un 9,8% hasta un 11,9% en el mejor escenario, y hasta un 13,7% en el peor escenario. En el caso específico de la pobreza extrema, podría ascender desde un 1,4% hasta un 2,1% en el escenario más optimista, mientras que en el escenario más pesimista se alcanzaría un 2,6%.

Por otra parte, en Chile, el proceso de vacunación comenzó el 24 de diciembre de 2020, presentándose como una instancia voluntaria y gratuita, gestionada por el Ministerio de Salud. El proceso es realizado de manera gradual y progresiva mediante un calendario de vacunación, el cual dictamina la fecha en la cual se deben vacunar los diversos grupos etarios. (Gobierno de Chile, 2021)

Las autoridades inicialmente establecieron que durante el primer trimestre del año 2021 a nivel nacional serán vacunados diversos grupos prioritarios, entre los que se incluyen: Personal de salud (comenzando con Unidad de Paciente Crítico - UPC), personas con comorbilidades, personas residentes en Centros de Larga Estadía (incluye Establecimientos Larga Estadía del Adulto Mayor, centros del Sename, personas en situación de

discapacidad física y/o mental), Personas mayores de 65 años, Personal de educación, y Personal crítico de la Administración del Estado (Gobierno de Chile, 2021).

A la fecha 2 de diciembre del 2021, Chile posee cuatro diferentes tipos de vacunas; Vacuna BioNTech, Pfizer, Vacuna CanSino, Vacuna Oxford/AstraZeneca y Vacuna de CoronaVac, las cuales han sido distribuidas a lo largo del territorio nacional en las diferentes instituciones de salud pública y privada.

En base a la información proporcionada por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)<sup>6</sup> perteneciente al MINSAL, al jueves 2 de diciembre de 2021, existe un total de 27.497.734 dosis administradas, entre las que se encuentra 13.639.979 personas vacunadas con la primera dosis, 13.284.655 personas vacunadas con la segunda dosis y 573.100 personas vacunadas con una única dosis. Cabe señalar que desde agosto del 2021, se implementó la *dosis de refuerzo* como respuesta a la aparición de nuevas variantes del COVID-19, existiendo un total de 8.665.397 personas vacunadas desde el dictamen emanado del MINSAL. En relación con la cobertura de vacunación, las personas que se encuentran inoculadas con la segunda dosis y única dosis representan un 91,2% de la población total a vacunar (SAS Visual Analytics - Explorar y visualizar, 2021).

Respecto al proceso de vacunación, el MINSAL ha incorporado la entrega de un documento, denominado **“Pase de Movilidad”**, a todas las personas que hayan completado su esquema de vacunación contra el COVID-19, el cual permitirá el ingreso a espacios cerrados y viajes nacionales e internacionales. (Chile Atiende , 2021)

En el caso particular de la Región de Valparaíso, a la fecha 2 de diciembre del 2021, existe un total de 134.157 casos confirmados y 3.555 fallecidos, de los cuales 128.879 representan a los casos confirmados recuperados. En las últimas 24 horas, existe un total de 4.229 casos confirmados por antígenos, de los cuales 22 son casos nuevos totales, desagregados en casos con sintomatología (148) y asintomáticos (43). (Gobierno de Chile , 2021)

A raíz del número de casos activos en las distintas comunas de la región, aún sigue vigente el Plan “Paso a Paso Nos Cuidamos Todos” como

---

<sup>6</sup> Véase en:  
[https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F9037e283-1278-422c-84c4-16e42a7026c8&sectionIndex=1&sso\\_guest=true&sas-welcome=false](https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F9037e283-1278-422c-84c4-16e42a7026c8&sectionIndex=1&sso_guest=true&sas-welcome=false)

medida sociosanitaria, sin embargo el jueves 30 de septiembre se dio término al toque de queda y por tanto al Estado de Excepción Constitucional. (MINSAL, 2021)

#### **4. Conceptualización: Personas Mayores**

Una de las primeras entidades que se refirió al concepto de Adulto Mayor fue la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en abril de 1994, la cual decidió emplear el término adulto mayor, que abarca una visión integral, interdisciplinaria y holística (Abaunza et al., 2014). Cabe señalar que la OMS (como se citó en Varela, 2016) considera como persona mayor a toda persona mayor de 60 años.

Para Abaunza et al. (2014), las personas mayores son personas que, debido al transcurso de los años, se encuentran en una etapa de cambios a nivel físico y psicológico, donde el rol de la comunidad se orienta a entregar condiciones y garantías para la efectividad de los derechos económicos y sociales, ya que estos requieren de cuidados especializados durante el proceso de envejecimiento.

De igual forma, la República de Colombia (2021) sostiene que las “personas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2021).

Es necesario precisar que el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) promueve la utilización del término “Adulto Mayor o Persona Mayor”, “en reemplazo de términos como tercera edad, anciano, abuelo, viejo o senescente, los cuales pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez” (Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), 2021, pág. 2).

##### **4.1. Vejez: Última etapa del ciclo vital**

Moreno et al. (2015) comprenden la vejez “como un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos” (p. 3). Entendida esta como la última etapa del desarrollo humano, correspondiente a la adultez tardía que comprende desde los 65 años en adelante. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009)

Mientras que Wong y Díaz (como se citó en Moreno et al., 2015) señalan que “la vejez alude a ser un constructo social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, por ejemplo, en cuanto a la participación en actividades económicas y sociales, según el género y las normas socioculturales” (p. 3).

Respecto a la edad que pueda tener una persona, Forttes (2007) desarrolla una caracterización, donde se distinguen los siguiente conceptos: 1) *Edad Cronológica*, la cual está determinada por la fecha de nacimiento, constituyendo una indicación del paso del tiempo para el conjunto de una población, pero dice muy poco sobre el estado real de cada miembro; 2) *Edad Biológica Funcional*, está determinada por la herencia biológica y la influencia del medio ambiente, la cual genera en cada individuo una experiencia vital diferenciada y un determinado resultado en salud física, orgánica o funcional; 3) *Edad Psíquica*, se define como un estado individual de desarrollo de las facultades cognitivas, conscientes y emotivas de la persona; 4) *Edad Social*, refleja una interrelación de factores individuales y sociales, fruto de la educación, del trabajo y de la experiencia vital.

En ese sentido existen dos dimensiones sociales de suma importancia durante la vejez: 1) *Dimensión interna - Sociabilidad*, la cual alude a la cualidad personal que orienta al individuo hacia los demás, estableciendo relaciones cotidianas con instituciones y con individuos (encuentros cara a cara); 2) *Dimensión externa - Asociatividad y Participación social*, las cuales son consideradas como tendencias que mueven a las personas a organizarse y vincularse para conseguir un objetivo común (Pontificia Universidad Católica de Chile et al. , 2011, pág. 69).

#### **4.2. Envejecimiento: Un proceso dinámico e inherente al ser humano**

La OMS (2015) plantea que desde el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares que con el paso del tiempo reducen gradualmente las reservas fisiológicas, situación que conlleva al aumento en el riesgo de enfermedades, disminuyendo en general la capacidad del individuo, hasta llegar finalmente a la muerte.

En un sentido similar, Bazo (como se citó en Alvarado y Salazar, 2014) define el envejecimiento “como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro

funcional y a la muerte” (p. 2). Estos cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

De forma complementaria, la República de Colombia manifiesta que “las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2021).

Forttes (2007) entrega una clasificación de las diversas formas de envejecer, entre las que se incluyen: 1) *Envejecimiento normal*, el cual experimenta la mayoría de las personas, sin enfermedades o sin limitaciones, suponiendo una pérdida progresiva de la funcionalidad; 2) *Envejecimiento patológico*, asociada a la aparición de la enfermedad o limitación que reduce la funcionalidad del individuo, situación que genera una disminución en la calidad de vida; 3) *Envejecimiento óptimo*, supera al normal, mediante el combate de las limitaciones ante de que estas aparezcan, potenciando la funcionalidad de la persona; 4) *Envejecimiento exitoso*, comprendido como un concepto multidimensional, incluye un nivel relativamente bajo de enfermedad y discapacidades, junto a un alto funcionamiento físico y mental, con un compromiso activo con la vida; 5) *Envejecimiento activo*, entendido como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, por medio de la utilización de las oportunidades que le ofrece la sociedad.

Por su parte, la OMS (2002) describe el Envejecimiento Activo como el proceso de “optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (...) aplicado tanto a los individuos como a los grupos de población” (p. 6). Es por tal que, este proceso permitirá que las personas desarrollen su máximo potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, participando en la sociedad mientras que ésta le proporciona protección, seguridad y cuidados cuando necesiten asistencia. (OMS, 2002)

Otro de los términos empleados por la OMS (2015), es el asociado al Envejecimiento Saludable, el cual es utilizado para referirse a “un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables” (p. 48). Esta definición es considerada como problemática debido a que muchas personas presentan una o más afecciones que se encuentran controladas, teniendo poca influencia en su capacidad de funcionamiento. En ese sentido, la organización considera al término en un sentido más amplio como basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales, definiéndolo

así como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. (OMS, 2015)

Para comprender el proceso de envejecimiento y sus diferentes tipos, es necesario precisar tres conceptos esenciales para su entendimiento.

#### **4.2.1. Autonomía**

Según la OMS (2002), la autonomía es la “capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir la vida de acuerdo con las normas y preferencias propias” (p. 5).

Mientras que en el plano médico, el Dr. Beca (2010), aclara que la autonomía, “como ejercicio de la plena voluntad requiere de la plenitud de sus facultades y no puede entenderse como un todo o nada” (p. 1).

Al igual que los niños y adolescentes se van haciendo más autónomos a medida en que crecen y maduran, los adultos mayores van perdiendo gradualmente su autonomía. No se trata de infantilizar al adulto mayor y reemplazarlo de plano en sus decisiones, sino ayudarlo a decidir en la medida de su capacidad parcial. Por otra parte, aunque no decidiese, se respeta su autonomía en la medida en que su tratamiento respete sus valores y preferencias. Para este efecto se hace necesario conocer sus expresiones de voluntad y sus criterios a través de su familia, médicos tratantes o cuidadores. (Beca, 2021)

Respecto a lo anterior, Lewis (2017) enfatiza que la autonomía nunca es completa durante el curso de vida, y que en la vejez hay que promover aquellos momentos en que las personas mayores pueden tomar sus propias decisiones, brindándoles acceso a dispositivos de apoyo que permitan fortalecer sus conocimientos y sus capacidades cuando lo requieran. (CEPAL, 2017)

#### **4.2.2. Independencia**

Según la OMS (2002) la independencia es entendida comúnmente como la “capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás” (p. 5).

De manera contraria, la CEPAL (2021) menciona que si la independencia se identifica con la autosuficiencia estricta de la libertad para la toma de decisiones y la ejecución de lo decidido, es posible concluir que la independencia plena no solo no existe nunca, sino que es extraña a la

condición humana. Lo anterior, se explica por el hecho de que los seres humanos son seres intrínsecamente sociales que necesitan de la interdependencia. (CEPAL, 2021)

#### 4.2.3. Calidad de vida

Schalock (como se citó en Pérez y De-Juanas, 2013) expone que la calidad de vida es un “concepto que hace referencia a las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos” (p. 133). También, Schalock (como se citó en Mollón-Escuder y Cabedo, 2014) considera que:

La mejor definición de la calidad de vida (individual), es la de un fenómeno multidimensional compuesto por dimensiones centrales influenciadas por características personales y factores ambientales. Estas necesidades centrales son las mismas para todas las personas, aunque pueden variar según su valor e importancia relativa (p. 20).

De forma similar, Botero y Pico (2007) permiten dilucidar que, la calidad de vida se compone de aspectos objetivos y subjetivos, los cuales estarán asociados tanto a aquellos que dependen del individuo, refiriendo a el aprovechamiento de su potencial, junto a las circunstancias externas que influyan en él, como también aquellos dados según el alcance de altos estándares de satisfacción del individuo, por medio de la realización de aspiraciones personales.

Enfatizando en la relación existente entre la sociedad y las personas mayores y su relevancia en la calidad de vida de estos, se comprende que la persona mayor “vive en un entorno en el cual coexisten aspectos positivos y negativos que pueden repercutir en la capacidad funcional y que se asocia con un incremento de la susceptibilidad para que éste desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera” (Botero & Pico, 2007, pág. 10). Estos determinantes sociales son considerados por diversos autores como de alta importancia para la calidad de vida de las personas mayores, en donde se destacan de manera significativa: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica (Botero & Pico, 2007). Entendiendo a los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen

sobre las condiciones de la vida cotidiana" (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2021).

En cuanto a las relaciones familiares y apoyos sociales, estos determinantes figuran como uno de los aspectos de gran importancia para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, puesto que son estos los que "brindan el apoyo social y dan soporte emocional, económico y material que necesitan" (Pontificia Universidad Católica de Chile et al., 2011, pág. 69). Ante la ausencia de relaciones sociales y familiares, "el adulto mayor no tendrá a quien recurrir cuando lo necesite y ello puede producir un aislamiento social, lo que implica una situación de vulnerabilidad, lo que muchas veces se traduce en deterioro físico, cognitivo y emocional" (Botero & Pico, 2007, pág. 69).

Respecto a los conceptos de redes sociales y de apoyo, estos se "relacionan con la idea de protección, puesto que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a la persona con su entorno social" (Pontificia Universidad Católica de Chile et al., 2011, pág. 72). En ese sentido, "los estudios muestran que la interacción con la familia o con generaciones más jóvenes resulta crucial para la calidad de vida de los mayores" (Mollón-Escuder & Cabedo, 2014, pág. 42).

Es necesario precisar que, las personas mayores establecen como redes de apoyo institucionales aquellas presentes en el territorio como lo son: CESFAM, Municipalidad o Programas Gubernamentales y privadas, además de organizaciones no gubernamentales tales como Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Clubes de Adulto Mayor, etc. Estos vínculos cumplen un papel y rol significativos en la vida de las personas mayores, promoviendo su calidad de vida y bienestar social.

## 5. Marco Referencial

La presente investigación se sustenta en base a un marco referencial, el cual permite por medio de artículos y estudios de investigación conocer diversas perspectivas contingentes que se relacionan con la temática propuesta por las estudiantes.

1. *"Afrontamiento de la cuarentena y el distanciamiento social durante la pandemia por COVID-19 en los mayores de 60 años en los Estados Unidos"*<sup>7</sup>(Gerst, 2020).

---

<sup>7</sup> Véase en: <https://www.paho.org/journal/es/articulos/afrontamiento-cuarentena-distanciamiento-social-durante-pandemia-por-covid-19-mayores-60>

La presente investigación tiene por objetivo evaluar el impacto de la indicación de quedarse en casa y el distanciamiento social en las personas mayores de 60 años o más durante el brote de COVID-19 en los Estados Unidos en 2020. Utilizando un muestreo de conveniencia, se solicitó a los destinatarios que completaran una encuesta administrada por internet para explorar el impacto del distanciamiento social respecto de la soledad, el estrés y los cambios de comportamiento. La muestra analizada consistió en 833 respuestas de personas de 60 años o más.

En relación con los resultados una proporción importante de la muestra informó experimentar estrés (36%) o soledad (42,5%). Muchos de los encuestados (31%) declararon que su sentido de soledad aumentó durante el tiempo de distanciamiento social. Además, informaron que realizaban más actividades solitarias y menos actividades presenciales (en persona), utilizaban el correo electrónico y los mensajes de texto más de lo habitual, pasando más tiempo con sus computadores o tablets. Aproximadamente dos tercios de las personas que respondieron informaron que utilizaban las redes sociales más de lo habitual.

A modo de conclusión, el distanciamiento social tiene consecuencias significativas respecto de la soledad y los comportamientos que afectan a la salud en las personas mayores de los Estados Unidos, muchos de los cuales varían según el grupo etario. Los resultados sugieren que las prácticas de distanciamiento social están teniendo un impacto en una parte de las personas de 60 años o más, considerando que los encuestados que vivían solos tenían más probabilidades de informar un aumento de la soledad. Esto indica que los que viven solos son un grupo particularmente vulnerable a una mayor soledad durante períodos de cuarentena.

2. *“Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina”<sup>8</sup>* (Johnson, Saletti, & Tumas, 2020).

El objetivo de este trabajo es explorar los sentimientos y expectativas que genera el COVID-19 en Argentina durante la primera etapa de la pandemia. Se aplicó una encuesta elaborada por la Oficina Regional Europea de la OMS, donde se debió traducir el instrumento al castellano y adaptado al contexto argentino. Durante el proceso, el equipo investigador modificó el instrumento inicial, excluyendo algunas secciones del original y sumando otras variables, donde se incorporaron preguntas que tenían como propósito indagar el impacto emocional de COVID-19 y las expectativas vinculadas al impacto social. Los participantes del estudio se caracterizaron por ser mayores de 18

---

<sup>8</sup> Véase en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XgjkzZ9F6JJ9grmBGDtNBH/?lang=es>

años, entre hombres y mujeres, residentes de Argentina. En la primera ola la muestra final quedó conformada por 992 personas y en la segunda por 418 personas. Los datos se recopilaron online de forma anónima y cada participante brindó su consentimiento informado al comenzar el cuestionario.

Como resultados se advierte que la población encuestada percibe diversos sentimientos generados por la pandemia, donde se destacan principalmente la incertidumbre, miedo y la angustia, pero también emerge un sentimiento de responsabilidad (individual y colectiva) y cuidado frente al COVID-19. Así mismo se destacan sentimientos positivos para la sociedad como una valoración de la interdependencia social, emergiendo valores de solidaridad, empatía, unión y conciencia social. Los resultados arribados señalan que el impacto en la salud mental es desigual según el género, el nivel educativo alcanzado y el confort percibido en el hogar.

En conclusión, la investigación permitió conocer los sentimientos de las personas frente al COVID-19 en Argentina. En términos generales, en las fases iniciales de la pandemia en Argentina se observa un impacto en la salud mental de las personas en el que se destacan el miedo, la incertidumbre y la angustia. Sin embargo, emerge también un sentido de responsabilidad y cuidado junto con la puesta en valor de la dimensión social de las personas y la posibilidad de reflexionar que otorgaría como consecuencia positiva la situación de aislamiento social. En ese sentido, la solidaridad, la conciencia social y la empatía entendidas como consecuencias positivas del COVID-19 en la población, podrían ser valores que contribuyan a la aceptación y al cumplimiento de medidas de prevención, reduciendo probablemente el impacto en la salud mental.

3. *“Los contactos no físicos y la depresión de las personas mayores durante el cierre del COVID-19” (Older People’s Nonphysical Contacts and Depression During the COVID-19 Lockdown)*<sup>9</sup> (Arpino, Pasqualini, Bordone, & Solé-Auró, 2020).

El presente estudio tiene por objetivo examinar hasta qué punto los contactos intergeneracionales y otros tipos de contacto no físicos han reducido el riesgo de un aumento de los sentimientos depresivos percibidos durante el encierro para las personas mayores de 50 años. Respecto al diseño y método de investigación se implementó una encuesta de panel en línea basada en un muestreo de cuotas en Francia, Italia y España en abril de 2020, aproximadamente 1 mes después del inicio del bloqueo. La muestra objetivo fue de 3.000 personas por país. Al restringir la muestra a más de 50 individuos,

---

<sup>9</sup> Véase en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/61/2/176/5911810?login=true>

el tamaño de la muestra se redujo a 1.473 para Francia, 1.511 para Italia y 1.223 para España (N total = 4.207; 46,46% de la muestra inicial).

Los resultados arrojaron que aproximadamente el 50% de las personas mayores de 50 años se sintieron tristes o deprimidas con más frecuencia de lo habitual durante el encierro en los 3 países considerados. Las personas mayores que aumentaron o mantuvieron sin cambios los contactos no físicos con personas no residentes durante el encierro tuvieron un riesgo menor de experimentar un aumento de los sentimientos depresivos percibidos en comparación con aquellos que experimentaron una reducción en los contactos no físicos. El efecto beneficioso de los contactos no físicos fue más fuerte para las relaciones intergeneracionales. Los efectos fueron similares por género y más fuertes entre las personas mayores de 70 años que vivían en España y no vivían solas antes del inicio del encierro.

Las discusiones e implicaciones finales expresan que en las siguientes fases de la pandemia de COVID-19, o durante cualquier pandemia similar futura, los responsables políticos pueden implementar medidas que equilibren la necesidad de reducir la propagación del virus con la necesidad de permitir contactos físicos limitados. Los contactos sociales a distancia pueden fomentarse como un medio para mantener la cercanía social, mientras se mantiene la distancia física.

4. *“Pandemia de COVID-19: las experiencias vividas por adultos mayores en hogares de ancianos” (COVID-19 Pandemic: The Lived Experiences of Older Adults in Aged Care Homes)*<sup>10</sup> (Chee, 2020).

