



Acercamiento a las vivencias de cuatro adultos mayores institucionalizados de la Fundación Casa del Abuelo sobre su salud mental a partir de los determinantes sociales del envejecimiento activo: Exclusión social, aislamiento social y soledad en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio durante el periodo 2020-2 2021-1

Autores

Andrés Felipe Martínez Arenas

afmartinez@unicolmayor.edu.co

3023999081

Laura Daniela Rodríguez Jiménez

lauradrodriguez@unicolmayor.edu.co

3195246665

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Trabajo Social

Bogotá, D.C.

2021



Acercamiento a las vivencias de cuatro adultos mayores institucionalizados de la Fundación Casa del Abuelo sobre su salud mental a partir de los determinantes sociales del envejecimiento activo: Exclusión social, aislamiento social y soledad en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio durante el periodo 2020-2 2021-1

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título profesional de Trabajador Social

Tutor

Carolina Cruz Romero

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título profesional de Trabajador Social

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Trabajo Social

Bogotá, D.C.

2021



Acercamiento a las vivencias de cuatro adultos mayores institucionalizados de la Fundación Casa del Abuelo sobre su salud mental a partir de los determinantes sociales del envejecimiento activo: Exclusión social, aislamiento social y soledad en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio durante el periodo 2020-2 2021-1

Autores

Andrés Felipe Martínez Arenas

Laura Daniela Rodríguez Jiménez

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título profesional de
Trabajador Social**

María Ruth Hernández Martínez

Rectora

Doris Astrid González López

Decana

Carolina Cruz Romero

Tutor

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Trabajo Social

Bogotá, D.C.

2021

Resumen

A partir de la coyuntura generada por la pandemia en el marco del COVID-19, surge la inquietud sobre la experiencia de los adultos mayores, especialmente aquellos que se encuentran institucionalizados. Es por eso, que resulta importante acercarse a las vivencias de la población mayor desde las medidas de protección del aislamiento preventivo obligatorio.

Por consiguiente, la presente investigación tiene como propósito conocer desde el contexto del aislamiento preventivo obligatorio, las vivencias de los adultos mayores institucionalizados de la Fundación Casa del Abuelo, ubicada en la Localidad de Puente Aranda, en el periodo del 2020-2 2021-1. Abordando temas como: La salud mental, la exclusión social, el aislamiento social y la soledad. El presente estudio es de corte cualitativo, en línea con el paradigma comprensivo interpretativo y tiene un alcance de tipo descriptivo.

Palabras clave: Salud mental, Adulto mayor, Aislamiento preventivo, Institucionalización, Determinantes Sociales.

Abstract

Due to the conjuncture generated by the pandemic in lieu of the Covid-19 virus, a question rises about the overall experience of the elderly adults, especially those who are currently institutionalized. It is, thus, imperative to adopt an approach towards the life experiences of this demographic taking into consideration all of the preventive and protective measures of the mandatory isolation.

As such, this investigation's purpose is to acknowledge, starting on this context of the mandatory isolation, the experiences of the elderly adults who are institutionalized in the "Fundación Casa del Abuelo", located in Puente Aranda taking into consideration the periods of 2020-2 – 2021-1 studying topics such as: Mental health, social exclusion, social isolation and Solitude. This study is meant as a qualitative study, in line with the interpretative comprehensive paradigm and the reach of it is of descriptive character.

Keywords: mental health, elderly adult, preventive isolation, institutionalization, social determinants.

DEDICATORIA

A esos adultos mayores que con sus realidades me mostraron un camino que nunca pensé en transitar, por cada una de las anécdotas y situaciones que compartieron.

Y más importante aún, por mostrar que sin importar cuanto tiempo pase, seguimos siendo jóvenes mientras que el corazón así lo desee.

“Las personas no pueden entenderse unas a las otras. El "Ser" es una cosa ambigua, un entendimiento del 100% es imposible. Entonces la gente se esfuerza en entenderse a sí misma y a los otros... Eso es lo que hace la vida interesante.” Hideaki Anno

Andrés Felipe Martínez Arenas

A los adultos mayores participantes de esta investigación, por la disposición, por compartir con nosotros sus experiencias y por sacarle una sonrisa jocosa a cada situación.

“Envejecer es como escalar una montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.” Ingman Bergman.

Laura Daniela Rodríguez Jiménez

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, la persona más importante que ha caminado sobre la tierra para mí, la cual me enseñó todo lo que se, y la que me dio todas las herramientas para sobrevivir en el mundo sin perderme en el intento, que desde donde sea que esté, está acompañándome y guiándome a lo largo de todas mis desventuradas decisiones.

A mi tía, que es la artífice e inspiración para concretar qué carrera y qué camino quería seguir a nivel profesional, así como un referente del como poder ser una persona genuina y que encaje en la sociedad sin tener que perder su identidad.

A la persona más importante de mi vida y compañera de aventuras, así como la mejor pareja de estudios que pude desear, Laura Rodríguez, no hay palabras que puedan expresar todo lo que has hecho por mí, que expliquen todo el amor, orgullo, respeto y asombro que siento al pensar en ti. Gracias por aparecer, quedarte y acompañarme en la construcción de nuestro futuro.

A los cuatro o cinco profesores, que dedicaron su tiempo y cariño en ayudar a una persona como yo, demostrando que la docencia también se trata de ser un gran referente humano, en especial al profesor Jairo Palacios, el cual usó cada una de las herramientas a su disposición para ayudarme a convertirme en un mejor estudiante y sobre todo una mejor persona.

Andrés Felipe Martínez Arenas

A mi familia, en especial a mi mami por su apoyo incondicional durante toda la carrera, por estar presente en cada decisión importante, por alentarme con sus palabras, por sentirse orgullosa y siempre hacérmelo saber. A mis abuelitos por su amor incondicional, su complicidad, su comprensión y compañía.

A mi compañero de Trabajo de Grado, Andrés Martínez, que no solo ha sido mi fiel compañero durante estos 4 años y medio de Universidad, sino también mi novio, mi mejor amigo, y mi futuro compañero de vida. Este camino no hubiese sido igual sin ti, gracias por todo lo que hemos recorrido, por compartir conmigo este logro y los que nos quedan.

A mis compañeros y a quienes ahora puedo llamar amigos, que hicieron también parte de este camino.

A los docentes que fueron parte importante de mi formación profesional y personal, y a quienes recordaré con mucho cariño.

Laura Daniela Rodríguez Jiménez

INDICE

Falta lista de tablas	Error! Bookmark not defined.
Introducción	19
CAPÍTULO I- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.1 Contextualización	21
1.2 Fundamentación	33
CAPÍTULO II- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	35
2.1 Pregunta de investigación	35
2.2 Objetivos	35
<i>2.2.1 Objetivo general</i>	<i>35</i>
<i>2.2.2 Objetivos específicos</i>	<i>35</i>
2.3. Justificación	36
CAPÍTULO III- Marcos de referencia	37
3. 1. Marco institucional	37
<i>3.1.1. Misión</i>	<i>37</i>
<i>3.1.2. Ubicación geográfica</i>	<i>37</i>
3.2. Marco legal	39
3.3. Marco teórico	51
<i>3.3.1. Salud mental</i>	<i>52</i>
3.3.1.1. Promoción de la salud mental	53
<i>3.3.2. Adulto mayor</i>	<i>54</i>
3.3.2.1. Envejecimiento	55
3.3.2.2. Vejez	56
<i>3.3.3. Envejecimiento activo</i>	<i>58</i>
3.3.3.1. Determinantes sociales del envejecimiento activo	59
3.3.3.1.1. Exclusión social.	60
3.3.3.1.2. Aislamiento social y soledad.	60
<i>3.3.4. Institucionalización</i>	<i>61</i>
3.3.4.1. Modelos Básicos de Comportamiento	63
<i>3.3.6. Aislamiento preventivo obligatorio</i>	<i>64</i>
3.3.6.1 Recomendaciones para centros de protección o de larga estancia para personas mayores.	65

3.3.7. <i>Redes Sociales</i>	66
CAPÍTULO IV- Marco metodológico	67
4. 1. Perspectiva epistemológica	67
4.2. Tipo de investigación	68
4.3. Método	69
4.4. Unidades de información	71
4.5. Técnica/s de recogida/construcción de información	72
4.5.1. Observación participante	72
4.5.2. Entrevista semiestructurada	74
4.5.3. Categorización	77
CAPÍTULO V- Análisis de información	81
5.1. Conocimiento y experiencias en relación a la exclusión social	81
5.2. Conocimiento y experiencias en relación al aislamiento social y soledad	82
5.3. Identificación de los modelos básicos de comportamiento en relación a la institucionalización	84
5.4. Recomendaciones para centros de protección de larga estancia para personas mayores en el marco del Aislamiento Preventivo Obligatorio	87
5.5. Conocimientos y experiencias en relación a la Salud Mental	89
5.6. Concepción de proceso de envejecimiento	91
5.7. Redes de apoyo para el adulto mayor	92
Conclusiones	99
Recomendaciones	102
Referencias	104
Anexos/Apéndice	114
Anexo 1. Matriz descriptiva	114
Anexo 2. Consentimiento informado	115
Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos	116
Anexo 4. Entrevista #1	122
Anexo 6. Entrevista #2	140
Anexo 7. Entrevista #3	148
Anexo 8. Entrevista #4	156

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 - Copilado de documentos de contextualización.....	30
Tabla 2 - Marco legal	39
Tabla 3 Criterios de selección	71
Tabla 4 - Formato observación participante.....	74
Tabla 5 - Categorización	77
Tabla 6 - Matriz descriptiva	114
Tabla 7 - Guion entrevista semiestructurada.....	116
Tabla 8 - Observación participante.....	119

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación, da cuenta de los resultados obtenidos a partir del proceso realizado en la ciudad de Bogotá, en la Fundación Casa del Abuelo, ubicada en la Localidad de Puente Aranda, con la participación de cuatro adultos mayores entre las edades de 60-82 años, en estado de institucionalización.

A lo largo del tiempo, se han estudiado las diferentes problemáticas inmersas en la población adulta mayor institucionalizada, enmarcándose así, como una población vulnerable con altas probabilidades de deterioro en su salud mental y física, ya sea por razones biológicas o del contexto, llegando a generar procesos y estrategias de análisis y ejecución tales como el envejecimiento activo, el cual está enfocado en intervenir la realidad de los adultos mayores para propiciar herramientas que ayuden con el bienestar de esta población.

Según lo anterior, y a partir de la coyuntura generada por la pandemia en el marco del COVID-19, los adultos mayores son una de las poblaciones más vulnerables por este hecho, encontrando una serie de medidas y acciones tomadas por los organismos estatales para el control y apaciguamiento de las probabilidades de contagio, materializándose en una serie de decretos y protocolos acompañados de aislamientos preventivos para toda la población.

De esta manera, se pretende abordar en este trabajo las vivencias de los adultos mayores institucionalizados sobre su salud mental desde los determinantes sociales del envejecimiento activo de: Exclusión social, aislamiento social y soledad en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio.

Dicho lo anterior, la investigación se fundamenta en los referentes de la perspectiva epistemológica del paradigma comprensivo- interpretativo, puesto que se busca entender una realidad, en este caso, las vivencias de los adultos mayores institucionalizados en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio. El método utilizado como estrategia para la investigación fue el estudio de caso, cuyo objetivo es realizar una investigación profunda sobre determinado proceso o situación, manteniendo la visión total del fenómeno de interés, partiendo de unos criterios de selección tales como: estar en condición de institucionalización, ser mayor de 60 años y tener la disposición, capacidad física y cognitiva para participar en la investigación.

Las técnicas usadas para la recolección de información corresponden a la observación participante de tipo selectivo, la cual permitió generar un primer acercamiento y el registro de aspectos generales (capacidad física y mental de los adultos mayores, rango de edades, y disposición), que determinaron los criterios de selección de unidades de información utilizados en la investigación. Por otro lado, se usó la entrevista semiestructurada, la cual permitió la recolección de información y datos expuestos por la población, y de esta manera lograr conocer aquellos factores que desde la percepción de los adultos mayores, están influyendo en la problemática a investigar.

CAPÍTULO I- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Contextualización

Teniendo como autor metodológico a Javier Bassi (2015), quien sugiere inicialmente que para la elaboración de un planteamiento del problema, es necesario establecer dos aspectos, la contextualización y la fundamentación, siendo el primero la provisión de elementos contextuales en los cuales se situará el problema a investigar. (Bassi, 2015)

Por consiguiente, en el proceso investigativo y búsqueda de una definición enmarcada en la realidad sujeto de estudio, se realiza una revisión detallada de la literatura existente, tal como antecedentes académicos, investigaciones y artículos relacionados con el tema de estudio, a partir de dos criterios de selección; publicaciones desde del 2015 y situadas en Colombia. Dicho esto, solo se hará la excepción de la Ley 1251 del 2008, encargada de fundamentar la normatividad mediante la cual se fomenta la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores en Colombia.

Por ello, el primer elemento a considerar es la Ley 1251 del 2008, la cual en su Artículo 17 indica “Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental para los adultos mayores en instituciones públicas y privadas.” (p.12) y “Desarrollar servicios amplios de atención de la salud mental que comprendan desde prevención hasta la intervención temprana, la prestación de servicios de tratamiento y la gestión de los problemas de salud mental de los adultos mayores.” (Congreso de la República, 2008, p.12), esta servirá como unos de los ejes normativos principales para el entendimiento de los diferentes medios que se generan a través de las entidades estatales y privadas para fomentar, crear y fortalecer los procesos de cuidado de la salud mental en los adultos mayores.

Dicho esto, se toman como referentes el artículo; *Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá* (2015) por Ana M. Salazar, María F. Reyes, Sandra J. Plata, Paula Galvis, Camila Montalvo, Erick Sánchez, Olga L. Pedraza, Paola Gómez, Diana Pardo, Jonathan Ríos, el cual presenta una forma de estimar la prevalencia de depresión, en una muestra de 889 adultos mayores, autónomos, que hacen parte de programas de recreación y turismo, cajas de compensación, centros parroquiales y comunitarios de las diversas localidades de la ciudad de Bogotá y a partir de ello, describir los

factores de riesgo psicosocial asociados; encontrando que existe una relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. Los autores dejan como conclusión del estudio en primera instancia, que las mujeres son la población más vulnerable, así como los sujetos con edad entre los 70-79 años con niveles de escolaridad bajos. Por último, la población institucionalizada presenta un aumento de depresión en comparación de los adultos mayores no institucionalizados, teniendo un aumento de depresión en más del doble de lo descrito en personas de la comunidad estudiada. “Varios estudios denotan cifras de hasta 42% en personas institucionalizadas y de 5,9% a 44,5% en personas hospitalizadas. Casi un tercio de los usuarios de centros geriátricos presenta depresión.” (p.177)

De esta manera, se hace evidente la promoción de una cultura de protección hacia el adulto mayor, la cual contribuye al fenómeno de envejecimiento de la población, así como una manera de proveer óptimos niveles de calidad de vida, ilustrando la problemática en cuanto a las pocas investigaciones que se encuentran en Colombia sobre la prevalencia de la depresión del adulto mayor en comunidad.

El siguiente texto corresponde a; *Estilos de vida y depresión en población adulta mayor, estudio SABE Bogotá (2015)*: un estudio que busca determinar la relación entre el consumo del alcohol, el hábito de fumar y el nivel de actividad física con la depresión. Para el estudio se tuvo en cuenta una muestra de 2000 adultos mayores en Bogotá y el análisis de datos obtenidos de la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Bogotá), un estudio de corte transversal, probabilístico, del año 2012 en Bogotá. Gutiérrez et al (2015) concluyen en el estudio que los estilos de vida poco saludables como el sedentarismo y el hábito de fumar, se asocia con mayor riesgo de depresión, mientras que la actividad física, y una mejor funcionalidad actúan como protectores. El consumo leve a moderado de bebidas alcohólicas parece ser un factor igualmente protector, lo cual no ocurre con el consumo severo del mismo. De igual manera, se encontró que existe una relación entre el número de comorbilidades y mayor presencia de síntomas depresivos. Según el estudio (2015);

Se necesitan estudios adicionales que permitan establecer relaciones causales para poder diseñar intervenciones y crear políticas de salud pública dirigidas a disminuir la prevalencia de depresión en este grupo poblacional y mejorar la atención de los adultos mayores que padecen depresión. (p.2115)

En el artículo de Andrés Agudelo, Adriana Posada y Edwin J. Meneses: *Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública en Medellín Colombia* (2015). Presenta un estudio el cual busca determinar la prevalencia de lo que el autor denomina mala salud mental y sus factores asociados en adultos mayores atendidos en la Empresa Social del Estado (ESE) Metrosalud. Para el estudio se tuvo como muestra la participación de 342 adultos de 65 y más años (58,2% mujeres), teniendo presente las siguientes variables: Mala salud mental, apoyo social, edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, zona de residencia, estado civil, y ocupación. Dicho esto, se identificaron los siguientes factores: El nivel educativo, el estrato socioeconómico, la edad y la zona de residencia. Factores influyentes en la prevalencia de mala salud mental.

En el factor de apoyo social, se encuentran sujetos carentes de una red social de apoyo, como lo son amigos, familiares e incluso instituciones, los cuales presentan peor salud mental y mayor depresión. Dentro de ese factor, se encuentra a mujeres viudas en mayor condición de vulnerabilidad. El sentimiento de soledad, sumado a problemáticas relacionadas con el apoyo social, incrementa significativamente el riesgo, la depresión y mala salud mental.

Con respecto a los hombres, el estudio determina mayor vulnerabilidad en quienes habitan en zonas rurales, pues la mayoría de ellos tienen ocupaciones de tipo manual, lo que no les permite contar con beneficios sociales y de jubilación. Estas barreras de acceso a servicios son un factor que influye en la depresión.

Para concluir, se afirma la existencia de una alta prevalencia de mala salud mental en la población estudiada, sugiriendo una situación de vulnerabilidad social; en este sentido, se evidencia la necesidad de “establecer sistemas de seguimiento y evaluación epidemiológica de diversos indicadores de salud mental específicos para la población adulta mayor.” (p.707), al respecto, Andrés Agudelo: (2015) propone;

Continuar reforzando las políticas en promoción y prevención y estrategias de intervención en salud desde el enfoque de los determinantes sociales que contribuyan a ofrecer un ambiente favorable para la salud mental y las políticas sociales que son necesarias para fortalecer las redes sociales de apoyo, y permitir la disminución de las desigualdades sociales en salud y, por ende, la vulnerabilidad para este grupo poblacional. (p.707)

El siguiente texto revisado se denomina, *Calidad de vida en adultos mayores: Reflexiones sobre el contexto Colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo*, por Elizabeth Fajardo Ramos, Leonor Córdoba Andrade y Jhon Elkin Enciso Luna (2016). El artículo presenta una reflexión de la calidad de vida de los adultos mayores a partir de tres ejes temáticos del modelo de Schalock y Verdugo; independencia, participación social y bienestar. Cada uno de estos ejes compila las dimensiones de la calidad de vida, con el fin de aportar a la comprensión e intervención de las necesidades reales del adulto mayor. Dicho esto, en el texto se resalta la importancia de las relaciones interpersonales en los adultos mayores y cómo estas juegan un papel fundamental en la salud mental y el bienestar. Dichas relaciones interpersonales deben constar de la calidez y confianza, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales factores de la salud mental.

Por último, el texto identifica la notoria presencia de problemáticas asociadas a la salud mental, dejando de lado el deterioro cognitivo, y enfocándose en las dificultades de auto aceptación, limitaciones en la sociedad para un funcionamiento óptimo, las barreras en la construcción de ambientes adecuados para su condición física y los limitados apoyos brindados por su círculo cercano, los cuales afectan a ese reconocimiento de su propio potencial.

Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados (2017) por Yaneth Herazo, María Victoria Quintero, Yisel Pinillos, Floralinda García, Narledys Núñez y Damaris Suarez. El estudio estima las diferencias en la calidad de vida en adultos mayores que residen en una institución en comparación con aquellos que viven en sus hogares. Para el desarrollo de este estudio se realiza un sondeo de tipo descriptivo de corte transversal en 113 adultos mayores, que residen en 5 hogares geriátricos y 132 adultos mayores que viven en su residencia habitual y que asisten a un club geriátrico. Dicho esto, el estudio concluye que el ambiente de institucionalización se convierte en un factor determinante para la dependencia, lo cual se evidencia en los bajos niveles de funcionalidad y condición física encontrados en esta población si se comparan con los que viven en su residencia familiar. Por último, en cuanto a los demás componentes de calidad de vida como lo es la salud mental, los resultados evidencian mejores factores de calidad en los adultos mayores no institucionalizados en comparación con los institucionalizados.

Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar (2017) por Elveny Laguado Jaimes, Katherine del Consuelo Camargo Hernández, Etilvia Campo Torregroza, Marta de la Caridad Martín Carbonell. El estudio tiene como objetivo determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado, esto con el fin de tener información básica para el diseño de un programa de intervención específica. Para el estudio se tuvo en cuenta; características sociodemográficas en centros de bienestar, comportamiento de la valoración funcional por género - edad y comportamiento de EVA (Escala Visual Analógica) y total por género y edad en el grado de autonomía.

Como conclusión, para los indicadores de salud mental, el 17,6% presentó síntomas depresivos, el 7,3% deterioro cognitivo y el 7,9% demencia, sin embargo, se encuentra que factores protectores como el contacto familiar, se convierten en una fuente principal de apoyo social para el adulto mayor, evitando el aislamiento social y ayudando en la práctica de conductas saludables que previenen alteraciones emocionales como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas. Dicho esto, la valoración geriátrica permite identificar la condición del adulto mayor y diseñar planes de cuidado individuales, encaminados al autocuidado, motivación y cambio de comportamiento acorde a sus capacidades, que permitan generar grados de autonomía e independencia.

En la revisión de los antecedentes, también se retoma *Boletines poblacionales: Personas Adultas de 60 años o más* (2020) del Ministerio de Salud de Colombia, el cual plantea que las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad. Sin embargo, estos factores tienen sus procesos de envejecimiento de múltiples maneras dependiendo de experiencias y situaciones que se presenten durante el curso de sus vidas.

De acuerdo a las proyecciones del censo elaborado por el DANE (2018), para el 2019 se estimó un total de 6.509.512 personas mayores de 60 años, lo que representó el 13,2% de la Población Colombiana. El 47,3% de las personas mayores de 60 años pertenecen al régimen subsidiado, el 46,7% al contributivo y el 5,9% indican estar en el régimen especial. Dicho esto, se afirma que las personas adultas mayores de 60 años se concentran en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, que en su orden representan dentro del total nacional el 15,3%, el 14,1% y el 10,6%. En estas, se concentra el 40% de esta población. Por consiguiente, en Bogotá se encuentran 1.001.912 adultos mayores.

En cuanto a la salud mental de las personas adultas mayores, se encuentra que:

La población adulta mayor, al demandar servicios en salud ha sido diagnosticada con enfermedades mentales y del comportamiento en una proporción del 2,4% respecto del resto de diagnósticos. Y dentro de este grupo, los principales diagnósticos en 2019 fueron trastornos mentales orgánicos, neuróticos y del humor. (Cubillos, 2020, p.9)

En consecuencia, en comparación con la población general, la población adulta mayor presenta proporciones similares en cuanto a los trastornos relacionados con estrés y los trastornos del humor, diferente de los trastornos mentales orgánicos que “son el principal diagnóstico en las personas adultas mayores y se presenta en mayor proporción respecto de los diagnósticos de enfermedades mentales totales, lo que la hace una enfermedad distintiva de los adultos mayores.” (Cubillos, 2020, p.9)

Estado de salud de los adultos mayores de los Centros Vida (2019) por Emilce Salamanca, Zulma Velasco y Nelson Baquero. Este artículo tiene como objetivo identificar las características sociodemográficas y de salud del adulto mayor en los programas de los Centros Vida de cuatro municipios del departamento del Meta, Colombia; para ello se tuvo en cuenta una muestra de 819 adultos mayores, a partir de factores tales como: Valoración cognitiva, escala de depresión, actividades básicas de la vida diaria, valoración de la marcha y el equilibrio, índice para la actividad instrumental de la vida diaria e índice de comorbilidad. Respecto a lo anterior, en cuanto a la salud mental se encuentra que el “20 % padece probable depresión, y el 5,1 % tiene depresión establecida; el 53,1 % presenta algún deterioro cognitivo y hace visible un factor de riesgo importante en el deterioro de la capacidad de los adultos mayores en la región.” (p.6) En el análisis por sexo, se encontró que los hombres presentan una ausencia de comorbilidad no depresiva, independientes y con riesgo nulo de caídas. Por otro lado, las mujeres que no tienen estudios y son viudas sí presentan comorbilidad, deterioro cognitivo, dependencia y un mayor riesgo de caídas.

Para concluir, el estudio resalta la importancia de trabajar en el desarrollo de programas de promoción de la salud mental para fomentar un envejecimiento activo.

Por último, en el rastreo de antecedentes, se presenta el artículo *Política pública de Salud Mental para la población adulta mayor* (2020) por Carlos Molina. Un artículo que desarrolla un análisis de la Política Nacional de Envejecimiento humano y vejez en Colombia 2015-2024, y de la Política Nacional de Salud mental del 2018, realizando un énfasis en la salud mental de la población adulta mayor, a partir de las recomendaciones que se establecieron en el contexto internacional desde 2002. Para este análisis, se retoma cada política pública y se realiza un abordaje comparativo de las mismas, con el fin de comprender sus énfasis, similitudes, diferencias y posibles desarrollos comunes. Por consiguiente, se arrojan los siguientes hallazgos y reflexiones: Existen avances en los enfoques de derechos humanos, curso de vida y participación social ciudadana; sin embargo, existe una carencia en elementos que permitan comprender y aproximarse específicamente a la salud mental de la población, lo que limita abordar la salud mental en término de bienestar óptimo. Así mismo, lo que genera es una subestimación de las dificultades y cargas de la población mayor y su núcleo familiar, así como la comprensión de la salud mental como una construcción social.

De esta manera, se puede comprender la necesidad de cuidado de la salud mental del adulto mayor en los últimos años.

Desde el reciente fenómeno de la emergencia sanitaria frente al COVID-19, y las medidas que se han debido tomar en el país a partir de los decretos expedidos por el Gobierno Nacional, se da paso al aislamiento preventivo obligatorio, referenciado en: Decreto 417 del 17 de marzo del 2020, por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el Territorio Nacional. Decreto No. 457 del 22 de marzo de 2020, Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del COVID-19 y el mantenimiento del orden público. La Directiva 02 de 2020, que corresponde a las medidas para atender la contingencia generada por el COVID-19, a partir del uso de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones. Por último, la Directiva 002 de 2020 que corresponde a las medidas preventivas para la contención del COVID-19.

A partir de ello, se declara Alerta Amarilla en la ciudad de Bogotá, lo que da paso a tomar acciones por parte de las instituciones del Distrito, con el objetivo de tener medidas de prevención, autoprotección y cuidado colectivo frente al COVID-19 en la ciudad. Por ende, se expide el Decreto 169 del 12 de julio de 2020 en Bogotá, el cual busca el cumplimiento a la medida de aislamiento preventivo obligatorio y adoptar medidas transitorias de policía para garantizar el orden público en las diferentes localidades del Distrito Capital. Seguido a esta, se

expiden dos resoluciones: La Resolución 464 del 18 de Marzo de 2020 del Ministerio de salud y protección social, por la cual se adopta el aislamiento preventivo como medida sanitaria, que busca la protección de los adultos mayores de 70 años; y la Resolución 470 del 18 de Marzo de 2020 del Ministerio de salud y protección social, por la cual se adopta como medida preventiva sanitaria el aislamiento de las personas adulta mayores en centros de larga estancia y el cierre parcial de las actividades de centros vida y centros día.

