

Ámbito temático 2. Factores de riesgo en los procesos de institucionalización

Personas Mayores

Jorge Gracia Ibáñez
Universidad San Jorge (Zaragoza)

Carla Bonell Pagano
Universidad Carlos III de Madrid

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN: VULNERABILIDAD, FRAGILIDAD Y FACTORES DE INSTITUCIONALIZACIÓN	3
2.- FACTORES DE RIESGO Y DESENCADENANTES PERSONALES QUE LLEVAN A LA TOMA DE DECISIÓN DE UN ITINERARIO DE INSTITUCIONALIZACIÓN	9
2.1.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: GÉNERO Y EDAD	9
2.2.- ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO: EL CASO DE LAS PERSONAS MAYORES LGTBI	13
2.3.- FACTORES RELACIONADOS CON LA FUNCIONALIDAD Y NECESIDAD DE APOYOS: ESTADO DE SALUD Y DEPENDENCIA	16
2.4.- BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SUBJETIVO	23
3.- FACTORES DE RIESGO Y DESENCADENANTES CONTEXTUALES QUE LLEVAN A LA TOMA DE DECISIÓN DE UN ITINERARIO DE INSTITUCIONALIZACIÓN	27
3.1.- RED DE APOYO INSTITUCIONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	27
3.2.- RED DE APOYO FAMILIAR Y CUIDADOS	31
3.3.-FACTORES SOCIO-COMUNITARIOS (PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA).....	39
3.4.- FACTORES SOCIOECONÓMICOS (BIENESTAR MATERIAL Y ACCESIBILIDAD A LA VIVIENDA)	46
4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
4.1.- CONCLUSIONES	53
4.2.- RECOMENDACIONES.....	55

1.- Introducción: vulnerabilidad, fragilidad y factores de institucionalización

Para analizar los factores de riesgo y desencadenantes de institucionalización en personas mayores, debemos partir del concepto de institución manejado en esta investigación. En el presente estudio, entendemos como institución “cualquier tipo de recurso o relación de apoyo en la que las personas están aisladas de la comunidad en general y/u obligadas a convivir juntas, no tienen suficiente control sobre sus vidas y sobre las decisiones que les afectan y en los que los requisitos de la propia organización tienden a tener prioridad sobre las necesidades individualizadas de los residentes”.

Entendemos a su vez como factores desencadenantes y de riesgo, todos aquellos atributos y/o características y circunstancias – ya sean personales o contextuales – que llevan a la toma de decisión de un itinerario de institucionalización en el caso de los factores desencadenantes, o incrementan la probabilidad de que las personas se vean expuestas a ese itinerario en el supuesto de los factores de riesgo. En lo relativo a las personas mayores, al hablar de institucionalización, nos referimos preferentemente a los centros residenciales, aunque, en un sentido más amplio, se incluyan en este concepto el uso de otros recursos y dispositivos como el SAD (Servicio de Atención a Domicilio), Centros de Día y, en general, mecanismos de apoyo y asistencia con un cierto grado de formalización.

Una parte importante del debate en torno a la provisión de los cuidados de larga duración a las personas mayores se ha centrado en la dicotomía entre asistencia institucional y domiciliaria. Lo cierto es que, ante la posibilidad de elección, la mayoría de las personas mayores prefiere vivir en su propia casa, y este es el mayor argumento que legitima la permanencia en el hogar y, cuando es precisa, la provisión de cuidados en el domicilio. El entorno domiciliario es además más coste-efectivo que la atención institucional, contribuye a reducir los ingresos hospitalarios y mejora la calidad de vida de las personas mayores. Con todo, en algunos casos de mayor fragilidad, unido a otras circunstancias, la institucionalización en un centro residencial puede resultar un recurso adecuado¹. Pero puede haber otras opciones disponibles. En línea con el concepto de institucionalización que se maneja en este estudio, un apoyo institucional, que además no tiene por qué ser exclusivamente residencial, puede ser lo adecuado en determinados supuestos, atendiendo a las circunstancias.

En este sentido, la elección entre cuidados en casa y centro residencial no parece tan excluyente en el caso de las personas mayores. Existen – o, al menos, deberían existir – opciones intermedias. Se trata más bien de que, si se toma la decisión de abandonar el domicilio por un centro residencial, se haga de forma debidamente justificada y, en cualquier caso, el trato recibido en el mismo sea compatible con un modelo de atención integral centrada en la persona desde un enfoque de derechos humanos. Igualmente es fundamental que, siempre que sea posible, la decisión de trasladarse a vivir a un centro residencial sea tomada por la persona mayor. Cuestión esta última que emerge en los discursos de alguna de las personas profesionales entrevistadas en la investigación propia

¹ PINZÓN-PULIDO, Sandra, GARRIDO PEÑA, Francisco, REYES ALCÁZAR, Víctor, LIMA-RODRÍGUEZ, Joaquín Salvador, RAPOSO TRIANO, María Fernanda, MARTÍNEZ DOMENE, Manuel, ALONSO TRUJILLO, Federico, “Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía”, *Enfermería Clínica*, vol.26 (1), 2016, pp. 23-30, p. 23.

que apuntan a que la convivencia en un centro residencial también es, en ciertos supuestos, la elección de algunas de las personas mayores que allí se encuentran.

Y una persona mayor termina en una residencia porque decide terminar en una residencia, porque ha elegido en un momento de su vida que prefiere estar en una residencia que en otro sitio (EPM14-24.03 Tercer Sector).

Previamente al análisis concreto de los factores asociados a la institucionalización, necesitamos referirnos a dos conceptos estrechamente conectados: la vulnerabilidad y la fragilidad de algunas personas mayores.

Pero, a pesar de esa interrelación, hay diferentes matices entre ambos conceptos. Mientras la vulnerabilidad posee un alcance más amplio, que engloba una dimensión política y se conecta con la discriminación social, la fragilidad se configura como una dimensión más concreta, aunque relacionada también con múltiples variables, que implica un diagnóstico de la situación específica de la persona mayor y la elección de la intervención más pertinente frente a la misma. Ambas dimensiones – vulnerabilidad y fragilidad – se relacionan con los factores que pueden desembocar en el inicio de un itinerario de institucionalización.

Una de las formas posibles de definir la vulnerabilidad sería como “el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente”². En un primer momento, esta conceptualización parece remitir precisamente a la idea de fragilidad como resultado de alguna característica biológica o psicológica. Como, por ejemplo, en el caso que nos ocupa, la avanzada edad. Situarse en los más altos grupos etarios (vejez) – aunque no siempre – puede implicar la necesidad de apoyos y cuidado, que, de no ser provistos o adecuadamente implementados, generan daños y sufrimientos en mayor grado y con peores consecuencias que en otros individuos que no poseen esa característica diferencial.

Pero junto a esta dimensión meramente física o biológica, asociada en nuestro caso de análisis a la vejez y al declive de salud vivido en ciertos procesos de envejecimiento, es inevitable referirse a una dimensión socioeconómica. La posición social de la vejez es la que determina, en buena medida, su grado de vulnerabilidad. De esta manera, como ocurre también en otros supuestos, “la vulnerabilidad surge de la interacción entre una constelación de factores internos y externos que convergen en un individuo, hogar o comunidad particular en un tiempo y un espacio determinado”. Y así, “las condiciones de indefensión, fragilidad y desamparo al combinarse con la falta de respuestas y las debilidades internas pueden conducir a que el individuo, hogar o comunidad sufran un deterioro en el bienestar como consecuencia de estar expuesto a determinados tipos de riesgos”³. En esa comprensión amplia de la vulnerabilidad como mayor propensión al daño (físico, psicológico o social) ya sea cuantitativamente (grupos especialmente afectados) o cualitativamente (grupos cuyos individuos sufren especialmente las consecuencias agravadas de ciertas situaciones) es central el concepto de *riesgo*. Los grupos vulnerables son básicamente grupos “en riesgo”. Incluso, cuando ese riesgo se concreta, “en peligro” de sufrir un daño social.

² VILA, Miguel, RODRÍGUEZ Jorge, Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas, Brasilia, CEPAL (Comisión Económica para América Latina), ONU, LC/R.2086, 22 abril, 2002, p.3, disponible en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/13051> (última consulta 27 de febrero de 2023).

³ BUSSO, Gustavo, Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI, Documento presentado en el Seminario Internacional “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, 20 e 21 de junio, 2001., p. 7.

En un sentido específico, centrándonos en esa construcción social de la vulnerabilidad de las personas mayores, resulta ineludible referirse a la discriminación que les afecta como colectivo, sobre todo porque resulta poco visible. Se conoce como edadismo⁴. A causa de los estereotipos negativos que configuran la percepción de la vejez, las personas ancianas sufren discriminación por parte de la sociedad por razón de su avanzada edad. Se trata de una forma de discriminación especialmente insidiosa porque se encuentra, en muchos sentidos, naturalizada.

Hasta los años 70, la tradición teórica en el campo de la gerontología social había atribuido la causa de problemas en la vejez a la dificultad en el ajuste individual frente al envejecimiento, la jubilación o la decadencia física mientras que asumía, hasta cierto grado, como inevitables los desarrollos del Estado y de la economía que generaban desigualdad en la vejez. A partir de esa fecha varios autores, sobre todo anglosajones, abordaron el análisis de lo que identifican como construcción social de la dependencia en la vejez⁵. Se comienza a poner el foco de atención en el análisis del mercado de trabajo y de la jubilación, así como su relación con el empobrecimiento de las personas mayores⁶. Como hemos visto, cuando hablamos de vulnerabilidad recurrimos a menudo al concepto de “grupos vulnerables”. Es decir, se destaca cómo los individuos que forman parte de un grupo comparten una serie de rasgos comunes que configuran su posición vulnerable, esto es, más susceptible al daño. Pero, cuando nos referimos a grupos tan amplios y heterogéneos como es el caso de las personas mayores, la generalización parece inadecuada. Para empezar, no todas las personas mayores son frágiles, dependientes o están enfermas. Por eso mismo, tenemos que ser cuidadosos, ya que el énfasis excesivo en la vulnerabilidad puede llevar a reforzar esta posición subordinada que se pretende combatir, fomentando una visión monolítica de un colectivo que, en realidad, resulta muy diverso y, por lo tanto, tiene problemas distintos y necesidades diferentes en su seno.

Pero como decíamos más arriba, aunque es cierto que en la literatura gerontológica no es extraño encontrar un uso indiferenciado de los conceptos de vulnerabilidad y fragilidad, esta última no es el único factor determinante de la vulnerabilidad en la vejez. La exposición al daño, la naturaleza de la amenaza y la capacidad de resistencia (resiliencia) de la persona mayor son también elementos configuradores de la vulnerabilidad además de la mera fragilidad⁷. En definitiva, vulnerabilidad y fragilidad, aunque fuertemente conectadas en el caso de las personas mayores, no son exactamente

⁴ Cfr. PALMORE, Erdman, *Ageism: positive and negative*, Springer, New York, 1999; AYALON Liat, TESCH-RÖMER, Clemens, (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism*, Cham, Springer, 2018; LOSADA BALTAR, Andrés, “Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención”, Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 14, 2004, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf> (ultima consulta 27 de febrero de 2023).

⁵ Cfr. ESTES, Carroll L., *The aging enterprise*, Jossey-Bass, San Francisco, 1979; PHILLIPSON, Chris, *Capitalism and the Construction of Old Age*, McMillan, London, 1982; PHILLIPSON, Chris, *Reconstructing old age: new agendas in social theory and practice*, Sage, London, 1998; TOWSEND, Peter, “The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century”, *Ageing and Society*, 1981, nº 1, pp. 5 – 28; WALKER, Alan, “Towards a political economy of old age”, *Ageing and Society*, nº 1, 1981, pp. 73–94.

⁶ WALKER, Alan, “Towards a political economy of old age”, *Ageing and Society*, nº 1, 1981, pp. 73–94, p. 90.

⁷ SARVIMÄKI, Anneli, STENBOCK-HULT, Bettina, “The meaning of vulnerability to older persons”, *Nursing Ethics*, 2016, Vol. 23(4), pp. 372–383, p.373.

lo mismo. Frente a la vulnerabilidad, más general, la fragilidad posee una dimensión marcadamente diagnóstica. La fragilidad es, además, un elemento que ha ido ganando relevancia en la atención sanitaria y asistencial hacia las personas mayores en las últimas décadas.

De una forma simple, podría definirse la fragilidad como un concepto gerontológico que indica una mezcla de problemas en una fase inicial en el ámbito físico, cognitivo y psicosocial⁸. De manera más compleja puede conceptualizarse como un “síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos”⁹. La OMS también ha definido fragilidad, en una línea básicamente coincidente, como “el deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos”¹⁰. Implica una pérdida de recursos funcionales en varios aspectos que genera un aumento del riesgo de un empeoramiento general de la salud de la persona mayor.

Generalmente las personas mayores "en riesgo" de ingreso hospitalario recurrente son identificadas mediante una serie de instrumentos que combinan indicadores fácilmente medibles de enfermedad o discapacidad, como diagnósticos concretos (diabetes y cardiopatías), síntomas (pérdida de memoria y úlceras en las piernas) o el historial de hospitalizaciones (especialmente ingresos hospitalarios urgentes). Con todo, este enfoque se centra en personas mayores cuyo estado clínico es estable en el momento de su evaluación, cuando están en el hospital, lo que hace ineficaz cualquier otra intervención de prevención que limite por ejemplo los ingresos hospitalarios y la institucionalización¹¹.

Por eso, el concepto de fragilidad más útil trata de ir más allá, centrando la atención en un proceso sobre el que, si no se interviene, conducirá invariablemente a un resultado adverso. Se trata de “un estado dinámico, no estático, lineal ni unidireccional, con sujetos moviéndose a lo largo del *continuum robusto-prefrágil-frágil*, pudiendo además evolucionar a discapacidad y muerte”¹². Por eso mismo, debe ser evaluado en varios momentos atendiendo a los diferentes elementos que lo componen¹³.

⁸ FRIESWIJK Nynke, BUUNK Bram P., STEVERINK Nardi S., SLAETS, Joris PJ., “The effect of social comparison information on the life satisfaction of frail older persons”, *Psychology of Aging* 2004, vol. 19(1): pp. 183–190., p. 184.

⁹ CAMPBELL, A. John, BUCHNER, David M., “Unstable disability and the fluctuations of frailty”, *Age and Ageing*, 1997, vol. 26(4), pp. 315–318, p. 315

¹⁰ OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, 2015, disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf (última consulta 27 de febrero de 2023), p.66.

¹¹ DE LEPELEIRE Jan, ILIFFE Steve, MANN Eva, DEGRYSE Jean Marie, “Frailty: an emerging concept for general practice”, *British Journal of General Practice*, 2009, pp. 177-182, p. 178.

¹² ABIZANDA SOLER, Pedro, RODRÍGUEZ MAÑAS, Leocadio, “Evolución histórica del término fragilidad. Realidad Actual”, RAMOS CORDERO, P. (Coord.). *Fragilidad y Nutrición en el Anciano*, 2014, Madrid, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, pp. 15-30, p. 21

¹³ DE LEPELEIRE Jan, ILIFFE Steve, MANN Eva, DEGRYSE Jean Marie, “Frailty: an emerging concept for general practice”, cit., p. 180.

No obstante, como adelantábamos, desde una visión crítica, algunos autores¹⁴ plantean que el modelo teórico dominante sobre la fragilidad de las personas mayores sigue dependiendo en exceso de consideraciones orgánicas, centradas en la enfermedad, sin aproximarse a una concepción más holística de la salud como bienestar biopsicosocial, tal y como la define la OMS¹⁵. Por ello, apuntan a la necesidad de un enfoque teórico alternativo que incorpore los siguientes conceptos clave que, a menudo, faltan en los modelos y definiciones que más se manejan: primero, que el grado de fragilidad depende del contexto y, por lo tanto, se ve afectado en gran medida por las percepciones subjetivas de los individuos; que la fragilidad es multidimensional y es el resultado de una compleja interacción de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en el grado de la misma; que la fragilidad no está necesariamente relacionada con la edad y, por lo tanto, no debe servir para reforzar una visión negativa y estereotipada del envejecimiento; y, finalmente, que esa fragilidad puede derivarse tanto en el individuo como de las condiciones del entorno. Precisamente, esa necesidad de partir de una visión compleja y holística de la fragilidad encuentra eco en algunos de los discursos de los informantes de la investigación cualitativa desarrollada. Por ejemplo, en este fragmento en el que se comentan las necesidades percibidas, conectadas con la idea de fragilidad, en personas mayores que ingresan en centros residenciales, llamando la atención sobre la importancia no solo de su dimensión sanitaria sino, especialmente, social:

Yo creo que lo que varía es el porcentaje concreto de necesidades puntuales en cada caso, es decir, podemos parcelar deterioro, fragilidad, soledad, riesgo de caídas, sarcopenia, desnutrición... Podemos parcelar digamos todos estos aspectos de una persona pero no creo que haya demasiadas diferencias, quizás el COVID cambió un poco en este sentido, pero no creo que personas de más de 80- 85 años que acumulan bastantes patologías que no han acabado con su vida, sino que son resistentes patologías, yo creo que las diferencias están en la parte social más que en la parte sanitaria (EPM6-13.03-Tercer Sector).

En resumen, podemos concluir que esa fragilidad es posible que lleve a la institucionalización y que ese entendimiento más complejo de la misma la aproxima al concepto de vulnerabilidad multidimensional del que hablábamos al principio de esta introducción. Al fin y al cabo, podemos afirmar que las personas somos la suma de condición (rasgos y características personales), situación (oportunidades y barreras sociales) y posición (colocación y participación social). Por eso mismo, la vulnerabilidad no puede entenderse si no se interrelacionan esos tres ámbitos que se reconducen a la dimensión personal y contextual; dos dimensiones que se requieren mutuamente para una comprensión integral y multidimensional de la persona. Por eso, en este ámbito, una vez hechas estas consideraciones previas sobre los matices conceptuales entre vulnerabilidad y fragilidad, vamos a ocuparnos sobre esos factores desencadenantes y de riesgo de itinerarios de institucionalización en esa doble dimensión apuntada: personal y contextual.

Lo cierto es que muchos de los factores de institucionalización identificados en la literatura gerontológica se superponen y se confunden con factores de fragilidad.

¹⁴ MARKLE-REID Maureen, BROWNE, Gina, “Conceptualizations of frailty in relation to older adults”, *Journal of Advanced Nursing*, 2003, vol. 44(1), pp. 58–68, p. 65.

¹⁵ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. OMS, Constitución de la OMS 1946, Documentos básicos, 2014, p.7, disponible en <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> (última consulta 28 de marzo de 2023).

Siguiendo en el contexto español, en un estudio andaluz, tras una revisión de la literatura más relevantes se identifican como principales factores predictores de institucionalización: ser hombre, tener una edad avanzada, un bajo nivel educativo, las deficientes condiciones de la vivienda, ingresos familiares insuficientes, vivir solo, la pérdida del cónyuge, la ausencia de personas cuidadoras disponibles, el deterioro cognitivo, los trastornos mentales, excluidos los síntomas depresivos, las enfermedades neurológicas y el accidente cerebrovascular (ACV), un alto nivel de dependencia respecto a las actividades básicas de la vida diaria, la hospitalización, y la escasa implicación en actividades sociales¹⁶.

En concreto, centrándonos en la institucionalización que implica el traslado de la persona fuera de su domicilio de forma permanente, los factores que se asocian al uso de centros residenciales por parte de las personas mayores suelen agruparse en los estudios disponibles en tres categorías: demográficos, relacionados con la salud física y mental y de tipo social¹⁷. No obstante, también es necesario abordar las diferencias con otras vías alternativas de institucionalización que no implican el abandono del domicilio de la persona mayor (Servicio de Atención a Domicilio-SAD, Centros de Día, Centros de Noche, etc.) e incluso con elementos equiparables en algún sentido a la institucionalización (regulación de horarios, disminución de la capacidad de elegir planes de vida) que implican ciertas formas más intensas de cuidado familiar.

En todo caso, la atención residencial (sea del tipo que sea) tiene una característica fundamental y fácil de entender: atención garantizada 24 horas, 365 días al año. Así pues, y aunque los familiares puedan seguir teniendo un papel, la atención residencial ofrece una sustitución completa del cuidado familiar. La necesidad de un centro residencial puede ser simplemente temporal y, en consecuencia, no todas las estancias son permanentes. A este respecto resulta muy interesante, y todavía válida, la tipología de residentes que propuso Pilar Rodríguez en 2007¹⁸ que muestra no solo la variedad de la provisión de cuidados en un contexto residencial, sino también, para lo que nos interesa resaltar ahora, la diferente duración de la estancia atendiendo a las circunstancias o los factores presentes en cada supuesto. Finalmente, la autora recoge el caso de las personas con dependencia leve pero importantes problemas sociales (sin familia u otros allegados, malas condiciones de vivienda, aislamiento, sin recursos) para los que la estancia es indefinida. Esta tipología descriptiva revela dos cuestiones importantes. En primer lugar, que los centros residenciales no tienen por qué ser un recurso definitivo o poco flexible dado la variedad de necesidades que cubren. Esta realidad del uso de las residencias en casos puntuales emerge en la investigación propia en el discurso de alguna de las personas profesionales contactadas que, no obstante, añaden el matiz de que, a veces, esas estancias temporales acaban prolongándose e incluso convirtiéndose en definitivas:

¹⁶ PINZÓN-PULIDO, Sandra, GARRIDO PEÑA, Francisco, REYES ALCÁZAR, Víctor, LIMA-RODRÍGUEZ, Joaquín Salvador, RAPOSO TRIANO, María Fernanda, MARTÍNEZ DOMENE, Manuel, ALONSO TRUJILLO, Federico, “Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía”, cit., p. 25.

¹⁷ DOSIL DÍAZ, Carlos, IGLESIAS SOUTO Patricia María, TABOADA ARES, Eva M^a, DOSIL MACEIRA, Agustín, REAL DEUS, José Eulogio, “Perfil de las personas mayores usuarias de las residencias de asistidos”, *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, n^o1-vol.5, 2014, p. 292.

¹⁸ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*, 2007 Madrid, Editorial Panamericana, p.66.

(...) y luego estamos comentado otras veces ¿qué pasa, que las personas ingresan para algo puntual (...) y en vez de volver a revalorar la situación una vez ha pasado pues el tiempo estimado, no? Ya, pues como están en la residencia pues ya está continúan, no se ve esa capacidad de volver atrás, no se valora si realmente es reversible ese proceso (EPM13-15.03- Tercer Sector).

En segundo lugar, revela también la interacción de los diferentes factores de riesgo y desencadenantes de institucionalización que iremos analizando con más detalle en este estudio.

La nitidez conceptual de los centros residenciales como recursos para una atención completa y permanente no se traslada, por ejemplo, a los SAD. Su idoneidad en cualquier situación, la calidad (percibida o real) del servicio, depende de varios factores: de la *intensidad* del mismo, ciertamente, pero también de su *flexibilidad* y de su *complementariedad* con otros dispositivos¹⁹. En esta misma línea, en la investigación cualitativa realizada, alguno de los informantes pertenecientes al tercer sector advierte de la necesidad de flexibilizar los dispositivos y servicios complementarios disponibles para no caer en la institucionalización en centros residenciales por ser el único recurso percibido como una solución eficaz:

Y luego pues flexibilizar también eh ciertos recursos. Por ejemplo, básico, en términos de horario. Si yo tengo un servicio a domicilio que solo es por la mañana, ¿yo qué hago por las tardes? O si yo necesito ayuda para la noche para la cena o para acostarme y no hay nada, al final tengo que caer en un sitio donde tenga esa atención 24 horas, aunque sea a costa de dejar otro tipo de cosas (EPM7-14.03-Tercer Sector).