El presente artículo de investigación tiene por intención presentar una comprensión profunda de las experiencias vividas por los participantes, o los significados, en lugar de cuantificar sus respuestas, adoptando un enfoque cualitativo impulsado por un paradigma interpretativista. El enfoque fenomenológico de Colaizzi fue el método de investigación elegido para comprender las experiencias vividas de las personas mayores en hogares de ancianos utilizando el análisis de contenido temático para identificar e interpretar los datos. En relación con la muestra, esta se sitúa en dos hogares de ancianos privados sin fines de lucro operados principalmente por cuidadores en la ciudad suburbana de Subang Jaya - Malasia. Los criterios de inclusión fueron (a) personas mayores de 60 años o más; (b) poseer la capacidad de expresarse verbalmente; (c) sin deterioro cognitivo; y (d) dispuesto a participar voluntariamente en este estudio. El instrumento utilizado en la investigación fue una entrevista semi-estructurada en profundidad con

---

<sup>10</sup> Véase en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0976399620958326>

preguntas abiertas, realizadas a un total de 10 participantes, siendo el proceso de recolección de datos dividido en tres etapas: *i)* una entrevista semiestructurada con los participantes, *ii)* una entrevista de seguimiento y *iii)* la presentación de un resumen de los hallazgos a los mismos participantes para su validación para asegurar el vigor y confiabilidad de estudio.

Entre los resultados obtenidos, ante la prevalencia del COVID-19, los participantes expresaron sentimientos sombríos de no poder hacer nada sobre su situación debido a su multimorbilidad, ya que, veían su cuerpo como algo limitante y, a menudo, se consideraban "discapacitados" debido al deterioro de sus condiciones de salud. De igual manera, todos los participantes expresaron sentir miedo e incertidumbre en sus relatos, informando el sentirse ansiosos, porque estaban preocupados por su seguridad y temían dejar el hogar de ancianos para ir al hospital. En sus mentes, los participantes consideraron la avalancha de muertes en hogares de ancianos en todo el mundo, como un lugar no diferente al suyo, percibido como un lugar lleno de adultos mayores esperando la muerte. Adicionalmente, otros participantes hablaron profundamente de su dependencia de sus cuidadores con la ausencia de apoyo adicional de miembros de la familia y voluntarios. En la mayoría de los casos, debido a la ausencia de cuidadores externos, los participantes gradualmente se volvieron más apegados y dependientes de sus cuidadores.

A modo de conclusión se contempla que a pesar de que COVID-19 produce cambios sociales significativos, no ha cambiado la forma en que las personas mayores perciben que pasan el resto de sus vidas en un hogar de ancianos. Algunos desarrollaron un miedo a la muerte cuando se enteraron del COVID-19 y tenían muy poca fe en que pudieran superar la pandemia del COVID-19. Los resultados muestran claramente la necesidad de promover el desarrollo de programas de información para ayudar a las personas mayores a mantenerse al día con la pandemia. Asimismo, los cuidadores deben brindar el cuidado y el apoyo necesarios siendo una fuente confiable de apoyo, recursos y protección para garantizar que la seguridad de los residentes esté bien cuidada.

5. *“Experiencia temprana de aislamiento familiar y distanciamiento social de las personas mayores durante el COVID-19”* (Older people’s early experience of household isolation and social distancing during COVID-19)<sup>11</sup> (Brooke & Clark, 2020).

---

<sup>11</sup> Véase en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15485>

La presente investigación explora los cambios experimentados por los mayores de 70 años durante las dos primeras semanas de aislamiento familiar, distanciamiento social y protección en el Reino Unido y la República de Irlanda, y sus primeras percepciones y planes para apoyarlos durante la pandemia. Respecto a los métodos, se utilizó un estudio fenomenológico inductivo, donde se publicó un folleto de invitación al estudio en las redes sociales, como los grupos de vecinos de WhatsApp, la aplicación Nextdoor y Twitter. Se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas con 19 participantes y se repitieron a intervalos de 2 semanas durante 10 semanas. Este documento presenta los hallazgos de las entrevistas de referencia, que mostraron las primeras respuestas de las personas mayores.

En relación con los resultados, tres temas surgieron de las primeras experiencias de distanciamiento social de las personas mayores: medidas de protección; planes actuales y futuros; y aceptación de una buena vida, pero aún una vida por vivir. Los participantes describieron la necesidad de adherirse a las medidas de protección y reconocieron que en ocasiones lo hacían en exceso, lo que probablemente no era necesario. Los planes de afrontamiento actuales y futuros de los participantes se vieron influenciados por su necesidad de desafiar los supuestos de la sociedad sobre las personas mayores. Un elemento destacado fue la necesidad de apoyar a sus amigos mayores y familiares, en lugar de identificarse como ancianos y necesitar apoyo, lo que se produjo a través de un aumento en el uso de las redes sociales (WhatsApp, Facetime, Facebook, Messenger, Zoom y Skype). Los participantes aceptaron que habían vivido una buena vida y se consideraban bendecidos y afortunados, sin embargo, estaban preocupados por otros menos afortunados o privilegiados que ellos durante la pandemia.

A modo de conclusión las personas mayores de 70 años se adaptaron al aislamiento del hogar, el distanciamiento social y el blindaje mediante el uso de las redes sociales y los recursos del vecindario. Las enfermeras y otros profesionales pueden desarrollar una atención integral para las personas mayores escuchando sus experiencias de lo que les funciona, ayudándoles a conectarse con apoyos locales y distantes. Comprender la visión holística de la vida de las personas mayores, incluida la ansiedad por la muerte, es un elemento importante de la planificación de la atención; Para ayudar a las personas mayores a acceder a los recursos de protección, necesitan reducir los riesgos graves asociados con el coronavirus.

## **6. Cruce de Variables: Efectos del aislamiento social en personas mayores durante la pandemia por COVID-19**

La pandemia por la enfermedad de COVID-19, junto con las medidas de aislamiento social implementadas por las autoridades han dibujado un panorama estremecedor respecto a la situación de las personas mayores, siendo uno de los grupos etarios más vulnerables ante el contexto.

Entre los efectos generados por las condiciones de aislamiento social a raíz de la pandemia se presenta, un deterioro en la salud mental de las personas mayores producto de los extensos periodos de confinamiento, los cuales generan sentimientos de soledad, abandono y tristeza que conjugan con el temor constante de contraer el virus. Por otra parte, dadas las condiciones de fragilidad y fragmentación del sistema de salud chileno, las personas mayores presentan mayores dificultades para acceder a tratamientos médicos y/o atenciones sanitarias que den respuesta a sus afecciones preexistentes como hipertensión, diabetes, dislipidemia, entre otras, debido a que, los servicios de salud no relacionados con el COVID-19 se han reducido. A esto se le añade, la marginación a la cual están sujetas las personas mayores y su negativa a asistir a las instituciones médicas por preocupación al contagio.

Los efectos económicos no han quedado desplazados de la realidad de las personas mayores, considerando que muchos de ellos dependen de múltiples fuentes de ingresos como lo son las pensiones, el apoyo financiero de las familias o cercanos, el trabajo formal e informal, entre otras fuentes de financiamiento, las cuales se han visto mermadas a raíz de las medidas de contención que imposibilitan el desarrollo pleno de las actividades laborales y que ha llevado en ocasiones a la destrucción de los puestos de trabajo, situación que reduce considerablemente los ingresos y por consecuencia el bienestar socioeconómico de las personas mayores.

Ante la crisis económica, las autoridades implementaron una serie de medidas de protección social extraordinarias, las cuales tenían el propósito de mitigar los efectos económicos generados por las medidas de contención desplegadas para prevenir el virus. Sin embargo, dichas medidas materializadas en bonos y subsidios no contemplaron las realidades en las cuales se insertan las personas mayores, quienes en su mayoría presentan una brecha digital, que imposibilita el acceso a información esencial sobre beneficios y procesos de postulación.

Otro de los efectos del aislamiento social en las personas mayores dice relación con una pérdida de vínculos significativos cercanos como la familia,

amigos/as o vecinos/as y además una desarticulación de las redes comunitarias como lo son los Clubes de Adulto Mayor, Juntas de Vecinos y Centros de Madres. Esto se debe principalmente, a que gran parte de las personas mayores no cuenta con dispositivos tecnológicos, como teléfonos móviles inteligentes y computadoras, y de poseerlas, no cuentan con un poder adquisitivo para contratar servicios de internet / WIFI que posibiliten un contacto no físico. Por otra parte, quienes comparten periodos extensos de cuarentena con sus familias o cuidadores, se encuentran expuestos a sufrir vulneraciones como violencia, maltrato y descuido.

*Figura 2.*

Efectos de la COVID-19 en las personas de edad.



Nota: Fuente. Informe de Políticas: Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad, 2020.

Las situaciones expuestas con anterioridad dejan entrever la vulnerabilidad y exclusión en la cual se sitúan las personas mayores durante el aislamiento social por COVID-19, medida que si bien es utilizada para prevenir los contagios y resguardar la salud de la población, se encuentra haciendo estragos en la integralidad de las personas mayores.

# CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

## **Presentación**

El presente apartado tiene como objetivo presentar el proceso metodológico de la investigación, proporcionando al lector una guía de entendimiento respecto a los procedimientos utilizados por las investigadoras.

Las temáticas planteadas en este capítulo comienzan con la relevancia de la investigación, para dar paso a la pregunta y los objetivos del estudio. Luego, se prosigue a describir el diseño metodológico utilizado, el cual se desagrega en el enfoque metodológico, el tipo de investigación, el tipo de diseño, universo y muestra, procedimiento de acceso a los participantes, técnicas de recolección de datos. Posterior a ello, se establece el plan de análisis en donde se designan los criterios de rigor y los criterios éticos a considerar. Finalmente se presenta la matriz de programación correspondiente al Proyecto de Título I y II.

### **1. Relevancia de la Investigación**

A raíz del contexto sociosanitario, las personas mayores se han visto fuertemente afectadas por las medidas de aislamiento social impuestas por las autoridades, ya que el distanciamiento físico limita la capacidad de establecer relaciones “cara a cara”, transformándose para ellos en una instancia que posibilita la pérdida o desarticulación de vínculos significativos y redes comunitarias elementales para mantener su calidad de vida y bienestar social.

En ese sentido, la relevancia de la presente investigación se centra en evidenciar las vivencias y experiencias de las personas mayores durante el proceso de aislamiento social en contexto de pandemia, plasmando la importancia de los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales y así contribuir a la generación de conocimiento a través de estudios e investigaciones que visibilicen el impacto que han generado las medidas de aislamiento social a raíz de la pandemia por la enfermedad de coronavirus (COVID-19) en las personas mayores.

Para efectos de la presente investigación los sujetos partícipes pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) localizado en Marga Marga, Valparaíso, con los cuales se tendrá un contacto vía telefónica y videollamada, debido a la contingencia sociosanitaria existente en el país.

### **2. Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las percepciones de las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga,

respecto a sus vivencias, experiencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales experimentados durante el año 2020 y 2021 en contexto de aislamiento social por COVID-19?

### **3. Objetivos**

#### **3.1. *Objetivo General***

- Analizar las percepciones de las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, respecto a sus vivencias, experiencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales experimentados durante el año 2020 y 2021 en contexto de aislamiento social por COVID-19.

#### **3.2. *Objetivos Específicos***

- Identificar el perfil sociodemográfico de las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga en contexto de aislamiento social por COVID-19.
- Conocer los significados que las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, le atribuyen a la experiencia de aislamiento social por COVID-19.
- Identificar las percepciones que las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, les otorgan a las redes de apoyo personales e institucionales experimentadas durante el aislamiento social por COVID-19.

### **4. Diseño Metodológico**

#### **4.1. Enfoque metodológico**

La presente investigación posee un *enfoque cualitativo*, entendido este como un “procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discurso (...) para comprender la vida social por medio de significados y desde una perspectiva holística” (Mejía, 2004, pág. 278). Según Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2014) la meta de la investigación cualitativa es “describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes” (p. 11). Por otra parte, Corbetta (como se citó en Hernández-

Sampieri et al. 2014) expone que el enfoque “evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad” (p.9). En ese sentido, la realidad se define a través de las interpretaciones que le otorgan los sujetos, siendo la realidad subjetiva en sí misma el objeto de estudio. (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014)

En base al diseño de investigación cualitativa, se emplea el de *tipo fenomenológico*, el cual tiene como propósito “explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias” (Hernández-Sampieri, et al, 2014, pág. 526). Además, se basa en el análisis de discursos y temas, así como en la búsqueda de sus posibles significados, en donde el investigador/a logra aprender las experiencias de los participantes. Fuster (2019) señala que la fenomenología “conduce a encontrar la relación entre la objetividad y subjetividad, que se presenta en cada instante de la experiencia humana” (p. 5). Es decir, su relevancia “no se reduce al simple hecho de conocer los relatos u objetos físicos; por el contrario, intenta comprender estos relatos desde la perspectiva valorativa, normativa y prácticas en general” (p. 5).

Con el propósito de especificar el estudio, la investigación pertenece a la *fenomenología hermenéutica*, la cual según Hernández-Sampieri, et al. (2014) “se concentra en la interpretación de la experiencia humana y los “textos” de la vida” (p. 527), caracterizándose por no poseer reglas específicas, pero esta es producto de la interacción constante de actividades de indagación que se relacionan a la definición de un fenómeno o problema de investigación, para estudiar y reflexionar sobre este, descubriendo categorías y temas esenciales sobre el fenómeno, el cual será descrito e interpretado desde los significados y perspectivas de los participantes (Hernández-Sampieri, et al, 2014). Cabe mencionar que la fenomenología hermenéutica intenta revelar el mundo desde la propia subjetividad de las personas y comunidades.

Desde esta lógica, para efectos de esta investigación, nos inclinamos por la fenomenología hermenéutica con la finalidad de comprender desde sus relatos y testimonios, las experiencias, vivencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales en contexto de aislamiento social, quienes se presentan como sujetos conocedores de su realidad social y una fuente fidedigna de conocimiento.

## 4.2. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo exploratorio descriptivo. En primer lugar, los *estudios exploratorios* según Hernández-Sampieri, et al. (2014) “se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (p.79). De igual manera, este tipo de estudio permite obtener información de problemáticas emergentes lo que posibilita llevar a cabo una investigación más completa e íntegra. En base a lo anterior, la temática del aislamiento social en personas mayores se presenta como una problemática emergente de la cual existe una escasez de investigaciones debido principalmente a que el contexto de la pandemia por COVID-19 es un acontecimiento reciente y aún poco estudiado. Si bien existen investigaciones y estudios que evidencian los efectos del aislamiento social en las personas mayores, estos poseen una predominancia extranjera con perspectivas y realidades diversas.

Por otra parte, los estudios de *tipo descriptivo*, “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández-Sampieri, et al, 2014, pág. 80). Este estudio es utilizado para mostrar detalladamente las dimensiones de un fenómeno del cual los investigadores deben tener pleno conocimiento, al igual que de los sujetos proveedores de la información utilizada en la investigación (Hernández-Sampieri, et al, 2014). En ese sentido, la investigación pretende evidenciar las percepciones de las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, respecto a sus vivencias, experiencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales experimentados durante el año 2020 y 2021 en contexto de aislamiento social por COVID-19.

## 4.3. Tipo de diseño

La investigación es *transeccional o transversal*. Hernández-Sampieri, et al. (2014) menciona que este tipo de diseño de investigación recolecta datos en un solo momento y en un tiempo único. “Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández-Sampieri, et al, 2014, pág. 151). Este mismo autor, recalca que es como una fotografía de algo que sucede.

En ese sentido, el estudio realizado se sitúa en un periodo de tiempo establecido entre los meses de marzo - diciembre, etapa en la cual se recolectaron los datos, entendidos estos como textos, narraciones,

significados, etc. Cabe recalcar que el proceso de investigación culmina en el mes de diciembre con el reporte de resultados.

#### 4.4. Universo y muestra

El universo o población es el “conjunto de todos los individuos que presentan una o varias características de interés susceptibles de ser observadas” (Dagnino, 2014, pág. 101). En relación con la presente investigación, el universo corresponde a las personas beneficiarias del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) localizado en Marga Marga, Región de Valparaíso.

Se trabajó con una muestra *no probabilística* que según Hernández-Sampieri, et al. (2014) su finalidad no es la generalización en términos de probabilidad, centrándose en seleccionar a los/as sujetos/as participantes según determinados criterios dictaminados por la investigación. Para el mismo autor, la muestra en el proceso cualitativo hace referencia a “un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia” (Hernández-Sampieri, et al, 2014, pág. 394).

Para fines de la investigación, el tipo de muestra seleccionada es la *muestra diversa o de máxima variación*, la cual, según Hernández-Sampieri, et al. (2014) “busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado, o bien documentar diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades (p. 397). La decisión se sustenta en el interés de las investigadoras por obtener diversas perspectivas respecto a las experiencias, vivencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales frente al fenómeno en cuestión, por medio de sus relatos, narraciones y significancias atribuidas, las cuales se materializan en información enriquecedora para la investigación.

Respecto a lo señalado, se estimó un tamaño muestral de 15 participantes pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) localizado en la Provincia de Marga Marga, los cuales residen en los sectores de Gumersindo y la Prat, comuna de Villa Alemana. Cabe señalar que los participantes se encuentran siendo beneficiarios/as activos de las prestaciones del programa.

Los *criterios de inclusión* de la muestra fueron los siguientes: a) Personas mayores que participen en el programa PADAM Marga Marga; b) Personas mayores en un rango etario de 64 - 90; c) Personas mayores que residan en

la provincia de Marga Marga; d) Personas mayores con participación mínima de 12 meses en el programa; e) Personas mayores que cuenten con un dispositivo móvil o herramienta tecnológica; f) Voluntariedad de participar en la investigación. Mientras que los *criterios de exclusión* correspondieron a: a) Personas fuera del rango etario; b) Personas mayores que pertenezcan a otra provincia diferente a la mencionada con anterioridad; c) Persona mayor que no cuente con dispositivo móvil o herramienta tecnológica; d) Personas mayores que acusen no participar en la investigación.

#### **4.5. Procedimiento de acceso de los/as participantes**

El primer enlace efectuado por las investigadoras fue vía correo electrónico con el jefe del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) en donde se planteó la posibilidad de realizar una investigación en conjunto con las personas mayores del programa. Respecto a la petición, el jefe del programa posibilitó el vínculo entre las investigadoras y las personas mayores participantes, adquiriendo un rol de informante clave en los nexos.

Posterior a ello, las investigadoras en conjunto con el jefe del programa delimitaron a las personas mayores participantes del estudio que compusieron la muestra final, debido al contexto sociosanitario vigente. Las investigadoras hicieron envío vía correo electrónico de un documento que sintetizaba la investigación, el cual tenía como propósito informar sobre los contenidos de la investigación al jefe del programa. Además, se adjuntaron la pauta de entrevista semiestructurada y el consentimiento informado de confidencialidad y resguardo del anonimato.

Una vez que el jefe del programa les proporcionó la información relevante a los/as participantes respecto a la actividad a realizar, se consensuaron las fechas tentativas y los horarios disponibles para efectuar las entrevistas. Cabe señalar que se realizaron entrevistas pilotos a un grupo de participantes con el propósito de evaluar la comprensión de las preguntas y restablecer las eventualidades surgidas en la actividad.

La realización de las entrevistas semi estructuradas se llevaron a cabo vía telefónica y videoconferencia con las personas mayores participantes. En los casos en los que los/as entrevistados/as presentaron dificultades, se agendó nuevamente la entrevista en disposición a los tiempos de las investigadoras y los participantes.

#### 4.6. Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos utilizada fue la *entrevista semiestructurada*. La entrevista se define “como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (Hernández-Sampieri, et al, 2014, pág. 418). Por otro lado, Troncoso y Amaya (2017) señalan que la entrevista “se enmarca dentro del quehacer cualitativo como una herramienta eficaz para desentrañar significaciones, las cuales fueron elaboradas por los sujetos mediante sus discursos, relatos y experiencias (p.1).

Para Hernández-Sampieri, et al. (2014), la entrevista semiestructurada consiste en una guía de temas o preguntas, donde el entrevistador/a posee la libertad de introducir preguntas complementarias con el propósito de precisar conceptos u obtener información relevante. En ese sentido, Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013) expresan que esta técnica ofrece un “grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados” (p.3).

Para efectos de la investigación, la entrevista semiestructurada tiene por finalidad recabar información relevante proveniente de los participantes sobre sus experiencias, vivencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales en el contexto de aislamiento social por COVID-19. La utilización de esta técnica se fundamenta en el hecho de que son las personas mayores las conocedoras de sus realidades, problemáticas y vivencias experimentadas, en donde el rol del entrevistador/a se centra en interpretar los significados emanados de las experiencias relatadas por los participantes.