Dicho lo anterior, se cree pertinente para la investigación reconocer a la Localidad de Puente Aranda, siendo esta la sexta localidad con mayor índice de contagio, que según el diagnóstico local de Puente Aranda (2020), teniendo como referente al Observatorio de salud de Bogotá de la Secretaría Distrital de salud “por cada 100 mil habitantes encontramos 120.9 contagiados” (p.27), ya que al encontrarse la localidad en una zona comercial e industrial genera una circulación masiva de visitantes, aumentando las posibilidades de riesgo de contagio en las zonas residenciales. Así mismo por su condición industrial, ha venido envejeciendo un poco más rápido que las demás localidades. De acuerdo con el Diagnóstico Local de La Subdirección Local para la Integración Social realizado para Puente Aranda y Antonio Nariño (2017):

En Puente Aranda se presenta una concentración baja de niños, niñas y adolescentes y con una tendencia a reducirse cada vez más. El índice de envejecimiento equivale a 84 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 14 años. Cifras que son más evidentes con la participación de la población mayor de 60 años en la estructura poblacional de la localidad, la cual se ha incrementado en 4,1%, por encima del promedio de la ciudad. Incluso, los niveles de natalidad (10,4%) en Puente Aranda son menores al promedio distrital (11,4%), reflejando un envejecimiento progresivo de la población: por cada 1.000 habitantes hubo solo 10,4 nacimientos; y la tasa de mortalidad registra 4,6 muertes por cada 100.000 habitantes, a causa de la preponderancia de la población mayor de 60 años, quienes concentran las tasas más altas de mortalidad. (p.30)

En este sentido, la Alcaldía Local de Puente Aranda emitió la Resolución 137 de Abril 21 de 2020, “Por la cual se declara la URGENCIA MANIFIESTA para celebrar la contratación de bienes, servicios y ejecución de obras necesarias para atender la asistencia humanitaria que se ocasiona en la Localidad de Puente Aranda por la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) objeto de Declaración de Estado de Emergencia Económica, Social

y Ecológica en el País y de Calamidad Pública en Bogotá D.C. la Urgencia Manifiesta mediante la Resolución” esto, con el objetivo de establecer los medios económicos para atender la emergencia y a los habitantes de esta localidad.

Al ser el adulto mayor una de las poblaciones más vulnerables de la Localidad, esta reconoce la necesidad de adoptar medidas que promuevan su prevención y protección. Partiendo de la Resolución 464 de 2020 “Por la cual se adopta la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años”, y la Resolución 470 de 2020 “Por la cual se adoptan las medidas sanitarias obligatorias de aislamiento preventivo de personas adultas mayores en centros de larga estancia y de cierre parcial de actividades de centros vida y centros día”; se considera de amplio valor estudiar los efectos que han tenido estas medidas en los adultos mayores, ya que puede servir como fuente de análisis de dichas problemáticas, teniendo en cuenta que estas pueden llegar a afectar de manera directa, el desarrollo del diario vivir de las personas residentes de centros de larga duración de la Localidad.

Citando a Hans Thomae y Ursula Lehr (1968) los cuales proponen que “el envejecimiento es primero un destino social y después una modificación funcional u orgánica” (p.211) lo que explica las diferentes maneras en que envejecen las personas dependiendo de las condiciones y las oportunidades que se les dieron a lo largo de su vida. Así, se conceptualiza el estudio psicológico del desarrollo humano, permitiendo investigar el desarrollo del envejecimiento, planteando la relación que tiene el ciclo vital con el proceso de envejecimiento, destacando la dependencia que se tiene de influencias externas tales como: los contextos vitales, la historia educacional, el funcionamiento cognoscitivo, las percepciones de la propia vida y sus perspectivas. Ahora, Dulcey-Ruiz (2010) plantea que “el funcionamiento adaptativo implica espacios, contextos y vínculos temporales, siendo, a la vez, selectivo y cambiante. Esto hace del desarrollo individual un interjuego permanente de ganancias y pérdidas. De hecho: no hay ganancias sin pérdidas, ni pérdidas sin ganancias.” (p. 213). Este desarrollo, más específicamente el de las personas que se encuentra en la tercera edad, se verá afectado por condiciones histórico-culturales y será el resultado de una serie de sistemas o conjuntos que van desde la normatividad que se crea debido a la edad, o la cultura, la historia y las normativas biológicas (genéticas, enfermedades), generando que esta población esté sujeta a cambios de manera continua.

Es por ello, que se toma como referente de investigación, la experiencia de cuatro adultos mayores que se encuentran institucionalizados en la Fundación Casa del Abuelo, la cual es una entidad sin ánimo de lucro dedicada a brindar atención geriátrica integral al adulto mayor, ubicada en la localidad de Puente Aranda en el Barrio Colón, que cuenta con un equipo interdisciplinario formado por terapeutas físicos y ocupacionales, profesionales en enfermería y medicina general, con el objetivo de brindar servicios de atención 24 horas, recreación, nutrición, cuidado y aseo, lo que permite tener una mirada más amplia de la situación de muchos de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en los diferentes hogares de atención en la Localidad de Puente Aranda y se han visto afectados por el aislamiento preventivo obligatorio.

Para finalizar, se tiene como guía y referente la línea de investigación salud y desarrollo humano de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, la cual, por medio de sus ejes de salud mental, promoción de la salud, protección social, riesgos profesionales y salud ocupacional, permite centrarse en la salud mental de los adultos mayores y contribuir en la propuesta de la línea, que tiene como objetivo impulsar estudios cuyos resultados apunten al bienestar y el desarrollo de las poblaciones, fomentando estilos de vida y trabajos saludables.

A partir de lo expuesto anteriormente se realiza un compilado de los doce documentos consultados que dan cuenta de la contextualización y comprensión del problema a investigar:

Tabla 1 - Copilado de documentos de contextualización

Nombre del documento	Tipo de documento	Autores	Año y lugar de publicación
<i>Ley 1251 de 2008</i>	Documento Jurídico	Congreso de la República	Colombia, 2008
<i>Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un</i>	Artículo del Acta Neurológica Colombiana	Ana M. Salazar, María F. Reyes, Sandra J. Plata, Paula Galvis, Camila	Bogotá (2015)

<i>grupo de adultos mayores en Bogotá</i>		Montalvo, Erick Sánchez, Olga L. Pedraza, Paola Gómez, Diana Pardo, Jonathan Ríos.	
<i>Estilos de vida y depresión en población adulta mayor, estudio SABE Bogotá</i>	Artículo de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría	Carlos Cano Gutiérrez, Andrés Gómez Aldana, Rafael Samper Ternent, Carlos Rodríguez Hernández, Antonio J Arciniegas y Miguel Germán Borda	Bogotá (2015)
<i>Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública en Medellín Colombia</i>	Artículo de la Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Pública	Andrés Agudelo, Adriana Posada y Edwin J. Meneses	Medellín (2015)
<i>Calidad de vida en adultos mayores: Reflexiones sobre el contexto Colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo</i>	Artículo de Comunidad y Salud: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Tolima	Elizabeth Fajardo Ramos, Leonor Córdoba Andrade y Jhon Elkin Enciso Luna	Colombia (2016)

<i>Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados</i>	Artículo de la Revista Latinoamericana de Hipertensión	Yaneth Herazo, María Victoria Quintero, Yisel Pinillos, Floralinda García, Narledys Núñez y Damaris Suarez	Barranquilla (2017)
<i>Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar</i>	Artículo de la Revista de la sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica	Elveny Laguado Jaimes, Katherine del Consuelo Camargo Hernández, Etilvia Campo Torregroza, Marta de la Caridad Martín Carbonell.	Bogotá (2017)
<i>Diagnóstico Local de La Subdirección Local para la Integración Social para la localidad de Puente Aranda y Antonio Nariño</i>	Informe Diagnóstico sobre la Localidad: Secretaría de Integración Social	Secretaría de Gobierno	Bogotá (2017)
<i>Estado de salud de los adultos mayores de los Centros Vida</i>	Artículo de Aquichan: Revista de la Facultad de Enfermería de la	Emilce Salamanca, Zulma Velasco y Nelson Baquero.	Bogotá (2019)

	Universidad de La Sabana		
<i>Boletines poblacionales: Personas Adultas de 60 años o más</i>	Boletin Poblacion	Ministerio de Salud de Colombia	Colombia (2020)
<i>Política pública de Salud Mental para la población adulta mayor</i>	Artículo de Gigapp: Grupo de investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas.	Molina Bulla Carlos Iván	Bogotá (2020)
<i>Diagnóstico local de Puente Aranda</i>	Informe Diagnóstico sobre la Localidad	Secretaria de Gobierno	Bogotá (2020)

Fuente: Elaboración propia a partir de los documentos consultados

1.2 Fundamentación

A partir de la contextualización anteriormente descrita, Bassi (2015) plantea un segundo aspecto para el planteamiento del problema: la fundamentación, elemento que permitirá problematizar el tema a investigar.

Por consiguiente, se evidencia en la contextualización la diferencia de factores de calidad de vida que existe entre los adultos mayores que se encuentran institucionalizados, en comparación con aquellos que no. De igual manera, la prevalencia de problemas de salud mental en esta población, por la carencia de redes de apoyo externas y la vivencia de factores

relacionados con la exclusión y soledad, al encontrarse en estado de aislamiento dentro de las instituciones.

Así mismo, se demuestra la escasez de estudios y programas de promoción recientes con un enfoque de envejecimiento activo en Colombia, relacionados con la salud mental del adulto mayor institucionalizado. Así mismo, la carencia de investigaciones desde trabajo social con dicho enfoque, que han dado paso a la invisibilización de esta población.

Tomando en consideración el planteamiento antes mencionado, y partiendo de la emergencia sanitaria actual, las características de esta población etaria hacen que sean más vulnerables no solo ante el posible contagio generado por el COVID-19, sino también las posibles afectaciones que se puedan manifestar en su salud mental y calidad de vida a partir de las medidas implementadas.

Por lo tanto, surge el interés de enfocar la investigación en conocer la salud mental del adulto mayor institucionalizado, a partir de sus vivencias desde los determinantes sociales del envejecimiento activo tomando como referentes tres de ellos; la exclusión social, aislamiento social y soledad, en el contexto de la emergencia sanitaria, específicamente en el aislamiento preventivo obligatorio.

CAPÍTULO II- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Pregunta de investigación

A raíz de lo anteriormente mencionado, surge como pregunta de investigación: ¿Cómo vivencian cuatro adultos mayores institucionalizados de la Fundación Casa del Abuelo, su salud mental desde los determinantes sociales del envejecimiento activo: Exclusión social, aislamiento social y soledad, durante el periodo 2020-2 2021-1 en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

Conocer las vivencias de cuatro adultos mayores institucionalizados de la Fundación Casa del Abuelo sobre su salud mental desde los determinantes sociales del envejecimiento activo: Exclusión social, aislamiento social y soledad durante el periodo 2020- 2 2021-1 en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio.

2.2.2 Objetivos específicos

- Indagar con los adultos mayores institucionalizados sobre su salud mental a partir de sus experiencias
- Reconocer los determinantes sociales del envejecimiento activo referentes a la exclusión social, aislamiento social y soledad que vivencian los adultos mayores institucionalizados
- Evidenciar las vivencias de los adultos mayores institucionalizados sobre su salud mental, desde los determinantes sociales del envejecimiento activo referentes a la exclusión social, aislamiento social y soledad, durante el contexto del aislamiento preventivo obligatorio.

2.3. Justificación

La presente investigación y la importancia de la misma, está enmarcada en los siguientes ámbitos; Aislamiento preventivo obligatorio en el marco del COVID-19, Trabajo Social, Fundación Casa del Abuelo, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Línea de investigación de salud y desarrollo humano, y por último el significado para los estudiantes que optan por el título de Trabajadores Sociales.

La emergencia sanitaria causada por el Covid-19, al ser un fenómeno completamente nuevo, ha afectado a toda la ciudadanía, siendo los adultos mayores uno de los grupos poblacionales más vulnerables no solo en su salud física, sino en su salud mental, por eso se cree pertinente conocer las vivencias sobre la salud mental de esta población específicamente aquellos que se encuentran institucionalizados, a partir de los determinantes sociales del envejecimiento activo: Exclusión social, aislamiento social y soledad, en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio. Dicho esto, el Trabajo Social desde la propia disciplina, busca mejorar el funcionamiento entre la persona y su ambiente, y desde la intervención con el adulto mayor, su objetivo es ayudar a mantener un bienestar óptimo de funcionamiento y envejecimiento activo, es por eso necesario, tomar en cuenta la comprensión de las interacciones y determinantes sociales del envejecimiento activo, con el fin de reducir la exposición de factores que afectan directamente la salud y/o factores causales asociados, aportando a la comprensión y los efectos del aislamiento preventivo obligatorio.

Por eso, esta investigación aportará a la Fundación Casa del Abuelo, para generar nuevas medidas y/o estrategias que den paso a procesos de promoción y cuidado de la salud mental con un enfoque desde el envejecimiento activo. Siendo además, un aporte a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, desde la línea de investigación de salud y desarrollo humano, en la construcción de saber respecto al adulto mayor y su salud mental en el marco de la emergencia sanitaria, ya que esta pretende dar resultados que apuntan a nuevos conocimientos en el bienestar y su desarrollo óptimo. Por último para los estudiantes - investigadores, este estudio permite aprender y aportar desde el acercamiento a la población, para dar paso a reflexiones sobre el quehacer de la profesión en nuevos fenómenos y contextos.

CAPÍTULO III- Marcos de referencia

3. 1. Marco institucional

En conversación con la coordinadora de la Fundación, Viviana Ríos, el 1 de octubre del 2020 con los investigadores, comenta que, la Fundación Casa del Abuelo, se encuentra inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá con el número de Nit. 830.137.968-4; es una entidad sin ánimo de lucro, creada en el 2007, con el fin de apoyar a los adultos mayores y personas que tengan algún tipo de discapacidad que no puedan valerse por sí mismos, brindándoles una mejor calidad de vida, especializada en la atención integral. El equipo de profesionales de la Fundación, se encuentra conformado por Terapia Física, Terapia Ocupacional y Enfermería.

Dentro de su portafolio de servicios, se encuentran componentes como:

- **Servicios de Salud:** Enfermería, psicología, fisioterapia, y nutricionista.
- **Servicios Básicos:** Recreación (televisión, teléfono, música ambiental, lavandería, alimentación, habitaciones individuales, habitaciones compartidas y hogar de paso.)
- **Servicios Adicionales:** Guardería diurna y nocturna, servicio de belleza integral, centro día y centro mes.

3.1.1. Misión

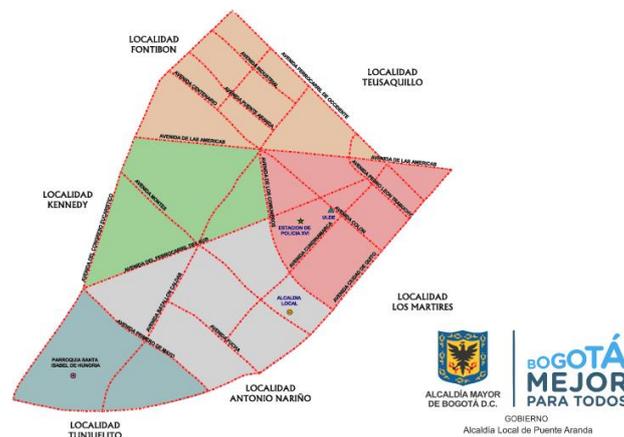
Somos una entidad sin ánimo de lucro, comprometidos con el bienestar y la atención geriátrica integral al adulto mayor.

3.1.2. Ubicación geográfica

La Fundación Casa del Abuelo, se encuentra ubicada en la Localidad de Puente Aranda, en la Calle 4g # 54-17- Barrio Colón, de la Ciudad de Bogotá. Situada en el centro de Bogotá, la localidad Puente Aranda limita al norte con la localidad Teusaquillo, con la avenida de las Américas o avenida calle 23 y la avenida Ferrocarril de Occidente o avenida calle 22 de por medio; al oriente con la localidad Los Mártires, con la avenida Ciudad de Quito o avenida carrera 30 de por medio; al sur con las localidades Tunjuelito y Antonio Nariño, con la avenida del Sur o transversal 35 o avenida calle 45A Sur de por medio; y al occidente con la localidad de Kennedy, con la avenida del Congreso Eucarístico o avenida carrera 68 de por medio.

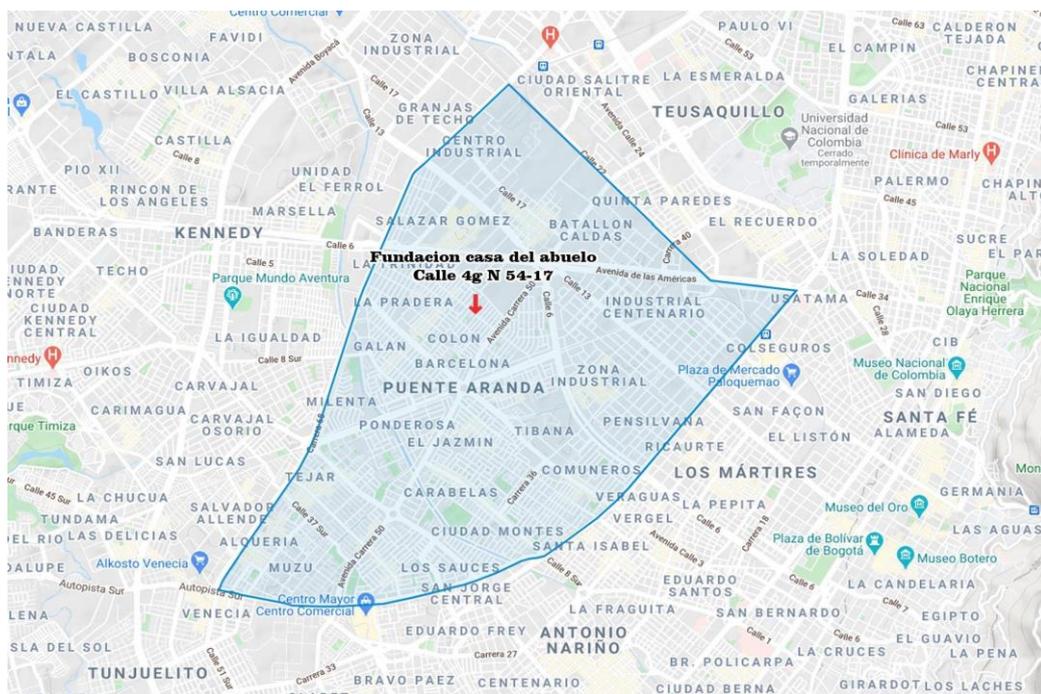
La localidad cuenta desde el año 2002 con predios con estratificación promedio de 2 y 3, y un uso predominante del área de la localidad que corresponde a viviendas NPH (no propiedad horizontal) el cual figuró con “27.473 unidades de uso con 4.726.727 m² construidos”(Castillo, 2013, p. 16,), teniendo en segundo lugar el uso de vivienda PH (propiedad horizontal) y en tercer lugar el uso de la localidad corresponderá a el comercio en corredor comercial con “8.126 unidades con un área construida de 589.667 m²”(Castillo, 2013, p. 17)

En el siguiente mapa se muestra la localidad de Puente Aranda, la división y distribución de las respectivas UPZ.



Recuperado de: <http://www.puentearanda.gov.co/mi-localidad/mapas>

El siguiente mapa muestra la ubicación de la Fundación Casa del Abuelo, en la localidad de Puente Aranda.



Recuperado de: <https://www.google.com/maps/place/Puente+Aranda>

3.2. Marco legal

Para comprender la situación que enmarca el aislamiento preventivo obligatorio en la salud mental de los adultos mayores, se precisa una revisión minuciosa de los referentes legales a nivel Nacional, Departamental, Distrital e Institucional; los cuales permitirán vislumbrar de cara al ejercicio profesional de Trabajo Social las medidas que se han tomado por parte del estado y aquellas implementadas en las instituciones de cuidado para el adulto mayor frente a la emergencia sanitaria generada por el Covid-19.

Tabla 2 - Marco legal

Referente Legal	Descripción
Ley 1251 de 2008	Tiene como objetivo proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientando políticas públicas que tengan como eje central de trabajo, la

	<p>orientación de políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.</p> <p><i>Artículo 17.</i> El cuál expone las áreas de intervención que se tendrán en cuenta en la elaboración del Plan Nacional (2008) refiere que en el área de Salud Mental;</p> <p style="padding-left: 40px;">Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental para los adultos mayores en instituciones públicas y privadas. (p.11)</p> <p style="padding-left: 40px;">Desarrollar servicios amplios de atención de la salud mental que comprendan desde prevención hasta la intervención temprana, la prestación de servicios de tratamiento y la gestión de los problemas de salud mental de los adultos mayores. (p.12)</p> <p><i>Artículo 20.</i> Requisitos esenciales para el funcionamiento de instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral al adulto mayor (2008) se debe tener presente la Salud mental para “Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren a su grupo familiar.” (p.14)</p>
<p>Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>El plan decenal sirve como un manual para coordinar las acciones que se tomarán para prevenir y promocionar ciertos aspectos de la sociedad colombiana, en este caso lo referente a la salud mental y casos de gestión de riesgo, de esta manera, en cuanto a la respuesta a situaciones de urgencia y emergencias en salud pública este se orienta al fortalecimiento de los sistemas de respuesta a emergencias</p>

	<p>y desastres implementando estrategias de atención, reconstrucción y recuperación, basándose en cuatro componentes los cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones comunitarias. - Fortalecimiento de las estrategias de respuesta a emergencia a nivel nacional. - Fortalecimiento de la red nacional de toxicología - Redefinición y reorganización de la red nacional de bancos de sangre. <p>En cuanto a salud mental, se busca proveer espacios de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria, que, mediante la promoción de la salud mental se generen políticas, que busquen el bien común y el desarrollo humano y social.</p>
<p>Ley 1616 de 2013 Se adopta la Política Nacional de Salud Mental</p>	<p>Tiene como objetivo garantizar el pleno derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a niños y adolescentes, todo esto mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental, el cual define la Salud Mental como:</p> <p style="padding-left: 40px;">Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (p.1).</p>
<p>POLÍTICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO</p>	<p>Busca propiciar que las personas adultas mayores alcancen una vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de promoción, realización y restitución de los derechos</p>

<p>HUMANO Y VEJEZ 2015-2024</p>	<p>humanos, teniendo como base la incidencia activa, sobre las condiciones de desarrollo social, político, económico y cultural de los individuos.</p> <p>Especificando en el eje estratégico de protección social integral (2015);</p> <p>Objetivo: Transversalizar el envejecimiento y la vejez en las dimensiones de salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles y salud y ámbito laboral del PDSP 2012-2021.</p> <p>Meta: Al año 2019, componente de envejecimiento humano y vejez incluido en cada una de las dimensiones del plan decenal de salud pública, 2012-2021.</p> <p>Indicador: Planes territoriales de salud con componente de envejecimiento humano y vejez incluido en cada una de las dimensiones previstas por el plan decenal de salud pública, 2012-2021 Medio de verificación: Planes territoriales de salud con componente de envejecimiento humano y vejez incluido. (p.39)</p>
<p>Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025</p>	<p>Busca garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población de la ciudad de Bogotá, en todo lo referente a acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, generando procesos a nivel sectorial, transectorial y comunitario que busquen aportar al mejoramiento de la calidad de vida. Esta política comprende la Salud Mental</p>

	<p>como:</p> <p>Un completo estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el cual no solo se reconocen los factores biológicos, sino las interacciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas gracias a las cuales se desarrolla la vida. En efecto, la salud mental contribuye al desarrollo humano y social, genera capital social, cultural, simbólico y económico, y hace posible el reconocimiento, la garantía, ejercicio y restitución de los derechos. De esta manera, la salud mental también es comprendida como una producción social, y las personas, como seres relacionales que construyen su realidad por medio de las interacciones con otros y otras dentro de contextos sociales, históricos, culturales, económicos y políticos específicos. (p.18)</p>
<p>Decreto No. 169 de 2020</p>	<p>Busca impartir órdenes para dar cumplimiento a la medida de aislamiento preventivo obligatorio y se adoptan medidas transitorias de policía para garantizar el orden público en las diferentes localidades de la ciudad de Bogotá.</p> <p>Dicho esto, el decreto afirma que;</p> <p>Las localidades Kennedy, Bosa, Puente Aranda y Fontibón suman 2.729.803 habitantes, lo equivalente al 32,6% de Bogotá. Dichas localidades registran el mayor número de casos en el Distrito. lo equivalente al 32,6% de Bogotá. Entre las cuatro localidades se han confirmado 13.741 casos al 6 de julio, lo que corresponde al 36,5% de los casos del Distrito. (p.14)</p> <p>En cuanto al cuidado del adulto mayor el decreto instaura las medidas de seguridad expresadas en los siguientes</p>

	<p>artículos;</p> <ul style="list-style-type: none">● ARTÍCULO 8.- PROTECCIÓN ESPECIAL PARA ADULTOS MAYORES. Como una medida sanitaria para proteger de forma especial a la población adulta mayor en Bogotá, D.C., sobre la cual existe un mayor índice de mortalidad por COVID-19, se insta a los directivos y personal de todo tipo de centros de estancia de larga duración o instituciones de protección de adultos mayores, para que programen en lo posible periodos de estancia de 14 días continuos en vez de ingreso y salida diarios, con el fin de mitigar riesgo de transmisión de contagio a los adultos mayores bajo su cuidado, bajo el cumplimiento de las normas laborales y previa concertación con los trabajadores. (p.25)● ARTÍCULO 10.- DESARROLLO DE ACTIVIDAD FÍSICA. La actividad física individual al aire libre, de que trata el numeral 35 del artículo 3 del Decreto Nacional 990 de 2020, podrá efectuarse de la siguiente manera... Los adultos mayores de 70 años, por un período máximo de dos (2) horas diarias. (p.26)● ARTÍCULO 12°.- MEDIDAS ESPECIALES. Durante el periodo de restricción se exceptúan las personas y vehículos indispensables para la realización de las siguientes actividades; “Cuidado institucional o domiciliario de mayores, personas menores de 18 años, dependientes, enfermos, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables, y de animales.” (p.27)
--	--

Decreto No. 417 de 2020

Decreto por el cual se declara y adopta el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional.

