

IN THIS ISSUE:

ISSN 2341-4936

Nº — Vol

2 8

www.neurama.es

WEBSITE

E-MAIL

info@neurama.es

20
DICIEMBRE
21

5 Guillermo Fernández Fernández

Asociación entre Ansiedad y Depresión como desencadenante de deterioro funcional en AM institucionalizados durante la pandemia por SARS-COV2

13 Carles Penalva Huerta, Pilar Cháfer Sánchez, María Castillo Blanco, Encarnación Ramón Díaz, Karla Martínez Araque

Evolución del perfil del usuario de centro de día durante la pandemia por COVID-19

24 Carina Hess, Fátima Schönfeld, María José Zinoni, Magalí Gutiérrez, Lucas Rodríguez, José Eduardo Moreno

Vínculo entre abuelos y nietos argentinos en contexto de pandemia

35 Virginia Cornejo, Noemí Díaz Uyuquipa, Romina Tamara Méndez, Marisa Rodríguez, María Florencia Rosso

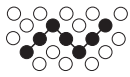
Grupo de Reflexión en pandemia: Flexibilizando prácticas y sentidos

41 María Elena Flores-Villavicencio, Celida Rosario Romero Valadez, Guillermo González Pérez, Jose Raúl Robles Bañuelos

Factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión

52 Andrea Alonso Bugarín, María del Carmen Gutiérrez Moar, David Facal

Cuidados y género, una perspectiva educativa



“La esperanza le pertenece a la vida, es la vida misma defendiéndose”

(Julio Cortázar 1914 – 1984)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

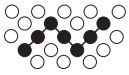
Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
David Facal Mayo (A Coruña)
Romina Mouriz Corbelle (Lugo)
Laura Espantaleón Rueda (Madrid)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
Estefanía Martín Zarza (Salamanca)
Charo Pita Díaz (A Coruña)
Laura Rubio Rubio (Granada)

Comité Asesor Internacional

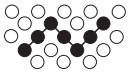
Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Karina Daniela Ferrari (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 Guillermo Fernández Fernández
- Asociación entre Ansiedad y Depresión como desencadenante de deterioro funcional en AM institucionalizados durante la pandemia por SARS-COV2
- 13 Carles Penalva Huerta, Pilar Cháfer Sánchez, María Castillo Blanco, Encarnación Ramón Díaz, Karla Martínez Araque
- Evolución del perfil de usuario de centro de día durante la pandemia por COVID-19
- 24 Carina Hess, Fátima Schönfeld, María José Zinoni, Magalí Gutiérrez, Lucas Rodríguez, José Eduardo Moreno
- Vínculo entre abuelos y nietos argentinos en contexto de pandemia
- 35 Virginia Cornejo, Noemí Díaz Uyuquipa, Romina Tamara Méndez, Marisa Rodríguez, María Florencia Rosso
- Grupo de Reflexión en pandemia: Flexibilizando prácticas y sentidos
- 41 María Elena Flores-Villavicencio, Celida Rosario Romero Valadez, Guillermo González Pérez, Jose Raúl Robles Bañuelos
- Factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión
- 52 Andrea Alonso Bugarín, Maria del Carmen Gutiérrez Moar, David Facal
- Cuidados y género, una perspectiva educativa



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.

Monográfico sobre los efectos de la pandemia

En este número monográfico definitivo de este año 2021, presentamos la actualidad de varios estudios relativos al grave impacto de la COVID-19.

Las importantes consecuencias psicosociales son tratadas en varios de los manuscritos presentados, suscitando el interés del comité por el lanzamiento de un número integrado por los mejores estudios llegados a la redacción de Neurama. La enfermedad ocasionada por la irrupción en nuestras vidas del nuevo Coronavirus (2019), ha afectado de una manera desproporcionada a las personas mayores.

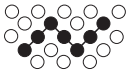
Multitud de estudios, propuestas, planes, directrices y restricciones han sido analizadas para intentar contener el impacto negativo a nivel global de este virus.

Multitud de expertos interdisciplinarios tanto nacionales como internacionales, recomiendan sin lugar a dudas un enfoque conectado con la prevención, la información, el dialogo interprofesional y el establecimiento del

apoyo sostenido integrado, colaborativo e interdisciplinar - *dispensado por equipos profesionales de diferentes áreas* - para reducir los efectos de la pandemia.

La necesidad de investigación es apremiante, pero no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el psicológico, social y emocional.

Los efectos psicológicos y emocionales de la COVID-19 son también notables y específicos en la población vulnerable de personas mayores, así como a sus cuidadores principales.



Asociación entre Ansiedad y Depresión como desencadenante de deterioro funcional en AM institucionalizados durante la pandemia por SARS-COV2

Guillermo Fernández Fernández ¹

Resumen

En el estudio se buscó determinar la asociación entre depresión, ansiedad y dependencia funcional (ABVD) en pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico la Armonía, a raíz de la pandemia mundial por el virus SARS COV 2 y las medias preventivas de confinamiento marcadas por la OMS. Se realizó un Estudio analítico y comparativo a partir de un análisis secundario de base de datos, de un año anterior; con un tamaño muestral por conveniencia de 77 adultos mayores. Los resultados en el análisis de corte cuantitativo de predicción, sobre dependencia funcional según el índice de Barthel, se encontró que, por cada punto obtenido en la Escala de Depresión Geriátrica CES-D7 en español (validada para la población mexicana), disminuye en $4,8 \pm 1.82$ puntos el índice de Barthel y, en el cuestionario de ansiedad de Beck por 5 puntos, disminuye 29.99 ± 3.62 puntos encontrándose resultados significativos respecto a la edad, sexo y depresión. Conclusiones: Se evidenció asociación entre depresión y dependencia funcional para actividades básicas de la vida diaria. Asimismo, que a mayor puntaje en depresión, mayor probabilidad de presentar dependencia funcional según el índice de Barthel, independientemente de otras variables.

Palabras clave: Adulto mayor; depresión; deterioro funcional; ansiedad.

Abstract

The study sought to determine the association between depression, anxiety and functional dependence (ABVD) in elderly patients of the Geriatric Center La Armonía, as a result of the global pandemic caused by the SARS COV 2 virus and the preventive measures of confinement established by the OMS .

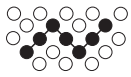
An analytical and comparative study was carried out from a secondary analysis of the database, from a previous year; with a convenience sample size of 77 older adults. The results in the quantitative prediction

cut-off analysis, on functional dependence according to the Barthel index, it was found that, for each point obtained in the Geriatric Depression Scale CES-D7 in Spanish (validated for the Mexican population), it decreases by $4,8 \pm 1.82$ points the Barthel index and, in the Beck anxiety questionnaire by 5 points, it decreased 29.99 ± 3.62 points, finding significant results regarding age, sex and depression. Conclusions: There was evidence of an association between depression and functional dependence for basic activities of daily life. Likewise, the

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2021

Recibido:
07/07/2021

Aceptado:
16/09/2021



Asociación entre Ansiedad y Depresión como desencadenante de deterioro funcional en AM institucionalizados durante la pandemia por SARS-COV2

higher the depression score, the greater the probability of presenting functional dependence according to the Barthel index, regardless of other variables.

Keywords: Older adult; depression; disability; anxiety.

Introducción

La ansiedad, al igual que la depresión, es una entidad clínica con cada vez mayor relevancia, aunque subestimada en la población anciana. La ansiedad se ha visto relacionada con aumento de complicaciones médicas, el tiempo de recuperación y mortalidad tanto por suicidio como por enfermedades físicas, especialmente las cardiovasculares (sobre todo en varones). Reducción de calidad de salud percibida y calidad de vida, también existe un aumento del riesgo de incapacidad funcional y deterioro cognitivo y por consecuencia más probabilidad de institucionalización. Según la organización AVU que se encarga de mejorar la salud mental de personas mayores en México existe una gran problemática de alrededor de 13 millones de personas mayores y el 70% se encuentra en aislamiento. Lo cual genera ansiedad, depresión y por consiguiente un cumulo de diversas patologías y suicidio.

Se presume que es el principal desencadenante del estrés oxidativo causante de la hipertensión, diabetes y cáncer. (Avu, 2020).

Prevalencia

Existe una amplia variación en la prevalencia del trastorno de ansiedad en los distintos estudios en mayores de 65 años, oscilando entre 3,2%-14,2%. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la fobia específica (FE) son los de mayor prevalencia con el 1,2%-7,3% y 3,1%-10,2% respectivamente.

La variabilidad existente se debe entre otros factores a la utilización en los distintos estudios de diferentes criterios diagnósticos. Las estimaciones de prevalencia más bajas corresponden a Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), Trastorno de Pánico (TP), y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). (Vázquez, C, 2006).

La ansiedad y la depresión pueden presentarse de forma simultánea, e incluso son muchas las personas a las que se les diagnostica ambas enfermedades a la vez.

En algunas ocasiones la ansiedad es uno de los síntomas que experimenta una persona que sufre un trastorno depresivo, o viceversa, la depresión aparece como consecuencia de un trastorno de ansiedad.

La ansiedad y la depresión son respuestas de nuestro organismo que se disparan ante diversos eventos. La ansiedad activa nuestro sistema de alerta y la depresión aparece cuando vivimos un hecho como un fallo o una pérdida.

Los principales rasgos que tienen en común la ansiedad y la depresión son las sensaciones de culpabilidad, irritabilidad, bajo estado anímico y dolor emocional elevado.

La baja autoestima hace que las personas que sufren ambos trastornos sean incapaces de enfrentarse a determinadas circunstancias ya que tienen una percepción sobre sí mismos que no es real.

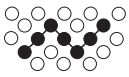
El trastorno mixto ansioso-depresivo se caracteriza por la combinación de síntomas característicos de la ansiedad y depresión sin que predomine uno sobre el otro.

La pérdida de interés, incapacidad de no experimentar placer, la insatisfacción o un estado ánimo bajo, junto con sentimientos de preocupación excesiva, irritabilidad y nerviosismo, son algunos de los principales indicativos de la presencia de un trastorno mixto ansioso-depresivo.

Para la identificación de este trastorno deben de presentarse los síntomas antes mencionados en el mismo espacio temporal. Este aspecto es fundamental para poder diferenciar el trastorno mixto ansioso-depresivo de un trastorno de ansiedad o depresión con sintomatologías propias de las otras afecciones. (Robles, R., Jurado, S. y Páez, F. 2001).

Capacidad funcional y Envejecimiento

La capacidad funcional es descrita como aquel conjunto de habilidades físicas, psicológicas o sociales que le permiten al geronte la realización autónoma de las tareas y actividades propias de la vida cotidiana sin la ayuda o supervisión de terceros, tales como comer,



Fernández Fernández

vestirse o velar por su higiene y cuidado personal (Silva, Castro, Coelho, Fernandes & Partezani, 2015; Campo-Torregroza, Laguado-Jaimes, Martín-Carbonell & Camargo-Hernández, 2019). Por lo tanto, dicho constructo es particularmente relevante durante el envejecimiento, puesto que la capacidad funcional se ve condicionada a múltiples factores, incidiendo en que el sujeto esté más proclive a una disminución paulatina de su nivel de independencia, lo que podría impactar en su calidad de vida y bienestar general (Paredes, Yarce & Aguirre, 2018). En este sentido, existe evidencia de que la calidad de vida de las personas mayores empeoraba cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria (Estrada, Cardona, Segura, Chavarriga, Ordóñez & Osorio, 2011). Por esta razón, la capacidad del individuo para adaptarse a los problemas cotidianos pese al padecimiento de alguna disfunción física (Oliveira, Nossa & MotaPinto, 2019) se transforman en un ámbito de interés local, para avanzar en la comprensión del envejecimiento.

Sintomatología depresiva

La prevalencia de síntomas depresivos en ancianos institucionalizados varía entre el 10-25% en función de los criterios diagnósticos empleados. La relación entre los síntomas depresivos y la evolución funcional en el ingreso a la unidad ha sido estudiada desde hace años. ~ Covinsky y cols. describieron que los pacientes con 6 o más síntomas depresivos al ingreso presentaron 3 veces más riesgo de DF, en comparación con los que solo tuvieron 2 o menos síntomas de depresión. Aunque no se conocen con claridad los mecanismos fisiopatológicos de tal asociación, es fácil pensar que los síntomas negativos como la apatía y la anhedonia, el bajo apetito e ingesta con mayor riesgo de desnutrición, el peor descanso nocturno, los efectos secundarios de los psicofármacos y la peor evolución de las patologías de base que con frecuencia presentan estos pacientes tienen un impacto directo negativo sobre la evolución funcional.

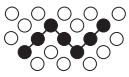
De forma recíproca, el DF empeora la sintomatología depresiva, estableciéndose un círculo vicioso que es necesario detectar y tratar de romper. La depresión no siempre se diagnostica adecuadamente en el paciente

anciano, por lo que es necesario realizar una evaluación del estado de ánimo en todo paciente mayor institucionalizado y poner en marcha las medidas necesarias para evitar el DF. (Covinsky y cols, 2003).

Prevalencia de la Sintomatología Depresiva en Personas Mayores

La salud durante el envejecimiento es el reflejo acumulativo de factores biológicos, personales, familiares y culturales, además del estilo de vida, comportamientos y actividades que las personas configuran a lo largo de su vida (Kalache & Keller, 1999). En este sentido, Gallardo-Peralta, Córdova, Piña y Urrutia (2018) hallaron que el estado de salud de las mujeres mayores es peor que el de los hombres en Chile. Específicamente, presentarían mayores tasas de discapacidad y una peor salud mental (Muñoz & Espinosa, 2008). Así, la prevalencia de la depresión es alta en personas mayores chilenas, siendo las mujeres de 60 años (23%) las que reportan al menos una consulta de salud mental, en contraste con los hombres (16%) del mismo grupo etario (Aravena, Gajardo & Saguez, 2018).

No obstante, la evidencia disponible es aún heterogénea, ya que por una parte se sostiene que la presencia de sintomatología depresiva es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y la evolución a demencia, de tipo vascular o Alzheimer (Diniz, Butters, Albert, Dew & Reynolds, 2013; Sacuiu et al., 2016), afectando el funcionamiento cognitivo particularmente cuando la depresión se diagnostica tardíamente en el ciclo vital. Igualmente, la disminución en la capacidad cognitiva podría ser explicada por la presencia de sintomatología depresiva aguda, observándose una reducción en los tiempos de reacción, memoria y funcionamiento ejecutivo, acelerando el declive cognitivo del geronte (McDermott & Ebmeier, 2009). Así, los síntomas depresivos correlacionan con un rendimiento deficiente en lenguaje, memoria, función ejecutiva y atención (Rock, Roiser, Riedel & Blackwell, 2014). Del mismo modo, la presencia de enfermedades y una capacidad funcional disminuida afectaría la salud mental de los mayores, dificultando el reconocimiento oportuno de la depresión (Cavalcante, Minayo & Mangas, 2013).



Asociación entre Ansiedad y Depresión como desencadenante de deterioro funcional en AM institucionalizados durante la pandemia por SARS-COV2

Objetivo de la investigación

Objetivo: Determinar la asociación entre ansiedad-depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico la Armonía, a raíz de la pandemia mundial por el virus SARS COV 2 y las medias preventivas de confinamiento marcadas por la OMS.

Muestra y/o Participantes

El tamaño de la muestra por conveniencia, consistió en 77 adultos mayores institucionalizados, de ambos sexos, con edades que van desde los 74 años hasta los 98; en estancia permanente, en una unidad Geronto-Geriátrica. Se excluyeron los participantes con discapacidad funcional que ya presentaban dependencia antes del período de referencia.

Metodología y/o instrumentos utilizados

El Estudio fue analítico y comparativo a partir de un análisis secundario de base de datos, de un año anterior; con un tamaño muestral por conveniencia de 77 adultos mayores, se realizó un análisis de corte cuantitativo de predicción, utilizándolos siguientes instrumentos de valoración:

- El índice de Barthel para medir dependencia funcional
- La Escala de Depresión Geriátrica CES-D7 en español (validada para la población mexicana), para medir depresión
- El cuestionario de ansiedad de Beck, para valorar la ansiedad
- Una base de datos y expedientes, con datos de un año atrás donde se evaluó la depresión en los AM.

Discusión

En el estudio es posible encontrar una relación de tipo lineal, al tener un referente en la valoración de la depre-

sión con un año anterior a la pandemia y por consiguiente el confinamiento, nuestra hipótesis inicial se centró principalmente a raíz de la observación inicial en el aumento considerable de los estados ansioso-depresivos en un número importante de adultos mayores institucionalizados, y posteriormente también un aumento significativo en la dependencia funcional, aumento en el número de caídas, incontinencia, etc; llegando a necesitar mayor apoyo por parte de los gerocultores, por lo cual se realizó una valoración en las ABVD; lo cual arrojó una disminución importante de entre 30 y 40 puntos en la escala del índice de Barthel.

Por lo tanto, se volvió a realizar una valoración completa de los estados ansioso-depresivo, encontrando un aumento considerable, sin embargo, fue difícil encontrar dentro del análisis alguna correlación de descriptiva.

Conclusiones

Al analizar los datos se encontró que el insomnio, dolor y la depresión se asociaban independientemente con el deterioro de las ABVD. El deterioro de las ABVD se asoció con la baja autoestima, sentimientos de soledad, educación deficiente, las comorbilidades, la depresión y el deterioro cognitivo.

Se evidenció asociación entre depresión y dependencia funcional para actividades básicas de la vida diaria. Asimismo, que a mayor puntaje en depresión, mayor probabilidad de presentar dependencia funcional según el índice de Barthel, independientemente de otras variables.

El estudio del deterioro funcional por dominios permitió recabar información más detallada para determinar los factores que pueden intervenir con el objetivo de reducir la incidencia del deterioro funcional y la dependencia.

Fernández Fernández

RESULTADOS ALCANZADOS

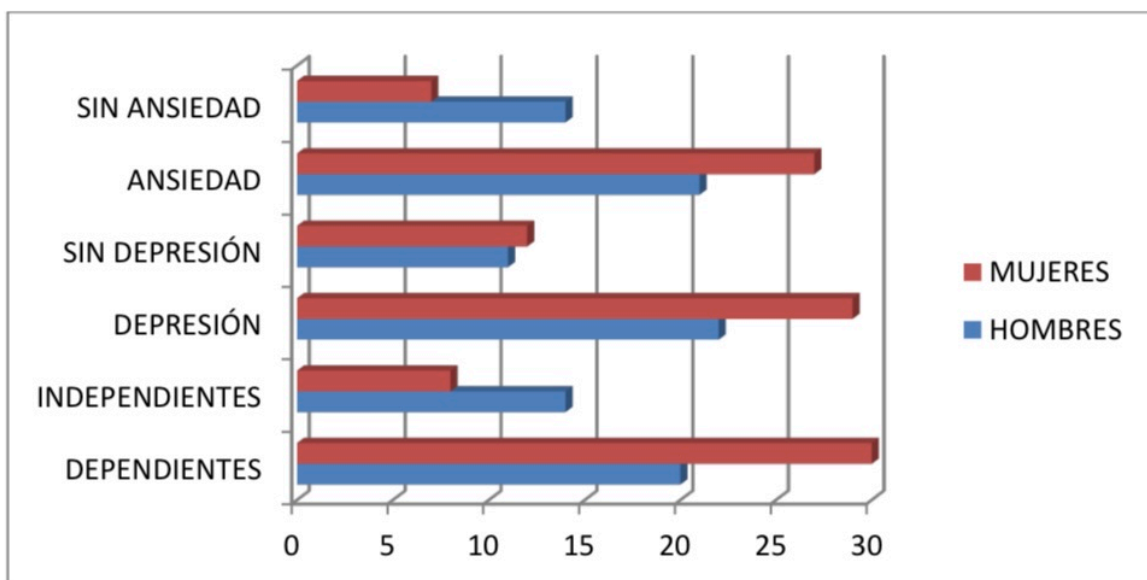


Figura 1.-valores en comparativos de ambos sexos después de confinamiento.

Asociación entre Ansiedad y Depresión como desencadenante de deterioro funcional en AM institucionalizados durante la pandemia por SARS-COV2

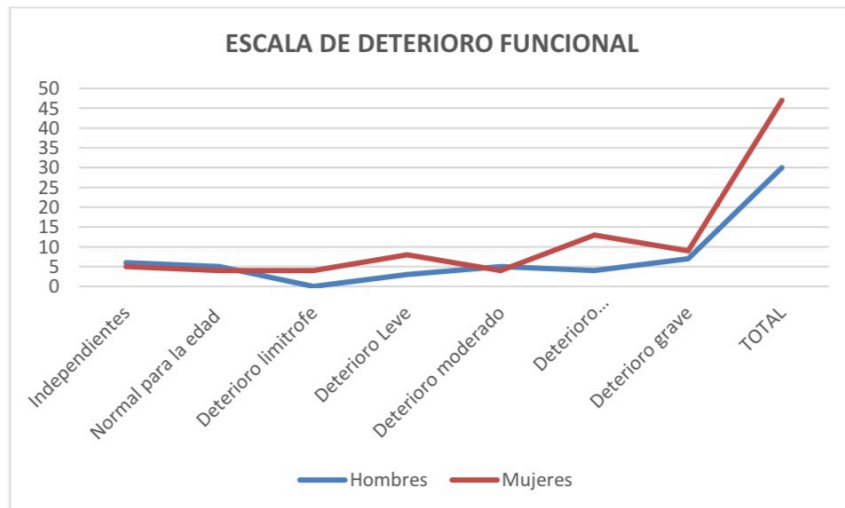


Figura 2.- Rangos obtenidos del deterioro en los AM, en confinamiento.

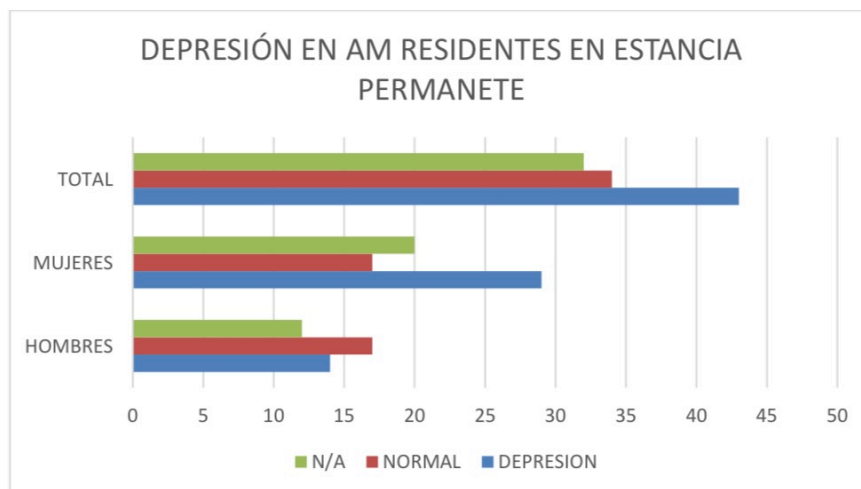


Figura 3.- Muestra tomada en diciembre 2019, evidencia que la depresión ya se encontraba presente.

Fernández Fernández

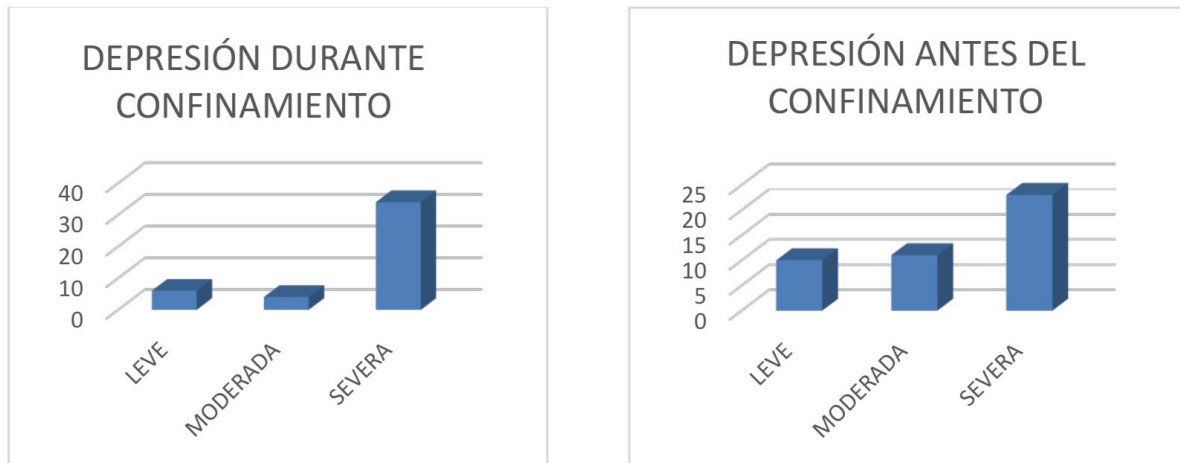
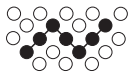


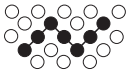
Figura 4.- Tablas comparativas de valoración en síntomas depresivos pre y post pandemia.