Debido a las medidas de distanciamiento social implementadas a raíz de la emergencia sociosanitaria por COVID-19, es que las entrevistas semiestructuradas han debido llevarse a cabo por *vía telefónica* con el propósito de resguardar la integridad física de las entrevistadoras y de los participantes, procurando establecer una atmósfera de confianza y aceptación. Cabe señalar que las entrevistas tienen una duración máxima de una hora para cerciorarse de contar con la información adecuada para efectos de la investigación.

#### 4.7. Plan de Análisis

Con el propósito de analizar los datos cualitativos, el método utilizado fue el *análisis de discurso o de contenido*. Para Hostil y Stone, Dunphy, Smith y Oglive (como se citó en Díaz, 2018) el análisis de contenido cualitativo se

presenta como “una técnica de investigación para formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto” (p. 126). En sentido similar, Arbeláez & Onrubia (como se citó en Díaz, 2018), mencionan que el objeto del método es “verificar la presencia de temas, palabras o de conceptos en un contenido y su sentido dentro de un texto en un contexto” (p. 126).

Por otro lado, Marradi, Archenti, & Piovani (como se citó en Díaz, 2018) señalan que el análisis de contenido es “una técnica de interpretación de textos” (p.125) que utiliza los instrumentos conceptuales de la lingüística (sistema de signos) como la mímica, las lágrimas, el tono y las expresiones, permitiendo así la interpretación e inferencia de los textos y las narración por medio del método científico, de una manera sistemática, objetiva, replicable y válida (Penalva, Alaminos, Francés, & Santacreu, 2015). Cabe mencionar que el método utilizado interpreta el contenido basándose en categorías analíticas que describen las particularidades de dicho contenido.

En base a los lineamientos del método seleccionado, el análisis de los datos se efectuó por medio de una serie de etapas: 1) Recopilar y organizar la información; 2) Identificar y seleccionar unidades de análisis que respondan a la totalidad de objetivos específicos de la investigación; 3) Clasificación de las unidades de análisis en categorías y subcategorías y posibles hallazgos o categorías emergentes; 4) Interpretación de la información obtenida.

La utilización del método de análisis se justifica en la intencionalidad de las investigadoras por conocer y evidenciar las vivencias, experiencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales por medio de sus relatos y narraciones extraídas de las entrevistas realizadas, las cuales posibilitan comprender el fenómeno en base a las percepciones y los significados atribuidos. Es necesario precisar que su pertinencia se sustenta en profundizar respecto a las narraciones y experiencias de los participantes, por sobre la cuantificación de los datos obtenidos. Para ello, las investigadoras utilizaron el software informático de análisis de datos cualitativos, **NVivo** como herramienta tecnológica para el análisis de la información recopilada.

#### **4.8. Criterios de rigor**

En la investigación cualitativa la utilización de criterios de rigor figura como esenciales para garantizar la validez y confiabilidad del estudio. Hernández-Sampieri, et al. (2014) presenta cuatro criterios de rigor, los cuales son descritos a continuación:

### Dependencia

La dependencia es entendida por Franklin y Ballau (como se citó en Hernández-Sampieri, et al. 2014) como “el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes” (p. 473). En ese sentido, Hernández-Sampieri y Mendoza (como se citó en Hernández-Sampieri, et al. 2014) señalan que “los datos deben ser revisados por distintos investigadores y estos deben arribar a interpretaciones coherentes” (p. 473).

### Credibilidad o “Máxima validez”

Para Castillo & Vásquez (como se citó en Salgado, 2007), la credibilidad se alcanza cuando el investigador/a, “a través de observaciones y conversaciones (...) con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten” (p. 75). Paralelo a ello, Hernández-Sampieri, et al. (2014) señala que el investigador/a debe ser capaz de percibir “el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes” (p.475), comunicando el lenguaje, los pensamientos, las emociones y los puntos de vista de estos.

### Transferencia o aplicabilidad de resultados

Hernández-Sampieri, et al. (2014) menciona que la transferencia se refiere a la capacidad de los usuarios o lectores del estudio de determinar si los resultados obtenidos podrían ser aplicados en otros contextos diferentes a la investigación. Cabe señalar que la investigación cualitativa no pretende generalizar los resultados a una población más amplia, pero en ciertos casos proporciona “pautas para tener una idea en general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente” (Hernández-Sampieri, et al, 2014, pág. 478).

### Confirmación o confirmabilidad

Para Guba y Lincoln (como se citó en Hernández-Sampieri, et al. 2014) el presente criterio está vinculado a la credibilidad, el cual se refiere a que el investigador/a demuestre minimizar sus sesgos y tendencias personales. En ese sentido el investigador debe ser objetivo y neutral respecto a las percepciones y significados de los participantes. Hernández-Sampieri, et al., (2014) menciona que “las estancias prolongadas en el campo, la triangulación, la auditoría, el chequeo con participantes y la reflexión sobre los prejuicios,

creencias y concepciones del investigador, nos ayudan a proveer información sobre la confirmación” (p. 478).

Para efectos de la investigación, los criterios de rigor utilizados fueron los de Credibilidad o máxima validez, Transferencia o aplicabilidad de resultados y la Confirmación o confirmabilidad. Respecto a la *credibilidad*, del estudio este se sustenta en las observaciones persistentes, junto a las conversaciones prolongadas efectuadas por las investigadoras a los/as participantes por medio de la aplicación de una entrevista semiestructurada, la cual fue transcrita textualmente plasmando las subjetividades emanadas de los participantes. Por otra parte, la *transferencia*, es posible al momento en que los lectores y usuarios de la investigación utilizan los resultados de esta, con el propósito de obtener un conocimiento mayor del fenómeno y así ser aplicado a otras realidades y contextos. Cabe señalar que, una vez finalizada la investigación, ésta quedará a disposición del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga. Finalmente, la *confirmación* se sustenta en que las entrevistas semiestructuradas fueron grabadas en su totalidad y transcritas, con el propósito de eludir las interpretaciones sesgadas de las investigadoras.

#### 4.9. Criterios éticos por considerar

La presente investigación dispone de un consentimiento ético dirigido a las personas mayores participantes del estudio, las cuales se caracterizan por poseer la capacidad legal de acusar de manera voluntaria su participación. A lo que respecta el consentimiento, este proporciona debidamente la información relevante sobre la realización del estudio y de la entrevista, detallando el objetivo de investigación, tipo de participación y las características que posee la entrevista, solicitando la firma voluntaria del participante, la cual acredita la comprensión del documento. Cabe señalar que el procedimiento asegura la voluntariedad, confidencialidad y el anonimato de los/as participantes, y además la posibilidad de desistir libremente y de forma inmediata de la investigación.

Es necesario precisar que tanto el “Consentimiento informado para participar en proyecto de Título” y el “Acta de consentimiento informado para participar en proyecto de Título” fueron validados por el supervisor institucional guía, Héctor Díaz Vidal y el jefe del programa PADAM - Marga Marga, Alex Arancibia Reinoso.

Al formalizarse la participación, los datos proporcionados por los y las entrevistadas serán manejados bajo estricta confidencialidad y sólo para

propósitos de la investigación, resguardando la identidad de los participantes a través del uso de un número identificador.

#### 4. Matriz de Programación.

Tabla 3.

Matriz de Programación Proyecto de Título I.

Meses	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Contacto institucional	■	■	■	■																
Construcción Informe Institucional			■	■	■	■	■	■												
Entrega Informe Institucional								■												
Revisión de la Literatura								■	■	■	■	■								
Entrega del Marco Teórico													■							
Construcción del Marco Metodológico													■	■	■	■				
Selección de la muestra														■	■	■				
Selección y construcción del instrumento															■	■				
Entrega Marco Metodológico																		■		

Nota: Fuente. *Elaboración Propia.*

SIMBOLOGÍA
■ Etapa N°1
■ Etapa N°2
■ Etapa N°3
■ Tiempo de Holgura

Tabla 4.

Matriz de Programación Proyecto de Título II.

Meses	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aplicación del Instrumento																
Obtención de resultados																
Análisis de los resultados obtenidos																
Construcción de consideraciones finales																
Entrega documento final																

Nota: Fuente. *Elaboración Propia.*

SIMBOLOGÍA
Etapa N°1
Etapa N°2
Etapa N°3
Tiempo de Holgura

# CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y RESULTADOS

## Presentación

El presente capítulo tiene la finalidad de abordar detalladamente el análisis realizado a partir de la recolección de datos, mediante una entrevista semiestructurada en la que participaron 15 personas mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) localizado en Marga Marga.

Referente a la estructura del documento, primeramente, se exponen las principales dimensiones que guiaron la investigación, las cuales corresponden a los objetivos específicos presentados a detalle en el marco metodológico, de ello, se desprenden las categorías y subcategorías que permiten un mayor entendimiento y análisis de la información recabada. De forma paralela, se plantean las interpretaciones emanadas de los párrafos desprendidos de las entrevistas con las respectivas reflexiones.

Finalmente, se describen los hallazgos de la investigación que se presentan como aquellos descubrimientos determinantes que emergieron durante las narraciones y los relatos de las personas mayores participantes. Entre los hallazgos se destacan las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como un articulador de las relaciones interpersonales, la normalización del aislamiento como un estilo de vida y la pérdida del proyecto de vida.

### 1. Dimensión: Sociodemográfica

Para efectos de la investigación, cada una de las personas mayores participantes representan una realidad única y diversa, por tanto se vuelve necesario el desglose de sus características personales con la finalidad de conocerlos y situarlos territorialmente.

*Tabla 5.*

Características sociodemográficas de los/as participantes.

N°	Edad	Género	Sector de Residencia / Comuna	Ocupación	Estado Civil	Tipo de Hogar	Diagnóstico médico	Fecha de ingreso al PADAM
P1	72 años	Femenino	Población Prat/Villa Alemana	Dueña de casa/ cuidadora informal	Separada	Extensa	Hipertensión y Artritis.	2017

<b>P2</b>	71 años	Femenino	Población Gumersindo /Villa Alemana	Jubilada	Casada	Nuclear	Hipertensión, Diabetes y Artrosis.	2020
<b>P3</b>	80 años	Femenino	Población Gumersindo /Villa Alemana	Dueña de casa	Viuda	Extensa	Artrosis (con ayuda técnica).	2017
<b>P4</b>	72 años	Femenino	Población Gumersindo /Villa Alemana	Dueña de casa / cuidadora informal	Separada	Extensa	Artrosis, Artritis y 2 ACV.	2017
<b>P5</b>	72 años	Femenino	Población Gumersindo /Villa Alemana	Dueña de Casa	Viuda	Extensa	Artrosis y Hernia en la columna.	2017
<b>P6</b>	80 años	Femenino	Calle Díaz/ Villa Alemana	Jubilada	Soltera	Unipersonal	Embolia a los 16 años y Artrosis (con ayuda técnica).	2012
<b>P7</b>	74 años	Femenino	Población Prat/Villa Alemana	Dueña de Casa	Casada	Nuclear	Persona en situación de discapacidad/ diversidad funcional física-motora (con ayuda técnica), Hipertensión y Diabetes.	2017

<b>P8</b>	65 años	Femenino	Ignacio Carrera Pinto / Villa Alemana	Dueña de casa	Separada	Extensa	Persona en situación de discapacidad/ diversidad funcional física-motora (con ayuda técnica), Diabetes y Edema Pulmonar.	2017
<b>P9</b>	76 años	Femenino	Población Prat/Villa Alemana	Dueña de Casa	Separada	Nuclear	Artritis Reumatoide (IV etapa) y Cáncer de colon.	2017
<b>P10</b>	68 años	Masculino	Población Prat/Villa Alemana	Jubilado	Soltero	Extensa	Persona en situación de discapacidad/ diversidad funcional visual total y Diabetes.	2017
<b>P11</b>	80 años	Femenino	Población Gumersindo /Villa Alemana	Dueña de Casa	Soltera	Extensa	Artrosis	2017
<b>P12</b>	87 años	Femenino	Población Prat/Villa Alemana	Jubilada	Soltera	Unipersonal	Persona en situación de discapacidad/ diversidad funcional visual parcial (Cataratas).	2017

<b>P13</b>	63 años	Masculino	Población Gumersindo /Villa Alemana	Jubilado	Separado	Extensa	Persona en situación de discapacidad/ diversidad funcional física -motora (con ayuda técnica).	2017
<b>P14</b>	71 años	Femenino	Población Gumersindo /Villa Alemana	Jubilada	Separada	Uniperso nal	Persona en situación de discapacidad/ diversidad funcional visual parcial (Cataratas) Diabetes.	2019
<b>P15</b>	84 años	Femenino	Población Gumersindo /Villa Alemana	Dueña de Casa	Viuda	Extensa	Diabetes, Artrosis e Hipertensión.	2017

Nota: Fuente. *Elaboración Propia.*

Respecto a los datos señalados con anterioridad, el total de participantes fue de 15 personas mayores (13 mujeres y 2 hombres). La edad estuvo comprendida entre los 63 hasta los 87 años: 3 participantes entre los 63 y 70 años, 10 entre los 71 y 80 años, y 2 mayores de 80 años; el promedio de edad fue de 74,3 años.

Referente al sector de residencia y comuna, la totalidad de participantes habita en la comuna de Villa Alemana; 5 de ellos/as se localizan en el sector Prat, 8 en el sector de Gumersindo y de manera particular, 2 de ellos/as en Calle Díaz e Ignacio Carrera Pinto. En cuanto a la ocupación, siete son dueñas de casa, seis son jubilados/as y dos se desempeñan como cuidadoras informales. Con respecto al estado civil, dos son casadas, seis son separadas/os, tres son viudas y cuatro son solteras/os. En relación con el tipo de hogar, nueve son de tipo extensa, tres son nucleares y tres son hogares unipersonales. Acerca de los diagnósticos médicos de los/as participantes, siete presentan Artrosis, seis Diabetes, cuatro Hipertensión, tres Artritis, tres personas en situación de discapacidad/diversidad funcional visual (2 parcial y

1 total), tres personas en situación de discapacidad/diversidad funcional física-motora y cinco personas con uso de ayuda técnica. Cabe destacar la existencia de casos particulares que presentan patologías tales como Hernia a la columna, Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), Edema Pulmonar, Embolia y Cáncer de Colon.

## **2. Dimensión: Experiencias**

Respecto a la dimensión *Experiencias*, esta se orienta a conocer los significados y perspectivas que las personas mayores participantes les atribuyen a sus vivencias durante el periodo de aislamiento social por COVID-19. Es necesario precisar que, de la información obtenida durante la recolección de datos, se desprenden tres categorías: Aproximaciones desde lo Psicológico, Aproximaciones desde lo Físico y Aproximaciones desde lo Social.

En relación con la primera categoría “Aproximaciones desde lo Psicológico”, se presentan las interpretaciones efectuadas por los/as participantes respecto a la situación pandémica en la cual se han visto inmersos, haciendo énfasis en las emociones y sentimientos manifestados durante este periodo. De forma paralela, se exponen aquellas estrategias de afrontamiento surgidas entre los/as participantes como respuesta ante los efectos del aislamiento social.

En la segunda categoría “Aproximaciones desde lo Físico” se plantean las patologías preexistentes de los participantes y su relación con el aislamiento social, siendo este último, un factor determinante en la calidad de vida de estos.

Finalmente, en la tercera categoría “Aproximaciones desde lo Social”, se abordan las relaciones de los/as participantes desde el plano interpersonal, comunitario y territorial, acentuando el cómo estas se han visto afectadas por la pandemia y el aislamiento social vinculado a esta.

A continuación, se detallan las categorías mencionadas en conjunto con sus respectivas subcategorías.

### **2.1. Aproximaciones desde lo Psicológico**

#### **Significados de la pandemia**

La pandemia por el COVID-19 ha afectado en todos los niveles de la vida perjudicando al colectivo de personas. Su impacto sin precedentes ha dejado al descubierto una variabilidad de consecuencias que difieren entre una persona u otra, dado los diversos contextos en los cuales se sitúan las

personas, considerando en ocasiones estos contextos como difusos y desiguales socialmente. Respecto a esta situación, uno de los grupos etarios mayormente afectados por la pandemia y sus efectos son las personas mayores, las cuales se conciben como un grupo vulnerable y segregado socialmente. (Broche, Fernández, & Reyes, 2020)

Desde esta lógica, se desprende la relevancia de ahondar en los variados significados que le han sido otorgados a la pandemia, específicamente por los/as participantes de la investigación.

En ese sentido, los/as participantes le atribuyen una connotación negativa a la pandemia por COVID-19, dados sus efectos perjudiciales para la salud de la población, la cual se ha visto ejemplificada en los altos niveles de mortandad a nivel global y nacional, situación que mantiene a los/as participantes en un estado constante de tensión, ansiedad y preocupación. “La alta contagiosidad de la COVID-19, el crecimiento de casos confirmados, las muertes y el aislamiento social han ocasionado que las emociones y pensamientos negativos se extiendan, con amenaza a la salud mental de la población adulta mayor” (Naranjo, Mayor, Rivera, & González, 2021, pág. 1).

*“Terriblemente horroroso, malo, pésimo (...) he sentido miedo nada más, miedo terror de que cada día puede aflorar más problemas relacionados con esta cuestión del COVID” (P 12, 2021).*

*“No, para mí fue algo realmente terrible no es bueno para mí (...) porque yo antes era otra cosa yo podía salir sin problemas sin miedo a que me, me pueda ocurrir algo” (P 10, 2021).*

Entre los sentimientos y emociones más frecuentes señaladas por los/as participantes se visualiza el miedo como un sentimiento de riesgo que emerge constantemente durante el periodo de aislamiento social. En ese sentido, el miedo se configura a partir de la existencia de focos de contagios asociados a la “calle” como un espacio de peligro del cual los participantes se restringen, optando por permanecer en casa como un lugar seguro y libre de contagio, situación que se demuestra en el siguiente fragmento: “Tuve 8 meses que no

*me aparecí ni siquiera por la puerta del portón de la calle” (P7, 2021).* Lo anterior, se conjuga con la acentuada percepción de fragilidad presente en los/as participantes que se ve reforzada por los estereotipos negativos y prejuicios asociados a la edad que los ubica en un estado de mayor vulnerabilidad frente a la pandemia, situación que aceptan normalizar e interiorizan y hacen parte de su ideario común, creándose una percepción de salud más vulnerable y concluyente de lo que realmente es. Debido a esta percepción de auto fragilidad, surgen sentimientos de enfado frente a aquellas personas que no consideran la gravedad de la pandemia y sus efectos perjudiciales en las personas mayores; *“La gente no se cuida, los muchachos jóvenes no se cuidan, son irresponsables que no piensan en las personas adultas” (P5, 2021).*

Respecto de las narraciones emitidas por los/as participantes, se percibe el miedo como una reacción natural ante una situación emergente y desconocida, no obstante, este se ve potenciado ante la falta de información clara y precisa, fenómeno comprendido como “Infodemia”, la cual hace alusión a un aumento de la información sea esta veraz o no, respecto a un tema en específico, emergiendo una “mezcla de información científica y técnica con rumores, datos manipulados, falsos expertos, información incorrecta y noticias falsas” (García-Saisó, Sebastián; Martí, Myrna, Brooks, Ian; González, Diego; Malek, Victoria., et al, 2021, pág. 1), surgiendo entre los/as participantes comentarios como: *“Tampoco puedo confiar en el aire porque me dicen que también puede venir virus” (P8, 2021).*

Lo anterior, vislumbra la susceptibilidad a la cual están sujetas las personas mayores participantes de verse influenciadas por información y datos erróneos provenientes tanto de medios masivos de comunicación como de comentarios circulantes en el entorno, situación que influye directamente en la percepción del miedo, el cual se ve acrecentado y por ende en la manera de afrontar la pandemia, “cuando el miedo es demasiado excesivo, esto puede tener efectos perjudiciales tanto a nivel individual (problemas de salud mental como fobia y ansiedad) como a nivel social (compras de pánico, xenofobia, entre otros)” (Nereida, Vélez, Duran, & Torres, 2020, pág. 66).

*“¡Oh! Es terrible (inaudible) sin salir pa’ juera’ me ha afectado mucho, lo ha afectado a toda la familia eso po’(...) a ratos ando bien triste y a ratos a ratos ando bien” (P 11, 2021).*

*“Mucha pena y miedo y sola, porque nadie me puede venir a ver po’, estoy acostumbrada que mi vecina, mi familia me venga a ver, pero ahora no” (P4, 2021).*

*“Terrible, porque hasta me las he llorao’ (...) siento soledad de repente, porque una vez me llevaron pa’ donde mi hija (...) que está en la sexta región, esa fue toda la salida que hice” (P7, 2021).*

A partir de los párrafos seleccionados, es posible identificar la existencia de otros sentimientos y emociones en los/as participantes, destacándose la tristeza y soledad. La aparición de estos sentimientos, acompañados de manifestaciones corporales como las ganas de llorar, se ven ocasionados por una limitación o imposibilidad de salir del hogar, situación que implica el no poder realizar actividades habituales, como el estar con familiares, amigos/as o vecinos/as, siendo estas instancias espacios importantes de desenvolvimiento, socialización y distracción, los cuales se vieron mermados a raíz de la incorporación de medidas sociosanitarias para mitigar el contagio impuestas por el gobierno de turno, las cuales acogían como fin el resguardar la integridad de la población, en especial de las personas mayores. Lo mencionado, vislumbra una pérdida de la libertad en los/as participantes; *“Todos tenemos que andar cuidándonos no hagamos esto no hagamos esto otro (...) y no dejar entrar gente a las casas po” (P6, 2021)*, situación que potencia estados pasivos aunados de sentimientos de pérdida y frustración.