Expresando en su apartado sobre las Medidas que se tomarán:

Que teniendo en cuenta que se requieren recursos adicionales para que el Gobierno nacional pueda enfrentar las mayores necesidades sociales y económicas ocasionadas por la situación a que se refiere el presente decreto, se requiere disponer de los recursos que se encuentren a cargo de la Nación y de las Entidades Territoriales, tales como el Fondo de Ahorro y Estabilización -FAE- del Sistema General de Regalías y el Fondo de Pensiones Territoriales -FONPET-, a título de préstamo o cualquier otro que se requiera. (p.10)

Dicho esto, en cuanto a la población mayor y otras poblaciones que se han visto más vulnerables y afectadas por la emergencia sanitaria se dice:

Que resulta necesario autorizar al Gobierno nacional realizar la entrega de transferencias monetarias adicionales y extraordinarias entre otras en favor de los beneficiarios de los programas Familias en Acción, Protección Social al Adulto Mayor -Colombia Mayor, Jóvenes en Acción y de la compensación del impuesto sobre las ventas -IVA, con el fin de mitigar los efectos económicos y sociales causados a la población más vulnerable del país por la emergencia económica, social y ecológica derivada de la Pandemia COVID-19. (p.12)

Decreto No. 457 de 2020	<p>Decreto mediante el cual se imparten las diferentes instrucciones que se tienen que tener en cuenta para el cumplimiento de aislamiento preventivo obligatorio en todo el territorio colombiano durante la emergencia sanitaria generada por la pandemia del COVID-19. Considerando para la población mayor que;</p> <p>Que el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID- 19, adoptó mediante la Resolución 464 del 18 marzo de 20.20., la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años, ordenando el aislamiento preventivo para las personas mayores de (70) años, a partir del veinte (20) de marzo de 2020 a las siete la mañana (7:00 am) hasta el treinta (30) de mayo de 2020 a las doce de la noche (12:0.0. p.m.) (p.5)</p> <p>Complementando así, en el Artículo 3 Garantías para la medida de aislamiento preventivo obligatorio;</p> <p>Para que el aislamiento preventivo obligatorio garantice el derecho a la vida, a la salud en conexidad con la vida y la supervivencia, los gobernadores y alcaldes, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19, permitirán el derecho de circulación de las personas en los siguientes casos o actividades...</p> <p>4. Asistencia y cuidado a niños, niñas, adolescentes, personas mayores de 70 años, personas con discapacidad y enfermos con tratamientos especiales que requieren asistencia de personal capacitado. (p.7)</p>
--------------------------------	--

Resolución N° 464 de 2020

Mediante esta resolución se adopta la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años.

El cual resuelve;

Artículo 1. Ordénese la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para las personas mayores de 70 años, a partir del veinte (20) de marzo de 2020 a las siete de la mañana (7:00 a.m.) hasta el treinta (30) de mayo de 2020 a las doce de la noche (12:00 pm).

Artículo 2. De manera excepcional podrán salir del lugar de residencia las personas mayores de 70 años, únicamente en las siguientes situaciones, sin perjuicio de los lineamientos que expida este Ministerio:

1. Abastecimiento de medicamentos y bienes de consumo de primera necesidad cuando no cuenten con una red de apoyo familiar o social.
2. Uso de servicios financieros, tales como: reclamación de subsidios, retiro de recursos, asignación de retiro o pensión, y los demás que sean necesarios para garantizar su subsistencia.
3. Acceso a los servicios de salud, en caso de que no sea posible garantizarlo mediante atención domiciliaria.
4. Casos de fuerza mayor y caso fortuito.
5. Quienes por ejercicio de sus funciones públicas deban atender gestiones propias de su empleo actual.
6. Servidores de elección popular.
7. Quienes presten servicios de salud.
8. Quienes realicen una actividad económica, salvo que reciban en su domicilio los

	<p>subsidios o ayudas que otorguen las instituciones del Estado. (p.2)</p>
<p>Resolución N° 470 de 2020</p>	<p>Resolución mediante la cual se adopta la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo de personas adultas mayores de centros de larga estancia y de cierre parcial de actividades de centros vida y centros día. El cual expresa;</p> <p>Artículo 1. Ordénese la medida sanitaria obligatoria de aislamiento y cuarentena preventivo, para las personas adultas mayores residentes en centros de larga estancia, a partir del veintiuno (21) de marzo de 2020 a las siete de la mañana (7:00 a.m.) hasta el treinta (30) de mayo de 2020 a las once y cincuenta y nueve de la noche (11 :59 pm). En consecuencia, se suspende el ingreso de personas diferentes al personal prestador de los servicios y de apoyo del centro, restricción que incluye a quienes prestan servicios docente - asistenciales.</p> <p>Artículo 2. De manera excepcional las personas adultas mayores residentes en centros de larga estancia podrán salir de estos, en las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de servicios financieros, tales como: reclamación de subsidios, retiro de recursos, asignación de retiro o pensión, y los demás que sean necesarios para garantizar su subsistencia. 2. Acceso a los servicios de salud, en caso de que no sea posible garantizarlo mediante atención domiciliaria. 3. Casos de fuerza mayor y caso fortuito. <p>Parágrafo. Los adultos mayores que requieran movilizarse por encontrarse en algunas de las</p>

	<p>excepciones contempladas en el presente artículo, en servicio público de transporte terrestre automotor de pasajeros por carretera -intermunicipal-y del servicio de transporte aéreo, lo harán con total acatamiento de las medidas de prevención de contagio.</p> <p>Artículo 3. Ordénese la medida sanitaria obligatoria de cierre parcial de actividades en centros vida y centros día, a excepción del servicio de alimentación, que deberá ser prestado de manera domiciliaria, a partir del veintiuno (21) de marzo de 2020 a las siete de la mañana (7:00 a.m.) hasta el treinta (30) de mayo de 2020 a las once y cincuenta y nueve de la noche (11 :59 pm). (p.2)</p>
<p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020): ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL CORONAVIRUS (COVID-19)</p>	<p>Busca orientar a las personas adultas mayores para el desarrollo de la actividad física y los protocolos de bioseguridad que se deben tener para el manejo y control de COVID-19 en las actividades relacionadas con la práctica deportiva y recreativa de la población adulta mayor, partiendo de recomendaciones generales a recomendaciones específicas basándose en los antecedentes frente al COVID-19.</p> <p>Para los adultos mayores que se encuentran en centros via y centros día las recomendaciones son;</p> <p>Conforme a la evolución de la Pandemia por COVID – 19 en el país y con el objeto de continuar con la garantía de la debida protección a la vida, la integridad física y la salud de los habitantes en todo el territorio nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 844 del 26 de mayo de 2020: prorrogó la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 385 del 12 de</p>

	<p>marzo de 2020, hasta el 31 de agosto de 2020, extendió hasta el 31 de agosto de 2020, las medidas sanitarias de aislamiento y cuarentena preventivo para las personas mayores de 70 años, previsto en la Resolución 464 de 2020, y extendió hasta el 31 de agosto de 2020 la medida sanitaria obligatoria de cierre parcial de actividades en centros vida y centros día, a excepción del servicio de alimentación, que deberá ser prestado de manera domiciliaria. (p.4)</p>
<p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020): ORIENTACIONES PARA LA REAPERTURA GRADUAL Y PROGRESIVA DE CENTROS VIDA Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES, EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR LA COVID-19 EN COLOMBIA</p>	<p>Tiene como objetivo orientar a los centros vida y centros día para personas adultas mayores, en el marco de la pandemia, en los procesos de reapertura gradual y progresiva, lo que estará dividido en tres fases descritas dentro de este, las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera fase: activación de los servicios de orientación psicosocial y actividad física, y continuidad del servicio de alimentación. - Segunda fase: activación de los servicios dirigidos a actividades cognitivas y productivas. - Tercera fase: activación de servicios dirigidos a actividades sociales, recreativas y culturales. (p.4)
<p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020): LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL CORONAVIRUS (COVID-</p>	<p>Tiene como objetivo determinar los lineamientos para la prevención, contención y mitigación del coronavirus en hogares con presencia de personas adultas mayores, determinando las acciones a tomar en caso de cumplir ciertos requisitos que afecten la calidad de vida y salud de las personas adultas mayores, así como sus familias y cuidadores.</p> <p>Dentro de esta, se pueden encontrar acciones para tomar</p>

<p>19) EN PERSONAS ADULTAS MAYORES</p>	<p>frente a ciertas situaciones que se puedan presentar, entre las cuales podemos encontrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medidas de limpieza y desinfección. - Promoción y atención de la salud mental de los adultos mayores. - Medidas en caso de que una persona del hogar o la persona adulta mayor esté en riesgo razonable de presentar contagio de Coronavirus. - Medidas para personas mayores que viven solas. <p>(p.1)</p>
---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de la normatividad consultada

3.3. Marco teórico

Teniendo en cuenta los objetivos enmarcados dentro de la investigación, resulta importante profundizar en una serie de conceptos que permitan obtener un conocimiento detallado del problema a investigar por medio de una revisión bibliográfica. Por esta razón, se eligieron cinco tópicos principales cuya función será estudiar los determinantes del envejecimiento activo referentes a la exclusión social, aislamiento social y soledad, así como la salud mental de los adultos mayores institucionalizados, situados en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio.

Por consiguiente, se abordan los siguientes tópicos que corresponden a: Salud mental, adulto mayor, envejecimiento activo, institucionalización, redes de apoyo y aislamiento preventivo obligatorio, los cuales servirán como base para el desarrollo de la investigación.

3.3.1. Salud mental

Para abordar el concepto de Salud mental, en Colombia la Ley 1616 de 2013 define la Salud Mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (p.1).

De igual manera, se toma como referente a Barg (2006) quien menciona que “La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural.” (p. 337)

De esta manera, el concepto de salud mental resulta crucial para entender las vivencias de los adultos mayores, ya que al ser un factor importante del ser humano, se encuentra presente en cada uno de los aspectos de la vida cotidiana, en la manera de pensar, sentir, actuar y asumir cambios y/o situaciones problemáticas. Así mismo, como es en el caso de la salud física, es un componente que puede tener variaciones a partir de las condiciones de vida, el contexto en el que se encuentra y los hábitos que se tengan. De igual modo, cabe resaltar que la edad resulta ser un determinante crucial que condiciona esas variaciones en la salud física y mental, así como las vivencias del individuo.

Como lo menciona la Organización Mundial La salud mental y los adultos mayores (2017):

Entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia. (p. 1) Por ende afecciones en su salud mental.

Lo expuesto anteriormente, da paso a situarse en la salud mental del adulto mayor, donde se resalta según la Organización Mundial de la Salud (2012) en su folleto “Good health adds life to years”:

Como resultado de desórdenes físicos o intervenciones quirúrgicas, muchos adultos mayores también pueden padecer problemas para dormir y desórdenes de comportamiento, deterioro cognitivo o estados de confusión. Distintas investigaciones sugieren que los adultos mayores se benefician de las conexiones sociales de apoyo y de las relaciones personales cercanas, pero sufren como resultado de la ruptura de lazos personales y de la soledad. (p.1)

Así, se puede enmarcar el deterioro de la salud mental del adulto mayor y por ende un problema en su calidad de vida. Dentro de las problemáticas más comunes en la salud mental de la población mayor, se encuentra a partir de varios estudios e investigación recolectadas por la OMS (2012) que:

- Al menos uno de cada cuatro adultos mayores experimenta algún tipo de desorden mental, como depresión, ansiedad o demencia.
- Debido al rápido envejecimiento de la población, se espera que el número de personas mayores con desórdenes mentales se duplique para 2030.
- La depresión es el problema de salud más común entre personas mayores.
- Las personas de 85 años y más tienen las tasas de suicidio más altas entre los grupos etarios.
- Dos tercios de los adultos mayores con problemas mentales no obtienen el tratamiento que necesitan (“la brecha de tratamiento”)
- Los servicios de salud para adultos mayores son extremadamente limitados en la mayoría de los países de las Américas. (p.1)

3.3.1.1. Promoción de la salud mental

Ahora bien, a partir de los problemas de salud mental en el adulto mayor mencionados anteriormente, resulta necesario profundizar en el concepto de promoción de la salud mental, que según la OMS (2018)

Consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental. (p.1)

Concepto que permite situarse en el rol del trabajo social en el estudio, la comprensión y la intervención en la salud mental del adulto mayor. Como lo menciona el Centro Latinoamérica de Trabajo Social (2016):

Se trata del estudio de la vejez desde un enfoque interdisciplinario, siendo su propósito optimizar el proceso de envejecimiento a fin de que permita mejorar la calidad de vida obtenida durante el ciclo de vida por ello es el centro de atención de nuestra práctica profesional la promoción de nuevos estilos de vida, inserción social y la socialización que genere redes de soporte para los adultos mayores. (p.1)

Por consiguiente, se puede inferir la importancia desde el trabajo social de llevar a cabo procesos de la promoción de la salud mental, a partir de la comprensión del contexto, formas de vivir, cultura y demás factores en el adulto mayor; en este caso, para la investigación, partiendo de la comprensión de las vivencias de los adultos mayores en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio causado por el COVID-19.

3.3.2. Adulto mayor

Para abordar el concepto de adulto mayor, se tiene como referente al Dr. Guillermo Fajardo (1995) quien retoma que “la Organización Panamericana de la Salud (1994) decidió emplear el término adulto mayor, significando personas de 65 o más años de edad, práctica que ya era aceptada por otros organismos.” (p.2) Siendo así, un término empleado formalmente a lo largo de la historia. De igual manera, se toma el Ministerio de Salud y Protección Social en su artículo envejecimiento y vejez (2020), que indica:

Las personas adultas 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. 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. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad. (Minsalud, 2020, p.1)

Dentro del concepto de este concepto, el artículo reconoce el envejecimiento y la vejez como parte de esa comprensión del adulto mayor. Dicho esto, es necesario abarcar estas dos subcategorías con el fin de entender los factores que hacen parte de dicha comprensión.

3.3.2.1. Envejecimiento.

La Organización Mundial de la Salud en su artículo Envejecimiento y salud (2018) Emplea el concepto de envejecimiento desde dos miradas, una biológica y otra asociada a las transiciones de la vida. Dicho esto, desde un punto de vista biológico, menciona que:

El envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. (OMS, 2018, p.1)

Sin embargo, especifica que esos cambios anteriormente mencionados no son de manera lineal, y la edad de una persona no necesariamente definirá si se presentan o no. Es por eso, que se plantea una mirada asociada a las transiciones de la vida como: “la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja.” (OMS, 2018, p.1) Llegando a la conclusión de que “es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.” (OMS, 2018, p.1)

Habiendo dicho esto, el glosario gerontológico (2019) retomando al Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España y Gerontología Social, Cap. 1, Introducción a la Gerontología; hace referencia al envejecimiento, definiéndolo como:

Proceso de cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo. Proceso que se extiende durante toda la vida, y que engloba una serie de cambios que se inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez. Existen distintas teorías acerca del envejecimiento que desde la biología (teorías genéticas, celulares, sistémicas, de eventos vitales) la psicología (teoría del desarrollo, enfoque del ciclo vital, teoría de la actividad, teoría de la continuidad) y lo social (teoría de la desvinculación, de la subcultura, de la modernización), entre otras, explican como ocurren los cambios por el paso del tiempo. (p.14)

Lo que lleva a reflexionar sobre una mirada más compleja del concepto de envejecimiento, el cual el Ministerio de Salud y Protección Social en su artículo Envejecimiento y Vejez (2020) plantea el envejecimiento humano y lo define como:

Un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo. (p.1)

3.3.2.2. Vejez.

Se entiende la vejez como: “La última etapa del ciclo de la vida donde se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde se acepta la trayectoria de la vida con satisfacción.” (Rodríguez, 2011, P.13)

A diferencia del envejecimiento, “la vejez es un estado definitivo, irreversible y sobre todo, carente de horizontes de futuro que es lo que más cierra el sentido de sus posibles transformaciones”. (Santamaría, 2004, p.125)

El abordaje del concepto de la vejez desde Trabajo Social según María Eugenia Guerrini (2010) retomando a Sánchez Salgado expone que:

La vejez tiene una tarea única en el desarrollo: aclarar, profundizar y encontrar utilidad para lo que se haya logrado en el aprendizaje y adaptación en etapas previas de la vida. Hoy en día, se presta atención a la influencia de factores ambientales y sociales, y se considera que la personalidad y los patrones de comportamiento continúan cambiando a través del ciclo de vida en respuesta a una variedad de sucesos y condiciones. Muchos eventos en la vida, de gran significado para las personas, ocurren en la adultez mediana y las oportunidades en este período tienen grandes consecuencias para la calidad de vida en la vejez (p.2)

Dicho esto, se toma el artículo Envejecimiento y Vejez del Ministerio de Salud y Protección Social (2020) el cual entiende la vejez como:

Una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas. (Minsalud, 2020, p.1)

De esta manera, la vejez se puede entender como una etapa más del ciclo vital, donde los adultos mayores poseen menos control físico y mental, por un deterioro inminente, lo que conlleva a tener que afrontar una serie de eventos que pueden verse como positivos y negativos, dependiendo de los factores económicos, sociales y culturales antes mencionados.

Ahora bien, entendiendo los factores que hacen parte de la construcción del concepto de Adulto Mayor desde una mirada en Trabajo Social, se toma como referente a Ramírez y Silvera (2018) las cuales tienen en cuenta al adulto mayor desde varias implicaciones como:

Aspectos económicos y productivos pues al transcurrir el tiempo disminuyen las posibilidades de trabajo y el desarrollo de tareas cotidianas entre ellas las domésticas, les genera cierta dificultad, por lo que muchas familias los pueden considerar como una carga, surgiendo conflictos familiares que afectan la salud mental, emocional y física de los adultos mayores al sentirse inútiles, desprotegidos, juzgados, vulnerados. (p.28)

De esta manera, se puede comprender al adulto mayor, más allá de un término asociado a un ciclo de vida y un rango de edad en específico; Ramírez y Silvera (2018) retoman a Orosa Fraiz (2018) quien expone que “la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase

de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano.” (p.28). Lo que amplía una mirada para abordar el término de adulto mayor, desde una concientización que facilite el desarrollo de la población y de las redes de apoyo, así como las estrategias de intervención para la mejora de su calidad de vida.

3.3.3. Envejecimiento activo

El envejecimiento activo es definido por la OMS (2001) como:

El proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad de vida, la productividad y la esperanza de vida a edades avanzadas y con la prevalencia mínima de discapacidad. Es, por tanto, un fenómeno que tiene su origen en un conjunto de efectos multifactoriales, que, desde el punto de vista psicosocial, no sólo contempla el envejecimiento desde la atención médica, sino que incorpora factores de las áreas económicas, conductual y del entorno sociocultural que benefician al envejecimiento de las personas. Es una estrategia de promoción básica de la salud, que se guía por los principios de la ONU para las personas mayores, según los cuales la salud con independencia, la participación, la asistencia y la seguridad son la base de las intervenciones sociales, dirigidas a disminuir los factores de riesgo (personales, conductuales y ambientales), donde se fortalecen los factores protectores para que las personas disfruten de más años y con mayor calidad. (p. 332)

De igual forma, dentro del envejecimiento activo se encuentran unos determinantes, entendidos como una serie de factores que varían dependiendo del contexto y la persona, convirtiéndose en una manera de analizar diferentes indicadores mediante los cuales se determinará si una persona envejece activamente.

La OMS (2002) define siete determinantes, los cuales se encuentran interrelacionados; en primera instancia se ubica la cultura y el género los cuales son considerados como los determinantes generales y transversales, ya que estos se encargan de moldear a la persona y los diferentes entornos en los que esta se encuentre a lo largo de su vida. Dicho esto, se encuentran:

- Determinantes Comportamentales
- Determinantes Personales
- Determinantes del Entorno físico

- Determinantes de Servicios sociales y sanitarios
- Determinantes Económicos
- Determinantes Sociales

Cada uno de estos determinantes son parte de un todo, generando así, una red dinámica que genera condiciones mediante las cuales se establecen medidas de protección, que tendrán como finalidad, el desarrollo de respuestas que mejoren la resiliencia y eviten factores de riesgo en las personas adultas mayores, teniendo como meta el desarrollo y mantenimiento de un proceso enfocado en el envejecimiento activo.

De esta forma, el envejecimiento activo se entiende como una serie de procesos enfocados al fortalecimiento de la salud integral, partiendo desde distintos aspectos del contexto social en el que se encuentre inmerso el adulto mayor, con la finalidad de mejorar los niveles y calidad de vida desde la productividad y participación, teniendo en cuenta las capacidades y determinantes individuales de cada uno de ellos.

3.3.3.1. Determinantes sociales del envejecimiento activo

Para el estudio desde trabajo social, resulta importante profundizar en los determinantes sociales del envejecimiento activo, entendidos por el Centro Internacional de Longevidad (2015) como “el entorno social y las redes personales de familia, amigos, colegas y conocidos que ejercen un efecto poderoso, tanto para mejorar como para disminuir la resiliencia a lo largo de la vida.” (p.66).

Por consiguiente, desde estos determinantes se podrá comprender las condiciones que puedan presentarse en el adulto mayor institucionalizado, a partir del entendimiento de su contexto y de las realidades individuales de las personas partícipes de la investigación.

Dentro de los determinantes sociales se encuentra: La educación, apoyo social, exclusión social, aislamiento social y soledad, violencia y abuso, y voluntariado. Estos determinantes dan paso a la comprensión del ser de una forma más completa, en este caso del adulto mayor.

Es por eso, que para el tema de investigación se decide ahondar en la comprensión de dos de los determinantes antes mencionados, referentes a la exclusión social y aislamiento social y soledad; determinantes que desde trabajo social, resultan importantes para la

comprensión de la realidad del adulto mayor institucionalizado desde el contexto del aislamiento preventivo obligatorio generado por el COVID-19.

3.3.3.1.1. Exclusión social.

El Centro internacional de Longevidad (2015) define la exclusión como:

Proceso de no reconocimiento y privación de derechos y recursos de ciertos segmentos de la población (...) lo que lleva al aislamiento social en siete dimensiones: exclusión simbólica (imágenes negativas o invisibilización); exclusión de la identidad (la identidad de una persona se reduce a pertenecer a un grupo); exclusión sociopolítica (barreras para la participación social y política); exclusión institucional (acceso reducido a los servicios); exclusión económica (carencia de recursos financieros); exclusión de lazos sociales significativos (ausencia/pérdida de redes sociales de apoyo); y exclusión territorial (espacios geográficos para vivir reducidos, vecindarios inseguros). (p.67)

Este determinante social, tiene como característica principal, el estar compuesto por grupos desfavorecidos y minoritarios que están en riesgo de exclusión, según el centro internacional de longevidad (2015) estas personas se pueden describir como: “sin recursos, información o apoyo que faciliten su participación en la sociedad, y en ocasiones enfrentándose a un rechazo absoluto, es más probable que estos individuos sean víctimas de una amplia gama de problemas de salud, adicciones, rupturas y aislamiento social”(p.67)

De esta manera, la exclusión social se convierte en una de las variables para comprender las vivencias de los adultos mayores sobre su salud mental, debido a que la naturaleza misma de la institucionalización, termina relegando a los individuos a las condiciones que le sean impuestas dentro ella, así como el hecho de que la sociedad actual está centrada en valores como la juventud, la producción y el consumo, lo que hace que los cambios a los que se enfrentan las personas mayores, terminaran siendo factores determinantes para el alejamiento progresivo de una situación de integración social.

3.3.3.1.2. Aislamiento social y soledad.

Para entender el aislamiento social y la soledad El Centro Internacional de Longevidad (2015) menciona que; “el concepto de aislamiento social hace referencia a una carencia

objetiva de nexos sociales, mientras que la soledad se define como una evaluación individual y subjetiva sobre la adecuación de la propia red social.” (p.67)

Ahora bien, a partir de lo mencionado anteriormente, resulta importante profundizar de manera individual en estos dos conceptos.

Por consiguiente, el aislamiento social es entendido también por Badia, Sánchez y Masó (2016) como; “la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos” (p.605); esta situación también es comprendida por los autores, como un proceso involuntario, ya que las personas que deciden alejarse de familiares y amigos no pueden considerarse en situación de aislamiento social.

Por otro lado, Rubio y Aleixandre (2001) definen la soledad como: “un sentimiento interno, una percepción subjetiva. Algunos factores como el desarraigo social, la carencia de redes sociales, la marginación, pueden ir asociados al estar solo, pero la verdadera soledad va asociada a sentirse solo, al sentimiento que genera nostalgia, tristeza, añoranza, etc.” (p. 559)

Es así, como la soledad puede ser entendida en el adulto mayor institucionalizado, como sentimientos internos asociados a la posible carencia de redes de apoyo, aislamiento y marginación, factores dados por el mismo estado de institucionalización. Esto se da, principalmente gracias a que este determinante se maximiza con la edad, Rubio y Aleixandre (2001) mencionan que “los tres hitos comunes a las personas mayores en relación a la soledad son: salida de los hijos del hogar, incorporación a la jubilación y principalmente pasar al estado de viudedad. De estos tres factores, el que tiene un mayor peso en el sentirse solo es la pérdida del cónyuge o pareja.” (p.559). Seguido a esto, y teniendo en cuenta esta serie de factores que inciden en la vida del adulto mayor, este determinante resulta ser relevante no solo en la vida de adultos mayores que residen en hogares unipersonales, ya que dichas circunstancias también afectan a personas que viven con su familia o en situación de institucionalización.

Por ende, el aislamiento social y soledad, serán un determinante social esencial al momento de comprender las vivencias de los adultos mayores sobre su salud mental, debido a que es una característica que se presenta y se maximiza en la situación de institucionalización.

3.3.4. Institucionalización

William H. Whyte (1956) plantea la Institucionalización como “término polisémico que se aplica a distintos contextos relativos a las instituciones, especialmente a su proceso de creación o fundación.” (p.1) Ahora bien, cuando se refiere a la institucionalización en la

población mayor se entiende según la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (2016); “a las personas que viven (o están depositadas) en las residencias para adultos mayores o centros geriátricos de gestión pública y privados, sujetos a control del Estado, municipal o provincial.” (p.1)

No obstante, el término de institucionalización trasciende, es así como Cervantes retomando a Berger y Luckmann (2018) da a conocer la construcción de las instituciones y su estudio a través de dos conceptos: habituación e institucionalización:

El primero se refiere al proceso de establecimiento de reglas que normarán las actividades de los agentes sociales en la institución; la interacción cara a cara de la habituación la llaman tipificación recíproca, y es la interacción la que define las acciones que se esperan de los distintos actores sociales. La institucionalización sería el resultado de esa tipificación recíproca, es decir “la institución establece que las acciones del tipo X sean realizadas por los actores de tipo X”, o expresado de otra forma, “las instituciones se constituyen por la tipificación de las acciones habitualizadas” (p.23).

De esta manera, se puede entender la institucionalización en relación con la habituación, en este caso de los adultos mayores y cómo esta relación posibilita que un acto se instaure como rutina. Se toma como referente a Liliana Guevara (2016) con una perspectiva desde trabajo social, quien menciona que “es fácilmente reconocible que la institucionalización genera desconexión con el mundo exterior, con el contexto social e impide la relación con grupos etarios diferentes.” (p.47)

Lo que lleva a plantearse la institucionalización más allá de un espacio, como una herramienta de ayuda para personas que han perdido autonomía, libertad y decisión debido a diferentes circunstancias, generando este “encierro” que muchas veces implica el alejarse de la vida productiva y por ende de las prácticas cotidianas que ofrecen otros espacios.

Ahora bien, la institucionalización genera un impacto en el adulto mayor y en su proceso de envejecimiento, ya que este, al ser un proceso dinámico puede ser modificado por cualquier situación que afecte la forma de vida, entendiendo este proceso como algo “particularmente contextualizado, tanto como para afirmar que cada uno envejece como ha vivido, como ha llevado el propio proceso de hacerse a sí mismo” (Tamer, 2008, pág. 95). Por consiguiente, la institucionalización se convierte en un determinante que influye en el adulto mayor, además en la calidad de vida en su vejez.

Es por eso, que el concepto de institucionalización está relacionado directamente con lo que se pretende lograr, ya que es uno de los rasgos principales a estudiar, y el factor principal que demarca a la población con la cual se pretende realizar esta investigación.