2.- Factores de riesgo y desencadenantes personales que llevan a la toma de decisión de un itinerario de institucionalización

2.1.- Factores sociodemográficos: género y edad

El género y la edad constituyen la primera dimensión de factores de riesgo y desencadenantes de institucionalización que podemos denominar como demográficos. En concreto, y de forma general, serían factores de riesgo para la institucionalización: la edad avanzada (más de 80 años) y el ser mujer. Son características personales asociadas frecuentemente con otras, como el declinar del estado de salud relacionado con algunos procesos de envejecimiento y las consecuentes necesidades de apoyo y cuidado. De hecho, si tomamos como aproximación el perfil de todas las personas beneficiarias de prestación de dependencia en España, observamos que, a fecha de 31 de diciembre de 2022, casi dos tercios son mujeres (63,8%) y un tercio son hombres (36,2%). No todas ellas son personas mayores, pero sí una gran parte: el 72,7% de las personas dependientes reconocidas tiene más de 65 años y las mayores de 80 suponen el 53,4% del total²⁰. Estas

¹⁹ DAVEY, Vanessa, “Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia”, 2021, Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 28, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-situacion-sad.pdf> (última consulta 29 de junio de 2023), pp. 1-18, p.13.

²⁰ RAMÍREZ-NAVARRO JM, REVILLA CASTRO A, FUENTES JIMÉNEZ M, SANZ YAGÜEZ D, CAVERO CANO G., *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Ed. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España, Málaga, 2023, p. 3.

características sociodemográficas de las personas residentes también son apuntadas por algunas de las personas profesionales informantes en la investigación cualitativa realizada:

(...) *si que hay un denominador común y es que vemos mucho que las personas van a las residencias en sus etapas finales de vida y también pasa mucho que van muchas mujeres porque cuidan, pero luego ellas... pero sobre todo eso personas muy mayores (EPM31-24.05-Privado).*

Lamentablemente, “no existe una estadística fiable sobre población institucionalizada en residencias de mayores, un servicio social, a la vez que una forma de convivencia diferenciada de las viviendas familiares, cuyos datos de hogares, tipos y personas se conocen bien”²¹. La información resulta dispersa, incompleta y fragmentaria por lo que sólo son posibles aproximaciones al perfil de las personas mayores institucionalizadas. Esta situación se puso especialmente de manifiesto a raíz de la pandemia de COVID-19 que “ha destapado la escasa y dispersa información y el desconocimiento general sobre la vida en residencias, muy cercano a un descuido general, social, político y sanitario, que ha dañado innecesariamente la imagen y el buen hacer de la mayoría de estas instituciones y del personal que en ellas trabaja”²².

No obstante, como ya veíamos en el ámbito 1, analizando las informaciones disponibles acerca del perfil de las personas residentes en alojamientos para personas mayores, el 71% son mujeres teniendo el 80% más de 80 años²³. Aquí se pone en evidencia cómo la mayor esperanza de vida de las mujeres²⁴ constituye un factor de riesgo de institucionalización para las mismas. Con todo, en determinadas situaciones, el hecho de ser hombre puede resultar igualmente un factor de riesgo desencadenante para el inicio de un itinerario de incapacitación, especialmente cuando se asocia a la soledad y a la viudez. Por ejemplo, un estudio finlandés de 2008 descubrió que aquellos hombres mayores que vivían solos y aquellos que vivían con otras personas tenían un 70% y un

²¹ ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, Pilar, FERNÁNDEZ MORALES, Isabel, RAMIRO FARIÑAS, Diego, PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio, *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*, 2020, disponible en <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/> (última consulta 22 de junio de 2023).

²² ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, Pilar, FERNÁNDEZ MORALES, Isabel, RAMIRO FARIÑAS, Diego, PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio, *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*, 2020, disponible en <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/> (última consulta 22 de junio de 2023).

²³ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, GONZALO GIMÉNEZ, Elena, “COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España”, *Gaceta sanitaria*, nº 36 (3), 2021, disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.09.005> (última consulta 30 de junio de 2023), pp. 270-273.

²⁴ En 2022 la esperanza de vida en España más allá de los 65 años se situaba en 18,35 años adicionales para hombres y 22,31 años para las mujeres, siendo uno de los mayores tanto Europa como en el mundo. *Fuente: Human Mortality Database (HMD). Tabla de esperanza de vida (1908-1974); Instituto Nacional de Estadística (INE). Tablas de mortalidad (1975-2020). Consulta en febrero de 2022.* PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNÁNDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, “Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos”, *Informes Envejecimiento en red*, 2022, nº 29, pp. 1-40, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf> (última consulta 11 de mayo de 2023), p. 16.

56% mayor de riesgo de ser institucionalizados que los que viven con sus esposas²⁵. La literatura sugiere como explicación que, en primer lugar, las esposas suelen proveer directamente cuidado personal a sus maridos y ayudan en la búsqueda y solicitud de servicios de base comunitaria que pueden retrasar la institucionalización²⁶. En segundo lugar, que mantener una pareja tiene efectos beneficiosos en la salud mental y psicológica al proveer apoyo social²⁷ y ayuda a mantener y reforzar hábitos de vida saludable lo que afecta indirectamente a la necesidad de institucionalización en las edades avanzadas²⁸. En tercer lugar, que vivir con una pareja puede estar asociado a mejores condiciones económicas y habitacionales²⁹. Este factor desencadenante estaría relacionado, por lo tanto, no solo con la viudez sino también con el estado de salud y el bienestar material. Pero, en cualquier caso, la mayor esperanza de vida de las mujeres supone un factor de riesgo para la institucionalización de las mismas y, en consecuencia, el mayor porcentaje de personas mayores en centros residenciales y también usuarias de otros servicios de apoyo para personas mayores, como analizaremos con más detalle a continuación, son mujeres. Porque viven más y porque la edad avanzada es otro factor de riesgo relevante de institucionalización. No obstante, algunas de las informaciones recogidas de profesionales del sector en la investigación propia parecen reforzar esta diferencia entre hombres y mujeres a la hora del inicio de procesos de institucionalización más tempranos en el caso de los varones:

Normalmente continúa prevaleciendo el hecho de que cuando es el marido o el hombre el que es dependiente, pues continúa prevaleciendo el hecho de que la cuidadora sea la mujer y que además hasta una fase mucho más avanzada no pide ayuda o no se le reconoce esa necesidad de ayuda o de sobrecarga. Eso continúa prevaleciendo. Quiero decir, que cuando atendemos a un hombre normalmente ya está en una fase avanzada o media. Cuando atendemos a una mujer, normalmente, es una fase más inicial de la enfermedad y de la dependencia. Y eso es, bueno, por desgracia yo creo que cuesta, que va cambiando, pero prevalece hoy en día en la tipología de los servicios (EPM33-14.06-Privada).

Por otro lado, respecto a la edad, en los últimos años se ha producido un proceso de envejecimiento de la población en residencias. Así lo manifiesta una aproximación al perfil demográfico de las personas mayores en residencias (figura 1), que aun aplicando

²⁵ NIHTILA, Elina, MARTIKAINEN, Pekka, “Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: The role of socioeconomic factors and health characteristics”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008, n°36, pp. 35–43, p. 40.

²⁶ Cfr. FREEDMAN Vicki A., “Family structure and the risk of nursing home admission”, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1996, 51: S, pp. 61.69.

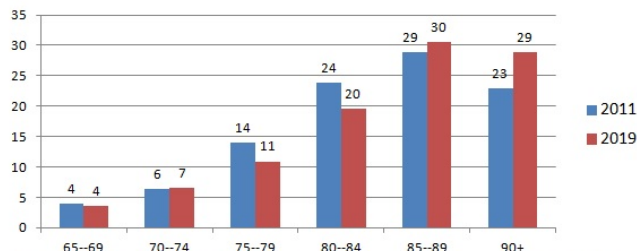
²⁷ Cfr. ROSS CE, “Reconceptualizing marital status as a continuum of social attachment”, *J Marriage Fam*, 1995, n° 57, pp. 129–40.

²⁸ Cfr. JOUNG IM, STRONKS K, VAN DE MHEEN H, MACKENBACH JP, “Health behaviours explain part of the differences in self-reported health associated with partner/marital status”, *The Netherlands Journal of Epidemiology Community Health*, 1995 n° 49, pp. 482–488.

²⁹ NIHTILA, Elina, MARTIKAINEN, Pekka, “Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: The role of socioeconomic factors and health characteristics”, cit., p. 41.

el patrón de *residencialidad* de 2011³⁰, muestra como el peso de los grupos de más edad era en 2019 mayor que en ese año de referencia. De esta forma, en el periodo de análisis, “ha habido un desplazamiento del peso porcentual hacia los grupos de edad más avanzada (envejecimiento de los ya viejos). La población de 80 y más años supone el 79% de toda la población que vive en residencias, cuya edad media en conjunto ha pasado de 85 a 86 años entre esas dos fechas”.

Figura 1: Distribución de las personas que viven en residencias de mayores, por grupos de edad. España 2011-2019



Fuente: Censos de población y viviendas 2011. INE. Población residente en establecimientos colectivos. Consulta mayo 2013. Envejecimiento en Red. El total de cada año suma 100. Disponible en <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>

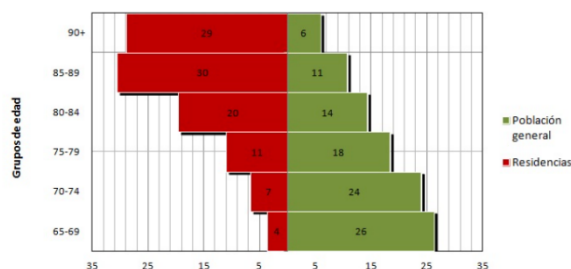
La estructura por edad de la población en residencias en relación con la de la población general (figura 2) se muestra casi simétricamente inversa a la de la población mayor que vive en viviendas familiares. Esta estructura sobre envejecida hace que, probablemente, las personas mayores residentes “sean más frágiles y con más limitaciones para las actividades de la vida diaria, con problemas de movilidad y otras discapacidades y patologías crónicas”³¹. Lo cual, dada la asociación de la edad avanzada con el grado de dependencia, la necesidad de cuidados, fragilidad, alta prevalencia de enfermedades crónicas y polimedicación, lleva a algunos autores a considerar que “todo ello justificaría la calificación de estos centros como sociosanitarios”³².

³⁰ Es importante entender la metodología empleada para realizar este cálculo. Según explican sus autores, “tomamos la estructura por edades de la población mayor (65+ años) viviendo en residencias en 2011, y calculamos para cada grupo de edad quinquenal su proporción respecto a la población total de personas en ese grupo de edad en España; obtenemos un patrón de *residencialidad* de 2011. Aplicamos ese patrón a la población de 2019; de este modo obtenemos una estimación de población mayor viviendo en residencias en 2019, suponiendo que se mantiene la tendencia a vivir en residencias de 2011”. ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, Pilar, FERNÁNDEZ MORALES, Isabel, RAMIRO FARIÑAS, Diego, PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio, 2020, cit., p.

³¹ ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, Pilar, FERNÁNDEZ MORALES, Isabel, RAMIRO FARIÑAS, Diego, PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio, *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*, cit.

³² REGATO PAJARES, Pilar, VILLACAÑAS NOVILLO, Emilia, LÓPEZ HIGUERA, María Jesús, ACOSTA BENITO, Miguel Ángel, “Atención Primaria y personas mayores en las residencias: propuestas de mejora tras la experiencia durante la pandemia”, cit. p. 25.

Figura 2: Población (%) y población general por edad que vive en residencia en España.



Fuente: INE, cifras de población 2019, (población general). Envejecimiento en Red. Estimación de personas en residencias. Cada lado de la pirámide suma 100. Disponible en: <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>

En la misma línea, otros servicios como los SAD (Servicios de Atención a Domicilio)³³ muestran una estructura sociodemográfica de sus usuarios similar a los centros residenciales e igualmente caracterizada por la feminización y el sobre envejecimiento de las personas usuarias. En 2021, las personas mayores de 65 años usuarias eran mujeres en un 71,9% y hombres en un 28,1 %. Si nos fijamos en la franja específica de los mayores de 80 años, que suponen un 68,5% del total de personas usuarias, estas eran también mayoritariamente mujeres 72,6% frente a un 27,4% de hombres³⁴.

2.2.- Orientación sexual e identidad de género: el caso de las personas mayores LGTBI

Además del género, es preciso tener en cuenta como factores personales, aunque con obvias implicaciones sociales y contextuales, la orientación y la identidad de género. En este sentido, a la hora de inicio de procesos de institucionalización, las personas LGTBI parten de una situación con algunos elementos comunes, pero otros diferentes del resto de personas mayores. Por ello analizamos la pertenencia al colectivo LGTBI no tanto como un factor de riesgo o desencadenante de la institucionalización, sino como una posible barrera a la hora de ingresar en una residencia o de procurar servicios de apoyo necesarios para las personas mayores. Partimos para analizar esta cuestión de la constatación de que la imagen social de las personas LGTBI casi nunca las relaciona con la vejez. Por ello, la mera existencia de una persona mayor gay, lesbiana o transexual parece difícil de aceptar socialmente. Estamos ante una población silenciada y, en gran

³³ “Constituido por el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas mayores con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas acreditadas para esta función”. MINISTERIO DE SERVICIOS SOCIALES Y AGENDA 2030, IMSERSO, Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España. Informe 31/12/2021, 2022, disponible en https://imserso.es/documents/20123/2794117/inf_sspmmesp2021.pdf/8f175b2f-016d-17e2-bbb1-ea46141ea095 (última consulta 29 de junio de 2023), p.11.

³⁴ Hay que indicar que no se disponen de datos de Bizkaia desde 2018. MINISTERIO DE SERVICIOS SOCIALES Y AGENDA 2030, IMSERSO, *Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España*, cit. p.12.

medida, olvidada por la sociedad, tanto por los poderes públicos como por la práctica y la teoría gerontológica dominante³⁵.

En el caso de las personas mayores LGTBI, la discriminación social tiene un doble origen, ya que proviene tanto de la edad avanzada como de la diversidad afectivo-sexual. Por eso mismo, la posición social y las necesidades de las personas mayores LGTBI deben ser analizadas desde una perspectiva interseccional, dados los ejes de subordinación que se entrecruzan y que sitúan a este colectivo en una situación de especial vulnerabilidad. A la discriminación que sufren las personas mayores, hay que añadir la que afecta a las personas pertenecientes a una minoría sexual, que pone en cuestión el pleno disfrute de sus derechos. Las necesidades de las personas mayores LGTBI son básicamente las mismas que las del resto de personas mayores, pero tienen también algunas necesidades específicas.

Tradicionalmente, el debate sobre las minorías sexuales se ha centrado únicamente en la sexualidad. Pero este énfasis ha tenido el efecto secundario de hacer que cualquier otro tema de discusión parezca casi fuera de lugar. La idea errónea pero generalizada de que las personas mayores son seres asexuados tampoco ayuda a visibilizar socialmente a este colectivo: más bien parece sugerir que, a medida que envejecen, las personas dejan de ser lesbianas, gais o transexuales para convertirse en entes sin sexo³⁶. En ese contexto social, las personas mayores LGTBI son doblemente invisibilizados porque el imaginario social niega, por un lado, la sexualidad en la vejez y, por otro, la identidad sexual no heteronormativa³⁷. Una manifestación bastante generalizada de esta compleja discriminación es la atribución de una falsa homogeneidad al colectivo de personas mayores: ni todas las personas mayores son iguales, ni son necesariamente asexuales, ni son siempre heterosexuales. No obstante, como venimos diciendo, la experiencia del envejecimiento de las personas LGTBI es similar en muchos aspectos a la experiencia de las personas heterosexuales, y solo difiere en ciertos elementos, aunque relevantes. Entre ellos la vida familiar y afectiva en un sentido amplio (que va más allá de las parejas sexuales) y la cuestión específica de los cuidados.

En relación con el primer aspecto, cabe señalar que una parte importante de la literatura, sobre todo anglosajona, sugiere que la pertenencia a un grupo socialmente estigmatizado puede haber dotado a estas personas mayores de una especial competencia para afrontar las crisis y los cambios³⁸. Además, una mayor flexibilidad en la asunción de los roles de género en comparación con la mayoría de los heterosexuales podría facilitar la asunción de los cambios que conlleva la edad, como la pérdida de la pareja. Desde esta perspectiva, las personas mayores LGTBI tendrían un mayor sentido de la resiliencia y la independencia. Por un lado, esto facilitaría que gais y lesbianas compartieran una red de relaciones más sólida que los heterosexuales entre amigos, amantes y compañeros y no

³⁵ Cfr. GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, “A diversidade oculta: o caso das pessoas idosas LGTBI”, GRACIA J., LEÃO, A. NETO L. (ed.), *Vulnerabilidade e direitos: género e diversidade*, 2021, Oporto, Universidade do Porto-CIJE, disponible en <https://cij.up.pt/pt/e-books-e-special-issues/vulnerabilidade-e-direitos-genero-e-diversidade/> (última consulta 22 de febrero de 2023), pp. 5- 24.

³⁶ Cfr. COOK - DANIELS, Loree, “Lesbian, Gay male, Bisexual and Transgendered elders: elder abuse and Neglect Issues”, *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Vol. 9 (2), 1998, pp. 35 – 49.

³⁷ DI SERI, Sandra, GONZALEZ, Florencia, MARTÍNEZ, Macarena, “Doblemente encerrados: el closet en el asilo”, *GEHITU*, nº93, 2015, pp. 10-11, p. 11.

³⁸ BROTMAN, Shari, RYAN, Bill, CORMIER, Robert, “The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada”, *The Gerontologist*, Vol. 43(2), 2003, pp. 192-202, p.200.

tuvieran la expectativa de ser cuidados por sus familiares a medida que envejecen. Además, habrían aprendido la importancia de la independencia personal a la hora de planificar su envejecimiento³⁹. Así, "el deseo de vivir una vida plena, a pesar de los prejuicios y las adversidades, ha llevado a muchas personas LGTBI a crear una rica matriz de lazos de parentesco legales, biológicos y ficticios. De hecho, algunos lazos familiares de las personas mayores LGTBI son en realidad con sus amigos"⁴⁰. Esta mezcla de lazos de parentescos biológicos y elegidos sería uno de los rasgos distintivos en el envejecimiento LGTBI. Lo que puede resultar un factor de prevención de la institucionalización. Pero es preciso, desde el punto de vista de la diversidad afectivo-sexual, que esta compleja realidad de *familias de elección* sea debidamente respetada y reconocida. Siendo este reconocimiento una de las necesidades detectadas en la vejez LGTBI.

Y esa realidad se relaciona con el segundo aspecto: la necesidad de cuidados. Las personas mayores LGTBI van a depender en buena medida para recibir esos cuidados cuando precisen de ellos de esas *familias de elección* y, cuando no estén disponibles o sean rechazados, de los cuidados formales proporcionados tanto por el Estado como por el mercado.

Como muestran algunas evaluaciones⁴¹, al menos en España, los servicios dedicados a los cuidados de larga duración de las personas mayores están en general mal preparados para estos retos de integración. La necesidad de institucionalización, acceso a residencias u otros dispositivos de atención geriátrica en algunos procesos de envejecimiento es especialmente compleja para las personas mayores LGTBI que, en general, muestran poca confianza en que, si revelan su condición, serán adecuadamente tratadas y respetadas en su forma de vida. En un contexto en el que, en el mejor de los casos, se desconoce su mera existencia y, en el peor, los prejuicios están presentes entre los profesionales u otros residentes, es fácil sentir la presión de volver al armario en la vejez para protegerse y recibir la atención y los cuidados necesarios.

En España encontramos algunos trabajos de investigación muy interesantes sobre políticas y preferencias de atención, así como sobre la naturaleza y el alcance del miedo al que pueden enfrentarse las personas mayores LGTBI cuando necesitan atención formal. Es el caso de un estudio cualitativo realizado a partir de una muestra de residentes y personal de cinco residencias de la tercera edad de Cataluña⁴², en el que se preguntaba a los residentes sobre la homosexualidad en estos entornos institucionalizados, y en el que se encontraron grandes diferencias entre la reacción de los profesionales y la de los usuarios. Mientras que el personal y los profesionales refieren que la situación les

³⁹ MORROW, DF., "Older Gay and Lesbians: Surviving a Generation of Hate and Violence", *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, vol. 13, nº 1/2, 2001, pp. 151-169.

⁴⁰ ALLEN, Katherine, ROBERTO, Karen. "Family relationships on Older LGTB Adults", HARLEY, Debra, TEASTER, Pamela, (eds.), *Handbook of LGBT Elders. An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies*, New York, Springer, 2016, pp. 43- 64, p.57.

⁴¹ Cfr. VILLAR, Feliciano, TRIADÓ Carme, CELDRÁN, Montse, FABÁ Josep, *Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*, Barcelona, IMSERSO, Universitat de Barcelona, 2017, disponible en <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/villaretalsexualidadresidencias.pdf>, (última consulta 22 de febrero de 2023).

⁴² En concreto la muestra estaba formada por 47 usuarios de 5 instituciones residenciales diferentes que participaron en el estudio mediante entrevistas semiestructuradas (27 mujeres y 20 hombres). VILLAR, Feliciano, TRIADÓ Carme, CELDRÁN, Montse, FABÁ Josep, *Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*, cit., pp. 143 y ss.

parecería normal y que la aceptarían sin dificultad, la gran mayoría de los usuarios refieren reacciones negativas, que van desde la incomodidad o el desagrado ante la situación hasta el rechazo más abierto. Los profesionales, por su parte, también informan de algunas reacciones más específicas ante la situación, como ofrecer algún tipo de ayuda o apoyo al residente, comentar la situación con el equipo o actuar en caso de detectar que la relación no es de mutuo acuerdo. De este modo, los investigadores concluyen que "no estar dispuesto a desvelar la propia orientación sexual se puede traducir en verse obligado a hacer una serie de sobreesfuerzos para comportarse hetero-normativamente, que entre muchas otras cosas implicaría renunciar a llevar una vida coherente con los propios deseos y necesidades".

De hecho, incluso suponiendo, en el mejor de los mundos posibles, que sólo enfermeras, médicos y personal sensibles y educados traten con personas mayores en residencias y otros centros, las personas mayores que han sufrido discriminación en el pasado pueden temer con cierto fundamento que esto vuelva a ocurrir en el futuro⁴³. Por lo tanto, los usuarios de servicios LGTBI pueden tener fundados recelos de acceder a estos servicios en mayor medida que los residentes heterosexuales, debido al temor a ser victimizados o ridiculizados de nuevo o a perder su tan preciada independencia⁴⁴. O asumir que, si necesitan ingresar en una residencia, deberán *volver al armario* para protegerse.

2.3.- Factores relacionados con la funcionalidad y necesidad de apoyos: Estado de salud y dependencia

El Estado de salud constituye un relevante predictor de institucionalización. Las personas mayores institucionalizadas suelen ser personas con un mal estado de salud. Tanto la dependencia para la realización de actividades de la vida diaria (ABVD), como la presencia de deterioro cognitivo incrementan significativamente el riesgo de ingreso⁴⁵. Muchas de las enfermedades que afectan a las personas mayores tienen, además, un carácter crónico o de larga duración (ver tabla 1).

⁴³ JACKSON Nick C., JOHNSON Michael J., ROBERTS Roe, "The potential impact of discrimination fears of older gays, lesbians, bisexuals and transgender individuals living in small- to moderate-sized cities on long-term health care", *Journal of Homosexuality*, vol 54, 2008, pp. 325-339, p.329.

⁴⁴ COOK - DANIELS, Loree, "Lesbian, Gay male, Bisexual and Transgendered elders: elder abuse and Neglect Issues", cit., p. 46.