Se hace relevante destacar que, entre los relatos de los/as participantes se plasman *Estrategias de Afrontamiento* que emergen durante el periodo de aislamiento social por COVID-19, las cuales figuran como mecanismos para sopesar la cotidianeidad y los sentimientos negativos experimentados durante el confinamiento. Entre las estrategias de afrontamiento es posible identificar principalmente la *Espiritualidad* y la *Recreación*.

*“Siempre como se llama, yo me encomiendo a Dios, porque es el único apoyo que uno tiene casi” (P13, 2021).*

*“Si terrible (...) pero gracias a Dios nos ha protegido hartito a nosotros, fíjese que he sido bien este y me ha servido también para consagrarme a Dios también po’, porque he estado siempre pidiéndole a Dios que nos proteja y todo eso...” (P8, 2021).*

A partir de los fragmentos señalados, se visualiza la importancia que los/as participantes le otorgan a la figura de Dios como un ser que provee protección, apoyo y acompañamiento continuo e incondicional a lo largo de sus vidas, en especial en los momentos de adversidad y despojo como lo acontecido en el periodo de confinamiento. En ese sentido, la espiritualidad se presenta como un elemento primordial en la cotidianidad, ya que ésta provee de un significado, propósito y misión de vida a través de Dios o una entidad que se considera superior. (Gómez, Cantillo, Coronado, Arlys, & Vergara, 2016)

*“A Dios po’, no me suelta, no me suelta hija ¿sabes tú que hay cosas maravillosas que aquí pasan? (...) la otra vez no tenía pañales (...) al rato ¿aló? ¡llegaron los pañales que estoy contenta! cosas así me suceden mucho hija, mucho por eso te digo yo que Dios no me suelta de la mano él me cuida” (P1, 2021).*

*“Como me cuesta conseguirme para comer ¿ya? Eh’ me concentro en la comida espiritual y es exquisita más rica que la de la tierra (risa nerviosa) entonces no me queda otra que hacer eso (...) hago dos o tres veces ayuno en la semana porque así economizo así no me como todo” (P9, 2021).*

*“Ya no hay nadie que te pueda ayudar no es porque no quieran es porque ya no tienen entonces a quién acudo a Dios y Dios me ha pasado todas las plantas que necesito (...) ahí estoy po’ hija pidiéndole a Dios a veces no he tenido pan yo hacía pan pero ya mis manos ya no me dan (...) ahora no puedo porque las manos no me dan y la harina subió un pocazo’ así que no, pero le pido a dios siempre me llega por a b c así que” (P9, 2021).*

De igual manera, la figura de Dios se percibe entre los/as participantes como aquel ser proveedor de recursos materiales que aparece ante el llamado de una necesidad o requerimiento, adquiriendo el protagonismo en la entrega de la ayuda, aun cuando esta sea proveniente de familiares, vecinos/as u Organizaciones No Gubernamentales (ONG) conscientes de estas necesidades. Es posible inferir que, a través de la espiritualidad presente en los/as participantes, Dios se configura como el responsable en la gestión y entrega de los recursos necesarios y demandados por estos mismos, y aquella figura de acompañamiento ante las situaciones de soledad, aislamiento y abandono, propiciando la motivación y el sentido de la vida, “en los adultos mayores hay una fe profunda y la práctica de religiosidad les da sentido de pertenencia y satisfacción vital” (Castañeda & Guerrero, 2019, pág. 3).

*“Tengo jardín, tengo yo gallinitas y me entretengo acá con mi viejo y el viejo también tiene un caballo y se entretiene con su caballo” (P2, 2021).*

*“Aquí en la casa (...) me entretengo con las plantitas, con mis pollitos, conejitos (...) a veces uno no tiene ganas de hacer na’ pero igual hay que hacer las cosas (...) aquí yo me entretengo” (P5, 2021).*

En relación con los párrafos señalados, es posible identificar la presencia de actividades recreativas al interior del hogar, las cuales son percibidas por los/as participantes como instancias de desenvolvimiento y distracción ante la necesidad de sopesar las nuevas rutinas generadas por la pandemia. Previo

al arribo del COVID-19, las personas mayores participantes destinaban su tiempo libre al ejercicio de actividades recreativas gestionadas y ejecutadas por instituciones públicas y/o Organizaciones No Gubernamentales, las cuales se caracterizaban principalmente por fomentar el sentido de pertenencia, la asociatividad y el bienestar social. Durante la pandemia y como consecuencia de las medidas sociosanitarias, la mayoría de las actividades recreativas se mermaron súbitamente desencadenando una pérdida en las actividades diarias, situación que conllevó a la incorporación impositiva de nuevas actividades bajo una lógica restrictiva que los sometía al confinamiento en casa.

En ese sentido, la recreación se percibe como un elemento protector en la vida de las personas mayores participantes, la cual según Salazar “causa consecuencias positivas, promueve el desarrollo integral, produce gozo y disfrute bajo un marco de diversión positiva” (Barquero & Enith, 2015, pág. 66). Además, esta se presenta como “un medio que permite fomentar la resiliencia” (Barquero & Enith, 2015, pág. 66), ya que al desempeñar continuamente una actividad recreativa esta se va transformando en una instancia positiva y distractora que permite fomentar la capacidad de superar las adversidades y obstáculos.

Por otro lado, los/as participantes en sus relatos identifican a los animales y las plantas como seres partícipes de su cotidianidad con los cuales comparten lazos afectivos y de cuidado, fomentando el sentido de responsabilidad para con un otro/a, manteniéndolos activos y aislados de la realidad que acontece y en la cual se encuentran inmersos. Esta forma de disponer del tiempo libre se presenta como una instancia saludable y beneficiosa para los/as participantes, debido a la influencia positiva que genera la compañía con estos seres, los cuales son reconocidos como factores protectores contra enfermedades, además de un soporte psicológico que reduce la sensación de soledad. (Gómez, Atehortua, & Orozco, 2007)

*“Para mí la televisión es lo que a mí me entretiene el teléfono que juego al solitario (...) yo prefiero estar acá estoy más tranquila estoy contenta veo mis comedias (...) en las comedias me distraigo” (P1, 2021).*

Igualmente, los/as participantes manifiestan el uso de aparatos tecnológicos como la televisión y el teléfono móvil, los cuales se presentan como artículos

esenciales de entretenimiento durante el periodo de aislamiento social, ya que estos han posibilitado la generación de espacios de dispersión y esparcimiento de manera continua y que responden ante la incapacidad de los participantes de efectuar actividades recreativas fuera del hogar y de manera colectiva. Además, estos elementos tecnológicos figuran como medios que permiten sopesar el aburrimiento que conllevan los largos periodos de aislamiento social a raíz de las medidas que restringían la libre movilidad.

Lo anterior, responde a la capacidad de adaptación que han desarrollado las personas mayores participantes al adoptar el uso de la tecnología en sus rutinas diarias, a pesar de la complejidad asociada a estos elementos tecnológicos, como una respuesta ante los efectos sociales y relacionales del aislamiento social.

## 2.2. Aproximaciones desde lo Físico

### Patologías preexistentes

Las patologías preexistentes, se presentan en la totalidad de las personas mayores participantes, influyendo directamente en la calidad de vida y bienestar social, antes y durante el periodo de confinamiento por COVID-19. Entre los efectos asociados a la presencia de enfermedades crónicas y poli patologías, es posible destacar el desgaste emocional que conllevan las enfermedades, las cuales desencadenan malestares y dolores constantes, y por consiguiente un consumo prolongado de medicamentos, situación que genera un deterioro biopsicosocial en las personas mayores participantes. De igual manera, la presencia de comorbilidades conlleva a la limitación en los quehaceres cotidianos, especialmente a la realización de actividades instrumentales, las cuales son fundamentales para mantener la independencia en los/as participantes.

Es necesario precisar que, la aparición de distintas enfermedades “pueden crear condiciones de vida que exceden los recursos de afrontamiento disponibles por los individuos y que actúan sobre factores previos de vulnerabilidad, que finalmente determinarán la aparición de síntomas o trastornos depresivos” (Bastidas, 2014, pág. 211).

*“Desgraciadamente mi hijo se metió a las drogas (...) y eso me tiene media, que media me tiene triste (...) eso me afecta mucho, estoy con depresión” (P4, 2021).*

*“Mire yo tengo una artritis reumatoide en cuarta etapa pero yo todavía me puedo mover (...) y lo otro, según los papeles que tengo, tengo un cáncer al colon pero ya lo tengo cinco años, ya quedó ahí eso no sé si avanzará, los dolores a veces son horribles pero bueno hay que aguantar po’ hija” (P9, 2021).*

En relación con los relatos mencionados por los/as participantes, se expone la presencia de patologías que anteceden la pandemia, las cuales han impactado progresivamente la calidad de vida de estos, situación que los mantenía experimentando sentimientos de vulnerabilidad y angustia asociadas a la enfermedad. Cabe señalar que el arribo de la pandemia por COVID-19 ha representado un peligro agregado para los/as participantes, ya que sus consecuencias se han transformado en factores de riesgo incidentes y desencadenantes de otras patologías. Los diversos efectos asociados al confinamiento en las personas mayores han conllevado a un “agravamiento de condiciones preexistentes, como la diabetes, hipertensión arterial, angina de pecho y eventos cardiacos, así como de condiciones psiquiátricas (trastornos depresivos, ansiosos, obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias y déficit neurocognitivos)” (Broche, Fernández, & Reyes, 2020, pág. 7).

Lo anterior, se presenta como un desafío emergente para los servicios de salud posterior a la pandemia por COVID-19, considerando la aparición de nuevas patologías en las personas mayores participantes.

*“Tengo artrosis, me operaron de una pierna y hace unos cuantos años ya que estoy en espera que me van a llamar para operarme la otra (...) pero parece que ya la artrosis está en todo el cuerpo (...) porque me dolía el cuello, así como cuando a uno le da aire (...) y en las manos no tengo fuerzas en las manos, a veces se me caen las cosas” (P3, 2021).*

*“Me cuesta mucho quedarme dormida por los dolores de los brazos (...) la artrosis, la artrosis a los brazos, los huesos rotadores cortados ya de los brazos (...) yo he ido ya a terapia, tres veces a terapia, pero ya no pueden hacer nada conmigo ya po’, porque tendría lo único nomas que operarme, pero uf’ de dónde saca uno plata para operarse po’ (...) eso no está dentro del este del auge, esa operación cuesta casi más de 2.000.000 millones de pesos, pero ah así que adonde, como yo tengo una pensión de invalidez nomas po’” (P5, 2021).*

*“Si, cataratas (...) hay una señora que me va a ver si me puede conseguir pa que me operen po’, pero así como está la pandemia está medio difícil (...) hace como cuatro años que estoy esperando la cuestión de la operación po’, ya estoy quedando del otro ciego ojo que tenía bueno ya estoy quedando ciega también” (P14, 2021).*

Los/as entrevistados/as en los párrafos seleccionados, acusan el estar en la espera de una atención e intervención quirúrgica a raíz de la existencia de patologías preexistentes que se encuentran afectando su bienestar y salud. En ese sentido, tales patologías representan para los/as participantes una dificultad en el desarrollo cotidiano de sus actividades, incapacitándolos en la realización de sus quehaceres, situación que posibilita la aparición de sentimientos de dependencia y frustración.

Es necesario precisar que, con la llegada del COVID-19, los servicios de salud se vieron en la obligación de postergar y aplazar toda atención médica y quirúrgica que no se encontrase relacionada con el virus, situación que ha representado un deterioro y agravamiento de las patologías preexistentes, considerando que anterior a la pandemia las personas mayores participantes ya se encontraban en la espera de atenciones y/o tratamientos médicos en relación a sus afecciones, traduciéndose así en un incremento del tiempo de espera. De manera análoga, los/as participantes manifiestan una dificultad para acceder a una intervención médica y quirúrgica a través del sistema de salud privado, puesto que esta alternativa requiere de un alto costo económico, del cual los/as participantes no disponen.

De lo anterior, se obtiene que las personas mayores participantes adoptan una postura de resignación frente a la posibilidad de acceder a una intervención quirúrgica o tratamiento médico que les permita optar a una mejor calidad de vida. Entre los factores influyentes se encuentra la complejidad de los diagnósticos médicos y la incapacidad del sistema de otorgar tratamientos óptimos y atingentes a las realidades en las que se desenvuelven las personas mayores.

*“Yo tuve un accidente acá en la casa cuando, cuando me dijeron que había empezado la pandemia, eh’ fue como que me vino una obsesión tan grande y ahí fue donde me caí yo y me dio esa cuestión y ahí me quebré la pierna porque me caí, me quebré el huesito de la cadera si tengo un tornillo, tengo un fierro, un platino (...) y camino aquí adentro de la casa nomás porque pa’ fuera no puedo salir tampoco porque me duelen mucho las piernas cuando camino” (P8, 2021).*

De forma particular, en el párrafo señalado con anterioridad se evidencia la aparición de afecciones provocadas por la pandemia en las personas mayores participantes, los cuales experimentaron accidentes de tipo doméstico debido al inesperado arribo del COVID-19 y sus efectos perjudiciales para la salud de la población, en especial para las personas mayores, situación que se vio acompañada por la desinformación presente en los diversos medios de comunicación masivos que exponían una alta contagiosidad, masividad y mortalidad del virus. De lo anterior, se deduce que la pandemia se ha transformado en un potencial incrementador de nuevas enfermedades que se prevé generen consecuencias irreversibles en la salud física y psicológica, acompañado de un sistema de salud público que a raíz de las demandas de la población se ve superado en capacidad, restringiendo las atenciones médicas de carácter inmediato.

Cabe señalar que el aislamiento social por COVID-19 repercute directamente en la salud física de las personas mayores participantes, puesto que esta medida implica el restringir la libre movilidad, debiendo permanecer en sus hogares, situación que aumenta el sedentarismo y la inactividad física, reflejada en el siguiente comentario; *“Si, me canso porque resulta de que tanto tiempo estar encerra’ po”* (P7, 2021), por lo tanto los participantes son susceptible de desarrollar afecciones como la sarcopenia, la cual genera una pérdida de masa muscular que ocurre durante el envejecimiento y que se ve incrementada con la falta de actividad física y la instauración de una nutrición

adecuada, presentándose como un factor de riesgo que causa consecuencias como la discapacidad y la hospitalización de mayor gravedad. (Universidad de Chile , 2021)

### **2.3. Aproximaciones desde lo Social**

#### Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales son definidas como aquellos “vínculos o lazos establecidos entre los integrantes de una comunidad, que resultan indispensables para el desarrollo integral del ser humano y, en especial, de las habilidades sociales” (Contreira, 2019, pág. 10). Es por ello que esta se presenta como una subcategoría fundamental en la calidad de vida de las personas mayores, ya que es un elemento partícipe de las redes de apoyo y una contribución en la socialización.

*“Antes de la pandemia yo iba donde mi hermano que vive cerca, compartimos (...) con toda la familia, pero ahora no se puede porque uno nadie se atreve a juntarse, aunque sean familiares y aunque sabemos que no tenemos contagios, igual nos da susto (...) aquí antes, yo me gusta compartir con mis vecinos, por ejemplo, mis vecinas “venga a tomar tecito conmigo que estoy sola” (las vecinas la invitan), entonces uno charlaba se reía, se contaban sus penas, sus enfermedades (se ríe) y ahora no po”*  
(P4, 2021).

A partir del fragmento señalado, se visualiza que las personas mayores participantes vieron mermada la posibilidad de establecer y mantener relaciones interpersonales de carácter presencial durante el periodo de confinamiento establecido por las autoridades, otorgándole una valoración negativa a la realización de estas actividades, debido a los sentimientos de temor vinculados al posible contagio que imposibilita el juntarse e interactuar presencialmente con un otro/a, situación que si se extiende a través del tiempo podría generar una afección permanente en las relaciones interpersonales.

Es necesario precisar que, las relaciones interpersonales repercuten en el bienestar biopsicosocial de los participantes, ya que al compartir con un otro/a que se percibe como un vínculo significativo se establece una atmósfera de confianza y valoración, intercambiando experiencias propias del grupo etario,

sentires de la vida y aquellas situaciones que generan angustia y temor que solo son compartidas por sus círculos cercanos. En ese sentido, las relaciones interpersonales se convierten en un elemental factor protector que opera permanentemente en la ayuda, figurando una relación de amistad estrecha que otorga compañía y es fundamental para la generación de sentimientos positivos en la adultez tardía. (Universidad San Sebastián , 2021)

*“No, no, nadie me ha venido a ver (risa breve) (...) es que es el miedo (...) ahora a mí me tienen miedo de venirme a ver po’, yo antes tenía hartos amigos” (P13, 2021).*

Del párrafo mencionado, se percibe que los/as participantes han perdido parte de las relaciones interpersonales producto de la presencia de casos activos de COVID-19 en su entorno más próximo, situación que ha generado una estigmatización social en aquellas personas mayores que se registraron como casos confirmados recuperados o contacto estrecho de casos confirmados, siendo estos excluidos de los grupos afectivos de los cuales eran parte previo a estos acontecimientos. Cabe señalar que “el brote epidémico actual de COVID-19 ha causado estigmatización social y comportamiento discriminatorio hacia personas de cierto origen o contexto, así como hacia cualquier persona que se percibe haya estado en contacto con el virus” (UNICEF, 2021, pág. 2).

La desinformación asociada a la enfermedad de COVID-19, figura como un detonante al momento de estigmatizar socialmente, ya que esta otorga lineamientos erróneos respecto al transcurso del virus y su transmisión en las personas, generando en aquellos casos activos recuperados la aparición de sentimientos de soledad y frustración, situación que conlleva al retraimiento de la esfera social y por tanto, a la adopción del aislamiento social.

### Participación Social

Sepúlveda et al., (2020) comprenden la participación social “como la integración de las personas a actividades de la comunidad en grupos sociales voluntarios u obligatorios, formales e informales, lo cual podría tener consecuencias en la salud de la población adulta mayor” (p.341). La participación social en las personas mayores implica el desempeño de actividades recreativas que inciden positivamente en su bienestar social,

además de presentarse como un potenciador de la funcionalidad y el gestor de vínculos con redes de apoyo.

*“Si, si iba a un club de adultos mayores que era de ahí de Eduardo Frei, también esa es la otra que echamos de menos que no nos vemos’ con las otras compañeras del club po’ (risa breve) que jugábamos lota, tomábamos once, conversábamos, todo eso y no lo’veimos’ ahora que era los días martes que en la tarde nos juntábamos y hasta la fecha no (...) ahora ya con la pandemia no se hizo más eso” (P2, 2021).*

*“Íbamos a paseo por la Municipalidad íbamos a paseo, pero ahora no están, todavía no están abiertas las inscripciones (...) ahí íbamos a Olmué, íbamos a todas esas partes así, pagábamos eh’ 15.000 pesos, ah’ y con desayuno, almuerzo y la once (...) la pasábamos bien pó porque íbamos a los viveros conocíamos varias cosas por allá, se bailaba, entre uno se bailaba porque no era, no era un solo club nomas (...) eran varias, varia gente, entonces todo era una familia que se juntaba ahí, eran de distintas personas, distintas zonas, pero todo se formaba como una familia “ (P5, 2021).*

De los párrafos expuestos, se aprecia que anterior a la pandemia las personas mayores participantes, participaban activamente y de manera voluntaria en las diversas organizaciones presentes en el territorio, las cuales proporcionaban una variabilidad de actividades recreativas y de dispersión para la población, sin embargo, con la instauración de la pandemia y las medidas sociosanitarias, estas actividades se vieron en la obligatoriedad de suspenderse con el propósito de resguardar la salud e integridad de los/as participantes. Producto del cierre, los participantes experimentaron sentimientos de tristeza, nostalgia y soledad ante la ausencia de las relaciones interpersonales con los demás miembros que conformaban las actividades.