3.3.4.1. Modelos Básicos de Comportamiento

Gaviria (2003) menciona que las personas adultas mayores que se encuentran en procesos de institucionalización, cumplen con una serie de aspectos que pueden reflejar el stress sufrido al ingresar a las instituciones, lo cual resulta ser algo fácil de entender, pues es un cambio en su entorno, así como de las costumbres y hábitos que han sido forjados a lo largo de periodos de tiempo extensos. Acorde a esto, la Sociedad Civil sobre envejecimiento (2003) plantea una serie de características que pueden ser observadas en el adulto mayor institucionalizado, las cuales son:

Adaptación: acepta la dinámica de la institución a la cual ingresó, donde existen reglas que debe cumplir con el fin de mantener un orden. La adaptación es una situación que implica adecuarse a una serie de situaciones a las cuales no estaba acostumbrado anteriormente, en el que las reglas no son propias, sino impuestas por personas extrañas del lugar donde reside.

Aceptación: se ajusta en forma pasiva a la dinámica relacional, a cada una de las personas que se encuentran viviendo en la misma institución, por ser un grupo que tiene una vida en común. No obstante, y debido a que es un grupo heterogéneo, en el cual cada persona tiene su propia individualidad e historia, puede resultar en que la convivencia de algunos sea difícil con su entorno.

Resignación: siente que no tiene la opción de otro tipo de vida en la institución de residencia y su conducta tiende a traducirse en apatía y/o depresión.

Simulación de transformación: aparenta o simula una transformación en una relación más positiva y armónica, generando lazos que beneficien a la buena convivencia.

Evasión o anulación: prevalece el descontento por el lugar en el cual vive, por ser una situación desconocida y poco grata que no quiere vivir, generando procesos mediante los cuales se retraiga y evite socializar con las personas de su entorno, lo que propicia deterioro a nivel social y mental.

Teniendo en cuenta esta serie de situaciones que se producen en las personas al momento de ingresar al proceso de institucionalización, se puede determinar los diferentes

procesos en que los adultos mayores asumen este, lo que puede ser de utilidad al momento de analizar su realidad, así como su contexto, lo que ayudará ampliamente a la investigación, puesto que da un punto de vista más claro de las manifestaciones de la conducta en esta población.

3.3.6. Aislamiento preventivo obligatorio

Según F. Álvarez Lerma, J. Granado Solano, A. García Sanz, C. López Martínez, R. Herrera Sebastián, C. Salvat Cobeta, A. Rey Pérez, R.M. Balaguer Blasco, V. Plasencia, J.P. Horcajada (2015); El aislamiento preventivo consiste en la aplicación de medidas de aislamiento de contacto en pacientes con alta sospecha de estar colonizados por bacterias multirresistentes. (p.1)

Según el Ministerio de Salud en su informe Del aislamiento generalizado al aislamiento selectivo y sostenible (2020):

Las cuarentenas en Covid-19 abarcan separar sanos de potencialmente enfermos y expuestos, disminuyendo la tasa de contactos, cubriendo a casi toda la población; por su parte, el aislamiento (a secas) es para un grupo más específico: casos confirmados y sospechosos (incluyendo aquellos asintomáticos), y sus contactos, quienes deben aislarse en su casa durante 14 días, que es el tiempo en que una persona puede ser contagiosa. Fernández Niño precisó que el aislamiento es separar solamente a personas enfermas o potencialmente enfermas (expuestas) durante un tiempo para reducir la probabilidad de que contagien a otras personas. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) amplían un poco más la definición, indicando que el objetivo de esta intervención es separar a las personas con una enfermedad contagiosa de las que no están enfermas. Al igual que las cuarentenas, el aislamiento tiene como objetivo reducir la velocidad de transmisión, pero es mucho más selectiva. Sin embargo, para que sea efectiva requiere de una alta capacidad de rastreo de casos y contactos, pero además de garantizar el aislamiento. (p.1)

De esta manera, el aislamiento preventivo se constituye en la herramienta principal que tienen los organismos de control para la prevención de contagios masivos dentro de territorios específicos que así lo requieran, ya que resulta ser un imposible el pensar poder tratar a todas las personas de una ciudad/país que se contagien al tiempo, teniendo en cuenta que la infraestructura médica no está diseñada para atender una gran cantidad de personas a la vez.

De esta manera, el aislamiento preventivo obligatorio se convierte en un factor importante para la investigación, ya que al ser la medida que ha generado más cambios en el contexto actual, resulta necesario tener en cuenta para la comprensión de las vivencias de los adultos mayores sobre su salud mental.

3.3.6.1 Recomendaciones para centros de protección o de larga estancia para personas mayores.

Dentro del aislamiento preventivo obligatorio Según el Ministerio de Salud en su informe Orientaciones para la mitigación del Coronavirus (Covid19) en centros de protección o larga estancia para personas mayores en el marco de las medidas del aislamiento selectivo (2020), mencionan las siguientes recomendaciones para el protocolo de visitas, actividades y espacios de ocio, dentro de estas recomendaciones se encuentran:

- Preparar los protocolos de visitas según las categorías de municipios por afectación de COVID-19 y las orientaciones definidas en los presentes lineamientos, que se complementarían con los métodos alternativos de comunicación, como videollamadas, comunicación telefónica, entre otros, para el contacto de las personas mayores con su red de apoyo.
- Organizar espacios de ocio productivo con horarios escalonados para que la participación de las personas adultas mayores no provoque aglomeraciones.
- Generar actividades alternativas de bajo contacto, como el desarrollo de pasatiempos, lectura, apoyo en algunas actividades del Centro de Protección que no representen riesgo para la salud, jornadas escalonadas de actividad física, espacios para el encuentro espiritual, entre otros (p.9)

Lo que permite evidenciar, la amplia necesidad de la reducción de contacto interpersonal en cualquier aspecto de la sociedad debido a los altos índices de contagios generados por el COVID-19, así como la necesidad de crear espacios mediados por nuevas maneras de interacción, a partir de medios tecnológicos y medidas de retorno a espacios físicos de manera gradual, todo esto con el fin de proteger la integridad física de personas y comunidades vulnerables.

3.3.7. Redes Sociales

Según Monica Chadi (2009) una red social es definida como “un grupo de personas, bien sea miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia” (p.215), Chadi, menciona que estas redes pueden tener diferentes niveles de funcionalidad dependiendo directamente de lo intensa y recíproca que pueda ser, lo que determina el grado de vinculación de sus miembros y el compromiso de cada uno de los integrantes del grupo teniendo en cuenta la función que cada uno cumple en relación a los demás.

Por consiguiente, las redes sociales determinarán la manera en que un individuo se comporta y se rija en un contexto determinado, pues son organismos encargados de caracterizar los diferentes factores que influyen en el día a día.

Siguiendo esta idea, Chadi (2009) realiza una distinción entre las redes sociales, dividiéndolas en primarias y secundarias, las cuales se pueden entender de la siguiente manera:

Primarias: Son aquellas que están conformadas por relaciones significativas e íntimas. En estas se encuentra la familia, los amigos y vecinos, teniendo en cuenta que la medida para cada uno de estos es distinta. Se toma en consideración, que cada uno de estos grupos de individuos tiene una participación importante y activa en los procesos de socialización del ser humano, y son parte de los vínculos afectivos de este.

Secundarias: Son aquellas conformadas por relaciones cercanas, que de una u otra manera ayudan en la formación de identidad del individuo, pero no resultan ser tan importantes como las primarias, teniendo como ejemplo: Los grupos recreativos, comunitarios, religiosos, laborales y educativos.

De esta forma, el reconocimiento de estas redes en los individuos que hacen parte de la investigación resultará de gran importancia, pues darán un atisbo de la manera en que estructuran sus procesos de socialización en esta etapa del desarrollo humano, así como las dinámicas que se pueden presentar dentro de la institución en cuanto a dinámicas sociales se refiere.

CAPÍTULO IV- Marco metodológico

4. 1. Perspectiva epistemológica

La presente investigación se fundamenta en los referentes de la perspectiva epistemológica del paradigma comprensivo- interpretativo que según Martínez Rodríguez (2011) en su artículo Métodos de investigación cualitativa menciona que;

1. Las bases filosóficas del paradigma están constituidas por una o varias de las escuelas idealistas en las cuales es posible adscribir a autores como Dilthey, Weber, Husserl, Schutz, para nombrar a los más importantes.
2. Según este paradigma, existen múltiples realidades construidas por los actores en su relación con la realidad social en la cual viven. Por eso, no existe una sola verdad, sino que surge como una configuración de los diversos significados que las personas le dan a las situaciones en las cuales se encuentra. La realidad social es así, una realidad construida con base en los marcos de referencia de los actores.
3. En el proceso de conocimiento se da una interacción entre sujeto y objeto. En el hecho ambos son inseparables. La observación no sólo perturba y moldea el objeto observado, sino que el observador es moldeado por éste (por la persona individual o por el grupo observado). Tal situación no puede ser eliminada, aun cuando el investigador quisiera eliminarla. La investigación siempre está influenciada por los valores del investigador y éste, en sus informes, debe dar cuenta de ellos. (p.9)

Dicho esto, se opta por esta perspectiva epistemológica, ya que al tener como objetivo principal profundizar en el conocimiento y la comprensión del porqué de una realidad y/o fenómeno a partir de la interacción sujeto-objeto, permite realizar un análisis de la situación a investigar. Así mismo dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados en la investigación, desde las técnicas de observación participativa propuesta por el paradigma.

Ahora bien, teniendo en cuenta las diferentes características de esta perspectiva epistemológica, resulta coherente con el problema de investigación, puesto que se busca conocer una realidad, en este caso las vivencias del adulto mayor institucionalizados sobre su salud mental en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio generada por el COVID-19. Teniendo en cuenta esto, el paradigma comprensivo-interpretativo dará las bases para el análisis a profundidad de las diferentes maneras en que se presentará la realidad, y como se darán las interacciones de los adultos mayores con esta.

4.2. Tipo de investigación

Se considera para este estudio, la investigación descriptiva pues según Gross (2010):

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. (p.2)

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta esencial para la investigación, puesto que tiene como objetivo principal la identificación de relaciones existentes entre dos o más variables, lo cual resulta ser el propósito principal para poder determinar. Esta cuenta, con una serie de características dentro de la investigación que parten desde la caracterización del problema o la situación que se ha escogido, definiéndolo y profundizando desde un marco teórico seleccionado en torno a este, pasando por la selección, uso o elaboración de técnicas o instrumentos para la recolección de datos hasta llegar al análisis de todo lo que se recolectó a lo largo del proceso.

Ahora bien, los datos de todo el proceso descriptivo se pueden expresar de manera cualitativa o cuantitativa, en el caso de la presente investigación, se utilizará de manera cualitativa, la cual según Gross (2010):

Se usan en estudios cuyo objetivo es examinar la naturaleza general de los fenómenos. Los estudios cualitativos proporcionan una gran cantidad de información valiosa, pues emplean términos cuyo significado varía para las diferentes personas, épocas y contextos. Los estudios cualitativos contribuyen a identificar los factores importantes que deben ser medidos

Teniendo en cuenta esto, se elige el enfoque cualitativo, que según Hernández Sampieri (2006): “se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (p. 358), lo que resultará siendo la mejor herramienta para el desarrollo de la investigación, debido a la novedad del tema a tratar y las variables a analizar.

Según Bassi (2015): “Las metodologías cualitativas, por su parte, atienden a la cualidad: no convierten la realidad en variables, sino que describen sus características... con palabras, es decir, de forma comprensiva” (p. 157). Convirtiéndose así, en una manera de entender las diferentes dimensiones en las que se podrá manifestar la forma en que se asimila y aprende la realidad de las personas que harán parte de la investigación. Siendo así, una descripción de variables en las cuales se presenta la realidad observada y analizada a partir de diferentes constructos de aprendizaje individual.

4.3. Método

El método de estudio de caso, es considerado una herramienta valiosa de investigación, para la recolección de datos e información a partir del análisis de uno o más casos con ciertas particularidades cuyo objetivo es realizar una investigación profunda sobre determinado proceso o situación, manteniendo la visión total del fenómeno de interés. Solano (2005) en su artículo “La utilización del estudio de caso en el análisis local” realiza una recolección de definiciones de diferentes autores que se han encargado de implementar y definir el estudio de caso en la investigación, mencionando a; (Yin, 1994) quien define como: “Una estrategia de investigación que comprende todos los métodos con la lógica de la incorporación en el diseño de aproximaciones específicas para la recolección de datos y el análisis de éstos.” y (Goode y Hatt, 1976) quienes expresan:

el método del estudio de caso no es una técnica particular para conseguir datos (como en la entrevista), sino una manera de *organizar* éstos con base en alguna unidad escogida, como puede ser la historia de vida del individuo, la historia del grupo o algún proceso social delimitado. Se pueden emplear todas las técnicas que utilice otro modo de organización: entrevistas intensivas, cuestionarios, historias personales, documentos, informes de casos hechos por otras personas, cartas, etc. (p.113)

De esta manera, como investigadores se concibe el estudio de caso como método y herramienta más óptima para responder al objetivo de la investigación, y lograr comprender la realidad de la población de estudio, en este caso los adultos mayores de la Fundación Casa del Abuelo, a su vez Martínez (2006) en su artículo “El método de estudio de caso -Estrategia metodológica de la investigación científica” menciona que: “La mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado”. (p.167) siendo este, una estrategia metodológica de investigación científica, “útil en la generación de resultados que posibilitan el fortalecimiento, crecimiento y desarrollo de las teorías existentes o el surgimiento de nuevos paradigmas científicos; por lo tanto, contribuye al desarrollo de un campo científico determinado”. (p.189)

Siguiendo esto, y basándose en la propuesta de Robert Stake, el tipo de caso a realizar es llamado “estudio de caso colectivo” el cual según Stake (1994):

Se produce cuando los investigadores pueden estudiar un número de casos coyunturales para examinar los fenómenos, población o condiciones generales. No se trata del análisis de una colectividad, pero el estudio instrumental se puede extender a varios casos. Se escogen porque se cree que entendiéndolos podemos entender mejor o quizá teorizar mejor sobre una larga colección de casos. (p. 237)

Por consiguiente, el estudio de caso resulta determinante al momento de realizar la investigación planteada, ya que para analizar las diferentes maneras en que se vive un contexto, en este caso las realidades en la institución elegida y los cambios que ha tenido debido a las medidas restrictivas generadas por la pandemia, es necesario realizar un acercamiento y análisis desde esta metodología, con el objetivo de ver las diferentes perspectivas, narrativas y formas en que evolucionan estas realidades, generando así, una manera de dar avance a la investigación.

4.4. Unidades de información

Teniendo en cuenta, que la investigación tiene como objetivo conocer las vivencias de los adultos mayores institucionalizados sobre su salud mental a partir de los determinantes sociales del envejecimiento activo: Exclusión social, aislamiento social y soledad, durante el contexto del aislamiento preventivo obligatorio, los elementos seleccionados para elegir las unidades de información están determinados por los siguientes criterios:

Tabla 3 Criterios de selección

Criterios de selección
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estar en condición de institucionalización. 2. Ser mayor de 60 años. 3. Tener la disposición, capacidad física y cognitiva para participar en la investigación.

Fuente: Elaboración propia a partir del libro: Formulación de proyectos de tesis de ciencias sociales -Javier Bassi (2015)

De esta manera, y teniendo como eje central estas unidades de información, el tipo de muestreo seleccionado para el desarrollo de la investigación, será de tipo no probabilístico ya que como resalta Hernandez Sampieri en su libro Metodología para la investigación (2014) “Las muestras no probabilísticas, suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización.”(p. 189), teniendo en cuenta lo anterior, el muestreo no probabilístico servirá para realizar el análisis de las experiencias, entendiendo éstas como situaciones heterogéneas que podrán sumar o restar a la investigación, ya que con esta, no se busca una generalización de la población o de las situaciones que se presentan.

Finalmente, para la selección de los sujetos de estudio se retoman los planteamientos de Hernandez Sampieri (2014) el cual menciona el muestreo diverso o de máxima variación, afirmando que: “es utilizado cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado, o bien documentar la diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades.”(p. 387), lo que permitirá realizar un

acercamiento a profundidad de las experiencias de los adultos mayores sobre su salud mental, junto a las condiciones de vida y su contexto.

4.5. Técnica/s de recogida/construcción de información

Partiendo de la perspectiva metodológica, se establecen una serie de técnicas que resultan pertinentes para la recolección y construcción de información, estas técnicas corresponden a la observación participante y la entrevista semiestructurada, las cuales servirán para el análisis y desarrollo de la investigación.

4.5.1. Observación participante

En el libro técnicas y estrategias en la investigación cualitativa (2016) Lourdes Farías menciona que:

Es una estrategia de investigación en la que el observador tiene un papel activo (Denzin, 1978). Consiste en investigar al mismo tiempo que se participa en las actividades propias del grupo que se está investigando. En la observación participante se entra en contacto con los sujetos a fin de conocer, lo mejor posible, su vida y actividades. (p.10)

Kawulich (2005) retoma a Bernard (1994) quien enlista una serie de razones para incluir la observación participante en la investigación, destacando que esta incrementa la validez de la investigación:

1. Hace posible recoger diferentes tipos de datos. Estar en ese espacio durante un periodo de tiempo familiariza al investigador con la comunidad, y por consiguiente, facilitando el involucrarse en actividades delicadas a las cuales generalmente no habría sido invitado.
2. Reduce la incidencia de "reactividad" o la gente que actúa de una forma especial cuando advierten que están siendo observados.
3. Ayuda al investigador a desarrollar preguntas que tienen sentido en el lenguaje nativo, o que son culturalmente relevantes.
4. Otorga al investigador una mejor comprensión de lo que está ocurriendo en la cultura, y otorga credibilidad a las interpretaciones que da a la observación. La

observación participante también faculta al investigador a recoger tanto datos cualitativos como cuantitativos a través de encuestas y entrevistas.

5. A veces es la única forma de recoger los datos correctos para lo que uno está estudiando (p.6)

Kawulich (2005) menciona que para realizar el proceso de observación existen tres tipos, basándose en Werner y Schoepfle (1987) estos corresponden a;

1. El primero es la observación descriptiva, en la cual uno observa cualquier cosa y todo, asumiendo que lo ignora todo...2. El segundo tipo, observación enfocada, enfatiza en la observación sustentada en entrevistas, en las cuales las visiones de los participantes guían las decisiones del investigador acerca de qué observar...3. El tercer tipo de observación, considerado más sistemático por Angrosino y DePerez, es la observación selectiva, en la cual el investigador se concentra en diferentes tipos de actividades para ayudar a delinear las diferencias en dichas actividades. (Angrosino y DePerez, 2000, p.677)

Dicho esto, se opta por la observación selectiva, donde se busca comprender y registrar dichos factores que hacen parte del planteamiento de la investigación. Kawulich (2005) cita a Schensul y LeCompte (1999), los cuales sugieren que se incluya lo siguiente en el ejercicio del registro de observación:

- Un conteo de los asistentes, incluyendo datos demográficos como edad, género y raza;
- un mapa físico del escenario y la descripción de los alrededores físicos;
- un retrato del lugar en que los participantes se posicionan a través del tiempo;
- una descripción de las actividades observadas, detallando actividades de interés. (p.24)

Por esa razón, se crea un guía de observación basada en aquellos criterios anteriormente mencionados, que permita a los investigadores desde un primer acercamiento registrar aquellos aspectos relevantes que determinen los criterios para la selección de unidades de información que serán utilizadas en la investigación.

Tabla 4 - Formato observación participante

FECHA/ HORA	
ACTIVIDAD A OBSERVAR	
TIEMPO	
OBJETIVO	
POBLACIÓN	-Número de asistentes -Rango de edad -Número de hombres y mujeres
RESPONSABLES	
METODOLOGÍA/ MÉTODO	
DESCRIPCIÓN	-Descripción del entorno físico -Descripción de las actividades observadas -Descripción de las interacciones entre los participantes

Fuente: Elaboración propia a partir del planteamiento de Kawulich (2005)

4.5.2. Entrevista semiestructurada

En el libro técnicas y estrategias en la investigación cualitativa (2016) Trindade menciona que:

La finalidad primordial de la entrevista en investigación cualitativa es acceder a la perspectiva de los sujetos; comprender sus percepciones y sus sentimientos; sus acciones y sus motivaciones. Apunta a conocer las creencias, las opiniones, los significados y las acciones que los sujetos y poblaciones les dan a sus propias experiencias. (p.19)

Es por esa razón, que se decide escoger la entrevista como técnica para la recolección de información y datos expuestos por la población, y de esta manera, lograr conocer aquellos factores que desde sus percepciones están influyendo en la problemática a investigar.

Dicho esto, se toma a Díaz, Torruco, Martínez y Ruiz (2013) quienes mencionan la clasificación de los tipos de entrevista, los cuales corresponde a: Entrevistas estructuradas o enfocadas, entrevistas semiestructuradas y entrevistas no estructuradas. De este modo, como investigadores se opta por el uso de la entrevista semiestructurada como herramienta para la recolección de información.

Retomando a Díaz, Torruco, Martínez y Ruiz (2013) quienes mencionan que las entrevistas semiestructuradas:

Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.
(p. 163)

Para realizar una entrevista semiestructurada, los autores mencionan las siguientes recomendaciones que tienen como base la propuesta de Martínez:

- Contar con una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema.
- Elegir un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación.
- Explicar al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitar autorización para grabarla o video grabarla.
- Tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación.
- La actitud general del entrevistador debe ser receptiva y sensible, no mostrar desaprobación en los testimonios.

- Seguir la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, si es necesario se modifica el orden y contenido de las preguntas acorde al proceso de la entrevista.
- No interrumpir el curso del pensamiento del entrevistado y dar libertad de tratar otros temas que el entrevistador perciba relacionados con las preguntas.
- Con prudencia y sin presión invitar al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio. (p.163-164)

Dentro de la estructura de la entrevista, los autores mencionan una serie de fases para desarrollarla, estos momentos o fases corresponden a:

- Primera fase:** Preparación. Es el momento previo a la entrevista, en el cual se planifican los aspectos organizativos de la misma como son los objetivos, redacción de preguntas guía y convocatoria.
- Segunda fase:** Apertura. Es la fase cuando se está con el entrevistado en el lugar de la cita, en el que se plantean los objetivos que se pretenden con la entrevista, el tiempo de duración. También, es el momento oportuno para solicitar el consentimiento de grabar o filmar la conversación.
- Tercera fase:** Desarrollo. Constituye el núcleo de la entrevista, en el que se intercambia información siguiendo la guía de preguntas con flexibilidad. Es cuando el entrevistador hace uso de sus recursos para obtener la información que se requiere.
- Cuarta fase:** Cierre. Es el momento en el que conviene anticipar el final de la entrevista para que el entrevistado recapitule mentalmente lo que ha dicho y provocar en él la oportunidad de que profundice o exprese ideas que no ha mencionado. Se hace una síntesis de la conversación para puntualizar la información obtenida y finalmente se agradece al entrevistado su participación en el estudio. (p.164)

Finalmente, para el desarrollo de la entrevista se crea y se hace uso de una serie de instrumentos y recursos, basados en aquellas fases y recomendaciones anteriormente mencionados, que permita a los investigadores el registro de aquellos aspectos relevantes para la investigación, tales como: Una guía de preguntas, registros de audio y transcripciones.

4.5.3. Categorización

Teniendo en cuenta los diferentes criterios de selección, así como los objetivos planteados para el desarrollo de la investigación, la categorización de información será la técnica utilizada para la selección de los criterios de análisis.

Según Straus y Corbin (2002) “la categorización consiste en la asignación de conceptos a un nivel más abstracto...las categorías tienen un poder conceptual puesto que tienen la capacidad de reunir grupos de conceptos o sub-categorías.” (p.1)

A su vez, Gomes complementa que (2003):

La palabra categoría, se refiere en general a un concepto que abarca elementos o aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí. Esa palabra está relacionada a la idea de clase o serie. Las categorías son empleadas para establecer clasificaciones. En este sentido trabajar con ellas implica agrupar elementos, ideas y expresiones en torno a un concepto capaz de abarcar todo (p. 1)

Por consiguiente, la categorización será de utilidad para la investigación, puesto que ayuda a procesar y organizar la información en diferentes categorías y subcategorías, con la finalidad de profundizar y generar instrumentos; en este caso, el diseño de las preguntas que servirán como guía para la recolección de información, dando paso a responder los objetivos planteados.

Tabla 5 - Categorización

Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías	Preguntas	Código
Indagar con los adultos mayores institucionalizados sobre su salud mental a partir de sus experiencias	Salud mental	Promoción de la salud mental	¿Qué conocimientos tiene acerca de la salud mental? ¿Para usted qué significa la Salud Mental? ¿Considera usted que tiene una buena salud mental? si-no ¿Por qué? ¿Qué situaciones considera usted que afectan su salud	SM-SMP

			<p>mental?</p> <p>¿Qué situaciones considera usted que contribuyen a su salud mental?</p>	
	Institucionalización	Modelos básicos de comportamientos	<p>¿Por qué se encuentra institucionalizado?</p> <p>¿Se siente a gusto con estar residiendo en la institución? si-no ¿Por qué?</p> <p>¿Se siente usted a gusto con las dinámicas que se manejan dentro de la institución? si-no ¿Por qué?</p> <p>¿Se siente a gusto en la convivencia con sus compañeros? si-no ¿Por qué?</p> <p>¿Cómo es la relación con sus compañeros de la institución?</p> <p>¿Cómo es la relación con los profesionales de la institución?</p>	INS-MBC
Reconocer los determinantes sociales del envejecimiento activo referentes a la exclusión social, aislamiento social y soledad que vivencian	Envejecimiento activo	Determinante social del envejecimiento activo-Exclusión social	<p>¿Qué entiende por exclusión social? ¿Siente usted que ha sido excluido socialmente? si-no ¿por qué?</p> <p>¿En qué situaciones de su diario vivir en la actualidad se siente excluido?</p>	EA-ES

los adultos mayores institucionalizados		Determinante social del envejecimiento activo - Aislamiento social y soledad	<p>¿Qué entiende por aislamiento social?</p> <p>¿Qué entiende por soledad?</p> <p>¿Actualmente diría usted que siente soledad? si-no ¿Por qué?</p> <p>¿Qué emociones experimenta en los momentos de soledad?</p> <p>¿Cómo es su participación social y política actualmente?</p>	EA-ASS
Evidenciar las	Redes de apoyo	Redes de apoyo en adulto mayor	<p>¿Cuáles son sus redes de apoyo dentro y fuera de la institución?</p> <p>¿Cómo es su relación con sus redes de apoyo?</p>	RD-RAM
vivencias de los adultos mayores institucionalizados sobre su salud mental, desde los determinantes sociales del envejecimiento activo referentes a la exclusión social, aislamiento social y soledad, durante el contexto del aislamiento preventivo obligatorio.	Aislamiento preventivo obligatorio	Recomendaciones para centros de protección o de larga estancia para personas mayores	<p>¿Cómo es su rutina actual dentro de la institución?</p> <p>¿Con qué frecuencia ha recibido visitas durante el aislamiento preventivo obligatorio?</p> <p>¿Durante las visitas que actividades realiza?</p> <p>¿Qué actividades de ocio o aprendizaje realiza dentro de la institución?</p> <p>¿Qué actividades de ocio o aprendizaje realiza fuera de la institución?</p> <p>¿Cada cuánto realiza estas actividades de ocio o aprendizaje?</p>	AP-RCP

Adulto Mayor	Envejecimiento y Vejez	Concepción del proceso de envejecimiento a partir de sus vivencias e interpretaciones de los investigadores	AM-ENV
--------------	------------------------	---	--------

Fuente: Elaboración propia, a partir de lo planteado en el artículo la categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa por Cristina Romero Chavez (2005)

CAPÍTULO V- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para la ejecución del análisis de información, se opta por emplear la técnica de procesamiento de información, corte y clasificación, planteada por Hernandez Sampieri (2014), quien propone que por medio de esta técnica: Se busque la identificación de expresiones, pasajes o segmentos que parecen importantes para el planteamiento y luego juntarlos conceptualmente; con el objetivo, de lograr categorizar y dividir la información para luego analizarla de manera más ordenada y coherente frente a la necesidad que se requiera en el transcurso de la investigación.