⁴⁵ DOSIL DÍAZ, Carlos, IGLESIAS SOUTO Patricia María, TABOADA ARES, Eva M^a, DOSIL MACEIRA, Agustín, REAL DEUS, José Eulogio, "Perfil de las personas mayores usuarias de las residencias de asistidos", cit. p. 292.

Tabla 1: Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (porcentaje)

	Tensión alta	Angina de pecho, enfermedad coronaria	Artrosis (excluyendo artritis)	Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Diabetes	Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina	Colesterol alto	Cataratas	Depresión	Problemas de riñón
Ambos sexos										
De 65 a 74 años	44,60	1,41	31,69	5,15	18,63	5,57	33,67	10,77	8,49	3,74
De 75 a 84 años	55,24	2,42	44,91	7,24	23,98	12,36	34,99	17,89	10,45	5,32
De 85 y más años	59,23	3,12	56,17	8,41	21,72	23,32	34,08	18,32	11,74	7,57
Hombres										
De 65 a 74 años	47,01	1,90	19,67	5,49	22,78	4,35	33,67	8,94	4,38	4,29
De 75 a 84 años	54,55	2,45	31,44	8,73	25,37	9,69	34,24	14,44	4,82	6,12
De 85 y más años	51,37	3,05	35,19	9,30	23,13	15,89	31,36	17,37	7,45	6,23
Mujeres										
De 65 a 74 años	42,58	0,99	41,78	4,87	15,15	6,59	33,67	12,30	11,95	3,27
De 75 a 84 años	55,82	2,40	56,25	5,98	22,81	14,61	35,63	20,80	15,20	4,65
De 85 y más años	63,45	3,16	67,38	7,93	20,95	27,29	35,54	18,83	14,04	8,30

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud de 2020. Consulta en mayo de 2023.

La frecuencia más desigual por sexo para las enfermedades crónicas o de larga duración se produce en la artrosis y la depresión, que están más presentes en las mujeres de edad intermedia (55-64) y en las mayores (65 y más); la bronquitis crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) predominan en los hombres. El 20,9% de las personas mayores de 65 años tiene diabetes (23,7% en el caso de hombres y 18,7% en el de las mujeres). La diabetes se acentúa en la madurez y en la vejez, como se puede apreciar en la tabla 1, pero en general los hombres tienen prevalencias más altas que las mujeres en todas las edades⁴⁶.

Como hemos analizado al hablar del género como factor sociodemográfico, este también se relaciona con el estado de salud, ya que hay diferencias entre el tipo de enfermedades que se padecen. En general se mide el porcentaje de tiempo que se vive en buena salud a partir de los 65 años, el contraste entre hombres y mujeres es patente: para los varones el 62,7% del tiempo restante por vivir lo es en buenas condiciones, mientras que se reduce al 51,5% en el caso de las mujeres⁴⁷.

La complejidad de las personas con enfermedades crónicas, desde el punto de vista de los propios protagonistas, “tiene que ver con la pérdida de funcionalidad y la espiral de contactos con los servicios de salud, fragmentados y descoordinados, donde pacientes y familiares no saben qué hacer y se sienten desbordados por el laberinto de personas, entornos e intervenciones, a los que hay que añadir la presencia de determinantes

⁴⁶ PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNANDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, “Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos”, cit. p. 18.

⁴⁷ Fuente: Eurostat. Encuesta de Condiciones de Vida (EU-SILC; hlth_hlye). Consulta en febrero de 2022. PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNANDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, “Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos”, cit., p. 17.

socioeconómicos, que multiplican esta percepción de complejidad”⁴⁸. Esa vivencia, por lo tanto, es algo que está muy presente en la vida de muchas personas mayores y que puede conducir las hacia un itinerario de institucionalización. Como explica una de las informantes en la investigación realizada, sirviéndose como ejemplo de un caso concreto, a veces, frente a esa pérdida de salud la única solución que se contempla como accesible es el ingreso residencial.

(...) hoy su movilidad es muy reducida tiene problemas respiratorios problemas de asma y demás claro cada vez tiene más dificultades para poder vivir sola en su casa entonces ella que alternativa ve no ve que haya otro recurso que no sea una residencia. Aunque no es lo que ella le gustaría, no es lo que ella necesitaría, pero ¡solo ves esa opción! (EPM5- 09.03 Tercer Sector).

También, en la misma línea y desde su experiencia concreta, otra de las personas informantes indica la existencia de dos perfiles diferenciados: por un lado, el de las personas mayores necesitadas de apoyo por un deterioro grande de salud asociado en muchas ocasiones a enfermedades crónicas para las que la institucionalización se llega a contemplar como la única salida viable; por otro lado, aquellas personas mayores que pueden seguir en casa y en las que se debe incidir en la prevención para prolongar esa situación o en servicios de apoyo flexibles que no impliquen la salida del domicilio, en la línea de la filosofía de envejecer en casa.

(...) hay por ejemplo uno de los perfiles que son unas situaciones pues que ahí ha estado la persona ingresada dos veces en un año, que tome no sé cuánta medicación... y a veces dices jolín [sic], es que... ¿qué puedes hacer ya con esta persona? Y hemos descartado a una persona que haya cumplido ahora 65 años y está fenomenal, vaya, pero puedes trabajar con ella, si es que también es un poquito... que desde la prevención pues podemos sacar muchas más cosas. Y entiendo que también ese trabajo tiene que ir un poco orientado a eso, a prepararnos antes de y dejar de reaccionar (EPM7-14.03-Tercer Sector).

En un estudio relativamente reciente en España⁴⁹ en el que se analizaban mediante 16 indicadores el estado de salud de los usuarios de 111 centros residenciales de mayor en 15 Comunidades autónomas, se concluía que el 76% de las personas que ingresan por primera vez en los centros residenciales analizados tiene tres o más diagnósticos médicos activos. Presentan, por lo tanto, pluripatología. El 54,5% padece malnutrición o está en riesgo de padecerla al ingreso. Un 18% de las personas ingresan con úlceras por presión (más de la mitad procedentes de centros hospitalarios) y hasta un 58% está en riesgo de padecerlas al ingreso. El 27% de los nuevos ingresos obtiene una puntuación en la *escala de Barthel* (valoración de la capacidad individual para realizar las actividades de la vida diaria) inferior a 20 puntos, por lo que se trata de personas totalmente dependientes. Este porcentaje asciende al 45% si incluimos a las personas con dependencia grave en esta escala. En relación con la *escala Minimental* (valoración del estado cognitivo), el 63% de

⁴⁸ MORALES-ASENCIO, José Miguel, “Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres”, *Enfermería clínica*, 2014, vol. 24 (1), p. 24.

⁴⁹ FUNDACIÓN EDAD&VIDA, Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales, 2015, Madrid: senda editorial, disponible en <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/sociosanitario/perfil-sanitario-de-personas-ingresadas-en-centros-residenciales-edad-y-vida.pdf>, (última consulta 10 de mayo de 2023), p.12

las personas que ingresan tienen sus funciones cognitivas alteradas, con una puntuación igual o inferior 23 puntos.

Los diagnósticos principales son los relacionados con el Alzheimer, los trastornos mentales y otras demencias, así como las enfermedades hipertensivas y relacionadas con el aparato cardiocirculatorio. De hecho, varios de los informantes refieren procesos concretos de institucionalización que se relacionan directamente con enfermedades como el Alzheimer u otras formas de demencia,

Tenemos dos casos, bueno uno de ellos tiene la solicitud desde Dependencia para acudir a una residencia; es un caso que es una mujer con un Alzheimer muy muy avanzado, y... la familia pues no sabe cómo seguir abordando la situación, porque es verdad que con ese Alzheimer tan avanzado es una persona muy dependiente, necesita 24 horas de atención, y se ha solicitado (EPM7-14.03-Tercer Sector).

Luego es verdad que también entran otros factores como sufrimiento psíquico, demencias... que hacen que sea más difícil la permanencia en las casas, en sus viviendas, en sus hogares, y... creo que es un factor clave a la hora de decidir una persona ir o, por mala suerte, que una persona decida por otra que tiene que ir a un centro residencial (EPM7-14.03-Tercer Sector).

Las alteraciones del estado de salud, que implican un empeoramiento de la misma, estando asociadas a determinados procesos de envejecimiento, sobre todo las relacionadas con las demencias, serían, por lo tanto, un relevante predictor de los procesos de institucionalización en las personas mayores, especialmente del ingreso en centros residenciales. Varios de las personas profesionales entrevistadas plantean que, en esos casos, la decisión del ingreso en un centro residencial se encuentra muy mediada por la sobrecarga familiar en el cuidado:

Las personas que tienen algún proceso de deterioro cognitivo, en este caso lo que les empuja es la sobrecarga familiar, es decir, la sobrecarga de cuidar una persona con demencia durante 24 horas 365 días normalmente focalizado en una sola persona, es insoportable (EPM12-17.03-Autonómico).

Además, alguno de los informantes apunta que, en los últimos años, el deterioro de la salud como factor desencadenante del ingreso en centros residenciales se ha hecho más evidente, quedando los centros residenciales para las personas mayores con grandes necesidades de apoyo:

Pues mira, yo he notado diferencia, por ejemplo, hace 20 años, a lo mejor hace 20 años. Te digo los años porque ya pasan los años que ya no sé si han pasado 20 o 25. Pero antes personas como más autónomas y más independientes decidían ir a las residencias y ahora el perfil que va a las residencias son personas con mayor grado de dependencia y mayor grado de necesidad o mayor grado de vulnerabilidad, que precisan más atención. Sobre todo, en el ámbito rural eran muy común personas perfectamente, como tú y como yo, que decidían ir a una residencia o bien porque se había quedado viudo o viuda o algo así. Dices, bueno, pues quiero una residencia, tengo todos los servicios, tengo la atención, pero luego sigo haciendo mi vida como he hecho siempre, de me voy a casa de mi prima no sé qué, me voy al campo, me voy al mercadillo... vida autónoma completamente, pero en una casa, que es una residencia, donde tienes cubierta toda la atención. Y eso ya ha ido con los años, yo veo que ha ido cambiando y que ahora a las residencias van personas con mayor necesidad de atención (EPM3_24.02_Tercer Sector).

Aunque no todos los mayores son dependientes, la dependencia está presente en la vida de muchos de ellos. La dependencia constituye un riesgo presente en la vida humana

en todas sus etapas. Las personas pueden necesitar en cualquier momento de sus vidas cuidados a causa de una discapacidad, una enfermedad crónica o un traumatismo que limite su capacidad para realizar sus propios cuidados o las actividades personales básicas de la vida diaria (ABVD). O, en el caso que nos ocupa, por el deterioro de la salud asociado a ciertos procesos de envejecimiento.

La dependencia y su gestión van mucho más allá de constituirse simplemente como una cuestión de salud pública. Como advierte María Ángeles Durán⁵⁰, el modelo de respuesta a las necesidades generadas por la dependencia en la población en general, pero especialmente en las personas mayores, viene determinado por la estimación potencial de la oferta de cuidados, que no es una categoría demográfica sino social y política. Este modelo dependerá de la respuesta colectiva que se ofrezca a los siguientes problemas: ¿Quién tiene el derecho/obligación de cuidar a quién? ¿Sobre qué base jurídica, moral o social? ¿Hasta qué límite? ¿Con qué contrapartida? ¿Qué mecanismos sociales y jurídicos interactúan para garantizar /recompensar/castigar la violación de estos derechos y obligaciones? Las implicaciones sociales e incluso económicas de la gestión de la dependencia por parte de las administraciones públicas constituyen un importante reto para las sociedades actuales cada vez más envejecidas que debe contemplarse en términos de derechos.

En la sociedad actual este debate se centra especialmente en quién y cómo es responsable del cuidado de determinados colectivos, entre ellos el de las personas mayores dependientes. Y, más concretamente, sobre si debe ser la sociedad en su conjunto la que asuma esta tarea o si los individuos y familias afectados deben ocuparse personalmente de ella. La respuesta a esta pregunta tiene importantes consecuencias para el desarrollo de las políticas sociales y familiares. Desde un enfoque de derechos, el cuidado puede definirse como un derecho subjetivo, más aún, como una expectativa que la persona se ha formado sobre la actuación del Estado, los poderes fácticos y el resto de las personas. En este sentido, la obligación del Estado, ante la demanda de cuidados, sería la de garantizar el acceso a los servicios sociales adecuados a todas las personas en situación de dependencia, ya sea temporal o permanente. Estaríamos ante un derecho estrechamente relacionado con la solidaridad y, especialmente en su vertiente familiar, también conectado con la idea de afectividad. Sin embargo, como señala Nuria Belloso, este vínculo entre cuidados-afectividad-solidaridad puede ser perverso en el sentido de que pone toda la responsabilidad del lado de las familias. Por lo tanto, el significado de solidaridad en este contexto debería ir mucho más allá de la solidaridad intergeneracional dentro de las familias para alcanzar una dimensión social global. De este modo, el derecho no puede basarse en un vínculo afectivo al que no reconoce ningún efecto, aunque la paradoja en este caso radica en que el cuidado se basa socialmente también en esta idea de afecto. De esta forma, considerar el cuidado como un derecho implica no sólo obligaciones negativas para el Estado (por ejemplo, no impedir el acceso de las personas mayores al sistema de salud), sino también obligaciones positivas, como proporcionar los medios para cuidar (en los contextos familiar e institucional)⁵¹. Además, es necesario garantizar que estos cuidados se

⁵⁰ Cfr. DURÁN, María Ángeles, “Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60, 2006, pp.57-73, disponible en http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Est04.pdf (última consulta 29 de junio de 2023).

⁵¹ BELLOSO MARTÍN Nuria, “La proyección del cuidado y la afectividad en el principio de solidaridad (familiar). Una propuesta del cuidado como derecho social” en DA SILVA PEREIRA, T., GUILHERME

presten en igualdad de condiciones a hombres y mujeres, ya que tradicionalmente el cuidado ha sido asignado a las mujeres en la sociedad, generando graves desigualdades. De este modo, "la comprensión de la ciudadanía puede enriquecerse con una ética del cuidado, pero debe garantizarse con una ética de los derechos"⁵².

En el caso español, la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (en adelante LAPAD) reguló de forma sistemática e integrada los principales aspectos relacionados con la atención a las personas en situación de dependencia. La Ley 39/2006 reconoce el derecho a la autonomía personal y a la atención de las personas en situación de dependencia. Según la Ley se trata de un derecho de titularidad universal, que garantiza un conjunto de prestaciones y servicios. Está compuesto, además de por el derecho a disfrutar de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, por un haz de prestaciones económicas (vinculadas a un servicio, a cuidados familiares o a la asistencia personal) y de servicios (vinculadas a la prevención de las situaciones de dependencia, a la teleasistencia, a la ayuda a domicilio, a los Centros de Día y de Noche, y a la atención residencial). Como vemos, muchos de esos servicios asociados implican diferentes grados de institucionalización.

La LAPAD plantea como objetivo principal reconocer un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal, subjetivo y perfecto: el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (artículo 1 LAPAD). Este sistema se va a configurar como "una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados" (artículo 6 LAPAD). De esta forma, algunos especialistas⁵³ consideraron, en el momento de su aprobación, que la finalidad última de la ley era, fundamentalmente, la de amortiguar la dura tarea del cuidado diario de una persona dependiente. Muchas de ellas, aunque no solo, personas mayores.

Todo ello está integrado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y vinculado al grado de dependencia en el que se encuentre el sujeto titular del derecho, lo que exige la existencia de una resolución de la Administración en la que se determinen los servicios o prestaciones que corresponden a la persona⁵⁴. En este apartado, al estar analizando la necesidad de apoyo como uno de los factores personales predictores de un itinerario de institucionalización en las personas mayores, nos centraremos en esa valoración y reconocimiento del grado de dependencia. Retomaremos la cuestión de la gestión del cuidado y la dependencia en el siguiente apartado al hablar de la situación de la red de cuidados familiares como un factor contextual para la institucionalización.

Volviendo al sistema de acceso al SAAD este se compone de dos grandes fases (valoración y personalización), que comprenden tres procesos (valoración y

DE OLIVEIRA, G. MATHIAS COLTRO, A. (org.), *Cuidado e Afetividade*, 1.a ed., São Paulo, Atlas, 2017, p. 435.

⁵² BELLOSO MARTÍN, Nuria, "La proyección del cuidado y la afectividad en el principio de solidaridad (familiar). Una propuesta del cuidado como derecho social", cit., p. 435.

⁵³ LÓPEZ PELÁEZ, Antonio, PONCE DE LEÓN ROMERO, Laura, "Atención social a la dependencia: un nuevo derecho de los ciudadanos mayores" en LASARTE ÁLVAREZ, Carlos, *La protección de las personas mayores*. Madrid: Tecnos, 2007, p. 125.

⁵⁴ DE ASIS, Rafael, "Las situaciones de dependencia desde un enfoque de derechos humanos" en RAMIRO AVILÉS, MA., CUENCA GÓMEZ, P. (eds.), *Los derechos humanos, la utopía de los excluidos*, Madrid, Dykinson, 2010, p. 166.

reconocimiento de la dependencia, evaluación de la capacidad económica y asignación de prestaciones o servicios en el plan individualizado de atención o PIA), siendo un modelo equivalente a la generalidad de los modelos de Cuidados de Larga Duración (CLD) en Europa⁵⁵. Tras el proceso de evaluación, basado en un baremo que evalúa las ABVD⁵⁶, es posible reconocer tres grados diferentes de dependencia (art.26 LAPAD): *Grado I de dependencia moderada, Grado II de dependencia severa, Grado III de gran dependencia*. Según los datos del sistema de información acerca del funcionamiento del SAAD (SISAAD) de diciembre de 2022⁵⁷, a nivel nacional, el 27,81% (414.661) de las personas con derecho a prestación se encuentran en situación de gran dependencia (Grado III), el 37,60% en situación severa (Grado II) y, por último, el 34,58% (515.590) en situación de dependencia moderada (Grado I)⁵⁸. Es cierto que no todas estas personas son mayores, pero, como señalábamos más arriba, no hay que perder de vista que en la fecha

⁵⁵ MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y AGENDA 2030., RODRÍGUEZ CABRERO, G., MARBÁN GALLEGO, V. (Coord.), Informe de Evaluación del Sistema de Promoción y Atención a las Personas en situación de Dependencia (SAAD). Informe ejecutivo, Ministerio. 2022, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/resumen-ejecutivo-estudio-evaluacion-saad.pdf> (última consulta 30 de junio de 2023), p. 9.

⁵⁶ Aunque no sea necesario detallar aquí el peso de cada elemento del baremos en el resultado final ya que puede encontrarse en el Anexo 1 del *Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, sí que merece la pena recordar cuales son las dimensiones y las ABVD concretas que se consideran para la evaluación del grado de dependencia en el SAAD. Son las siguientes: *comer y beber* (reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos, cortar o partir la comida en trozos, usar cubiertos para llevar la comida a la boca, acercarse el recipiente de bebida a la boca); *higiene personal relacionada con la micción y defecación* (acudir a un lugar adecuado, manipular la ropa, adoptar o abandonar la postura adecuada, limpiarse); *lavarse* (abrir y cerrar grifos, lavarse las manos, acceder a la bañera, ducha o similar, lavarse la parte inferior del cuerpo y la parte superior del cuerpo); *realizar otros cuidados corporales* (peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo y los dientes); *vestirse* (reconocer y alcanzar la ropa y el calzado, calzarse, abrocharse botones o similar, vestirse las prendas de la parte inferior y superior del cuerpo); *mantenimiento de la salud* (solicitar asistencia terapéutica, aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas, evitar situaciones de riesgo dentro y fuera del domicilio, pedir ayuda ante una urgencia); *cambiar y mantener la posición del cuerpo* (cambiar de tumbado a sentado en la cama, permanecer sentado, cambiar de sentado en una silla a estar de pie, permanecer de pie, cambiar de estar de pie a sentado en una silla, transferir el propio cuerpo mientras se está sentado, transferir el propio cuerpo mientras se está acostado, cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado); *desplazarse dentro del hogar* (realizar desplazamientos para vestirse, para comer, para lavarse no vinculados al autocuidado, entre estancias no comunes, y para acceder a todas las estancias comunes del hogar); *desplazarse fuera del hogar* (acceder al exterior, realizar desplazamientos alrededor del edificio, cercanos en entornos conocidos, en entornos desconocidos, lejanos en entornos conocidos, lejanos en entornos desconocidos); *realizar tareas domésticas* (preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar de la vivienda, lavar y cuidar la ropa. Finalmente, sólo en los casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales, se considera la *toma de decisiones* (decidir sobre la alimentación cotidiana, dirigir los hábitos de higiene personal, planificar los desplazamientos fuera del hogar, decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas, decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas, gestionar el dinero del presupuesto cotidiano, disponer su tiempo y sus actividades cotidianas, resolver el uso de servicios a disposición del público).

⁵⁷ SISAAD, IMSERSO, *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2022*, disponible en https://imserso.es/documents/20123/1646914/estsisaad_semestral20221231.pdf/75b32843-5f86-3042-8c94-f5d92e542b0b (última consulta 29 de junio de 2023).

⁵⁸ RAMÍREZ-NAVARRO JM, REVILLA CASTRO A, FUENTES JIMÉNEZ M, SANZ YAGÜEZ D, CAVERO CANO G., XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, cit. p.26.

de referencia más de dos tercios del total (72,7%) tienen más de 65 años y más de la mitad (53,4%) superan los 80 años⁵⁹.

Realizado en el proceso de reconocimiento de la situación de dependencia del solicitante, el PIA (Programa Individual de Atención) determina las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la ley. Y precisamente articular dispositivos que eviten que la carga del cuidado recaiga total y necesariamente sobre los familiares, o aquellos otros dispositivos, previstos en la norma, que favorezcan la adquisición de habilidades para el cuidado (art.36 LAPAD) son los que pueden evitar además situaciones de negligencia o maltrato en general cuando éstas se encuentran relacionadas con la sobrecarga del cuidador.

2.4.- Bienestar psicológico y subjetivo

Si hablamos de salud en un sentido holístico hay que tener en cuenta no solo las dimensiones físicas sino también psicológicas, lo cual se conecta con el concepto de bienestar. Por esa razón, el concepto de envejecimiento satisfactorio ha ido evolucionando desde un entendimiento centrado apenas en cuestiones físicas hasta un modelo más integrador en el que “la calidad de vida se convierte en una de las prioridades del desarrollo de las personas mayores y que se define incluyendo la baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, el alto funcionamiento cognitivo y funcionalidad física y el compromiso activo con la vida”⁶⁰. Es, por lo tanto, un concepto multidimensional que depende de factores personales, del entorno y de su interacción, y que integra componentes tanto objetivos como subjetivos. Esos factores subjetivos “implican la opinión y los valores de la persona y hacen referencia a aspectos emocionales o evaluativos que nacen de la apreciación personal, lo que influye positivamente en las intervenciones objetivas”⁶¹.

La literatura científica psicológica ha mantenido dos líneas de trabajo acerca del bienestar, la centrada en el *bienestar psicológico* y la que se ocupa del *bienestar subjetivo*. El *bienestar subjetivo* engloba términos como felicidad, moral o satisfacción vital y puede ser definido como “un constructo compuesto por un componente emocional o afectivo y otro de carácter cognitivo, estando el primero relacionado con los sentimientos de placer y displeacer que experimenta la persona (felicidad) y el segundo referido al juicio que merece a la persona su trayectoria evolutiva (satisfacción)”⁶². Mientras que se describe el *bienestar psicológico* como “un esfuerzo por perfeccionarse y conseguir la realización del propio potencial”. De esta forma, “su desarrollo está altamente relacionado con tener

⁵⁹ RAMÍREZ-NAVARRO JM, REVILLA CASTRO A, FUENTES JIMÉNEZ M, SANZ YAGÜEZ D, CAVERO CANO G., XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, cit. p. 3.