En ese sentido, la participación social es considerada como “uno de los factores protectores para la salud y la funcionalidad” (Sepúlveda, Dos Santos, Tricanico, & Suziane, 2020, pág. 342), ya que esta previene el aislamiento social, se transforma en una fuente de apoyo elemental, siendo un espacio de

reconocimiento personal donde la persona mayor se encuentra ejerciendo un rol, identificándose y sintiéndose parte del grupo, lo cual incide en el bienestar general de estos, actuando como un amortiguador ante situaciones de estrés. (Gallardo, Conde, & Córdova, 2016)

Para los/as participantes, estas instancias se visualizaban como oportunidades que les permitían la recreación y el interactuar con otras personas mayores, fomentando a la generación de lazos de asociatividad, sentimientos de pertenencia y el establecimiento de vínculos fraternos, bajo una lógica donde primaba la confianza, el respeto mutuo y la escucha activa entre pares. Además, emergían sentimientos positivos como el goce y disfrute respecto a las actividades, las cuales se diseñaban en razón a temáticas de interés común.

Finalmente, se percibe que las personas mayores participantes mantienen sentimientos de esperanza por una pronta reanudación de las actividades gestadas por las diversas organizaciones, en consideración a la recuperación progresiva de la pandemia y los completos esquemas de vacunación. Cabe señalar que, a raíz del contexto sociosanitario, parte de las personas mayores participantes han comenzado a asistir nuevamente a Juntas de Vecinos, Clubes de Adulto Mayor, Centros de madres, entre otros., situación que se plasma en el siguiente párrafo; *“Ayer fui a al Club (...) pucha ayer fui feliz (...) lo paso super bien yo, yo no hallo la hora de que llegue el día martes para irme a comadriar un rato, porque uno se aburre po”* (P7, 2021).

### Territorialidad

La territorialidad y el entorno en el cual se sitúan las personas mayores participantes adquieren un papel relevante a lo que respecta su bienestar personal y calidad de vida, existiendo entornos que propician la convivencia e involucramiento de todos los/as integrantes de una comunidad. No obstante, “existen también entornos que obstaculizan la integración y participación social de las personas mayores” (Caro, y otros, 2021).

*“Yo era chiquita cuando vivía en Illapel porque yo soy de Illapel, eh’ mi mamá tenía vecinos allá (...) eran super buenas personas y yo acá no veo eso, yo no veo esas cosas aquí en las poblaciones (...) son como tiranas las personas en estas poblaciones, de ningún vecino, sabe lo que he visto tiranía en ellos eso he visto en mis vecinos yo, tiranos, si pueden llegar al vecino por delante y darle una pata’ se la dan son así estos vecinos, no son amables (...), pero ya estoy acostumbrada a vivir con vecinos así po’ ha sido terrible vivir todos estos años con ellos (...) se me ha hecho difícil, porque ellos están acostumbrados a vivir así a mí me criaron de otra manera por eso le digo lo que yo viví, entonces es complejo todo esto pa’ mí” (P8, 2021).*

Respecto a lo mencionado por los/as entrevistados/as, se percibe un estado de molestia persistente hacia los miembros de la comunidad, ya que estos son visualizados como agentes conflictivos que merman el desarrollo de una convivencia positiva y en armonía. Lo anterior, coarta las posibles relaciones interpersonales y las interacciones sociales de las personas mayores participantes y los sujetos que cohabitan su entorno, situación que gesta el retraimiento social y la experimentación de sentimientos de soledad, impactando directamente en su bienestar psicosocial y acrecentando su vulnerabilidad social.

La escasez en las interacciones de los/as participantes con su entorno, se presenta como un factor de riesgo durante el confinamiento por COVID-19, considerando que las personas mayores durante este periodo se vieron en la necesidad de recurrir a la asistencia de un tercero, a lo que respecta la obtención de recursos básicos como alimentos, medicamentos, útiles de aseo, entre otros., situación que se vio imposibilitada de ser otorgada por parte de la red vecinal y los conflictos existentes entre los mismos.

*Antes pertenecía al centro de madres, pero ahora ya no porque me cuesta salir de mi casa (...) mi casa tiene escala (...) ahí llegando a la punta, hay una bajadita y ahí me da miedo (...) así que mejor no salgo a ninguna parte” (P3, 2021).*

De igual manera, se aprecia la imposibilidad que experimentan las personas mayores a transitar libremente y de manera segura por el territorio, debido a que este cuenta con barreras arquitectónicas, las cuales son entendidas como “todo obstáculo que entorpezca impida o simplemente dificulte a las personas con discapacidad (o de la tercera edad) su libre desplazamiento en lugares de uso público” (Lotito & Sanhueza, 2011, pág. 12). Esta situación posibilita e incita a que los/as participantes se aislen y refugien en sus hogares, inhibiendo la capacidad de participar en las diversas actividades recreativas efectuadas por la comunidad, siendo los más susceptibles aquellas personas mayores participantes que habitan en hogares unipersonales o que no cuentan con redes de apoyo estrechas que les provean de ayuda para su desplazamiento. Lo anterior, denota un estado de conformidad entre los participantes, ya que estos son conocedores de la realidad de su entorno y por tanto normalizan la imposibilidad de modificarlo.

Finalmente, se percibe como las barreras arquitectónicas figuran como un impedimento para la correcta entrega de ayudas sociales de corte asistencialista provenientes de diversas instituciones durante el periodo de aislamiento social por COVID-19, situación que dificulta a que las personas mayores participantes accedan de manera inmediata a las prestaciones que aluden ser prioritarias.

### **3. Dimensión: Vínculos Significativos**

En relación con la dimensión *Vínculos Significativos*, esta se dirige a identificar las percepciones que las personas mayores participantes les otorgan a las redes de apoyo personales e institucionales experimentadas durante el aislamiento social por COVID-19. Cabe destacar que de la información recopilada emerge la categoría asociada a las Redes de Apoyo.

Respecto a la categoría “Redes de Apoyo”, se exponen las diversas redes de apoyo identificadas por los participantes durante el periodo de confinamiento, haciendo énfasis en cómo estos perciben la incidencia y relevancia que han desarrollado durante el contexto hostil por la pandemia de COVID-19. De lo anterior, se desprenden tres subcategorías: Redes de Apoyo Estrechas y favorables, Redes de Apoyo Intermitentes y Remotas y Escasez de Redes de Apoyo.

#### **3.1. Redes de Apoyo**

##### Redes de Apoyo Estrechas y Favorables

La aparición emergente de la pandemia por COVID-19 visibilizó la relevancia que poseen las redes de apoyo en las personas mayores participantes, considerando las múltiples necesidades emanadas durante este periodo, además de las restricciones sociosanitarias vinculadas a este grupo etario. A lo que respecta las Redes de Apoyo Estrechas y Favorables, éstas denotan un rol activo y vinculante con los/as participantes, los cuales proporcionan un apoyo instrumental de corte paliativo, pero además un apoyo de carácter emocional basado en la compañía escucha activa y reciprocidad.

*“Mi hija hace todo (...) todo con mis remedios, todo, todo, entonces en ese sentido no tengo problema, porque ella está preocupada de todo (...) y tengo yo mis sobrinas que siempre están preocupadas de mí, me llaman (...) así que en ese sentido estoy un poquito regalona de toda mi familia” (P4, 2021).*

*“Mire no he tenido aislamiento social porque mi comadre eh’ vive con nosotros (...) no es tan duro porque yo estoy con ella, si estuviera sola posiblemente” (P 12, 2021).*

A partir de los fragmentos señalados, es posible apreciar la valoración positiva que le otorgan las personas mayores participantes a las redes de apoyo asociadas a la familia y vínculos significativos como amigos/as y/o vecinos/as, los cuales se configuran como sujetos que proporcionan atención y contención, antes y durante el periodo de confinamiento por COVID-19, situación que evidencia cómo estos vínculos afectivos trascienden las diversas adversidades a las cuales se ven enfrentados los participantes, fortaleciendo así el rol protector y proveedor que adquieren las redes de apoyo presentes, como se vislumbra en el siguiente fragmento; *“Tengo a mi familia aquí, no tengo problema (...) cualquier cosa me atienden y estoy bien, tengo a mi familia” (P13, 2021).*

Es necesario precisar que, las personas mayores participantes al presentar patologías preexistentes y en ocasiones comorbilidades, necesitan de la asistencia de un tercero para la realización de tareas del hogar, compra de medicamentos e insumos básicos, entre otros., por lo que la figura de la familia aparece como un apoyo indispensable durante el confinamiento, ya que fueron

ellos/as los proveedores de aquellos cuidados diarios y necesidades emergentes de los/as participantes. Las familias al otorgar los cuidados y afectos emocionales promueven, por una parte, el fortalecimiento de la salud física, al vigilar y prever los posibles factores de riesgo al interior y exterior del hogar, además de la salud mental de las personas mayores participantes, al proporcionar amor, afecto y cariño, incluyendo su relevancia en la toma de decisiones, lo cual se traduce en un fortalecimiento de la autonomía e independencia.

De forma paralela, las amistades significativas que poseen las personas mayores en ocasiones cumplen el rol de ser una red de apoyo vigente, principalmente para aquellas personas mayores participantes que residen en hogares unipersonales donde no figura una red de apoyo familiar activa. Estos vínculos son concretados históricamente y, por tanto, se reconoce la confianza, lealtad y el apoyo recíproco, presentándose como un recurso importante en la vida diaria de los/as participantes, especialmente durante la pandemia por COVID-19, en donde la relevancia de este apoyo ha sido fundamental para sopesar el aislamiento social, la soledad, el abandono y las enfermedades preexistentes y emergentes. Lo anteriormente mencionado, se sustenta en base a la Teoría de la Selectividad Socioemocional, la cual “sostiene que los adultos mayores asumen un rol proactivo en sus relaciones sociales y seleccionan intencionada y estratégicamente los vínculos que más les interesan seguir manteniendo y profundizando” (Polizzi & Arias, 2014, pág. 63).

*“PADAM nunca me ha dejado, nunca me ha dejado como se llama de lado, ellos siempre están pendientes” (P1, 2021).*

Por otro lado los/as entrevistados/as, exponen la relevancia que poseen las Organizaciones No Gubernamentales como el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) en sus vidas diarias, la cual figura como una red de apoyo presente en el territorio que actúa activamente y de manera permanente, en beneficio de los/as participantes.

Debido a la llegada de la pandemia por el COVID-19, el PADAM se vio en la obligación de suspender toda actividad recreativa que contemplase las reuniones sociales, sin embargo, debió continuar proporcionando apoyo materializado en bienes de primera necesidad, acrecentando así su rol

asistencialista. En ese sentido, la asistencialidad permitió fortalecer el vínculo que ya había sido construido con anterioridad entre las personas mayores participantes y los miembros del programa, ya que las visitas asistenciales permitieron acompañarlos durante este proceso, además de motivar y empoderar a las personas a través de la socio educación u otras herramientas de intervención que tienen como propósito el derribar los mitos asociados al COVID-19 así como los procesos de postulación sobre beneficios sociales.

El mantenimiento del vínculo, propició a que los participantes le otorgaran una valoración positiva a la presencia del programa en el periodo de confinamiento, ya que estos continuaron gestionando y proporcionando la ayuda necesaria, como se menciona en el siguiente fragmento; *“Siempre he recibido ayuda del hogar siempre, siempre (...) la otra vez cuando, cuando no podíamos movernos pa’ ningún lado no había nada ellos llegaron con sus cajitas aquí tuvimos para una semana mercadería”* (P8, 2021). De lo anterior, se aprecia como el PADAM aparece como una figura externa, la cual cumple y suple aquellas necesidades de las personas mayores participantes, en razón de los recursos disponibles.

#### Redes de Apoyo Intermitentes y Remotas

A lo que respecta las Redes de Apoyo Intermitentes y Remotas, estas hacen alusión a aquellos vínculos inestables y difusos que poseen los/as participantes, los cuales se caracterizan por presentarse de forma discontinua, especialmente en situaciones donde los/as participantes requieren de ayuda material, asociada a la necesidad de bienes de primera necesidad. Cabe señalar que *“la red de apoyo social es de gran importancia a lo largo de la vida, pues incide sobre el bienestar integral. Sin embargo, esta se modifica durante el curso vital y su tamaño tiende a disminuir en la vejez”* (Arias, Sabatini, Scolni, & Tauler, 2021, pág. 1).

*“No, a la persona con la que hablo casi todos los días es con un joven que, que me hace las compras (...) él me paga las cuentas él me va a la botica municipal a comprarme los remedios esas cosas, pero no viene todos los días”* (P6, 2021).

*“Él de la feria él caballero a veces me manda con mi hijo una bolsita de tomate ya le digo yo dale muchas gracias porque la verdad es que es maravilloso esto y ahí nos arreglamos vamos comiendo un tomate cada uno (risas nerviosas) hasta que se termina la bolsita po’” (P9, 2021).*

En relación a los párrafos mencionados por los/as entrevistados, se percibe la existencia de personas externas al núcleo familiar que, impulsados por el valor de la solidaridad facilitan y proveen recursos de carácter material como alimentos, medicamentos, útiles de aseo, entre otros., situación que se presenta ante el incumplimiento de un rol familiar activo y proveedor, sin embargo, la entrega de estos recursos no es persistente y constante en el tiempo, ya que estas figuras no necesariamente mantienen vínculos emocionales con las personas mayores participantes. Lo anterior, vislumbra como la ayuda se reduce a la entrega de recursos materiales que se visualizan como necesidades explícitas, no logrando suplir las necesidades subyacentes que puedan presentar los/as participantes como la compañía, la escucha y el afecto, situación que se plasma en el siguiente párrafo; *“El año pasado cuando empezó la pandemia la muni dio dos, bueno no seguido, un mes y después pasó un mes y medio después con un galón de gas y 20 lucas la muni y después nos dieron una caja de mercadería, eso fue todo” (P8, 2021).*

En contexto de pandemia, las personas mayores participantes al mantener un vínculo intermitente se vieron en la obligación de salir de sus hogares en búsqueda de recursos de primera necesidad cuando estos no fueron suplidos en tiempo y forma por las personas externas al grupo familiar, situación que los expone constantemente al riesgo de contagio por COVID-19 y a otros factores de riesgo presentes en el territorio como las barreras arquitectónicas, la inseguridad barrial y la falta de educación vial. La anterior situación, evidencia la necesidad de contar con una red de apoyo vigente y activa que los resguarde de las adversidades contextuales.

Finalmente, se percibe que ante la solidaridad de los vínculos, los participantes adoptan una postura de agradecimiento como forma de retribuir la ayuda recibida, siendo esta la única forma de compensar a estas figuras, puesto que son conscientes de la vulnerabilidad económica a la cual se encuentran expuestos, descartando todo tipo de pago monetario.

#### Escasez de Redes de Apoyo

En cuanto a la Escasez de Redes de Apoyo, estas aluden a que si bien las personas mayores participantes cohabitan con familiares u otra figura de parentesco, estas no poseen un vínculo significativo que dé cuenta de las necesidades y requerimientos propios de los/as participantes. Lo anterior, se presenta como un factor de riesgo que incide directamente en el nivel de vulnerabilidad biopsicosocial de las personas mayores, incrementando los sentimientos negativos asociados a la desprotección y el desamparo; “el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades” (Zapata, Delgado, & Cardona, 2015, pág. 849).

*Imagínese no teníamos na’, porque yo no me podía mover a él le faltan las piernas (...) a veces no hay quien vaya a comprar el pan o que vaya a decirme pucha voy a ir a comprar ahí, voy a mandar a comprar, no hay nadie y ahí a veces estamos solitos en la casa nosotros no hay nadie, con esta pandemia como que se alejaron todos” (P8, 2021).*

*“Sola porque mi nieto trabajaba (...) sale a las 6 de la mañana, yo todo el día paso sola (...) igual que cuando murió mi marido, yo estaba sola” (P3, 2021).*

Respecto a los relatos mencionados por los/as participantes, es posible apreciar una necesidad de poseer vínculos significativos que estén presentes en el diario vivir de ellos y que refieran disposición a asistirlos, considerando las necesidades y demandas propias de este rango etario que se acrecentaron durante el periodo de confinamiento por COVID-19. De igual manera, esto evidencia el contexto de aislamiento en el cual se sitúan los/as participantes, situación que sostenían de manera previa al arribo del virus, puesto que pese a la existencia de familiares que cohabitan el hogar, estos no se encuentran presentes, ya que destinan largos periodos de tiempo en actividades laborales de jornada completa.

*“Yo estoy ¡12 años en el PADAM! (voz de sorprendida), si ellos no me vienen a ver me hubieran encontrado muerta” (P6, 2021).*

Por otra parte, es posible identificar cómo las personas mayores participantes se han enfrentado a situaciones que han puesto en peligro su salud física e integralidad, principalmente al interior de sus hogares, ya que al realizar los quehaceres cotidianos, estos implican ejercer fuerza o movimientos abruptos, los cuales posibilitan la pérdida del equilibrio, situación que puede conllevar a caídas, golpes y/o fracturas. Al situarse de manera aislada en sus hogares, la posibilidad de recibir asistencia médica inmediata se reduce considerablemente, generando así mayores complicaciones en el diagnóstico y, posterior tratamiento y rehabilitación.

En ese sentido, se visualiza al Hogar de Cristo a través del programa PADAM como la única institución presente en la cotidianeidad de los/as participantes, los cuales le otorgan una connotación positiva y determinante para su bienestar biopsicosocial. Cabe señalar que con la pandemia el programa, se vio en la obligación de restringir abruptamente las actividades y visitas domiciliarias, las que, permitían generar relaciones de reciprocidad y acompañamiento con los/as participantes y los miembros del programa, como profesionales, voluntarios/as y estudiantes en práctica. Sin embargo, el programa mantuvo los vínculos preestablecidos con los/as participantes, a través de llamadas telefónicas y/o uso de redes sociales como WhatsApp que permitieron la comunicación constante durante el periodo de confinamiento, situación que se evidencia en el siguiente párrafo: *“Yo llamo al Alex a las 9 de la noche y no se enoja, nada” (P6, 2021).* De igual manera, las visitas presenciales se han abocado de manera exclusiva a la entrega de recursos materiales como cajas de mercadería y/o aseo personal, permitiéndoles a los/as profesionales obtener una panorámica respecto a las situaciones y realidades en las cuales se encuentran los/as participantes durante el periodo de aislamiento social por COVID-19.

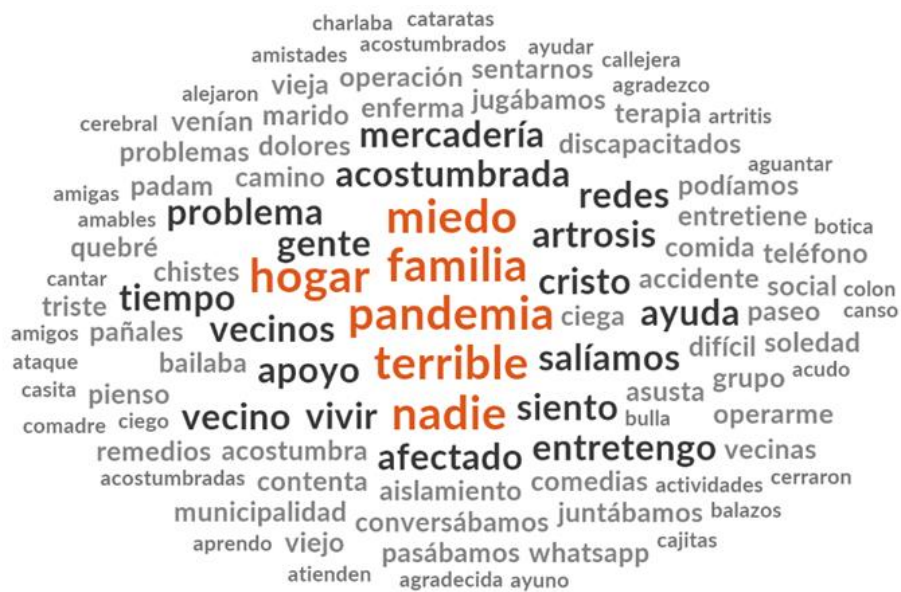
Finalmente, se hace necesario precisar que, ante un constante y prolongado periodo de aislamiento que se conjuga con una escasez en los vínculos familiares y/o comunitarios, los/as participantes se han visto en la necesidad de adecuarse ante la aparición de eventos fortuitos como crisis normativas y/o contingencias sanitarias como lo sucedido por la enfermedad del COVID-19. Estas situaciones denotan que los/as participantes enfrentan de manera

solitaria los contextos de adversidad que se caracterizan por ser hostiles y altamente perjudiciales para su calidad de vida, emergiendo mecanismos de afrontamientos basados en la resiliencia y que son parte de su historia de vida, sin embargo, se visualiza que la soledad al ser habitual es normalizada e interiorizada por los/as participantes.

### Nube de palabras

Figura 3.

Nube de palabras.



Nota: Fuente. Extraída del software Nvivo.

De la presente nube de palabras<sup>12</sup> se desprende que las palabras con mayor frecuencia durante el proceso de recolección de datos fueron: **miedo, familia, pandemia, hogar, terrible y nadie**. De lo anterior, se evidencia que el miedo emerge como una respuesta intrínseca de las personas mayores frente a un hecho desconocido del cual acusan comprenderlo como un suceso terrible que los obligó a quedarse en sus hogares sin la posibilidad de relacionarse con un otro/a, figurando la familia como un recurso indispensable durante este proceso.