Asociación entre Ansiedad y Depresión como desencadenante de deterioro funcional en AM institucionalizados durante la pandemia por SARS-COV2

REFERENCIAS

1. Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. y Nieto M., M. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V.Caballo (Comp.): Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos (pp. 89-114). Madrid: Pirámide.
2. Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). Psicología clínica. Un enfoque conductual. México: El Manual Moderno.
Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. Revista Mexicana de Psicología, 8, 211-217.
3. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003;51:451-8
4. Conradsson M, Littbrand H, Boström G, Lindelöf N, Gustafson Y, Rosendahl E. Is a change in functional capacity or dependency in activities of daily living associated with a change in mental health among older people living in residential care facilities? Clin Interv Aging. 2013;8:1561-8.
5. Juárez J, León A, Linares VA. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH "Viña alta"-La Molina, Lima-Perú. Horiz Med (Barcelona).2012;12(2):26-9.
6. Shahab S, Nicolici DF, Tang A, Katz P, Mah L. Depression Predicts Functional Outcome in Geriatric Inpatient Rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2017 [acceso en mayo de 2017];98(3):500-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.07.014>
7. Camps E, Andreu L, Colomer M, Claramunt L, Pasaron M. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremode Ley de Dependencia. Rev la Soc Española Enfermería Nefrológica. 2009 [acceso en mayo de 2017];12(2):28-34. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752009000200005&script=sci_arttext&tlng=e%5Cnhttp://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v12n2/original4.pdf
8. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Publica Mex. 2007;49(5):367-75.
9. Castellanos-Perilla N, Borda MG, Fernández-Quilez Álvaro, Aarsland V, Soennesyn H, Cano-Gutiérrez CA. Factores asociados con el deterioro funcional en adultos mayores mexicanos. biomedica [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 1 de mayo de 2021];40(3):546-5. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/5380>
10. Nicolás Castellanos-Perilla, Semillero de Neurociencias y Envejecimiento, Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 7 N° 40-62, Bogotá, D.C., Colombia



Evolución del perfil del usuario de centro de día durante la pandemia COVID-19

Carles Penalva Huerta*¹, Pilar Cháfer Sánchez ¹,
Maria Castillo Blanco ¹, Encarnación Ramón Díaz ¹,
Karla Martínez Araque ¹

Resumen

Introducción: Los centros de día de atención a personas mayores son un recurso social que ofrece, durante el día, una atención integral a las personas mayores en situación de dependencia. Durante la pandemia de la COVID-19, los centros de día han permanecido parte del tiempo cerrados o con un aforo reducido por las diferentes fases de desescalada. El objetivo de esta investigación es analizar las posibles consecuencias producidas por esta situación. *Material y métodos:* Se ha comparado diferentes escalas (LOBO, Hamilton, Yesavage, Barthel, Tinetti y Norton) en diferentes momentos temporales, antes de la pandemia de la COVID-19 y un año después del inicio. Para ello hemos realizado un análisis de comparación de medias para muestras relacionadas y diferentes parámetros psicométricos. *Resultados:* Se aprecia un empeoramiento generalizado en todas las escalas, siendo significativas en la escala cognitiva LOBO ($t=2.140$, $p=.038$) y en la escala de riesgos por úlceras por presión Norton ($t=2.648$, $p=.011$). Estos resultados significativos no se explican por el propio deterioro de las demencias. *Conclusión:* Se ha producido un empeoramiento general durante la pandemia, a consecuencia de las diferentes medidas de prevención aplicadas a al COVID-19, entre las cuales podemos encontrar la cuarentena en el estado de alarma, las distintas fases de desescalada con aforo reducido en el centro que han repercutido en el estado físico y cognitivo de los usuarios.

Palabras clave: COVID-19, centro de día, confinamiento, evaluación cognitiva, evaluación física y emocional.

Abstract

Introduction: senior centres are social resources that offer comprehensive assistance to older dependent adults during the day.

Because of governmental restrictions implemented during the COVID-19 pandemic, senior centres have remained closed or with capacity limitations through many months. The main objective of this essay is to analyse the possible consequences of this measures in older adults in Mare de Déu de la Salut Senior Centre. *Methodology:* Several tests (LOBO, Hamilton, Yesavage, Barthel, Tinetti

and Norton) have been compared in two moments in time: before the COVID-19 pandemic and one year after the lockdown.

We have performed our study comparing the means of related samples and analysing some psychometric parameters.

Results: evidences show a general deterioration of individuals in every scale, resulting significant in the cognitive test LOBO ($t=2,140$, $p=.038$) and the Norton scale ($t=2.648$, $p=.011$) that measures risks for ulcers. These significant results

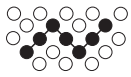
ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2021

Recibido:
09/07/2021

Aceptado:
20/09/2021

(1) Centro de Día Mare de Déu de la Salut, Carcaixent, Valencia.

(*) Autor Para correspondencia. C/ Molí nº 42, Villanueva de Castellón (Valencia). CP 46270. Correo electrónico: carlespenalva@gmail.com



Evolución del perfil del usuario del centro de día durante la pandemia COVID-19

cannot be explained only by the deterioration associated to senile dementias. Conclusions: due to the restrictions and the preventive measures implemented by government during COVID-19 pandemic (lockdowns, capacity limitations, etc.) data show a noticeable physical and cognitive deterioration of this senior centre's older adults.

INTRODUCCIÓN

La población en España envejece progresivamente, actualmente un 17% de la población presenta más de 65 años de edad y se espera que para el año 2051 aumente al 31%, lo que conllevará un aumento de personas con limitación funcional (Cantalapiedra, 2020).

Los centros de día son recursos sociales específicos para personas mayores de 60 años donde se ofrece una atención integral al usuario durante el día (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia). El Centro de día Mare de Déu de la Salut está ubicado en el municipio de Carcaixent y cuenta con capacidad para 100 usuarios. A él asisten usuarios de los municipios colindantes dentro de un radio de unos 15 km. La atención especializada del centro es diurna, a excepción de fines de semana y días festivos, lo que permite que los usuarios del recurso no se desvinculen del núcleo familiar. En el centro de día, múltiples profesionales sociosanitarios facilitan atención personalizada a los usuarios desde diferentes perspectivas: atención sanitaria, psicológica, terapias físicas, cognitivas y sociales, entre otros servicios (Gil Montalbo, 1996).

El 14 de marzo de 2020, el Gobierno español decretó el estado de alarma, y al objeto de impedir la propagación del coronavirus, ordenó el confinamiento de todos los españoles. El perfil de los usuarios de los centros de día (mayores de 60 años, dependientes y generalmente con patologías previas) ha propiciado que, desde el inicio de la estrategia de prevención frente a la COVID-19, las autoridades les hayan considerado como pacientes potenciales de riesgo (Pinazo-Hernandis, 2020; Porcel-Gálvez et al. 2021; Zhou F. et al. 2020). Con la declaración del Estado de Alarma en España, tras la crisis sanitaria derivada de la COVID-19, se ordenó el cierre de los centros de día durante casi tres meses. Más adelante, con la relajación de las medidas preventivas durante las diferentes fases de la llamada desescalada (tabla 1) se

se reabrieron los centros con limitaciones de aforo y restricciones en cuanto a las visitas y actividades grupales (Diario Oficial de la Generalitat Valenciana núm. 8824. Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas inclusivas, RESOLUCIÓN de 29 de mayo de 2020).

Además de pasar por estas fases comunes en todo el Estado, la evolución de la situación epidemiológica ha obligado al cierre del centro de día en varias ocasiones a lo largo de 2020 y el primer trimestre de 2021, durante varias semanas cada vez, bien por detección de casos positivos en el centro, bien por el crecimiento de la incidencia acumulada en el departamento sanitario al que corresponde Carcaixent (Departamento de Salud La Ribera).

Esta asistencia irregular prolongada en el tiempo ha interrumpido el desarrollo y la aplicación de los proyectos de rehabilitación física y psicosocial y ha influido negativamente en el estado general de los usuarios del centro de día, acelerando en muchos casos sus patologías base.

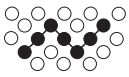
OBJETIVO

Este estudio analiza las consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en usuarios del centro de día comparando las valoraciones realizadas antes de la pandemia con las de un año después del inicio de esta, para determinar la evolución de los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra de este estudio está formada por 48 usuarios mayores de 60 años del centro de día Mare de Déu de la Salut, Carcaixent, Valencia. Se han excluido de la muestra aquellos usuarios que han asistido un periodo inferior a 6 meses. Antes de empezar la investigación, se informó a los responsables del centro, de los procedimientos de la investigación y las hipótesis planteadas. Las valoraciones se realizaron en dos momentos temporales distintos, datos recogidos dos meses antes de la declaración de la pandemia de la COVID-19 y un año después del inicio de esta pandemia. Dichas escalas están realizadas por los distintos técnicos del centro de día. Las escalas de valoración utilizadas en esta investigación son:

* **MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO**
Es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein (Lobo et al. 1999). El mini examen cognoscitivo es un test de cribaje de demencias, útil para seguir la evolución de las mismas. La escala tiene una puntuación máxima de 35



Penalva Huerta, Cháfer Sánchez, Castillo Blanco, Ramón Díaz, Martínez Araque

puntos y engloba 5 dominios cognitivos (orientación, fijación, concentración y cálculo, lenguaje y construcción). Dependiendo de la puntuación obtenida se clasifica en estado cognitivo normal (30-35), Ligero déficit (25-29), deterioro cognitivo leve (20-24), deterioro cognitivo moderado (14-19) y deterioro cognitivo grave (0-14).

* ESCALA PARA LA ANSIEDAD HAMILTON

Escala afectiva para valorar la intensidad de la ansiedad (Hamilton, 1969). Consta de un total de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas de ansiedad y un último ítem referente al comportamiento del paciente durante la valoración. A mayor puntuación, mayor intensidad de ansiedad.

* ESCALA PARA LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para el cribaje de la depresión. Utilizamos la versión reducida de 15 ítems (Seikh y Yesavage, 1986). Las puntuaciones mayores de 10 puntos establecen resultados de depresión establecida mientras que resultados de 6-9 puntos de depresión leve o dudosa.

* ÍNDICE DE DEPENDENCIA BARTHEL

Desarrollado por Mahoney y Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. El rango de valores es de 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. Puntuaciones de 0-19 dependencia total, de 20-39 dependencia grave, de 40-59 dependencia moderada, 60 a 79 dependencia leve y mayor 80 puntos independiente.

* ESCALA DE RIESGO POR PRESIÓN NORTON

Esta escala mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión (Norton et al. 1962). Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores se suman para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Puntuaciones bajas en la escala implican mayor riesgo

de úlceras.

* ESCALA DE MOVILIDAD DE TINETTI:

Se desarrolló para evaluar la movilidad y el equilibrio de las personas mayores (Rubenstein, 1992) y consta de dos dimensiones: equilibrio y marcha. La máxima puntuación para la marcha es 12 puntos y para el equilibrio 16; la suma total de la escala es de 28 puntos. Se considera riesgo alto de caídas menos de 19 puntos; riesgo de caídas de 19 a 23 puntos y, riesgo bajo o leve de 24 a 28 puntos.

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico de IBM SPSS para Windows (versión 19.0). Se realizaron estadística descriptiva (media, desviación típica, frecuencias absolutas) para describir las variables.

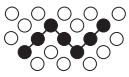
También se realizaron análisis de comparación de medias (prueba T) para muestras relacionadas comparando las primeras valoraciones realizada (Pre) con las segundas (Pos) con el objetivo de conocer si se han producido diferencias significativas entre los dos momentos temporales.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra está compuesta por 48 personas mayores de 60 años dependientes (Tabla 2), de las cuales un 81% (n=39) son mujeres y un 19% (n=9) son hombres. La edad media de la muestra es de 81.81 años, siendo la edad mínima de 67 años y la máxima de 95 años. Durante este periodo de investigación ha habido un total de 23 bajas. (Ver Tabla 2. Anexo).

Del total de la muestra, un 43.8% presentan Alzheimer, seguido de un 22.9% que presenta un proceso normal del envejecimiento, un 12.5% son diagnosticados de deterioro cognitivo leve, un 6.3% de demencia vascular, un 4.2% de demencia frontotemporal. La resta de la muestra, un 10.3% presenta diferentes tipos de trastornos (Parkinson, Demencia degenerativa primaria, demencia mixta e ictus) (Figura 1).



Evolución del perfil del usuario del centro de día durante la pandemia COVID-19

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO

Al comparar los resultados de la escala LOBO, observamos un empeoramiento de los usuarios (Tabla 3), valorándose una disminución en la puntuación media, de 18.95 ± 10.40 puntos al inicio de la pandemia a 17.3 ± 10.70 en la segunda valoración un año después.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($t=2.140$, $p=.038$) al comparar las puntuaciones de estas escalas.

ESCALA PARA LA ANSIEDAD HAMILTON

Al analizar los resultados de la escala de ansiedad Hamilton observamos una disminución de la puntuación media, pasando de una puntuación de 8.6 ± 7.57 a 7.6 ± 7.47 puntos un año después del inicio de la pandemia. Si observamos más detalladamente los resultados de la escala (Tabla 3), vemos que los usuarios sin trastorno de ansiedad suben de un 58.3% a 62,5% y los usuarios con trastorno de ansiedad bajan de 18.8% a 14.6%. Resumiendo, aumentan los usuarios que no presentan ansiedad y bajan los que presentaban este trastorno. Estas diferencias no llegan a ser significativas.

ESCALA PARA LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE

Respecto a la comparación de la escala geriátrica depresiva, observamos un aumento de la puntuación media pasando de un 2.89 ± 3.32 a un 2.95 ± 3.69 puntos. Al analizar los resultados (Tabla 3), vemos un aumento de 6.2 puntos de media respecto a la valoración de trastorno de depresión establecida (antes de la pandemia presentaban una puntuación media de 6.3 puntos y un año después del inicio, una puntuación media de 12.5 puntos). Estos resultados no llegan a ser significativos.

ÍNDICE DE DEPENDENCIA BARTHEL

Al comparar el nivel de dependencia, observamos un empeoramiento en las puntuaciones de las escalas (4,4 puntos de media). La puntuación media antes de la pandemia era de 56.8 ± 29.55 puntos y un año después disminuyó a 52.3 ± 29.70 puntos. Al analizar

los resultados observamos que los usuarios con independencia y dependencia baja disminuyen y las dependencias moderadas, severas y totales aumentan (Tabla 3). En Resumen, un año después los usuarios han empeorado su grado de dependencia, no obstante, no llega a ser estadísticamente significativa.

ESCALA RIEGOS DE ULCERAS POR PRESIÓN NORTON

Observamos un empeoramiento en la escala Norton en la comparación de los dos momentos temporales, pasando de una puntuación media de 16 ± 2.06 puntos antes del inicio de la pandemia a 15.18 ± 2.25 puntos un año después de esta (Tabla 3). Al analizar las valoraciones, observamos una disminución del riesgo mínimo de úlceras y un aumento del riesgo medio y alto. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($t=2.648$, $p=.011$).

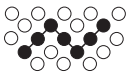
ESCALA MOVILIDAD TINETTI

Respecto a la escala de movilidad Tinetti, observamos un empeoramiento en los resultados, pasando de una puntuación media de 18.5 ± 6.72 antes del inicio de la pandemia a una puntuación de 17.5 ± 7.26 puntos un año después del inicio de esta, disminuyendo el número de usuarios con riesgo bajo y aumentando los usuarios con riesgo medio y alto (Tabla 3). Estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Como hemos visto a lo largo de esta investigación, los usuarios de centro de día han empeorado su dependencia desde el inicio de la pandemia debido en parte, al confinamiento y a las distintas medidas de prevención establecidas por las autoridades sanitarias para disminuir la incidencia de la COVID-19 que han repercutido finalmente en su estado físico y mental. Hay pocos estudios sobre el impacto que ha producido ya que es un fenómeno reciente, pero generalmente todas las investigaciones van por la misma dirección. Estudios como el de Brooks et al. 2020, observaron que el confinamiento puede producir consecuencias adversas para la salud mental como la aparición de sintomatología ansiosa o depresiva, estrés postraumático, sentimientos de ira, tristeza, irritabilidad o sentimiento de miedo.

Al analizar los resultados del mini examen cognoscitivo de Lobo, apreciamos un empeoramiento



Penalva Huerta, Cháfer Sánchez, Castillo Blanco, Ramón Díaz, Martínez Araque

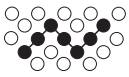
cognitivo significativo desde el inicio de la pandemia, disminuyendo los usuarios con un estado cognitivo normal a déficit ligero y, empeorado los usuarios con deterioro cognitivo leve y moderado aumentado los así los usuarios con deterioro cognitivo grave. Estudios como el de Webb (2020), analizaron el papel del aislamiento social y como este está fuertemente relacionado con el deterioro cognitivo, la depresión y la ansiedad. Además de esto, puede haber un componente de bidireccionalidad de la depresión y la ansiedad afectando al estado cognitivo y a las demencias, aumentando las alteraciones neurodegenerativas y, en consecuencia, repercutiendo en el propio deterioro funcional de la persona (Bastida et al. 2016). Otro estudio realizado por Capozzo et al. al 2020 en Italia con personas con demencia, observaron que un 53% de los pacientes mostraron un empeoramiento significativo en la función cognitiva, especialmente en la memoria durante el confinamiento por la pandemia, estos datos fueron informados por los cuidadores en comparación con su última visita realizada (media de 6,78 meses).

Velasco Rodríguez et al. (2020) realizaron un estudio sobre ansiedad en el adulto mayor durante la pandemia de la COVID-19 con 300 sujetos mayores de 60 años y observaron que la frecuencia de ansiedad elevada evaluada con la escala de ansiedad Hamilton (29.3%), principalmente en los mayores de 75 años entre los cuales el 46.7% reportaron ansiedad moderada a severa. Estos datos eran superiores a otro estudio realizado por estos investigadores en el 2013. Estos investigadores concluyen que la presencia de la pandemia es un factor que contribuye de manera importante a este incremento de la ansiedad en este colectivo. Otro estudio realizado por Losada-Baltar et al. (2020) con una muestra de 1501 personas de 18 a 88 años, evaluaron el grado de ansiedad, tristeza, soledad y autopercepción del envejecimiento. Al analizar los resultados, observaron que las personas mayores informaban de menor ansiedad y tristeza que sus congéneres más jóvenes. En nuestro estudio, al comparar los resultados de la escala de ansiedad Hamilton antes del inicio de la pandemia con la de un año después, observamos un aumento de los usuarios sin trastorno de ansiedad, produciéndose una disminución de los usuarios con trastorno de ansiedad. Estos resultados se entienden al analizar los resultados del mini examen cognoscitivo de LOBO,

ya que se ha producido un empeoramiento a nivel cognitivo y puede haber repercutido en escala de ansiedad.

Respecto a la depresión, observamos un empeoramiento en la sintomatología depresiva en usuarios del centro día. Al analizar los resultados de la escala geriátrica para la depresión Yesavage, observamos un aumento de los usuarios con depresión establecida pasando de un 6.3% a 12.5% un año después del inicio de la pandemia. Lincango Juiña (2020), en su estudio sobre depresión y confinamiento por emergencia sanitaria en adultos mayores, administro la escala geriátrica de depresión Yesavage a una muestra de 94 personas mayores de 65 años y observo que un 19% de las personas de 65 a 71 años presentaba depresión moderada y un 10% severa. Aún se requieren más investigaciones sobre el efecto de la pandemia de la COVID-19 en personas mayores para determinar el efecto de esta sobre la salud mental. Por otro lado, el aislamiento durante la pandemia por la COVID-19, sobretodo en personas mayores, sin salir de casa y dejando de asistir a los centros de día a incrementa los niveles de inactividad física y el comportamiento sedentario en este colectivo, aumentando las alteraciones metabólicas y sistémicas por la falta de movimiento, traduciéndose en un empeoramiento físico global. Al comparar los resultados de la escala sobre movilidad y equilibrio Tinetti en los usuarios del centro de día, se aprecia un empeoramiento de los resultados de riesgo bajo y riesgo medio y aumentando el riesgo alto de caídas en los usuarios. Estos datos son preocupantes ya que varios estudios muestran una asociación entre la disminución de la fuerza, el riesgo de caídas y la mortalidad en personas mayores (Sasaki et al. 2007; Samuel et al. 2012).

Un efecto de la inactividad física y del sedentarismo en personas con demencias avanzadas es la aparición de úlceras por presión. Al comparar los resultados de la escala de riesgos de úlceras por presión Norton, se observan diferencias estadísticamente significativas un año después del inicio de la pandemia, disminuyendo el número de usuarios con riesgo mínimo de padecerlas y aumentando el número de usuarios en las que han aumentado el riesgo medio y alto. En el desarrollo de las úlceras por presión participan varios factores rela-



Evolución del perfil del usuario del centro de día durante la pandemia COVID-19

relacionados con el paciente y con el ambiente, siendo la inmovilidad el factor de riesgo de mayor importancia en los pacientes hospitalizados (Magnani y Larcher, 2008). Peri Parillo y Gamarra Bernal (2017), en su investigación sobre el nivel de dependencia física e incidencia de úlceras por presión en pacientes adultos mayores concluyo que a mayor desarrollo de independencia física menor incidencia de úlceras por presión.

Al analizar el nivel de independencia en los usuarios del centro de día, observamos un empeoramiento en el índice de dependencia barthel un año después del inicio de la pandemia, aumentando los usuarios con dependencia moderada, severa y total. Estos datos se entienden con el contexto de la pandemia y por la poca actividad física y cognitiva de las personas que han dejado de asistir al centro de día. En un estudio sobre la autonomía personal de personas mayores después de 100 días de confinamiento por la COVID-19 (González Farfán, 2020), administraron el índice de dependencia barthel a personas mayores y observaron que la autonomía personal de estas personas disminuyo ligeramente en todas las áreas de la Barthel menos en la actividad de desplazamiento 100 días después del confinamiento.

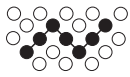
do ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial, o sin ánimo de lucro.

Conclusiones

Como hemos visto a lo largo de esta investigación, el confinamiento y las distintas medidas de prevención establecidas por las autoridades sanitarias para evitar la propagación de la COVID-19, entre ellas la reducción del aforo de las distintas fases de desescalada para los usuarios de centro de día han producido efectos negativos en este colectivo, especialmente a nivel cognitivo y aumentando el riesgo de padecer úlceras por presión debido a la inactividad física y al sedentarismo. Aunque la mayoría de los usuarios del centro de día son personas dependientes con enfermedades neurodegenerativas, con tendencia a empeorar sus patologías base con el paso del tiempo, esta situación ha incrementado este deterioro.