⁶⁰ MELÉNDEZ MORAL, Juan Carlos, NAVARRO-PARDO, Esperanza, SALES GALAN, Alicia, MAYORDOMO RODRIGUEZ, Teresa, “Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento”, *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 2012, 15 (4), pp. 671-680, p. 672.

⁶¹ MELÉNDEZ MORAL, Juan Carlos, NAVARRO-PARDO, Esperanza, SALES GALAN, Alicia, MAYORDOMO RODRIGUEZ, Teresa, “Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento”, cit., p. 672.

⁶² MELÉNDEZ MORAL, Juan Carlos, NAVARRO-PARDO, Esperanza, SALES GALAN, Alicia, MAYORDOMO RODRIGUEZ, Teresa, “Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento”, cit., p. 672.

un propósito en la vida, con que la vida adquiera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo por superarlos y conseguir metas valiosas”. Entre ambos conceptos existe un cierto solapamiento “en las dimensiones de autoaceptación y dominio del ambiente, a la par que el bienestar psicológico mantiene dimensiones que son exclusivas, como propósito en la vida y crecimiento personal”⁶³.

Un estudio realizado en Valencia en 2012 que analizaba el efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y el bienestar en el envejecimiento comparando una muestra de dos grupos independientes de personas mayores institucionalizadas (N= 242) y no institucionalizadas (N=607), mostró que, en lo referido al bienestar psicológico, las mayores diferencias se producían en la dimensión de *propósito en la vida*⁶⁴. Lo cual se interpretó como coherente con la dificultad para establecer nuevas metas que probablemente se produce tras la institucionalización. Además, en ese mismo estudio se observó una mayor dificultad en el grupo de las personas mayores institucionalizadas para el desarrollo y mantenimiento de relaciones positivas, dominio ambiente y autoaceptación. Por ello se llegó a la conclusión de que “la institucionalización de los ancianos tiene claras repercusiones de carácter negativo tanto sobre la calidad de vida y realización de actividades básicas de la vida diaria como sobre las diferentes dimensiones del bienestar psicológico, constituyendo por tanto la institucionalización una importante variable moderadora para tener en cuenta en la optimización del envejecimiento”⁶⁵.

Es necesario entender que la dimensión psicológica “está altamente vinculada con el dominio de la salud, tanto en aspectos objetivos como subjetivos, pero también existe evidencia del efecto protector que el bienestar puede generar sobre la salud”⁶⁶. En ese sentido, un buen bienestar psicológico podría actuar como un factor de prevención de la institucionalización.

No hay que olvidar que la depresión en los mayores supone un problema importante de salud, ya que se puede considerar como la enfermedad psiquiátrica más frecuente en ancianos en países desarrollados, y se asocia al sufrimiento y al incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud⁶⁷. Así lo revelan “los diferentes

⁶³ MELÉNDEZ MORAL, Juan Carlos, NAVARRO-PARDO, Esperanza, SALES GALAN, Alicia, MAYORDOMO RODRIGUEZ, Teresa, “Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento”, cit., p. 672.

⁶⁴ MELÉNDEZ MORAL, Juan Carlos, NAVARRO-PARDO, Esperanza, SALES GALAN, Alicia, MAYORDOMO RODRIGUEZ, Teresa, “Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento”, cit., p. 678.

⁶⁵ MELÉNDEZ MORAL, Juan Carlos, NAVARRO-PARDO, Esperanza, SALES GALAN, Alicia, MAYORDOMO RODRIGUEZ, Teresa, “Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento”, cit., p. 678.

⁶⁶ MELÉNDEZ MORAL, Juan Carlos, NAVARRO-PARDO, Esperanza, SALES GALAN, Alicia, MAYORDOMO RODRIGUEZ, Teresa, “Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento”, cit., p. 672.

⁶⁷ “El concepto de depresión, recoge la presencia de síntomas afectivos, cognitivos, volitivos y somáticos que afectan sobre todo a la esfera afectiva. La forma en que se presentan cuadros depresivos en la población mayor puede ser variable: en forma de enfermedad recurrente que proviene de edades previas a la vejez, bien como una depresión de aparición reciente, en forma de trastorno del estado de ánimo secundario a una condición médica general, o como síntomas relacionados con el humor secundarios al uso de medicaciones. Al igual que en otros grupos de edad, la depresión proviene probablemente de una compleja interacción multidireccional de factores biológicos, psicológicos (incluyendo la personalidad) y sociales”. MOLÉS JULIO, María Pilar, ESTEVE CLAVERO, Aurora, LUCAS MIRALLES, María Vicente, FOLCH

estudios epidemiológicos sobre prevalencia de la depresión en población anciana, cuyas tasas oscilan entre el 5% y el 20% en la población comunitaria, cifras que pueden duplicarse o triplicarse entre la población anciana institucionalizada”⁶⁸. La depresión “conlleva una compleja problemática que se acompaña de baja autoestima, insomnio, problemas de memoria y otros síntomas de mala salud.”⁶⁹.

Además, es necesario tener en cuenta que los trastornos depresivos en centros residenciales para personas mayores están infradiagnosticados e infratratados, con la consiguiente disminución de la calidad de vida que ello supone⁷⁰ y que las personas mayores institucionalizadas - como veremos con más detalle en el siguiente apartado - suelen tener bajos niveles de apoyo social y familiar y, como hemos analizado más arriba, presentan una alta prevalencia de otras comorbilidades, lo que probablemente agrave los síntomas depresivos preexistentes en el momento de la institucionalización. En esta línea podemos encontrar estudios que han considerado la depresión como un factor predictivo del deterioro cognitivo en personas mayores⁷¹.

Otro elemento para tener en cuenta en relación con el bienestar psicológico es la soledad no deseada. Entendiendo esa soledad “como un fenómeno con características esenciales: multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, que resulta de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con impacto sobre la salud física y psicológica de la persona”⁷². Ciertamente, la soledad no es una enfermedad, pero condiciona riesgos para la salud de las personas, sobre todo en grupos vulnerables. Además, “está asociada igualmente a un aumento de casi un tercio en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares a partir de la hipertensión; puede reducir la eficacia del sistema inmunológico y tener menos capacidad para afrontar enfermedades comunes; aumenta el declive motor, potencia la reducción de la actividad física y la capacidad funcional; incluso se ha asociado al aumento del 30% del riesgo de muerte prematura”⁷³.

En el caso de las personas mayores, la situación de soledad suele derivar de la viudez y estar unida a la falta de familia. Y, aunque es cierto que, como hemos visto en su definición, se trata de un factor contextual o social que retomaremos por lo tanto más adelante al analizar esas dimensiones, lo mencionamos en este momento por su relación con el impacto en el bienestar de la persona mayor que sufre debido a esa soledad no

AYORA, Ana, “Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana”, *Revista Electrónica trimestral de Enfermería*, 2019, nº 55, pp. 58-70, p. 58.

⁶⁸ CAMACHO-CONDE, José Antonio, GALÁN-LÓPEZ, José Manuel., “Depression and Cognitive Impairment in Institutionalized Older Adults”, *Dementia and Cognitive Geriatric Disorders*, 2020, nº 49, pp. 107-119, p. 109.

⁶⁹ MARKEZ ALONSO, Iñaki, “Miradas y abordajes de la soledad desde la salud mental” en ARARTEKO, *La soledad no buscada. Modelos de políticas públicas y compromiso de la ciudadanía*, 2020, Vitoria, Colección Jornadas sobre derechos humanos, pp. 55-66, p.59.

⁷⁰ CAMACHO-CONDE, José Antonio, GALÁN-LÓPEZ, José Manuel, “Depression and Cognitive Impairment in Institutionalized Older Adults”, cit., p. 109.

⁷¹ ZUNZUNEGUI, M., BELAND, F., GORNEMANN, I., DEL SER, T., “La depresión como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1999, vol.34 (3), pp. 125–134; PATERNITI, Sarbina, VERDIER-TAILLEFER, Marie Helene, DUFOUIL, Carole, ALPEROVITCH, Aannick, “Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people. Longitudinal study”, *British Journal of Psychiatry*, 2002 Nov, vol.5 (181), pp. 406–410; EZZATI, Ili, KATZ, Mindy J., DERBY, Carol A., ZIMMERMAN, Molly E., LIPTON, Richard B., “Depressive symptoms predict incident dementia in a community sample of older adults: results from the Einstein Aging Study”, *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 2019; vol.2 (32), pp. 97–103.

⁷² MARKEZ ALONSO, Iñaki, “Miradas y abordajes de la soledad desde la salud mental”, cit. p.58.

⁷³ MARKEZ ALONSO, Iñaki, “Miradas y abordajes de la soledad desde la salud mental”, cit. p.58-59.

deseada. De nuevo el deterioro del estado de salud, tanto físico como mental, al que contribuye esa soledad puede implicar un aumento del riesgo de institucionalización cuando se unen otros factores sociales y contextuales que se retroalimentan.

La soledad no deseada en personas mayores, como decíamos, está unida a otros factores demográficos como el estado civil, siendo la viudedad uno de sus detonantes. En 2020, en España, el 60,8% de las personas mayores estaban casadas (76,1% de los hombres, 49% de las mujeres) y el 27,4%, viudas (11,7% y 38,4% respectivamente). Entre la población de 65 años y más, el porcentaje de hombres casados predomina hasta los 92 años, donde los viudos comienzan a ser mayoría, según las estadísticas de defunciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2020. En cambio, en mujeres, la viudez predomina sobre el resto de los estados civiles a partir de los 75 años. En consecuencia, los hombres tienen más probabilidad de morir como casados y las mujeres como viudas. El porcentaje de hombres casados al momento de fallecer supera ampliamente al de las mujeres: 58,7% frente a 21,45%⁷⁴.

En la investigación cualitativa propia aparece descrita una situación relevante relacionada con la conyugalidad y la soledad que podemos describir como el *acompañamiento* de los cónyuges al centro residencial. De esta forma, personas que, en otras circunstancias, no ingresarían en una residencia lo hacen para acompañar al cónyuge al iniciar este es proceso de institucionalización residencial para evitar la soledad que supondría quedarse en casa con el compañero/a viviendo en una residencia. Se describe también como es frecuente que, una vez realizado este movimiento, tras la muerte del cónyuge el retorno al hogar resulta poco probable. Así lo explican algunas de las personas profesionales entrevistadas:

Es otro factor también importante para el ingreso residencial, hay personas mayores que llevan toda la vida viviendo con su pareja ¿no? con su marido o con su mujer, ¿no? Y al perder al fallecer uno de los miembros, bueno pues tiene muchos sentimientos de soledad y no son capaces de continuar viviendo solos en el domicilio, entonces bueno por ahí también habría que trabajar no? el tema de bueno pues como hacer que se pueda sobrellevar esa situación de soledad pues con voluntariado, con otro tipo de recursos que supla no? de alguna manera o que llenen, bueno suplir no se puede suplir no? pero bueno que llenen esos espacios de soledad que sienten (EPM13-15.03- tercer Sector).

Y también esta realidad es identificable en la experiencia personal de algunas de las personas usuarias de instituciones entrevistadas:

Pero yo entre aquí, por la mujer si no yo no hubiera estado aquí (EPM28-12.05- Usuario Institución).

(...) yo entre con mi marido (...) se me murió, pero entre pues, fijate, con 80 años yo creo más o menos y yo era una mocita, una mujer (EPM29-17.05- Usuario Institución).

⁷⁴ PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNANDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, “Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos”, cit. p.31.

3.- Factores de riesgo y desencadenantes contextuales que llevan a la toma de decisión de un itinerario de institucionalización

3.1.- Red de apoyo institucional y atención a la dependencia

Como hemos visto, el deterioro de la salud y la necesidad de apoyos constituyen un factor de institucionalización. Sin embargo, el hecho de tener quebrantos en la salud y necesitar ayuda para desarrollar ciertas actividades en la vida diaria es un factor de riesgo de institucionalización sobre todo cuando los apoyos que son requeridos por las personas mayores dependientes no pueden ser provistos. Tratándose de personas mayores dependientes, debemos llamar la atención sobre las limitaciones que estos suelen enfrentar a la hora de poder desarrollar una vida independiente, la cual se encuentra mediada por la posibilidad de tomar sus decisiones de manera autónoma. En estos contextos, será de vital importancia el acceso a la prestación de servicios de apoyo y cuidado con el fin de eliminar las barreras contextuales que limitan las posibilidades de las personas mayores dependientes para tener una vida lo más independiente posible, o, por el contrario, la falta de dicho acceso actúa como acicate de esta situación, deviniendo en un factor de riesgo de institucionalización con una alta probabilidad de perder su autonomía personal.

La pandemia global de COVID-19 hizo más patente en España - al igual que en muchas otras latitudes - la “crisis de los cuidados” generada por “un evidente desfase entre las necesidades y preferencias de cuidados de la población y la capacidad de la sociedad y los servicios públicos para proveerlos, así como de la escasez de personas trabajadoras cualificadas”⁷⁵. Por ello, la tendencia internacional desde hace tiempo viene apuntando a la transición de modelos de cuidados y apoyos basados en derechos, centrados en la persona cuidada y desde un enfoque comunitario con el fin de promocionar la autonomía personal de las personas que requieren cuidado y, en consecuencia, facilitar la vida independiente. Asimismo, las personas en su mayoría prefieren vivir en su propio hogar el mayor tiempo posible o toda su vida, aun cuando necesiten cuidados y apoyos, por lo que estos modelos deben priorizar aquellos servicios que posibiliten la atención domiciliaria.

Como se expuso líneas arriba, en España se introdujo el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a través de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, (LAPAD) que en desarrollo de su objeto ha contemplado tantas prestaciones económicas vinculadas al servicio (10,84%), prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (29,93%), así como un catálogo de servicios a personas mayores dependientes para la promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado, entre los que se encuentran los servicios de teleasistencia (20,38%); ayuda a domicilio

⁷⁵ MINISTERIO DE IGUALDAD, *Documento de Bases por los Cuidados, 2023*, disponible en <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/IgualdadEmpresas/docs/DocumentoBasesCuidados.pdf>, p. 131.

(18,67%); centros de día (5,6%); programas para la prevención de la dependencia (3,8%) y atención residencial (10,19%)⁷⁶.

No obstante, desde su creación hasta la actualidad el SAAD ha presentado problemas de agilidad y flexibilidad. En relación con la agilidad, en una parte muy importante de los casos y en buena parte de las CCAA el proceso de reconocimiento y posterior efectivización de las prestaciones resulta excesivamente lento incumpliendo las previsiones de la ley. Esta falta de agilidad se explica por rigideces en el propio procedimiento, la participación en muchos casos de demasiados actores mal coordinados y por la insuficiencia de medios humanos y materiales. Además, la falta de oferta suficiente de servicios hace que la asignación de estos se retrase y por el recurso a las prestaciones por cuidados en el entorno familiar como alternativa. Una de las peores consecuencias de esta parálisis del sistema, agravada por las sucesivas crisis económicas, ha sido la existencia del llamado *limbo de la dependencia*: un grupo de personas reconocidas como dependientes por el propio sistema, pero que están a la espera de recibir realmente las prestaciones. A 31 de diciembre de 2022, 177.423 personas se encuentran en lista de espera, el 11,9% de las personas con derecho (1,7 puntos menos que en 2021). A ellas hay que añadir 131.810 expedientes que están pendientes de valoración que suponen 7.214 más que hace un año. Con lo cual las personas que podemos considerar como “desatendidas”, incluyendo aquellas cuya solicitud está pendiente de valorar a las que sumamos las personas que se encuentran en ese *limbo de la dependencia* ascendía a finales de 2022 a 309.233 personas. Lo que supone una reducción, ya que son 8.709 menos que en 2021, 64.000 menos que en 2020 y 119.000 menos que en 2019⁷⁷.

Muchas de ellas, especialmente las personas mayores en situación de dependencia severa fallecen sin recibir la prestación o el servicio que se les ha reconocido. En concreto, durante el periodo interanual comprendido entre diciembre de 2021 y noviembre de 2022, fallecieron 45.360 personas en las listas de espera de la dependencia, 19.661 personas pendientes de resolución de grado de dependencia y 25.699 sin haber podido ejercer sus derechos derivados de la condición de persona en situación de dependencia. El 44,6% de las personas desatendidas (80.862) son dependientes con Grados III o II, es decir, tienen necesidades de apoyo extenso y continuado⁷⁸. A 31 de diciembre de 2022, del total de personas valoradas como dependientes, el sistema atiende con alguna de las prestaciones o servicios indicados en la Ley al 88% (1.313.437 personas). El 12% restante (177.423 personas) está aún a la espera de recibir las atenciones a las que tienen derecho⁷⁹.

En relación con la flexibilidad, por ejemplo, la LAPAD contempla, en su artículo 19, la asistencia personal como un servicio que promueve la autonomía personal, pero este se ciñe únicamente a los ámbitos laborales y educativos, limitando el radio de acción de la asistencia personal y dejando por fuera “múltiples facetas del ser humano en donde

⁷⁶ RAMÍREZ-NAVARRO JM, REVILLA CASTRO A, FUENTES JIMÉNEZ M, SANZ YAGÜEZ, D., CAVERO CANO, G., XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia. Ed. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España. MÁLAGA- ESPAÑA. 2023.

⁷⁷ RAMÍREZ-NAVARRO JM, REVILLA CASTRO A, FUENTES JIMÉNEZ M, SANZ YAGÜEZ D, CAVERO CANO G., XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, cit. pp.3-4.

⁷⁸ RAMÍREZ-NAVARRO JM, REVILLA CASTRO A, FUENTES JIMÉNEZ M, SANZ YAGÜEZ D, CAVERO CANO G., XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, cit. p.4.

⁷⁹ RAMÍREZ-NAVARRO JM, REVILLA CASTRO A, FUENTES JIMÉNEZ M, SANZ YAGÜEZ D, CAVERO CANO G., XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, cit. p.26.

está en juego su autonomía y toma de decisiones”⁸⁰. Aunado a lo anterior, el SAAD no suele priorizar la asistencia personal ni aquellos servicios que favorecen el derecho de permanencia en el domicilio. De acuerdo con el XXIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, para el año 2022 la prestación económica por asistencia personal seguía sin despegar en muchos territorios autonómicos, manteniéndose en el 0.6% del total de atenciones desplegadas⁸¹.

Frente a estas distorsiones, como medida acordada en el *Plan de Choque de Dependencia*, en 2021 se llevó a cabo una evaluación completa del SAAD a partir del cual se pudo evidenciar la ineficiente prestación de los servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia. Se evidenció que estos no se ajustan suficientemente a las necesidades de las personas en situación de dependencia, ya sea por la escasa intensidad de la mayoría de ellas, como a sus carencias en términos de calidad, además de la propia limitación del catálogo de prestaciones y servicios. En el caso de los servicios tendientes a la promoción de la autonomía personal y al apoyo al mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual como la ayuda a domicilio (atención a las necesidades del hogar y a cuidados personales) y la teleasistencia, el Observatorio de la Dependencia ha registrado para el año 2022 un bajo porcentaje de cobertura, así como una limitada intensidad horaria en la prestación de estos servicios.

Podemos concluir que la deficiencia de la prestación de estos recursos afecta la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia. Tanto la intensidad horaria y otros parámetros cualitativos son determinantes en la esencia de la prestación de este recurso. Así, el problema no siempre radica en la ausencia total de la prestación del servicio, sino que la baja intensidad con la que se presta pues, al no estar compensada con otros servicios y/o prestaciones económicas resulta insuficiente para cumplir su objetivo, que se centra en atender las necesidades derivadas de la situación de dependencia, pero, de forma indirecta, velar por mantener a la persona dependiente en su entorno familiar, evitando un itinerario de institucionalización. Esta situación ha sido confirmada por una de las profesionales informantes de la presente investigación. Partiendo de un caso concreto, explica cómo la insuficiente intensidad horaria en la prestación de esta ayuda a domicilio termina favoreciendo el ingreso a la residencia.

(...) El problema principalmente que tenemos aquí es que cuando la gente entra a lo mejor con un grado de dependencia uno o dos, pues son edades ya un poco avanzadas. Tienen cualquier problema de salud, ingresan en el hospital, el hospital que tenemos a 80 km ingresan en el hospital y si ha sido un ictus o una cosa así un poco más grave. Una operación de cadera o un sabes una demencia que ya está un poco peor, la mayoría ingresan en residencia, porque nosotros desde nuestro servicio no podemos darle la permanencia en su casa, porque no podemos darle un servicio 24 horas. Entonces la mayoría acaban ingresando en residencias (EPM15-27.03-Tercer Sector).

⁸⁰ BARRANCO, M. C., VICENTE, I., “La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos”, 2020, HelpAge, disponible en <https://www.helpage.org/spain/noticias/documento-de-helpage-espaa-sobre-la-discriminacion-por-razn-de-edad-en-espaa/> (última consulta 16 de mayo de 2023), p. 17.

⁸¹ RAMÍREZ-NAVARRO JM, REVILLA CASTRO A, FUENTES JIMÉNEZ M, SANZ YAGÜEZ, D., CAVERO CANO, G., XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia. Ed. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España. MÁLAGA- ESPAÑA. 2023, p.35.

Las mismas deficiencias fueron registradas para el caso de las prestaciones económicas, tanto aquellas vinculadas a los servicios como a las prestaciones económicas para el fomento de los cuidados en el entorno familiar y para la asistencia personal. En el caso de las personas mayores, encontramos que, a mayo de 2023, la cuantía de las prestaciones económicas era mayor para aquellas vinculadas al servicio y para la asistencia personal, encontrando el porcentaje más alto (20% y 25,4% respectivamente) en promedio para los tres grados de dependencia en el rango de 300 a 399 euros, mientras que para el caso de las prestaciones económicas asignadas a los cuidados familiares el porcentaje más alto (38,1%) como media de los tres grados de dependencia se ubica en el rango de 100 a 199 euros⁸². Incluso por debajo de la media nacional establecida por el Observatorio de la dependencia según el cual para el 2021 fue de 236,49 euros⁸³.

La relevancia de tomar en cuenta la situación de la oferta de prestaciones y servicios en apoyo y atención a la dependencia radica en que la diversidad de ayudas y/o recursos mitiga la implicación familiar. Sin embargo, muchas veces la cuantía de las prestaciones o la calidad con la que se prestan los servicios no es suficiente para reducir su intensidad. Por ejemplo, en España el 46,1% de las personas cuidadoras convivientes proveen asistencia durante más de diez horas al día, mientras que el 44,0% de las personas cuidadoras contratadas tiene una presencia de menos de dos horas diarias⁸⁴.

En particular, aun en el modelo de cuidados actual la manera en cómo se da la gestión del cuidado evidencia un *familismo* acompañado de una fuerte feminización de los cuidados en dependencia, toda vez que el 69,8% de las personas en situación de dependencia son atendidas única y exclusivamente por la familia, sin participación de ningún otro recurso del entorno y, en concreto, al analizar el perfil de los cuidadores de las personas mayores en situación de dependencia se verifica que el 34,6% de los cuidadores familiares son los hijos/as y el 24,1% cónyuges. Y en cuanto al sexo y a la edad, las principales cuidadoras son las mujeres representado un 73,5% en un rango de edad de 50 a 66 años mayoritariamente⁸⁵. De lo anterior, se infiere que, aun hoy, supuestamente superado el modelo asistencial, el cuidado familiar sigue constituyendo la columna vertebral de los cuidados de larga duración.