Mientras que las palabras con menor incidencia se relacionan a: **soledad, artrosis, apoyo, vecinos, ayuda, entre otras**. Respecto a estas se desprende que la soledad figura como un sentimiento vivenciado durante este proceso, en donde la ayuda y apoyo se consideran como recursos elementales y demandados por las personas mayores. Cabe señalar que la Artrosis se

<sup>12</sup> A mayor tamaño de la fuente, es mayor la frecuencia de palabras. Mientras que a menor tamaño de la fuente es menor la frecuencia de palabras.

presenta como una patología recurrente y presente en la mayoría de las personas mayores participantes.

#### **4. Hallazgos de la Investigación**

##### ***4.1. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como un articulador de las relaciones interpersonales.***

Primeramente, se hace necesario precisar que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), “son un conjunto de tecnologías requeridas para el almacenamiento, recuperación, proceso y comunicación de la información” (Heinze, Olmedo, & Andoney, 2017, pág. 150), las cuales, según Arbeláez (2014), “han transformado de manera vertiginosa la vida cotidiana y social de los seres humanos, algunos ejemplos están en el uso de los teléfonos móviles, los computadores, el internet y sus herramientas de comunicación” (p.997).

A raíz de la contingencia sociosanitaria por el COVID-19 y las medidas que restringen el contacto físico, el uso de las TIC se vio en un exponencial aumento y masificación, debido a que estos recursos tecnológicos como Facebook, WhatsApp y/o llamadas telefónicas otorgan la oportunidad de mantener el contacto, favoreciendo las conexiones y el acompañamiento a distancia, siendo además un medio que permite la recreación y dispersión, considerando los largos periodo de confinamiento.

Para las personas mayores, el periodo de confinamiento significó un impacto en la calidad de vida y bienestar psicosocial, ya que esta instancia gestó una súbita transformación en las rutinas diarias que comprendía la cotidianidad en las cuales se situaban las personas mayores, viéndose en la obligación de adquirir nuevas rutinas al interior del hogar como única alternativa, además, en las relaciones interpersonales que mantenían anterior a la pandemia, visualizándose la tecnología como el único medio, a través del cual las personas mayores lograron mantener la comunicación y el contacto con sus familiares, amigos/as y vecinos/as, pese a la brecha digital presente en ellos.

*“Como cinco años que estoy que participo del (...) Centro de Discapacitados Físicos de Villa Alemana (...) era un grupo, era una parte del grupo que nos juntábamos los días miércoles que se llamaban los miércoles felices, íbamos a jugar (...) estábamos acostumbradas todo el tiempo de ir (...) a entretenernos un ratito, pero desde que empezó la pandemia al tiro dejamos de ir, pero mantenemos conversación por el WhatsApp con las chiquillas” (P6, 2021).*

El párrafo anterior, vislumbra la importancia que ha adquirido la tecnología en las personas mayores participantes durante la pandemia por COVID-19, ya que esta ha posibilitado la continuidad de la comunicación entre pares y, por tanto, el mantenimiento de relaciones interpersonales con figuras significativas, con las cuales se relacionaban en la presencialidad en instancias de participación social como actividades recreativas y de desenvolvimiento, ejecutadas por diversos organismos comunitarios.

*“Lo que te sirve mucho es por ejemplo el Facebook y el WhatsApp nos mandamos fotos yo cuento chistes, de repente cuento chistes a mis amigas”* (P1, 2021).

En ese sentido, la tecnología se percibe como una herramienta determinante que favorece el bienestar de los/as participantes, puesto que la pandemia los enfrentó a diversas situaciones que incrementaron la vulnerabilidad social en la cual estaban insertos con anterioridad, lo que se refleja en los sentimientos de soledad y tristeza que además de dejarlos en evidencia, se fueron acrecentando. Es por ello que, las plataformas tecnológicas propiciaron el mitigar estos sentimientos vivenciados durante el periodo de confinamiento, fomentando el acercamiento entre vínculos, los cuales lograron mantener un acompañamiento recíproco a distancia, que permitió espacios de escucha activa, la posibilidad de establecer conversaciones fluidas y la expresión de sentires. Además, al interior de estos espacios telemáticos emergieron instancias de recreación que incentivaron la distracción de los/as participantes, considerando el contexto hostil e incierto que primaba.

De lo anterior, se vislumbra una internalización positiva de la tecnología por parte de los participantes, ya que estos la perciben como una herramienta de utilidad en su diario vivir que les concede la posibilidad de continuar manteniendo las relaciones interpersonales con sus vínculos significativos. En ese sentido, Sunkel y Ullmann (2019) sostienen que “la percepción respecto de la utilidad de una tecnología para determinada actividad condicionará el grado de interacción de una persona con dicha tecnología e incluso su reticencia a utilizarla” (p. 252).

La necesidad de interacción entre los/as participantes y sus familiares, vecinos/as y/o amigos/as los condujo a adquirir el conocimiento necesario para el correcto uso de las diversas plataformas tecnológicas, aun cuando existe una dificultad asociada a la utilización de estas. Este nuevo aprendizaje significó la inversión de tiempo y la superación de variadas adversidades desencadenadas en el proceso. Cabe señalar que al adquirir estas

herramientas tecnológicas, las personas mayores participantes se perciben como sujetos insertos e integrados en la actual sociedad de la información.

Finalmente, el uso de la tecnología les ofrece a los/as participantes una mayor vividez en cuanto al desarrollo de nuevas actividades durante el periodo de confinamiento, además del surgimiento de sentimientos de utilidad que se desprenden de la adquisición de nuevas habilidades.

#### **4.2. Normalización del aislamiento como un estilo de vida**

Las personas mayores se enfrentan cotidianamente a una variabilidad de cambios y transiciones propias de la etapa de la vejez, las cuales no solamente se caracterizan por emerger desde lo físico o psicológico, sino que también desde el ámbito social y político, ya que estos últimos tienden a obstaculizar el pleno desarrollo de las capacidades existentes en las personas mayores.

Las diferentes realidades en las cuales se desenvuelven estas personas, incide de manera directa en la calidad de vida y en el grado de vulnerabilidad social en el cual se ubican, siendo el contexto un determinante que afecta implícitamente en el desenvolvimiento positivo y que los insta a adoptar una actitud de retraimiento al interior del hogar, situación que los imposibilita a ejecutar actividades al exterior del hogar como lo son la reuniones familiares y/o comunitarias y, actividades organizadas por instituciones presentes en el territorio. De igual manera, se presenta como un factor determinante, la existencia de patologías y comorbilidades en las personas mayores, las cuales se visualizan como una limitante, tanto física como perceptivamente, puesto que el contexto en el cual se insertan las personas mayores carece de infraestructura óptima que les otorgue seguridad.

*“Por la discapacidad salgo poco estoy acostumbrada a estar en mi casa entonces a mí no me afecta estar en la casa, estoy acostumbrada a estar en mi casa (...), yo soy sola y no soy de muchas amistades aquí no viene mucha gente a la casa” (P6,2021).*

Respecto al párrafo anterior, se evidencia que aquellas personas mayores participantes que se encuentran en una situación de discapacidad/diversidad funcional o afectados de gravedad por la existencia de patologías preexistentes, mantienen instaurada una rutina de vida donde prima el aislamiento al interior del hogar visualizándose este como un espacio seguro y libre de situaciones que los expongan al peligro, el cual es interiorizado y aceptado, situación que los desliga de la vida social, en la cual se encuentran presentes familiares, amigos/as y/o vecinos/as, y además organismos

comunitarios que tienen por fin incidir positivamente en el bienestar social y calidad de vida de las personas mayores, privándose del goce y disfrute de estas actividades.

*“¡No! si yo no salgo nunca po’ hija (...) yo no salgo nunca pa’ afuera, voy a puro pagarme con mi hijo que es él el que me lleva, porque como estoy ciega, y en seguida retorno pa’ mi casa y aquí me quedo en mi casita” (P14,2021).*

De forma paralela, se percibe que el contexto figura como un factor relevante que posibilita la interiorización del aislamiento en los/as participantes, ya que al ser personas que se encuentran en situación de discapacidad/diversidad funcional requieren de un contexto, el cual les proporcione un desplazamiento seguro y una variabilidad de condiciones que les permitan el pleno desempeño de sus capacidades. No obstante, la realidad en la cual se sitúan las personas mayores no es capaz de responder a las necesidades y requerimientos que estos demandan, percibiéndose el contexto como un lugar hostil y peligroso que los limita en el libre tránsito y por ende, en la realización de diversas actividades que fomenten su participación social.

*“Bueno al menos yo lo vivo hace años porque como tengo la niña con daño cerebral no salgo mucho po’ a mí no me ha afectado para nada (...) dejé mi trabajo para poder (...) cuidar dos postrados (...) ella es mi nieta y mi mamá es mi mamá, ósea me tocó” (P1, 2021).*

Por otra parte, la normalización del aislamiento responde al rol de cuidadora informal que recae en aquellas participantes que cohabitan con familiares que al presentar patologías demandan cuidados médicos de manera permanente. Esta situación genera que las personas mayores se encuentren en una constante preocupación por los cuidados, donde se va gestando paulatinamente la concepción de que son ellas las únicas conocedoras de las necesidades y requerimientos de las personas en situación de dependencia. A raíz de esto, se produce una despersonalización que recae en las cuidadoras informales, las que destinan la totalidad de su tiempo en esta actividad, desplazando así todo desarrollo y cuidado personal que implique el salir del hogar como participar de actividades comunitarias o incluso asistir a una cita médica, con el fin de no dejar en descuido a estas personas, ya que esto podría representar un daño irreversible.

*“No salgo a ninguna parte, aquí yo en mi casa nomas con mis quehaceres y todo lo de aquí en la casa, porque soy de casa yo po’ (risa breve) (...) no soy callejera como se dice que ando comadreando en el negocio, si salgo a la esquina a comprar el pan voy apuradita y vuelvo altiro” (P2, 2021).*

Durante el proceso de recolección de datos se fueron dilucidando situaciones en las que las personas mayores efectivamente le otorgaban una connotación negativa al proceso de aislamiento social por COVID-19, en razón de su contingencia y adversidad, sin embargo se percibe que entre los/as participantes el aislamiento era un suceso cotidiano, normalizado e ignorado por estos mismos, siendo las actividades fuera del hogar más recurrentes los trámites legales que se asocian al pago de pensiones y/o ayudas sociales, como también las salidas a los Centro de Salud Familiar (CESFAM) y Hospital.

Lo anterior, podría ser sustentado en base a la *“Teoría del Retraimiento o desvinculación”* formulada por Elaine Cumming y William Henry (1961), la cual expresa que “la desvinculación o desconexión es un proceso inevitable que acompaña al envejecimiento, en el que gran parte de los lazos entre el individuo y la sociedad se alteran o llegan a romperse” (Alcalde & Laspeñas, 2005, pág. 46), siendo esta situación de tipo bidireccional, es decir, que por parte de la sociedad, se va desplazando a la persona mayor en diferentes esferas de la vida social, mientras que la persona mayor se desprende de sus roles productivos, plasmado en la reducción de actividades sociales y en la interiorización de una vida más solitaria. No obstante, la teoría mencionada fue refutada y en contraposición se planteó la *“Teoría de la Actividad”* formulada originalmente por Robert Harvighurst (1961), la cual “parte de la idea de que la desvinculación entre individuo y sociedad opera únicamente en el sentido de la sociedad hacia los mayores” (Alcalde & Laspeñas, 2005, pág. 46), haciendo énfasis en que la desvinculación entre las personas mayores y la sociedad no se produce por un mandato interno de estas personas, sino que se debe a que la sociedad no les proporciona nuevas actividades que les permitan mantenerse activos y satisfechos.

Respecto a la información expuesta, se desprende que las personas mayores participantes se ven influenciadas por los mandatos intrínsecos de la sociedad que forjan un ideal de persona mayor que se caracteriza por ser frágil y dependiente, situación que se plasma en la escasez de oportunidades de participación social que genera en ellos un desinterés por la realización de nuevas actividades.

Finalmente, con el arribo del COVID-19 fue posible dilucidar y visibilizar el contexto de aislamiento en el cual se encontraban de manera previa las personas mayores participantes. En ese sentido, las medidas sociosanitarias impuestas por el Gobierno de turno se direccionaron a resguardar la salud de estos, sin embargo la imposición afectó de manera implícita en el nivel de vulnerabilidad psicosocial, incrementando el aislamiento que ya se encontraba

presente en la vida de los/as participantes, reforzando así la percepción de soledad.

#### **4.3. Pérdida del proyecto de vida**

Las realidades en las cuales se sitúan las personas mayores en ocasiones presentan características similares, en especial aquellas personas que se encuentran insertas en contextos de vulnerabilidad social, donde la pobreza figura como un factor común que impacta considerablemente en la calidad de vida y bienestar biopsicosocial de estas. Estas situaciones inciden directamente en los estilos de vida que adquieren las personas mayores, ya que estos en ocasiones comienzan a despojarse de sus actividades cotidianas, reduciendo así su participación social, además de gestarse un distanciamiento bidireccional con vínculos que en el pasado figuraron como significativos y que hoy en día no son capaces de proporcionar apoyo y contención, siendo estos determinantes en el surgimiento de sentimientos de soledad y desamparo. A esto se le añade, la presencia de poli patologías que inciden en el bienestar de las personas mayores, situación que se traduce en un conglomerado de factores influyentes entre sí que propician la aparición de sentimientos de desesperanza para con la vida.

*“Yo si es que llego ahí tres años más, porque yo tengo bu´ cualquier enfermedad, así que no se po´ ojalá que bien po” (P13, 2021).*

Del párrafo anterior, se percibe como la existencia de poli patologías en los/las participantes inciden en el surgimiento de sentimientos de desánimo frente a la vida, puesto que estas generan un deterioro progresivo y en ocasiones abrupto de la salud física, situación que va incidiendo en la salud mental de las personas mayores, llegando inclusive a presentarse cuadros depresivos. De forma paralela, el consumo dependiente de medicamentos pese a prevenir, detener y aliviar los síntomas y, dolencias asociadas a las poli patologías, al ser ingeridos de manera diaria y simultáneamente, se torna un hábito desgastante y cansador, el cual es aceptado y mantenido como estilo de vida, ya que los/as participantes son conscientes del impacto que estos poseen en su calidad de vida y bienestar, siendo el caso de no consumirlos un detonante perjudicial para el curso de la patología.

Un factor por considerar en la pérdida de los proyectos de vida de las personas mayores dice relación con el sistema de salud público, el cual se caracteriza por presentar falencias en la promoción y prevención de enfermedades, las que en determinadas ocasiones pueden ser socio educadas a tiempo, no obstante, esta situación evidencia una incapacidad del

sistema de promover un envejecimiento activo y saludable. En consecuencia, las personas mayores se ven enfrentadas a la presencia de múltiples patologías que, como no fueron mitigadas en un periodo correspondiente, se encuentran afectando sincrónicamente la calidad de vida de estos. Cabe señalar que el sistema de salud público proporciona en sus prestaciones tratamientos y rehabilitaciones para diferentes patologías, sin embargo este no es atingente con las realidades que envuelven a las personas mayores, caracterizándose por no ser oportuno e inmediato.

*“Yo no quisiera estar más (...) yo le pido a Dios que me lleve hasta cuando yo pueda hacer mis cosas (...) sí imagínese que me dé algún accidente cardiovascular o alguna cosa así y yo no me pueda valer por mí misma y quién se hace cargo de uno ¿ah?” (P3,2021).*

Los/as participantes al ser conscientes de presentar comorbilidades que afectan su desenvolvimiento, van gestando internamente un temor frente a la pérdida de la autonomía e independencia, ya que esto implica la necesidad de recurrir permanentemente a la asistencia de un otro/a, situación que los problematiza al poseer una escasez de redes de apoyo que no les brindan el soporte necesario y en los casos en donde se presentan redes de apoyo significativas no se tiene certeza de que accedan al cuidado y además dispongan de capacidades para llevar a cabo el proceso que se caracteriza por ser demandante y extenuante.

*“Honestamente pienso que ya no me queda mucho (...) no sé porque vivo así, como enferma (...) entonces no me siento que voy a estar creo, ósea yo estoy, vivo el día a día nomas, no me proyecto a decir pucha este año voy a hacer esto y el próximo esto otro porque ya estoy vieja y enferma” (P4,2021).*

Paralelo a ello, las personas mayores van internalizando progresivamente la idea de que la vejez está condicionada a ser vivida en espacios privados, como lo es el hogar, privándose del desarrollo de actividades recreativas y nuevas experiencias que le aporten vividez al proceso vital. A esto se le añade, la percepción de que la edad avanzada es un determinante que incide en el deterioro y en la imposibilidad de realización personal y comunitaria, forjándose esta auto discriminación por edad definida como edadismo<sup>13</sup>.

Finalmente, se percibe que los/as participantes conciben la muerte como una instancia salvadora que los libera de aquellas dolencias o afecciones

---

<sup>13</sup> Según la Organización Mundial de la Salud “el edadismo se refiere a los estereotipos (como pensamos), los prejuicios (como nos sentimos) y la discriminación (como actuamos) hacia las personas en función de su edad”. Disponible en:  
[https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa\\_01/actualidad/2021/marzo/IM\\_135631](https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/actualidad/2021/marzo/IM_135631)

graves respecto a las poli patologías asociadas, siendo este un hecho culmine y anhelado que es internalizado como un último proceso que comprende la etapa de la vejez del ciclo vital. A pesar de ser un hecho pretendido por los/as participantes, este genera temor como una reacción natural ante lo desconocido, siendo la figura de Dios un consuelo que les procura paz y tranquilidad, lo anterior se sustenta en el siguiente párrafo: *“Ya no voy a estar hija, aunque se rían ya no voy a estar entonces yo no me he visualizado nunca hacía más yo vivo el día (...) no me visualizo no me veo entonces eso me asusta un poco pero bueno así tendrá que ser yo acepto todo lo que dios me ha dado”* (P9,2021).

# CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, REFLEXIONES Y DESAFÍOS

## Presentación

El desarrollo, análisis y los respectivos hallazgos de la investigación han posibilitado el concluir y reflexionar sobre cómo las personas mayores participantes han vivenciado y experimentado la pandemia por COVID-19 y las respectivas medidas sociosanitarias emanadas del contexto.

Primeramente, se presentan las conclusiones y reflexiones emanadas de la investigación, haciendo alusión a los objetivos planteados con anterioridad y las respectivas categorías y subcategorías desprendidas del proceso investigativo.

Posteriormente, se exponen las conclusiones y reflexiones respecto de la política pública, la cual se presenta como un aspecto determinante e incidente en la calidad de vida de las personas mayores y sus respectivos vínculos significativos, haciendo énfasis en los diversos desafíos que como estudiantes tesistas se consideran relevantes de plasmar y que posibilitarían un escenario favorecedor para las personas mayores.

Finalmente, se manifiestan las conclusiones y reflexiones asociadas al Trabajo Social, entendiéndose esta como una disciplina conocedora de la realidad social en las cuales se sitúan las personas mayores, la cual aporta considerablemente en propiciar su bienestar psicosocial. De igual modo, se plantean los principales desafíos que como profesión se presentan a raíz de la instauración de la pandemia por COVID-19 y las consecuencias negativas que ha desencadenado este proceso en las personas mayores.

### 1. Conclusiones y reflexiones respecto a la Investigación

El objetivo de esta Investigación se direccionó a analizar las percepciones de personas mayores, en relación a sus vivencias, experiencias y los vínculos con redes de apoyo personales e institucionales durante el contexto de aislamiento social por COVID-19. A partir de esto, y con la finalidad de alcanzar el objetivo planteado, se construyó una pauta de entrevista semiestructurada, la cual fue aplicada a las personas mayores beneficiarias del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) localizado en Marga Marga vía remota, con el propósito de salvaguardar la integridad tanto de las personas mayores como de las estudiantes entrevistadoras, debido al contexto sociosanitario imperante, presentándose esto como un desafío que como estudiantes tesistas logramos superar con éxito. La aplicación del instrumento tenía como propósito el evidenciar los procesos experimentados por las personas mayores durante el transcurso de la pandemia, pretendiendo conocer de primera fuente las fluctuaciones en la cotidianeidad y los efectos

sociales que fueron generados debido a la propagación del virus y las medidas para mitigar su difusión, siendo esta información recabada desde los propios relatos y percepciones de las personas mayores.