Seguido a esto, se usará para el análisis final y como estructura central, la técnica de texto libre a través de códigos planteada por Núñez (2006), quien propone esta técnica con el fin de sistematizar y seguir una secuencia ordenada al momento de revisar toda la información cualitativa recolectada a lo largo del desarrollo de una investigación. Este proceso, cuenta con una serie de pasos o fases, las cuales son: Obtener la información, capturar, transcribir y ordenarla, codificar e integrar la información.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, estas son las herramientas seleccionadas para la realización del análisis presentado a continuación.

5.1. Conocimiento y experiencias en relación a la exclusión social

A partir de la definición del Centro internacional de Longevidad (2015) se entiende la exclusión social como "Un proceso de no reconocimiento y privación de derechos y recursos de ciertos segmentos de la población"(p.67). Durante las entrevistas se encontraron respuestas por parte de los adultos mayores que hacen alusión a ese proceso de no reconocimiento.

"por exclusión social entiendo de una persona. Que está siendo. Sacada de la sociedad sacada de un grupo retirada dejada exclusión es sacarla de la participación de cualquier grupo social."

"Por el físico, por la forma de vestir, por la forma de hablar, por la forma de comportarse sin que el comportamiento sea malo sino que simplemente que no le cae bien."

(Entrevistado #1)

"que no lo tengan a uno en cuenta a algo para realizar una actividad social"

(Entrevistado #2)

A su vez, durante los relatos algunos de los adultos mayores exponen haberse sentido excluidos en varios momentos de su vida, sin embargo, resaltan esos momentos por factores externos a la institucionalización y/o la edad, resaltando la exclusión simbólica dada por el estigma hacia una enfermedad mental, así como la exclusión de lazos sociales significativos resaltando la ausencia de redes de apoyo familiar.

" Uno es excluido por el comportamiento, Por la edad no"

(Entrevistado #1)

"Muchas veces Muchas veces Inclusive en mi familia precisamente por ser enferma mental"

(Entrevistado #2)

"pues sí porque yo tengo. Ehh. harta familia. y. entonces. mi familia no me quiso atender. porque de resto ningún familiar. me visita ni. ni nada de eso."

(Entrevistado #3)

5.2. Conocimiento y experiencias en relación al aislamiento social y soledad

Desde la perspectiva del concepto de aislamiento social los autores Badia, Sanchez y Masó (2016) conciben este como "la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos"(p. 604), comprendiendo este como un proceso involuntario. Así, durante las entrevistas se encuentran respuestas como:

"El aislamiento e::::s por ejemplo lo que tenemos aquí. Uno está aislado"

(Entrevistado #1)

"El aislamiento social puede darse o lo veo yo en una cárcel en un hospital e::::n sitios así donde el individuo se sienta RECLUIDO porque aquí hay muchos así"

(Entrevistado #2)

"está uno aislado de la sociedad"

(Entrevistado #3)

Desde estas respuestas, se puede evidenciar la comprensión del aislamiento social desde la situación actual de institucionalización en la que se encuentran cada uno de los adultos mayores, teniendo en cuenta que, desde los relatos de los entrevistados ninguno se encuentra en la institución por voluntad propia, lo que resalta así, este como un proceso involuntario.

Por otro lado, el concepto de soledad es entendido según los autores Rubio y Alexandre (2001) como "un sentimiento interno, una percepción subjetiva. Algunos factores como el desarraigo social, la carencia de redes sociales, la marginación, pueden ir asociados al estar solo, pero la verdadera soledad va asociada a sentirse solo, al sentimiento que genera nostalgia, tristeza, añoranza, etc." (p. 559). Desde esta percepción subjetiva mencionada por los autores, encontramos respuestas como:

"La soledad es algo que lo siente uno. O lo siente o no lo siente. Uno no necesita necesariamente estar integrado. O solo para estar solo. La soledad es otra cosa"

"La soledad es el vacío que siente una persona. Cuando se ha sentido fracasado en todo el trayecto de su vida."

(Entrevistado#1)

"a mi la soledad me parece algo terrible, porque yo la vivi mucho tiempo inclusive en mi casa. Yo me sentía sola porque todos me hacían sentir que yo era diferente a ellos si entonces yo me sentí creeme en muchos aspectos de mi vida yo me he sentido sola"

"tristeza frustración tal vez desesperación tal vez todo muy triste."

(Entrevistado # 2)

"pues en parte es muy triste"

"estar uno solo"

"tristeza de pronto. o angustia"

(Entrevistado # 3)

Sin embargo, desde los relatos también se puede evidenciar la institución como un factor protector para el adulto mayor al enfrentar la soledad, en respuestas como:

"No. Acá pues uno no está solo. No estoy aquí solo"

(Entrevistado #1)

"¿Se siente actualmente sola?- NO ya ves que no, como es la vida nono"

(Entrevistado #2)

"como aquí yo no me siento solo"

(Entrevistado #3)

A su vez, se encuentran mecanismos y contactos externos que el mismo adulto mayor utiliza para hacer frente a esos sentimientos

"Bueno de pronto he sentido soledad pero ha sido una cosa Pasajera. Temporal. A mi me queda muy fácil cuando siento una necesidad de llamar a alguien. >COJO MI TELÉFONO Y LE MARCO le marco a un amigo o amiga a un hijo a una hija<. A un nieto. y tiene una conversación agradable y eso es estimulante ... Eso lo llena a uno, Eso produce una sensación de alegría"

(Entrevistado #1)

5.3. Identificación de los modelos básicos de comportamiento en relación a la institucionalización

Desde una perspectiva en Trabajo Social se toma como referente a Liliana Guevara (2016) quien menciona que “es fácilmente reconocible que la institucionalización genera desconexión con el mundo exterior, con el contexto social e impide la relación con grupos etarios diferentes.” (p. 147). Dicho esto, se encuentran respuestas como:

"lo único malo es que. permanezco aquí encerrado. Si. no puedo decir. bueno voy a salir el día a salir a comprar tal cosa. por que si me provoca un pan. me dicen. mueche a ver la plata y voy y se lo compro."

(Entrevistado #3)

Afirmando que el proceso de institucionalización genera esa desconexión de actividades de la vida diaria, sin embargo también se encuentran respuestas como:

"Es que yo puedo salir pero yo lo hago esporádicamente... Voy y visito un familiar que está por aquí cerca. Va uno y se toma un tinto conversa un rato y ya. Eso es cuestión de una media hora 45 minutos"

"YYYY lo que te digo yo puedo salir yo tengo las libertades que otros no tienen"

(Entrevistado #1)

"más sin embargo fijate que yo siempre he amado mi libertad entonces yo dije no pero PRIMERO que todo llegue aquí y dije si aquí no me dejan fumar aquí no me quedo. No voy a fumar lo mismo pero me dejan fumar y me dejan salir cuando yo desea hacerlo o con una persona que me acompañe."

(Entrevistado #2)

Lo que permite demostrar que esa desconexión del mundo exterior no se da en todos los casos, ya que dependiendo del nivel de deterioro cognitivo y físico que tenga el adulto mayor, la institución establecerá el nivel de autonomía que podrá ejercer la persona mayor, encontrando incluso, en medio de sus relatos que algunos de ellos trabajan y/o desempeñan actividades fuera de la institución.

"yo salg::::o. Por ejemplo ahoritica hace. 20 días salí de Bogotá hacer un trabajo"

(Entrevistado # 1)

"soy Licenciada en Español e Inglés de la pedagógica y me dijo yo te tengo trabajo ponte al día con el computador y yo te tengo trabajo entonces yo le comente a mi hijo y el me dijo mami si tu te sientes capaz le dije claro que yo me siento capaz y es para dictar ortografía)redacción y comprensión de lectura para adultos mayores"

(Entrevistado #2)

Por otro lado, Gaviria (2003) menciona que las personas adultas mayores, que se encuentran en procesos de institucionalización, cumplen con una serie de aspectos conocidos

como modelos básicos de comportamiento, estos modelos básicos corresponden a Adaptación, Aceptación, Resignación, Simulación de transformación y Evasión o anulación, dicho esto, se encuentran respuestas desde el modelo de aceptación, entendido este como:

"quien se ajusta en forma pasiva a la dinámica relacional, a cada una de las personas que se encuentran viviendo en la misma institución, por ser un grupo que tiene una vida en común. No obstante y debido a que es un grupo heterogéneo, en el cual cada persona tiene su propia individualidad e historia, puede resultar en que la convivencia de algunos sea difícil con su entorno."(Gaviria, p.20)

"aquí uno tiene todo. Aquí tiene la comida la dormida el lavado de la ropa e:: tiene alguno que otro amigo. E:: tiene (0.3) no necesita ni uno estar pendiente del día que se paga la pensión aquí. Porque eso ya está organizado"

"Pues el trato no es que sea excelente porque manejar viejitos es complicado siempre:::e las enfermeras briegan"

"Si uno tiene diferencias como todo en cualquier parte. Como le decía anteriormente hay viejitos que son chochos y tienen chocheras. Mal genio. Eee algunos son hasta groseros por el mal genio pero eso uno no le pone cuidado a eso mucho con viejitos que ya son chochos"
(Entrevistado #1)

"Te digo la verdad aquí hay enfermeras que son de muy mal genio yo he visto también como tratan a los que están más viejos y ya no pueden defenderse yo lo digo porque yo me puedo defender y se que contra mí no la van a tomar"

"Me ha agradado la estadía porque los compañeros son muy buenas personas la comida es muy buena SI "
(Entrevistado #2)

"Son amigos míos y yo amigos de ellos. y todo"

"porque a lo menos a mí me atienden muy bien"

"yo me siento bien...Y. y. de vez en cuando que esté haciendo buen día nos llevan aquí al parque. y pasea uno por el parque. se sienta allá a descansar y bueno. ya descansaron un ratito otras vueltecitas al parque. eso es muy bueno"

(Entrevistado # 3)

"Es que aquí se organiza todo, todos aquí somos amigos"

(Entrevistado #4)

5.4. Recomendaciones para centros de protección de larga estancia para personas mayores en el marco del Aislamiento Preventivo Obligatorio

A partir del aislamiento preventivo obligatorio como medida de protección para los centros de protección o larga estancia para personas mayores, el Ministerio de Salud da una serie de Recomendaciones para el protocolo de visitas, actividades y espacios de ocio, dichas recomendaciones hacen alusión al uso de una serie de actividades y recursos para una óptima estancia durante esta medida de aislamiento. Dentro de estas recomendaciones se encuentran:

-Preparar los protocolos de visitas según las categorías de municipios por afectación de COVID-19 y las orientaciones definidas en los presentes lineamientos, que se complementarán con los métodos alternativos de comunicación, como videollamadas, comunicación telefónica, entre otros, para el contacto de las personas mayores con su red de apoyo.

-Organizar espacios de ocio productivo con horarios escalonados para que la participación de las personas adultas mayores no provoque aglomeraciones.

-Generar actividades alternativas de bajo contacto, como el desarrollo de pasatiempos, lectura, apoyo en algunas actividades del Centro de Protección que no representen riesgo para la salud, jornadas escalonadas de actividad física, espacios para el encuentro espiritual, entre otros.

Se toma como primer punto la preparación de protocolos para visitas, donde se encuentran las siguientes respuestas:

"es difícil porque mis hijos trabajan, Y mis hermanos también tienen su familia. Me llaman regularmente por teléfono si^. Puede ser diario o cada tercer día. Pero las visitas son por allá una vez al mes pero es por falta de tiempo primer punto"

(Entrevistado #1)

"A mi me visitan seguido yo tengo una amiga que conocí en el Hospital de Kennedy, ella viene a visitarme me trae ropa me invita a comer algo a veces viene mi sobrina a veces viene sola a veces viene con el hijo mi hijo estuvo la semana pasada pero es que el vive en Medellín"

(Entrevistado #2)

"Ellos vienen aquí a visitarme"

"cada ocho días"

(Entrevistado #4)

Se puede evidenciar, que no hay una alteración o protocolos específicos para las visitas, ya que están continuando para los entrevistados de manera normal antes y después de las medidas de protección. Por otro lado, se encuentra la organización de espacios de ocio productivo y las actividades de bajo contacto donde se encuentran las siguientes respuestas:

"A veces conversa uno con alguno de los compañeros, o a veces se pone uno a leer o hacer otra cosa o a jugar domino "

"Yo leo"

(Entrevistado #1)

"Mi rutina es llenar este librito de sopa de letras, o he. pues aquí lo cargo pa' todas partes y lo lleno"

"camina uno aquí dentro de la institución por que no lo dejan salir"

"hace ejercicio aquí dentro de la institución y. y. camina. normalmente"

" caminar. Caminar hasta la entrada... umm la televisión"

(Entrevistado #3)

Sin embargo, los adultos mayores hacen énfasis en que el aislamiento preventivo no ha afectado su rutina en lo absoluto, ya que eran las actividades que realizaban normalmente antes de las medidas de protección, ellos manifiestan a la pregunta de si su rutina se ha visto afectada lo siguiente:

"Uno no es que::: Este añorando por ejemplo trabajar o salir a la calle menos con la pandemia que no da muchas ganas de salir, Es muy riesgoso^ "

(Entrevistado #1)

"Pues no tal vez como por lo que y estuve aislada en mi casa después en el hospital y después llegue aquí y ya va pasando y ya puedo salir"

(Entrevistado #2)

"no. aquí pues no. no ha cambiado. ni he sentido. Oh. mal"

(Entrevistado #3)

"todo se ha mantenido normal"

(Entrevistado #4)

De esta manera, se evidencia en el caso de estos cuatro adultos mayores institucionalizados que las recomendaciones y medidas de protección ya estaban implementadas dentro de la institución, lo que hace que no sientan un cambio en su rutina diaria.

5.5. Conocimientos y experiencias en relación a la Salud Mental

Desde la Ley 1616 de 2013 que rige en Colombia la salud mental es:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (p. 1)

Desde esa perspectiva de expresión a través del comportamiento y la interacción se encuentran respuestas como:

">Yo por ejemplo tengo la fortuna de que yo todavía puedo trabajar<, Sale uno se relaja. Le sienta bien el viaje. El cambio de clima. El trato con las personas"

"yo:::o nunca durante las épocas de mi vida me he dejado perturbar por las altas y las bajas"

"Lo que pasa es que una persona cuando pasa una determinada edad. De los 70 en adelante. Si ya se volvió temperamental ya no tiene arreglo. Eso no hay psicólogo ni hay psiquiatra. Ni hay tratamiento médico. e:::: una persona. En esos casos >ya se acostumbra a vivir así<. Aquí por ejemplo hay algunos viejitos que no tratan a nadie. No conversan con nadie. Y todo le parece malo"
(Entrevistado #1)

"ahorita yo pienso que estoy ESTABLE ¿Por qué? porque me estoy tomando la droga puntualmente porque estoy comiendo bien porque estoy durmiendo bien pero si esas cosas se ven truncadas tu Salud Mental se ve afectada"
"Influye el entorno social."
(Entrevistado #2)

"yo no. no me enfermo ni nada. permanezco bien aquí"
"Eh. digamos a mi no se me olvidan las cosas"
(Entrevistado #3)

Dicho esto, se profundiza en las perspectivas de la salud mental positiva, definida por los autores Muñoz, Restrepo y Cardona (2016) como "la suma de recursos personales y sociales que posee el individuo y lo protegen de enfermar o contribuyen en los procesos de recuperación o rehabilitación." (p.170) habiendo dicho se plantean preguntas a los adultos mayores referentes a los factores que contribuyen a su salud mental encontrando respuestas por parte de los entrevistados como:

"lo contrario digo de los psicólogos porque digamos en el Hospital fabulosos porque el digamos me devolvió la esperanza en LA VIDA, me devolvió muchas cosas, tal vez la seguridad en mi misma muchas cosas un profesional increíble"
"las compañeras que yo tengo de alcoba son tres e:: maso no son mayores que yo pero son muy muy MENTALMENTE MUY ESTABLES si entonces tal vez eso me ayuda allá."
(Entrevistado #2)

"la charla con los compañeros aquí"
(Entrevistado #3)

De esta manera se puede evidenciar que existen recursos dentro de la institución que protegen y contribuyen a ese bienestar en la salud mental del adulto mayor.

5.6. Concepción de proceso de envejecimiento

Desde la perspectiva que el Ministerio de Salud y Protección Social da en su artículo Envejecimiento y Vejez (2020) se entiende en envejecimiento humano como:

"Un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo."(p. 1)

Es así como, durante las entrevistas se encontraron respuestas que hacen alusión a ese proceso multidimensional teniendo en cuenta la etapa de vida en la que se encuentran que es la vejez, entendiendo esta por Rodríguez (2011) como: "La última etapa del ciclo de la vida donde se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde se acepta la trayectoria de la vida con satisfacción." (p. 6)

"Uno cuando llega a cierta edad ya tiene límites^ uno no es que:: Este añorando por ejemplo trabajar o salir a la calle"

"Uno se transporta a épocas de hace 50 años que era diferente. Hoy en día en la calle hay mucha mugre. Mucha basura botada. La gente vive estresada, hace 50 años no sucedía eso. la gente era más pasiva"

(Entrevistado #1)

"no creas eso en todas partes hay de todo no importa la edad que uno tenga tu sabes que hombre es hombre"

(Entrevistado #2)

Por otro lado, desde la interpretación de actitudes y relatos por parte de los entrevistadores, se puede dar cuenta, que en algunos casos, ese proceso se da con más deterioro y limitaciones, el ejemplo es uno de los entrevistados quien solo tiene respuestas monosilábicas

por el mismo deterioro evidente a nivel físico y cognitivo, así como respuestas que hacen alusión a esa falta de autocuidado por limitaciones físicas y de salud que se tienen al encontrarse en esa etapa de la vida:

"mi hermano el que me. el que me metió aquí se dio cuenta. me dijo. esto no es un sitio pa' que usted este. Aquí. porque usted. tiene su pieza y a veces sale a comer. a veces no come. entonces eso no puede seguir así. Ah. Y. y el fue el que me trajo. Y. y. y aquí afortunadamente la comida es a las horas y. y buena comida y todo."

(Entrevistado #3)

5.7. Redes de apoyo para el adulto mayor

Desde la perspectiva de Monica Chadi (2009) una red social es definida como “un grupo de personas, bien sea miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia”(p. 215) la autora también menciona una división entre redes primarias y redes secundarias, las cuales están determinadas por el nivel de intimidad y significado que le da cada persona, partiendo de esta perspectiva se encuentran las siguientes respuestas que permiten evidenciar las redes primarias para cada uno de ellos:

"La red de apoyo principal son mis hermanos y mis hijos."

(Entrevista #1)

"yo tengo una amiga que conocí en el Hospital de Kennedy - ella viene a visitarme me trae ropa me invita a comer algo a veces viene mi sobrina a veces viene sola a veces viene con el hijo mi hijo estuvo la semana pasada pero es que el vive en Medellín y yo tengo solo ese hijo"

(Entrevistado #2)

"fuera de acá. un hermano. es el único que me ayuda el resto de familia no"

(Entrevistado #3)

"La familia ellos vienen aquí a visitarme."

(Entrevistado #4)

Por otro lado, desde la perspectiva de redes secundarias se encontraron respuestas como:

"pues uno tiene algún apoyo por el estado porque esta la fundación de las eps que de eso depende uno mucho. Más cuando uno pasa de los 60 para arriba >uno puede sufrir de cualquier cosa y necesita el servicio urgente"
(Entrevistado #1)

*" E:::N protección social del lago timiza que fue donde me dieron la guía del adulto mayor"
" las compañeras que yo tengo de alcoba son tres e::: maso no son mayores que yo pero son muy muy MENTALMENTE MUY ESTABLES si entonces tal vez eso me ayuda allá."*
(Entrevistado #2)

Y en otros casos, aunque en sus relatos no lo expresen de manera literal desde la mirada de los investigadores se puede interpretar que la institución también es reconocida de manera implícita como una red de apoyo secundaria.

Respecto a lo expuesto anteriormente, se puede inferir que existe una relación entre los determinantes sociales del envejecimiento activo referentes a la exclusión social, asilamiento social y soledad, con la salud mental de los cuatro adultos mayores; puesto que al vivenciar experiencias relacionadas con estos tres determinantes, especialmente por parte de sus redes de apoyo primarias, se evidencian afectaciones en su salud mental, privandolos así del proceso de reconocimiento y participación en cada uno de sus contextos sociales.

Dicho esto, se reconoce desde los relatos y experiencias a partir de los determinantes anteriormente mencionados, la existencia de emociones, sensaciones y sentimientos “negativos” en los adultos mayores tales como: Vacío, fracaso, tristeza, frustración, rechazo y angustia, las cuales responden a una relación directa con afectaciones en la salud mental.

Sin embargo, los determinantes vivenciados desde el estado de institucionalización poseen una relación con un efecto positivo en la salud mental del adultos mayor, ya que al encontrarse en dicho estado, les ha permitido crear lazos sociales significativos dentro de la institución, la reducción de las emociones, sensaciones y sentimientos anteriormente

mencionados, así como también la creación de hábitos saludables como: La alimentación, el sueño y actividades de ocio que contribuyen de manera positiva en la estabilidad emocional y por ende en la salud mental de los adultos mayores.

Finalmente, es así como la misma institución se ha convertido en un factor protector para el adulto mayor, que aunque se encuentran en cierta medida en un estado de desconexión con el mundo exterior y con el contexto social, este mismo aislamiento social se ha convertido no solo en la oportunidad de sentirse reconocidos y participes de una comunidad como es la institución; ejerciendo roles, labores y estableciendo unos valores y costumbres propios, sino también, ese mismo aislamiento dado por el estado de institucionalización en que se encuentran, resulto ser un factor protector, puesto que la desconexión con el mundo exterior, también genero que no existiera una afrontación de manera directa hacia las problemáticas sociales que se generaron por la emergencia sanitaria, es así como ellos logran asumir la medida de aislamiento preventivo obligatorio de tal forma que no afecte de manera significativa su rutina diaria, calidad de vida y por ende su salud mental.

Referente a los hallazgos que se encuentran de manera individual por cada uno de los casos, se presentan las siguientes conclusiones;

- Como se observó y analizo anteriormente, con relación a la categoría de exclusión social y soledad, en el *entrevistado #1* es claro que el individuo no ha experimentado un acto de exclusión social que haya llegado a influenciar de forma significativa la manera de relacionarse con su entorno. En cuanto al criterio de aislamiento social y soledad, el *entrevistado #1* resalta que es un sentimiento y un estado que experimenta de manera pasajera, contando con las herramientas y redes de apoyo, dentro y fuera de la institución, necesarias para enfrentar dichas situaciones, expresando que;

“de pronto he sentido soledad pero ha sido una cosa Pasajera. Temporal. A mi me queda muy fácil cuando siento una necesidad de llamar a alguien. >COJO MI TELÉFONO Y LE MARCO le marco a un amigo o amiga a un hijo a una hija<. A un nieto. y tiene uno una conversación agradable y eso es estimulante. Eso lo llena a uno, Eso produce una sensación de alegría”

Evidenciando unas redes de apoyo sólidas para el *entrevistado #1*, las cuales representan un factor protector en el estado de institucionalización.

Respecto a la categoría de modelos básicos de comportamiento con respecto a la institucionalización, es claro que en el caso de el *entrevistado #1* las condiciones dentro de la institución son diferentes, ya que, al contar con una buena salud física y mental, existe una flexibilidad en las reglas previamente establecidas, que le dan ciertas libertades como lo son el salir solo y trabajar esporádicamente.

En cuanto al criterio de recomendaciones para centros de protección de larga estancia para personas mayores en el marco del Aislamiento Preventivo Obligatorio, se evidencia que para el *entrevistado #1*, la preparación de protocolos para visitas no ha tenido un impacto mayor, ya que antes y después del aislamiento preventivo la dinámica con sus familiares han permanecido igual, por factores más allá del covid-19, como lo expresa el individuo, la falta de tiempo, y la vida laboral de sus hijos, obliga que las visitas sean una vez al mes, y el contacto frecuente sea vía telefónica. Dentro de estos protocolos, para el *entrevistado #1* no se ha visto afectada su rutina dentro de la institución, nuevamente, más allá de las recomendaciones establecidas por el aislamiento preventivo, dentro de su rutina y preferencias personales no se encontraba el salir o realizar actividades fuera de la institución.

Acerca del criterio de salud mental, para el *entrevistado #1* es claro que existe una estabilidad y salud mental significativa, que influye tanto emocional como cognitivamente, brindándole la posibilidad de seguir trabajando y enfrentar situaciones problemáticas.

Por último, en referencia al criterio de la concepción de proceso de envejecimiento en el *entrevistado #1* se evidencia que ha sido un proceso tranquilo y en paz, que más allá de su edad física, en su concepción personal el expresa sentirse joven, lo que favorece la formar de relacionarse y asumir de la mejor manera el estado de institucionalización en el que se encuentra, sin dejar de lado las actividades en las que cuenta con la capacidad de realizar de manera independiente.

- Con relación al criterio de exclusión social para la *entrevistada #2* es claro que por el trastorno bipolar afectivo que presenta, este es un determinante que ha permanecido presente a lo largo de su vida, como lo expresa ella durante su relato, la familia ha sido uno de los entornos en los que más ha experimentado dicha exclusión, sin embargo al encontrarse institucionalizada manifiesta no sentirse excluida, por el contrario, tanto la institución, como los funcionarios y compañeros representan una red de apoyo significativa para la *entrevistada #2* convirtiéndose en parte de sus redes de apoyo principales, así como los amigos que conserva fuera de la institución, con los que en algún momento también estuvo interna por problemas de salud mental.

Dicho esto, En cuanto al criterio de salud mental, se puede evidenciar la institución como un factor protector para la *entrevistada #2* ya que, al contar con un control farmacológico, de alimentación y cuidado personal, así como la compañía de sus compañeras dentro de la institución, como ella lo expresa, permite que permanezca estable.

Con relación al criterio de aislamiento social y soledad, para la *entrevistada #2* es claro que ha sido otro determinante significativo, así como la exclusión social durante su vida, expresando que;

"a mi la soledad me parece algo terrible, porque yo la viví mucho tiempo inclusive en mi casa. Yo me sentía sola porque todos me hacían sentir que yo era diferente a ellos si entonces yo me sentí creeme en muchos aspectos de mi vida yo me he sentido sola"

De esta manera se puede evidenciar un aislamiento y soledad más allá de un proceso de institucionalización, siendo un determinante causado por el estigma frente a la salud mental, que ha limitado su desempeño tanto laboral, como personal, sin embargo nuevamente se demuestra que la institución juega un papel importante para la *entrevistada #2* ya que durante sus relatos expresa dejar de haber experimentado dichas emociones al encontrarse institucionalizada.

En cuando a los modelos básicos de comportamiento con relación a la institucionalización, en el caso de la *entrevistada # 2* cuenta con ciertas libertades que le permiten la realización de rutinas y hábitos que representan un papel importante para

ella, como lo es el consumo de tabaco, y las salidas, sin embargo, en el caso de la *entrevistada #2* dadas las condiciones mentales las salidas deben realizarse con un acompañante ya sea bien un funcionario, o alguien externo que vaya a visitarla.