Esta situación genera un gran impacto en la vida de los cuidadores informales que suelen ser los familiares de las personas mayores en situación de dependencia, toda vez que al faltar o fallar la prestación de servicios y prestaciones económicas para la adquisición de estos servicios, se ven en la situación de tener que asumir por completo la carga de los cuidados, incluso en detrimento de la propia salud de los cuidadores. Esta situación termina generando a su vez la claudicación de la familia en los cuidados e inclinándose por un escenario de institucionalización de su familiar en situación de dependencia. Como refiere otra informante de la investigación, una de las razones más

⁸² MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030, IMSERSO, *INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. Situación a 31 de mayo de 2023*, cit. p.73.

⁸³ RAMÍREZ-NAVARRO, JM., REVILLA CASTRO, A., FUENTES JIMÉNEZ, M., SANZ YAGUEZ D., CAVERO CANO, G., XXVIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, cit., p. 73.

⁸⁴ RAMÍREZ-NAVARRO, JM., REVILLA CASTRO, A., FUENTES JIMÉNEZ, M., SANZ YAGUEZ D., CAVERO CANO, G., XXVIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, cit. p.73.

⁸⁵ RODRÍGUEZ CABRERO, G y MARBÁN GALLEGU, V., *Informe de evaluación del Sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Resumen ejecutivo*, 2022, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/resumen-ejecutivo-estudio-evaluacion-saad.pdf>, p. 11-12.

comunes por las cuales las personas en situación de dependencia terminan institucionalizadas es por la combinación de una deficiencia en la prestación de los servicios que a su vez genera una carga mayor para sus cuidadores familiares, por lo que estos terminan por buscar la alternativa que más los libere de la sobrecarga de los cuidados, cual es la institucionalización.

(...) pues desde mi experiencia profesional no ¿cómo trabajadora social y viendo ¿no? y las situaciones que se plantean, cuando una persona empieza a tener unas de necesidades concretas sobre todo en el tema de la autonomía ¿no? en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, cuando hay necesidades de ese tipo pues los recursos que existen en la sociedad son muy limitados porque pues aquí en Navarra yo cuento un poco mi desde aquí desde la comunidad donde vivimos, sí que solo hay el servicio de ayuda a domicilio cubriendo un máximo de 2 horas diarias en situaciones de gran dependencia o dependencia severa con lo cual una persona que tiene ese nivel de dependencia necesita mucha más atención que 2 horas diarias, siempre se queda muy limitado si no existe un apoyo familiar de o de vecinos o de amistades, bueno apoyo social no? que normalmente se resume en la familia ¿no? pero si no existe ese ese apoyo pues bueno muchas personas terminan siendo institucionalizadas, aunque no sea su deseo ¿no? (EPM13-15.03- tercer Sector).

Como veremos a continuación, esta situación impacta el grado de apoyo que las familias pueden brindar a sus familiares que requieren cuidados. Muchas veces suelen combinar distintos recursos y ayudas para hacer posible el mantenimiento de la persona dependiente en el entorno familiar, por lo que, aunado a lo anterior, se presenta un proceso de mercantilización de los servicios en el que las personas en situación de dependencia reciben asistencia de diversos agentes de provisión, siendo el servicio doméstico la vía principal de privatización.

3.2.- Red de apoyo familiar y cuidados

A partir de la identificación de un *familismo* en la gestión de los cuidados y de un patrón de cuidado feminizado de personas mayores en situación de dependencia es plausible proponer como un posible factor de riesgo o desencadenante de institucionalización la falta de redes de apoyos familiares, así como la desproporción de la carga de cuidados en los hombros de las familias y, sobre todo, de las mujeres. Por el contrario, un mayor apoyo familiar y comunitario podría, en principio, evitar el ingreso de estas personas en instituciones residenciales. La literatura especializada sostiene que la mayor cantidad de personas que requieren cuidados son atendidas en mayor medida por el sistema informal, esto es, el conjunto de personas que provee cuidados de manera no remunerada y que en su mayoría está compuesto por las familias o personas del entorno cercano de la persona cuidada⁸⁶. En ese sentido, el mayor o menor grado de apoyo familiar a personas mayores – dependientes o no –, las formas y la intensidad con que se prestan responde a varios elementos a los que se debe atender a la hora de proveer un panorama de posibles riesgos de institucionalización en razón a la red de apoyo familiar.

⁸⁶ SANCHO, Mayte, DÍAZ, Rosa, CASTEJÓN, Penélope y BARRIO, Elena, “Las personas mayores y las situaciones de dependencia”, *Revista Del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, no. 70, 2007, pp. 13-43.

En ese sentido, analizar la red de apoyo familiar como factor de prevención de institucionalización implica considerar quiénes proveen los cuidados y las condiciones en que lo hacen, en tanto existen estudios que han demostrado el impacto de la carga de los cuidados en la vida de los cuidadores informales – en su mayoría familiares –, en términos de salud, tiempo de ocio y consecuencias de tipo económico, sobre todo laboral o profesional⁸⁷. En concreto, aquellos que se han enfocado en la afectación de la salud, han analizado como variables la depresión, la ansiedad, el estrés y la carga en general del/a cuidador/a⁸⁸. La relevancia de poner el foco en las condiciones en que se proveen los cuidados es porque ese impacto en la salud física y emocional de estos cuidadores afecta de manera progresiva en la adecuada provisión de los cuidados y en una consecuente claudicación que trae aparejada la posibilidad de iniciar un itinerario de institucionalización, sobre todo, en los casos de las personas mayores, cuyo grado de dependencia y necesidad de ciertos cuidados es un factor relevante.

En una encuesta reciente sobre la situación de los cuidadores no profesionales (en su mayoría cuidadores de familiares) en España, sobre una muestra de 506 cuidadores entre 18 y 75 años que cuidan personas de más de 50 años con movilidad reducida por la edad y que requieren de media 27 horas semanales de cuidado, arrojó como resultado que una de las afectaciones más importantes es el descanso, de manera que 76% de los encuestados tiene problemas para dormir, el 32% reconoce tener episodios de ansiedad y si bien hay un mayor porcentaje de cuidadores hombres (40%) que dicen sentirse deprimidos frente a un 21% de mujeres cuidadores que reconocen estos sentimientos, lo cierto es que la encuesta explica que las mujeres que cuidan de sus familiares encuentran dificultades para pedir ayuda para abordar su propia salud⁸⁹.

En los modelos asistenciales precedentes al modelo social imperante en la actualidad, el cuidado de las personas mayores – dependientes o no – estaba cubierto por la familia. Esto fue posible, entre otras cosas, por las bajas tasas de la actividad femenina en el mercado laboral, dado que las mujeres no trabajaban de manera remunerada en su mayoría, por lo que podían asumir dicha responsabilidad sin que ello supusiera una pérdida de ingresos para la familia. Por otro lado, el envejecimiento poblacional no era un problema, pues el porcentaje de personas mayores de 65 años no llegaban al 10% de la población de ningún país⁹⁰.

Aun cuando estudios demuestran que cuando las hijas tienen dos o más niños/as o al tener un estatus laboral o al estar casadas su participación en el cuidado de sus padres se reduce⁹¹, lo cierto es que existe un patrón de cuidado que ha subsistido a través de los

⁸⁷ ZEPEDA-ÁLVAREZ, Paulina, MUÑOZ-MENDOZA, Carmen, “Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud”, *GEROKOMOS*, vol. 1, no. 30, 2019, pp. 2-5.

⁸⁸ BUSTILLO, M^a. Luisa, GÓMEZ-GUTIÉRREZ, Mar, GUILLÉN, Ana Isabel, “Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años”, *Clinica y Salud*, No. 29, 2018, pp. 89-100.

⁸⁹ CENSUSWIDE, *Encuesta sobre la situación de los cuidadores no profesionales en la sociedad española, 2019*, disponible en <https://www.mercckgroup.com/es-es/informes/encuesta-espa%C3%B1ola-sobre-la-situaci%C3%B3n-de-los-cuidadores-no-profesionales-.pdf> (última consulta 6 de junio de 2023).

⁹⁰ CASADO MARÍN, David, y LÓPEZ CASANOVAS, Guillem, *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, 2001, disponible en <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/casado-vejez-01.pdf>, pp. 68-75.

⁹¹ Cfr., DOTY, P., JACKSON, M. y CROWN, W., “The impact of female caregivers’ employment status on patterns of formal and informal elder care”, *The Gerontologist*, vol. 3(38), 1998, pp. 331-341; CONNIDIS, Ingrid, y KEMP, Candice, “Negotiating actual and anticipated parental support: multiple

distintos modelos de cuidados a lo largo del tiempo el cual señala como principal cuidador a las mujeres y en el caso de personas mayores, a las hijas. Incluso, estudios como los de Freedman han demostrado que existe una relación entre la estructura familiar y el riesgo de institucionalización, en la que tener al menos una hija reduce el riesgo de manera significativa, mientras que tener hijos apenas lo condiciona⁹². Y así lo han confirmado los estudios realizados en España que han concluido que siempre las hijas cuidan más que los hijos⁹³. Lo importante, luego, no es la cantidad de la descendencia, sino que dentro de ella haya al menos una mujer⁹⁴.

Asimismo, el régimen vivencial bajo el cual se encuentran las personas mayores reviste importancia a la hora de determinar el grado de riesgo de una posible institucionalización, lo cual va aparejado al grado de dependencia de estos y de la cantidad de cuidados que estos requieren. Por ejemplo, no tienen el mismo riesgo de ser institucionalizadas las personas mayores que viven en su casa y que lo hacen porque son en su mayoría sujetos independientes, de aquellos que habitan la vivienda de algún familiar, dada la alta frecuencia con la que requieren los cuidados. Asimismo, también impacta en el riesgo de institucionalización las maneras en cómo las familias se organizan para proveer los cuidados, pues si bien es cierto que en su mayoría el peso de los cuidados recae sobre ciertos miembros como ocurre en los casos de las hijas que cuidan a sus padres de edad, lo cierto es que también el cuidado de personas mayores suele ser una responsabilidad compartida que en la práctica es llevada a cabo en forma de red de apoyo en la que intervienen diferentes actores⁹⁵.

En el marco del descenso de la mortalidad y de la longevidad de las personas mayores, el envejecimiento y la dependencia ponen de manifiesto el potencial familiar de cuidados, esto es, puede presentarse bien como la posibilidad de fortalecer las redes de apoyo de las personas mayores – sobre todo dependientes – por la supervivencia de más miembros de la familia o, por el contrario, como una carga por el mayor tiempo en situación de dependencia. En este contexto, una persona adulta puede vivir más tiempo como hijo de un padre/madre de avanzada edad que como padre de su propio hijo – dependiente de él en razón a su minoría de edad⁹⁶. Como resultado de esto, se presenta lo que se ha denominado un proceso de verticalización de la familia, de manera que las personas terminan desempeñando tareas de cuidado de abajo hacia arriba, es decir de hijas/os a madres/padres en la etapa de la vejez, es decir, sustentadas en el apoyo

sibling voices in three-generation families”, *Journal of Aging Studies*, vol.3 (22), pp. 229-238; HENZ, Ursula, “Informal caregiving at working age: effects of job characteristics and family configuration”, *Journal of Marriage and Family*, vol. 2 (68), 2006, pp. 411-429.

⁹² FREEDMAN, Vicki A., “Family structure and the risk of nursing home admission”, *Journals of Gerontology: Social Sciences*, vol. 2, no. 51, 1996, pp. 61-69.

⁹³ Cfr., DURÁN, María Ángeles, *El trabajo no remunerado en la economía global*, Fundación BBVA, Bilbao, 2012; ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ESPARZA CATALÁN, Cecilia y PÉREZ DÍAZ, Julio, “Evolución y estructura de la población en situación de dependencia”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 1(29), 2011, pp. 43-67; TOBÍO, C. et al, *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Fundación La Caixa, Barcelona, 2010.

⁹⁴ SPITZE, G., y LOGAN, J., “Sons, daughters, and intergenerational social support”, *Journal of Marriage and Family*, vol. 2, no.52, 1990, pp. 420-430.

⁹⁵ LÓPEZ DOBLAS, Juan, FAUS BERTOMEU, Aina, y GÓMEZ REDONDO, Rosa, “Redes familiares cuidando a personas mayores dependientes: influencia del empleo y del estado civil de los hijos y las hijas”, *Revista Internacional de Sociología*, vol. 79(1), 2021, pp.1-14.

⁹⁶ ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ESPARZA CATALÁN, Cecilia, “Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores”, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 99, 2009, disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-solidaridad-familiar.pdf>, p. 2.

intergeneracional⁹⁷. Para cumplir con estas tareas, muchas hijas/hijos deciden recurrir a la reagrupación familiar, sea por razones de compañía o por la necesidad de ayuda de sus padres, conformando hogares multigeneracionales, una forma de convivencia que sirve como indicador de situaciones previsibles de la carga de los cuidados asumida por los hogares⁹⁸.

Un estudio cualitativo sobre las redes familiares cuidadoras de personas mayores dependientes explica la dinámica de la repartición de las labores de cuidados entre sus descendencias, en las que identifican el impacto del estatus laboral y el estado civil como elementos importantes a la hora de asignarse y repartirse dichas laborales. Como resultado se obtiene que los hijos/as suelen recurrir a estrategias para paliar la sobrecarga del cuidado, compaginar sus deberes de cuidados parentales con sus otros deberes y, en últimas, evitar el inicio de un itinerario de institucionalización. Entre estas estrategias se pueden reconocer: apoyo externo a la familia, ya sea por el recurso a los servicios sociales en demanda de la ayuda a domicilio, o bien contratando ayuda profesional en el mercado. Estas estrategias han permitido que muchas hijas puedan compaginar cuidados y empleo, de manera que no tengan que recurrir ni a abandonarlo por completo ni a reducir la jornada laboral, como ocurre en muchos casos⁹⁹.

Otra estrategia a la que recurren los descendientes de personas mayores es el de la itinerancia de sus padres/madres. El fenómeno habitualmente conocido como personas mayores itinerantes consiste en que ante las dificultades de hacerse cargo de un familiar mayor se produce un desesperado reparto de la persona mayor por meses entre los distintos hijos/as. El anciano solo o con su pareja debe resignarse a esta nueva situación: la de una migración continuada dentro de varias familias. Vemos en esta situación a una persona mayor fuera de su casa, de su pueblo, abandonando sus actividades sociales, atendida por diferentes sanitarios, convertida en viajera involuntaria que se adapta con dificultad a las costumbres de los hogares de sus hijos/as. Por esto, esta práctica ha sido reconocida por profesionales e incluso por las propias personas mayores como una circunstancia que limita su bienestar afectando al cuidado de los mismos¹⁰⁰.

En este sentido, los resultados de un pequeño estudio cualitativo llevado a cabo en España¹⁰¹ sobre este fenómeno ponen de manifiesto la dificultad en el ajuste psicosocial caracterizado fundamentalmente por una falta de apoyo social proveniente de las amistades, ausencia de participación social en la vida comunitaria, ruptura con las relaciones sociales, de amistad y de vecindario, niveles bajos de satisfacción con la vida,

⁹⁷ ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ESPARZA CATALÁN, Cecilia, “Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores”, cit. p.3.

⁹⁸ ABELLÁN GARCÍA, Antonio, CASTEJÓN VILLAREJO, Penélope, ESPARZA CATALÁN, Cecilia, “La dependencia en las personas mayores”, *Sociedad y Utopía Revista de Ciencias Sociales*, N.º 30, 2007, pp.133-145.

⁹⁹ LÓPEZ DOBLAS, Juan, FAUS BERTOMEU, Aina, GÓMEZ REDONDO, Rosa, “Redes familiares cuidando a personas mayores dependientes: influencia del empleo y del estado civil de los hijos y las hijas”, *Revista Internacional de Sociología*, vol.79 (1), 2021, pp. 7-12.

¹⁰⁰ Cfr., SANCHEZ DEL CORRAL USUOLA, F., RUIPÉREZ CANTERA, I., “Violencia en el anciano”, *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, n.º 21, 2004, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf>; CAMPILLOS PÁEZ, M.T., PARDO MORENO, G., AGUDO POLO, S., PRIETO ARROYO, G., AGUADO REGUILÓN, D., LORENZO LORENZO, M.ª J., “El anciano golondrina en la consulta de Atención Primaria”, *Medicina General*, no. 49, pp. 877 – 879.

¹⁰¹ PINAZO, Sacramento, “Las abuelas y los abuelos en la familia el caso de las abuelas/os itinerantes”, *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol.3 (15), pp. 178 –187.

altos niveles de sintomatología depresiva, y niveles bajos de salud. Sin embargo, también hay que partir de una cierta comprensión de las circunstancias personales y familiares de cada caso. Está claro que esta itinerancia residencial de las personas mayores no es una situación óptima para ellas, pero en muchas circunstancias es una situación sin demasiadas alternativas reales.

De acuerdo con la literatura especializada, en este escenario de sobrecarga de los cuidados en las familias y sobre todo del cuidador principal que, como se ha demostrado, es tendencialmente la hija de padres mayores, las estrategias que estos adaptan para hacerse cargo de los cuidados de sus parientes en la vejez y las consecuencias que estas estrategias traen consigo para la vida de las personas mayores cuidadas, puede derivar en la corrupción y posterior claudicación de los cuidados. Con respecto a la corrupción de los cuidados, Sánchez Del Corral explica que uno de los principales factores del maltrato hacia las personas mayores (MPM)¹⁰² en el ámbito familiar reside en la sobrecarga del cuidador principal, “la cual se acentúa con la escasez en la provisión de recursos sociales para paliar la carga de los cuidados”¹⁰³.

Algunas posibles explicaciones de la naturaleza y dinámica del MPM desarrolladas desde la gerontología social y desde los estudios sobre la violencia familiar, se destacan los siguientes: el estado psicológico del responsable del maltrato; el estrés externo causado por enfermedades, accidentes, problemas económicos o de otra índole; las relaciones de dependencia, en la que al aumentar la dependencia se desequilibra el intercambio de refuerzos positivos en la relación con los cuidadores que pueden percibir que el esfuerzo que realizan es excesivo para el beneficio que reciben, hasta llegar a la ira y la violencia; aislamiento social, pues se ha probado que el apoyo social disminuye el estrés familiar; y la transmisión intergeneracional del comportamiento violento¹⁰⁴. En todo caso, lo que subyace a todas estas teorías es la importancia que tiene el grado de dependencia de la persona mayor y la falta de apoyo y recursos de todo tipo: económicos, de tiempo, afectivos, entre otros¹⁰⁵.

¹⁰² Se toma como referencia la definición de Maltrato en Persona Mayor (MPM) dada por el Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano (1995): "cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente". Para una aclaración sobre el concepto de maltrato familiar hacia las personas mayores Cfr. GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, “El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas”, *Oñati socio-legal series*, Vol. 1(8), 2011, disponible en http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1972183 (última consulta 13 de julio de 2023), pp. 1-26.

¹⁰³ SÁNCHEZ DEL CORRAL USAOLA, F., RUIPÉREZ CANTERA, I, *Violencia en el anciano*, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 21, 2004, disponible en <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchezviolencia-01.pdf>, p.4.

¹⁰⁴ Para un análisis ecológico de los factores del maltrato familiar a personas mayores en contextos de cuidados Cfr. GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, CARVALHO Ana Sofia, “Os maus-tratos a idosos em contextos de cuidados familiares em Portugal: Proposta para uma abordagem ecológico-crítica” en PEREIRA, T. OLIVEIRA, G., COLTRO A. C (organizadores) *Cuidado e Afetividade. Projeto Brasil-Portugal 2016-2017*, 2017, São Paulo: Atlas, pp. 45-76.

¹⁰⁵ SÁNCHEZ DEL CORRAL USAOLA, F., RUIPÉREZ CANTERA, I, “Violencia en el anciano”, cit. pp. 8-9.

En un reciente metaanálisis sobre estudios de prevalencia españoles de maltrato hacia las personas mayores se constató la gran heterogeneidad de los resultados¹⁰⁶. A pesar de esa aparente diversidad en las cifras de prevalencia, las derivadas de los estudios dirigidos a la detección de la presencia efectiva del maltrato son considerablemente inferiores – hallándose un 4,7% de maltrato a mayores en el caso de Bazo¹⁰⁷ y un 0,8% en el de Iborra¹⁰⁸ – a las de los estudios que determinan apenas la frecuencia de la sospecha de maltrato – oscilando entre el 11,9% del estudio de Ruiz et al.¹⁰⁹ y el 55,9% del de Touza et al.¹¹⁰. No obstante, las cifras recogidas en los estudios probablemente subestimen la realidad del maltrato a mayores ya que el silencio asociado tradicionalmente a la violencia intrafamiliar puede verse incentivado en este caso atendiendo a factores asociados a la propia situación de cuidado como puede ser la dependencia.

En concordancia, un estudio cuantitativo sobre negligencia y malos tratos a las personas mayores en España, tomando como referencia una muestra de 2.351 personas mayores atendidas por los Servicios de Ayuda a Domicilio en cinco municipios del País Vasco, Andalucía y Canarias, se demostró que el 55% de los casos de malos tratos habían sido perpetrados por los hijos e hijas biológicos y políticos, y que tanto para hombres como para mujeres mayores entre los tipos de malos tratos más recurrentes figuraba la negligencia en el cuidado físico, seguida de la negligencia en el cuidado psicoafectivo, el maltrato psicológico y emocional, el abuso material y el maltrato físico. A partir de los datos recabados, se concluyó para entonces que las mujeres mayores eran más proclives a sufrir malos tratos, más severos y más cantidad de tipos variados de malos tratos que los hombres mayores¹¹¹.

A pesar de la relativa escasez y heterogeneidad de resultados de los estudios sobre prevalencia e incidencia de malos tratos a personas mayores en España, es necesario analizar con algo más de profundidad el estudio pionero de 2008 de Isabel Iborra Marmolejo¹¹². En cuanto a los resultados que se obtienen a partir del tratamiento del

¹⁰⁶ ZAPATER, Ana, SOBERÓN, Carmen, GÓMEZ-GUTIÉRREZ, Mar, “Prevalencia y factores de riesgo del maltrato a personas mayores en el ámbito familiar en España: Una revisión”, *Revista española de Victimología*, nº 12, 2021, pp. 91-110.

¹⁰⁷ BAZO, María Teresa, “Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.1 (36), 2001, pp. 8-14.

¹⁰⁸ IBORRA MARMOLEJO, Isabel, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia - Centro Reina Sofía, 2008, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/iborra-maltrato-01.pdf> (última consulta 13 de julio de 2023), pp. 1-182.

¹⁰⁹ RUIZ, A., ALTET, J., PORTA, N., DUASO, P., COMA, M., REQUESENS, N., (2001). “Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos”, *Atención Primaria*, 27(5), pp.331-334.

¹¹⁰ TOUZA, María del Carmen, PRADO, Carmen, SEGURA, María Paz, “Construcción y validación de las Escalas de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA)”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol.11 (1), 2011, pp. 91-106.

¹¹¹ BAZO, M.T., “Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España”, cit., pp. 8-14.

¹¹² Se trata de una encuesta realizada mediante dos cuestionarios estructurados, uno para personas mayores de 64 años de ambos sexos residentes en sus domicilios y otro para sus cuidadores también de ambos sexos que han sido administrados personalmente en los domicilios, en dos periodos temporales de 2006 – del 23 de mayo al 13 de julio y del 5 de octubre al 2 de noviembre. Es de destacar que en el diseño de los cuestionarios existían también una serie de ítems a rellenar por el entrevistador en una escala de 0 a 10 relacionadas con el anciano – por ejemplo, con la comprensión de las cuestiones, asejo personal, actitud defensiva, marcas o contusiones visibles... – y también con el estado de la vivienda. Se realizaron un total de 2041 encuestas a personas mayores de 64 años y 789 encuestas a cuidadores de ancianos que representan alguna dependencia física o intelectual en mayor o menor medida. La distribución de la muestra fue

cuestionario pasado a los cuidadores familiares de personas mayores, en el mencionado trabajo, se encuentran datos muy interesantes sobre todo en relación con lo que algunos autores han denominado *estrés del cuidador* y al que la autora se refiere como *síndrome de burnout*. Así, por ejemplo, del 50,6% de cuidadores que con anterioridad a ocuparse de la persona mayor desempeñaban un trabajo remunerado, el 32,2% afirma que la situación le ha afectado negativamente y hasta en un 50,8% se ha visto obligado a abandonar el trabajo de forma definitiva. De los cuidadores contactados, hasta un 54,4% considera que su tiempo libre es insuficiente. Por todo ello, más de la mitad de estos cuidadores entrevistados siente que la situación le está sobrepasando (el 39,7% en algunas ocasiones y el 14,9% habitualmente). En este contexto, el o la cuidador/a principal de las personas mayores, sobre todo en los dependientes, se enfrenta a un deterioro de salud física y emocional que ha llegado a afectar también a la persona cuidada, por lo que en estas situaciones termina claudicando y optando por la institucionalización como la solución a su desfallecimiento. La literatura sobre factores predictores de institucionalización¹¹³ sugiere que el estrés percibido por la persona cuidadora, pero, sobre todo, la sensación de estar atrapada en las responsabilidades y demandas del cuidado son fuertes predictores de institucionalización¹¹⁴. Pues los/las cuidadores/as veían en el internamiento en un centro de cuidados de larga duración como una fuente de alivio a sus problemas¹¹⁵. Esta explicación también emerge en los resultados de la investigación propia cualitativa. Por ejemplo, una de las profesionales informantes indicaba:

(...) otro de los factores que también influyen muchísimo en el tema de ingresos residenciales es la claudicación, la claudicación de los cuidadores que al final durante un tiempo en esas situaciones son soportables en casa porque bueno pues, las personas dedican o su tiempo su esfuerzo y 24 horas de atención muchas veces pero llega un momento en que los cuidadores principales se agotan, se agotan emocionalmente físicamente entonces bueno si no hay apoyos de otra manera y dependen de los cuidadores sobre los motivos también pues que claudican y hay un ingreso residencial (EPM13-15.03- Tercer Sector).

Junto a los estudios sobre factores de riesgo de institucionalización, algunos otros trabajos colocan el foco en si las redes de apoyo y la asistencia familiar a cuidadores/as principales de personas mayores y dependientes posibilitan el mantenimiento de estas en

proporcional al peso de cada área geográfica dentro del total nacional, cumplimentando cuotas por sexo y edad. IBORRA MARMOLEJO, Isabel, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, cit. pp. 1-182.

¹¹³ Cfr., COLERICK, Elizabeth G., GEORGE, Linda K., “Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer’s disease”, *Journal of the American Geriatrics Society*, no. 34, 1986, pp. 493–498; PRUCHNO, Rachel A., MICHAELS, J. Eileen, POTASHNIK, Sheryl L., “Predictors of institutionalization among Alzheimer’s disease victims with caregiving spouses”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, no. 45, 1990, pp. 259–266; COHEN, Carole A., GOLD, Dolores P., SHULMAN, Kenneth I., WORTLEY, Jacinth T., MCDONALD, Glenda, WARGON, Marcia, “Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: A prospective study”, *The Gerontologist*, no. 33, 1993, pp. 714–720; MONTGOMERY, Ronda J. V., y KOSLOSKI, Karl, “A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses vs. adult children”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, no. 49, 1994, pp. 62–74.

¹¹⁴ ANESHENSEL, Carol S., PEARLIN, Leonard I., MULLAN, Joseph T., ZARIT, Steven H. y WHITLATCH, Carol J., *Profiles in caregiving: The unexpected career*, Academic Press, San Diego, 1995.

¹¹⁵ COLERICK, Elizabeth G., y GEORGE, Linda K., “Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer’s disease”, *Journal of the American Geriatrics Society*, no. 34, pp. 493–498.

su entorno familiar y comunitario por el mayor tiempo posible. En ese sentido, el estudio cuantitativo de Gaugler et al. sobre los tipos y la cantidad de ayuda o asistencia que prestaban los familiares a los/las cuidadores principales de personas mayores con deterioro cognitivo en Ohio (Estados Unidos) para medir cuál de estas tenía un mayor impacto en ralentizar el proceso de institucionalización¹¹⁶ se constató que la ayuda prestada por familiares a los principales cuidadores/as no tenía un mayor impacto, mientras que la asistencia en tareas específicas que requieren mayor esfuerzo demostró una contribución efectiva en retrasar la institucionalización de las personas mayores con deterioro cognitivo. Así, la asistencia familiar para atender a personas mayores con dependencia para realizar actividades de la vida diaria o aquellas tareas nocturnas arrojaron una fuerte asociación con el retraso en la institucionalización. La conclusión más relevante es que las redes de apoyo familiar en el cuidado de personas mayores no es *per se* un factor que evite la institucionalización y que promueva la vida en el entorno familiar, sino que son más relevantes como factores el tipo, la intensidad y los recursos con que se presta el apoyo familiar, así como las condiciones que lo posibilitan.

En ese mismo sentido, una informante de la investigación reflexiona sobre este punto. Y si bien estima que es importante la red familiar y los apoyos que estas brindan para evitar la institucionalización, reconoce que tener apoyo familiar no evita *per se* el ingreso a una residencia, sino que habría que analizar en cada situación o contexto cuáles son los apoyos requeridos por la persona que recibe los cuidados, pues el grado de funcionalidad de los apoyos dependerá de su capacidad para atender a las necesidades de aquella.

Que en cada caso debe analizarse, para ver qué apoyos, con qué apoyos se puede evitar esa institucionalización. Y en ocasiones no son tan complejos. En ocasiones sí, porque evidentemente no es lo mismo una persona con una red familiar de apoyo, que una persona sin. ¿Por qué? Porque una persona con una red una red de apoyo afectiva, pues con algunos apoyos tira y aguanta, y una que no pues es más difícil. Ejemplo, una persona que tiene casa propia, que tiene 3 hijos que viven en el mismo pueblo, pues probablemente con una pequeña ayuda, por ejemplo, por la mañana para hacer la higiene o por la noche para acostar, pues vas tirando ¿no? Cuando es una persona que no tiene esa red de apoyo, o la red de apoyo es una persona que además vive con la persona en situación de dependencia, pues o incrementas esos, o le das más intensidad, o se hace muy difícil, apoyo que sean intensivos todos los días y no solamente por la mañana o de lunes a viernes. Porque la necesidad de las personas no se limita a unas horas (EPM12-17.03-Autonómico).

Finalmente, también en algunas ocasiones las personas mayores en ausencia o falencias de sus redes de apoyos familiares o sociales deciden ir a las residencias motivados por sentirse una carga para sus familiares al ver cómo estos modifican sus proyectos de vida para poder cumplir con el deber – moral y social – de cuidar a sus parientes necesitados de cuidados y al percibir la frustración de los mismos³⁸. Así, lo ha manifestado un usuario participante en la investigación, que expresa las dificultades para hacerse cargo de su mujer altamente dependiente, por lo que requiere de muchos cuidados

¹¹⁶ GAUGLER, Joseph, EDWARDS, Anne B., FEMIA, Elia E., ZARIT, Steven H., PARRIS ASTEPHENS, Mary Ann, TOWNSEND, Aloen, GREENE, Rick, “Predictors of Institutionalization of Cognitively Impaired Elders: Family Help and the Timing of Placement”, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, vol. 55B (4), 2000, pp. 247-255.

durante todo el día. Al respecto, explica el informante que terminan ingresando a la residencia puesto que le era difícil atender las altas demandas de cuidado de su mujer, y que no recurría a la ayuda de sus hijos para no cargarlos con esa obligación pues considera que al hacerlo estos estarían perdiendo su vida.

Y con las cincuenta y cinco y las diecisiete pues también quedaban agujeros por cubrir. Entonces, mira, vamos a hacer esto. Más tarde o más temprano teníamos que hacer. Mis hijos tienen sus trabajos. Mis hijos tienen su vida. Mis hijos se merecen vivir su vida (EPM24-09.05-Usuario Institución).

3.3.-Factores socio-comunitarios (Participación social y comunitaria)

El envejecimiento es un proceso vital y dinámico en el que se va ganando edad con implicaciones multidimensionales, especialmente biológicas, sociológicas y culturales¹¹⁷. La funcionalidad de las personas mayores se ve afectada por factores intrínsecos como la prevalencia de algunas enfermedades crónicas y factores extrínsecos, entre ellos la participación social¹¹⁸. De hecho, a inicios del presente siglo la Organización Mundial de la Salud estableció una relación estrecha entre las funciones físicas con el nivel de autonomía y de participación social en comunidad¹¹⁹. De allí que varios estudios hayan identificado la participación social de las personas mayores como un factor protector frente a los problemas de salud y discapacidad en la vejez y, por el contrario, la ausencia de la misma como un factor de riesgo para la dependencia¹²⁰. Teniendo en cuenta lo anterior y habiendo identificado hasta este punto que la institucionalización está estrechamente relacionada con el deterioro en la salud y el desarrollo de dependencia en principio, que la falta de participación social supone un factor de riesgo para el inicio de un itinerario de institucionalización en personas mayores.

Los estudios de gerontología han centrado sus análisis en el aspecto más economicista y demográfico de la vejez, relegando a un segundo plano la temática

¹¹⁷ DUQUE, JM., MATEO ECHANOGORRIA, A., (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, IMSERSO, 2008, cit., p. 21.

¹¹⁸ SEPULVEDA-LOYOLA, Walter, DOS SANTOS LOPES, Rosielma, TRICANICO MACIEL, Renat, y SUZIANE PROBST, Vanessa, Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol.37 (2), 2020, pp. 341-349, p. 342.

¹¹⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001, pp. 237-245, disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1> (última consulta 8 de julio de 2023).

¹²⁰ Cfr., LOYOLA, Walter, CAMILLO, Carlos Augusto, TORRES, Carolina V., PROBST, Vanessa S., “Effects of an exercise model based on functional circuits in an older population with different levels of social participation”, *Geriatrics Gerontology International*, vol.18(2), 2018, pp.216-223; DOUGLAS, Heather, GEORGIU, Andrew, WESTBROOK, Johanna, “Social participation as an indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health”, *Australian Health Review*, vol. 41(4), 2017, pp. 455–62; CHIAO, C., WENG., LJ, BOTTICELLO, AL., “Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan”, *BMC Public Health*, 2011, disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103460/> (última consulta 9 de julio de 2023); HOLT-LUNSTAD, Julianne, SMITH, Timothy B., LAYTON, J. Bradley, “Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review”, *PLoS Medicine*, vol.7, no.7, 2010, disponible en <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316> (última consulta 9 de julio de 2023).

participativa. Sin embargo, desde las últimas décadas del siglo pasado se empezaron a desarrollar estudios motivados por la idea de que el bienestar en los adultos mayores es promovido por niveles más altos de participación en actividades sociales y de ocio, respondiendo a un cambio de enfoque de los estudios sobre personas mayores desde los que se empezó a hablar en países como Estados Unidos sobre envejecimiento productivo o envejecimiento exitoso, centrando la atención en las necesidades surgidas de las personas en la última etapa vital¹²¹. Por ejemplo, a finales de la década de los ochenta Rowe y Kahn incorporan el concepto de envejecimiento exitoso en contraposición del envejecimiento usual y patológico¹²². De acuerdo con estos autores, el envejecimiento exitoso se podía entender como: a) una baja probabilidad de padecer enfermedades o invalidez, b) alta capacidad de funcionamiento físico y cognitivo y c) un alto compromiso con la vida, tanto en términos de relaciones interpersonales como en participar en actividades productivas¹²³. Desde esta perspectiva, el envejecimiento debía ser entendido como un fenómeno multidimensional, trascendiendo el aspecto sanitario, en tanto entrañaba también factores biológicos, psicológicos y sociales.

En el contexto europeo tuvo mayor recepción el concepto de envejecimiento activo promovido por la OMS como respuesta política al envejecimiento demográfico. De acuerdo con el modelo de la OMS, el envejecimiento activo se entiende como “el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”¹²⁴. Desde este modelo se promovía la autonomía como habilidad para controlar, adaptarse y tomar decisiones de la propia vida basado en las propias reglas y preferencias; la independencia como la habilidad de realizar las actividades de la vida diaria de manera autónoma y la capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad; la calidad de vida, como la percepción individual de la propia posición en la vida en el propio contexto cultural y de acuerdo a los propios objetivos, expectativas y preocupaciones.

Junto con estos dos modelos presentes en la literatura gerontológica, se siguieron elaborando otros marcos interpretativos como el envejecimiento saludable, positivo y con éxito; el envejecimiento armonioso y nuevos enfoques más críticos con los modelos tradicionales¹²⁵. Sea como fuere, la relevancia de estos marcos conceptuales reside en la promoción de un enfoque basado en los derechos de las personas mayores, más que en sus necesidades, y desde el cual se les reconoce la igualdad de oportunidades y de trato, así como su responsabilidad para ejercer su participación tanto política como en otros aspectos de la vida comunitaria. La relevancia de este enfoque consistió en un cambio de paradigma que desafiaba los estereotipos y prejuicios sociales asociados a la vejez,

¹²¹ DUQUE, JM., MATEO ECHANOGORRIA, A., (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, IMSERSO, 2008, p. 21.

¹²² ROWE, John W., KAHN, Robert L., “Human aging: usual and successful”, *Science*, vol. 237, 1987, pp.143-149.

¹²³ ROWE, John W., KAHN, Robert L., “Successful aging”, *Gerontologist*, vol. 4, no. 37, 1997, pp. 433-440.

¹²⁴ OMS, *Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento*, Madrid, 2002, disponible en <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002> (última consulta 8 de julio de 2023).

¹²⁵ RITA PETRETTO, Donatella, PILI, Roberto, GAVIANO, Luca, MATOS LÓPEZ, Cristina, ZUDDAS, Carlo, “Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 51(4), pp. 229-241.

brindando una imagen de las personas mayores desde su autonomía y participación en oposición a la visión más tradicional de la vejez desde su pasividad y dependencia¹²⁶.

Siguiendo estos lineamientos, se han impulsado estrategias políticas en materia de participación de personas mayores desde la idea de la promoción de una ciudadanía activa cuyas intervenciones han estado relacionadas con la educación y el trabajo a lo largo de la vida desde la solidaridad entre generaciones, la reciprocidad, la confianza en el grupo, la promoción del sentimiento de pertenencia o identidad o el trabajo desde los grupos de iguales o de apoyo, especialmente relevantes en el caso de las personas con demencia. No obstante, desde una lógica más productivista, se han promovido estrategias tendientes a que las personas mayores sigan en el mercado laboral, incluso después de superada la edad de la jubilación¹²⁷.

A la luz de este nuevo paradigma, no se pretende negar que las personas mayores suelen enfrentar retos en la etapa de la vejez que vienen dados por diferentes razones de distinta índole como, por ejemplo, aquellos que vienen aparejados con el acontecimiento de la cesación de las actividades productivas ya sea por motivo de jubilación o por impedimentos en la salud, implicando para ellos un cambio sustantivo a nivel material, en ciertos casos salarial, y simbólico, entre otras cosas por la pérdida de los espacios de sociabilidad que el trabajo provee. Por el contrario, se coloca el foco en las nuevas oportunidades que se presentan para ellos, sobre todo cuando existen los espacios y recursos para que sigan desarrollando su proyecto de vida.

Una de las maneras de afrontar estos nuevos cambios en la trayectoria vital de las personas ha sido el asociacionismo, que se presenta como una herramienta clave de participación que “se beneficia de un proceso de retroalimentación marcado, de una parte, por la oportunidad de participación que ofrecen las distintas asociaciones a las personas mayores, y de otra, por la creación de asociaciones concretas de las mismas”¹²⁸. Como lo expresaba el presidente de FOAM, Martín Durán, el movimiento asociativo ha ido evolucionando en España y si bien tradicionalmente las asociaciones se orientaron a actividades de ocio y tiempo libre, asistencia y acompañamiento de personas mayores, ahora estas demandan la creación de espacios políticos y de carácter reivindicatorio, en las que puedan tomar decisiones que les afectan¹²⁹.

Además del asociacionismo, la participación de personas mayores puede llevarse a cabo a través del voluntariado, permitiendo el intercambio generacional de experiencias y saberes y el reconocimiento de la importancia de estas para las funciones de la sociedad. Aunado a lo anterior, las personas mayores podrían gozar de los beneficios que genera el voluntariado, entre los que se encuentran: “aumento de la cantidad y calidad de relaciones sociales, mejora del bienestar y mejora de la percepción subjetiva de la salud y el

¹²⁶ BARRIO TRUCHADO, Elena, PINZÓN PULIDO, Sandra, SANCHO, Mayte, GARRIDO PEÑA, Francisco, “Ciudadanía activa y personas mayores: viejos conceptos, nuevos abordajes. Una revisión sistemática y metátesis cualitativa”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol.55 (5), 2020, pp. 289-299, p. 296.

¹²⁷ BARRIO TRUCHADO, Elena, PINZÓN PULIDO, Sandra, SANCHO, Mayte, GARRIDO PEÑA, Francisco, “Ciudadanía activa y personas mayores: viejos conceptos, nuevos abordajes. Una revisión sistemática y metátesis cualitativa”, cit., pp. 296.

¹²⁸ DUQUE, JM., MATEO ECHANOGORRIA, A., (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, IMSERSO, 2008, cit., p. 32.

¹²⁹ IMSERSO, “La participación de las personas mayores es uno de los pilares del envejecimiento activo”, MAYORES UDP, 2018, disponible en <https://mayoresudp.org/la-participacion-de-las-personas-mayores-uno-de-los-pilares-del-envejecimiento-activo/> (última consulta 9 de julio de 2023).

desarrollo de la percepción de *propósito* o de *sentido* de la vida”¹³⁰. Por otro lado, la actividad política, no sólo de manera transitoria como la participación en huelgas o la asistencia a manifestaciones, sino también a través de la afiliación a partidos políticos o sindicatos, aprovechando el peso demográfico para ganar representatividad y una plataforma para sus propias reivindicaciones. Algunos ejemplos de ellos en España están el Consejo Estatal de Personas Mayores y los Consejos Regionales y Municipales.

Finalmente, el aprendizaje continuo, a través de cursos y talleres de alfabetización y programas universitarios, pero también de programas tendientes a fortalecer el estado de salud como aquellos para el mantenimiento y/o recuperación de la memoria, entre otros¹³¹; y el aprovechamiento del ocio y el tiempo libre, entre los que se ubican, entre muchas opciones, el turismo y la religión. De hecho, un estudio realizado en diez países europeos, entre los que se encontraban España, que buscaba determinar la relación entre participación social y cambios en síntomas de depresión en personas mayores concluyó que “la participación en actividades religiosas era la única forma de participación social asociada con una disminución de síntomas depresivos”¹³².

El desplazamiento de la participación social de personas mayores hacia el centro de la literatura especializada en gerontología y geriatría ha motivado investigaciones sobre la temática que establecen la relación directa entre participación social y procesos de empoderamiento de las personas mayores, así como con “el aumento de posibilidades de resolver los problemas que los involucran, de tomar decisiones y de mejorar sus condiciones de vida”¹³³. Esta relación se encuentra respaldada por evidencia empírica que demuestra los beneficios que la participación social genera en la salud física y mental de las personas mayores, entre las que podemos destacar: la preservación de la capacidad cognitiva¹³⁴, dado que la persona mayor al participar en reuniones, por ejemplo, se mantiene conectado al tiempo y al espacio lo cual estimula los sistemas sensoriales, la autoestima, la afectividad, el apoyo emocional y psicológico¹³⁵; la disminución de síntomas depresivos¹³⁶, así como el deseo de suicidio¹³⁷; el aumento de las actividades de

¹³⁰ IMSERSO, “La participación de las personas mayores es uno de los pilares del envejecimiento activo”, MAYORES UDP, 2018, disponible en <https://mayoresudp.org/la-participacion-de-las-personas-mayores-es-uno-de-los-pilares-del-envejecimiento-activo/> (última consulta 9 de julio de 2023).

¹³¹ DUQUE, JM., MATEO ECHANOGORRIA, A., (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, cit., p. 35.

¹³² CROEZEN, S., AVENDANO, M., BURDORF, A., VAN LENTHE, FJ., “Social participation and depression in old age: a fixed-effects analysis in 10 European countries”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 182, no. 2, 2015, pp. 168–176, p. 173.

¹³³ ARIAS, C.J., “El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad”, *Revista Kairós Gerontología*, vol. 16, no. 4, 2013, pp.313-329, p. 318.

¹³⁴ SAKAMOTO, A., UKAWA, S., OKADA, E., SASAKI, S., ZHAO, W., KISHI, T., ET AL., “The association between social participation and cognitive function in community- dwelling older populations: Japan Gerontological Evaluation Study at Taisetsu community Hokkaido”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 32, no. 10, 2017, pp. 1131-1140.

¹³⁵ SEPULVEDA-LOYOLA, Walter, DOS SANTOS LOPES, Rosielma, TRICANICO MACIEL, Renat, y SUZIANE PROBST, Vanessa, “Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa”, cit., p. 344.

¹³⁶ BOURASSA, Kyle J., MEMEL, Molly, WOOLVERTON, Cindy, SBARRA, David A., “Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: comparisons with physical health, depression, and physical activity”, *Aging and Mental Health*, vol. 21(2), 2017, pp. 133–146.

¹³⁷ BERNIER, Sylvie, LAPIERRE, Sylvie, DESJARDINS, Sophie, “Social Interactions among Older Adults Who Wish for Death”, *Clinical Gerontologist*, vol. 43(1), 2020, pp. 4–16.

la vida diaria¹³⁸, las que a su vez traen consigo aumento en la capacidad funcional y sistémica¹³⁹.

Por lo anterior se ha concluido que las personas mayores que son socialmente activos presentan mayor funcionalidad, más hábitos saludables, menor número de comorbilidades y bajo riesgo de mortalidad que aquellos que no participan de organizaciones comunitarias¹⁴⁰. En ese sentido, en principio, es plausible inferir que las personas que tienen mayor participación social y comunitaria tienen menos riesgos de desarrollar enfermedades, deterioros en la salud y dependencia, posiblemente reduciendo a la vez los riesgos de iniciar un itinerario de institucionalización al menos por motivos de salud.

Ahora bien, la participación social de las personas mayores en organizaciones sociales y/o grupos comunitarios propicia a su vez la construcción de redes de apoyo de las que se proveen apoyos sociales a estas personas, entendidos estos como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación, que generan en las personas mayores bienestar, reduciendo los sentimientos de aislamiento y el aumento de conductas saludables¹⁴¹. En esa misma línea, la OMS reconoció el apoyo social como uno de los principales determinantes del envejecimiento activo y como uno de los factores cardinales que mejoran la salud, la participación y la seguridad. Asimismo, resaltó cómo el apoyo social inadecuado se asocia con el aumento de la morbilidad, la mortalidad y el deterioro de la salud¹⁴². Posteriormente, cuando introdujo el concepto de envejecimiento saludable reforzó la importancia del entorno y de las relaciones sociales como factores intervinientes en este¹⁴³.

Los apoyos sociales tienen dos tipos de fuentes: formal e informal, destacándose primordialmente en esta última la familia – sobre todo en cabeza de hijos/as y cónyuges – así como amigos y vecinos y, en términos generales, personas de la comunidad que proveen ayudas y cuidados no estructurados complementarios a aquellos que brindan los gobiernos; mientras que las fuentes formales son todos aquellos subsidios y programas de prestación de servicios sociales tanto públicos como privados. Sin embargo, estas redes no son estables a lo largo de la vida, por lo que el apoyo que estas brindan también fluctúa con ellas. En la etapa de la vejez se experimentan muchos cambios que pueden producir

¹³⁸ TOMIOKA, Kimiko, KURUMATANI, Norio, HOSOI, Hiroshi, “Association Between Social Participation and 3-Year Change in Instrumental Activities of Daily Living in Community-Dwelling Elderly Adults”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 65(1), 2017, pp. 107–113.

¹³⁹ DA SILVA, EM., SEPÚLVEDA-LOYOLA, W., MARTINS DA SILVA, J., CASTILHO DOS SANTOS, G., PEREIRA, C., “Comparación entre simple y doble tarea, capacidad cognitiva y equilibrio postural en adultos mayores que participan de tres modalidades de ejercicio físico”, *Revista Fisioterapia*, vol. 42(1), 2020; pp. 33- 38.

¹⁴⁰ SEPÚLVEDA-LOYOLA, Walter, DOS SANTOS LOPES, Rosielma, TRICANICO MACIEL, Renat, y SUZIANE PROBST, Vanessa, “Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa”, cit., p. 345.

¹⁴¹ CASTELLANO FUENTES, Carmen Luisa, “La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 14 (3), 2014, pp. 365-377, p.365.

¹⁴² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GRUPO ORGÁNICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD MENTAL, DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ENVEJECIMIENTO Y CICLO VITAL, “Envejecimiento activo: un marco político” cit., pp. 74-105.

¹⁴³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS], *Década del envejecimiento saludable*, OMS, 2019, disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4 (última consulta 5 de julio de 2023).

disrupciones en la red de apoyo social, reducir su tamaño y su funcionalidad. Las razones fundamentales que se destacan son: la pérdida de relaciones en la vejez por la muerte de sus propios familiares y amigos, la jubilación, el ingreso a una residencia y las escasas oportunidades de incluir nuevos vínculos a su red¹⁴⁴. Así lo reconoce una de las informantes de la presente investigación:

Yo lo digo mucho cuando hacemos formaciones “no es lo mismo 65 años que 65 años”, y todo el mundo lo entiende. Eso quiere decir, que puede haber algo diferencial en torno al envejecimiento, pero no es tan diferencial como el resto de la población. Lo diferencial si puede tener que ver con que se vayan perdiendo relaciones sociales, en la medida en que me voy haciendo mayor, por un lado, los hijos/as, personas dependientes menores vuelan de casa, por otro lado, las personas mayores a quienes están cuidando mueren, por otro lado, me jubilo y pierdo también esa área de relaciones, y por otro lado mis amigos y amigas puede ser que fallezcan también y pierdo esa área de relaciones (EPM14-24.03-Tercer Sector).

Esto no quiere decir que las redes de apoyo en la vejez sean inexorablemente escasas e insuficientes, sino que en estos escenarios disponer de apoyo social es fundamental, tanto por su asociación con el bienestar integral como por la necesidad de contar con apoyo para las AVD¹⁴⁵. Contrario de la creencia generalizada de que el deterioro de la salud y la consecuente dependencia es el factor determinante de la institucionalización, la decisión de internamiento resulta de la combinación del deterioro cognitivo junto con la falta de voluntad de las personas con quienes se convive de prestar los cuidados a las personas mayores y la falta de servicios comunitarios¹⁴⁶. Hay otros autores que han aseverado que no es el deterioro de salud el factor determinante de la institucionalización, sino la falta de apoyo social¹⁴⁷.

En algunos casos son las propias personas mayores quienes se inclinan por ingresar a residencias motivados por la pérdida o contracción de sus redes de apoyo informal. En un estudio sociológico sobre la institucionalización de personas mayores en el País Vasco explicaba que en la muestra estudiada el factor desencadenante de la mayoría de los casos había sido la muerte de la persona con quien convivían. Para algunos se trató de su cónyuge, en otros casos la muerte de sus compañeros/as de vivienda-no familiar¹⁴⁸. Muchas veces ocurre porque se genera una desarticulación con su entorno, lo que deviene en una pérdida del sentido de pertenencia a una comunidad, creando o reforzando sentimientos de soledad y empujando a la propia persona a decidir institucionalizarse. Así lo confirma otra de las profesionales informantes de la investigación:

Luego también un poco pues a nivel comunitario el hecho de que no exista o que se esté perdiendo un poco, que es verdad que aquí lo vemos menos porque

¹⁴⁴ ARIAS, Claudia J., “La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación”, *Revista de Psicología da IMED*, vol.1 (1), 2009, pp. 147-158, p. 151.

¹⁴⁵ XIFRA, M^a Julia, “Perfil sociodemográfico y apoyo social percibido de personas mayores en condiciones de vulnerabilidad”, *Revista Ocupación Humana*, vol. 20(2), pp. 10-24, p. 14.

¹⁴⁶ TOBIN, S., LIEBERMAN, M., “Nursing Homes and retirement communities”, en GRANDALL, RG., *Gerontology: A behavioral Science Approach*, Newbery Award Records, New York, 1976, pp. 308-340, p. 312.

¹⁴⁷ GRANDALL, Richard G., *Gerontology: A behavioral Science Approach*, Newbery Award Records, Nueva York, 1980.

¹⁴⁸ BAZO, María Teresa, “Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico”, *Revista Española de Investigaciones sociológicas*, no.53, 1991, pp. 149-164, p. 151.

estamos hablando de municipios pequeños que todavía en ese sentimiento de comunidad están presente, pero que poco a poco se vaya perdiendo también hace que tú no te sientas parte de, y que se pierdan esos apoyos que puedes encontrar fuera: quizá no tengo familia pero tengo a mi vecina, o sé que la persona que tengo en la tienda de en frente está más o menos atenta a que me pueda ocurrir algo. Esa desvinculación que hay a nivel comunitario también favorece a que las personas puedan llegar a marchar de sus domicilios (EPM7-14.03-Tercer Sector).

Reconociendo lo anterior, la literatura destaca preferentemente las ventajas de contar con una red variada de apoyos informales en el bienestar integral de las personas mayores al proveer los recursos para la satisfacción de necesidades, el sentido del valor social y la potenciación de la autoestima, así como el aumento en los niveles de calidad de vida en la vejez. Además, ofrece la posibilidad de abordar diversas problemáticas – entre ellas el ingreso a residencias para personas mayores – y el diseño de alternativas de tratamiento y cuidado adecuadas a cada caso en particular¹⁴⁹. Por ejemplo, en un estudio comparativo sobre redes de apoyo se buscó medir la relación entre apoyos sociales y el ajuste biopsicosocial (autoestima, ánimo depresivo y percepción de salud física) de personas de 69 años, algunas viviendo en residencias y otras en la comunidad¹⁵⁰. Como resultado se obtuvo que el grupo de personas en residencias presentó bajos niveles de ajuste psicosocial caracterizado por la falta de apoyo social en todas sus variantes (red de apoyo, apoyo funcional, reciprocidad, apoyo informal en la comunidad y apoyo formal) con respecto a aquellas que residían en su comunidad. Aunado a lo anterior, el primer grupo presentó bajos niveles de una autoestima familiar y física, así como bajos niveles de salud (mayor depresión). Sin embargo, el estudio identificó nuevas fuentes potenciales de apoyo para personas residentes, toda vez que estas mostraron un mayor apoyo por parte de amistades que de familiares, en contraste con el grupo que reside en sus hogares, en una especie de proceso de sustitución de las fuentes de apoyo.

Por todo lo antes expuesto, es plausible identificar una relación entre participación social e institucionalización, asumiendo que la falta de aquella puede presentarse como un factor desencadenante o de riesgo para el inicio de un itinerario de institucionalización, toda vez que la baja participación social y comunitaria genera impactos negativos en la salud, en algunas ocasiones acelerando el deterioro cognitivo y la dependencia en la etapa de la vejez, pero también porque la vejez ocurre en contextos de escasos apoyos formales e informales, propiciando las condiciones necesarias para decidir ingresar a la residencia, ya sea por parte de los familiares a cargo de la persona mayor o por la propia persona mayor.

En todo caso, para hablar sobre inclusión plena de las personas mayores y la promoción de un envejecimiento activo es necesario que exista una complementariedad de las fuentes de apoyos (formales e informales) a fin de optimizar las respuestas a las nuevas problemáticas que se presentan de cara al envejecimiento demográfico, pero, sobre todo, para dar respuestas a las demandas de los colectivos de las personas mayores que “quieren participar en la sociedad a través del trabajo, quieren seguir siendo parte

¹⁴⁹ ARIAS, Claudia J., “El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad”, *Revista Kairós Gerontología*, vol. 16(4), 2013, pp.313-329, p.318.

¹⁵⁰ HERRERO, Juan, GRACIA, Enrique, “Redes Sociales de Apoyo y Ajuste Biopsicosocial en la Vejez: Un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial”, *Intervención Psicosocial*, vol. 14(1), 2004, pp. 1-10.

activa a través de la solidaridad intergeneracional, quieren seguir formándose para ser un miembro activo de la comunidad, quieren ser agentes de sus propias decisiones y quieren seguir siendo ciudadanos de pleno derecho, al participar en la toma de decisiones políticas como mandatarios y representantes en los órganos de decisión política”¹⁵¹.

No basta solo la voluntad proveniente del colectivo de personas mayores de participar en los distintos espacios sociales y comunitarios, sino que se requiere contar con los espacios y los aspectos materiales para poder llevar a cabo la participación social y comunitaria. Así lo expresa una informante de la investigación que comenta la falta de respuesta institucional para responder a los deseos y necesidades de participación de las personas mayores en Madrid.

Luego hay otra cosa que me parece muy importante y que se está, desgraciadamente, eliminando, por lo menos aquí en la comunidad de Madrid, que es la participación comunitaria. Eso me parece muy muy importante, no tiene nada que ver con los voluntarios. Tiene que ver con que las personas, la sociedad civil se organiza para tener una vida mejor. Entonces hay centros sociales, hay centros culturales, están los centros de mayores... Los centros de mayores están financiados por el ayuntamiento y son un lugar de reunión y de participación comunitaria donde las personas mayores van y hacen ejercicio, aprenden idiomas, aprenden ordenadores, hacen excursiones, hacen visitas culturales, hablan de sus vidas, se ayudan unos a otros, comparten todo lo que tenemos y son centros de promoción de la salud. Son muy importantes, centros agentes de la promoción de la salud de los mayores. Pues esos los quieren quitar, los quieren quitar porque ahora están diciendo por ahí que no cumplen lo que se pretende, que quién sabe qué es lo que se pretende. Los están cuestionando. En cambio, yo lo que haría sería promocionarlos y darles más autogestión, más autogestión de decir: ¿ustedes qué necesitan? ¿qué medios necesitan? ¿qué personal necesitan? Discútanlo entre ustedes. Y vamos a hacer las cosas con ustedes, con los mayores. Los mayores no somos tontos, y tenemos que organizarnos, tenemos que decir lo que queremos, tenemos que decir cómo queremos vivir. Y podemos perfectamente organizarnos para mejorar nuestro nivel de vida, nuestra calidad de vida y nuestra salud. Es cuestión nuestra, pero por supuesto que necesitamos medios, no podemos hacerlo en medio de la calle (EPM4-09.03-Científica).

3.4.- Factores socioeconómicos (Bienestar material y accesibilidad a la vivienda)

La falta de recursos suficientes para envejecer en casa supone un factor de riesgo de institucionalización debido a la imposibilidad o dificultad de adquirir servicios y apoyos en el mercado y la insuficiencia de la provisión de recursos públicos en atención a las necesidades de las personas mayores. En estos escenarios, cobra relevancia examinar

¹⁵¹ BARRANCO, María Carmen, VICENTE, Irene, “La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos”, 2020, *HelpAge*, disponible en <https://www.helpage.org/spain/noticias/documento-de-helpage-espaa-sobre-la-discriminacion-por-razn-de-edad-en-espaa/> (última consulta 1 de julio de 2023), p. 19.

los recursos con que cuentan las personas mayores para poder identificar las condiciones materiales en que se encuentran y su relación con un mayor o menor riesgo de institucionalización. Como punto de partida se asume que existe una relación directamente proporcional entre la escasez de recursos y la institucionalización, de manera que, entre más pobreza, mayor riesgo de institucionalización y, por el contrario, a mayor bienestar material, menor riesgo de institucionalización. Como veremos a continuación, la literatura confirma esta premisa, pero, además es congruente con el imaginario colectivo, reflejado en ciertas afirmaciones de algunas personas informantes en la investigación cualitativa:

Nosotros lo que analizamos son la situación, bueno el perfil de la persona mayor que está con nosotros, todo lo que tiene que ver con la pobreza y riesgo de exclusión social de los hogares, porque claro, antes, si te das cuenta, no hemos mencionado en uno de los problemas la renta o la economía, claro, porque la situación de renta o de economía no se da en función de que eres mayor de 65 años, se da en función de tus circunstancias personales pero lo cierto es que la renta influye en los problemas que tienen las personas mayores porque en muchos casos los puede agudizar o no pueden aportar soluciones porque no tienen recursos para poder realizar esas necesidades de apoyo o lo que sea que tenga la persona, eso lo analizamos nosotros (EPM2-23.02-Tercer Sector).

La institucionalización es un fenómeno de pobres. Eso es así de claro. Si tienes dinero, no te institucionalizas nunca y eso es así. Es decir, si tienes dinero para poder tener dos cuidadores en tu domicilio, 2 enfermeras que tener en tu casa nunca estarás institucionalizado. Cuando estamos luchando contra la institucionalización de las personas mayores con dependencia, estamos luchando también contra la pobreza de alguna o al menos contra las consecuencias de la pobreza, eso de entrada (EPM1-23.02-Científico).

Esa percepción se relaciona con los orígenes de las residencias, las cuales surgieron como lugares de acogimiento de aquellas personas mayores que no tenían familias que pudieran apoyarlos y tampoco recursos para conseguir una atención que correspondiera con sus necesidades. Históricamente, estas instituciones acogían a las personas mayores desvalidas, entendiendo por desvalimiento la falta de capacidad personal para ganar dinero o para obtener recursos. En el contexto del Estado de Bienestar, las residencias surgen entonces como una manera de compensar la situación precaria que por las bajas pensiones se producía a las personas mayores. Su función principal no residía en prestar los apoyos para el desarrollo de la autonomía personal, sino para compensar la situación económica precaria de las personas mayores, tanto que para ingresar a ellas no había requisito de edad, sino que bastaba con ser jubilado¹⁵².

Con el desarrollo de los estudios en gerontología, desde un abordaje interdisciplinar se entiende que los problemas que aquejan a las personas mayores son más complejos y que son múltiples las razones por las cuales inician un proceso de institucionalización. Si bien se reconoce el papel determinante de aspectos como el sexo, género, estado de salud, nivel de dependencia, grado de participación social y comunitaria, apoyos sociales, lo cierto es que el bienestar material o la situación socioeconómica de las personas mayores sigue siendo uno de los factores determinantes de cara a la institucionalización. Pero abordar el bienestar material o, en vía negativa, la pobreza de las personas mayores

¹⁵² GUILLÉN SÁDABA, María Encarnación, “Vejez, pobreza y algunas alternativas a las residencias de ancianos ante la nueva situación social”, *Cuadernos de Trabajo Social*, no. 7, 1994, pp. 73-85, p. 81.

implica reconocer, *prima facie*, que la pobreza es un concepto muy amplio y complejo, lo que permite medirla teniendo en cuenta diferentes aspectos o desde conceptualizaciones diferentes, como concepto material, situación económica, condición social o, incluso, como juicio moral, desde las cuales se toman como referentes de la misma distintos aspectos (privación de necesidades sostenidas en el tiempo, control o acceso limitado sobre los recursos, ingresos, consumo, desigualdad, posición desventajosa, dependencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de derechos, exclusión social, etc.)¹⁵³. Se puede inferir que la pobreza es un problema multidimensional, de manera que para abordarla no se debe limitar la comprensión a algunos de estos aspectos, sino reconocer el impacto de cada uno de ellos en la experiencia vital de las personas. En esa línea, es indiscutible que las necesidades vitales insatisfechas, bien por un limitado acceso a los recursos –tanto propios como públicos– o por otras causas posicionan a las personas en una situación desfavorable y de vulnerabilidad en la que su experiencia vital no se encuentra en condiciones socialmente aceptadas como dignas.

En el caso de las personas mayores existen factores socioeconómicos concretos que juegan un papel determinante de cara a un riesgo de institucionalización, entre los cuales podemos identificar: a) la insuficiencia de recursos en atención a sus necesidades, tanto por la falta o insuficiencia de ingresos propios como por la deficiencia en la prestación de servicios sociales y sanitarios aportados por el Estado, así como por su situación habitacional. En concreto, la suficiencia o deficiencia de los recursos económicos, que pueden representarse en pensión (sea por vejez, jubilación, incapacidad, etc.) cualesquiera otras fuentes de ingresos; b) las deficientes prestaciones económicas como las subvenciones de los distintos programas estatales de apoyo a las personas mayores y para la atención a la dependencia; c) la falta de vivienda temporal, casos en que las personas mayores se encuentran en situación de sinhogarismo ya sea porque tienen albergue o refugio nocturno, pero pasan muchas horas al día en espacio público, o porque residen en albergues y centros para gente sin hogar; o la exclusión residencial expresada en vivienda insegura (régimen de tenencia inseguro; bajo amenaza de desahucio (acoso inmobiliario o *blockbusting*); bajo amenazas de violencia por parte de la pareja o de la familia) o vivienda inadecuada (en estructuras temporales y no convencionales como caravanas, edificaciones no convencionales o estructuras temporales; alojamiento impropio como un edificio ocupado; hacinamiento extremo)¹⁵⁴.

De acuerdo con un informe reciente de la Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social, el importe de las pensiones tiene un destacado impacto en la generación de pobreza. Como se sabe, en la etapa de vejez el ingreso principal de las personas de 65 años y más proviene de una pensión, cualquiera sea el tipo, los cuales suelen ser fijos. Pues en estas condiciones, las variaciones de su tasa de pobreza dependen fundamentalmente de los cambios anuales del umbral de pobreza y muy poco de sus variaciones de ingresos. Por esta razón, normalmente, entre las personas mayores la tasa de pobreza y el umbral de pobreza se modifican en el mismo sentido; aumentan ambos o

¹⁵³ SPICKER, Paul, “Definiciones de pobreza: doce grupos de significados”, en SPICKER, Paul, ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S., GORDON, D., *Pobreza: un glosario internacional*, CLACSO, Buenos Aires, 2009, pp. 291-306.

¹⁵⁴ BRAVO GAMO, Fátima, “Personas mayores, vulnerabilidad y exclusión residencial: relatos autobiográficos de las causas que lo promueven”, Universidad de Deusto, 2022, pp. 87, p. 37.

disminuyen ambos al mismo tiempo¹⁵⁵. Para el año 2021 esta Red realizó un informe titulado “El mapa de la pobreza severa en España” en el que identificó que el grupo de personas mayores en pobreza severa representaba el 10 % del total, explicando que estas se encontraban en esta situación debido a una cuestión puramente estructural que no puede ser modificada en absoluto por sí mismas. Además, puso de manifiesto que esta situación en el contexto español se recrudece dado que estas personas quedan fuera del nuevo Ingreso Mínimo Vital, cuyo requisito de edad es tener entre 23 y 65 años, o a partir de 18 años si tienen menores a cargo¹⁵⁶.

Según datos de 2022, la Seguridad Social en España contabiliza 9,9 millones de pensiones, de las cuales 6,23 millones son pensiones de jubilación y 2,35 millones de pensiones de viudedad, de lo que se concluye que “prácticamente la totalidad de las personas mayores recibe alguna prestación económica del sistema público de pensiones (directamente o a través de la pensión del cónyuge)”¹⁵⁷. Sin embargo, en estos contextos la cobertura no parece ser tanto el problema, sino la intensidad de la prestación, es decir la suficiencia de esta para cubrir las necesidades vitales de las personas mayores. Por ejemplo, la misma Red para el año 2022 develó que, si bien en España se habían reconocido más pensiones que en el año anterior, del total de pensiones reconocidas el 35,8 % tienen un importe inferior al umbral de pobreza¹⁵⁸.

Aunado a lo anterior, las mujeres mayores enfrentan mayores condiciones de precariedad toda vez que se sigue presentando la brecha de género en las pensiones, y para el caso de España la brecha se sitúa en el 31,2% entre hombres y mujeres, un porcentaje similar a la media de la Unión Europea (29,1%)¹⁵⁹. En este aspecto en particular merece la pena considerar la posición económica de las personas mayores desde un enfoque de género, no sólo por la brecha de pensiones, sino también porque muchas mujeres dedicaron toda su vida de la etapa productiva a realizar actividades para la

¹⁵⁵ LLANO, Juan Carlos, “El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020”, Madrid: European Anti-Poverty Network. EAPN, 2021, disponible en <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/avance-resultados-abril-2023.pdf> (última consulta 5 de julio de 2023).

¹⁵⁶ RED EUROPEA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL, *El mapa de la pobreza severa en España. El paisaje del abandono*, EAN, 2021, disponible en https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1631256170_informe-paisaje-abandono-eapn_vf.pdf (última consulta 10 de julio de 2023).

¹⁵⁷ PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNANDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos*, Informes Envejecimiento en red n° 29, 2022, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf> (última consulta 20 de junio de 2023).

¹⁵⁸ LLANO, Juan Carlos, *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020*, Madrid: European Anti-Poverty Network. EAPN, 2021, disponible en <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/avance-resultados-abril-2023.pdf> (última consulta 5 de julio de 2023).

¹⁵⁹ PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNANDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos*, Informes Envejecimiento en red n° 29, 2022, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf> (última consulta 20 de junio de 2023).

reproducción social como son las tareas del hogar, las cuales no tienen ningún tipo de reconocimiento económico. Y aquellas que sí reciben pensiones, lo hacen en condiciones precarias. Precisamente, del 35,8% de las pensiones que se encuentran bajo el umbral de pobreza se incluyen en el grupo el 39,0 % de las de incapacidades permanentes, el 28,9 % de las de jubilaciones y el 46,6 % de las de viudedad, casi todas percibidas por mujeres. También deben incluirse el 80,4 % de las de orfandad y, aunque son muy pocas, el 74,1 % de las de favor familiar¹⁶⁰.

Con ingresos por debajo del umbral de la pobreza parece plausible pensar que las personas mayores no puedan cubrir todos los gastos en los que pueden incurrir día a día. En estos contextos, el acceso a prestaciones sociales y/o subsidios por parte de las personas mayores, así como una suficiente prestación de servicios en atención a sus necesidades es de suma relevancia para paliar la presión generada por los bajos ingresos percibidos. Sin embargo, como se analizó en el apartado de apoyo a la dependencia, ni la intensidad ni el catálogo de servicios ofertados por el SAAD son suficientes para cubrir las necesidades de las personas mayores dependientes. Asimismo, las prestaciones económicas vinculadas a la adquisición de un servicio presentan importes insuficientes¹⁶¹. Aun así, por la falta de flexibilidad del sistema (incompatibilidades), se presenta una prelación de prestaciones económicas a los servicios de la red y sólo de manera excepcional, se reconoce al beneficiario que está siendo cuidado por su familia, una prestación económica para cuidados familiares. Como se ve, “estamos ante un sistema que favorece la institucionalización y no la vida independiente”¹⁶².

Algunas personas entrevistadas para efectos de la presente investigación reflexionando sobre el grado de riesgo de institucionalización que representa el mayor o menor bienestar material de las personas mayores han identificado la relación de la limitación de recursos económicos, en especial con el bajo importe de las pensiones, con la dificultad de adquirir servicios y apoyos privados – domésticos, por ejemplo – así como públicos en atención a las necesidades de las personas mayores con el ingreso a residencias.

(...) si, hay muchas personas mayores que viven..., especialmente las más vulnerables y que tienen una pensión mínima, que no tienen la capacidad o posibilidad de tener unos servicios de apoyo en el domicilio como necesitarían ¿no? y hay una escasez de apoyos y recursos en el domicilio, entonces se ven obligados a tener que pedir una residencia, pues pública que a veces está fuera de su entorno donde han vivido siempre y bueno, que es la única opción que tienen (EPM8-14.03-Tercer Sector).

(...) es importantísimo, no importante sino importantísimo es el factor económico eh como todo en esta vida si tienes dinero es más fácil de solucionar, entonces toda esta falta de recursos si tienes medios económicos, los puedes hacer de manera privada, se puede suplir de manera privada, si hay si hay dinero entre

¹⁶⁰ LLANO, Juan Carlos, El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020, Madrid: European Anti-Poverty Network. EAPN, 2021, disponible en <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/avance-resultados-abril-2023.pdf> (última consulta 5 de julio de 2023).

¹⁶¹ RAMÍREZ-NAVARRO, JM., REVILLA CASTRO, A., FUENTES JIMÉNEZ M., SANZ YAGÜEZ D., CAVERO CANO G., *XXII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, cit.

¹⁶² BARRANCO, María Carmen, VICENTE, Irene, “La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos”, cit. p. 17.

medias puedes pagarte una persona que vaya a atenderte las 24 horas de casa en casa eh pues casi todo no? o si, si quieres ir a un centro de día y no hay plazas de manera pública siempre vas a tener la opción de poder ingreso o de poder ir a acudir a ciertos sitios de manera privada ¿no? pagando con recursos económicos es muchísimo más sencillo (EPM13-15.03- tercer Sector).

En estos contextos, las personas mayores frecuentemente no disponen de recursos suficientes para afrontar gastos importantes como la vivienda, hacer las reformas necesarias o, simplemente, pagar las mensualidades del alquiler. En consecuencia, afrontan dificultades para acceder a una vivienda adecuada, habitando espacios en condiciones deficientes (situaciones de infravivienda, chabolismo, viviendas no adecuadas a sus necesidades, o e edificios casi ruinosos), o, sencillamente de disponer de alojamiento. En principio la problemática que se avizora es si las personas mayores tienen el derecho a la vivienda cubierto. De acuerdo con cifras tomadas por el IMSERSO para el 2022, la mayoría de los españoles mayores de 16 años tienen la vivienda en propiedad y, específicamente, para el caso de las personas mayores de 65 años el 89,1% es propietario de su vivienda¹⁶³. Sin embargo, existen muchos otros problemas que siguen latentes aun cuando la persona mayor es propietaria de su vivienda. La más importante sería la adecuación de la vivienda. Ya que, a medida que aumenta la edad, aumentan tendencialmente las limitaciones físicas, y cuanto mayor son las necesidades de las personas mayores, mayor es la necesidad de adaptación de la vivienda, lo que no siempre ocurre.

El problema de la vivienda de las personas mayores adopta pues varias formas que se pueden manifestar como problemas de accesibilidad y movilidad, debido a una inadaptación de las viviendas a sus necesidades. A veces la inadecuación de la vivienda no compromete gravemente la realización de las tareas diarias, pero supone inconvenientes, de mayor o menor entidad. Por ejemplo, la inadaptación de los baños y de la cocina, o de aspectos dimensionales (adecuación de pasillos) y la falta de determinadas instalaciones como es el agua caliente, la calefacción, entre otros. En otras ocasiones, sin embargo, la inadaptación de la vivienda supone un verdadero impedimento para la realización adecuada de las actividades diarias. Podemos estar hablando, en muchos de esos casos de *infravivienda*, esto es, cuando la vivienda es extremadamente inadecuada, ya sea por su estado de conservación por deficiencias estructurales, la falta de instalaciones básicas u otros factores que impiden su habitabilidad¹⁶⁴.

De acuerdo con la tenencia de la propiedad, las cifras muestran que la mayor parte de las personas mayores en España son propietarias de la vivienda que habitan. Ello no desvirtúa los problemas que pueden enfrentar aquellos que se encuentran en régimen de alquiler, ya sea por el alto coste del alquiler que no puede ser asumido por los ingresos—principalmente la pensión— de la persona mayor, o, incluso por encontrarse en régimen de alquiler indefinido con muy bajas actualizaciones por sus bajos ingresos. Estos últimos se encuentran en mayor exposición al fenómeno del *mobbing* o acoso inmobiliario, que pretende liberar la vivienda de inquilinos poco rentables. Así lo ha confirmado el Centro

¹⁶³ PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNANDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos*, cit., p.28.

¹⁶⁴ BOSCH MEDA, Jordi, “El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña”, *Architecture, City and Environment ACE*, vol.1 (1), 2006, pp. 80-101, p. 84.

Internacional sobre el Envejecimiento, según el cual estos se encontraban en mayor situación de vulnerabilidad dado que la renta antigua, regulada por la Ley de arrendamientos urbanos de 1964, refería alquileres firmados antes del 9 de mayo de 1985. Así, por meras cuestiones lógicas temporales, estos eran mayoritariamente hogares de personas mayores¹⁶⁵.

Las estadísticas disponibles confirman algunos de estos problemas identificados. De acuerdo con el informe *Envejecer en casa ¿Mejor en el pueblo o en la ciudad?* realizado por el Observatorio Social de La Caixa, develó que el 20,1% de las personas mayores de 65 años en España (1.596.675 personas) reside en viviendas que sufren una vulnerabilidad residencial extrema, definida por la acumulación de problemas graves en la vivienda, identificando como los más graves no tener aseo en el interior de la vivienda, no tener agua corriente, no tener sistema de alcantarillado público y vivir en edificios en mal estado; y como los más comunes, la falta de accesibilidad y la falta de calefacción¹⁶⁶.

Otro escenario para tener en cuenta y que revela un problema aún más acuciante que el anterior, es el relativo a la exclusión residencial, esto es, el *sinhogarismo*. De acuerdo con Grenier et al., las causas de la exclusión residencial en personas mayores se debían a: “a) las propias vulnerabilidades de las personas, como estar en situación de pobreza o exclusión social; b) factores estructurales, como una vivienda inadecuada o insegura; y c) la ausencia de una red social y familiar ya sea formal o informal”¹⁶⁷.

Tomando como ejemplo la situación de *sinhogarismo* en personas mayores del País Vasco, de acuerdo con el “V Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2020” tenemos que, debido a la edad, el grupo que predomina es 18-29 años (32,9%), seguido del de 45-64 años (28,8%) y 30-44 años (25,6%). Del total de las 2.797 personas encontradas que se contabilizaron en situación de calle en el estudio, el 8,7% pertenecen al grupo de edad de menores de 18 años (243 personas) y el 2,8% restante pertenece a personas mayores de 65 años (79 personas)”¹⁶⁸.

Contar con una vivienda adecuada es de vital importancia para todas las personas. Pero para las personas mayores y, con mayor razón aquellas que tienen alguna discapacidad o enfermedad que genere algún deterioro en su salud, las adecuaciones de las viviendas son trascendentales para el desarrollo de su autonomía personal. Sin embargo, los problemas de vivienda y las deficiencias asistenciales son aún hoy rémoras extendidas en la vida de las personas mayores. Por ello, no es sorprendente que la deficiencia en las viviendas de personas mayores sea identificada un factor de riesgo de

¹⁶⁵ LEBRUSCÁN MURILLO, Irene, , “Acoso inmobiliario en la vejez y vulneración del derecho a la vivienda”, CENTRO INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 2019, disponible en <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/acoso-inmobiliario-en-la-vejez-y-vulneracion-del-derecho-la-vivienda> (última consulta 11 de julio de 2023).

¹⁶⁶ LEBRUSCÁN MURILLO, Irene, *Envejecer en casa ¿Mejor en el pueblo o en la ciudad?*, Observatorio social de La Caixa, 2018, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/envejecer-en-casa-pueblo-o-ciudad-> (última consulta 11 de julio de 2023).

¹⁶⁷ GRENIER, Amanda, BARKER, Rachel, SUSSMAN, Tamara, ROTHWELL, David, BOURGEOIS-GUÉRIN, Valérie, & LAVOIE, Jean-Pierre, “A Literature Review of Homelessness and Aging: Suggestions for a Policy and Practice-Relevant Research Agenda”, *Canadian Journal on Aging*, vol. 35, no. 1, 2016, pp. 28-41.

¹⁶⁸ SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL [SIIS], *IV Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2018*, Diputación Foral de Gipuzkoa, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, 2019.

ingreso a residencias en el discurso de algunas de las personas profesionales informantes de la investigación cualitativa

(...) sobre todo, por falta de apoyo familiar, dificultades de movilidad porque nos encontramos con viviendas que no están para nada adaptadas, tampoco el entorno está adaptado para que una persona, aunque pueda salir de su casa que muchos hay muchos casos en esta zona ya es complicado, porque la mayoría de las viviendas tienen escaleras por lo cual, si tu movilidad empeora, la posibilidad de salir de tu casa se reduce bastante. Ehh... y luego a nivel de las calles, a nivel de estructura e infraestructura no está acondicionado tampoco para personas con movilidad reducida. Con lo cual yo creo que la movilidad reducida, la falta de apoyo familiar y la de apoyo social son los factores fundamentales (EPM5-09.03 Tercer Sector).

4.- Conclusiones y recomendaciones

4.1.- Conclusiones

En este momento del estudio, podemos recoger las siguientes conclusiones:

1.- Son especialmente relevantes los conceptos de vulnerabilidad y fragilidad: el segundo tiene una naturaleza diagnóstica, debiendo abarcar una concepción holística de la salud que tenga en cuenta las dimensiones subjetivas y contextuales de la persona mayor y no solo los aspectos biológicos o fisiológicos.

2.- Los factores personales de institucionalización se conectan con los siguientes aspectos: género y edad, estado de salud y dependencia, bienestar emocional y soledad. Los factores contextuales se relacionan con la red de apoyo institucional y de atención a la dependencia, bienestar material, condiciones y accesibilidad de la vivienda, participación social y comunitaria.

3.- Es necesario tener siempre en cuenta que los factores más personales tienen una marcada dimensión social y que los contextuales impactan grandemente sobre el bienestar y el ejercicio pleno de los derechos de los individuos, por lo que la delimitación entre factores personales y contextuales no resulta tan nítida como pudiera parecer, teniendo más bien un carácter operacional y didáctico. Además, frecuentemente, los diferentes factores de riesgo están estrechamente relacionados entre sí.

4.- El género y la edad constituyen primera dimensión de factores de riesgo y desencadenantes de institucionalización que corresponde a factores que podemos denominar demográficos. En concreto, y de forma general, serían factores de riesgo para la institucionalización la edad avanzada (más de 80 años) y el ser mujer. No obstante, en determinadas situaciones, el hecho de ser hombre puede resultar igualmente un factor de riesgo desencadenante para el inicio de un itinerario de incapacitación, especialmente cuando se asocia a la soledad y a la viudez.

5.- La experiencia de envejecimiento, en determinados casos de institucionalización, de las personas mayores LGTBI presenta diferencias en relación con el resto de la población que deben ser tenidas en cuenta la hora de diseñar políticas públicas.

6.- Las personas mayores institucionalizadas suelen ser personas con un mal estado de salud, y tanto la dependencia para la realización de actividades de la vida diaria (ABVD), como la presencia de deterioro cognitivo incrementan significativamente el riesgo de ingreso. Muchas de las enfermedades que afectan a las personas mayores tienen, además, un carácter crónico o de larga duración. La complejidad de las personas con enfermedades crónicas tiene que ver con la pérdida de funcionalidad y la espiral de contactos con los servicios de salud, fragmentados y descoordinados, donde pacientes y familiares no saben qué hacer y se sienten desbordados por el laberinto de personas, entornos e intervenciones.

7.- La LAPAD plantea como objetivo principal reconocer un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal, subjetivo y perfecto: el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Como se reconoce, en informes oficiales, existen dificultades que complican la gestión eficaz del SAAD que tienen que ver con la agilidad y la flexibilidad, tanto por la lentitud del proceso como por la rigidez del procedimiento, la participación en muchos casos de demasiados actores mal coordinados, la insuficiencia de medios humanos y materiales, y por la falta de oferta suficiente de servicios y de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar como alternativa.

8.- Un buen bienestar psicológico en las personas mayores podría actuar como un factor de prevención de la institucionalización. No hay que olvidar que la depresión en los mayores supone un problema importante de salud, ya que se puede considerar como la enfermedad psiquiátrica más frecuente en ancianos en países desarrollados, y se asocia al sufrimiento y al incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud. Se encuentra además infradiagnosticada y, por lo tanto, infratratada.

9.- La soledad no deseada en personas mayores está unida al estado civil, siendo la viudedad uno de sus detonantes y un factor de institucionalización. La existencia de una esposa es un factor de protección relevante especialmente en el caso de los hombres.

10.- Las intervenciones integrales y coordinadas, que inciden en limitar o paliar la fragilidad giran en torno a tres cuestiones clave, pero interrelacionadas: el apoyo instrumental, el apoyo social y, finalmente, el apoyo emocional.

11.- Contar con servicios de apoyo a la dependencia podría presentarse como un factor de prevención del ingreso a residencias de personas mayores dependientes, toda vez que permite acceder a servicios que posibiliten su permanencia en el entorno familiar, como sucede con servicios como la atención a domicilio.

12.- La gestión del cuidado en España se caracteriza por un *familismo* y por un patrón de cuidado feminizado, que hunde sus raíces no sólo en la tradición cultural y las dinámicas de los modelos asistencialistas antecesores al modelo social en vigencia, sino también por la insuficiencia del sistema de cuidados proveídos por el Estado en atención a las necesidades específicas de las personas mayores y que trae como consecuencia inmediata la carga desproporcionada de los cuidados sobre los hombros de las familias, sobre todo, de las mujeres que para el caso de personas mayores se traduce estadísticamente en mujeres-hijas/esposas.

13.- Tradicionalmente se entiende que las redes de apoyo familiar a personas mayores y dependientes han servido como factor de prevención o retardador del proceso de institucionalización. Sin embargo, en un contexto de sobrecarga de los cuidados en cabeza de las familias, deficiencia en los servicios sociales en atención a las personas mayores y personas dependientes y escasos recursos propios para la adquisición de

servicios privados, los apoyos familiares pueden verse menguados por la presión que genera sobre el/la cuidador/a principal afrontar los cuidados en estas condiciones poco deseables, o, en su defecto, producir una corrupción y consecuente claudicación de los cuidados.

14.- La participación social y comunitaria de las personas mayores puede ser hoy vista como un factor de prevención de institucionalización en el marco del paradigma del envejecimiento activo que pone en valor la participación de las personas mayores en la sociedad y en sus comunidades. La centralidad de este concepto se vio respaldado por la demostrada relación directa entre participación social y comunitaria y un mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores e incluso como herramienta para la prevención de la dependencia, posibilitando que las personas mayores permanezcan en sus entornos familiares y comunitarios.

15.- En una lógica similar a la aplicada en las redes de apoyo familiar se identificó que los espacios creados para que las personas mayores materialicen su participación social y comunitaria tienen impactos diferenciados de cara a ralentizar el proceso de institucionalización. En todo caso, estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de conocer más sobre la efectividad de las vías de participación de las personas mayores puestas a generar mayores beneficios y lograr el mantenimiento de la persona mayor en su entorno familiar y comunitario.

16.- La pobreza de las personas mayores es un factor de riesgo de institucionalización relevante. Si bien se entiende que la pobreza es un concepto muy amplio cuya polisemia le permite ser medida desde distintas perspectivas y a través de distintos aspectos, la limitación de los recursos y, en especial, los bajos ingresos son una forma plausible de hacerlo. En ese sentido, para el caso de las personas mayores sus bajos ingresos -por el bajo importe de las pensiones- limitan sus posibilidades de envejecer en casa, pues no les permite acceder a servicios privados que complementen las ayudas -si las reciben- provenientes de cuidadores formales e informales, públicos o privados.

17.- En estos contextos de escasez material, surge como otro factor de riesgo de institucionalización la tenencia insegura de una vivienda o la tenencia segura de una vivienda inadecuada a las necesidades de las personas mayores. Los problemas de vivienda tienen múltiples manifestaciones de las que se destacan los problemas de accesibilidad y movilidad; la inadaptación de las viviendas; la infravivienda; la tenencia insegura de la propiedad y el régimen de alquiler; el aislamiento de la vivienda. Aunado a ello, se suma el fenómeno del sinhogarismo.

4.2.- Recomendaciones

1.- Algunos estudios apuntan en relación con la atención a las personas en situación de fragilidad hacia la necesidad de que el modelo quede vinculado tanto a la intervención individual (gestión del caso) con el objetivo de cubrir las necesidades y mejorar la calidad de vida de esta, como a la intervención comunitaria, haciendo una labor de sensibilización con los agentes sociales, para que apoyen la detección de las situaciones de fragilidad y a su vez faciliten la proximidad de estas personas a los recursos del entorno¹⁶⁹. Ello implica que la concreción de los apoyos que se precisan para el trabajo y desarrollo de

¹⁶⁹ ETXEBERRIA ERAUSKIN, Bakarne, GALLO RODRIGUEZ, Laura, “La fragilidad de las personas mayores de Gipuzkoa”, cit. p. 73.

intervenciones integrales y coordinadas, atendiendo a las distintas necesidades identificadas en torno a tres cuestiones clave específicas pero claramente interrelacionadas: el apoyo instrumental, orientado a la realización de trámites vinculados a los recursos sociales y económicos, organización del cuidado personal, orientación en la adecuación de los hábitos, asesoramiento en diversas gestiones como la lectura de facturas y otros documentos, etc.; el apoyo social y sentido de pertenencia, y, finalmente, el apoyo emocional, necesario para fomentar la seguridad y empoderamiento de la persona mayor, facilitando las relaciones significativas¹⁷⁰.

2.- A medida que aumenta el nivel de dependencia de las personas, la sostenibilidad de la atención en el hogar depende en encontrar “paquetes” de atención ajustados a las características de la persona con dependencia, a la situación familiar, sus recursos y capacidades. En este sentido “una verdadera promoción de la permanencia en el hogar pondría a disposición de los asistidos la posibilidad de combinar las siguientes opciones: servicios de cuidado en el domicilio para substituir en parte al cuidador/a principal; servicios fuera del domicilio (centros diurnos o nocturnos, servicios de respiro); ayudas técnicas y/o teleasistencia (para promover la autonomía de la persona y/o facilitar el cuidado realizado por sus cuidadores)”¹⁷¹.

3.- En el caso de las personas mayores LGTBI, la remoción de las barreras que encuentran en los itinerarios de institucionalización y que generan un impacto diferencial en sus vidas pasa por adaptar las estructuras desde un enfoque antidiscriminatorio e interseccional de derechos en diferentes ámbitos desde la revisión de los protocolos y documentos que se utilizan en la gestión administrativa para tener en cuenta las posibles diversidades afectivas y sexuales; políticas que permitan a las parejas del mismo sexo seguir viviendo juntas cuando estén institucionalizadas; políticas sanitarias que consideren la existencia y los derechos en la toma de decisiones críticas de las llamadas familias de elección; comprensión en el diseño de los programas de apoyo a los cuidadores de la experiencia del envejecimiento y de la vida de las personas no heterosexuales. La creación de espacios y hogares específicamente destinados a las necesidades de cuidados de larga duración de las personas mayores no heterosexuales.

4.- Actualmente, la gestión de los cuidados sigue caracterizándose por ser *familista* y feminizada, debido a la insuficiente corresponsabilidad del cuidado. Por ello, se ha planteado que para transitar a un derecho de los cuidados es necesario avanzar hacia la defamiliarización, pudiendo garantizar a las personas mayores el derecho a elegir el modelo de cuidados y eliminando la carga desproporcionada de los cuidados sobre los hombros de las familias; la *desfeminización* de los cuidados, para lo cual es pertinente la promoción de la participación masculina en la provisión del cuidado, tanto formal como informal; y la desmercantilización de los cuidados, para lo cual es necesario la gestión pública de un amplio catálogo de servicios que respondan a las demandas de los usuarios. Para ello será necesario impulsar dinámicas comunitarias que van desde el desarrollo de redes entre personas cuidadoras informales –familiares y gente de la comunidad– hasta la implementación de apoyos y recursos sociales para la persona cuidadora principal, incluido apoyo psicológico para lidiar con los efectos de la provisión del cuidado, así

¹⁷⁰ ETXEBERRIA ERAUSKIN, Bakarne, GALLO RODRIGUEZ, Laura, “La fragilidad de las personas mayores de Gipuzkoa”, cit. p. 73-74.

¹⁷¹ DAVEY, Vanessa, *Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia*. Madrid, *Informes Envejecimiento en red* n° 28, 2021 disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-situacion-sad.pdf> (última consulta 12 de julio de 2023), p.14.

como los ciclos de ese cuidado (cuidados al final de la vida, pérdida del ser querido, duelo)¹⁷².

5.- Teniendo en cuenta el papel fundamental de la participación social y comunitaria en la prevención del deterioro de salud de las personas mayores, así como aquello que posibilita la creación de nuevos vínculos y ampliación de redes de apoyos, es de vital importancia la creación y promoción de espacios y plataformas para que puedan llevar a cabo actividades sin ánimo de lucro de carácter político, social y cultural, e, incluso aquellas que permitan a las personas mayores obtener ingresos – adicionales al mínimo vital – en la medida de sus posibilidades y atendiendo a sus preferencias.

6.- Como respaldan las estadísticas oficiales, a mayor pobreza, mayores las posibilidades de iniciar un proceso de institucionalización. En aras de contribuir al mejoramiento del bienestar material de las personas mayores, es necesario tener en cuenta lo que el documento “España 2050. Fundamentos y propuestas para una estrategia nacional de largo plazo del Gobierno de España”, ha identificado en aras de preparar el Estado de bienestar para una sociedad más longeva, pues según este “España deberá modificar buena parte de sus estructuras sociales, económicas y laborales y hacerlo implicará, entre otras cosas, mejorar la empleabilidad de la población joven, incrementar las tasas de actividad entre las personas mayores de 55 años, reformar el sistema de pensiones para lograr la sostenibilidad financiera, adecuar el sistema sanitario y ampliar enormemente el sistema de cuidados”¹⁷³.

7.- Habiendo identificado la precaria situación habitacional de las personas mayores, se identifica la necesidad de promover intervenciones encaminadas a mantener a la persona mayor en el entorno familiar, por un lado, proveyendo las ayudas económicas para llevar a cabo las obras de mejoras en términos de accesibilidad y movilidad; de reforma y modernización de determinadas piezas; de las instalaciones obsoletas o inexistentes; de rehabilitación del inmueble según sus deficiencias o ayudas económicas directas para el pago de las cuotas de alquiler. Por otro lado, ofreciendo modalidades alternativas de acogida a personas mayores autónomas con el objetivo de dotarlas de una vivienda adecuada y habitable, junto con servicios adicionales como lavandería, higiene de la vivienda u otros, que promuevan la autonomía personal de la persona mayor.

¹⁷² MINISTERIO DE IGUALDAD, *Documento de Bases por los Cuidados, 2023*, disponible en <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/IgualdadEmpresas/docs/DocumentoBasesCuidados.pdf>, p. 42.

¹⁷³ OFICINA NACIONAL DE PROSPECTIVA Y ESTRATEGIA, *España 2050. Fundamentos y propuestas para una estrategia nacional de largo plazo del Gobierno de España, 2021*, disponible en https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf (última consulta 16 de julio de 2023), p. 229.