A raíz de ello, se desprendió el primer objetivo específico el cual fue identificar el perfil sociodemográfico de las personas mayores participantes, el que tenía como fin el recabar información respecto a aquellas características personales que diferenciaban a cada individuo, además de conocer el contexto en el cual se situaban, como un primer acercamiento a sus realidades diversas y complejas. Es por ello que, se puede concluir que el objetivo específico logró dilucidar los aspectos personales de los/as participantes, permitiéndonos obtener una panorámica acerca de los factores determinantes e influyentes que han afectado negativamente la calidad de vida de estos antes de la pandemia y que se han acrecentado durante el transcurso de ella.

En relación con el segundo objetivo específico este se dirigió a conocer los significados que las personas mayores participantes le atribuían a la experiencia de aislamiento social por COVID-19. En ese sentido los/as participantes, a través de la entrevista semiestructurada expusieron sus sentires vivenciados durante el periodo de confinamiento, en donde se identificaron determinados patrones respecto a las significancias que estos le atribuían al proceso, el cual en base a los relatos, se presentó como un hecho complejo y perjudicial que ha incidido de manera directa y diversa en los distintos ámbitos de sus vidas. A partir de ello, es posible determinar que el presente objetivo fue cumplido correctamente, ya que la información recopilada permitió comprender los diversos ámbitos que caracterizan a las personas mayores y como estos mutaron debido a la pandemia. De igual manera, la aplicación del objetivo logró evidenciar otros sentires y vivencias, los cuales pese a no ser los principales de la investigación, permitieron obtener un mayor entendimiento sobre sus realidades e historias de vida. Lo anterior responde a la riqueza de la investigación cualitativa, la cual nos permitió ahondar e identificar información nueva y relevante que no estaba contemplada inicialmente en la investigación.

A lo que respecta el tercer objetivo, este tenía como propósito el identificar las percepciones que las personas mayores participantes le otorgaron a las redes de apoyo personales e institucionales experimentadas durante el aislamiento social por COVID-19. En ese sentido, las alumnas tesistas lograron recabar información que guarda relación con los vínculos significativos de los/as participantes, los cuales declaran poseer un protagonismo relevante durante el periodo de confinamiento. De lo anterior, se

concluye que tanto la presencia activa como la escasez en los vínculos incide considerablemente en la calidad de vida y bienestar de las personas mayores al momento de la pandemia, ya que a la presencia activa de los vínculos se le atribuyó una connotación positiva, mientras que la escasez en los vínculos evidenciaba una necesidad de compañía y asistencia.

De acuerdo con los objetivos planteados, durante la recolección de datos fue posible desprender una variabilidad de categorías y subcategorías, las cuales lograron clasificar la información obtenida para posteriormente lograr un mayor análisis y entendimiento.

En un primer momento, se evidencia que la pandemia se gestó como un hecho contingente y fortuito, el cual incidió negativamente en la integralidad que comprende a las personas mayores, fomentando progresivamente en su deterioro biopsicosocial. En ese sentido, el periodo de confinamiento se percibió como una instancia que comenzó de una manera abrupta, pero que con el paso del tiempo fue internalizada y aceptada como un mandato que tenía como fin el resguardar la salud física, sin embargo, durante este periodo fueron experimentados sentimientos de soledad, miedo y tristeza, los cuales pese a ser propios de esta instancia, se vieron influidos por el contexto de vulnerabilidad social en el cual se situaban, evidenciándose la territorialidad como un determinante para que las personas mayores reciban asistencia y apoyo de la comunidad, considerando que las medidas sociosanitarias les prohibieron la libre circulación.

Respecto a las relaciones interpersonales, estas se vieron afectadas, ya que la pandemia imposibilitó las reuniones de carácter presencial, considerando que las personas mayores mantenían un contacto constante con familiares, amigos/as y/o vecinos/as, los cuales les proporcionaban compañía, afecto y comprensión, siendo estos recursos indispensables para el bienestar social e incidentes en el envejecimiento activo y saludable. La interrupción abrupta de las relaciones fomentó la aparición de sentimientos de soledad permanente que lograron ser apaciguados por la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), las cuales figuraron como un conector que les permitió no perder la constancia en la comunicación, no obstante se percibe que esta no fue capaz de suplir en su totalidad los sentimientos positivos que si les otorgaban las relaciones presenciales.

En cuanto a la participación social, las personas mayores anterior a la pandemia se caracterizaban por participar activamente en instituciones presentes en el territorio, ya que estas les permitían desenvolverse en un contexto seguro, donde primaban principios asociados al respeto mutuo, la

solidaridad y la pertenencia, situación que fue mermada abruptamente por la pandemia y las medidas sociosanitarias impuestas por el Gobierno de turno, privando así a las personas mayores a hacer goce de los recursos presentes en la comunidad, además de repercutir directamente en las dinámicas diarias que antecedían a este hecho fortuito, viéndose en la obligación de permanecer en sus hogares como única alternativa. A pesar de esta situación, se evidencia que las personas mayores al interior de sus hogares lograron implementar estrategias de afrontamiento, que condicen con la idea de mantener la independencia y autonomía, los cuales le permitieron sobrellevar las consecuencias negativas asociadas a la pandemia y así evitar un estado mental negativo que implicaba el pensamiento constante de la contingencia y sus adversidades.

De forma paralela, la presencia de patologías preexistentes en las personas mayores figuraron como un factor de riesgo en el periodo de confinamiento, ya que el sistema de salud público se vio colapsado por las atenciones asociadas a la enfermedad del COVID-19, viéndose en la obligación de restringir toda atención que no se relacionara al virus, situación que propició el agravamiento de estas patologías y comorbilidades, incidiendo negativamente en la calidad de vida de estos, ya que el agravamiento implicó la plena posibilidad de realizar los quehaceres cotidianos, afectando en la movilidad y el desempeño óptimo. Además de la presencia de poli patologías, el periodo de confinamiento posibilitó la aparición de nuevas patologías y sus respectivas sintomatologías, siendo el contexto un detonante en la proliferación de estas y un obstaculizador en la oportuna atención, tratamiento y rehabilitación.

En un segundo momento, esta investigación ha demostrado la incidencia que poseen las redes de apoyo a lo que respecta el bienestar y calidad de vida de las personas mayores durante el periodo de confinamiento, ya que este aludió a la demanda de vínculos significativos que lograran proveer aquellos requerimientos tanto materiales como emocionales surgidos durante la contingencia sociosanitaria. En ese sentido y de acuerdo con el perfil de redes de apoyo de las personas mayores es que se evidencia que ante la presencia activa de una red de apoyo, sea esta familiar o amistades/vecinales, estos han enfrentado la pandemia y sus efectos de una manera menos perjudicial, ya que la presencia de un vínculo significativo les proporcionó la contención y el cuidado óptimo requerido. En aquellos casos donde las redes de apoyo no figuraron con una presencia continua, fue posible percibir la existencia de sentimiento de soledad e incertidumbre, ya que la mayoría del tiempo las personas mayores se encontraban solas en sus hogares y sin la presencia de una persona que respondiese a sus necesidades de vincularse y socializar, y

además que les provean de recursos materiales como víveres o artículos de aseo. Por último, fue posible identificar que en aquellas personas mayores que presentaban escasez en sus vínculos, los sentimientos de soledad existían de manera previa a la pandemia, por lo que el periodo de confinamiento era normalizado e internalizado, el cual no incidió profundamente en sus estilos de vida, ya que el estar solos/as era una costumbre latente, figurando como único vínculo el Hogar de Cristo a través del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM), el cual durante la pandemia fue un actor activo e incidente en la calidad de vida.

De lo anterior, se desprende que la investigación tuvo la posibilidad de identificar las experiencias de las personas mayores relacionadas con el periodo de confinamiento por el COVID-19, siendo esta una información potencialmente relevante para la comprensión profunda de las diversas realidades en las cuales se sitúan las personas mayores. En ese sentido, las decisiones metodológicas acogidas lograron ser idóneas respecto al planteamiento inicial, ya que estas permitieron otorgar coherencia en la investigación, logrando ajustarse a los objetivos presentados con anterioridad.

## **2. Conclusiones y reflexiones respecto de la política pública**

Con el desarrollo progresivo de la pandemia por la enfermedad de COVID-19 en Chile, el Gobierno de turno se vio en el deber de implementar una serie de medidas sociosanitarias, las cuales tenían como fin el mitigar el contagio y posible propagación del virus, además de medidas de protección social que lograsen dar respaldo a las consecuencias y variaciones que desencadenó la pandemia en la población.

Respecto a las medidas sociosanitarias, estas comenzaron a regir a los pocos meses del arribo del virus al territorio nacional, entre las que destacan las medidas de salud pública con las cuarentenas obligatorias y toques de quedas, las cuales tenían como fin disminuir la velocidad de propagación resguardando la salud física de la población, sin embargo, estas medidas repercutieron significativamente en la cotidianidad de las personas, ya que esto implicó una privación abrupta en la libertad personal que propició la interrupción de diversas actividades desempeñadas al exterior del hogar que van desde actividades asociadas a la participación social, hasta las vinculadas al desempeño laboral, siendo la población más afectada por estas medidas las personas mayores insertas en los estratos socioeconómicos vulnerables. En ese sentido, la población de personas mayores quedó al margen de la política pública, ya que esta no contempló la relevancia que poseían las relaciones interpersonales y la participación social en el bienestar y calidad de vida de

estos, privándolos coercitivamente de desempeñarse libremente en las esferas públicas de sus territorios.

De igual manera, otra de las medidas de salud pública promulgadas fue el “Plan Paso a Paso nos Cuidamos Todos”, el cual se presentó como una estrategia gradual para enfrentar la pandemia, que si bien tenía como fin el resguardar a la población de posibles focos de contagio, centró sus medidas de carácter obligatorio en aquellos mayores de 75 años, comprendiéndose a estos como la población más vulnerable frente al contagio, debido a su avanzada edad y comorbilidades preexistentes. Esta situación repercutió significativamente en la percepción de fragilidad que adoptó esta población, además de reforzar la discriminación por edad o “edadismo” presente en la sociedad, que conllevó a que las personas mayores se autoconvencieran de su fragilidad y desarrollaran un mayor temor ante el posible contagio.

Lo anterior, evidencia cómo estas políticas públicas asociadas a la crisis sociosanitaria fueron formuladas y posteriormente ejecutadas con una inmediatez forzosa que les imposibilitó contemplar las diversas realidades en las cuales se situaban las personas mayores, considerando que estas medidas desplazaron las dimensiones que integran y caracterizan a este grupo etario como lo es la salud mental y social, ya que esta población demanda el relacionarse y vincularse con un otro/a. Esto da cuenta de cómo la política pública concibe a las personas mayores de una manera compartimentalizada, direccionando su actuar de manera exclusiva a prevenir en la salud física, la cual pudiese ser perturbada por el contagio del virus, evidenciando su incapacidad de proyectar a este grupo etario de una manera integral y holística, actuando de manera imparcial para con las demandas subyacentes.

Por su parte, el sistema de salud chileno decretó la coordinación de la red pública y la privada para lograr una red de asistencia unificada, que proporcionara una respuesta oportuna a las demandas de salud asociadas al COVID-19. Las acciones generales de vigilancia epidemiológica como las estrategias de testeo, trazabilidad y aislamiento, permitieron pesquisar a aquellas personas que hayan estado en contacto con un caso contagiante para posteriormente aplicar los protocolos establecidos. Además de implementar el Plan Nacional de Vacunación COVID-19, el cual tenía como foco principal la vacunación a las personas mayores, siendo este un rango etario prioritario. A pesar de las óptimas iniciativas impulsadas por el Gobierno de turno, el sistema de salud público se vio desbordado en capacidad viéndose en la obligación de postergar todas aquellas atenciones y tratamientos médicos que no se relacionarán con el virus, provocando esto un impacto negativo en el

acceso a la salud de las personas mayores, situación que desencadenó consecuencias irreversibles en esta población.

En el caso de las medidas de protección social, estas contemplaron la entrega de una serie de bonos y subsidios de carácter extraordinarios destinados a la población vulnerable, como lo fueron el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), Bono Pensionados, la entrega de “Alimentos para Chile” (cajas de comida no perecibles), entre otros. Lo anterior, evidencia cómo la política pública posee un carácter paliativo en el enfrentamiento a la crisis sociosanitaria, la cual no se aboca a implementar medidas duraderas que amortigüen las repercusiones futuras emanadas de la pandemia. De manera análoga, se presentan dificultades para socializar los beneficios sociales, ya que muchos de estos requieren del internet como único acceso a la información y postulación, situación que se acrecienta en las personas mayores, considerando que este grupo etario presenta una brecha digital que los imposibilita a poseer un manejo pleno de las tecnologías y por ende, poder optar a los diversos beneficios, siendo la brecha digital el gran obstaculizador de estas políticas públicas.

### ***Desafíos para la Política Pública***

Las estudiantes tesistas consideran relevante que el Estado contemple como desafío principal la labor de involucrar activamente a las personas mayores en la construcción de políticas públicas, otorgándoles la debida prioridad, a través de la participación social en donde se plasmen los requerimientos y demandas emanados de este grupo etario, permitiendo así obtener una panorámica de las múltiples realidades en las cuales se desenvuelven diariamente. Lo anterior, permitiría gestar políticas públicas con un enfoque preventivo y atingente frente a los contextos que proporcionen una respuesta oportuna e incidente en la calidad de vida de las personas mayores, considerando que la participación social activa fomenta un envejecimiento activo y saludable.

En ese sentido, la política pública debiese ser capaz de contemplar la participación colectiva como una oportunidad de retroalimentación bidireccional que procure la libre expresión y el derecho a la ciudadanía como ejes transversales, situación que posibilitará que las políticas públicas converjan entre sí, actuando como un engranaje en beneficio de las personas mayores y sus necesidades tanto observables como subyacentes, despojándose así de las gestiones individuales que gestan políticas públicas aisladas y distantes de las realidades que se caracterizan por ser complejas, situación que propicia nuevas demandas y problemáticas sociales.

### 3. Conclusiones y reflexiones respecto al Trabajo Social

Los profesionales del Trabajo Social al estar insertos cotidianamente en las comunidades son conocedores de las realidades sociales, comprendiéndose a estas como diversas e influyentes en la calidad de vida de las personas que las componen, siendo capaces de diagnosticar necesidades evidentes, pero también aquellas que subyacen y que son invisibilizadas por la sociedad. En ese sentido, las/los Trabajadores Sociales se presentan como profesionales demandados por el grupo etario de las personas mayores, en especial a aquellos que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social, visibilizando a la profesión como un recurso presente en el territorio que posibilita la resolución de problemas en base a principios como el respeto y la escucha activa.

De acuerdo a la investigación realizada es posible concluir que la figura del Trabajador/a Social durante el periodo de pandemia resulta fundamental para el bienestar biopsicosocial de las personas mayores, puesto que este grupo se vio enfrentado ante una variabilidad de desigualdades y necesidades emanadas de la contingencia sociosanitaria, en donde los/as profesionales debieron potenciar el rol asistencial debido a las demandas propias del contexto, gestionando los recursos tanto humanos como materiales que permitieran dignificar y dar respuesta oportuna a estas necesidades. De igual manera, se presentó como un rol ineludible el acompañamiento activo, el cual se caracterizó por desempeñarse a pesar de la contingencia hostil que en ocasiones imposibilitaba las relaciones cara a cara, debiendo instaurar en sus intervenciones sociales la tecnología como un articulador que permitió el mantener un acompañamiento a distancia.

De forma paralela, los/as profesionales durante este periodo, debieron reforzar el rol preventivo y educativo, con el propósito de incidir positivamente al enfrentamiento de la pandemia a través del esclarecimiento de información relevante asociada a la enfermedad del COVID-19 y con ello, las medidas a implementar por las personas mayores, también el actuar profesional se dirigió a socio educar respecto a los beneficios sociales que se intensificaron durante esta instancia. Desde esta lógica, los/as Trabajadores Social incorporaron en las intervenciones sociales un enfoque de derecho inclusivo que posicionó a las personas mayores como sujetos sociales protagónicos y pertenecientes a una sociedad, la cual tiende a invisibilizarlos y categorizarlos como sujetos pasivos y dependientes, entregándoles las herramientas necesarias y requeridas por un población que no contó con una ayuda atingente e interdisciplinaria, con el fin de fomentar la funcionalidad, autonomía e independencia.

### ***Desafíos para la profesión***

El proceso investigativo ha dejado entrever el significativo impacto que ha suscitado la pandemia en la calidad de vida de las personas mayores, las que anterior a la pandemia, ya se encontraban experimentando estragos de la vulnerabilidad social y que con la llegada de la contingencia sociosanitaria esta situación se acrecentó aún más, presentándose como un desafío para los/as Trabajadores Sociales y sus futuras intervenciones sociales, considerando la variabilidad de problemáticas que se gestaron y que no lograron ser mitigadas a tiempo. En ese sentido, resulta necesario que los/las Trabajadores Sociales intervengan colaborativamente, propiciando intervenciones con un carácter multidisciplinario que permita una visión holística de los/as sujetos y, por ende, la entrega de respuestas integrales.

Lo anterior, va a demandar que los/as Trabajadores Sociales deban desplegar nuevos saberes, herramientas y métodos de intervención social, además de la incorporación de nuevas capacidades y competencias profesionales que permitan desempeñar de manera óptima sus labores profesionales en relación con las nuevas e incrementadas contingencias, las cuales deberán ser prioritarias y atingentes en el ámbito social. Entre las herramientas de intervención social se destaca la tecnología, la cual figura como un recurso permanente que llegó para quedarse en las futuras intervenciones, considerando su amplia utilización durante el periodo de confinamiento, visualizándose como una nueva vía de conexión con las personas en el ámbito laboral, de la cual los/as profesionales de Trabajo Sociales deben internalizar e instaurar en su set de habilidades.

Finalmente, se hace necesaria la generación de instancias de participación social, donde las personas mayores sean parte de este proceso como actores sociales relevantes, en donde los/as Trabajadores Sociales posibiliten y articulen dichas actividades, las cuales tengan como fin el empoderamiento de este grupo etario, entregándoles las herramientas para que logren auto percibirse como sujetos sociales acreedores de derechos, capaces de desempeñar un rol social activo que los desmarque del estigma y discriminación asociada a la edad de las cuales se enfrentan cotidianamente y que los posiciona como un grupo excluido socialmente, todo lo anterior desde la lógica comunitaria.

#### 4. Reflexiones Finales

Para finalizar, el proceso de investigación no solo fue capaz de identificar aquellas percepciones que le atribuían las personas mayores a la pandemia por el COVID-19, sino que también, fuimos como equipo tesista, capaces de identificar aquellos factores determinantes principales que delimitaban las inclinaciones y tendencias de estas mismas, otorgándoles significados plenamente marcados por los contextos en los cuales se insertaban los/las participantes. Tal situación fue capaz de generar un conocimiento profesional el cual busca ser considerado como una herramienta de conocimiento que propicie y sustente el desarrollo de futuras investigaciones que sean capaces de potenciar nuevos saberes respecto a las personas mayores y su entorno.

Por una parte, como se mencionó con anterioridad, la investigación incide en el ejercicio de futuros procesos investigativos que sean capaces de influir en el desarrollo de nuevas políticas públicas, ya que estas son las herramientas que determinan el desarrollo de diversos procedimientos, por lo que el conocer de manera íntegra y amplia las diversas realidades en las cuales se insertan e interactúan las personas mayores en la actualidad es de suma importancia, bajo la consideración que como sociedad nos movemos a pasos agigantados y no podemos excluir y olvidar a las personas mayores, siendo de gran envergadura el desempeño de los diversos profesionales en búsqueda de maneras innovadoras para la inclusión de este grupo etario.

En el caso de la profesión, los/as Trabajadores Sociales cumplimos un rol primordial en el alcance de la dignidad social, siendo como profesión una de las más capacitadas en el desarrollo de conocimiento a través de las acciones sociales, por lo que debemos posicionar al Trabajo Social como aquella capaz de evidenciar plena y holísticamente las realidades y condiciones en las cuales se encuentran las personas mayores del territorio, considerando que uno de los mayores factores que debemos incentivar se relacionan con la participación social.

Respecto a esto, el proceso investigativo logró identificar la participación social como un recurso psicosocial, el cual a través de las interacciones interpersonales que efectúan las personas mayores, permite el desarrollo de técnicas protectoras que, en cuanto al beneficio profesional se traducen en herramientas para el ejercicio de futuras intervenciones profesionales, significando así una mayor incidencia y capacidad de eficacia en la búsqueda del bienestar integral.

Concluyendo, esta investigación contribuye a la comprensión y conocimiento de las percepciones y significancias que han construido las personas mayores en este periodo contingente, otorgando una herramienta más para el mayor conocimiento de estas y la manera en la cual se han debido adaptar a los diversos estímulos que el medio en el cual se encuentran les otorga, considerándose finalmente esta como una instancia educativa de utilidad para los profesionales de las distintas áreas, en especial para los/las profesionales del Trabajo Social.