Por último, frente a las Recomendaciones para centros de protección de larga estancia para personas mayores en el marco del Aislamiento Preventivo Obligatorio, para la *entrevistada #2* no ha existido un cambio significativo en su rutina, ya que por la condición mental que presenta, se ha encontrado a lo largo de su vida en instituciones psiquiátricas o dentro de su casa, las actividades que realiza con frecuencia son pasivas, y no necesitan del contacto físico, ni con el exterior. Así como la frecuencia de visitas, ya que más allá del aislamiento preventivo, la dinámica de visitas siempre ha sido la misma, ya que su hijo se encuentra viviendo en otra ciudad, y el resto de visitas son de manera esporádica.

- Con relación al criterio de exclusión social para el *entrevistado #3* es claro que la principal exclusión viene por parte de su familia, evidenciando que no representa una red de apoyo, siendo la institución y las personas que residen y trabajan dentro de esta, los lazos de apoyo más significativos para en *entrevistado #3 convirtiéndose* así en un factor protector importante para enfrentar este determinante. Dicho esto, frente al criterio de aislamiento social y soledad, nuevamente el estar institucionalizado representa un mecanismo de protección para dicho estado, ya que antes de estar en la institución, en sus relatos expresa el encontrarse viviendo completamente solo, descuidando su alimentación y hábitos saludables.

Frente a los modelos básicos de comportamiento en referencia a la institucionalización, en el caso del *entrevistado #3* las condiciones para el son diferentes, él debe permanecer encerrado, sus salidas son restringidas, casi nulas, y en el caso de que se permitan deben ser con un funcionario de la institución. Sin embargo, es un factor que, aunque manifiesta como molesto, no es algo que perjudique en la forma de relacionarse y/o en su salud física y mental.

Finalmente, respecto al criterio de Recomendaciones para centros de protección de larga estancia para personas mayores en el marco del Aislamiento Preventivo Obligatorio para el *entrevistado #3* su rutina y dinámica de visitas no ha tenido un cambio representativo, precisamente porque estas no han sido durante su estancia de manera frecuente, así como las actividades que realiza son pasivas y de poco contacto.

- En el caso del *entrevistado #4* no se logró recolectar mucha información, es claro que hay un deterioro físico y mental significativo por su edad, es uno de los adultos mayores más viejos que se encuentran en la institución, evidenciando una clara limitación tanto en la rutina diaria, como en la comprensión de su entorno, sin embargo a partir de lo que se logró indagar, es evidente que la institución representa un factor protector, para el cuidado de su salud y cuenta con redes de apoyo solidas por parte de su familia.

CONCLUSIONES

- Con respecto al determinante de exclusión social, se concluye desde las vivencias de los adultos mayores la existencia de una exclusión simbólica por el estigma hacia los trastornos mentales, así como una predominancia en la exclusión por ausencia de lazos significativos y apoyo familiar, sin embargo desde las experiencias de los adultos mayores se recalca que la vivencia de estos dos tipos de exclusión no tienen relación alguna al encontrarse en un estado de institucionalización y/o la edad. De esta manera, se destaca a la misma institución como un factor protector y un modo de hacer frente ante estos dos tipos de exclusión al crear lazos significativos con sus compañeros, cuidadores y profesionales, quienes para ellos brindan comprensión, apoyo emocional y un cambio importante ante las situaciones de no reconocimiento vivenciadas a lo largo de sus vidas.
- En cuanto al determinante de aislamiento social, para los cuatro adultos mayores si existe una relación directa con la institucionalización, reconociendo este estado como una forma de aislamiento social, sin embargo dicho aislamiento no se da en todos los casos como un estado permanente ya que dependiendo de las condiciones físicas y mentales de cada adulto mayor, este tipo de aislamiento puede variar, contando no solo con los mínimo contactos con otras personas sino desempeñando actividades y relaciones sociales fuera de la institución como: Trabajar, actividades de recreación y visitas.
- Referente al determinante de soledad, la institución es reconocida por los adultos mayores, como un factor protector ante los sentimientos y experiencias de soledad que pueda llegar a experimentar, así como es reconocida por ellos la importancia de los lazos sociales creados dentro y fuera de la institución, y el uso de herramientas y estrategias externas como lo son: Las llamadas telefónicas, las salidas y el contacto remoto con personas externas para hacer frente a este determinante.
- Acerca de la institucionalización, se resalta la existencia de una diferencia significativa al asumir dicho estado por cada adulto mayor, así como el mismo desarrollo y autonomía dentro y fuera de la ella; esta diferencia se enmarca en las siguientes

características: La capacidad física, la capacidad mental y cognitiva, la formación académica y profesional, así mismo el desarrollo diario de actividades de ocio más complejas que pueda desempeñar cada adulto mayor.

- En cuanto al factor de salud mental, a partir de las experiencias de los adultos mayores desde los determinantes sociales del envejecimiento activo, se intuye la institución como influyente en el bienestar y estabilidad de la salud mental de ellos, antes y durante el aislamiento preventivo obligatorio, ya que a lo largo de las entrevistas exponen las situaciones de negligencia en la que se encontraban antes de estar en la institución, así como las experiencias de no reconocimiento y participación, y como al encontrarse dentro de ella, les ha permitido llevar hábitos de vida más saludables, destacando: La regulación en horarios de comida y sueño, el aseo personal, el control de medicamentos y el contacto permanente en la realización de actividades diarias con los otros adultos mayores, así como las medidas de cuidado y actividades de ocio generadas a raíz de la pandemia.
- En consideración a las vivencias de los adultos mayores en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio, se encuentra que no hay un cambio significativo en las actividades de la rutina diaria para los adultos mayores, ya que las medidas y sugerencias de protección dadas por los organismos del Estado, no se alejan de las medidas que se han implementado en la institución antes y durante la pandemia, como lo son: Los protocolos de aseo, las visitas remotas (por el tiempo de los familiares y redes de apoyo), el uso de otros mecanismos para el contacto con personas externas a la institución, las limitaciones en las salidas, así como las actividades de ocio de bajo impacto que realizan diariamente. En concordancia con lo anterior, es evidente la carencia de estudios recientes y acercamientos a la población, que se alejan de la implementación de medidas que se ajusten a las necesidades reales de los adultos mayores institucionalizados durante la emergencia sanitaria.
- Referente a la relación de la salud mental con la medida del aislamiento preventivo obligatorio, a partir de las vivencias correspondientes a los determinantes del envejecimiento activo, se concluye que no hubo afecciones significativas para la salud mental de los adultos mayores, puesto que por el estado de aislamiento y cierto grado de desconexión con el mundo exterior, les permitió no solo la oportunidad de sentirse

reconocidos y partícipes de una comunidad como lo es la institución, sino también el haber podido asumir las medidas establecidas del aislamiento preventivo obligatorio de tal forma que no afectarán su rutina diaria, calidad de vida y sobre todo su salud mental.

- Por último, desde trabajo social, se concluye la importancia de generar estudios e investigaciones sobre los adultos mayores específicamente de aquellos que se encuentran institucionalizados, con el objetivo de poder contribuir en la creación de estrategias de intervención dentro y fuera de las instituciones que se ajusten a las necesidades reales de la población durante la emergencia sanitaria y de igual modo se fortalezcan a las instituciones como factor protector para la población.

Recomendaciones

Para la Institución Fundación Casa del Abuelo

A partir de las observaciones de los investigadores y las vivencias de los adultos mayores se recomienda:

- Generar nuevos espacios destinados a la inclusión de procesos que tengan como objetivo el desarrollo de un envejecimiento activo.
- Incluir en su equipo de trabajo, profesionales y técnicos de las ciencias sociales, ciencias humanas y de recreación; con la finalidad de fortalecer el equipo interdisciplinario para generar estrategias que den paso a una intervención más completa para los adultos mayores de la Fundación.
- Reconocer las estrategias y espacios ya implementados que para el adulto mayor representen favorecedores, con el motivo de seguir fortaleciendo la institución como factor protector para la población.

Para la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y al programa de Trabajo Social

- Resulta necesario el poder profundizar en investigaciones enfocadas en las repercusiones en el marco del COVID-19 en los diferentes sectores de la población en condición de vulnerabilidad, como es el caso específico y particular, de los adultos mayores, propiciando el entendimiento y posibles metodologías de intervención que puedan ayudar a entender los cambios y transformaciones que se han debido realizar en pos de la seguridad de dichas poblaciones.
- Se sugiere al programa de Trabajo Social, generar más espacios para el estudio y análisis de procesos que involucren el desarrollo y vida de las personas adultas mayores, así como de los procesos que puede vivir una persona institucionalizada, con el fin de promover el estudio y la investigación del adulto mayor.

Para los/las profesionales de Trabajo Social

Para los/las profesionales de Trabajo Social que tengan el deseo o la intención de indagar/investigar o generar procesos académicos y/o profesionales en torno a los adultos mayores institucionalizados se recomienda:

- Tener un conocimiento apropiado de las diferentes etapas de desarrollo del ser humano, así como fortalecer todo conocimiento relacionado con salud mental, dejando de lado cualquier tipo de idea preconcebida acerca de cualquiera de los temas mencionados anteriormente, lo que podría propiciar, un acercamiento más completo a contextos como este.
- Indagar y fortalecer en el estudio de los determinantes sociales del envejecimiento activo, con la finalidad de generar nuevo conocimiento, de igual modo, estrategias para fortalecer las instituciones como factor protector del adulto mayor, la promoción de la salud mental desde un enfoque más completo, y la creación de proyectos que apunten a nuevos conocimientos en pro de la población institucionalizada.

Referencias

- Agudelo-Suárez, A. (2015). Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, Vol. 32, 701 - 708.
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2020). *Diagnóstico Local Puente Aranda*. Bogotá: Secretaria de Gobierno.
- Álvarez. F., Granado. J., García. A., López. C., Herrera. R., Salvat. C., Rey. A., Balaguer. R., Plasencia. V., & Horcajada. J. (2015). Optimización de los aislamientos preventivos en una UCI polivalente mediante la aplicación de un plan de intervención. *Medicina Intensiva*, Vol. 39, 543-555.
- Angrosino. M., DePerez. M., Kimberly A. (2000). *Rethinking observation: From method to context*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Arzalus Solano. S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Regio y Sociedad*, Vol. 17, 107-144.
- Badia. J., Ruiz. M., Obiols. N., Oliveras. L., Lagarda. E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención Primaria*, Vol. 48, 604-609.
- Bassi, J., (2015). *Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales. Manual de supervivencia para estudiantes de pre- y posgrado*. Chile: Facultad de ciencias sociales, Universidad de Chile.
- Barg. L. (2006). *Lo interdisciplinario en salud mental niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. España: Espacio Editorial.
- Berger, P., Luckmann, T. (2011), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu
- Bernard, H. Russell (1994). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Walnut Creek: AltaMira Press.

- Benítez, G. (2017). INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES: SU CALIDAD DE VIDA Y VULNERACIÓN DE DERECHOS HUMANOS. *Estudios Paraguayos*, Vol. 35, 245.
- Bravo. L., Torruco. U., Martinez. M., Varela. M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Elsevier*, Vol.2, 162-167.
- Cano, C., Gómez, A., Samper, R., Rodríguez, C., Arciniegas, A., & Borda, M., (2015). ESTILOS DE VIDA Y DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESTUDIO SABE BOGOTÁ. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, Vol. 29, 2101-2117.
- Carranza. A., Zeballos. J. (1995). EL ADULTO MAYOR EN AMÉRICA LATINA. Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, D.F.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Castillo, A. (2013). Dinámica de la construcción por usos, localidad Puente Aranda. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C: Unidad Administrativa especial catastro distrital.
- Cervantes-Salas, M. (2018). Habitación e institucionalización del aprovechamiento y la conservación forestal comunitaria. *Estudios Demográficos y urbanos*, Vol. 33, 9-42.
- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.. (1995). El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México : Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Centro Internacional de Longevidad Brasil . (2015). Envejecimiento Activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad. Brasil: ILC-Brasil.
- Chadi, M. (2009). Redes sociales en el trabajo social. *Revista Trabajo Social*, Vol. 2, 215-217.
- Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. (2012). Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Costa Rica: Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.
- Correa, A., Adámez, R. (2016). El Rol del Trabajo Social en Psicogeriatría. *Norte de salud mental*, Vol. 13, 11-19.

- Cubillos, J., Matamoros, M., Perea, S. (2019). Boletines Poblacionales: Personas Adultas de 60 años o más. 10 de Septiembre de 2020, de Grupo de Gestión de la Promoción Social Oficina de Promoción Social Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>
- De Souza. M., Ferreira. S., Cruz. O., Gomes, R. (2007). Investigación social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Decreto No. 457. Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, del 22 de marzo de 2020
- Decreto No. 169, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, Bogotá, Colombia, JULIO 12 DE 2020
- Decreto No. 417. Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, 17 de marzo de 2020
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica, Vol. 2, 162-167.
- Díaz-Pinzon, J. (21 de agosto de 2020). Estimación de las tasas de mortalidad y letalidad por Covid-19 en Colombia. Repertorio de medicina y cirugía, Vol. 29, pag, 89-93.
- Dulcey-Ruiz. E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. Revista Colombiana de psicología, Vol. 19, 207-224.
- Fajardo, E., Córdoba, L., Enciso, E. (2016). Calidad de vida en adultos mayores: Reflexiones sobre el contexto Colombiano desde el modelo de Shalock y Verdugo. Colombia: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Tolima.
- Farias. L. (2016). Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa. La plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2016). Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad. 10 de septiembre de 2020, de FIAPAM Recuperado de: <https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-icnos-del-abandono-y-la-soledad/#:~:text=Por%20%C2%ABadultos%20mayores%20institucionalizados%C2%BB%20se,del%20Estado%2C%20municipal%20o%20provincial>

- Garces. E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. Cuadernos de trabajo social, Vol. 23, 333-352.
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. ELSEVIER, Vol. 48, 604-609.
- Gomes. R. (2003) Análisis de datos en la investigación en investigación social. Buenos Aires: Lugar editorial.
- González Bernal, J. (2014). Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. INFAD Revista de Psicología, Vol. 7, 121-129.
- Goode, William y Paul Hatt (1976), Métodos de investigación social, México, Trillas.
- Gross. M. (2010). Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa. Creadess, Vol. 1, 1-48.
- Guelmes, E., Nieto, L. (2015). Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano. Revista Universidad y Sociedad, Vol. 7, 23-29.
- Guerrini, M. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. Margen: Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Vol. 57, 1-11.
- Guevara, N. (2016). Impacto de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. Entramado, Vol. 12, 138-121.
- Herazo-Beltrán. Y., Quintero-Cruz. M., Pinillos-Patiño. Y., García-Puello. F., Núñez-Bravo. N., & Suárez-Palacio. D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 12, 174-181.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España y Gerontología Social. (2019). Glosario Gerontológico. España: Imserso.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). Libro blanco del envejecimiento activo. Madrid: IMSERSO.

- Jaimés. E., Camargo. K., Torregroza. E., & Carbonell. M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. Vol. 28, 135-141.
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Social Research*, Vol, 6, 1-23.
- Laguado. E., Consuelo. K., Campo. E., Caridad. Marta. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, Vol. 28, 135-141.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona, España: Herder. (Trabajo original publicado en 1977)
- Lewin, K. (1978). *La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Trabajo original publicado en 1951)
- Ley 1616. Congreso de la República. Bogotá, Colombia, 21 de enero de 2013
- Ley N° 1251. Congreso de Colombia, Bogotá, Colombia, 27 de noviembre de 2008.
- Maldonado, A., Contreras, L. (2011). La interacción social en el pensamiento de Erving Goffman. *Espacios Públicos*, Vol. 14, 158-175.
- Martínez, C. (2006). El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, Vol. 20, 165-193.
- Martínez Rodríguez. J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista Silogismo*, Vol. 4, 27-38.
- Morales, F. (2010). Conozca 3 tipos de investigación. 18/04/2021, de <https://www.academia.edu/> Sitio web: https://www.academia.edu/8101101/Conozca_3_tipos_de_investigacion
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud. (2015). Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. Bogotá: Minsalud.

_____. (2020). Del aislamiento generalizado al aislamiento selectivo y sostenible. 10 de septiembre de 2020, de Ministerio de Salud de Colombia Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Del-aislamiento-generalizado-al-aislamiento-selectivo-y-sostenible.aspx>

_____. (2020). Envejecimiento y Vejez. 10 de septiembre de 2020, de Minsalud Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Moquillaza. M. (2016). Atención al adulto mayor: trabajo social gerontológico. 26 de Mayo de 2021, de Celtas Sitio web: <https://www.celats.org/11-noticias/42-atencion-al-adulto-mayor-trabajo-social-gerontologico>

Molina-Bulla, C. (2020). Política pública de salud mental para la población adulta mayor en Colombia. GIGAPP Studios Working Papers, Vol. 7, 341-354.

Muñoz, C., Restrepo, D., Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Argentina: OPS.

Núñez. F. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos?. Butlletí LaRecerca, Vol. 7, 1-14.

Obando, L. (1993). El diario de campo. Revista de trabajo social CCSS, Vol. 18, 308-319.

Oficina de promoción social del Ministerio de Salud y Protección. (2020). Orientaciones para la mitigación del Coronavirus (COVID- 19) en centro de protección o larga estancia para personas mayores en el marco de las medidas de aislamiento selectivo. Bogotá: Minsalud.

_____. (2020). Lineamiento para la prevención, contención y mitigación del coronavirus (COVID-19) en personas mayores. Bogotá: MinSalud.

_____. (2020). Orientaciones para la reapertura gradual y progresiva de centro vida y centros de día para personas adultas mayores, en el marco de la pandemia por la COVID-19 en Colombia. Bogotá: MinSalud.

_____. (2020). Orientaciones para el desarrollo de la actividad física en personas adultas mayores en el marco de la prevención, contención y mitigación del coronavirus (COVID-19). Bogotá: MinSalud.

- _____. (2020). Promoción de la salud mental en personas adultas mayores en aislamientos preventivo frente al coronavirus (COVID-19). Bogotá: MinSalud.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS.
- _____. (2017). La salud mental y los adultos mayores. 26 de Mayo de 2021, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- _____. (2018). Envejecimiento y salud. 09 de octubre de 2020, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- _____. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 26 de Mayo de 2021, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud,mantener%20modos%20de%20vida%20saludables>.
- _____. (2020). Notas descriptivas: Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?fbclid=IwAR0HGDK7XzQf8yReTCe4uIqoqiSUfQwVfR0lcpDUIYX25Sq5yywAXU4hwYA>.
- Orosa Fraíz, T. (2003). La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor. La Habana: Ed. Félix Varela
- Ramírez, A., Silvera, J. (2018). Prácticas de cuidado de las y los adultos mayores del “Hogar Hermanitas de los Pobres”: una mirada desde el trabajo social. Bogotá: Universidad de la Salle.
- Ramos, A., García, M., Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Rev. Arch Med Camagüey, Vol. 26, 330-337.
- Resolución N° 137. Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá, Colombia, 21 de Abril de 2020
- Resolución N° 464. Ministerio de salud y protección social, Bogotá, Colombia, 18 de Marzo de 2020.

- Resolución N° 470. Ministerio de salud y protección social, Bogotá, Colombia, 18 de Marzo de 2020.
- Rodríguez, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, Vol. 20, 192-204.
- Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Colombia: Universidad del Rosario. Salazar, A., Reyes, M., Sandra, J., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez E, Pedraza, O., Gómez P., Pardo D., & Ríos J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, Vol. 31, 176-183.
- Romero. C. (2005). LA CATEGORIZACIÓN UN ASPECTO CRUCIAL EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. *Revista de investigaciones Cesmag*, Vol. 11, 113-118.
- Rubio. R., Aleixandre. M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. Vol. 11 (1), 23-28.
- Rubio. R. (2004): La soledad en las personas mayores españolas. Madrid: Portal Mayores, Imserso. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-sole - dad-01.pdf>
- Hernández, R., Collado, F., Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw - HILL.
- Hernández. R., Fernández. C., Baptista. P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw Hill.
- Sandoval, L. (2009). Las Interacciones Sociales que se Desarrollan en los Salones de Clase y su Relación con la Práctica Pedagógica que realiza el Docente en el Aula. *Revista Posgrado y Sociedad*, Vol. 9, 32-57.
- Salazar AM., Reyes MF., Plata SJ., Galvis P., Montalvo C., Sánchez E., Pedraza OL., Gómez P., Pardo D., Ríos J.. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, Vol. 31, 176-183.

- Sánchez. C. (2005). Gerontología social. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Secretaria de Salud. (2016). Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025 . Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Schensul. Jean., LeCompte. M. (1999). Essential ethnographic methods: Observations, interviews, and questionnaires. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Schettini, P., Cortazzo, I. (2016). Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa. Argentina: Edulp.
- Stake, R.E. (1994). Case studies:G Handbook of qualitative research. London: Sage.
- Strauss. A., Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada . Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Taylor, S., Bogdan, R. (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: PAIDOS.
- Tamer, N. (1995). Participación Educativa y democratización de oportunidades para las personas de edad. Francia. Revista TALIS –Third Age Learning International Studies– , del Institut des Langues, Vol. 5, Université des Sciences Sociales de Toulouse.
- Thomae, H., Lehr. U. (1979). The concept of development and life-span developmental psychology. En P. B. Baltes & O. G. Brim, Jr. (Eds.), Life-span development and behavior (Vol. 2, pp. 282-312). New York, EE.UU.: Academic Press.
- Trindade, V. (2008). “Trabajo informal. La venta ambulante de CD y DVD”. En Bialakowsky, A.; Pérez, A. M.; Rubinich, L. (Compiladores) (2010). Sociología y ciencias sociales: conflictos y desafíos transdisciplinarios en América Latina y El Caribe. El contexto y la región interrogados. Tomo 2, volumen 2. Argentina: Editorial: Universidad Nacional del Nordeste
- Velasco Páez, Z., Baquero. N., Salamanca. E. (2019). Estado de salud de los adultos mayores de los Centros Vida. Aquichan, Vol. 19, 1-11.

- Werner Oswald., G. Mark (1987). Systematic fieldwork: Vol. 1. Foundations of ethnography and interviewing. Newbury Park: Sage Publications.
- Whyte, W. (2020). Institucionalización. 09 de octubre de 2020, de educalingo Sitio web: <https://educalingo.com/es/dic-es/institucionalizacion>
- World Health Organization. (2012). Adultos Mayores y Salud Mental. 26 de Octubre de 2020, de Pan American Health Organization Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Salud-mental.pdf>
- World Health Organization. (2012). La buena salud añade vida a los años: Información general para el día mundial de la Salud 2012. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75254>
- Yin, Robert. (1994). Case Study Research. Design and Methods, Applied Social Research Methods Series, vol. 5, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Zárate, G., Pérez, M. (2007). Factores sociales como mediadores de la salud pública. Salud Uninorte, Vol. 23, 193-203.

Anexos/Apéndice

Anexo 1. Matriz descriptiva

Tabla 6 - Matriz descriptiva

MATRIZ DESCRIPTIVA							
Diligencia: Personal de la fundación							
Sexo	Edad	Estado civil	Nivel educativo	Vida laboral	Apoyo familia con el que cuenta	Tiempo de institucionalización	Motivo de institucionalización
M	82	Soltero	Bachillerato	Celador	Sobrino- Hermana	2 años	Hipertenso- No hay nadie quien lo pueda cuidar
M	72	Soltero	Profesional	Topógrafo	Hijos- Nietos	2 años	No hay nadie quien lo pueda cuidar
F	66	Soltera	Profesional	Licenciada en Español e Inglés - No ejerció	Hijo- y Sobrino	1 año	Transtorno Bipolar Afectivo- No hay nadie quien la pueda cuidar
M	82	Soltero	Bachillerato	Construcción	Hermano	2 años	No hay nadie quien la pueda cuidar

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados por la Fundación Casa del Abuelo

Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

Investigación de Trabajo de Grado



Fecha: Día ___ Mes ___ Año ____

Yo _____ Identificado con el número de cédula _____ de _____. Por medio de este documento declaro que acepto participar de manera voluntaria en las entrevistas que harán parte del proyecto de grado Acercamiento a las vivencias de cuatro adultos mayores de la Fundación Casa del Abuelo, a partir de los determinantes sociales del envejecimiento activo: Exclusión social, aislamiento social, soledad y su relación con la salud mental durante el periodo 2020-2021-1 en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio. que me serán realizadas por _____ Estudiantes de último semestre de Trabajo Social de la Universidad Colegio mayor de Cundinamarca, con el fin de conocer las vivencias de cuatro adultos mayores institucionalizados de la Fundación Casa del Abuelo a partir de los determinantes sociales del envejecimiento activo :Exclusión social, aislamiento social y soledad y su relación a la salud mental durante el periodo 2020- 2021-1 en el contexto del aislamiento preventivo obligatorio.

Autorizo que lo hablado durante las entrevistas, podrá ser grabado en vídeo o audio, así mismo autorizo a que la información y datos obtenidos durante los encuentros sean utilizados para análisis y publicación del resultado final de la investigación.

Finalmente, expresé que los investigadores me han explicado con anticipación el objetivo del estudio y el proceso a realizar.

Firma del participante

<p>_____</p> <p>CC: _____</p> <p>Firmas de los investigadores</p> <p>_____</p> <p>CC: _____ CC: _____</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de

Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos

Tabla 7 - Guion entrevista semiestructurada

<p>GUIÓN- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Lugar donde se realizará la entrevista: Fundación Casa del Abuelo</p> <p>Entrevistadores: Estudiantes de Trabajo Social Andrés Felipe Martínez Arenas - Laura Daniela Rodríguez Jiménez</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">TEMA</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">PREGUNTAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">INSTITUCIONALIZACIÓN</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● ¿Por qué se encuentra institucionalizado? ● ¿Cómo se siente dentro de la institución? </td> </tr> </tbody> </table>		TEMA	PREGUNTAS	INSTITUCIONALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Por qué se encuentra institucionalizado? ● ¿Cómo se siente dentro de la institución?
TEMA	PREGUNTAS				
INSTITUCIONALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Por qué se encuentra institucionalizado? ● ¿Cómo se siente dentro de la institución? 				

	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Cómo es su rutina dentro de la institución? ● ¿Qué actividades de ocio o aprendizaje realiza dentro de la institución? ● ¿Qué actividades de ocio o aprendizaje realiza fuera de la institución? ● ¿Cada cuánto realiza estas actividades de ocio o aprendizaje? ● ¿Con qué frecuencia recibe visitas? ● ¿Durante las visitas que actividades realiza?
SALUD MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué conocimientos tiene acerca de la salud mental? ● ¿Para usted qué significa la Salud Mental? ● ¿Considera usted que tiene una buena salud mental? si-no ¿Por qué? ● ¿Qué situaciones considera usted que afectan su salud mental? ● ¿Qué situaciones considera usted que contribuyen a su salud mental?
EXCLUSIÓN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué entiende por exclusión social? ● ¿Siente usted que ha sido excluido socialmente? si-no ¿por qué? ● ¿En qué situaciones de su diario vivir en la actualidad se siente excluido? ● ¿Cómo es su participación social y política actualmente? ● ¿Cuáles son sus redes de apoyo dentro y fuera de la institución? ● ¿Cómo es su relación con sus redes de apoyo?
AISLAMIENTO SOCIAL- SOLEDAD	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué entiende por aislamiento social? ● ¿Qué entiende por soledad?

	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Actualmente diría usted que siente soledad? si-no ¿Por qué? ● ¿Qué emociones experimenta en los momentos de soledad?
<p>AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué conocimientos tiene acerca de la situación sanitaria por la que se está atravesando? ● ¿Qué piensa usted acerca de la situación sanitaria? ● ¿Qué conocimiento tiene acerca del aislamiento preventivo obligatorio? ● ¿Qué piensa usted acerca de este aislamiento preventivo obligatorio? ● ¿Su rutina se ha visto afectada por el aislamiento preventivo obligatorio? ● ¿La frecuencia de visitas se ha visto afectada por el aislamiento preventivo obligatorio? ● ¿Las actividades de ocio o aprendizaje que realiza se han visto afectadas por el aislamiento preventivo obligatorio? ● ¿Se ha visto afectado emocionalmente por el aislamiento preventivo obligatorio? si-no ¿por qué? ● ¿Ha visto afectada su Salud Mental por el aislamiento preventivo obligatorio?

Fuente: Elaboración propia a partir de lo planteado por Martínez (2013)

Tabla 8 - Observación participante

FECHA/ HORA	23 DE DICIEMBRE DEL 2020 1:00 P.M.
ACTIVIDAD A OBSERVAR	Actividad lúdica de navidad
TIEMPO	1 hora
OBJETIVO	Realizar un primer acercamiento con la población de la Fundación Casa del Abuelo
POBLACIÓN	18 personas adultas mayores institucionalizadas, hombres (12) y mujeres (6), entre las edades de 60 años-90 años y 2 adultos en condición de discapacidad cognitiva entre las edades de 28-50 años, de la Fundación Casa del Abuelo.
RESPONSABLES	Trabajadores Sociales en Formación Daniela Rodríguez y Andrés Martínez
METODOLOGÍA/ MÉTODO	Observación participante
DESCRIPCIÓN	<p>-Descripción del entorno físico: La actividad se realizó en un salón de estar de la fundación, un espacio amplio, limpio, con poca luz y sin acceso a ventanas, contaba con sillas plásticas para cada uno de los participantes y televisor.</p> <p>-Descripción de las actividades observadas:</p> <p>1. Se da inicio con un saludo por parte de los Trabajadores Sociales en formación, y se organiza con</p>

ayuda de las enfermas a los participantes en una mesa redonda.

2. Se inicia con una actividad rompehielo, donde los participantes debían presentarse con su nombre, edad y una actividad que les guste hacer. Durante el ejercicio se encontró dificultades para que algunos participantes entendieran la actividad, otros no lograban escuchar por problemas de audición y otros simplemente no lograban comunicarse.

De esta manera se logró observar que la mayoría de participantes se encuentran en un estado de deterioro físico y mental, y aquellos que lograron participar manifestaron en sus respuestas que lo que más les gustaba hacer era trabajar, aprender un oficio, y mantenerse en alguna actividad, una minoría manifestó que le gustaba descansar.

3. Los Trabajadores Sociales en formación piden a los participantes formar 4 grupos y escoger un líder. Durante esta actividad se observó que la mayoría de participantes carecen de movilidad, por lo que se les dificultó organizar las sillas, así como la comprensión y escucha, lo que dificultó que asignaran un líder, así que los trabajadores sociales en formación debieron hacerlo.

4. Los Trabajadores Sociales en formación explican a los participantes que se va a realizar una serie de juegos, con el fin de ir sumando puntos para cada equipo y al final dar un premio sorpresa.

El primer juego consistía en adivinar el número de frijoles que se encontraban en un vaso transparente que se le había dado a cada grupo. Durante este juego se

observó una buena participación y motivación por parte de los adultos mayores.

5. El siguiente juego consistía en armar un rompecabezas. Durante este juego se observó dificultad motriz por parte de los participantes, eran pocos los que participaron en esta actividad y al final ningún equipo logró armar el rompecabezas en su totalidad.

6. El siguiente juego consistía en adivinar el nombre y el artista de una serie de canciones. Durante el desarrollo de esta actividad se observó que era una actividad que permitió animar a todos los participantes sin excepción, al evocar canciones del pasado, los participantes se sintieron muy emocionados, hablaron, cantaron, y se logró un espacio ameno para todos.

7. El último juego consistía en adivinar el objeto que se encontraba dentro de una bolsa negra por medio del tacto. Durante el desarrollo de esta última actividad se observó una buena participación e interés por adivinar el objeto que se encontraba dentro de la bolsa.

8. Al finalizar, los trabajadores sociales en formación, escogieron el equipo ganador e hicieron entrega de los respectivos premios.

Se observó un poco de desánimo por parte de los grupos que no recibieron premios.

9. Los trabajadores sociales en formación dieron las gracias a cada uno de los participantes, así mismo los participantes dieron las gracias por el espacio y se les da la información a los participantes de que se van a realizar

más actividades durante el semestre, al finalizar se ofrece un refrigerio.

-Descripción de las interacciones entre los participantes:

-Se logró observar que hay muy poca interacción entre los participantes, no existe casi dialogo entre ellos y/o contacto físico, sin embargo, entre todos reconocían las dificultades físicas y cognitivas de sus compañeros.

-Había muy poca colaboración y comunicación entre ellos para realizar las actividades asignadas por equipos.

-No se observó ningún tipo de liderazgo por parte de los adultos mayores, el liderazgo es tomado por las enfermeras y encargados de la Fundación.

Fuente: Elaboración propia a partir de lo planteado por Kawulich (2005)

Anexo 4. Entrevista #1

FORMATO TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



Investigadores: Andrés Felipe Martínez Arenas- Laura Daniela Rodríguez Jiménez

Fecha: 26 de febrero del 2021

Hora: 2:30 PM

Lugar: Fundación Casa del Abuelo

Entrevista # 1

Investigadora (A): Laura Daniela Rodríguez Jiménez

Entrevistado (F): F*****

A: Buenas tardes, Don Fernando le voy hacer una entrevista con el fin de recolectar información para el proyecto de tesis que estamos realizando. Entonces primero su presentación

F: Mi nombre es fernando Díaz. me encuentro interno aquí hace 2 años. Y tengo 72 años

A: Listo. Por qué se encuentra institucionalizado?

F: Porque. Mis hijos ya son casados y yo no tengo donde quedarme

A: Mmmm ok ok. Y se siente a gusto en general en el tiempo en el que ha estado acá?

F: Siii

A: ¿Si? ¿Se encuentra a gusto?

F: Relativamente si

A: ¿Si ?¿ Por qué?

F: Porque uno tiene aquí todos los servicios eeee la comida el agua lo básico

A: Lo básico ok Digamos que de todo eso básico el manejo que le dan como en la comida como lo tratan en todo ¿está de acuerdo en como se arreglan las cosas?

F: Pues el trato no es que sea excelente porque manejar viejitos es complicado

A: Claro

F: Y por ejemplo yo soy uno de los más jóvenes de los que estamos aquí. Pero siempre:::e las enfermeras briegan mucho con viejitos que ya son chochos

A: Y digamos que eso de algún modo afecta el como usted se siente estando acá? cómo el trato con los demás?

F: Si claro ^

A: ¿Si? ¿Por qué?

F: >Porque a mi no me gusta que traten mal a nadie<

A: Claro. Y digamos su relación por ejemplo con los compañeros, con todos los compañeros de acá

F: Ah no en términos generales es buena

A: ¿Si?

F: Si uno tiene diferencias como todo en cualquier parte. Como le decía anteriormente hay viejitos que son chochos y tienen chocheras. Mal genio. Eee algunos son hasta groseros por el mal genio pero eso uno no le pone cuidado a eso

A: Ok ok y digamos con los profesionales que los cuidan los que estan encargados de todos ustedes ¿Cómo es su relación con ellos?

F: Buena

A: ¿Si? ¿Buena? ¿Qué puede decir respecto a ellos?

F: Son personas que estan adaptadas

A: ¿Si? osea digamos que con respecto a lo que tienen que hacer ¿Usted como se siente con respecto a la tarea que ellos hacen?

F: En términos generales son. Activos ^

A: Y eso le parece a usted

F: >Porque lo que se necesita en esto es que sean activos<

A: Si claro

F: Aquí por ejemplo se amerita mucho el aseo de la casa. Aquí hacen aseo todos los días

A: Claro

F: Entonces eso es importante

A: Bueno y digamos que ya para pasar ese tema usted como describe su rutina dentro de la institución

F: Eso es una rutina pasiva uno se levanta a las cinco y media de la mañana se ducha se alista. E::::: instala en el comedor o en la sala el desayuno lo sirven a las ocho y media después del desayuno sale uno aquí o al comedor. A veces conversa uno con alguno de los compañeros, o a veces se pone uno a leer o hacer otra cosa

A: Y:::

F: O a jugar domino

A: Ok y usted digamos de esta rutina usted quisiera hacer algo más o esta a gusto con ella

F: Uno cuando llega a cierta edad ya tiene límites^

A: Si

F: Uno no es que:: Este añorando por ejemplo trabajar o salir a la calle menos con la pandemia que no da muchas ganas de salir

A: Si claro

F: Es muy riesgoso^

A: Si es verdad entonces digamos que en un recuadro general se siente a gusto

F: Si claro ^

A: Digamos que dentro de esas limitaciones y todo que tiene claro obviamente dadas por la edad ¿Está contento?

F: Si practicamente si

A: Ok ok

F: Claro

A: A sumerced ¿Cada cuanto lo visita su familia?

F: No es dificil porque mis hijos trabajan

A: Si

F: Y mis hermanos también tienen su familia. Me llaman regularmente por teléfono si^. Puede ser diario o cada tercer día. Pero las visitas son por allá una vez al mes pero es por falta de tiempo. De ellos

A: Si claro (risas) y ¿Cómo se siente usted durante esas visitas? osea ¿Qué le genera a usted esas visitas?

F: Las visitas son importantes

A: ¿Sí?

F: Claro ^

F: Uno muchas veces no necesita que le traigan cosas ni confites ni gaseosa. Sino simplemente que lo visiten para saber si uno esta bien^

A: Usted ¿Cómo lo describiría? como esa compañía de la familia. eso es importante

F: Claro^

A: Digamos que si estuviera en usted más que las llamadas ¿Le gustaría tenerlos más tiempo acá?

F: Yo creo que si uno tiene una persona mucho tiempo. E:::: se cansa^

A: Osea que esta bien que

F: O ellos o uno^

A: Osea que esta bien

F: Cuando las visitas son regulares hay como más. Más entereza ^

A: Ok

A: Entonces ¿Esta bien que vengan cada cierto tiempo?

F: Si ahí esta bien

A: Sumerced digamos ¿Qué actividades hace como de ocio o de aprendizaje? Usted mencionaba como lo de jugar domino entonces juega mucho juegos de mesa

F: SI. leer LEER

A: Esa es su actividad

F: En particular es leer. Aquí se consiguen varios libros se consigue de filosofía de teología e::: yo tengo una biblia, aveces leo partes. Es interesante leer partes de la biblia

A: Ok

F: E::: la televisión no es que sea muy buena (0.3) la televisión esta muy contaminada ^

A: Entonces usted su digamos que su actividad de ocio y también de aprendizaje podríamos decir es leer es la elegida

F: Claro

A: Ok y aparte de eso ¿Nada más?

F: Pues no °

A: Y digamos que fuera de la pandemia obviamente antes de la pandemia sumerced salia al parque o algo así osea como a caminar por ejemplo

F: Si. >yo salía a caminar<

A: Y ¿Eso que le parecía? osea ¿Le gustaba?

F: Pues la calle hoy en día no es que sea muy buena. Con pandemia o sin pandemia porque uno se transporta a épocas de hace 50 años que era diferente. Hoy en día en la calle hay mucha mugre. Mucha basura botada. La gente vive estresada, hace 50 años no sucedía eso. la gente era más pasiva

A: Ok ok

F: Se vivía mejor^

A: Cuándo tenía esa oportunidad o digamos que le dieran la oportunidad de salir ahora. Lo haría diariamente muy esporádicamente o realmente prefiere estar acá

F: Es que yo puedo salir pero yo lo hago esporádicamente

A: ¿Si? ¿cómo cada cuanto?

F: Yo prefiero. Por ahí cada tercer día cada cinco días

A: Y qué hace

F: Una vez a la semana^

A: Y ¿Qué hace en esa salida semanal?

F: Voy y visito un familiar que esta por aquí cerca. Va uno y se toma un tinto conversa un rato y ya. Eso es cuestión de una media hora 45 minutos

A: Y eso es suficiente a la semana

F: Si

A: Ok y ya pasando a otro tema que nociones o que idea tiene sobre la salud mental. ¿Tiene alguna idea sobre la salud mental?

F: La salud mental la lleva uno mismo

A: Si

F: >Yo por ejemplo tengo la fortuna de que yo todavía puedo trabajar<

A: Si señor

F: Y yo salg::::o. Por ejemplo ahoritica hace. 20 días salí de Bogotá hacer un trabajo

A: ¿Si? y sumerced en ¿Qué trabaja?

F: Topografía

A: ¿Topografía?

F: Si °

A: Y digamos que de esa salida qué le queda a usted más allá del hecho de trabajar

F: Sale uno se relaja. Le sienta bien el viaje. El cambio de clima. El trato con las personas

A: Y digamos que teniendo en cuenta todo eso usted considera ¿Qué tiene una buena salud mental?

F: Si Claro^

A: ¿Si? ¿Por qué?

F: Porque yo::::o nunca durante las épocas de mi vida me he dejado perturbar por las altas y las bajas

A: Osea

F: Porque uno durante la vida tiene altas y bajas

A: Si claro

F: En el matrimonio con los hijos. con los trabajos con los patrones

A: Ok. Mmmm digamos que ya teniendo en cuenta todo eso que sumerced me esta diciendo ¿qué considera usted que pueda afectar esa salud mental?

F: Yo miro hacia otras personas. hay personas que se estresan

A: Si

F: Hay personas que se desesperan. >en este momento hay gente que vive desesperada porque no se puede salir<

A: Claro

F: Y sabe que no debe salir. Porque saben el riesgo que se tiene. entonces hay gente que vive. POR EJEMPLO, se da el caso de que desde que estamos en cuarentena y en pandemia. habido más. Violencia intrafamiliar. Eso se ha visto

A: Yyy bueno teniendo en cuenta eso que sumerced me esta diciendo no hay algo que usted considere que lo afecte que lo desestabilice de ese equilibrio osea digamos que teniendo en cuenta que la pandemia, es algo que nos ha afectado a todos en algún nivel, pero digamos que en cuanto a su salud mental ee no hay nada más bien sumerced es una persona como estable

F: Relajado^

A: Como relajado en ese sentido ¿Si?

F: Si °

A: No hay nada que lo afecte o

F: No °

A: ¿No? ok ok. Pasando a otro tema usted que cree que puede contribuir como usted lo decía que hay personas que obviamente y supongo que entre sus compañeros que se ven afectados por eso de no salir usted que cree que puede contribuir a la salud mental ¿Qué situaciones cree que pueden ayudar a tener una buena salud mental estable?

F: Lo que pasa es que una persona cuando pasa una determinada edad. De los 70 en adelante. Si ya se volvió temperamental ya no tiene arreglo. Eso no hay psicólogo ni hay psiquiatra. Ni hay tratamiento médico. e::::: una persona. En esos casos >ya se acostumbra a vivir así<. Aquí por ejemplo hay algunos viejitos que no tratan a nadie. No conversan con nadie. Y todo le parece malo

A: Y sumerced no cree que haya algo que les pueda ayudar ¿Nada?

F: Es muy difícil. Difícil que una persona de esas. Tiene que tener un tratamiento terapéutico y psicológico y no es fácil para una persona que ya tiene más de 70 años

A: Ok, ok. Bueno. Sumerced que puede entender cuando yo le menciono el término de exclusión social

F: El término ¿Qué?

A: EXCLUSIÓN SOCIAL

F: Bueno (0.3) por exclusión social entiendo de una persona. Que esta siendo. Sacada de la sociedad sacada de un grupo retirada dejada exclusión es sacarla de la participación de cualquier grupo social

A: Y teniendo en cuenta eso sumerced cree que alguna vez ha sido excluido socialmente de algún lado

F: Si claro °

A: Y ¿Cómo qué? ¿Por qué?

F: Porque como dice el dicho popular uno no es monedita de oro para caerle bien a todo el mundo. Entonces en algunas partes uno llega donde no cala. Pero eso es fácil porque uno lo que puede hacer en esos casos es. Salir de ahí salir de ese círculo

A: Osea es más como una exclusión en términos como por personalidad o por algo que

F: ES QUE A UNO NO LE GUSTA UNA PERSONA POR ALGO

A: Si claro

F: Por el físico por la forma de vestir por la forma de hablar por la forma de comportarse sin que el comportamiento sea malo sino que simplemente que no le cae bien. Muy raro para todo ser humano

A: Bueno y teniendo en cuenta eso y como esa exclusión digamos que a nivel social que usted sienta que digamos que por tener cierta edad cree que ha sido excluido de la sociedad de alguna manera?

F: Por la edad no

A: No?

F: No

A: Osea más por cuestiones de personalidad o detalles mas

F: Uno es excluido por el comportamiento ^

A: Más que por motivos

F: Por la edad no

A: O por residir en una institución así tampoco?

F: Noo tampoco

A: Ok. Usted como diría que su participación o sea lo que usted aporta a la sociedad o cuál considera usted que es su papel en la sociedad?

F: Pues el papel en la sociedad funciona más cuando uno esta afuera. Cuando uno esta integrado a un campo laboral por ejemplo. Cuando uno esta aquí esta aislado. De alguna manera. No tiene esa integración^

A: Entonces se considera que no hace parte de una u otra forma de un todo de la sociedad por estar aislado ¿Si?

F: Si claro °

A: Y ya teniendo en cuenta eso a nivel político ¿Cree que tiene alguna participación?

F: BUENO. Si vamos hablar de política y religión yo soy exento de eso

A: Si

F: Yo no tengo participación ni política ni religiosa

A: No no no en este caso digamos que solo

F: Respeto. Respeto mucho los criterios de cada quien. La política se sabe que hoy en día y a través de los tiempos cada día es más cruda. Es algo que no tiene mucho FUNDAMENTO. Se sabe que el 99.9 de los políticos persiguen un puesto es porque tienen la opción de poder. Llamémoslo de una manera dicha popularmente de poder ROBAR. eso es lo básico de la política

A: Ok

F: Un político no se emplea por un cargo con un sueldo que muchas veces no es que sea muy bueno sino porque tienen las opciones de participar en negocios turbios

A: Listo listo. Bueno ya saltando ese tema un poco y teniendo en cuenta como todo lo que me ha dicho. ¿Cuales son sus redes de apoyo en este momento? Digamos tanto a nivel institucional de pronto no se algo por parte del estado uno nunca sabe o a nivel familiar o sus redes de apoyo cercanas mejor dicho

F: Bueno. La red de apoyo principal son mis hermanos y mis hijos. Primero. Y segundo pues uno tiene algún apoyo por el estado porque esta la fundación de las eps que de eso depende uno mucho. Más cuando uno pasa de los 60 para arriba >uno puede sufrir de cualquier cosa y necesita el servicio urgente.< y ya he tenido ese servicio

A: A ok y cuales son ¿cómo considera que es su relación con esas redes de apoyo?

F: Es buena

A: ¿Si?

F: Siii °

A: Y digamos que

F: ESO SE NECESITA SUERTE para caer en una eps que masomenos funcione bien

A: Pero la suya esta bien y con su familia también

F: mmm si °

A: Ok. Digamos que ya por otro lado y teniendo en cuenta precisamente eso que sumerced me mencionaba que de alguna u otra forma esta aislado, usted ¿Qué entiende por aislamiento y por soledad?

F: El aislamiento e:::s por ejemplo lo que tenemos aquí. Uno esta aislado y ¿Cuál es la otra pregunta?

A: ¿Qué entiende por soledad?

F: La soledad es algo que lo siente uno. O lo siente o no lo siente. Uno no necesita necesariamente estar integrado. O solo para estar solo. La soledad es otra cosa

A: Y ¿Qué es? (0.4) ¿Qué diría usted qué es la soledad?

F: La soledad es el vacío que siente una persona. Cuando se ha sentido fracasado en todo el trayecto de su vida

A: Osea usted relaciona la soledad directamente con el fracaso

F: Si °

A: Ok y usted diría que en algún momento o actualmente ¿Siente esa soledad?

F: No^

A: ¿No? nunca de pronto ha sentido soledad así

F: Bueno de pronto he sentido soledad pero ha sido una cosa Pasajera. Temporal. A mi me queda muy fácil cuando sienta una necesidad de llamar a alguien. >COJO MI TELÉFONO Y LE MARCO le marco a un amigo o amiga a un hijo a una hija<. A un nieto. y tiene una conversación agradable y eso es estimulante

A: Claro

F: Eso lo llena a uno ^

A: Y ¿Qué emociones? ¿Qué pasa por su mente? aparte pues obviamente de realizar esa llamada o ese acercamiento ¿Qué emociones pasa por usted en los momentos en los que se siente así?

F: Eso produce una sensación de alegría

A: Y

F: Por ejemplo la conversación con los nietos esa algo muy especial

A: Si

F: Casi para todo ser en el mundo un nieto es diferente a un hijo

A: ¿Por qué?

F: Porque es que los hijos. Tiene uno que haberlos criado y haberlos castigado y haberlos corregido entonces siempre sienten algún recelo en cambio los nietos no porque los nietos uno los ve los escucha les habla los consiente pero uno nunca los educa

A: Claro. Y antes de realizar ese acercamiento cómo antes de. Digamos pongámoslo en términos de antes de acabar con la soledad, o esos momento que se siente esa soledad usted ¿Qué siente? osea ¿Qué emociones pasan por usted cuando siente esa soledad? (0.3) Si osea tristeza agobio o solo es como ese

F: >No ^ la verdad es que yo no me he sentido así<

A: Osea que podriamos decir que han llegado momentos en los que ha sentido como un poquito solo y llama como sumerced mencionaba llama a alguien

F: Si. Es una. Es una. Es una costumbre. casi involuntaria >por decirlo de alguna manera<

A: Osea que podemos

F: Osea es automáticamente

A: Osea que podemos decir que más que soledad es como como que la costumbre hace que llame más que la soledad ¿Por qué no ha sentido soledad?

F: Si. Nunca °

A: Ok. Ya teniendo todo esto ¿Se ha visto afectado de alguna forma la rutina que tenia antes con la de después de la pandemia?

F: (0.5) Pue:::s no creo porque es que. Coincidentalmente. La pandemia ya nos cogio aquí. osea las cuarentenas aquí nosotros no las sentimos. ¿Por qué? porque nosotros mantenemos siempre encerrados con cuarentena o sin cuarentena. Con pandemia y sin pandemia. Entonces ya es una costumbre una rutina levantarse uno a las 5:30 o 6:00 de la mañana bañarse cambiarse desayunar hacer alguna conversación. Leer un rato o jugar un rato domino o parques (0.5) las actividades rutinarias que se tienen aquí. Lo sacan a uno de aquí. Como si uno no estuviera aquí. Uno se pone a leer un libro y entonces esta pendiente de lo que el libro esta diciendo. Si^

A: Osea básicamente primero nada ha cambiado osea realmente nada ha cambiado

F: Para mi en particular no porque hay mucha gente que. Esta afuera que tiene problemas. Tiene que estar en una cuarentena no tiene trabajo no tiene como mantener a los hijos no tienen como pagar un arriendo muchos problemas en cambio uno estando aquí no tiene problemas DE ESA ÍNDOLE

A: ¿Qué clase de problemas? podría decir

F: Económicos

A: ¿Económicos?

F: Si °

A: Pero más allá digamos que de esos problemas económicos otro tipo de problemas ¿No?

F: No es que. El problema principal que tienen ahorita. Yo pienso que las familias a nivel mundial es el factor económico eso es muy complicadísimo imagínese usted con una esposa tres hijos y no tener que darles de comer. Eso es grave. Eso es triste

A: Pero digamos que

F: Yo creo que hasta los mismos seres humanos han resuelto llegar al extremo de llegar a robar porque no tienen otra solución

A: Y digamos que pero en su rutina en su diario vivir qué le ha generado problemas así a grande escala o algo que usted diga o que le afecte a diario

F: No porque es que vuelvo y le digo aquí uno tiene todo. Aquí tiene la comida la dormida el lavado de la ropa e:: tiene alguno que otro amigo. E:: tiene (0.3) no necesita ni uno estar pendiente del día que se paga la pensión aquí. Porque eso ya está organizado

A: Ok bueno ***** muchas gracias

F: Con mucho gusto. Espero que le haya servido ^

A: Y pues si quiere decirnos algo así como lo que quiera muchas gracias

F: Bueno.^ es muy diferente la vida de un muchacho de 20 30 años. Que de un muchacho de 70 años ((se rie))

A: Es verdad de vida de un muchacho de 70 pero si bien

F: Claro. nosotros tenemos muchas más ventajas por ejemplo vivimos otra vida, en otras épocas

A: Bueno Don Fernando muchas gracias

F: Con mucho gusto

Anexo 6. Entrevista #2

FORMATO TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



Investigadores: Andrés Felipe Martínez Arenas- Laura Daniela Rodríguez Jiménez

Fecha: 26 de Febrero del 2021

Hora: 3:30 PM

Lugar: Fundación Casa del Abuelo

Entrevista # 2

Investigadora (A): Laura Daniela Rodríguez Jiménez

Entrevistada (M): M*****

M: Mi nombre es María Antonia González

A: Sumerced ¿Cuántos años tiene?

M: 66

A: 66. ¿Por qué está acá? ¿Por qué está en la institución?

M: Porque mira yo sufro de depresión afectiva bipolar cuando incio la pandemia a mi me afecto muchísimo mentalmente. Porque en sí yo vivía con mi mamá con mi hermana mayor ya mis otros dos hermanos mi padre habían muerto y mi hermana murio de cancer entonces eso y mi mamá puso en venta el apartamento entonces me dijo que con lo que yo tenía tenía que mirar que hacer conmigo porque yo tengo una medio hermana que ella se iba a vivir con mi medio hermana volvio acá entonces a mi eso me dio muy duro y yo deje 5 meses de comer de dormir de bañarme de cambiarme de tomarme la droga y obvio que eso me causo un shock Y YO fui hospitalizada en el Hospital de Kennedy. De Kennedy me pasaron a Florarial solamente para enfermos mentales. Y de Florarial de Florarial me mandaron al Hospital de Bosa porque yo no saturaba bien ¿Por qué no saturaba bien? porque yo he sido fumadora toda la vida entonces allá me pasaron directamente al pabellón de sospechosa de Covid. Entonces hicieron la prueba la prueba me la demoraron como 15 días pero salio negativa entonces me devolvieron a Florarial y en Florarial no me aceptaron porque yo salí con oxígeno y en Florarial no aceptan pacientes con oxígeno me devolvieron a Kennedy en que Kennedy dure como 25 días más Y CUANDO me dieron salida entonces mi hijo mando una amiga por mi y el ya había visto esto me dijo mami si no te amañas entonces tu me dices y yo te busco otra parte o vemos qué hacemos. Originalmente yo pensé que lo mejor era arrendar un pieza pero yo dije no porque yo soy mu:::y ya me da mamera cocinar para mi sola y me he vuelto como mu:::y negligente digámoslo así para tomarme la droga entonces eso es mejor que alguien este pendiente de mi más sin embargo fíjate que yo siempre he amado mi libertad entonces yo dije no pero PRIMERO que todo llegue aquí y dije si aquí no me dejan fumar aquí no me quedo. No voy a fumar lo mismo pero me dejan fumar y me dejan salir cuando yo desea hacerlo o con una persona que me acompañe pero yo no le veo el problema de que me dejen salir sola pues porque yo ya claro que todo ese tiempo que hospitalizada todo me habia mejorado muchísimo Y AQUÍ me ayudaron mucho. Te digo la verdad aquí hay enfermeras que son de muy mal genio yo he visto también como tratan a los que están más viejos y ya no pueden defenderse yo lo digo porque yo me puedo defender y se que contra mi no la van a tomar si^ pero hay viejitos que los tratan MU:::Y MAL sobre todo cuando los van a bañar e:: cuando no quieren comer pues yo digo mano que para uno tener una profesión o hacerse a una profesión debe tener el carisma para hacerlo si ¿Tu has leído el juramento hipocrático?

A: ((Niega con la cabeza))

M: Ok yo digo que para las enfermeras los trabajadores sociales los profesores para todos ellos debería haber un exámen psicológico antes de que empezaran a ejercer porque eso nos quitaría muchos problemas de encima entonces NO SE SI sera porque el sueldo es malo no se si porque somos 25 y las peladas se alteran mucho pero la realidad es esa ahora (no comprensible 2.0) de mal genio es muy imponente muy prepotente entonces ya es un problema con el yo yo NO porque conmigo el hombre no se ha metido porque una vez trato de gritarme y lo mismo que con las enfermeras le dije A MI NO ME GRITE QUE YO SORDA NO SOY no tiene porque gritar y usted no tiene porque ordenarme le dije así que hagamos la reunión que usted quiere entonces SI- entonces cosas así me han molestado me ha agradao la estadia porque los compañeros son muy buenas personas la comida es muy buena SI- YYYY lo que te digo yo puedo salir yo tengo las libertades que otros no tienen pero eso no quiere decir que yo no deje de pensarlos si-

A: E::: bueno teniendo en cuenta eso que sumerced me dice mmm ¿Cómo son las relaciones con sus compañeros?

M: E::: pues bien porque las compañeras que yo tengo de alcoba son tres e:: maso no son mayores que yo pero son muy muy MENTALMENTE MUY ESTABLES si- entonces tal vez eso me ayuda allá. Ahora cuando yo veo algún viejito que esta ya de verdad llevado yo me pongo hablarle de Dios me pongo hablarle si no porque no tanto porque sino que he estado leyendo libros sobre filosofía y me da la impresión de que eso ayuda mucho a una persona que esta cerca de morirse si osea que la relación prácticamente buena ahora no te digo que no haya actitudes que traten de sobrepasarse con uno si pero entonces yo no no vine a buscar marido entonces no creas eso en todas partes hay de todo no importa la edad que uno tenga tu sabes que hombre es hombre y entonces como aquí no hay mucho para donde salir *((se rie mientras habla))* entonces pues con la que hay no *((se rie))*

A: Bueno eee *((risas))*

M: *((risas))*

A: ¿Qué actividades de ocio o de aprendizaje hace usted en su día?

M: Yo leo

A: ¿Lee?

M: Si ahorita yo estoy leyendo el mundo de sofía que es la historia de la filosofía si estoy leyendo dos libros que te recomiendo por si no los has oído nombrar y la culpa es de la vaca ¿ya los leíste?

A: Si señora

M: Son fabulosos me parecen a mi y::: yo leo así tengo otros dos libros de filosofía ahí pendientes para leer todavía y::: e::: yo estuve en estos días E:::N protección social del lago timiza que fue donde me dieron la guía del adulto mayor pero como yo estuve seis meses sin ir sin cobrar entonces yo dije no ya me quitaron pero yo fui sin embargo NO como te parece que yo fui un viernes y el miércoles me habían hecho la visita a mi antigua dirección entonces ya me tenían en lista para yo no se usted a que santo le reza pero sigale rezando porque si usted no le reza se queda sin ayuda entonces tengo pendiente la visita de ellos siempre me dan un milloncito que nunca a nadie le sobra ¿no? *((se rie))*

A: Bueno e::: las visitas. Hablemos de las visitas ¿cada cuanto la visitan? ¿la visitan? si no

M: A mi me visitan seguido yo tengo una amiga que conocí en el Hospital de Kennedy es una bizcochota de vieja hermano tiene 35 años y es pero super es mucho más alta que tu mide 1,72 tiene una voz fabulosa

A: Mejor dicho

M: Trabaja co:::n _____ Y han viajado muchísimo tenía un novio pelearon y por eso la hospitalizaron porque ella tuvo un ataque de ira entonces si el me dice que no ahora yo me voy para el caño imagine y ella viene a visitarme me trae ropa me invita a comer algo a veces viene mi sobrina a veces viene sola a veces viene con el hijo mi hijo estuvo la semana pasada pero es que el vive en Medellín y yo tengo solo ese hijo porque el otro murió en el 2010 entonces si a mi me visitan

A: Y ¿Cómo la hacen sentir esas visitas?

M: No::: pues fabuloso imagine por ejemplo cuando viene mi amiga la del hospital ella me dice yo nunca voy a dejar de venir a verte Maria Antonia inclusive yo ayer hable con ella y me dijo el domingo voy y ella es toda linda

A: Ya cambiando el tema un poco ¿Qué conocimientos tiene usted acerca de la Salud Mental? ¿Qué cree usted que es la Salud Mental?

M: Mira yo digo mira yo te digo que la Salud Mental en COLOMBIA porque yo no se de otros países, esta muy mal los psiquiatras hablan y aveces pienso que ellos estan más locos que uno sera porque tratan más gente con enfermedades mentales si pero los psiquiatras que yo he tenido MALOS lo contrario digo de los psicólogos porque digamos en el Hospital fabulosos porque el digamos me devolvió la esperanza en LA VIDA, me devolvió muchas cosas, tal vez la seguridad en mi misma muchas cosas un profesional increible

A: Y para usted ¿Qué significa Salud Mental?

M: Salud Mental en ¿Qué sentido?

A: ¿Qué significa? si a usted le dicen Salud Mental usted ¿Cómo definiría eso?

M: Pues yo diría que eso es la ayuda que deberían dársele a pacientes que tienen problemas mentales si

A: Y teniendo en cuenta como todo esto ¿Qué piensa de su Salud Mental? ¿Cómo cree que está su Salud Mental? ¿Por qué?

M: Pues mira, ahoritica yo pienso que estoy ESTABLE ¿Por qué? porque me estoy tomando la droga puntualmente porque estoy comiendo bien porque estoy durmiendo bien pero si esas cosas se ven truncadas tu Salud Mental se ve afectada

A: ¿Qué cosas contribuyen a esa Salud Mental? y ¿Qué cosas afecta esa Salud Mental?

M: Influye el entorno social. E::: hay entornos sociales que truncan esa Salud Mental porque tu te das con personas que so:::n no enfermas mentales tal vez pero idas de su PROPIA realidad no la aceptan o quieren arrastrar a otros con el si yo por ejemplo trabaje en calle yo di con muchos drogadicctos con mucha gente que tomaba mucha gente que hombre sin ser enfermos mentales gente que trata arrastrar a los otros y uno pues ya con un PROBLEMA pues eso afecta muchísimo si

A: Si si claro y para sumerced ¿Qué es exclusión social?

M: Es que a uno no lo tengan en cuenta para determinada actividad social o::: determinada e::: determinada como te explico yo. Si que no lo tengan a uno en cuenta a algo para realizar una actividad social

A: Ok y ¿Alguna vez se ha sentido excluida socialmente?

M: Muchas veces

A: ¿Por qué?

M: Inclusive en mi familia precisamente por ser enferma mental

A: Y en ¿Qué situaciones de su diario vivir se ha sentido excluida?

M: No pues actualmente no

A: No

M: No aquí no por lo que te digo yo no me la deajo montar *((se rie))*

A: Y bueno teniendo en cuenta como esto sumerced cree que tiene alguna participación en la sociedad a nivel social y a nivel político de pronto

M: E::: pues mira yo más bien e::: aquí no es posible hacer eso te digo porque porque la mayoría estan medio ido muy salidos de su realidad entonces aquí es muy difícil mas sin embargo yo te estaba comentando cuando fui a institución e::: allá al lago timiza e::: yo le comente a una persona que conocí lo que había pasado porque cuando yo redacte la carta que iles iba a pasar a ellos yo la mande sacar por computador y el muchacho que me paso la carta me dijo que no me entendía mi letra y yo le dije pues listo yo te la dicto una carta así en una hoja así no ocupaba más 21 errores de ortografía y el me dijo ¿Cómo así? ¿Tu eres profesional? le dije SI soy Licenciada en Español e Inglés de la pedagógica y me dijo yo tego trabajo ponte al día con el computador y yo te tengo trabajo entonces yo le comente a mi hijo y el me dijo mami si tu te sientes capaz le dije claro que yo me siento capaz y es para dictar ortografía redacción y comprensión de lectura para adultos mayores para mi seria muy sencillo

A: ¿Qué entiende sumerced o qué piensa sumerced que es el aislamiento social?

M: QUÉ ES EL AISLAMIENTO social? pues realmente. El aislamiento social puede darse o lo veo yo en una cárcel en un hospital e:::n sitios así donde el individuo se sienta RECLUIDO porque ahí aquí muchos así pobrecitos yo lo que pienso es cuando yo este más vieja ((se ríe))

A: Si es verdad

M: Si si se siente y echa uno mucha cabeza no creas que no

A: Y ¿Qué entiende por soledad?

M: Jumm hol:::a *soledad* ((canta y se ríe)) terrible a mí la soledad me parece algo terrible, porque yo la viví mucho tiempo inclusive en mi casa. Yo me sentía sola porque todos me hacían sentir que yo era diferente a ellos si entonces yo me sentí creeme en muchos aspectos de mi vida yo me he sentido sola

A: Y ¿Se siente actualmente sola ?

M: NO ya ves que no, como es la vida nono

A: ¿Por qué?

M: No se ((se ríe)) tal vez me levanto yo yo pienso que yo estoy ahora donde Dios quiere que yo este y que si empiezo a trabajar hombre pues eso sería una gran dicha para mí. Porque yo quede después de graduarme dos años quede discapacitada no pude ejercer es decir si pude ejercer pero en zonas de violencia e:::n San José del Guaviare en la Macarena Meta

A: ¿Qué emociones experimentó o experimenta si en algún momento cuando sentía esa soledad?

M: ¿Qué emociones?° tristeza frustración tal vez desesperación tal vez todo muy triste

A: Si. Pero bueno. Llego a un lugar donde no siente eso

M: No no sabes que no y yo no entiendo porque realmente no entiendo porque

A: La buena compañía

M: Lo que te digo yo tal vez es que estoy donde Dios quiere que este mira cuando interrumpamos te digo algo

A: ¿Qué ha afectado. El aislamiento preventivo? todas esas normas de no salir de bueno todo lo de la pandemia
¿La han afectado de alguna forma?

M: Pues no tal vez como por lo que y estuve aislada en mi casa después en el hospital y después llegue aquí y ya va pasando y ya puedo salir realmente a mi directamente no me afecto me afecto muchísimo que mi hermana hubiera muerto claro eso fue terrible muy terrible es MÁS en el hospital yo ya no me sentía así. Si en el hospital no porque allá conocí muy buenos amigos gente hasta una rara si si mira conocí un transexual y el me decía eso si yo no voy a tener novio hasta que yo no tenga una vagina y en el hospital de Kennedy le dijeron que allá lo operaban

A: Bueno ya digamos que para terminar un poquito ¿La ha afectado algo la pandemia en la salud mental?

M: Si claro obvio el encierro el encierro porque cuando yo me encerré en la casa yo perdí el sabor y se me intensifico el olor entonces yo yo llegaba alguien a la casa y yo quería que se fuera ya porque el solo olor perfume y eso y los detergentes la comida no me sabía nada claro

A: Pero más a nivel físico que mental?

M: FÍSICO, claro imagínate yo llegue a pesar 42 kilos yo no me veía y como no comía no dormía no me bañaba

A: Bueno

Anexo 7. Entrevista #3

FORMATO TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



Investigadores: Andrés Felipe Martínez Arenas- Laura Daniela Rodríguez Jiménez

Fecha: 03 de Marzo del 2021

Hora: 2:45 p.m

Lugar: Fundación Casa del Abuelo

Entrevista # 3

Investigador (A): Andres Felipe Martinez Arenas

Entrevistada (H): H***

A: eh. buenas tardes Don Hernando. Eh. Soy andres martinez. estudiante de trabajo social de octavo semestre. estamos haciendo las entrevistas para la realización de mi proyecto de grado. de nuestro proyecto de grado. entonces. sumerced me.

H: Mi nombre es **** * * * * *

A: ¿Cuántos años tiene sumerced?

H: eh. 82

A: Listo. ¿Sumerced por qué se encuentra institucionalizado?-INS-MBC

H: porqué. eh. No. no tengo a donde ir y todos mis familiares me enviaron aquí.

A: ok. Eh. sumerced ¿se siente a gusto al estar acá?

H: Si, claro

A: sí

H: sí

A: eh. como son. Como. ¿cómo se maneja todo dentro de la institución?. ¿cómo se siente usted?. Eh. esta a gusto con cómo. Con. la forma en que se maneja la institución

H: Si claro

A: Si

H: Si señor

A: Como son sus. ¿cómo es su relación con los compañeros de institución?. con sus compañeros

H: Bien

A: Ud como. ¿por qué?

H: pues. porque. Eh. son amigos míos y yo amigos de ellos. y todo.

A: entonces es chévere

H: Si. claro

A: Y su relación con los. con los. con sus cuidadores. con los profesionales de la institución. con los enfermeros. con las cuidadoras. ¿cómo es?

H: muy bien

A: sí. ¿es buena?. ¿por qué?

H: porque a lo menos a mí me atienden muy bien-INS-MBC

A: ¿sí?

H: y no tengo ningún problema. ninguna queja de ellos

A: ah Listo listo. ¿Como es su rutina?. ¿usted que hace en su vida diaria dentro de la institución?-AP-RCP

H: eh. (tose) mi rutina es llenar este librito de sopa de letras (señala un libro de sopas de letras). yo he. pues aquí lo cargo pa' todas partes y lo lleno

A: ah bueno. y a parte del libro. ¿qué más hace?. Eh. ¿sale a caminar? ¿O lee?

H: eh. Pues. Eh. camina uno aquí dentro de la institución por que no lo dejan salir

A: si

H: hace ejercicio aquí dentro de la institución y. y. camina. normalmente

A: listo. y aparte de eso. ¿nada más?

H: No. no más. así

A: a bueno. y ¿cada cuanto realiza como esas actividades?. Ósea. Eh. caminar todas las mañanas. todas las tardes. oh.

H: No. debes en cuando aquí cuando la. las encargadas de esto. Eh. bueno vamos a hacer ejercicios. Entonces. lo ponen a uno a caminar. a levantar los brazos

A: sí. a hacer actividades

H: si

A: Y. y la sopa de letras por ejemplo que. que es lo que más hace. eso si todos los días?

H: Todos los días

A: todos los días

H: Todos los días. todos los días y parte de la noche por que pongamos horita nos dan la comida

A: Si

H: Y se sube uno a la pieza. Y. pongamos yo tengo allá mi pieza sola. Ah. entonces no tengo. la única actividad que tengo es esta. el librito de sopa de letras

A: Y. así como. Que. Que. que le representa a usted hacer eso. ósea que. le despeja. aprende algo. oh. es como solo por la distracción, por tener algo que hacer

H: eh. no pues es que. es una distracción. una distracción mía. pues verdad. que no tengo nada más así para hacer ni nada. entonces me distraigo mucho llenando esto-AP-RCP

A: Claro. Claro. listo sumerced que conocimientos tiene acerca de la salud mental. (6 segundos) Oh. oh para usted que es la salud mental. usted que creería que es. ¿si yo le digo a usted salud mental usted que se imagina?

H: Pues. salud mental es. vivir uno pendiente de la salud. eh-SM-SMP

A: De la salud.

H: si

A: sí. ósea como. para usted es como. está relacionado con cuidarse. la salud

H: eh (6 segundos) como. No pues yo. la salud. Eh. Normal. yo la cuido

A: si

H: Bien y todo. yo no. no me enfermo ni nada. permanezco bien aquí

A: Listo. Y. bueno. si yo le digo que salud mental es como. está relacionado con. con sus emociones. con sus sentimientos

H: si

A: Con. con su mente. Si. si yo le digo. Entonces. Eh. Si. Si. le estoy diciendo eso. sumerced consideraría que usted tiene una buena salud mental

H: Si. claro

A: ¿Sí? ¿Por qué?

H: por qué. Eh. digamos a mi no se me olvidan las cosas

A: si

H: entonces. para mi eso

A: eso es una buena salud mental

H: Eso es salud mental. si

A: Si señor. eso. Bien. Emmm. y que cosas considera sumerced que. que le ayudan a esa salud mental a mantenerla.

H: pues. Eeh. la charla con los compañeros aquí

A: sí. la interacción

H: sí.

A: y aparte de eso. ¿otras cosas?. para usted. para sumerced?

H: ¿para mí?

A: sí

H: únicamente el librito este

A: el librito

H: sí

A: ósea. el librito y la interacción es lo que lo mantienen a usted bien

H: sí. claro

A: listo. Emmm. Listo. y si yo le pregunto a sumerced. sumerced que entiende por exclusión social-EA-ES

H: ¿por qué?

A: Exclusión social

H: Exclusión social

A: Si. sumerced que entiende por eso

H: que entiendo. Emm. Actividad. mental o algo así-EA-ES

A: ok. Listo. entonces yo le explico. exclusión social tiene que ver con. con que a usted lo hagan a un lado. si. ósea con que que la. que la. que la sociedad. que las demás personas lo hagan a un lado. si. entonces teniendo en cuenta eso. ¿sumerced se ha sentido excluido alguna vez?

H: emmm. como le digo. Ehhh. pues si porque yo tengo. Ehh. arta familia-EA-ES

A: Si

H: y. entonces. mi familia no me quiso atender. Entonces. uno de mis hermanos. fue el que me metió aquí. y él es el que se encarga aquí de pagar y toda verdad. porque de resto ningún familiar. me visita ni. ni nada de eso.-EA-ES

A: emmm. Ehhh. eso le iba a preguntar. emm. Como. ¿cómo es su relación con sus redes de apoyo?. ¿cómo es su relación con su familia?. Con. con o por ejemplo con su eps. con estas. ¿cuáles son esas redes en las que usted se apoya para que lo ayuden fuera de acá?

H: fuera de acá. un hermano. es el único que me ayuda-RD-RAM

A: Y el resto de la familia.

H: el resto de familia no. y pongamos. El. el es el que me paga la estadía aquí. Entonces. porque de resto mi familia no. cuando pongamos yo tengo. una hermana que ella ya es pensionada

A: si

H: y tiene. tiene modos. pero por aquí nunca se ve. ni siquiera me llama. que yo tengo celular. y ni siquiera una llamada ni nada

A: listo. Emmm. Ya. ya pasando un poco. Ehhh. sumerced que entiende por. Por. si yo le digo o le hablo del aislamiento social. que entiende por eso

H: que esta uno. esta uno aislado de la sociedad-EA-ASS

A: sí. Y. ¿y que entiende por soledad?

H: soledad. soledad en nombre o soledad-EA-ASS

A: soledad como en. En. como en de estar solo. jajaja soledad de

H: pues en parte es muy triste-EA-ASS

A: si

H: estar uno solo. pero claro que como aquí yo no me siento solo-EA-ASS

A: eso le. eso le iba a preguntar. y se ha sentido. se ha sentido. se ha sentido solo últimamente o en alguna. Emm. Ah. en algún tiempo. en especial digamos durante la pandemia. Solo. ¿ha sentido soledad?

H: ehhh. Si. por que antes de entrar aquí. yo vivía solo en una pieza en Soacha- EA-ASS

A: si

H: y entonces. Ehh. mi hermano el que me. el que me metió aquí

A: el que lo trajo si

H: se dio cuenta. me dijo. esto no es un sitio pa' que usted este. Aquí. porque usted. tiene su pieza y a veces sale a comer. a veces no come. entonces eso no puede seguir así. Ah. Y. y el fue el que me trajo. Y. y. y aquí afortunadamente la comida es a las horas y. y buena comida y todo. no es que. Ahg. que a mí no me van a dar no. eso es. parejito- EA-ASS

A: y. y como. y que emociones. Que. Que. que emociones experimenta usted cuando esta así. cuando sentía esa soledad. cuando la siente

H: pues. me sentía solo- EA-ASS

A: y que sentía mientras estaba solo

H: pues. Soledad. solo

A: sí. Ósea. ¿no había más?. ¿solo era eso?

H: si

A: ósea tristeza de pronto. o angustia - EA-ASS

H: sí. no no

A: no. solo la soledad

H: sí.

A: ok. Emmm. Bueno. y ya cambiando a tema como más. Mas. un poco más tranquilos. Emmm. su rutina. la rutina de los días. ¿se ha visto afectada por la pandemia? Ósea siente que

H: NO

A: ¿siente que algo ha cambiado con la pandemia acá?

H: no. aquí pues no. no ha cambiado. ni he sentido. Oh. mal

A: si no. no le ha afectado ósea.

H: no me ha afectado

A: eh. Nada. ósea la. lo que hacía. las cosas que hacia a diario. nada se ha visto afectado por la pandemia

H: no. nada de eso

A: y. y emocionalmente a sentido que sus emociones. Como. como mas tristeza o algo por el estilo. por el aislamiento. O. por. Oh. Buenos. por el aislamiento obligatorio. por la pandemia. la pandemia ¿lo ha afectado emocionalmente en algo?

H: no. en nada

A: ¿nada?

H: no. en nada

A: ósea. ¿usted cómo describiría el paso de como todo esto de la pandemia estando acá?

H: pues que le digo

A: ósea. a parte de usar tapabocas en que mas ha cambiado, o nada

H: no. Así. no mas

A: no. todo tranquilo

H: sí. sí señor. todo bien

A: y así. Como. como para terminar. Que. que piensa sumerced. como del estar dentro de la institución. De. De. de estar. en la fundación.

H: pues. yo me siento bien. lo único malo es que. permanezco aquí encerrado. Si. no puedo decir. bueno voy a salir el día a salir a comprar tal cosa. por que si me provoca un pan. me dicen. mueche a ver la plata y voy y se lo compro. Huh. pongamos antier. eh me dijo. le dije a viviana. necesito mil de dulcecitos. y me dijo. claro don Carlos vaya. cómprelos ahí en la panadería en la esquina y. pero no se me vaya a volar. Dijo. pero no se me vaya a volar. y. bueno me fui. y no se aguantó. se me fue detrás. compré los dulces y. me dijo. le provoca un tinto. le dije. Bueno. Que. porque a mí me gusta el tinto-INS-MBC

A: si

H: Pero aquí no más aquí no dan tinto

A: sí. si

H: hum. Entonces. Ehhh. me dio allá un tintico

A: ¿y cómo se sintió?

H: ¿ah?

A: ¿Y cómo se sintió sumerced?

H: pues. como desahogado sí. y ya Sali. estuve ahí como diez minutos afuera y. de resto todo bien. Y. y. de vez en cuando que esté haciendo buen día nos llevan aquí al parque. y pasea uno por el parque. se sienta allá a descansar y bueno. ya descansaron un ratico otras vueltecitas al parque. eso es muy bueno-INS-MBC

A: si

H: para mi es muy bueno (5 segundos)

A: muchas gracias. muchas muchas gracias

Anexo 8. Entrevista #4

FORMATO TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



Investigadores: Andrés Felipe Martínez Arenas- Laura Daniela Rodríguez Jiménez

Fecha: 03 de Marzo del 2021

Hora: 3:00 P.M.

Lugar: Fundación Casa del Abuelo

Entrevista #4

Investigador (A): Andres Felipe Martinez Arenas

Entrevistada (S): S***

A: Bueno. Ehh. buenas tardes

S: Buenas tardes

A: *** *****. Ehh. mucho gusto yo soy andres martinez estoy haciendo mi investigación para mi proyecto de grado. soy estudiante de trabajo social y pues. sumerced si quiere presentarse

S: Yo acá llevo años aquí

A: sumerced me regala su nombre

S: S***** *****

A: Cuantos años tiene

S: Ochenta

A: Ochenta. Listo. Ehh. sumerced porque por que se encuentra en la institución

S: yo me encuentre acá

A: si

S: Porque me trajeron para acá

A: sí. que ehh. esto sumerced se encuentra bien a gusto acá. ósea le gusta vivir acá

S: es que yo estoy aquí hace tiempo

A: si, hace cuanto

S: hace más de un año

A: más de un año. Ok. Ehh. sí es sumerced se siente a gusto con. con todo. con cómo se organiza todo

S: _____ es que aquí se organiza todo, todos aquí somos amigos

A: si son unidos

S: si si

A: y con las personas que lo atienden sumerced como se siente

S: bien

A: bien. Si. cómo es esa como usted cómo describiría esa relación que tiene con ellos

S: no

A: bien

S: bien

A: cual. Cual diría usted que es su rutina diaria acá

S: como

A: usted que hace a diario

S: no nada

A: nada

S: caminar. Caminar hasta la entrada

A: y aparte de caminar hace algo mas

S: no

A: no

S: no

A: leer. Ver televisión

S: umm la televisión si

A: televisión

S: si un poquito

A: ok ok. Ehhh. Aparte de eso nada. Ósea no

S: la verdad aparte de eso a mi ya no me

A: ok ok. Ummm. Sumerced podría decirme si tiene algún conocimiento o alguna idea de que es la salud mental

S: no

A: no. Ehh para usted que significa entonces o usted qué diría que puede significar la salud mental

S: no. Nada. No

A: listo. Ehh. Ehh sumerced que me podría responder que entiende por una cosa que se llama exclusión social

S: no, no

A: no sabe. No no piensa no se le viene algo a la idea cuando yo le digo exclusión social. no

S: no

A: sumerced considera. Ehh. Sumerced tiene o considera que tiene como que participa en la política del país de alguna forma

S: no

A: no. Tampoco. Por que

S: no pues ni soy político ni soy de nada de eso. No tengo política

A: ok. Ehh cuales son. Cuáles son las redes de apoyo que tiene. Que usted tiene aca familia. Ósea que por fuera. Familia amigos la eps

S: pues la. La familia

A: la familia. Y como es su relación con su familia

S: bien. Ellos vienen aquí a vistiarme

A: si

S: si

A: y como. Como se siente con eso. Cada cuanto lo vienen a visitar

S: cada ocho días

A: cada ocho días

S: si

A: y. y le gusta eso. Le parece

S: me parece bien sí. Si claro

A: ok. Ehhh. Sumerced que entiende por. Por aislamiento social

S: nada. No

A: no. Y por soledad

S: tampoco

A: tampoco. Ehh diría alguna vez que se ha sentido solo

S: no. No. Acá pues uno no está solo. No estoy aquí solo

A: ok. Ehh. Con todo esto de. De la pandemia y todo. Ehh usted ha visto que le afecte en algo todo lo que se ha hecho por la pandemia o.

S: no

A: no

S: hasta ahora no

A: por que

S: porque nosotros estamos alejados de la gente

A: ok. Se. Digamos que emocionalmente ha sentido que ha tenido algún cambio desde la pandemia hasta ahora o todo se ha mantenido

S: todo se ha mantenido normal

A: todo se ha mantenido normal

S: si señor

A: listo. Muchas gracias don salvador

S: para servirle. Para servirle