Conflicto de intereses

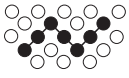
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con el contenido de esta investigación. La presente investigación no ha recibi-



Penalva Huerta, Cháfer Sánchez, Castillo Blanco, Ramón Díaz, Martínez Araque

REFERENCIAS

1. Cantalapiedra M (2020). El envejecimiento demográfico en España. Fuentes. estadísticas; 68.
2. España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE n.º 299, de 15-12-2006, pp. 44142-44156).
3. Gil Montalbo M (1996). Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
4. Pinazo-Hernandis S (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. Revista española de geriatría y gerontología Sep;55(5):249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>.
5. Porcel-Gálvez, A. M., Badanta, B., Barrientos-Trigo, S., & Lima-Serrano, M. (2021). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. Enfermería clínica, 31, S18-S23. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>
6. Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., . . . Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in wuhan, china: A retrospective cohort study. The Lancet (British Edition), 395(10229), 1054-1062. doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3
7. Diario Oficial de la Generalidad Valenciana núm. 8824. Vicepresidencia y Consejería de Igualdad y Políticas inclusivas RESOLUCIÓN de 29 de mayo de 2020, de la Vicepresidencia y Consejería de Igualdad y Políticas inclusivas, por la que se establece el plan de transición a la nueva normalidad, al contexto de crisis sanitaria ocasionada por la Covid19, de las residencias de personas mayores dependientes, a los centros de día, a las Viviendas tuteladas y los CEAM / CIM.
8. Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., . . . Aznar, S. (1999). Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. Medicina clínica, 112(20), 767-774. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10422057>
9. Hamilton, M (1969). Diagnosis and rating of anxiety. British Journal of Psychiatry, Special Publication No 3.: pp. 76-79.
10. Yesavage JA, Sheikh JI (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Clinical gerontologist, Nov 18; 5 (1-2): 165-173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
11. Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The barthel index. Maryland State Medical Journal, 14, 61- 65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14258950>
12. Norton D, Exton-Smith AN, McLaren R (1962). An investigation of geriatric nursing problems in hospital. National Corporation for the care of old people. London: Curchill Livingstone.
13. Rubenstein LZ (1992). Instrumentos de evaluación. En: Abrams WB, Berkow R, editores. El Manual Merck de Geriatría (ed. española). Barcelona: Doyma, p. 1251-63.
14. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. The Lancet (British Edition), 395(10227), 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
15. Webb, L. (2021). COVID-19 lockdown: A perfect storm for older people's mental health. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28(2), 300. doi:10.1111/jpm.12644
16. Deví Bastida, J., Puig Pomés, N., Jofre Font, S., & Fetscher Eickhoff, A. (2015). La depresión: un predictor de demencia. Revista española de geriatría y gerontología, 51(2), 112-118. doi:10.1016/j.regg.2015.10.008
17. Capozzo, R., Zoccolella, S., Frisullo, M. E., Barone, R., Dell'Abate, M. T., Barulli, M. R., . . . Logroscino, G. (2020). Telemedicine for delivery of care in frontotemporal lobar degeneration during COVID-19 pandemic: Results from southern italy. Journal of Alzheimer's Disease, 76(2), 481-489. doi:10.3233/JAD-200589
18. Velasco Rodríguez, Víctor Manuel; Limones Aguilar, María de Lourdes; Suárez Alemán, Gabriel Gerardo; Reyes Valdez, Hugo; Delgado Montoya, Viviana Elizabeth. (2020). Ansiedad en el adulto mayor durante la pandemia de COVID-19. Paraninfo Digital. 14(32): e32069d. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e32069d>
19. Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., Pedroso-Chaparro, M. d. S., Gallego-Alberto, L., & Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. Revista española de geriatría y gerontología, 55(5), 272-278. <https://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>
20. Lincango Juiña, E. Depresión y confinamiento por emergencia sanitaria en un grupo de adultos mayores residentes en una parroquia de Quito posterior a la semaforización. (2020). Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo Infantil y Psicorehabilitación. Carrera de Psicología Infantil y Psicorehabilitación. Quito: UCE. 1152 p.
21. Sasaki, Hideo, MD, PhD, Kasagi, F., PhD, Yamada, Michiko, MD, PhD, & Fujita, S., PhD. (2007). Grip strength predicts cause-specific mortality in middle-aged and elderly persons. The American Journal of Medicine, 120(4), 337-342. doi:10.1016/j.amjmed.2006.04.018



Evolución del perfil del usuario del centro de día durante la pandemia COVID-19

22. Samuel, D., Rowe, P., Hood, V., & Nicol, A. (2012). The relationships between muscle strength, biomechanical functional moments and health-related quality of life in non-elite older adults. *Age and Ageing*, 41(2), 224-230. doi:10.1093/ageing/afr156
23. Magnani L, Larcher M (2008). Uso de la Escala de Braden y de Glasgow para identificar el riesgo de Úlcera Por Presión en pacientes internados en un centro de terapia intensiva. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16(6), 973-978. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600006>
26. Pari Parillo, N. M., & Gamarra Bernal, F. (2019). Nivel de dependencia física e incidencia de úlceras por presión en pacientes adultos mayores que pertenecen a PADOMI del hospital III salud, Juliaca, Perú. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 10(2) doi:10.17162/rccs.v10i2.213
27. González-Farfán ME, Norabuena-Robles M, Olortegui-Moncada A (2021). Autonomía personal del adulto mayor después de los 100 días de confinamiento por COVID-19. *CASUS [Internet]* 5(3): 138-44. <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/287>

Penalva Huerta, Cháfer Sánchez, Castillo Blanco, Ramón Díaz, Martínez Araque

Tabla 1. Fases de desescalada

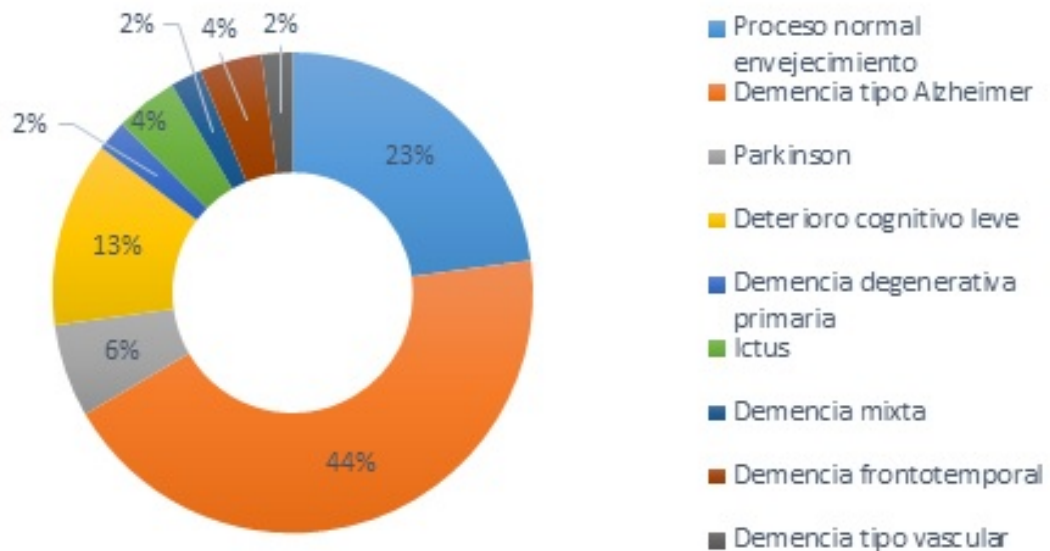
Fases 0 y 1	Cierre total de los centros de día.
Fase 2	Aforo limitado a un máximo del 33% del total.
Fase 3	Aforo limitado a un máximo del 50% del total.
Fase 4 o <i>Nueva normalidad</i>	Aforo limitado a un máximo del 75%.

TABLA 2. Descripción de variables

	N	%
GÉNERO		
- Hombre	8	18,8%
- Mujeres	39	81.3%
EDAD		
Rango	67-95	
M(Dt)	81.81 (7.18)	
ESCALAS DE VALORACIÓN		
	Antes inicio pandemia (PM)	Año después del inicio (PM)
ESCALA LOBO		
M(Dt)	18.85 (10.40)	17.29 (10.70)
BARTHEL		
M(Dt)	56.77 (29.55)	52.33 (29.70)
HAMILTON		
M(Dt)	8.67 (7.57)	7.67 (7.47)
YESAVAGE		
M(Dt)	2.90 (3.32)	2.96 (3.69)
TINETTI		
M(Dt)	18.52 (6.72)	17.50 (7.26)
NORTON		
M(Dt)	16 (2.06)	15.19 (2.25)

Evolución del perfil del usuario del centro de día durante la pandemia COVID-19

Figura 1. Diagnostico demencias usuarios

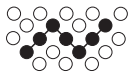


Penalva Huerta, Cháfer Sánchez, Castillo Blanco, Ramón Díaz, Martínez Araque

Tabla 3. Resultados Valoraciones antes pandemia de la COVID-19 y año después del inicio

	Antes del inicio de la pandemia	Un año después del inicio de la pandemia
MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO *		
Normal	18.8%	12.5%
Ligero déficit	18.9%	22.9%
Deterioro cognitivo leve	14.6%	12.5%
Deterioro cognitivo moderado	12.5%	10.4%
Deterioro cognitivo grave	35.4%	41.6%
ESCALA PARA LA ANSIEDAD HAMILTON		
Sin trastorno de ansiedad susceptible de ser tratado	58.3%	62.5%
Trastorno de ansiedad	18.8%	14.6%
No evaluable	22.9%	22.9%
ESCALA DEPRESIVA YESAVAGE		
Normal	50%	50%
Depresión leve o dudosa	14.6%	8.3%
Depresión establecida	6.3%	12.5%
No evaluable	29.2%	29.2%
ÍNDICE DE DEPENDENCIA BARTHEL		
Independiente	20.8%	18.8%
Dependencia leve	27.1%	22.9%
Dependencia moderada	22.9%	25%
Dependencia severa	18.8%	20.8%
Dependencia total	10.4%	12.5%
ESCALA RIEGOS DE ULCERAS POR PRESIÓN NORTON *		
Riesgo mínimo	79.2%	66.7%
Riesgo medio	14.6%	20.8%
Riesgo alto	6.3%	12.5%
ESCALA MOVILIDAD TINETTI		
Riesgo bajo	20.8%	16.7%
Riesgo medio	35.4%	37.5%
Riesgo alto	43.8%	45.8%

* Diferencias estadísticamente significativas Mini examen cognoscitivo de Lobo ($t=2.140$, $p=.038$) y Escala de riesgos de úlceras por presión Norton ($t=2.648$, $p=.011$).



Vínculo entre abuelos y nietos argentinos en contexto de pandemia

Carina Hess*¹, Fátima Schönfeld ¹, María Jose Zinoni ¹,
Magalí Gutiérrez ¹, Lucas Rodríguez ¹,
José Eduardo Moreno ¹

Resumen

Objetivos. Esta investigación tiene como propósitos: el determinar cuáles son los temas de conversación entre abuelos y nietos en el contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio debido a la pandemia de Coronavirus; describir la comunicación, la frecuencia y los medios utilizados; como también evaluar la influencia de las nuevas tecnologías en este vínculo. Métodos. Es un estudio de carácter exploratorio y descriptivo con un diseño de tipo mixto (cuantitativo y cualitativo). La muestra comprende a 85 abuelos pertenecientes a ciudades de la Provincia de Entre Ríos, Argentina. Los sujetos respondieron a preguntas abiertas de un cuestionario ad hoc mediante entrevistas individuales. Posteriormente se llevó a cabo un proceso de codificación de las respuestas que permitió construir categorías a partir de un análisis de contenido. Resultados y conclusiones. Se encontró que los temas de conversación más frecuentes son: los estudios (educación), la familia, los juegos y actividades diarias. La mayoría de los abuelos se comunican a través de videollamadas, celulares, WhatsApp o en menor medida de manera presencial. Un 45,88% de los abuelos tiene una comunicación diaria con sus nietos. También destacan que la influencia de las nuevas tecnologías de comunicación ha sido favorable, sólo un 8,23% la consideran negativa. Ante la situación particular de aislamiento, los abuelos y nietos se vieron movilizados a recurrir a diferentes medios para conservar el contacto a pesar de la distancia física, pero con logros bastante satisfactorios.

Palabras clave: Abuelos, Nietos, Vínculos, Pandemia.

Abstract

Objectives. The objectives of this research are: to determine the topics of conversation between grandparents and grandchildren in the context of mandatory preventive social isolation due to the Coronavirus pandemic; describe the type of communication, the frequency and the means used; as well as evaluate the influence of new technologies on this bond. Methods. It is an exploratory and descriptive study with a mixed type design (quantitative and qualitative). The sample includes 85 grandparents belonging to cities in the Province of Entre Ríos, Argentina.

The subjects answered open-ended questions from an ad hoc questionnaire through individual interviews. Subsequently, a coding process of the responses was carried out to later construct categories from a content analysis. Results and conclusions. It was found that the most frequent topics of conversation are: studies (education), family, games and daily activities. Most grandparents communicate through video calls, cell phones, WhatsApp or, to a lesser extent, in person. 45.88% of

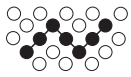
ISSUE N°2
DICIEMBRE
2021

Recibido:
23/08/2021

Aceptado:
30/09/2021

(1) Centro de Investigación Interdisciplinar en Valores, Integración y Desarrollo Social (Universidad Católica Argentina - Sede Paraná)

(*) Autor Para correspondencia. Correo electrónico: carinahess@uca.edu.ar



Vínculo entre abuelos y nietos argentinos en contexto de pandemia

grandparents have daily communication with their grandchildren. They also highlight that the influence of new communication technologies has been favourable, only 8.23% consider it negative. Given the particular situation of isolation, grandparents and grandchildren were mobilized to resort to different means to maintain contact despite physical distance, but with quite satisfactory results.

Keywords: Grandparents- Grandchildren- Bonds - Pandemic

INTRODUCCIÓN

La abuelidad es un tema que ha adquirido una importancia creciente en las últimas décadas, convirtiéndose en un tema de gran relevancia dentro de la Psicología del Desarrollo.

Esto se debe en parte a que, en los últimos años, los avances científicos y tecnológicos han favorecido un aumento en la esperanza de vida de las personas, produciéndose una modificación en la estructura piramidal tradicional de la población. De este modo, se observa un crecimiento demográfico de los grupos de personas mayores de 50 años y, como contrapartida, una generación más joven menos numerosa (Meil, 2006). Todo ello contribuye al fenómeno actual de una mayor coexistencia de diversas generaciones dentro del ámbito de una familia.

También se observa actualmente una mayor superposición de las vidas de los abuelos con las de sus nietos (Ramos, 2019). Así, los abuelos tienen más presencia en el ámbito familiar, lo cual implica que su rol se ha modificado (Osuna, 2006). En cuanto a esto, hay autores que afirman que existe una gran heterogeneidad en las características y en la forma en la que se ejerce este rol (Noriega García y Velasco Vega, 2013).

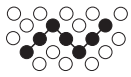
Por otra parte, algunos investigadores refieren que la abuelidad implica un “rol sin rol”, ya que no se rige por obligaciones o por derechos concretos (Nussbaum y Bettinni, 1994). De esta manera, en la literatura existente sobre la temática, se ha destacado que solamente dos normas influyen en la relación entre abuelos y nietos; las mismas son: la de no-interferencia (los abuelos pueden ayudar criando y educando a los nietos sin que estas acciones parezcan una intromisión o interferencia) y la de obligación (la

cual hace referencia a la necesidad que sienten muchos abuelos de ayudar en situaciones críticas) (Cherlin y Furstenberg, 1985).

Más allá de las dificultades que existen para determinar los límites y alcances del rol de los abuelos, estos últimos caracterizan al vínculo con sus nietos como algo que les resulta placentero y gratificante (Noriega García y Velasco Vega, 2013; Osuna, 2006).

De este modo, los lazos entre abuelos y nietos generan consecuencias significativas para ambos. Por una parte, los abuelos pueden tener una influencia importante en el desarrollo de sus nietos y, por otra, resulta trascendente para el desarrollo personal y social de los abuelos (Triadó Tur y Villar Posada, 2000). En consonancia con esto, Osuna (2006) concluye que el rol del abuelo es satisfactorio para la mayoría de las personas, ya que genera un sentimiento de futuro, optimismo y efectos positivos. Dicho con otras palabras, el intercambio intergeneracional entre abuelos y nietos desprende beneficios significativos para ambas generaciones (Coall y Herwig, 2010; Kim, Kang y Johnson-Motoyama, 2017).

Los antecedentes sobre la temática afirman que los abuelos suelen sentirse vinculados a sus nietos (Triadó Tur y Villar Posada, 2000; Martínez Criado, Triadó y Villar Posada 2000) y los nietos consideran a sus abuelos como figuras importantes en sus vidas (Attar-Schwartz, Tan y Buchanan, 2009). También, cuando el tiempo compartido es de ocio se genera algo potencialmente valioso y educativo (Caride, 2012; Sanz, Sáenz de Jubera y Cano, 2018). Otro aspecto que se destaca en esta diada es la importancia de las actividades que comparten de forma conjunta. Como lo afirman trabajos previos, a medida que las personas envejecen, comienzan a dirigir sus motivaciones hacia aspectos emocionales que les proporcionen bienestar en esta etapa de la vida, como son las relaciones con sus nietos. Este vínculo se constituye en uno de los pilares fundamentales del uso y disfrute del tiempo de los adultos mayores (Izal, Bellot y Montorio, 2018). Las actividades compartidas entre abuelos y nietos tienen repercusiones en la calidad de estas relaciones, entre las cuales pueden ser destacadas la intimidad, el afecto, la cercanía, el disfrute, el optimismo y la alegría, favoreciendo de esta manera un legado familiar único (Hebblethwaite y Norris, 2011).



Hess, Schönfeld, Zinoni, Gutiérrez, Rodríguez, Moreno

De este modo, una de las actividades más significativas que comparten abuelos y nietos refiere a la conversación. La misma es una tarea que involucra tanto a abuelas como a abuelos, siendo una de las actividades más frecuentes llevadas a cabo, más allá de la edad de los nietos. Respecto a los temas de conversación, los mismos suelen aludir a la vida pasada de los abuelos, a sus experiencias de vida, a la escolaridad de los nietos, a las amistades, deportes, entre otros tópicos (Osuna, 2006).

La pandemia del Coronavirus ha influido enormemente en los entramados familiares y ha tenido por tanto un impacto directo en los tiempos compartidos entre abuelos y nietos. Así, las políticas de aislamiento domiciliario desarrolladas para el control de la transmisión de la enfermedad suponen que estos dos colectivos, considerados como especialmente vulnerables, deban permanecer confinados en sus hogares, privados del contacto, alejados de su cotidianidad y de su entorno (Alonso Ruiz, Sáenz de Jubera Ocón, y Sanz Arazuri, 2020). Todo ello puede tener consecuencias emocionales importantes, con una serie de efectos psicológicos, así como también somáticos (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, y Rubin, 2020; Wang, Zhang, Zhao, Zhang y Jiang, 2020). Esta situación es vivenciada en muchas ocasiones por los menores y sus abuelos con inquietud y malestar, anhelando los tiempos compartidos e intentando recuperar dichos intercambios (Dalto, Rapa y Stein, 2020).

Un aspecto relacionado a los vínculos entre abuelos y nietos en tiempos de pandemia tiene que ver con la utilización de recursos tecnológicos para poder conservar la comunicación a pesar del confinamiento. En este sentido, es posible afirmar que para las personas mayores estas circunstancias implican un reto de grandes proporciones, especialmente para aquellas que nunca habían lidiado con algún dispositivo de telecomunicación moderno. Respecto a ello, tal como lo afirman algunos estudios, los adultos mayores constituyen el grupo etario con más dificultades para acceder a las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) (Concepción-Breton, Corrales-Camacho, Córdoba, Acosta-Hernández, Larancuent-Cueto y De La Cruz-Morel, 2020). En relación a la posibilidad que tienen abuelos y sus nietos de establecer una comunicación a través de al-

gún medio tecnológico, aparece la denominada brecha digital, que en algunos casos dificulta las interacciones. Dicha brecha se manifiesta a través de las posibilidades o dificultades de acceso asequible a Internet y las TICs, como así también en el desarrollo de capacidades para utilizar los diferentes dispositivos y facilitar así la interacción social (Selwyn, 2003).

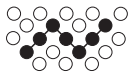
En efecto, es posible aseverar que actualmente existen varias generaciones de adultos mayores con diferencias en el acceso y manejo de los recursos tecnológicos necesarios para la comunicación virtual con sus nietos u otros seres queridos (Concepción-Breton, et al., 2020). De esta manera, desde el punto de vista de algunos autores especialistas en la temática, se vuelve importante globalizar las TICs y la enseñanza del manejo de las mismas, ya que pueden favorecer el bienestar de las personas a través del contacto con sus familiares (Cardozo, Martín y Saldaño).

Considerando lo anteriormente mencionado, ante los cambios sociales propios de los últimos años, como así también ante aquellos cambios que han sobrevenido de manera abrupta e inesperada a causa de la pandemia del Covid-19, es importante reconocer el valor de la investigación sobre las relaciones entre abuelos y nietos, haciendo hincapié en los beneficios que estos vínculos les aportan para promover un envejecimiento activo y exitoso en el caso de los abuelos y un bienestar general para ambas partes.

Objetivos

Teniendo en cuenta lo desarrollado previamente, los objetivos de esta investigación son los siguientes:

- 1) Determinar los temas de conversación entre abuelos y nietos en el contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio debido a la pandemia del Coronavirus.
- 2) Describir el modo de comunicación entre abuelos y nietos, su frecuencia y los medios utilizados.
- 3) Evaluar la influencia de las nuevas tecnologías en los vínculos entre abuelos y nietos.



Vínculo entre abuelos y nietos argentinos en contexto de pandemia

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Esta investigación es de carácter exploratoria y descriptiva. El diseño del estudio es de tipo mixto, ya que se trabaja con datos tanto cuantitativos como cualitativos. Se describen los datos socio-demográficos de la muestra a través de preguntas abiertas, se exploran los temas de conversación entre abuelos y nietos y se describe la comunicación, la frecuencia, los medios utilizados para la misma. Asimismo, se evalúa la influencia de las nuevas tecnologías en dicho vínculo.

Participantes

El muestreo utilizado fue no probabilístico, intencional; la técnica utilizada fue la de bola de nieve. La muestra estuvo conformada por 85 participantes con edades de 50 a 84 años ($M=63.94$; $DS= 8.01$). Comprendió a 45 mujeres (52.94%) y 40 varones (47.06%), pertenecientes a ciudades de la provincia de Entre Ríos, Argentina.

Procedimiento de la administración

Cabe aclarar que el presente trabajo se realiza en el marco de un proyecto de investigación sobre los vínculos entre abuelos y sus nietos de la Cátedra de Psicología de la Adulthood y de la Vejez y del Centro de Investigación Interdisciplinar en Valores, Integración y Desarrollo Social de la Facultad "Teresa de Ávila", Pontificia Universidad Católica Argentina. Los participantes fueron contactados a través de estudiantes, pasantes e investigadores que forman parte del proyecto institucional. En todos los casos se solicitó previamente el consentimiento informado. Teniendo en cuenta el contexto de pandemia y respetando el aislamiento preventivo y obligatorio que regía en el país, se realizaron las entrevistas utilizando como medios de comunicación la llamada telefónica o videollamada.

Instrumento para la recolección de datos

El instrumento que se ha utilizado para recolectar la información ha sido una entrevista estructurada. En este instrumento, elaborado ad hoc, la primera parte estuvo conformada por preguntas que indagaban sobre

los datos sociodemográficos, la segunda parte incluyó preguntas abiertas que referían a diversos aspectos del vínculo entre abuelos y nietos. Para el presente trabajo se seleccionaron las siguientes preguntas: "¿Cuáles suelen ser los temas de conversación en las charlas con tus nietos?"; "En este momento, teniendo en cuenta el periodo de aislamiento preventivo y obligatorio, ¿Cómo es la comunicación con tus nietos? ¿Qué medios utilizas y cuál es la frecuencia de esa comunicación?" y "¿Cómo influyeron las nuevas tecnologías en el vínculo con tus nietos?".

Procesamiento de los datos

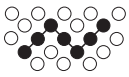
Las respuestas a los interrogantes mencionados fueron categorizadas por tres expertos. Las categorías obtenidas se construyeron en función de los datos, es decir, son emergentes. Este procedimiento de análisis consistió en la lectura de cada una de las respuestas de las entrevistas, tomando en cuenta aquellas ideas que se repetían se elaboraron categorías de respuestas. Finalmente, se determinó la frecuencia de aparición de dicha categoría (el número de entrevistas que puntuaban para la misma). Para la codificación se han seguido los pasos recomendados por Glaser y Strauss (1967).

Respecto a los procedimientos estadísticos se obtuvieron medidas de estadística descriptiva, tales como las frecuencias y porcentajes.

Resultados

En cuanto a los resultados se tuvo en consideración los objetivos para su presentación.

En relación a los temas de conversación entre abuelos y nietos, los más frecuentes son: en primer lugar, se destaca el tópico de la educación (en todos los niveles, jardín, escuela, universidad); en segundo lugar, aparece la temática de la familia (que abarca aspectos como los orígenes, la historia, la infancia, los recuerdos, las anécdotas y costumbres). Luego, siguen con menos frecuencia la categoría de juegos (que incluye juegos, juguetes, canciones) y la de actividades diarias. Dichas categorizaciones son las que más se han destacado. Sin embargo, también se encontraron otros aspectos como, por ejemplo, que los abuelos y nietos charlan sobre interrelaciones



Hess, Schönfeld, Zinoni, Gutiérrez, Rodríguez, Moreno

(amistades y noviazgos), los valores (valores, actitudes, sentimientos, consejos), las historias (cuentos, historietas, libros) y también sobre tecnología y redes sociales (Tik Tok, celular, Netflix, películas, programas de TV). Cabe destacar que algunas personas no especificaron lo que se solicitaba en la pregunta (ver Tabla 1). Cabe señalar que en las tablas, dado que son respuestas a preguntas abiertas, los participantes podían dar más de una respuesta, es decir puntuar a las frecuencias de una o más categorías, por lo tanto los porcentajes representan a cuantos abuelos del total hicieron referencia a dicho ítem o categoría.

Algunos ejemplos de las respuestas de los abuelos son las siguientes: *“Charlamos de sus amoríos, de cómo van sus estudios, de sus salidas y amigos, también de sus actividades deportivas. Por ahí compartimos tardes de chistes”*. *“Cosas de la vida. Los cuidados que ella debe tener con el ser humano en general. Cosas de la familia, historias de la familia, a ella le interesa mucho saber las cosas de nuestra familia. Y cosas de la escuela también”*.

Respecto a la comunicación entre abuelos y nietos, su frecuencia y los medios utilizados en la misma, la mayoría de los sujetos afirman que lo hacen a través de videollamadas, llamadas y de manera presencial (las más frecuentes). Es importante aclarar que, de los que se ven personalmente, casi la mitad son vecinos o conviven. Por otra parte, también se comunican a través de mensajes, audios, videos y fotos. En lo que concierne a la frecuencia, la mayoría lo hace diariamente; asimismo, se contactan de forma semanal y frecuentemente. De igual modo, algunos participantes comentaron que no es tan frecuente la comunicación o no lo especificaron en las entrevistas. Por último, los medios utilizados en general, no fueron mencionados; aquellos que sí lo hicieron, se refirieron al uso del teléfono y al WhatsApp como los más frecuentes (Ver Tablas 2 y 3).

Considerando el último objetivo, el cual se asocia a la influencia de las nuevas tecnologías en el vínculo con los nietos, en general, los abuelos y abuelas respondieron que la misma ha sido favorable. De igual manera, algunos de ellos advierten aspectos ambivalentes (es decir, destacan aspectos positivos y aspectos negativos de la comunicación a través de las TICs); otros, no especificaron lo solicitado y só-

solamente unos pocos lo destacan como un aspecto negativo o no advierten influencia (Ver Tabla 4). Un ejemplo relacionado a esta última pregunta es: *“Desde que tengo celular hablo más con ellos, porque me mandan un mensajito y enseguida les contesto. Me lo compré hace cuatro meses, imagínate ¿qué haría sin celular ahora y sin poder salir? Jaja”*.

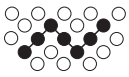
Discusión

Al realizar un contraste entre la teoría existente sobre la temática y los hallazgos obtenidos en el presente estudio, es posible afirmar que existe una coincidencia en relación a los temas de conversación más frecuentes entre abuelos y nietos. Por ejemplo, Osuna (2006) menciona a la escolaridad, el pasado, la experiencia, los amigos, entre otros aspectos, como algunos de los tópicos más usuales.

Respecto a la frecuencia y los medios de comunicación utilizados, en términos generales, los participantes afirmaron sostener una comunicación fluida y frecuente con sus nietos. En relación a los medios, los sujetos manifestaron comunicarse a través de llamadas, videollamadas y en algunos casos de manera presencial.

Considerando el contexto en el cual se llevó a cabo el presente estudio, así como también la necesidad de las personas de interactuar utilizando otros medios que no impliquen la presencialidad, es importante hacer mención a la ya nombrada brecha digital 21. En este sentido, si bien tradicionalmente se ha hecho referencia a la presencia de dicha brecha entre generaciones diferentes, los hallazgos de este trabajo contrastan en cierta medida con estudios previos. Así, es posible inferir que los abuelos en situación de aislamiento, se vieron movilizados a recurrir a otras formas y medios para conservar el contacto con sus seres queridos a pesar de la distancia física. De esta manera, los adultos mayores debieron sortear las dificultades relacionadas al acceso y el manejo de los recursos tecnológicos (Concepción-Breton, et al., 2020).

Relacionando lo anteriormente dicho con el tercer objetivo del presente estudio, los participantes afirmaron que la influencia de las nuevas tecnologías ha sido en gran medida favorable para el vínculo con



Vínculo entre abuelos y nietos argentinos en contexto de pandemia

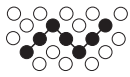
sus nietos. De este modo, la utilización de los medios de comunicación les ha permitido sostener los lazos e interacciones a pesar del contexto de aislamiento. Teniendo en cuenta esto, es posible afirmar que la mediación de las TICs puede ser considerada un factor de promoción del bienestar, de la calidad de vida y de un envejecimiento activo (Cardozo, Martín y Saldaño, 2017; Concepción-Breton, et al., 2020). Este último aspecto refiere a un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que permite mejorar la vida de las personas a medida que envejecen (OMS, 2015).

Por lo tanto, lo desarrollado previamente pone en evidencia la necesidad y la relevancia de que existan nuevas investigaciones que estudien la comunicación entre abuelos y nietos, los medios de comunicación y la influencia de las tecnologías en dicho proceso. En este sentido, es menester destacar que son escasos los antecedentes existentes sobre estas temáticas, observándose una brecha a nivel de contenido. Así, sería recomendable ampliar su estudio y comparar diferentes muestras poblacionales, estableciendo diferencias según género, edad, niveles socioeconómicos, lugares de residencia, niveles educativos, entre otras características. También, sería interesante profundizar en los aspectos cualitativos a través de la utilización de diferentes métodos, como, por ejemplo, los grupos focales.

Por otra parte, tal como lo afirman Concepción-Bretón y sus colaboradores (2020), sería conveniente brindar espacios de capacitación para las personas mayores, que les permita acercarse a las TICs y adaptarse al manejo de las mismas. A su vez, podría contribuir a esto la participación de líderes de la comunidad, así como también familiares de los adultos mayores, favoreciendo las relaciones intergeneracionales e interpersonales.

Para concluir, es fundamental hacer referencia a ciertas limitaciones del presente trabajo que moderan su impacto y afectan su representatividad. Por un lado, la muestra con la cual se ha trabajado fue relativamente pequeña y de tipo intencional; por otro lado, los procedimientos de recolección de datos se vieron afectados debido a la no presencialidad al momento de realizar la entrevista. Asimismo, este estudio fue de tipo exploratorio, lo cual limita la posibilidad de hacer comparaciones con evidencia previa. Por otra parte, se trata de una investigación descriptiva, la cual dificulta el establecimiento de va-

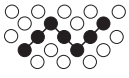
riables entre sí, así como también, la direccionalidad de dichas asociaciones.



Hess, Schönfeld, Zinoni, Gutiérrez, Rodríguez, Moreno

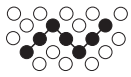
REFERENCIAS

1. Alonso Ruiz, R.A., Sáenz de Jubera Ocón, M. y Sanz Arazuri, E. (2020). Tiempos compartidos entre abuelos y nietos, tiempos de desarrollo personal. *Revista Española de Pedagogía*, 78(277), 415-434.
2. Attar-Schwartz, S., Tan, J. P. y Buchanan, A. (2009). Adolescents perspectives on relationships with grandparents: The contribution of adolescent, grandparents, and parent-grandparent relationship variables. *Children and Youth Services Review*, 31(9): 1057- 1066. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2009.05.007>
3. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapide review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
4. Cardozo, C., Martín, A. E. y Saldaño, V. (2017). Los adultos mayores y las redes sociales: Analizando experiencias para mejorar la interacción. *Informes Científicos Técnicos de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral*, 9(2), 1-29. <https://doi.org/10.22305/ict-unpa.v9i2.244>
5. Caride, J. A. (2012). Lo que el tiempo educa: el ocio como construcción pedagógica y social. *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 188(754), 265-281. doi: <https://doi.org/10.3989/arbor.2012.754n2001>
6. Cherlin, A. y Furstenberg, F. (1985). Styles and strategies of grandparenting. En V. L. Bengston y J. F. Robertson (Eds.), *Grandparenthood* (pp.97-116). Beverly Hills: Sage Publications.
7. Coall, D. A. y Hertwig, R. (2010). Grandparental investment: Past, present, and future. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(1), 1-19. doi: <https://doi.org/10.1017/S0140525X09991105>
8. Concepción-Breton, A., Corrales-Camacho, I., Córdoba, M. E., Acosta-Hernández, M. E., Larancuent-Cueto, O. I. y De La Cruz-Morel, Y. L. (2020). Sondeo de Casos en Personas Mayores sobre Actividades Cotidianas y Utilización de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en Tiempos de Pandemia. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes*, 9(2), 132-150.
9. Dalton, L., Rapa, E. y Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 4(5), 346-347. doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30097-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30097-3)
10. Glaser, B. G. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Taylor & Francis.
11. Hebblethwaite, S. y Norris, J. (2011). Expressions of Generativity. Through Family Leisure: Experiences of Grandparents and Adult Grandchildren. *Family Relations*, 60, 121-133. doi: <http://dx.doi.org/0.1111/j.1741-3729.2010.00637.x>
12. Izal, M, Bellot, A. y Montorio, I. (2018). Positive perception of time and its association with successful ageing / Percepción positiva del tiempo y su relación con el envejecimiento exitoso. *Estudios de Psicología*, 39(2-3), 286-323. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.2018.1507095>
13. Kim, H. J., Kang, H. y Johnson-Motoyama, M. (2017). The psychological well-being of grandparents who provide supplementary grandchild care: A systematic review. *Journal of Family Studies*, 23, 118-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13229400.2016.1194306>
14. Martínez Criado, G., Triadó, C. y Villar Posada, F. (2000). El rol y la importancia de los abuelos para sus nietos adolescentes. *Anuario de Psicología*, 81, 107-118.
15. Meil, G. (2006). The consequences of the development of a beanpole kin structure on exchanges between generations - The case of Spain. *Journal of Family Issues*, 27: 1085-1099. doi: <https://doi.org/10.1177/0192513X06288121>
16. Noriega García, C. y Velasco Vega, C. (2013). Relaciones abuelos-nietos: una aproximación al rol del abuelo. *Revista Sociedad y Utopía*, 41, 464-482. Disponible en: <http://www.sociedadutopia.es/images/revistas/41/41.pdf>.
17. Nussbaum, J. F. y Bettinni, L. M. (1994). Shared stories of the grandparent-grandchild relationship. *International Journal Aging and Human Development*, 39(1), 67-80.
18. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
19. Osuna, M. J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16(1), 16-25.
20. Ramos, P. (2019). Keys to the development of the role of grandparents in current Spanish society / Claves para el desarrollo del rol de abuelo y abuela en la sociedad española actual. *Estudios de Psicología*, 40(2), 283-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.2019.1583468>
21. Sanz, E., Saézn de Jubera, M. y Cano, R. (2018). Actitudes de padres e hijos hacia un ocio compartido en familia. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 32, 59-70. doi: http://dx.doi.org/10.7179/psri_2018.32.05
22. Selwyn, N. (2003). Apart from technology: understanding people's non-use of information and communication technologies in everyday life. *Technology in Society*, 25(1), 99-116. [https://doi.org/10.1016/S0160-791X\(02\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0160-791X(02)00062-3)
23. Triadó Tur, C. y Villar Posada, F. (2000). El rol de abuelo: cómo perciben los abuelos las relaciones con sus nietos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 35(S2): 30-36.



Vínculo entre abuelos y nietos argentinos en contexto de pandemia

24. Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J. Zhang, J. y Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395, 945-947. doi: [https:// doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)

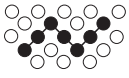


Hess, Schönfeld, Zinoni, Gutiérrez, Rodríguez, Moreno

Tabla 1. *Frecuencias y porcentajes de los temas de conversación entre abuelos y nietos.*

Temas de conversación	f	%
Educación, actividad escolar (jardín, escuela, universidad)	40	47,05
Familia (historia, infancia, recuerdos, anécdotas, costumbres)	21	24,70
Juegos (juguetes, canciones)	18	21,17
Actividades diarias	16	18,82
Interrelaciones (amistades y noviazgos)	14	16,47
Valores (actitudes, sentimientos, consejos)	13	15,29
Historias (cuentos, historietas, libros)	11	12,94
Tecnología y redes sociales (Tik Tok, celular, Netflix, películas, programas de TV)	10	11,76
Actualidad (temas de actualidad, política, economía, noticias, coronavirus)	9	10,58
Deportes	9	10,58
Preferencias, gustos e intereses personales	8	9,41
Plantas y animales	6	7,05
Cocina	6	7,05
Viajes, paseos y planes	5	5,88
Trabajo	4	4,70
Autos	3	3,52
Moda	2	2,35
Arte y música.	2	2,35
De todo/No especifican	14	16,47

N= 85



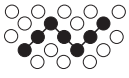
Vínculo entre abuelos y nietos argentinos en contexto de pandemia

Tabla 2. *Tipo de comunicación entre abuelos y nietos. Frecuencias y porcentajes*

Comunicación	f	%
Videollamada	50	58,82
Llamada telefónica	31	36,47
Presencial (cara a cara)	23	27,05
Mensajes	14	16,47
Audios (WhatsApp)	11	12,94
Videos (WhatsApp)	6	7,05
Fotos (WhatsApp)	4	4,70
Otros	1	1,17

Tabla 3. *Frecuencia de comunicación entre abuelos y nietos.*

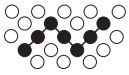
Frecuencia de comunicación	f	%
Diaria	39	45,88
Dos veces o más veces por semana	22	25,88
No especifica / es variable	19	22,35
Una vez por semana	5	5,88
Cada quince días	2	2,35



Hess, Schönfeld, Zinoni, Gutiérrez, Rodríguez, Moreno

Tabla 4. *Influencia de las nuevas tecnologías en la comunicación entre abuelos y nietos.*

Categorías	f	%
Influencia Positiva	45	52,94
Advierten aspectos ambivalentes	21	24,70
Otros comentarios	9	10,58
Influencia Negativa	7	8,23
No advierten influencia	4	4,70



Grupo de reflexión en Pandemia: Flexibilizando prácticas y sentidos

Virginia Cornejo¹, Noemí Díaz Uyuquipa²,
Romina Tamara Méndez³, Marisa Rodríguez⁴,
María Florencia Rosso⁵

Resumen

En el presente trabajo se describe el recorrido de un taller, destinado a personas mayores, denominado Grupo de Reflexión y coordinado por la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología, en un Centro de Salud. Los objetivos apuntan a favorecer procesos crecientes de autonomía y problematizar las representaciones sociales del grupo. El contexto de pandemia por Covid-19 en Argentina alteró la vida cotidiana, los hábitos y vínculos de las personas mayores en particular, y las prácticas de promoción y prevención del equipo de salud. Se propuso sostener y reformular el dispositivo en la virtualidad a fin de brindar un espacio de contención afectiva y expresión. Esta transición conllevó una serie de desafíos tales como los usos de la tecnología, la elección de temáticas, el material de soporte y la conectividad. Por lo tanto, se evidencia la presencia de la flexibilidad como una fortaleza, tanto del equipo coordinador como de los participantes, dando lugar a la construcción de nuevas significaciones de la realidad y herramientas para transitar de manera activa la situación vital.

Palabras clave: Personas mayores, Taller, Pandemia, Prevención y promoción, Flexibilidad.

Abstract

The present article describes the itinerary of a workshop for elder people, denominated “Grupo de Reflexión”. This group is coordinated by the “Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología”, in a Primary Health Care Center. The objectives are to allow growing autonomy processes and to put in discussion the group’s social representations. The Covid-19 pandemic context in Argentina altered everyday life, habits, social bonds of elder people in particular, and the health team’s practices related to promotion and preventive care.

In this case, it was proposed to maintain and reformulate the device within virtuality, in order to provide a space for affective containment and expression.

This transition brought a series of challenges such as the uses of technology and connectivity.

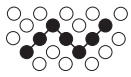
Therefore, the presence of flexibility is evidenced as a strength, both of the coordinating team and of the participants, giving rise to the construction of new meanings of reality and new tools to actively navigate the new vital situation.

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2021

Recibido:
08/09/2021

Aceptado:
28/10/2021

(1) Lic. en Psicología. Centro de Salud Nivel I Floresta. virginiaornejo3@gmail.com
(2) Lic. en Nutrición. Centro de Salud Nivel I Floresta. diazunoemi@gmail.com
(3) Lic. en Psicología. Centro de Salud Nivel I Floresta. rominatamaramendez@gmail.com
(4) Lic. en Trabajo Social. Centro de Salud Nivel I Floresta. marisarodriguezre@gmail.com
(5) Lic. en Psicología. Centro de Salud Nivel I Floresta. m.flor.rosso@gmail.com



Grupo de reflexión en Pandemia: Flexibilizando prácticas y sentidos

INTRODUCCIÓN

En este trabajo nos proponemos relatar el recorrido de la experiencia del taller denominado Grupo de Reflexión llevado a cabo por la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG), en un centro de salud público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2020. Este escrito tiene la intención de dar cuenta de las diversas experiencias de las personas mayores (PM) y las transformaciones atravesadas en el dispositivo en tiempos de pandemia, el quehacer presente y estrategias posibles a futuro. A su vez, se lleva a cabo un cuestionamiento desde el lugar de la coordinación y la adaptación del equipo a las contingencias. En este sentido, se reflexiona sobre la idea de flexibilidad como fortaleza para la adaptación a los cambios, tanto del equipo coordinador como de las PM participantes.

Desde los comienzos hasta la actualidad

El Grupo de Reflexión inició en el año 2012, coordinado por la RPIG en un Centro de Jubilados cercano a un Centro de Salud. La propuesta comenzó como un taller vinculado exclusivamente a temáticas de la vejez, para luego abordar otras áreas, desde una mirada integral e interdisciplinaria. Se trató de la primera experiencia de trabajo en una institución barrial por parte de la Residencia, lo que habilitó la realización de otros talleres en la comunidad. Se trabaja desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud, siendo un dispositivo de promoción y prevención.

Los objetivos del Grupo de Reflexión son favorecer procesos crecientes de autonomía de los participantes y problematizar las representaciones sociales sobre las PM. En este sentido, se trata de dar lugar a la construcción de nuevas significaciones de la realidad y herramientas para transitar de manera activa esta situación vital. A su vez, cobra importancia la participación activa de las PM, sus aportes, experiencias y puntos de vista. Esta línea de acción responde al objetivo de favorecer la democratización de los vínculos entre el equipo de salud y la comunidad, así como lo establecen los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Adaptaciones debido a la pandemia de Covid-19

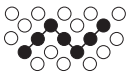
A partir del contexto de la pandemia de Covid-19 la situación de las PM se vio ampliamente modificada. Con la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) se produjo una alteración de la vida cotidiana, hábitos y vínculos. El grupo de las PM fue uno de los más afectados, en tanto que se lo homogeneizó con el criterio de la edad como grupo de riesgo. En consecuencia, tanto las acciones de promoción, y prevención, como las asistenciales suspendieron la modalidad presencial para las PM. Cabe aclarar que el equipo coordinador se vio abocado a colaborar con necesidades del Centro de Salud en cuanto a la pandemia, al mismo tiempo que ha ido sosteniendo el trabajo con PM en la virtualidad.

El taller históricamente tenía una frecuencia quincenal, sin embargo, en este nuevo escenario, se decidió realizarlo de manera semanal al considerar este espacio como un momento clave de encuentro, socialización y acompañamiento, más aún teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes viven solos. Esta decisión se enmarcó en la reformulación de las prácticas de la RPIG en el Centro de Salud, donde se propuso sostener en la virtualidad los dispositivos grupales que se realizaban de manera presencial. En relación a esto, se diseñó un grupo de Facebook para las PM asistentes a los talleres del Centro de Salud. En éste se comenzaron a publicar actividades de estimulación cognitiva, recreativas y de actividad física.

Camino a la virtualidad

Como antecedente en cuanto a la accesibilidad a las tecnologías de la información y la comunicación, cabe precisar que según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, cuarto trimestre de 2020), desagregando por grupo de edad, a nivel país¹, se evidencia la brecha digital entre los grupos ya que en la población de 65 años y más sólo el 55,2 % tiene acceso a internet, el 19% utiliza computadora y el 71% telefonía móvil. El celular resulta ser la tecnología más utilizada para la población joven y adulta. Lo utilizan entre el 96% y el 96,6% de las personas de 18 a 64 años y el 71% de la población de más de 64 años. En concordancia con esto, la mayoría de los participantes del taller poseían y utilizaban el celular, y la plataforma Whatsapp, lo cual propició la realización del taller por este medio.

1. No se encuentra información desagregada para este dato por jurisdicción de acceso público.



Cornejo, Díaz Uyuquipa, Méndez, Rodríguez, Rosso

A partir de lo mencionado, surgió la decisión de replicar el funcionamiento del grupo virtualmente, lo que conllevó una serie de desafíos. En principio, se indagó sobre la disponibilidad y uso de las tecnologías de comunicación. Sólo una de las participantes expresó no querer integrar el taller bajo esta modalidad, argumentando no estar interesada en la propuesta. Por lo tanto, el grupo quedó conformado por siete integrantes de 65 a 92 años. En cuanto a la nombrada brecha digital, se observó que en este grupo la mayoría tiene acceso a dispositivos tecnológicos, aunque carecen de las competencias o habilidades digitales suficientes. Como refiere Romero “todavía, un importante número de ciudadanos que disponen de acceso a la red y a las nuevas tecnologías no hacen uso de ellas, o el uso que hacen no es productivo, por lo que no disfrutan de sus virtudes, lo que provoca la desigualdad digital” (2020, p.84).

A partir de este relevamiento, se definió el uso de alguna plataforma para videollamadas. A su vez, se brindó asesoramiento sobre su funcionamiento a través de tutoriales. No obstante, el uso de éstas no pudo llevarse a cabo por la totalidad de los participantes debido a que se encontraron con dificultades al momento de instalarlas y utilizarlas. Por otro lado, surgió cierta desconfianza con respecto a algunas plataformas, debido a información que circulaba en los medios de comunicación como por ejemplo, el robo de datos.

Durante los dos primeros meses, para llevar adelante los talleres se utilizaron en simultáneo dos aplicaciones: Whatsapp, con la que se encontraban más familiarizados en su uso, y Hangouts. Esto se debió a que hasta ese momento Whatsapp tenía capacidad para cuatro integrantes. Por lo tanto, durante el desarrollo de los encuentros los participantes se repartían entre ambas aplicaciones. En consecuencia, fue necesario que alguna de las coordinadoras funcionara como puente y vocera entre todos, debido a que por cuestiones técnicas de sonido no se lograba escuchar claramente. Esta experiencia fue un gran desafío ya que el poder llevar a cabo el taller dependía de esta organización. Finalmente, el grupo pudo encontrarse en una misma plataforma una vez que se habilitaron las videollamadas por Whatsapp para ocho integrantes.

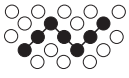
La experiencia virtual propiamente dicha

El paso del taller a la virtualidad implicó realizar modificaciones en relación con el encuadre, dado que el aislamiento cambió los horarios y rutinas de las personas. Los participantes refirieron que en esta situación se despertaban y acostaban más tarde ya que no tenían tantas obligaciones. La elección de las temáticas a trabajar y la adaptación del material de soporte también implicaron un desafío para la coordinación. Se resolvió enviar el material previamente para que cada quien lo viera cuando pudiera, en tanto generaba dificultades mostrar imágenes, videos o escritos en el momento del taller. Esto también se pensó para propiciar la participación, el aporte de cada persona y poder reflexionar anticipadamente al encuentro.

Las principales limitaciones estuvieron vinculadas, como se mencionó anteriormente, a lo técnico, como la conectividad y el uso de las aplicaciones. Sin embargo, también gran parte del tiempo era destinado a resolver situaciones como encontrar un lugar en sus casas bien iluminado, tranquilo, con buena señal de internet, entre otras. Durante el desarrollo del taller, se fueron generando algunas modificaciones tendientes a mejorar la comunicación en el grupo. Por ejemplo, al trabajar la temática del día y proponer un espacio de intercambio, fue necesario establecer un orden para que cada integrante tome la palabra y no se superpusieran las voces.

Temáticas abordadas en los encuentros

En cuanto a la elección de los tópicos a trabajar, se continuaron privilegiando los debates actuales en la sociedad, como así también las temáticas de salud que se divulgaban en los principales medios de comunicación. En el contexto de la pandemia por Covid-19 estas temáticas implicaron de manera particular a las PM, dado que fueron consideradas como grupo de riesgo. Algunos de los temas abordados estuvieron vinculados a los nuevos cuidados a implementar, como por ejemplo, el uso de tapabocas, el distanciamiento social, el permiso de circulación en CABA, nuevos modos de habitar el propio hogar, aislamiento y otras maneras de comuni-



Grupo de reflexión en Pandemia: Flexibilizando prácticas y sentidos

caros. Se realizaron encuentros en los que se hacían recorridos virtuales por barrios, museos, etc. y se invitó a observar objetos ya conocidos de nuevos modos. La idea era poder recrear de manera virtual los espacios antes habitados o darle lugar a la imaginación de nuevos. Se tuvo particular atención en brindar momentos de expresión de emociones y sensaciones asociadas a estas circunstancias. Este espacio propició, no sólo la contención, sino un posicionamiento activo a la postura y a la conducta paternalista ejercida por algunos sectores de la sociedad y de los vínculos cercanos de los participantes.

Flexibilidad en tiempos de pandemia

La pandemia de Covid-19 implicó una serie de cambios para los cuales la flexibilidad resultó una fortaleza. Ésta puede pensarse tanto en el equipo coordinador como en las PM participantes. Como equipo, se toma la conceptualización de Brichetto (2014), quien señala diferentes principios en la coordinación. Cabe destacar la flexibilidad como la capacidad que adquiere quien coordina para reconocer, adaptarse e intervenir en función de los cambios que se presentan en el grupo, entendiendo a éste como una realidad en construcción. A su vez, generar una actitud participativa y activa permite facilitar la circulación de la palabra y el espacio a disentir de los argumentos del otro. Además, la intervención de la coordinación se puede dar a nivel de facilitador y acompañante; la misma se manifiesta cuando el equipo coordinador propicia el debate, limitando expresar sus propios puntos de vista. Por otro lado, la flexibilidad desde el lugar de cada integrante, es la capacidad para soportar cambios y contradicciones, que diversos autores atribuyen como rasgos de la sabiduría en la vejez: “el grado de flexibilidad o de rigidez llevará a la aceptación o no de los cambios y las transformaciones que implica el envejecimiento para la propia identidad” (Zarebski, 2019, p.11). Esto se pudo observar en los distintos puntos de vista, modificaciones de hábitos, rutinas y roles expresados por los participantes. Por ejemplo, se visibilizó la disposición al aprendizaje de nuevas TIC, en cuanto mostró su valor de uso para sostener el lazo social en PM que se vieron obligadas a habitar su hogar durante el aislamiento social preventivo y obligatorio.

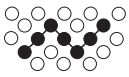
De transiciones y pasajes: nuevo año y nueva normalidad

Este dispositivo presenta una particularidad que cabe destacar: el grupo coordinador pertenece a la RPIG, la cual es una capacitación en servicio que tiene una duración de dos años, con foco en actividades preventivo-promocionales. Con la llegada del Covid-19 se modificaron algunas de las funciones de los equipos, así como los meses de inicio y finalización del año de residencia.

En este sentido, las residentes que tenían previa trayectoria en el taller hicieron de soporte a la instancia de pasaje de coordinación, promoviendo que cada persona del grupo estuviera al tanto de las profesionales que se incorporaron. El trabajo al interior del equipo coordinador permitió reflexionar sobre prejuicios asociados a la vejez y el uso de la tecnología, así como planificar encuentros en conjunto, de transición al espacio. Se abre la pregunta sobre los efectos de la virtualidad en este momento de cambio, estableciendo como hipótesis que el armado de vínculos desde lo virtual conlleva un esfuerzo mayor en cuanto a tiempos e intercambios.

Con la baja de casos positivos de Covid-19 hacia fines del 2020 y la llegada del verano, la dinámica de la pandemia permitió que se realizara un momento de pausa en la vorágine del día a día. Llegado a este punto, se planteó como posibilidad una pequeña “vuelta a la normalidad”: un encuentro presencial de cierre de año, en un espacio abierto cercano al Centro de Salud. La convocatoria generó entusiasmo, dudas e incertidumbre ligadas al cuidado de los protocolos sanitarios y a la responsabilidad que implicó esta decisión.

Finalmente, en este encuentro presencial se pudo reflexionar sobre las dificultades y potencialidades de los talleres realizados de manera virtual y además, permitió la participación de una integrante que no había sido parte del grupo desde los inicios de la pandemia. El grupo manifestó la añoranza de la presencialidad y se generó un clima de cercanía afectiva, surgiendo la expresión de sentimientos, habilitada por la corporalidad puesta en juego. Dicho encuentro posibilitó el cierre de un ciclo y el anclaje de uno nuevo, sentido por la coordinación como un ritual de transición.



Cornejo, Díaz Uyuquipa, Méndez, Rodríguez, Rosso

Conclusiones

Como se ha descrito a lo largo del artículo, el Grupo de Reflexión es un taller desarrollado por la RPIG desde el año 2012. El objetivo del mismo es favorecer los procesos crecientes de autonomía en las PM y problematizar los sentidos y significaciones sobre la vejez y sus implicancias. Éste se piensa como un espacio de participación y expresión, desde los aportes y experiencias de sus integrantes. La llegada de la pandemia y la instalación de las medidas de aislamiento, alteró la vida cotidiana y desafió al equipo de salud a repensar sus intervenciones. La virtualidad se instaló como posibilidad de sostener el trabajo que antes se realizaba de modo presencial con las PM. Los principales desafíos del taller en la nueva modalidad estuvieron relacionados con el encuadre, la elección de temáticas a trabajar, la adaptación del material de soporte y las cuestiones técnicas, como la conectividad y el uso de las aplicaciones de videollamadas. En cuanto a las temáticas abordadas, estuvieron vinculadas a los emergentes grupales. Predominaron los debates sobre la actualidad, debido al foco puesto en las PM como grupo de riesgo.

Además, se consideró propicio generar momentos de expresión de emociones y sensaciones, como así también, tener un posicionamiento crítico y activo en cuanto a señalamientos y conductas paternalistas, estigmatizaciones, prejuicios, etc. En ocasiones, la elección de los tópicos a trabajar fue una manera de mantenerse en contacto, un modo de resignificar las experiencias del cotidiano en compañía de otras personas.

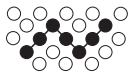
Retomando el término flexibilidad, éste se consideró como un aspecto a desarrollar, no sólo en quienes participan del taller sino también en la coordinación. La misma implicó roles diversos, en tanto en cada encuentro lo técnico conllevó un tiempo preponderante, apareciendo el rol de facilitar sobre el uso de lo digital a los participantes. Cabe destacar que esta transmisión de conocimientos se dio de manera horizontal, entre el grupo. Los vínculos construidos en tiempos de presencialidad pusieron de manifiesto su contraste frente a los construidos desde sus comienzos en el espacio virtual. En este sentido, se plantearon desafíos para las nuevas residentes ingresantes a la coordinación.

Se pone de manifiesto la existencia de una brecha digital intergeneracional y sus entrecruzamientos. El

equipo coordinador como generación en la que existe mayor contacto con la tecnología y el uso cotidiano de las redes sociales de comunicación, se vio movilizado por la transmisión de saberes a una generación que cuenta con bases distintas.

Aparecieron las complejidades de lo que no puede darse por sentado, las frustraciones y los logros que se celebraron como grandes victorias. Las personas mayores que participan de este espacio se probaron a sí mismas y se fueron superando respecto al uso de estas tecnologías, algunas incluso alcanzando la autonomía en el uso.

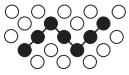
Los objetivos del Grupo de Reflexión han superado al dispositivo en sí; generando saberes y vínculos que circulan más allá del momento específico de cada encuentro. Se evidencia que la disminución de la brecha digital habilitó a minimizar el vacío en el lazo social impuesto por la pandemia, construyendo contactos frecuentes entre sus integrantes más allá de la actividad propuesta.



Grupo de reflexión en Pandemia: Flexibilizando prácticas y sentidos

REFERENCIAS

1. Brichetto, O. (2014). El coordinador y el proceso grupal. 1968 grupalista. Biblioteca de Psicología Social Pichoniana. Disponible en: http://milnovecientosesentayochoblogspot.com/2014/09/el-coordinador-y-el-procesogrupal_27.html?view=timeslide-
2. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Organización de Estados Americanos, 15 de junio de 2015.
3. Fernández Moreno, M. (2007). Ayuntamiento de Madrid. Romper la brecha digital en los mayores: 4. El uso de las TIC por los mayores, 121-206. Disponible en: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Libro%20Jornadas%202007/3%20Ponencias%20II.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ministerio de Economía (2020). Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación. Encuesta Permanente de Hogares. Cuarto trimestre. Ciencia y Tecnología, 5. (1) 6. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mautic_05_213B13B3593A.pdf
5. Romero, A. M. M. (2020). La brecha digital generacional. Temas laborales. Revista andaluza de trabajo y bienestar social, (151), 77-93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7464144>
6. Torres-Lagunas, M. A. (2018). La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. Enfermería universitaria, 15(4), 329-331.
7. Zarebski, G. (2019). Teoría de la identidad flexible y factores protectores para el envejecimiento en La identidad flexible como Factor Protector en el curso de la Vida. Bs. As.: UMAI.



Factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión

María Elena Flores-Villavicencio¹,
Celida Rosario Romero Valadez²,
Gillermo González Pérez³, José Raúl Robles Bañuelos⁴

Resumen

La depresión es un estado de ánimo común durante el envejecimiento y es un factor que favorece el riesgo suicida, aun así pasa desapercibido por los profesionales de la salud, por lo que es imperante la necesidad de diseñar una guía que permita identificar los factores de riesgo suicida para precisar un perfil probable de riesgo en los adultos mayores con depresión, que tendrá impacto en la detección temprana de los factores mediante un diagnóstico certero, que permita la toma de decisiones para la intervención y tratamiento adecuado. Se evaluaron a 93 adultos mayores de 60 años, independientes y sin padecimientos psiquiátricos, que acudían a clubes comunitarios registrados en el Centro Metropolitano del Adulto Mayor. Los resultados revelan que la frecuencia de depresión se encontró más en mujeres casadas y viudas, sin actividad laboral y con alguna enfermedad crónica, siendo los factores psicológicos con mayor cantidad de factores de riesgo suicida específicamente los problemas de ansiedad, desesperanza y altas expectativas propias, mientras que la desesperación por no tener actividades, así como el rechazo son considerados los factores sociales que más limita su independencia y calidad de vida. Conclusión: Es fundamental elaborar una guía para reconocer en el adulto mayor los factores de riesgo suicida, en especial en quienes ya presentan el principal factor que es la depresión, con la finalidad de evaluar oportunamente los factores reales, lo que nos permitirá atenuar en cierta medida un riesgo de salud mayor, y lograr con ello una adecuada prevención del suicidio.

Palabras clave: Depresión, Factores de riesgo, Riesgo suicida, Adulto mayor.

Abstract

Depression is a common state of mind during aging and is a factor that favors suicidal risk, even so it goes unnoticed by health professionals, so the need to design a guide to identify risk factors is imperative suicide to specify a probable risk profile in older adults with depression, which will have an impact on the early detection of the factors through an accurate diagnosis, which allows decision-making for appropriate intervention and treatment. 93 independent adults over 60 years of age, without psychiatric disorders, who attended

community clubs registered in the Metropolitan Center for the Elderly, were evaluated. The results reveal that the frequency of depression was found more in women married and widows, without work activity and with some chronic disease, being the psychological factors with the highest number of suicidal risk factors, specifically the problems of anxiety, hopelessness and high own expectations, while that desperation for not having activities, as well as rejection are considered the social factors that most limit their independen-

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2021

Recibido:
23/08/2021

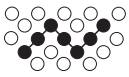
Aceptado:
30/09/2021

(1) Dra. en Psicología de la Salud y Profesor investigador del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano adscrito al Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional nivel 1, marlencilla27@hotmail.com Correspondencia: Paseo de los Brezos 713 Co. Tabachines Zapopan, Jalisco México.

(2) Médico Cirujano y Partero del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. ironmagnolies@hotmail.com

(3) Dr. En Ciencias de la Salud Pública y Profesor investigador del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano adscrito al Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema nacional Nivel 2, ggonzal56@gmail.com

(4) Médico Cirujano y Partero del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. jrb89@hotmail.com



Factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión

ce and quality of life. Conclusion: It is essential to develop a guide to recognize suicidal risk factors in the elderly, especially in those who already present the main factor which is depression, in order to timely evaluate the real factors, which will allow us to mitigate in a certain way measure a higher health risk, and thereby achieve adequate suicide prevention.

Key Words: depression, risk factors, suicide risk, older adult.

Introducción

El ser humano experimenta declive gradual de su salud relacionado a la edad, cambios que se reflejan en su capacidad funcional, física y cognitiva, así como disminución de la sensación de bienestar frente a situaciones agradables. Estos se manifiestan en afecciones del estado de ánimo, como la depresión en adultos mayores.

En la actualidad los adultos mayores representan el grupo más proclive a padecer depresión, considerada un grave problema de salud mental, es uno de los trastornos afectivos más comunes durante el envejecimiento. Sin embargo, es un trastorno que pasa desapercibido por los profesionales de la salud, debido a su compleja sintomatología, que limita el reconocimiento de marcadores que permitan establecer un adecuado perfil diagnóstico y valoración integral en esta población (Gómez, 2007). La depresión es un síndrome geriátrico responsable no sólo del sufrimiento emocional, sino también de manifestaciones clínicas que influyen en la gravedad de trastornos somáticos, que provocan limitación funcional en la vida diaria, acompañada de pensamientos recurrentes como el considerarse inútil, no encontrar sentido a su vida y solo esperar el momento de la muerte, conductas reconocidas como riesgos suicidas alarmantes en esta población vulnerable (Cerquera 2010; Ribot, 2012; Chavarria, 2015).

La depresión es el trastorno del estado de ánimo más común durante el envejecimiento, y es un factor que favorece el suicidio. Cerca del 30% de las muertes por suicidio recibieron diagnóstico de un trastorno depresivo primario (Kaplan and Sadock, citado en Mejía, 2011 p. 20). El riesgo de suicidio aumenta de

manera alarmante en presencia de depresión mayor (Ribot, 2012).

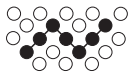
Sin embargo, existen otros factores que en conjunto con la depresión al estar presentes varios factores se incrementa la incidencia (Pérez, 2012). Los factores de riesgo más frecuentes para el riesgo suicida son: las enfermedades crónicas, el dolor físico o la enfermedad aguda, el aislamiento social, familiar, la desesperanza y la culpa, así como pérdidas sociales, familiares y personales (Vidal, 1999; Chavarria, 2015).

Es importante mencionar que los factores de riesgo suicida dependerán en parte del contexto, principalmente los factores psicosociales, psiquiátricos y de enfermedades crónicas, que acentúan los estados emocionales como: la soledad, el aislamiento, la enfermedad física y la depresión, aclarando que de manera individual algunos de ellos inciden directamente en la ideación suicida. Situación que influye en la detección temprana y que dificulta el establecimiento de un diagnóstico certero (Vidal, 1999).

Los factores de riesgo suicida pueden ser clasificados de acuerdo a las condiciones en que vive el adulto mayor, así como el impacto que tiene cada uno de ellos en su estilo de vida, siendo de mayor relevancia los factores sociodemográficos, de personalidad, familiares, psicosociales, médicos, psiquiátricos y ambientales (MINSAL, 2013).

Así mismo, se han identificado los factores más comunes en el adulto mayor con depresión que permitirían precisar un perfil probable de riesgo suicida, comprenden: género masculino con antecedente de un primer episodio depresivo después de los 40 años, quienes viven solos, con historia familiar de depresión o alcoholismo y haber sufrido alguna pérdida reciente, además de ser divorciado, soltero, viudo o separado, desempleado, desajustado sexualmente, con pérdida reciente de status social (Montes de Oca, 2019; Ramírez, 2020). Es importante considerar la presencia de trastornos del estado ánimo, en especial ansiedad y depresión desde edades tempranas, así como las adversidades familiares que indirectamente contribuyen a incrementar el riesgo de ideación suicida (Larraguibel, 2000).

También se deben tomar en cuenta los antecedentes de intento suicida, antecedentes familiares de suicidio, en-



Flores-Villavicencio, Romero Valadez, González Pérez, Robles Bañuelos

fermedad de inicio temprano y altos niveles de desesperanza, trastornos psiquiátricos, comórbidos que al parecer puedan estar relacionados con el abuso del alcohol o drogas, la impulsividad y los rasgos de personalidad (Rubio 2009), esto con la finalidad de realizar una detección temprana de los factores de riesgo que inducen al suicidio, que permitirá la toma de decisiones para la intervención y tratamiento oportuno (Mejía, 2011).

Pero también es importante conocer la existencia de factores protectores contra la depresión e ideación suicida, que consisten en contar con redes de apoyo, junto a la incorporación a la familia y la comunidad como individuos activos y participativos, para la promoción de estrategias de mantenimiento de la salud mental que permitan una vida libre de alteraciones afectivas y emocionales.

El objetivo de este estudio consistió en identificar los factores de riesgo de suicidio con mayor prevalencia en los adultos mayores con depresión

Materiales y Métodos

Participantes

Se evaluó a 93 adultos mayores de 60 años, independientes y sin padecimientos psiquiátricos, que acudían a clubes comunitarios registrados en el Centro Metropolitano del Adulto Mayor (CEMAN) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en la ciudad de Zapopan, Jalisco.

Instrumentos

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) de Sheik & Yesavage, 1986, utilizada por Gómez-Angulo (2011). Consta de 15 ítems, e investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. Esta escala deja de lado los ítems que evalúan los síntomas depresivos por su alta prevalencia en esta población. Es considerada una buena medida de tamizaje para detectar depresión. Está conformado por un patrón de respuesta dicotómico

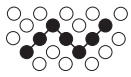
(sí o no) respecto a cómo se sintieron durante la última semana. El puntaje se distribuye así: de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 depresión severa. De los 15 ítems, 10 indican depresión cuando se responde afirmativamente, mientras los cinco restantes, que corresponden a las preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13, indican depresión cuando se responde negativamente.

Tabla de valoración de los factores de riesgo de suicidio. Se diseñó utilizando los factores reportados en los estudios de Jiménez y cols., 2011 y de los estudios De la Torre Martí, 2013. Con estas guías se estructuró un listado de factores que permitieran identificar el riesgo de suicidio y se categorizaron en tres tipos: factor psicológico, factor social y factor de salud. De cada factor se debe de tomar en cuenta el mayor número de veces que se presenta en la persona, esto indica mayor probabilidad de ideación o conducta suicida. Se debe aclarar que la ausencia de estos factores no significa que una persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

Escala de Ideación Suicida de Beck (1979). Esta escala fue diseñada con la finalidad de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse y la recurrencia consciente de pensamientos suicidas. Consta de 20 reactivos, que se dividen en 4 secciones que proporcionan información sobre: I) 5 preguntas de screening que indagan características relacionadas a la actitud hacia la vida / muerte; II) 6 preguntas evalúan los pensamientos o deseos suicidas; III) 4 preguntas evalúan las características del intento de suicidio; y IV) 5 preguntas referentes a la actualización del intento de suicidio.

Se integra además una quinta sección, con dos ítems que investigan los antecedentes de intento de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.



Factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión

Procedimiento

Cada adulto mayor encuestado recibió información sobre la finalidad del estudio, así mismo las escalas contaron con una copia del consentimiento informado que fue entregada al encuestado una vez que aceptaba participar de manera voluntaria, explicando que el llenado de la escala era anónimo, se aseguró en todo momento la confidencialidad de los datos. Se aplicaron los instrumentos de manera individual, incluyendo la escala de depresión geriátrica de Yesavage y, al mismo tiempo, la escala de ideación suicida de Beck, con la finalidad de identificar a los adultos mayores con depresión, y a aquellos que presentaban ideación suicida. Una vez detectado el grupo de adultos mayores con depresión y el grupo con ideación suicida, se les aplicó el check list de la sintomatología depresiva para identificar cuáles son los síntomas depresivos que están presentes tanto en los adultos con depresión y con ideación suicida, como en aquellos que no presentaron depresión o ideación suicida.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo por un psicólogo y un médico, con la finalidad de ofrecer atención a quienes experimentaran afeción del estado emocional consecuente a la naturaleza del estudio, y que fueron derivados a centros de atención de asistencia social.

Análisis Estadístico

Una vez que se obtuvo la información se llevó a cabo el vaciado de datos en el programa de Excel, para posteriormente ser analizados con el programa estadístico SPSS versión 21.0 para Windows. Los análisis realizados fueron: análisis descriptivos de la población de estudio mediante medias y desviación estándar, y para comparar la sintomatología depresiva con la ideación suicida con frecuencias y porcentajes, utilizando el test de chi-cuadrado. Se realizaron análisis de regresión logística bivariado y multivariado, introduciendo las variables en bloque y descartando una a una al no tener significancia. Se hizo el cálculo de las razones de momios, con significancia ≤ 0.050 e intervalos de confianza al 95%, a través de la prueba

condicional de Mantel-Haenszel, y multivariado con la bondad del ajuste global del modelo con los parámetros de pseudo R-cuadrado de Cox-Snell y Nagelkerke.

Resultados

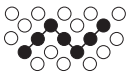
Se evaluó a 93 adultos mayores con edad promedio de 69.6 años, con una desviación estándar de 7.718, 74.2% (n=69) mujeres y 25.8% (n=24) hombres, dominando el estado civil de viudez con 49.5% (n=46) y casados con 38.7% (n=36), actualmente el 36.6% (n=34) vive con su cónyuge y el 26.9% (n=25) con sus hijos, un 36.6% (n=34) vive sólo o con algún familiar.

El 80.6% (n=75) ya no tiene actividad laboral y solo el 19.4% (n=18) sigue trabajando, por lo tanto el ingreso que percibe el 33.3% (n=31) proviene de su pensión y 49.5% (n=46) recibe apoyo económico de su familia, aunque ambos grupos consideran que son ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, ya que el 61.3% (n=57) sufre algún tipo de enfermedad crónica y solo el 38.7% (n=36) afirmó no padecer enfermedades, dato que se corrobora con lo relacionado al consumo de medicamentos. (Tabla 1) en Anexo.

Con la escala de depresión geriátrica de Yesavage, se identificaron adultos mayores con depresión, 57.0% (n=53), que se distribuyeron en los tres niveles de depresión, siendo la depresión leve más prevalente, 31.2% (n=29). Llama la atención que la mayor frecuencia de depresión se encontró en mujeres, casadas y viudas, sin actividad laboral y con alguna enfermedad crónica (Ver Tabla 2).

Respecto a los factores de riesgo suicida de los estudios de Jiménez, 2011 y De la Torre Martín, 2013, los resultados obtenidos en este estudio se enlistaron en 3 categorías: factor psicológico, factor social y factor de salud, siendo el factor psicológico con mayor cantidad de factores de riesgo suicida manifestados en este grupo poblacional (Ver tabla 3).

Con el análisis descriptivo de los datos, se logró identificar los factores de riesgo de suicidio con mayor presencia significativa en los adultos mayores con depresión, siendo los relacionados al factor psicológico más relevantes, específicamente los problemas de



Flores-Villavicencio, Romero Valadez, González Pérez, Robles Bañuelos

ansiedad, desesperanza y altas expectativas propias (Ver tabla 4).

También se identificó que el factor de riesgo social más significativo en esta población es el no realizar actividades laborales en la actualidad, la inactividad es considerada un factor que limita su independencia y calidad de vida.

Mediante el análisis bivariado, entre los factores de riesgo de suicidio con la depresión, se encontró que los factores con mayor peso estadístico fueron: la inactividad, rechazo social, cambios de comportamiento y estados de ánimo. Los que demostraron tener una mayor significancia estadística con la presencia de depresión son: Profunda desesperación por no tener actividades laborales (OR 0.088, $p < 0.000$, IC .033- .235), Depresión como castigo (OR 0.129, $p < 0.000$, IC .048-.345), Rechazo social, Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo (Ver tabla 5).

Finalmente, con el análisis de regresión logística multivariado, tomando las variables que resultaron ser estadísticamente significativas de los resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en los análisis bivariados, se confirmó una asociación de los factores de riesgo suicida con mayor presencia en adultos mayores con depresión, a partir de la probabilidad de 0.018 veces mayor el factor de profunda desesperación por no tener actividades, ($p < 0.000$, IC 0.001-0.365), así como una probabilidad de 0.017 veces entre el factor de rechazo social con la depresión de los adultos mayores ($p < 0.000$, IC 0.001-0.422) y muy probablemente con un 6.424 con el factor de padecer insomnio (Ver tabla 6).

Discusión

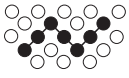
Nuestro estudio demuestra una prevalencia elevada de depresión leve y moderada en el grupo de 60 a 70 años, con una mayor incidencia en mujeres, ya que son más susceptibles de padecer depresión que los hombres, en especial ser casada o viuda. Datos que concuerdan con los estudios de Sánchez (1992) Benavides (1999) y Wagner (2012) Morí (2010), quienes identificaron la presencia de depresión en relación al sexo femenino, no

tener pareja, estar casado o ser viudo, y se incrementa con la edad.

Al observar la probable normalización de la depresión en los adultos mayores como algo ya cotidiano, y el confundirlo como un estado normal del proceso del envejecimiento, resulta difícil la detección de los factores psicológicos que pudiera acentuar no solo el estado depresivo, sino también fomentar la conducta suicida. Existe una mayor predominancia de síntomas de depresión leve, que a su vez son identificados como factores predisponentes para la ideación suicida elevando más la prevalencia de ambos trastornos. En la revisión desarrollada por Rubio (2009) plantea que es posible que la depresión y la salud, aunada a la desesperanza pueden llegar ser factores relacionados con los altos niveles de riesgo de conducta suicida. La clasificación que se realizó de los factores de riesgo suicida en función a las dimensiones psicológica, social y de salud en el adulto mayor, permitió conocer los principales rasgos suicidas distintivos en esta población y enfatizar su importancia, lo que nos permitirá atenuar en cierta medida un riesgo de salud mayor, y lograr con ello una adecuada prevención del suicidio. Así mismo, Montes de Oca (2019) realizó una clasificación de factores de riesgo según el modelo biopsicosocial que permite evaluar el proceso de envejecimiento y su relación con las conductas suicidas de forma integral y no sólo descriptiva, para identificar los factores de riesgo que pueden precipitar este problema.

Debemos señalar que los factores de riesgo de mayor presencia significativa en esta población fueron los factores psicológicos, entre los que se destacaron: problemas de ansiedad, desesperanza y altas expectativas propias. Contrario a este resultado, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2018) no considera el aspecto psicológico preventivo, únicamente los riesgos biológicos y sociales. Mientras que Montes de Oca (2019) enfatizó que la psicología puede brindar las herramientas necesarias para la implementación de estas acciones y, sobre todo, fomentar el apoyo a partir de un acompañamiento psicológico integral.

Con los análisis multivariado y ajustar el resto de las variables, se encontró que entre los factores de riesgo de conducta suicida en estos adultos mayores con de-



Factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión

depresión, sobresalieron el rechazo social y la inactividad (desesperación por no tener actividades), resultado que fue afín al reportado por Ramírez (2020) quien menciona que se debe de considerar los entornos sociales, el vínculo interpersonal, los apoyos sociales, y la inactividad laboral como variables que contribuyen en la presencia de pensamientos y conductas suicidas.

este artículo.

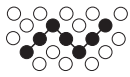
Conclusión

Evaluar el riesgo suicida es una tarea difícil, incluso para los profesionales de la salud, no existen instrumentos universalmente aceptados para detectar este riesgo. Por lo que es fundamental proporcionar una guía que permita reconocer en el adulto mayor los factores de riesgo suicida, en especial en quienes ya presentan el principal factor que es la depresión, con la finalidad de evaluar oportunamente los factores reales que contribuyan a encontrar una evaluación preventiva y oportuna para decidir la conducta de manejo y derivación a los servicios especializados de salud mental adecuados, ayudándoles a delimitar el riesgo, con fines preventivos y terapéuticos.

Al ser un problema poco explorado en la identificación de factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión, se sugiere realizar futuras investigaciones para la construcción de nuevos modelos con enfoque psicológico de prevención de factores de riesgo de suicidio, que permitan proporcionar diagnósticos precisos en áreas psicológicas, sociales y de salud, para que impacten de manera efectiva en su prevención, puesto que es ya considerado como un problema de salud pública, debido a los cambios que se generan en relación al proceso de envejecimiento en la distribución por género, edad y otras características sociohistóricas, permite a su vez la construcción de nuevas estrategias de promoción de la salud para esta población vulnerable.

Conflictos de interés

La autora manifiesta que no tiene conflictos de interés en



Flores-Villavicencio, Romero Valadez, González Pérez, Robles Bañuelos

REFERENCIAS

1. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
2. Benavides, O., Reyes, C., y Herrera, J. (1999). Prevalencia de síntomas depresivos en ancianos. *Medicina Familiar Caracas*, 7(2), 52-59.
3. Cerquera, C.A.M., Meléndez, M.C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 63-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673005>
4. Chavarría, A. J. (2015). Depresión: una enfermedad común en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. LXXII (615), 427 – 429
5. De la Torre, M.M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de a ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA.) Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Collegi Oficial de Psicologia de les Illes Balears, 1-36. https://pavlov.psyciencia.com/2014/08/protocolo_ideacion_suicida.pdf
6. Gómez, A.A.E. (2007). La depresión en el anciano: Clínica y tratamiento Offarm: farmacia y sociedad, 26(9), 80-94. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/414432>
7. Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3),735-743.[fecha de Consulta 12 de Mayo de 2021]. ISSN: 1657-9267. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377008>
8. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2015). Situación de las personas adultas mayores en México: INAPAM. 1-40 Recuperado de file:///C:/Users/CUCS/AppData/Local/Temp/101243_1.pdf
9. Jiménez, B.E. (2011). Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *MEDISAN*, 15(3), 339-344.
10. Mejía, L.M., Sanhueza, O.P. & González, H.J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com*, 8: 15-25. http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
11. Ministerio de Salud. (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación. MINSAL, Norma General Administrativa, (027), 1-72.
12. Montes de Oca, V.L.A., Rodríguez, M.D.A. (2019). Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(2): 187-194
13. Mori, N., y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2).
14. Pérez, B.S.A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2011-2016.
15. Pérez, B.S.A., Guerra, L.A., Pablos, A.T., & Calás, L.R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(1), 7-11. Recuperado en 11 de mayo de 2021, De http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100002&lng=es&tln g=es.
16. Rubio, H.G., Magagna, A.R., De la Fuente, S. I., Jiménez, L.I., Bish, M.J., & Dumitrache, C. (2009). Estudio del riesgo suicida en un grupo de mayores institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1),403-410. [fecha de Consulta 30 de Mayo de 2021]. ISSN: 0214-9877. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832321044>
17. Ramírez, A.Y.C., et. al. (2020). Factores asociados con la ideación suicida del adulto mayor en tres ciudades de Colombia, 2016. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 49(3),142–153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.09.004>
18. Ribot, R.V.C., Alfonso, R.M., Ramos, A.M.E, González, C.A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(5), 699-708. Recuperado en 12 de mayo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es&tln g=es
19. Sánchez, L.M., Mesa, R. G., Fernández, M. I., & Riera, B. C. (1992). Prevalencia de la depresión en ancianos no institucionalizados. *Rev. Cuba. Hig. Epidemiol*, 30(2), 75-83
20. Vidal, D.A. (1999). Factores de riesgo suicida en el anciano. *ALCMEON, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, 8(2), 103- 112 <https://www.alcmeon.com.ar/80/30/Vidal.htm>
21. Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., y Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.

Factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión

Tabla 1. Características Sociodemográficas del total de la población de adultos mayores (N=93)

Variable		F	%
Edad promedio	Media \pm DE	69.6 \pm 7.7	
Grupos de edad	60 a 70	58	62.4
	71 a 80	25	26.9
	81 a 90	10	10.8
Sexo	Mujeres	69	74.2
	Hombres	24	25.8
Estado civil	Viudos	46	49.5
	Casados	36	38.7
	Solteros	6	6.5
	Divorciado	5	5.4
Recibe apoyo económico	Apoyo Social	3	3.2
	Pensión	31	33.3
	De la familia	46	49.5
	Ingreso propio	13	14.0
Con quien Vive	Cónyuge	34	36.6
	Hijos	25	26.9
	Otro familiar	17	18.3
	Solo	17	18.3
Consumo de medicamentos	Si	60	64.5
	No	33	35.5

Fuente: Elaboración propia, 2020, DE: Desviación estándar

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de adultos mayores con ideación suicida y depresión

	F	%
Con depresión	53	57.0
Sin Depresión	40	43.0
Niveles de depresión		
Depresión Leve	29	31.2
Depresión Moderada	15	16.1
Depresión Severa	9	9.7
Total	93	100

Fuente: Elaboración propia, 2020

Flores-Villavicencio, Romero Valadez, González Pérez, Robles Bañuelos

Tabla 3. Clasificación de los factores de riesgo suicida en adultos mayores

<i>Factor Psicológico</i>	<i>Factor Social</i>	<i>Factor Salud</i>
- Pesimista ante el futuro	- Realiza actividades laborales en la actualidad	- Tiene enfermedades crónicas
- Depresión como castigo	- Profunda desesperación por no tener actividades laborales	- Insomnio (problemas para dormir)
- Se preocupa por situaciones triviales	- Desempleo	- Enfermedades somáticas
- Siente que la vida no vale la pena	- Consume alcohol	- Trauma reciente físico o psicológico
- Ha considerado el suicidio	- Consume tabaco	
- Ha planeado o intentado el suicidio	- Aislamiento	
- Problemas de ansiedad	- Rechazo social	
- Desesperanza (no encuentra solución a los problemas)	- Familiares con alcoholismo	
- Autolesiones por intento de suicidio	- Pérdida de algún familiar (Desestabilización)	
- Plan específico de suicidio formulado	- Relación abusiva presente	
- Abandono de pertenencias preciadas o asuntos	- Intoxicación (medicamentos, drogas etc.)	
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo		
- Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características		
- Preocupación por abuso/ o maltrato pasado		
- Altas expectativas propias (cumplir un propósito)		
- Interés en temas de muerte		

Fuente: Elaboración propia, 2020, retomando los factores reportados por Jiménez, 2011 y De la Torre Martín, 2013

Factores de riesgo suicida en adultos mayores con depresión

Tabla 4. Factores Riesgo de Suicidio en Adultos Mayores con Depresión (N=53)

	Factores de riesgo suicida	Con Riesgo suicida		Sin Riesgo suicida		P
		F	%	F	%	
FACTORES PSICOLÓGICOS	Pesimista ante el futuro	18	34.0	35	66.0	0.748
	Depresión como castigo	33	62.3	20	37.7	0.270
	Se preocupa por situaciones triviales	14	26.4	39	73.5	0.057
	Siente que la vida no vale la pena	5	9.4	48	90.6	0.732
	Ha considerado el suicidio	16	30.2	37	69.8	0.064
	Ha planeado o intentado el suicidio	9	17.0	44	83.0	0.754
	Problemas de ansiedad	34	64.2	19	35.8	0.01
	Desesperanza (no encuentra solución a los problemas)	34	64.2	19	35.8	0.01
	Autolesiones por intento de suicidio	1	1.9	52	98.1	0.545
	Plan específico de suicidio formulado	3	5.7	50	94.3	0.78
	Abandono de pertenencias preciadas o asuntos	3	5.7	50	94.3	0.285
	Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo	22	41.5	31	58.5	0.064
	Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características	7	13.2	46	86.8	0.435
	Preocupación por abuso/o maltrato pasado	7	13.2	46	86.8	0.064
Altas expectativas propias (cumplir un propósito)	33	62.3	20	37.7	0.017	
Interés en temas de muerte	2	3.8	51	96.2	0.388	
FACTORES SOCIALES	Realiza actividades laborales en la actualidad	10	18.9	43	81.1	0.002
	Profunda desesperación por no tener actividades laborales	44	83.0	9	17.0	0.605
	Desempleo	42	79.2	11	20.8	0.251
	Consume alcohol	14	26.4	39	73.6	0.358
	Consume tabaco	3	5.7	50	94.3	0.104
FACTORES SALUD	Aislamiento	10	18.9	43	81.1	0.609
	Rechazo social	35	66.0	18	34.0	0.62
	Familiares con alcoholismo	4	7.5	49	92.5	0.285
	Perdida de algún familiar (Desestabilización)	-	-	53	100	-
	Relación abusiva presente	-	-	53	100	-
	Intoxicación (medicamentos, drogas etc.)	6	11.3	47	88.7	0.164
FACTORES SALUD	Tiene enfermedades crónicas	35	66.0	18	34.0	0.131
	Insomnio (problemas para dormir)	37	69.8	16	30.2	0.182
	Enfermedades somáticas (Dolores)	38	71.7	15	28.3	0.616
	Trauma reciente físico o psicológico	-	-	53	100	-

Fuente: Elaboración propia, 2020, P=Person

Flores-Villavicencio, Romero Valadez, González Pérez, Robles Bañuelos

Tabla 5. Análisis bivariado de los factores de riesgo de suicidio significativos presentes solo en los adultos mayores con depresión

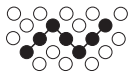
	FACTORES RIESGO DE SUICIDIO	OR	P	IC 95%
1.	Profunda desesperación por no tener actividades laborales	0.088	0.000	.033-.235
2.	Insomnio (problemas para dormir)	0.354	0.016	.150-.832
3.	Enfermedades somáticas	0.482	0.098	.203-1.144
4.	Depresión como castigo	0.129	0.000	.048-.345
5.	Se preocupa por situaciones triviales	0.389	0.081	.130-1.218
6.	Siente que la vida no vale la pena	2.787	0.081	.854-9.096
7.	Ha considerado el suicidio	0.275	0.019	.078-.843
8.	Problemas de ansiedad, un factor importante a	0.269	0.002	.113-.641
9.	Consume alcohol	0.310	0.055	.093-1.028
10.	Desesperanza	0.269	0.003	.113-.641
11.	Aislamiento	0.110	0.040	.013-.910
12.	Rechazo social	0.109	0.000	.040-.295
13.	Perdida de algún familiar (Desestabilización)	2.432	0.043	1.900-3-115
14.	Trauma reciente físico o psicológico	2.472	0.019	1.921-3.181
15.	Cambios radicales en el comportamiento o estado de animo	2.290	0.000	1.759-2.983
16.	Altas expectativas propias (cumplir un propósito)	0.448	0.060	.194-1.035
17.	Interés en temas de muerte	6.375	0.024	1.273-31-934

Fuente: Elaboración propia, 2020

*Significancia obtenida a partir de la prueba de Mantel-Haenszel. IC: Intervalo de confianza

Tabla 6. Análisis multivariado de los factores de riesgo suicida de mayor impacto en los adultos mayores con depresión

VARIABLES DE LA ECUACION			Intervalo de confianza al 95%	
Factores de riesgo suicida	p	OR	Límite inferior	Límite superior
Profunda desesperación por no tener actividades	0.000	0.018	0.001	0.365
Insomnio (problemas para dormir)	0.092	6.424	0.578	71.39
Enfermedades somáticas	0.594	1.877	0.185	19.031
Depresión como castigo	0.102	0.164	0.016	1.674
Siente que la vida no vale la pena	0.591	0.345	0.007	16.69
Consume alcohol	0.298	0.105	0.001	7.377
Problemas de ansiedad	0.382	0.182	0.004	8.292
Rechazo social	0.000	0.017	0.001	0.422
Prueba Hosmer Lemeshow			R cuadrada de Cox y Snell	R cuadrada de Nagelkerke
Valor de Chi-cuadrado 89.861		Grados de libertad 16	P< 0.000	0.619
				0.831



Cuidados y género, una perspectiva educativa

Andrea Alonso Bugarín¹, María del Carmen Gutiérrez Moar¹,
David Facal²

Resumen

En presente trabajo hemos revisado, a través de la investigación documental, el rol de la variable de género en el cuidado de personas mayores dependientes, desde la perspectiva de las personas cuidadoras y teniendo en cuenta la distinción entre cuidados formales y no formales. Se pretende comprobar la existencia de estándares de desigualdad en la atribución de tareas de cuidados, así como estudiar la evolución de dicha variable, haciendo especial hincapié en la relación entre cuidados, educación y género. Los resultados obtenidos por diferentes investigadores/as reafirman la existencia de desigualdades en el cuidado de personas mayores en función del género de las personas cuidadoras. Las mujeres son cuidadoras principales en un alto porcentaje de los casos, mientras que los hombres centran su aportación en actividades que requieren menor tiempo de dedicación y un compromiso afectivo inferior. Con respecto a la educación, destaca la transmisión de la imagen de la mujer como responsable de los cuidados, unida a una inferior participación masculina en el sistema educativo. Se concluye subrayando la necesidad de actuar desde diferentes ámbitos para tratar de reducir el impacto que genera este reparto desigualitario en la vida de las mujeres cuidadoras.

Palabras clave: Cuidados, Envejecimiento, Adultos mayores, Género, Mujeres.

Abstract

In this investigation we have reviewed, through documentary research, the role of the gender variable in the care of dependent elderly people, from the perspective of caregivers and taking into account the distinction between formal and non-formal care. The aim is to verify the existence of inequality standards in the attribution of care tasks, as well as to study the evolution of said variable, with special emphasis on the relationship between care, education and gender. The results obtained by different researchers reaffirm the existence of inequalities in the care of the elderly based on the gender of the caregivers. Women are the main care-

caregivers in a high percentage of cases, while men focus their contribution on activities that require less dedication time and less emotional commitment. With regard to education, the transmission of the image of women as responsible for care stands out, together with lower male participation in the educational system. It concludes by underlining the need to act from different spheres to try to reduce the impact generated by this unequal distribution in the lives of women caregivers.

Keywords: caregiving, ageing, old adults, gender, women.

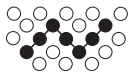
ISSUE N°2
DICIEMBRE
2021

Recibido:
04/10/2021

Aceptado:
28/10/2021

(1) Universidade de Santiago de Compostela, Departamento de Pedagogía e Didáctica.

(2) Universidade de Santiago de Compostela, Departamento de Psicología Evolutiva e da Educación.



Cuidados y género, una perspectiva educativa

Introducción

Gracias a los avances tecnológicos, políticos, sociales, científicos, educativos y sanitarios acontecidos durante las últimas décadas, el rol de la mujer y la perspectiva de género han evolucionado de manera significativa y, alcanzar la igualdad de género está siendo una de las mayores preocupaciones sociales en las últimas décadas. En la actualidad, ya es una realidad el hecho de que la mujer se ha ido incorporado de forma efectiva al ámbito del trabajo y ha empezado a acceder a puestos ocupados principalmente por hombres. Entonces, ¿qué ocurre con los empleos tradicionalmente desempeñados por mujeres? y, sobre todo, ¿con aquellos no remunerados, como las tareas asociadas al cuidado? El género femenino continúa ejerciendo una doble labor: el trabajo remunerado y el cuidado de las personas dependientes (Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás, 2018). Lo cual ha provocado que para poder afrontar esta nueva circunstancia cada vez son más las mujeres que emigran, dejan sus trabajos, contratan personal extranjero o deciden no tener hijos/as, encontrándonos con tasas de natalidad en descenso. De esta manera, se hace visible una problemática a la que necesitamos hacer frente a través de, por ejemplo, un reparto más igualitario de las tareas en las estructuras familiares, con un enfoque de corresponsabilidad (González Torralbo, 2018).

Por otra parte, en el ámbito de la gerontología y de la psicogerontología se ha definido el envejecimiento como un proceso vital dinámico con implicaciones multidimensionales, especialmente en los ámbitos biológico, psicológico y social (IMSERSO, 2008a). Así, Ramos Toro (2015) distingue cuatro tipos de edades: la cronológica, la biológica-fisiológica, la social, y la psicológica-afectiva. En los últimos años, gracias a los progresos tecnológicos, sociales y sanitarios, se ha producido un aumento considerable en la esperanza de vida de los/las ciudadanos/as, trayendo consigo a su vez el incremento de la población de mayor edad. A pesar de que la relación entre envejecimiento y dependencia en ningún caso puede considerarse directa, en España el 65% de los mayores que reciben apoyos tiene entre 75 y 90 años (IMSERSO, 2005).

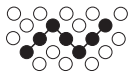
Poniendo de relieve la dimensión psicológica-afectiva del proceso de envejecimiento, podemos determinar

que existe una relación entre envejecimiento y educación, pues alcanzar un estilo de vida saludable implica tener recursos formativos y psicológicos adecuados. La revolución educativa que tuvo lugar a partir del Siglo XX trajo consigo que las nuevas generaciones tengan garantizado el acceso a una plena escolarización durante la infancia, que se ha extendido también hasta los niveles secundarios y superiores. En cambio, durante las épocas anteriores las posibilidades eran inferiores, sobre todo para las mujeres. Además, el nivel educativo estaba altamente relacionado con las posibilidades económicas, provocando que los/las ciudadanos/as de bajos recursos abandonaran sus estudios para acceder al mercado laboral desde edades tempranas. En consonancia, existe un alto porcentaje de mayores con un nivel educacional bajo, alcanzando hasta un 59% de la población de más de 65 años con estudios primarios o inferiores (Pérez Díaz et al., 2020). Frente al concepto de envejecimiento saludable, la OMS (2015) señala el vínculo entre la dependencia y bajos niveles educativos.

Debemos de recordar que no todas las personas mayores son receptoras de cuidados. Según recoge la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006) en su Artículo 2, la dependencia se define como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria”. Las personas incluidas dentro de estos criterios necesitarán de cuidados específicos.

El cuidado es toda actividad directa o indirecta que posibilita el bienestar, facilitando el desarrollo y mantenimiento de la vida diaria de las personas (González Torralbo, 2018) y satisfaciendo las necesidades de la vida (Casado Mejía & Ruiz Arias, 2016). Dentro de estas necesidades se encuentra el acceso a unos cuidados de calidad, que se ajusten al grado de dependencia de la persona usuaria y que favorezcan su desarrollo físico, mental y socioeducativo.

Según Red2Red Consultores (2008) el Libro Blanco de la Dependencia publicado en 2004 clasifica estas actuaciones en actividades instrumentales principales,



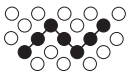
Alonso Bugarín, Gutiérrez Moar, Facal

incluyendo tareas domésticas como limpiar o planchar; actividades instrumentales secundarias, pasear, hacer la compra o ir al médico; y cuidados personales (bañar, vestir o alimentar). En este contexto de cuidados, hay que tener en cuenta la diversidad de cada usuario/a, el nivel de dependencia y los costes que supone proporcionar unos cuidados de calidad. Además, Bookman & Kimbrel (2011) contemplan los importes de adaptación de espacios, ya que las personas tienen preferencia por permanecer en sus hogares aun en situaciones de dependencia, por lo que en muchas ocasiones es obligatorio hacer reformas para ajustarse a sus necesidades. Por ello, los cuidados son tarea de distintos agentes y suele ser precisa la colaboración multidisciplinar o interprofesional. A pesar de ello, en todo sistema hay una persona que es más responsable que el resto, que se conoce como cuidadora principal. Tiende a ser un/a miembro del núcleo familiar, pero también entran dentro de esta definición los/las residentes en el mismo domicilio (o próximos/as a este) que la persona receptora de atenciones, aunque no sean del ámbito familiar directo y, cuando las necesidades se centran en actividades instrumentales, personas que no residan en el mismo domicilio pero que sean referencia a la hora de organizar los cuidados.

Así mismo, es relevante diferenciar entre los cuidados formales e informales. Utilizamos el término cuidados formales para referirnos a aquellos de los que se obtiene remuneración y que son proporcionados por personal técnico cualificado (Bookman & Kimbrel, 2011). Los profesionales que los llevan a cabo provienen generalmente de instituciones públicas o del ámbito privado, cuando hablamos de personal contratado por las propias familias. En categoría profesionales cualificadas (técnicos/as de atención a la dependencia, técnicos de ayuda a domicilio) y no cualificadas (personal sin estudios o con estudios no relacionados con la atención a dependientes, voluntariado...). Dentro del sector de cuidados formales, las mujeres ocupan mayoritariamente las profesiones relacionadas con la asistencia en situación de discapacidad y/o dependencia, formando parte de los servicios sociosanitarios. Situación que también se da en el caso de las cuidadoras formales contratadas por las familias, formadas al menos parcialmente por personas inmigrantes empleadas de forma irregular (Red2Red Consultores, 2009).

A pesar de que el concepto de cuidados “informales” es el más extendido en las investigaciones sobre esta temática, ha sido criticado por autoras como Torns (2008) por sus connotaciones negativas hacia esta labor feminizada. Por ello, en este trabajo utilizaremos el concepto «cuidados no formales» para referirnos a esta modalidad de atención. Se conoce como cuidado no formal a aquel proporcionado principalmente por familiares o personas que no pertenecen al ámbito profesional, no suele estar pagado y se realiza fundamentalmente en el ámbito doméstico (Bookman & Kimbrel, 2011). En Europa el 80% de las cuidadoras no formales son mujeres (Casella Carbó & García Orellán, 2020). En España el sistema tradicional de cuidados también es femenino y no formal/no profesional (Elizalde San Miguel, 2018). Además, esto ocurre con mucha frecuencia en el ámbito rural, donde tal y como señalan Martín Gómez & Rivera Navarro (2018), la mayoría de las personas en situación de dependencia prefieren continuar en sus residencias habituales antes que ser internados/as en centros externos.

El cuidado no formal es desempeñado principalmente por las hijas, con un perfil de mujer de entre 52-55 años de media, casada, con estudios primarios y sin ingresos propios u ocupación remunerada (Agulló Tomás et al., 2019; Hanzelíková Pogranyivá et al., 2017; IMSERSO, 2008b; Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás, 2018; Martínez-Santos et al., 2021). En la familia siempre existe un miembro que asume más responsabilidad que el resto, el/la que se denomina como «cuidador principal» (Rivera Navarro, 2001), y este suele ser, en la mayoría de los casos una mujer. De entre ellas, son las hijas quienes asumen un papel primordial, alcanzando un 45% frente al 9% de hijos varones con esta responsabilidad (Spijker & Zueras Castillo, 2016). Estos autores al igual que Agulló Tomás et al., (2019) señalan que esta labor recae primero en las esposas, a continuación, en las hijas, a las que señalan como el pilar fundamental, y en tercer lugar en las empleadas contratadas como cuidadoras. Otros/as autores/as clasifican a las hijas antes que las esposas y sitúan en tercer lugar a las nueras, antes que las trabajadoras formales o no formales (Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás, 2018). En el informe de Envejecimiento en Red (Pérez Díaz et al., 2020), señalan que estas diferencias dependen del género de



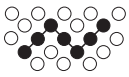
Cuidados y género, una perspectiva educativa

los/as usuarios/as receptores de cuidados, mostrando que las hijas cuidan más a sus madres y las esposas a sus maridos. En España un 40,8% de mujeres cuidan a sus maridos, frente al 13,9% a la inversa. Además, hasta un 32 o 33% de hombres y mujeres mayores cuidan de sus nietos/as (INE, 2016), por lo que los cuidados se prolongan, en muchas ocasiones, hasta etapas muy longevas e implicando a distintas generaciones.

En los países desarrollados hay más implicación de los agentes públicos y sociales en la tarea del cuidado en forma de apoyo a los cuidados en el seno de la familia. En este sentido, el cuidado formal no sustituye al no formal, se combina con él tejiendo una red de apoyo más sólida. Sin embargo, los trabajos remunerados están restando disponibilidad temporal y económica a los/las cuidadores/as no formales, haciendo que hoy en día los cuidados recaigan cada vez más en personas que no pertenecen a la familia (Bookman & Kimbrel, 2011). Por ello, es fundamental incidir en la formación de los/las profesionales que tienen contacto directo con las familias (cuidadores/as no formales). No obstante, el porcentaje de cuidadores/as no formales todavía supera con creces a los/las pertenecientes al ámbito formal, representando en España hasta un 89,4% de los cuidados (Roger García, 2009). Según los datos de Red2red Consultores (2008) más de un 83% de cuidadores/as reconocía no recibir ningún tipo de ayuda formal, frente a un 14% que dicen sí recibirla. En el caso de las cuidadoras no formales, a pesar de que el perfil más común es el de una mujer con estudios primarios, preocupa el alto porcentaje (21,3%) que no han cursado estudios básicos (Red2Red Consultores, 2008). En el caso de las cuidadoras formales, las profesionalmente cualificadas provienen de la educación superior (enfermería, trabajo social, educación social, psicología), formación profesional (auxiliares de enfermería y técnicos/as en atención sociosanitaria) o certificados de profesionalidad en atención sociosanitaria a personas dependientes (auxiliares sociosanitarios/as, cuidadores/as profesionales, técnicos de ayuda a domicilio y gerocultores/as). Todos/as ellos/as se clasifican dentro de la denominación de técnicos/as de atención a la dependencia.

Un 90% de las mujeres extranjeras en nuestro país ha realizado labores domésticas, entre las que destacan los cuidados a personas mayores, como primer trabajo (Casado Mejía & Ruiz Arias, 2016). Es por ello que, otro de los perfiles destacados de las cuidadoras en España lo conforman mujeres inmigrantes entre 30-40 años, generalmente sin familia en el país receptor y en muchos casos con estudios medios y altos, reconocidos o no en España, pero no relacionados con la atención a mayores dependientes (Red2Red Consultores, 2009; Casado Mejía & Ruiz Arias, 2016). En consecuencia, se produce una descoordinación entre los estudios de las personas cuidadoras inmigrantes y el trabajo que desempeñan, ya que tienden a optar inicialmente por esta alternativa debido a las necesidades económicas antes que a la homologación de un título extranjero que las habilitaría para el ejercicio de su perfil profesional. No obstante, el nivel de dependencia de los/las receptores/as de cuidados es muy alto, con requerimiento de altas competencias específicas para las trabajadoras. En este sentido, la Organización Mundial de la salud (OMS 2015) sostiene entre una de sus cuatro políticas fundamentales para los sistemas de salud, la proporción de formación y educación a los/las cuidadores/as. En los centros residenciales y programas de asistencia a personas mayores, los estudios de las mujeres tienden a estar más relacionados con la salud o el cuidado de otros/as. En base a los datos del IMSERSO (2008b), el mayor porcentaje lo representaban las personas con estudios de segundo grado (53,7%), seguidos por estudios superiores (20%) y primarios (17,1%), mientras que el personal sin estudios (no cualificado) equivale a un 9,3% del total.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la incidencia de la variable de género en el cuidado de personas mayores dependientes. Se parte de la hipótesis de que los cuidados recaen principalmente en el colectivo femenino, a pesar de los cambios sociales que van teniendo lugar en la actualidad. Estos indican que en la función de cuidar a los miembros de la familia (niños/as, personas mayores...) se inicia tímidamente desde 2017 un proceso de cambio hacia los hombres, por iniciativa propia, reparto de roles, tareas y cargas o simplemente ante necesidad de asumir la tarea (Ameri-



Alonso Bugarín, Gutiérrez Moar, Facal

can Association of Retired Persons -AARP, 2017-).

Para comprobar si se sigue cumpliendo mayoritariamente dicha hipótesis, recurriremos a la revisión documental de investigaciones realizadas en los últimos años. Así mismo, buscamos la influencia de las variables educativas en la relación género y cuidados durante el proceso de envejecimiento.

Metodología

Se realizó un análisis documental en las bases de datos PsycINFO, Eric, Pubmed, Dialnet y el Catálogo Iacobus de la Universidad de Santiago de Compostela (<https://www.usc.gal/gl/servizos/biblioteca/>).

La revisión documental se ha llevado a cabo a través de las palabras clave “cuidador/a”, “envejecimiento”, “personas mayores”, “género” y “mujeres”, acotando la búsqueda hacia documentos recientes, entre 2016-2020. Una vez obtenidos los artículos, se descartaron aquellos centrados en el género de los/las receptores/as de cuidados, dando prioridad a los que se referían más específicamente al de los/las cuidadores/as. En paralelo, se realizaron búsquedas complementarias más focalizadas en el origen del fenómeno de la mujer como cuidadora, centrándonos en su introducción al mundo laboral, en los factores sociales que influyen en la distribución de roles y en las influencias educativas que han estado presentes a lo largo de la historia. Teniendo en cuenta la metodología de revisión de contenidos, muchos/as de los/las autores/as de las investigaciones analizadas ponían de relieve estos temas como causas y consecuencias de la superioridad de cuidadoras de género femenino, suscitando el interés en profundizar en ellos para tratar comprender esta situación y llegar a los resultados que se recogen en los apartados incluidos en este trabajo.

Resultados

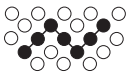
Las mujeres son las mayores demandantes de atenciones especiales, pues su esperanza vital es claramente superior. Pero no solo alcanzan una mayoría en la recepción de cuidados, sino que también son ellas

las principales proveedoras de los mismos, llegando a considerarse una tarea feminizada. Sin embargo, esto no es compatible con la actual situación de la mujer en la sociedad, por causas que traerán consigo una serie de consecuencias, que se detallarán en los siguientes epígrafes, y nos harán plantearnos una redistribución en los roles, tareas y cargas del cuidado.

Introducción de la mujer al mundo laboral

La inclusión femenina en el sistema productivo supuso cambios en su papel tradicional como cuidadora familiar, sumando roles nuevos más relacionados con el ámbito laboral y comunitario. El conflicto surge cuando los roles antiguos no han desaparecido, sino que se añaden a los más recientes de manera que coexisten, por un lado, los trabajos asalariados y, por el otro, las labores de cuidado (no remuneradas). Esto es lo que llamamos la «doble carga» del cuidado (Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás, 2018), ya que, al estar considerada una labor naturalizada dentro del sistema no formal, no aporta remuneración y, por tanto, es inevitable una compaginación con ocupaciones que brinden beneficios económicos. También se considera una responsabilidad doble, en el caso de que la mujer se encargue de la educación de sus hijos/as y, a su vez, de la atención de personas dependientes, circunstancia que se suele dar en familias extensas, donde los matrimonios conviven con sus mayores. Ahora bien, convendría preguntarse por qué la doble labor permanece feminizada y qué papel desempeñan los hombres al respecto. Un estudio en Chile (González Torralbo, 2018) señala, incluso, que las mujeres son capaces de compatibilizar sus múltiples funciones gracias al apoyo y cuidado de otras mujeres. Responsabilidades para las que ellos todavía se muestran ausentes, o bien colaboran en tareas más específicas y, generalmente, de corta duración.

El aumento de las mujeres con ocupaciones profesionales está teniendo efectos además en las tasas de natalidad, que se encuentran en constante descenso. Esto sucede porque muchas buscan una estabilidad laboral, que cada vez se genera más tarde, antes de tener hijos/as (Elizalde San Miguel, 2018). Encontrándonos



Cuidados y género, una perspectiva educativa

así con índices de fertilidad que se prolongan en el tiempo, influyendo en una pirámide demográfica conformada mayoritariamente por personas mayores demandantes de cuidados.

Por otra parte, supone un gran cambio en las dinámicas familiares, pues la mujer ya no tiene la disponibilidad horaria que tenía antaño. No obstante, estamos viendo cómo en lugar de ser repartidas las tareas de forma corresponsable, es una labor cedida entre mujeres, quienes contratan personal femenino e inmigrante, antes que traspasarla a sus maridos (Casado Mejía & Ruiz Arias, 2016). Sin embargo, investigaciones como la de Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás (2018) demuestran la existencia de posibilidades reales de que un hombre fuese designado como cuidador principal, por ejemplo, cuando vive más próximo a la persona receptora de cuidados y sigue siendo la mujer la responsable de esta tarea (Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás, 2018). Podemos constatar, por tanto, que el problema más relevante de la incorporación de la mujer al mundo laboral es que no ha sido en la misma medida que la del hombre en el mundo doméstico (Aguirre & Scavino Solari, 2016).

Imposición social

La sociedad forma parte de uno de los componentes educadores principales en las etapas de socialización del ser humano. Refleja los cambios que experimenta el mundo en función del contexto y de los grupos que la conforman. Es por ello que, muchas de las percepciones individuales están claramente influenciadas por el propio planteamiento social, ya que los valores otorgados al cuidado, como puede ser el afecto o la sensibilidad, tienden a estar asociados a las mujeres. De esta forma son consideradas como mejor preparadas para esta tarea y esto les genera un deber moral implícito. Así pues, desde hace años venimos acarreado un sentimiento de obligación naturalizado para con los cuidados, convirtiéndose estos en una parte inherente del rol femenino (Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás, 2018).

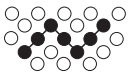
Para explicar su origen debemos remontarnos al siglo XV, durante el paso de la baja Edad Media a la Moder-

na, donde se impone un sistema de producción basado en la explotación de los/las trabajadores/as a través de una división del trabajo en géneros y clases sociales (Brunet Icart & Santamaría Velasco, 2016).

De manera que a las mujeres se les asignaban tareas más domésticas, entre las que se incluyeron los cuidados. Esta problemática se ha visto reflejada en las futuras generaciones, en las que persiste un sistema capitalista patriarcal. Por ello, son importantes las propuestas educativas que traten de eliminar este sentimiento de naturalidad que se forja principalmente en la etapa de desarrollo de la identidad (Moreno Ruíz, 2010). Sobre todo, en la adolescencia temprana, pues es en esta fase donde existe una preocupación por satisfacer las expectativas sociales, y donde las influencias del contexto educativo (familiar, social y escolar) son fundamentales. En este sentido, la educación ha reproducido valores culturales en los que la mujer se encarga de tareas que implican un mayor compromiso afectivo y que, generalmente, no proporcionan remuneración económica, mientras que los hombres estaban más presentes en el sistema financiero (Martín Gómez & Rivera Navarro, 2018).

Las consecuencias de dicha naturalización son, por un lado, el no reconocimiento de la tarea como un trabajo que requiere dedicación, tiempo y esfuerzo. El 47% de los/las mayores recibe atención de dos o tres fuentes de manera complementaria, lo cual acarrea que en muchos casos las personas sean incapaces de reconocer a su cuidador/a principal (Spijker & Zueras Castillo, 2016). Esto influye en la normalización de los cuidados, pues el percibir esas labores como algo común, provoca que exista poca valoración de las mismas y que, por tanto, no se identifique a la persona encargada de ellas. Por otro lado, hace que las mujeres sean incapaces de pedir ayuda cuando se ven desbordadas por esta labor. Están silenciadas por una imposición, construida social y culturalmente, que asumen como cotidiana.

Según las concepciones sociales actuales, los cuidados se organizan de forma poco equitativa a través de un reparto desigual. Se decide, en el seno de las familias, que la persona encargada es la mujer a través de un «falso consenso»: ellas lo adoptan de manera natural como su responsabilidad moral, con frases como “me



Alonso Bugarín, Gutiérrez Moar, Facal

tocaba”, “las mujeres siempre nos hemos encargado de eso”, “yo sé cómo ayudar mejor que un hombre”, o “era mi obligación como hija” (Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás, 2018). La decisión de cuidar tiende a ser generalmente circunstancial, no por decisión propia, y va unida el rechazo hacia el cuidado formal o residencial, porque lleva asociado un «estigma social» de ser malos hijos e hijas o cónyuge y solo se recurrirá a él cuando la situación sea grave o extrema (De Haro Honrubia, 2014).

La estructuración social de los cuidados tiene consecuencias tanto positivas como negativas. Por el lado negativo, cuando se convierte en un sacrificio o deber moral. Por el lado positivo, puede generar un sentimiento de utilidad, sobre todo en la vejez, en la que es visto más como un derecho que como una obligación. Entre tanto, dicho derecho no se lleva a la práctica como una responsabilidad compartida entre hombres y mujeres -corresponsabilidad-. Para que esto ocurra, de acuerdo con González Torralbo et al., (2019) y Comas D’Argemir (2019), se necesita una redistribución equitativa entre los agentes que intervienen en su organización actual: familia, Estado y comunidad. De manera que los cuidados de personas mayores obtengan un reconocimiento social que favorezca que los servicios públicos sociosanitarios sean recursos suficientemente válidos como para sustituir o subsidiar el apoyo familiar y que, al mismo estén adaptados a las necesidades de cada entorno -ética del cuidado- (Paniagua Fernández, 2015).

Distribución de roles

Con el paso del tiempo, se está produciendo una reasignación en los roles del cuidado, que estaban (y siguen estando) generalmente asignados a la mujer. No obstante, su disponibilidad para realizar estas funciones se ha reducido considerablemente, en gran parte debido a su entrada en el sector laboral fuera del domicilio, al incremento de los divorcios, a la diversidad de tipologías de familias, al índice de esperanza de vida, a la disminución de las tasas de fertilidad y natalidad y al aumento de hogares con dos miembros trabajando (Gómez & Martí, 2004). Son factores que nos invitan a redistribuir los roles en los entornos familiares y que el

trabajo de los cuidados esté cada vez más cerca de la colaboración e implicación de todos sus miembros de forma igualitaria.

Aun así, sabiendo que poco a poco existen más hombres cuidadores, las principales responsables continúan siendo las mujeres. Una de las causas principales en la disposición femenina al cuidado, es la “atribución de una predisposición genética” (Martín Gómez & Rivera Navarro, 2018, p. 230). Es decir, que existía y existe en algunos sectores, una creencia estereotipada de que las mujeres poseen características afectivo-emocionales innatas, como una capacidad de amor o fortaleza emocional (Observatorio de la Salud de las Mujeres, 2009) que los hombres, supuestamente, no tienen. Esto es producto de hábitos y prácticas socioculturales ancestrales -roles de género- en las que se enseñaba que las mujeres y los hombres son diferentes en determinadas cualidades -diferencias educativas y de género en variables emocionales-. Por ejemplo, ellos se crían con la premisa de que “no deben llorar” o mostrar sus emociones, de manera que aprenden a comportarse de esa forma. Eso no significa que no posean dichas características, sino que se les ha enseñado a no manifestarlas porque eran signo de debilidad. En el caso de las mujeres esta diferencia ha significado ser reconocidas como “más blanditas, lloronas y sensibles” para acuñar además ser el sexo más emocional y débil (Gartzia, et al, 2012).

Históricamente, las mujeres eran encargadas de los cuidados por una cuestión de necesidad, pues si nos remontamos a la prehistoria eran ellas las que permanecían con los/las hijos/as mientras los hombres salían a cazar para alimentar a la familia. Con el paso de tiempo y los avances sociosanitarios, la pronta recuperación femenina postparto y los cambios en la forma de supervivencia y alimentación han convertido al rol de mujer cuidadora en algo de lo que se puede prescindir en exclusividad y que, en todo caso, puede ser compartido entre ambos géneros. No obstante, se han ido reproduciendo los valores históricamente concebidos, de manera que no fue hasta la llegada de la Ley 14/1970, de 4 de agosto llamada comúnmente Ley General de Educación (LGE) de 1970 cuando la mujer empezó a in-

Cuidados y género, una perspectiva educativa

corporarse en el sistema educativo (Alberdi & Alberdi, 1984). Sin embargo, esta afiliación continuaba sin ser igualitaria. Además, las propias enseñanzas y los medios de comunicación a veces reflejaban una imagen de la mujer como ama de casa, sensible, cuidadora de sus hijos/as y de sus maridos, a la vez que fomentaban la visión del hombre protector, fuerte y trabajador. A día de hoy, a pesar de los cambios socioculturales acaecidos, seguimos arrastrando ciertos prejuicios, estereotipos y costumbres de un pasado y una educación decimonónica con restos de un control patriarcal. Por ejemplo, algunos libros de texto contienen un lenguaje poco inclusivo, imágenes estigmatizadas e incluso discursos que no favorecen la igualdad entre géneros. Todo ello, repercute en esa visión de los hombres como dados para determinadas tareas y de las mujeres para otras, a través de la llamada representación simbólica, que dicta lo que «es» y lo que «debe ser» una mujer o un hombre en la sociedad (Artal, 2009). Nos encontramos entonces con un problema socioeducativo, por lo que será difícil disminuir la carga mental de las mujeres en tales actividades si no se interviene en estos ámbitos. La asignación femenina de aptitudes para el cuidado provoca que en muchas ocasiones sean las propias mujeres quienes traspasan su labor a otras. Lo apreciamos, por ejemplo, en la aparición de cuidadoras inmigrantes y la contratación de personal femenino preferente, sustituyendo la carga del cónyuge masculino por la de una persona externa. En contraste, las mujeres manifiestan que no tienen unas pautas para saber cómo desempeñar los cuidados, sino que aprenden de la experiencia, lo cual difiere con esa idea preconcebida de que los hombres poseen unas capacidades y conocimientos inferiores para esa tarea (Aguirre & Scavino Solari, 2016).

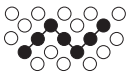
Como ya hemos comentado, en la actualidad están teniendo lugar cambios en el rol de la mujer, por un lado, por su creciente incorporación al mundo laboral y, por otra parte, debido a los movimientos migratorios de la población más joven, provocando que exista una prevalencia de varones mayores solteros. Estos son hechos que motivan a que los hombres comiencen a asumir tareas de este tipo, pero tiende a ocurrir solamente cuándo son las únicas personas disponibles para ello y no de una forma natural. Elizalde San Miguel (2018) introduce así el concepto de «neomayor-

razgo», para referirse a la convivencia entre hijos varones adultos solteros y sus progenitores mayores. En estos casos los hijos se convierten en «cuidadores sobrevenidos» pues son los únicos familiares presentes y, por lo tanto, no les queda otro remedio que asumir el rol. Esto ocurre también cuando el cuidador es el cónyuge varón, poniendo de relieve el estudio de Langner & Furstenberg (2020) que la mayoría sólo se hacen cargo de sus esposas cuando están seriamente enfermas o incapacitadas y, además, tienden a no ser los únicos encargados de esta tarea. En esta misma línea, recordando la asociación de los cuidados con el afecto, Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás (2018) mencionan la existencia de una «fragmentación afectiva del cuidado», refiriéndose a que cuando es un hombre la persona encargada, suelen desempeñar tareas que implican un compromiso afectivo menor, de poca duración y con una responsabilidad limitada, pero en cambio, si la que proporciona la ayuda es una mujer, la responsabilidad y la carga de los cuidados aumenta. No existe, por tanto, un reparto igualitario. Los hombres colaboran en momentos concretos donde pueda ser necesario ejercer más fuerza o cuando no quedan otras alternativas, generando así una falsa sensación de ayuda.

Impacto en la salud de los/las cuidadores/as

Los cuidados a personas dependientes, especialmente en el caso de los cuidados a personas mayores con demencia, traen consigo efectos a nivel físico, emocional y social. Estudios como el de Martínez Santos et al. (2021) confirman que las mujeres realizan un mayor número de tareas y que, además, presentan problemas de salud relacionados, principalmente, con la falta de autocuidados. Destacan, por lo tanto, problemas como menor tiempo libre, mal descanso, mayor cansancio y fatiga, menos relaciones sociales y actividad física, alteraciones en la vida familiar y el tiempo de ocio, nerviosismo y dolores de espalda.

Otros/as autores/as también mencionan el efecto emocional y la carga mental que supone la responsabilidad de los cuidados. Agulló Tomás et al., (2019) destacan la falta de tiempo para el autocuidado como principal efecto en la salud de las cuidadoras y, además, añaden los altos costes monetarios que acarrear. Pues para poder satisfacer las necesidades



Alonso Bugarín, Gutiérrez Moar, Facal

económicas que suponen, se requiere de tiempo y de una subsistencia proveniente del mercado laboral que imposibilita o dificulta la doble labor que vienen realizando las mujeres en este sentido. En su investigación, entrevistan a un grupo de cuidadoras de personas con demencia que se manifiestan cansadas, con sentimiento de culpabilidad por no estar haciendo la tarea de manera adecuada y que, a pesar de haber participado en planes de apoyo a cuidadoras, siguen manifestando necesidades de asistencia, tiempo de ocio y soporte a nivel psicosocial. Esto indica que los programas no están siendo suficientes y que, además, requieren de evaluaciones psicológicas y pedagógicas coordinadas que mejoren su puesta en marcha. Brandão et al. (2017) muestran la presencia de estrés psicológico en los/las hijos/as que cuidan de padres y madres centenarios/as, dándose sobre todo síntomas de ansiedad y angustia psicológica. Según relatan en el propio estudio, el 34,9% de los/as cuidadores/as obtuvieron resultados clínicamente significativos de ansiedad, el 23,3% presentaba síntomas depresivos y el 16,3% de ansiedad y depresión. Además, mencionan que la ansiedad aumenta en cuidadores/as de pacientes con Parkinson o Enfermedad de Alzheimer (EA). Referente a la angustia psicológica, la relacionan principalmente con la falta de ingresos, la baja satisfacción con sus vidas, la percepción de una mala salud -objetiva y subjetiva-, tipo de afrontamiento y/o alta carga subjetiva al incrementarse la demanda de cuidados de larga duración, añadiendo que esta es significativamente mayor en las mujeres (24,12%) que en los hombres (10%).

En cuanto a los efectos a nivel emocional, Agulló Tomás et al., (2019) consideran como factor conflictivo la posición de autoridad. Esto quiere decir que, como sabemos, en su mayoría son las hijas quienes cuidan a sus padres/madres y, cuando estos entran en una situación de dependencia, son ellas quienes se encargan de los cuidados. El problema es que para cuidar se necesitan establecer unas normas que los mayores no siempre están dispuestos/as a asumir, ya que la relación que tenían hasta el momento con sus hijas era generalmente de autoridad-sumisión y esta tiende a prolongarse también en la etapa de dependencia, generando situaciones conflictivas.

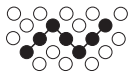
En algunos territorios son bastante comunes las familias extensas en las que los matrimonios conviven con sus mayores y sus hijos/as al mismo tiempo -familias trigeracionales-. A tal efecto, Bookman & Kimbrel (2011) siguiendo a Miller (1981) acuñaron el término «generación sándwich» para referirse metafóricamente al estrés de los/las cuidadores/as que tienen a su cargo a dos o más grupos dependientes mientras reciben pocos apoyos, ya que muchas familias de economía media no pueden acceder a los servicios formales. El problema, en este caso, es que las mujeres anteponen el cuidado de los demás al suyo propio, manteniendo múltiples roles dentro de un mismo núcleo familiar (Jiménez-Ruiz & Moya Nicolás, 2018).

Destacamos, finalmente, la doble o triple carga acumulada por la conciliación entre trabajos de la esfera pública y privada, favoreciendo el deterioro y aislamiento social.

Influencias educativas

Como se ha indicado, asociado a las influencias de la educación patriarcal que venimos acarreado, la presión familiar y la socialización en los roles de género sesgada propician el sustrato que mantiene el predominio femenino en las tareas del cuidado. Si desde el ámbito de la educación se reproducen hábitos, comportamientos, valores y relaciones que existían en la sociedad patriarcal, es debido a la carencia de una intervención pedagógica con perspectiva de género. Por lo tanto, una tarea pendiente será reducir la brecha de género en el cuidado a mayores dependientes cuando se formen a las futuras generaciones de cuidadores formales y no formales.

Ya que las personas mayores pertenecientes a otras generaciones arrastran las desigualdades de las últimas décadas, tanto en dar como para recibir cuidados, las consecuencias de la división del trabajo acarreadas desde inicios del sistema capitalista nos han mostrado una imagen de la madre como figura cuidadora por excelencia (Martínez Martín, 2016). Así lo veíamos en las escuelas, cuando una mayoría femenina era la que participaba en el sistema (profesión feminizada), pero ya la demanda de varones como profesionales de la edu-



Cuidados y género, una perspectiva educativa

cación y de la salud, centrados en el cuidado de las personas, va en aumento para llegar a lograr la paridad y la equidad en la formación inicial. Otra de las necesidades es hablar de la orientación académica y profesional para que nuestros jóvenes hagan frente a los condicionantes familiares, sociales, académicos, personales y laborales, etc. en clave de género. En este sentido es necesario admitir, que no se trata de si somos hombres o mujeres, sino de que estemos preparados o preparadas para trabajar en el sector de los cuidados (Lafede.cat, 2018). Por ello es cada vez más acuciante responder creando una ética del cuidado asumiendo la perspectiva de género y reconociendo la diversidad como un valor (Comins Mingol, 2003).

Inmersos en una transformación en temas de igualdad para acceder a los puestos de trabajo relacionados con los cuidados, la sociedad todavía se halla en las etapas iniciales del cambio.

En el contexto académico, en los servicios sociales y dentro de la propia familia es necesaria una educación basada en la corresponsabilidad. Para ello es importante que desde pequeños/as las tareas del hogar y el cuidado de los/las hijos/as y de los/las mayores sean abordados de forma cooperativa y colaborativa participando todos los miembros de la unidad familiar. Los padres varones deben estar más presentes en el desarrollo educativo de los/las menores, de manera que no solo acudan a las reuniones de los centros escolares, sino que también participen en ella desde casa, ayudándoles a estudiar, transmitiéndoles valores relacionados con la igualdad de género y siendo ellos también cuidadores primordiales. Sustituyendo así de forma progresiva la figura femenina -madres e hijas- como cuidadoras principales en exclusividad, por la de una tarea cooperativa y de ayuda mutua de la que todos/as forman parte con independencia del género.

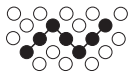
Para poder eliminar las diferencias de género entre cuidadoras, se deben realizar intervenciones a nivel social y en los centros educativos, formales y no formales, pues desde ahí se formarán a los/las cuidadores/as del futuro y para eso se necesitan modelos de enseñanza basados en el uso de un lenguaje inclusivo, la coeducación y la igualdad de género (García; Quiñones & Espigares, 2013). Las escuelas

coeducativas deben ser aquellas que van más allá de la simple inclusión de niños/as y jóvenes en un mismo espacio, ya que eso no garantiza que la enseñanza que reciban sea igualitaria. También se debe hacer especial hincapié en la forma de transmitir los contenidos, pues el currículum oculto -aprendizajes no explícitos y no conscientes-, sin control puede ser un importante transmisor del sexismo y de reproducción de prejuicios y estereotipos. Si la comunidad educativa -alumnado, familias, docentes y personal de administración y servicios- no transmite una visión crítica y no cuestiona, a su vez, la naturaleza de los comportamientos segregados por género y vinculados al cuidado no avanzaremos en la existencia de un modelo pedagógico coeducador e integral cuyos ejes son la igualdad, la libertad y la solidaridad.

A nivel político-educativo, la normativa -ley de igualdad de género, planes de igualdad, ley contra la violencia de género y el marco legal del sistema educativo- es un instrumento necesario de las políticas de igualdad, pero no suficiente ya que no existen bastantes propuestas que promuevan una enseñanza con perspectiva de género que sirva para desarrollar una pedagogía crítica a través de la cual eliminar las conductas patriarcales que han formado a los/las estudiantes a lo largo de la historia (Martínez Martín, 2016).

Por otro lado, convendría concienciar a la población acerca de una cooperación igualitaria específicamente en la tarea de cuidar, para tratar de reducir y eliminar los efectos de la carga femenina en la salud de las cuidadoras y desnaturalizar el cuidado como parte del rol femenino. Carga que no disminuirá hasta que los hombres se incorporen de forma amplia y efectiva a las tareas de cuidado de personas y del hogar, en la misma medida en la que la mujer lo ha hecho en el mundo laboral, en el que se debe seguir trabajando para conseguir la igualdad de género (Casado Mejía & Ruiz Arias, 2016).

Al mismo tiempo, el impacto en la salud de las cuidadoras repercutirá directamente en su envejecimiento saludable, pues ellas continúan con la tarea de cuidar incluso en las etapas más longevas. Por lo que, los programas de envejecimiento saludable preci-



Alonso Bugarín, Gutiérrez Moar, Facal

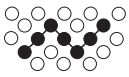
san incluir aspectos educativos en los que se traten las cuestiones de la coeducación y la feminización de los cuidados. Además, según la OMS (2015) los bajos niveles educativos repercuten en la dependencia, por lo que es importante incidir en mejorar la educación de los/las personas mayores para que puedan continuar entrenando sus capacidades de cara a mejorar su propia vida con índices aceptables de calidad y bienestar. Los medios de comunicación, la escuela y la sociedad, han conformado durante años una visión del hombre como trabajador fuerte de la esfera pública y una imagen de la mujer como frágil y sentimental, más presente en el ámbito privado (Martín Gómez & Rivera Navarro, 2018; Martínez Martín, 2016). De esta manera existe una desvalorización de las tareas más feminizadas, como son los propios cuidados. La educación, en este sentido, juega un papel clave a la hora de fomentar en su alumnado/estudiantado una perspectiva de análisis crítico en la que se valoren los trabajos domésticos y de cuidado de otros/as. Pues serán ellos/as, como componentes de esta sociedad en constante cambio, quienes transmitan esa perspectiva al mundo.

Discusión y Conclusiones

A pesar de que avanzamos hacia una sociedad con más igualdad de género, promotora del liderazgo femenino y visibilizadora de los retos que aún existen en lo que respecta la igualdad de género ante las diferencias en el acceso a determinados puestos de trabajo, no podemos olvidar que las mujeres que se vieron obligadas a ocupar mayoritariamente aquellos puestos que están más relacionados con la educación y los cuidados (brecha de género laboral) siguen existiendo. Estas tienden a formar parte de la esfera privada, careciendo de retribución económica o siendo menor que en tareas equiparables. A causa de ello, existe la presuposición de que al no pertenecer al mercado laboral es lo mismo que ser “inactivo” y que, por tanto, los cuidados no aportan “trabajo” (Aguirre & Scavino Solari, 2016). Se produce así una invisibilización de las funciones más básicas y necesarias para la supervivencia del ser humano: atención, educación y cuidados.

Según González Torralbo (2018), las mujeres tienen la “responsabilidad del cuidado”, ya sea de sus maridos, hijos/as o nietos/as. A lo largo de la investigación se ha podido apreciar que existen diversos estudios centrados en el género de las personas mayores dependientes, debido tanto a su influencia en el envejecimiento, como al hecho de que algunas mujeres mayores ejercen el rol de cuidadora. El problema con el que nos encontramos en este sentido es que, debido a la naturalización de dichos cuidados, resulta difícil conocer el tiempo exacto que sus protagonistas dedican a esta tarea y el impacto que tiene este cúmulo de responsabilidades en la vida cotidiana personal y familiar. Pues como señalamos anteriormente, el trabajo de cuidar está arraigado históricamente en la educación a lo largo de la vida de las mujeres y, por tanto, se prolonga desde las edades más tempranas hasta un avanzado envejecimiento, impactando claramente en su salud y bienestar. El efecto acumulativo de la discriminación de género en la tarea del cuidado moldea la vida de las mujeres, provocando que muchas pasen sus últimos años de vida tratando de cubrir sus necesidades básicas para alcanzar dicho bienestar. Investigaciones como la de Martínez-Santos et al., (2021) muestran que la carga mental, el cansancio, la falta de tiempo para el cuidado personal, ocio, etc. son algunos de los efectos de la acumulación de tareas en el cuidado de personas mayores dependientes.

De acuerdo con González Torralbo (2018), existen dos problemáticas a tratar, una es la menor responsabilidad masculina y la otra se refiere a la escasa presencia de servicios públicos a este respecto. Esto se debe, en gran medida, a la vigencia de cuidadoras tradicionales, ya que asumen los cuidados de manera natural y, por ello, se consideran innecesarios los servicios públicos. Además, un gran porcentaje de mayores prefieren permanecer en sus hogares antes que ingresar en centros formales, prolongando así su etapa de autonomía doméstica (Elizalde San Miguel, 2018; Martín Gómez & Rivera Navarro, 2018). Es por ello que las investigaciones muestran una preocupación a la hora de tratar de cambiar la situación social en la que los cuidados recaen, sobre todo, en las mujeres del ámbito no formal de una forma normalizada. No obstante, los estudios centrados en la mejora de dicha situación en los servicios públicos existentes, o bien en el análisis de los mismos, son esca-



Cuidados y género, una perspectiva educativa

por lo que se abre una puerta de cara a futuras investigaciones.

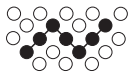
La reducida participación masculina provoca que la carga femenina aumente, puesto que las ayudas económicas familiares son tan bajas que resulta complicado que muchas puedan dedicarse exclusivamente a los cuidados. Las prestaciones no alcanzan para subsistir sin compaginar el trabajo con dicha tarea, propiciando la condición de la doble carga femenina que venimos analizando en este estudio. En esta misma línea, ofrecer servicios públicos de calidad y mejorar las prestaciones a su respecto, también es una acción pendiente para frenar la contratación de mujeres con salarios precarios y a veces sin cotización a la seguridad social por lo que entran a las estadísticas de la economía sumergida. En este sentido, destacamos la problemática de que también las contratadas sean mayoritariamente mujeres, debido a la creencia de que tenemos esas características “innatas” para ejercer el cuidado. Por otro lado, apreciamos que en los últimos años existe un incremento de participación masculina en la tarea que nos ocupa, pero ésta sigue ofreciéndose a los varones de forma secundaria o indirecta, o cuando no la última alternativa.

Con respecto a la educación y en vista del perfil de cuidadora familiar no formal con estudios medios, se considera que existe formación insuficiente o inadecuada para hacer frente a las demandas de cuidado de las personas mayores dependientes, dado que un número elevado de personas mayores presentan algún tipo de necesidad específica asociada a su situación de dependencia (IMSERSO, 2018) y hasta el 80% poseen enfermedades crónicas (Hanzelíková Pogranyivá et al., 2017). Así pues, debemos tener en cuenta que no todas las personas envejecen de la misma manera y que esto implica una educación y unos conocimientos específicos en cada caso. Sin embargo, nos estamos encontrando con la problemática de que las mujeres que poseen dicha formación emigran para buscar un futuro mejor o trabajan en centros formales y se contratan para el entorno doméstico a otras sin capacitación específica para la tarea de cuidar. Por lo que cabría potenciar las iniciativas de formación específica para cuidadores/as

que, dentro de las mismas, fomenten la inclusión e implicación masculina y creen entornos de igualdad que se trasladen al hogar. En este sentido, Cascella Carbó & García Orellán, (2020), quienes contemplan que las políticas actuales no tienen demasiado en cuenta a los/las cuidadores/as y proponen incluir servicios comunitarios a este respecto, en los que se tome en consideración la perspectiva de género.

Así mismo, se subraya la importancia de potenciar iniciativas de coeducación y corresponsabilidad en los centros educativos, planes de educación para la salud que fomenten el envejecimiento activo y saludable de las mujeres mayores que han sido y/o todavía son cuidadoras, programas de educación para personas mayores que ayuden a disminuir los efectos en su salud y propuestas que mejoren la relación familia-centro, tanto del sistema educativo como de los servicios sociales y socio-sanitarios.

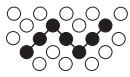
En definitiva, se hace patente la necesidad de avanzar en el cambio en los cuidados asociados al género y, para ello, debemos abordar un enfoque de derechos y responsabilidades compartidas. Se requiere de un reconocimiento social y político que haga frente a la invisibilización de las tareas de cuidado y, al mismo tiempo, propuestas educativas que refuercen la valoración de estas labores y que, además, aporten una visión igualitaria en el reparto de tareas. Por otro lado, mejorar los servicios existentes, publicitarlos o hacerlos más visibles, impulsando la participación en los mismos, tanto en su puesta en práctica como en sus fases de diseño, coordinación, gestión y evaluación, incidirá en la mejora de la situación de las cuidadoras formales y no formales. Finalmente, se subraya la necesidad de ofrecer servicios destinados no sólo a las mujeres cuidadoras, sino también a la coeducación en el reparto equitativo de tareas de cuidado.



Alonso Bugarín, Gutiérrez Moar, Facal

REFERENCIAS

1. Aguirre, R., & Scavino Solari, S. (2016). Cuidar en la vejez: Desigualdades de género en Uruguay. *Papeles Del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, 1(150), 1-41.
2. Agulló Tomás, M. S., Zorrilla Muñoz, V., & Gómez García, M. V. (2019). Aproximación socio-espacial al envejecimiento y a los programas para cuidadoras/es de mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 2(1), 211-228.
3. Alberdi, I., & Alberdi, I. (1984). Mujer y Educación un largo camino hacia la igualdad de oportunidades. *Revista de Educación*, 275, 5-18.
4. American Association of Retired Persons (AARP, 2017). *Breaking Stereotypes: Spotlight on Male Family Caregivers*. Washington D.C.: AARP. Recuperado de <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2017-01/Breaking-Stereotypes-Spotlight-on-Male-Family-Caregivers.pdf>
5. Artal, M. (2009). Construir el género. El cuestionamiento del sexismo y del androcentrismo en el sistema educativo. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 27, 5-21.
6. Bookman, A., & Kimbrel, D. (2011). Families and elder care in the twenty-first century. *Future of Children*, 21(2), 117-140.
7. Brandão, D., Ribeiro, O., Oliveira, M., & Paúl, C. (2017). Caring for a centenarian parent: An exploratory study on role strains and psychological distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 984-994. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12423>
8. Brunet Icart, I., & Santamaría Velasco, C. A. (2016). La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Culturales*, 4(1), 61-86.
9. Casado Mejía, R., & Ruiz Arias, E. (2016). Factors influencing family care by immigrant women in Spain: A qualitative study. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(3), 551-563.
10. Cascella Carbó, G. F., & García Orellán, R. (2020). Burden and gender inequalities around informal care. *Investigación y Educación en Enfermería*, 38(1), 1-14.
11. Comas d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos: El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de Antropología Social*, 49, 13-29.
12. Comins Mingol, I. (2003). Del Miedo a la Diversidad a la Ética del Cuidado: Una perspectiva de género. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 10(33), 97-122.
13. De Haro Honrubia, A. (2014). El estigma en la vejez. Una etnografía en residencias para mayores. *Intersecciones en Antropología*, 15(2), 445-459.
14. Elizalde San Miguel, B. (2018). ¿Femenino e informal? el modelo tradicional de cuidados a examen desde una perspectiva demográfica. *Prisma Social: Revista de Investigación Social*, 21, 243-262.
15. García Pérez, R.; Quiñones Delgado, C.; Espigares Pinazo, M. J. (2013). La organización escolar coeducativa. Indicadores de género y colaboración de los centros en planes de igualdad Profesorado. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 17(1), 141-160. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/567/56726350011.pdf>
16. Gartzia, L; Aritzeta, A.; Balluerka, N., & Barberá, E. (2012). Inteligencia emocional y género: Más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 28(2), 567-575.
17. Gómez, S. & Martí, C. (2004). La incorporación de la mujer al mercado laboral: Implicaciones personales, familiares y profesionales, y medidas estructurales de conciliación trabajo-familia. *IESE Research Papers D/557*, 1-51. IESE Business School.
18. González Torralbo, H. (2018). Género, cuidados y vejez: Mujeres «en el medio» del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile. *Prisma Social: Revista de Investigación Social*, 21, 194-218.
19. González Torralbo, H., Lube Guizardi, M., Ramírez, A., & Cano Cruz, C. (2019). El club como trinchera.: Una etnografía sobre cuidados comunitarios entre mujeres mayores en independencia (Chile). *Revista de Antropología Social*, 28(1), 137-166.
20. Hanzeliková Pogranyivá, A., López Muñoz, F., & Fusté Moreno, R. (2017). Perfil socio demográfico de los cuidadores de los pacientes geriátricos hospitalizados mayores de 75 años y su relación con la satisfacción. *Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 16(2), 375-388.
21. Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016). Total personas (de 18 y más años). Actividades de cuidados y tareas del hogar. Niños que asisten a centros educativos y de cuidados. Hogares con personas dependientes. Recuperado de https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259950772779&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PY_SDetalle¶m3=1259924822888
22. IMSERSO (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*. 1ª Ed. Madrid: IMSERSO. Recuperado de https://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=9
23. IMSERSO (2008a). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/11005part_socialmay.pdf



Cuidados y género, una perspectiva educativa

24. IMSERSO (2008b). Cuidadoras y cuidadores: El efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el Envejecimiento (1ª Ed.). Madrid. Recuperado de https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinop_m35.pdf
25. IMSERSO (2018). Base Estatal de datos de personas con discapacidad. Madrid: IMSERSO. Recuperado de https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/in dex.htm
26. Jiménez-Ruiz, I., & Moya Nicolás, M. (2018). La cuidadora familiar: Sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 17(1), 420-433.
27. Lafede.cat (2018). Perspectiva feminista y ética del cuidado. Guía de autodiagnóstico para organizaciones. Barcelona: Lafede.cat. Recuperado de https://lafede.cat/eticadelacura/wp-content/uploads/2019/02/SembrantCures_Guia_cast.pdf
28. Langner, L. A., & Furstenberg, F. F. (2020). Gender differences in spousal caregivers' care and housework: Fact or fiction? *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(1), 173-183. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gby087>
29. Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. Boletín Oficial del Estado (BOE), 187, de 6 de agosto de 1970, páginas 12525 a 12546. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1970-852>
30. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado (BOE), 299, de 15 de diciembre de 2006, 44142 a 44156. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
31. Martín Gómez, Á., & Rivera Navarro, J. (2018). Feminización, cuidados y generación soporte: Cambios en las estrategias de las atenciones a mayores dependientes en el medio rural. *Prisma Social: Revista de Investigación Social*, 21, 219-242.
32. Martínez Martín, I. (2016). Construcción de una pedagogía feminista para una ciudadanía transformadora y contra-hegemónica. *Foro de Educación*, 20, 129-151.
33. Martínez-Santos, A., Facal, D., Vicho de la Fuente, Noelia, Vilanova-Trillo, L., Gandoy Crego, M., & Rodríguez-González, R. (2021). Gender impact of caring on the health of caregivers of persons with dementia. *Patient Education and Counseling*, 104, 2165-2169. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.017>
34. Moreno Ruiz, D. (2010). Violencia, factores de ajuste psicosocial y clima familiar y escolar en la adolescencia (Tesis Doctoral). Sevilla: Universidad Pablo de Olavide. Facultad de Ciencias Sociales. Área de Psicología Social. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=111820&orden=0&info=link>
35. Observatorio de la Salud de las Mujeres (2009). Los hombres y los cuidados de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombres ycuidado09.pdf>
36. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf y Recuperado de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
37. Paniagua Fernández, R. (2015). La ética del cuidado y mayores: Los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida. Madrid: Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética. Recuperado de http://ciapat.org/biblioteca/pdf/1216-La_Etica_del_cuidado_y_mayores.pdf
38. Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, 25, 39p. Recuperado de <https://envejecimientoenred.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2020-indicadores-estadisticos-basicos/>
39. Ramos Toro, M. (2015). Mujeres mayores: Estudio sobre sus necesidades, contribuciones al desarrollo y participación social. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Filosofía y Letras. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=49556&orden=1&info=link>
40. Red2Red Consultores (2008). Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica. (1ª Ed.). Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Recuperado de <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/cuidadosPersonasDependientesEst102.pdf>
41. Red2Red Consultores (2009). Valoración económica de los cuidados a personas dependientes. *Revista de Servicios Sociales*, (45), 73-81.
42. Rivera Navarro, J (2001). Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional. Madrid: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.
43. Rogero García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
44. Spijker, J., & Zueras Castillo, P. (2016). El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico. *Panorama Social*, 23, 109-124.
45. Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *EMPIRIA: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53-73.

DESCUENTO
DEL 5% A

SOCIOS DE:
AEPG, AEEN
AEC y SEEGG

16ª Convocatoria

Manejo de comportamientos difíciles en la enfermedad de Alzheimer

Modalidad A Distancia

Recomendado para:

* Estudiantes y Licenciados de:

- Psicología
- Terapia Ocupacional
- Enfermería
- Medicina
- Trabajo social
- Logopedia
- Sociosanitaria
- Educación Social

* Gerocultores / as

* Personal SAD

* Cuidadores / Familiares de
Enfermos de Alzheimer

Matriculación

65 € / 40 horas

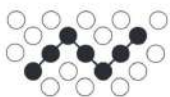
Material: Manual de trabajo,
Prueba de conocimientos y
Tarjeta de tutorización

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN

  654 59 95 19

 info@neurama.es

Organiza



neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Recomendado por



Asociación Española
de Psicogerontología



Asociación Española de
Enfermería en Neurociencias

Avalado por



Avalado por



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

Recomendado por



geriatricarea

* Se entregará certificado de capacitación