## Bibliografía

- Abaunza et al. . (2014). Concepción del adulto mayor. *SERES*, 60-98.
- Alcalde, I., & Laspeñas, M. (2005). Ocio en los mayores: calidad de vida . *Envejecimiento, salud y dependencia* , 43-62.
- Arbaláez, M. (2014). Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) un instrumento para la investigación. *Rev. Investigaciones Andina Vol. 16 N°29*, 997-1000.
- Arias, C., Sabatini, B., Scolni, M., & Tauler, T. (2021). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología Latinoamericana Vol. 38 N°1*, 1-15.
- Arpino, B., Pasqualini, M., Bordone, V., & Solé-Auró, A. (2020). Older People's Nonphysical Contacts and Depression During the COVID-19 Lockdown . *The Gerontologist Vol. 61*, 176-186.
- Barquero, R., & Enith, C. (2015). La recreación en el fomento de la resiliencia . *Revista Ciencias de la Actividad Física Vol. 16 N°1*, 63-80.
- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología Vol.32 N°2*, 192-218.
- Beca, J. P. (09 de junio de 2021). *Facultad de Medicina - Universidad del Desarrollo (UDD)*. Obtenido de Facultad de Medicina - Universidad del Desarrollo (UDD): <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/11/resumen-AUTONOMIA-DEL-ADULTO-MAYOR.pdf>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). (09 de junio de 2021). *Noticias BCN*. Obtenido de Noticias BCN: <https://www.bcn.cl/portal/noticias?id=que-es-el-estado-de-excepcion-constitucional-de-catastrofe>
- Botero, B., & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud Vol 12*, 11-24.
- Broche, Y., Fernández, E., & Reyes, D. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública* , 1-14.
- Brooke, J., & Clark, M. (2020). Older people's early experience of household isolation and social distancing during COVID-19. *Journal of Clinical Nursing Vol.29*, 4387-4402.
- Caro, S., Matus, C., Trufello, R., Romero, L., Ágel, P., & Bustamante, F. (2021). *Envejecimiento y redes de apoyo en Chile. Desafíos y propuestas para la integración social de las personas mayores en contextos urbanos y*

- rurales*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile y Sistema de las Naciones Unidas en Chile.
- Castañeda, T., & Guerrero, R. (2019). 1Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte Vol. 10 N°3*, 1-11.
- Centros para el Control y la prevención de enfermedades . (03 de 07 de 2021). *Alzheimer's Disease and Healthy Aging*. Obtenido de Alzheimer's Disease and Healthy Aging: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (08 de junio de 2021). *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*. Obtenido de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>
- CEPAL . (2017). *Informe de cuarta conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. Asunción : Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL. (2020). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL. (2020). *Informe sobre el impacto económica en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Ciudad de México: Comisión Económica de América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL. (09 de junio de 2021). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)* . Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) : <https://www.cepal.org/es/enfoques/miradas-perspectivas>
- CEPAL. (2021). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Chee, Y. (2020). COVID-19 Pandemic: The Lived Experiences of Older Adults in Aged Care Homes. *Milennial Asia Vol.11*, 299-317.
- Chile Atiende . (4 de 12 de 2021). *Chile Atiende* . Obtenido de Chile Atiende : <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/93514-pase-de-movilidad>
- Chile Atiende . (09 de junio de 2021). *Retiros del 10% de los fondos de AFP*. Obtenido de Retiros del 10% de los fondos de AFP: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/81027-retiros-del-10-de-los-fondos-de-afp>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos*

- frente a la pandemia del COVID-19. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Contreira, L. (2019). *Hecho en la Frontera* . CLAEC Editora .
- Dagnino, J. (2014). Muestras, Variabilidad y Error. *Revista Chile de Anestesia* , 100-103.
- Díaz, F., & Toro, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio - Vol. 24*, 183-205.
- Filgueira, F., Galindo, L., Giamb Bruno, C., & Blofield, M. (2020). *América Latina ante la crisis del COVID-19 Vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Gallardo, L., Conde, D., & Córdova, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomod Vol. 27 N°3*, 104-108.
- García-Saisó, Sebastián; Marti, Myrna, Brooks, Ian; González, Diego; Malek, Victoria., et al. (2021). Infodemia en tiempos de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-2.
- Gené, J., Ruiz, M., Obiols, N., Oliveras, L., & Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿que podemos hacer los equipos de atención primaria? *Science Direct* , 604-609.
- Gerst, K. (2020). Afrontamiento de la cuarentena y el distanciamiento social durante la pandemia por COVID-19 en los mayores de 60 años en los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 44*, 1-7.
- Gobierno de Chile . (4 de 12 de 2021). *Cifras Oficiales COVID-19*. Obtenido de Cifras Oficiales COVID-19: <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/>
- Gobierno de Chile . (08 de junio de 2021). *Cifras Oficiales COVID-19*. Obtenido de Cifras Oficiales COVID-19: <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/>
- Gobierno de Chile . (09 de junio de 2021). *Gobierno de Chile* . Obtenido de Gobierno de Chile : <https://www.gob.cl/noticias/presidente-declara-estado-de-excepcion-constitucional-de-catastrofe-en-todo-el-territorio-nacional/>
- Gobierno de Chile. (09 de junio de 2021). *Gobierno de Chile*. Obtenido de Gobierno de Chile: <https://www.gob.cl/noticias/gobierno-anuncia-nuevas-medidas-mas-restrictivas-para-bajar-movilidad-de-la-poblacion/>
- Gobierno de Chile. (2021). *Instructivo para permisos de desplazamiento* . Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

- Gobierno de Chile. (09 de junio de 2021). *Paso a Paso Nos cuidamos* .  
Obtenido de Paso a Paso Nos cuidamos :  
<https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>
- Gobierno de Chile. (09 de junio de 2021). *Plan Nacional de Vacunación COVID-19*. Obtenido de Plan Nacional de Vacunación COVID-19:  
<https://www.gob.cl/yomevacuno/>
- Gómez, I., Cantillo, D., Coronado, M., Arlys, L., & Vergara, Y. (2016). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería Vol.34 N°2*, 236-242.
- Gómez, L., Atehortua, C., & Orozco, S. (2007). La influencia de las mascotas en la vida humana . *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias* , 377-386.
- Goyenechea, M. (2019). Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos Médicos Sociales 59 (2)*, 7-12.
- Heinze, G., Olmedo, V., & Andoney, J. (2017). Uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en las relaciones médicas en Mexico. *Acta Médica Grupo Ángeles Vol. 15, N°2*, 150-153.
- Hernández-Sampieri, et al. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: McGraw Hill.
- Hogar de Cristo . (28 de 04 de 2021). *Hogar de Cristo*. Obtenido de Hogar de Cristo : [https://www.hogardecristo.cl/lineas\\_de\\_accion/adultos-mayores/](https://www.hogardecristo.cl/lineas_de_accion/adultos-mayores/)
- Hogar de Cristo. (2012). *Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)*. Santiago .
- Hogar de Cristo et al. . (2020). *Pobreza y Pandemia Diagnóstico y propuestas para un Chile más digno y justo*. Santiago de Chile.
- Huenchuan, S. (2020). *COVID-19 Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (09 de junio de 2021). *Instituto Nacional de Estadísticas (INE)*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas (INE): <https://www.ine.cl/prensa/2020/07/31/ine-publica-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-empleo-del-trimestre-abril-junio-de-2020>

- Johnson, C., Saletti, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina . *Ciência & Saúde Coletiva Vol. 25*, 2447-2456.
- Lotito, F., & Sanhueza, H. (2011). Discapacidad y barreras arquitectónicas: Un desafío para la inclusión . *Revista AUS* , 10-13.
- Lusting, N., & Tommasi, M. (2020). El COVID-19 y la protección social de los grupos pobres y vulnerables en América Latina: un marco conceptual. *Revista CEPAL N° 132*, 283-295.
- Mejía, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales N° 13*, 277-299.
- Menz, E. (2021). *Impactos Económicos y Sociales a un año de la pandemia por COVID-19 en América Latina y el Caribe* . Santiago de Chile: FLACSO Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF). (2011). *Pobreza, desigualdad y oportunidades*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF).
- Ministerio de Salud (MINSAL). (09 de junio de 2021). *Ministerio de Salud (MINSAL)*. Obtenido de Ministerio de Salud (MINSAL): <https://www.minsal.cl/ministro-de-salud-anuncia-nuevas-medidas-para-enfrentar-el-brote-de-covid-19-en-el-pais/>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia . (09 de junio de 2021). *Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia* . Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia : <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- MINSAL . (4 de 12 de 2021). *Ministerio de Salud* . Obtenido de Ministerio de Salud : <https://www.minsal.cl/covid-19-gobierno-anuncia-fin-del-estado-de-excepcion/>
- MINSAL . (09 de junio de 2021). *Ministerio de Salud* . Obtenido de Ministerio de Salud : <https://www.minsal.cl/63-de-los-hospitalizados-en-uci-no-se-ha-vacunado-contr-el-covid-19/>
- MINSAL. (2020). *Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (09 de junio de 2021). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/>
- MINSAL. (4 de 12 de 2021). *Ministerio de Salud* . Obtenido de Ministerio de Salud : <https://www.minsal.cl/covid-19-se-reportan-2-244-nuevos->

casos-y-79-885-exámenes-a-nivel-nacional-en-las-últimas-24-horas-  
con-una-positividad-de-264/

MINSAL. (09 de junio de 2021). *Paso a Paso Nos cuidamos*. Obtenido de Paso a Paso Nos cuidamos: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/ConocePlanPasoPaso.pdf>

Mollón-Escuder, & Cabedo, S. (2014). *Educación y calidad de vida en personas mayores*. Universitat Jaume.

Montt, G., Ordoñez, F., Silva, L., & Velasco, J. (2020). *Chile impacto de la COVID-19 sobre los mercados de trabajo y la generación de ingresos*. Santiago de Chile : Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Naranjo, Y., Mayor, S., Rivera, O., & González, R. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista Información Científica Vol. 100 N°2*, 1-10.

Nereida, V., Vélez, M., Duran, Á., & Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enfermería Investiga Vol.5 N°3*, 63-70.

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político . *Revista Española Geriátría Gerontol* , 74-105.

OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud* . Organización Mundial de la Salud (OMS).

OMS. (2020). *Actualización de la Estrategia frente a la COVID-19*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).

OMS. (2020). *Vigilancia de salud pública en relación con la COVID-19*. Organización Mundial de la Salud (OMS).

OMS. (08 de junio de 2021). *Centro de prensa: Preguntas y respuestas*. Obtenido de Centro de prensa: Preguntas y respuestas: [https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCQjwhr2FBhDbARIsACjwLo1KY2nG\\_5l1jIDuKkM3sMmADZCIHQm27HQAaMhRQi1MVh7pDrS7OFoaAhO7EALw\\_wcB](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCQjwhr2FBhDbARIsACjwLo1KY2nG_5l1jIDuKkM3sMmADZCIHQm27HQAaMhRQi1MVh7pDrS7OFoaAhO7EALw_wcB)

OMS. (08 de junio de 2021). *Comunicados de prensa*. Obtenido de Comunicados de prensa: <https://www.who.int/es/news/item/31-12-2020-who-issues-its-first-emergency-use-validation-for-a-covid-19-vaccine-and-emphasizes-need-for-equitable-global-access>

OMS. (09 de junio de 2021). *Información básica sobre la COVID-19*. Obtenido de Información básica sobre la COVID-19: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

- OMS. (08 de junio de 2021). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>
- OMS. (08 de junio de 2021). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- OMS. (08 de junio de 2021). *Panel de control de coronavirus (COVID-19)*. Obtenido de Panel de control de coronavirus (COVID-19): <https://covid19.who.int/>
- ONU. (2020). *Informe de políticas: Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad*. Naciones Unidas.
- ONU. (2020). *Respuesta integral de las Naciones Unidas a la COVID-19: salvar vidas, proteger a las sociedades, recuperarse mejor*. Naciones Unidas.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (09 de junio de 2021). *Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19*. Obtenido de Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19: [https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS\\_749663/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_749663/lang--es/index.htm).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (08 de junio de 2021). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (09 de junio de 2021). *Determinantes Sociales de la Salud* . Obtenido de Determinantes Sociales de la Salud : <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2021). *Actualización epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Washington D.C. : Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano* . McGraw-Hill.
- Penalva, C., Alaminos, A., Francés, F., & Santacreu, Ó. (2015). *La investigación cualitativa: técnicas de investigación y análisis con Atlas.ti*. Ecuador: Pydlos Edición .

- Polizzi, L., & Arias, C. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicología Vol. 10 N°17*, 61-70.
- Pontificia Universidad Católica de Chile et al. . (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez* . Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile et al. .
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Reyes, K. (09 de junio de 2021). *Síntesis - Biblioteca digital dinamica para estudiantes y profesionales de la salud* . Obtenido de Síntesis - Biblioteca digital dinamica para estudiantes y profesionales de la salud : <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/otorrinolaringologia/1184-7-01-3-015>
- SAS Visual Analytics - Explorar y visualizar. (09 de junio de 2021). *Vacunación SARS-CoV-2*. Obtenido de Vacunación SARS-CoV-2: [https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F9037e283-1278-422c-84c4-16e42a7026c8&sectionIndex=1&sso\\_guest=true&sas-welcome=false](https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F9037e283-1278-422c-84c4-16e42a7026c8&sectionIndex=1&sso_guest=true&sas-welcome=false)
- Sepúlveda, W., Dos Santos, R., Tricanico, R., & Suziane, V. (2020). Participación Social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: Una revisión narrativa . *Rev Peru Med Exp Salud Publica Vol.37 N°2*, 341-349 .
- Servicio de Salud Metropolitano Central . (09 de junio de 2021). *Servicio de Salud Metropolitano Central* . Obtenido de Servicio de Salud Metropolitano Central : <https://www.ssmc.cl/a-seis-meses-del-primero-caso-de-covid-19-el-93-de-los-pacientes-se-han-recuperado/>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (09 de junio de 2021). *Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)*. Obtenido de Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA): [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO\\_GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf)
- Sunkel, G., & Ullmann, H. (2019). Las personas mayores en América Latina en la era digital: superación de la brecha digital . *Revista de la Cepal N°127*, 244-268.
- Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Med Clin (Barc)*, 175-177.

UNICEF. (4 de 12 de 2021). *UNICEF "El estigma social asociado con el COVID-19"*. Obtenido de UNICEF "El estigma social asociado con el COVID-19":

<https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/El%20estigma%20social%20asociado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf>

Universidad de Chile . (4 de 12 de 2021). *Universidad de Chile* . Obtenido de Universidad de Chile : <https://www.uchile.cl/noticias/165780/el-impacto-de-la-pandemia-en-el-bienestar-de-las-personas-mayores>

Universidad San Sebastián . (4 de 12 de 2021). *Instituto de Políticas Públicas en Salud* . Obtenido de Instituto de Políticas Públicas en Salud : <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/eduardo-sandoval/tercera-edad-y-la-importancia-de-las-relaciones-interpersonales/2018-03-06/172633.html>

Zapata, B., Delgado, N., & Cardona, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Rev. Salud Pública Vol.17 N°6*, 848-860.

Zonenszain, Y. (2021). Las vacunas contra el Covid-19:dos dilemas éticos a considerar. *Medicina y Ética - Vol.32*, 215-231.

## **Anexos**

### **Anexo 1: Protocolo de Entrevista Semiestructurada**

#### **Introducción**

Buenos días/ Buenas tardes mi nombre es Camila Ahumada/ Valeria Duarte, estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso y junto a mi compañera de trabajo Camila Ahumada/ Valeria Duarte nos encontramos en nuestro quinto y último año de carrera. Nos encontramos realizando nuestro Proyecto de Título el cual lleva por nombre *“Percepciones y experiencias de las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, en contexto de aislamiento social por COVID-19 periodo 2020-2021”*.

#### **Retroalimentación del Consentimiento Informado**

Es muy importante que usted sepa que su participación es anónima y confidencial. Los datos personales como su nombre, rut y domicilio no serán divulgados. Su participación es totalmente voluntaria y usted puede decidir no continuar en cualquier momento sin ninguna consecuencia. No recibirá ningún pago por su participación, pero sí un diploma de reconocimiento, por su gran aporte a la investigación. Durante el desarrollo de la entrevista usted tendrá derecho a manifestar libremente sus dudas y preguntas respecto del desarrollo de la actividad.

#### **Palabras de Agradecimiento**

Queremos darle las gracias por su disposición a participar en nuestra investigación. Estamos totalmente agradecidas por sus respuestas, fue una conversación amena y amigable. Por último, si desea acortar o preguntarnos algo tenemos completa disposición de escucharle.

### **Anexo 2: Pauta de Entrevista Semiestructurada**

#### Pregunta de Apertura

- Podría por favor indicarnos su nombre, su edad, sector de residencia, su ocupación o a que se dedica.

#### Pregunta Introductoria

- ¿Usted con quien vive actualmente?

#### Preguntas de Transición

- En su opinión, ¿Que ha significado para usted el aislamiento social por COVID-19?

- ¿Cómo ha vivido usted el aislamiento social por COVID-19?

### Preguntas Claves

- ¿Cómo se ha sentido en estos meses de aislamiento social?
- Desde su perspectiva, ¿Qué cambios ha notado en su rutina diaria durante el periodo de aislamiento social por COVID-19?
- ¿Usted participaba en alguna actividad recreativa antes de la pandemia?
- ¿Con quién se relaciona usted diariamente durante la pandemia?
- ¿A quién recurre usted cuando necesita algo durante el aislamiento social por COVID-19?
- Actualmente, ¿Usted mantiene relaciones sociales fuera del domicilio?
- Durante el aislamiento social ¿Usted ha recibido o recibe apoyo por parte de algún familiar, vecino o institución?
- Desde su perspectiva, ¿Se han visto afectadas sus relaciones sociales durante el aislamiento social por Covid-19?
- Desde su opinión, ¿Cree usted que han cambiado sus relaciones o vínculos con sus cercanos a causa del aislamiento social?

### Preguntas de Cierre

- ¿Usted cómo se visualiza en los próximos tres años?

### **Anexo 3: Formulario de consentimiento informado para participar en Proyecto de Título.**

¡Hola!, somos un grupo conformado por **Camila Ahumada Vega** y **Valeria Duarte Muñoz**, estudiantes tesistas de quinto año de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso. Actualmente estamos realizando nuestro Proyecto de Título que lleva por nombre *“Percepciones y experiencias de las personas mayores pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, en contexto de aislamiento social por COVID-19 periodo 2020-2021”*.

El propósito del documento es invitarles a participar de la investigación, la cual tiene por objetivo recopilar y construir información sobre sus vivencias y experiencias durante el contexto de aislamiento social por COVID-19. Si aceptas participar, se generarán instancias para conversar y relatar su experiencia por medio de una entrevista con nosotras, siendo sus opiniones muy valiosas para nuestra investigación.

Es muy importante que sepas que su participación es anónima y confidencial. No habrá divulgación de datos personales como nombre, rut ni domicilio. Los datos recabados serán utilizados solo por el grupo de investigación y sólo para fines del Proyecto de Título y su reporte de resultados, en donde nunca habrá mención de nombres de los/as participantes.

Debido al contexto sociosanitario y con el propósito de resguardar su integridad física la entrevista será efectuada por vía telefónica u online (internet).

Su participación es totalmente voluntaria y puedes decidir no continuar en cualquier momento sin ninguna consecuencia. No recibirá ningún pago por su participación, pero sí un diploma de reconocimiento, por su gran aporte a la investigación. Durante el desarrollo de la entrevista usted tendrá derecho a manifestar libremente sus dudas y preguntas respecto del desarrollo de la actividad.

Al finalizar la investigación vamos a compartirla con el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM) Marga Marga, la cual puede ser utilizada como puerta de entrada para posibles intervenciones.

Cualquier duda que usted desee plantear respecto a la investigación, puede dirigirla directamente al profesor supervisor Héctor Díaz Vidal, de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, quien estará disponible a cualquier consulta en el momento que se requiera. El profesor puede ser ubicado al correo electrónico [hector.diaz@uv.cl](mailto:hector.diaz@uv.cl)

También ante cualquier duda o consulta puede dirigirse al jefe del PADAM Marga Marga, Alex Arancibia Reinoso, el cual puede ser ubicado al correo electrónico [aarancibiar@hogardecristo.cl](mailto:aarancibiar@hogardecristo.cl)

Correo electrónico estudiantes tesistas: [camila.ahumadav@alumnos.uv.cl](mailto:camila.ahumadav@alumnos.uv.cl) - [valeria.duarterem@alumnos.uv.cl](mailto:valeria.duarterem@alumnos.uv.cl)

#### **Anexo 4: Acta de consentimiento informado para participar en Proyecto de Título**

Yo....., RUT  
....., declaro que he recibido información completa sobre la actividad y en qué consiste esta.

He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos a seguir y en qué consistirá mi participación. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta actividad. Recibo una copia completa de este documento.

---

**Nombre y firma del participante**

Fecha: