



# Envejecimiento y cuidados en el entorno familiar

Reflexiones sobre el envejecimiento que viene



unión de asociaciones familiares





unión de asociaciones familiares

**Autoría:** Jesús Goyenechea Vidal

**Edición:** Unión de Asociaciones Familiares

**Diseño y Maquetación:** Vicente Aparisi / DIN Impresores

**Impresión:** Gráficas JMG

**Depósito legal:** M-24844-2022

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
---------------------------	----------

<b>PRIMERA PARTE</b> .....	<b>10</b>
----------------------------	-----------

## Envejecimiento y familias

<b>1.</b> La familia García González .....	12
<b>2.</b> Un poco de sociología .....	16
<b>2.1.</b> Panorama de las personas mayores en España hoy .....	16
<b>2.2.</b> Características demográficas de la población mayor de 65 años .....	16
<b>2.3.</b> El incremento de las personas mayores de 80 años .....	21
y las situaciones de dependencia	
<b>2.4.</b> Datos socioeconómicos del envejecimiento. Sociología del cuidado .....	23
<b>3.</b> Envejecimiento y proyecto de vida .....	27
<b>3.1.</b> La interseccionalidad género/edad .....	27
<b>3.2.</b> El proyecto vital de la persona mayor .....	29
<b>3.3.</b> La familia y el envejecimiento .....	36

<b>SEGUNDA PARTE</b> .....	<b>43</b>
----------------------------	-----------

## Hacia un cambio de paradigma en la intervención con personas mayores.

### La sociedad de los cuidados.

<b>1.</b> Familias y cuidado .....	47
<b>2.</b> El cuidado desde el punto de vista institucional y la economía del cuidado .....	50

# ÍNDICE

3. El concepto de la sociedad de los cuidados..... 59

4. La Agenda 2030 ..... 63

## **TERCERA PARTE ..... 71**

Apoyo a personas y familias que cuidan.

La mediación intergeneracional.

1. El cuidado familiar ..... 76

2. La mediación familiar intergeneracional como herramienta del cambio ..... 80

## **CUARTA PARTE ..... 92**

El papel de los recursos en un nuevo modelo de atención.

Recursos técnicos para los y las profesionales.

1. El modelo de la Intervención centrada en la persona..... 100

2. La Relación de Ayuda y el estilo comunicativo empático/facilitador..... 103

3. Intervención individual/familiar ..... 105

3.1. Caso práctico individual: Anselma..... 107

4. Intervención grupal..... 112

4.1. Intervención grupal con personas que cuidan a personas  
mayores desde la educación social ..... 112

5. Intervención comunitaria ..... 117

6. El papel de los recursos..... 121

## **EPÍLOGO Y AGRADECIMIENTOS ..... 124**

## **BIBLIOGRAFÍA ..... 126**



# INTRODUCCIÓN



La sociedad española, una de las más envejecidas del mundo, ha cambiado de forma vertiginosa en las últimas décadas.

La mayor esperanza de vida libre de situaciones de discapacidad o dependencia convive con una alta proporción de personas mayores de 80 años, feminizada y que presenta situaciones de dependencia en diverso grado: económica, emocional y física.

A menudo estas personas mayores, mayoritariamente mujeres, viven solas y expresan el deseo de permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible con los apoyos necesarios.

Estos apoyos se prestan mayoritariamente por parte de mujeres (habitualmente en singular) de sus familias.

Por último, en un colectivo tan poco homogéneo como el de las personas mayores, coexisten miradas y expectativas ancladas en la tradición: envejecer al cuidado de hijos y, especialmente, hijas, con expectativas nuevas, y envejecer preservando la autonomía e independencia personal con los apoyos profesionales público/privados necesarios, creando nuevos retos para los modelos de atención familiar e institucional a las personas mayores:

La *generación Baby Boomer*, que ha vivido en carne propia las dificultades para llevar a cabo un *cuidado tradicional* y compatibilizarlo con sus propios deseos y las exigencias de una sociedad cambiante, tiene expectativas y necesidades diferentes para su propio proceso de envejecimiento, que exigirán nuevas estrategias por parte de los poderes públicos y de la sociedad en su conjunto.

Las personas que cuidan forman parte de familias que han desbordado los márgenes tradicionales del modelo que promovía y sostenía el cuidado familiar basado en el *paradigma del femenino singular*, en las que se registra una todavía hoy tímida incorporación de los hombres en las labores de cuidado, tanto en la crianza como, en menor medida, en el cuidado de personas mayores en situación de dependencia.

Hoy en día hablamos de familias, no de familia: una institución dinámica, sujeta a cambios y diferentes formulaciones. En esa variabilidad de modelos familiares, la voluntad de cuidar coexiste con la dificultad o imposibilidad de realizar un modelo de cuidado tradicional.

Este es, de modo muy resumido, el panorama que nos encontramos actualmente: Un modelo en transformación, sujeto a debate social y profesional y unas necesidades concretas que no esperan a la resolución de ese debate y que requieren acciones concretas en el aquí y ahora.

**UNAF**, como organización pionera en el apoyo a las familias, no quiere quedarse fuera de ese debate y pretende convertirse una vez más en agente de transformación:



La intervención familiar ha de modificar su punto de vista y contemplar el envejecimiento como *evento familiar* desde un modelo familiar extenso que incluya a las personas mayores como elementos *activos* y no *pasivos* del sistema familiar.

**Una sociedad centrada en los cuidados de una forma integral e igualitaria** no puede dejar de lado el hecho de que el envejecimiento no solo es un evento vital del ámbito personal en la medida en que acontece a personas que conservan su autonomía e independencia; el desarrollo de la *sociedad del cuidado* incorpora el entorno familiar, que se reconoce a sí mismo como el principal proveedor de apoyo y cuidado y es reconocido por las personas mayores como un elemento fundamental para su bienestar y para la preservación de su autonomía.

Crear un balance positivo y saludable entre la necesidad de apoyo y cuidado y la preservación de la autonomía es uno de los retos fundamentales a los que se enfrenta en el futuro la institución familiar.

Crear y desarrollar estrategias y herramientas para facilitar el desarrollo de ese balance y acompañar a individuos y familias en ese proceso es uno de los retos fundamentales de futuro para los y las profesionales de la intervención social y familiar.

Con este propósito, se realizaron entre los meses de marzo y junio de 2022, cuatro webinars, en los que se abordaron algunos de los elementos fundamentales de este debate y algunas propuestas de intervención desde la práctica, que puedan ayudar a orientar el debate desde las necesidades concretas en el aquí y ahora y las herramientas técnicas necesarias para esa transformación.

Ni los webinars ni esta publicación tienen la pretensión de convertirse en un manual, una guía para el camino y tampoco son el resultado de una investigación previa.

Más bien son impresiones y reflexiones sobre estas cuestiones que pretenden fomentar la creación y desarrollo del debate y la reflexión conjunta, fundamentadas, eso sí, en el trabajo de investigación desarrollado por diversos profesionales, en datos oficiales y en la práctica personal del autor en la intervención con personas mayores y sus familias en Servicios Sociales de Atención Primaria del Ayuntamiento de Madrid.

Es este un debate que corresponde a profesionales e investigadores e investigadoras; pero también a personas mayores y familias: la batalla contra el edadismo es una estrategia social, pero las familias en sus múltiples formas son la piedra angular de la sociedad y, por tanto, el motor de esa estrategia.

Antes de comenzar a abordar el contenido, parece necesario justificar las razones por las que **proponemos una reflexión sobre el papel de las personas mayores en las familias** y sobre cómo se puede ayudar a las familias a gestionar el envejecimiento de sus miembros:

► **Porque las personas mayores reconocen a la familia** como el entorno que les garantiza bienestar emocional, apoyo, contención y cuidado, más allá del proyecto de vida personal.

► **Porque en una sociedad cambiante como la nuestra, las familias no saben y en ocasiones no pueden gestionar esas demandas** en las que también se reconocen.

**Promover la conciliación de los deseos y expectativas de ambas partes es un reto** no solo pendiente, sino inmediato para una sociedad envejecida como la nuestra.

**En apariencia, la familia es fundamentalmente el espacio de la crianza y el desarrollo de hijos e hijas** y los recursos públicos y privados destinados al apoyo a las familias se han centrado en esos asuntos.

Solo en fechas muy recientes se ha incluido el cuidado en la agenda de los apoyos a las familias, aunque únicamente desde el punto de vista de las personas que cuidan.

**Las personas mayores han sido, son, las grandes ausentes de los programas de apoyo a las familias**, salvo en lo relacionado con el apoyo a familiares que llevan a cabo el cuidado de personas mayores en situación de dependencia.

**Encontramos cientos de programas de apoyo a padres en la crianza** de sus hijos e hijas y en proceso de adolescencia/juventud; **y muy raramente de apoyo a hijos e hijas adultos en el proceso de envejecimiento de sus padres y madres**, más allá de las generalizaciones sobre la gestión del cuidado y del intercambio de roles (hijos e hijas *convertidos en padres* de sus padres).

**De forma habitual el envejecimiento se aborda como un proceso personal y, acaso, de pareja.** Sin embargo, **para UNAF**, y ese es el propósito de la serie de webinars realizados y de esta publicación, **el envejecimiento es un proceso individual y un evento familiar.**

Nuestro objetivo es **focalizar la mirada sobre las familias y su relación con la vejez y el envejecimiento:** para apoyar a las personas mayores en la expresión y gestión de su proyecto de vida, en el que la familia tiene un papel central, y para apoyar a las familias en su papel de garantes y proveedores de apoyo y cuidado de ese proyecto de vida, pudiéndolo conciliar con el propio de cada miembro de la unidad familiar y con la crianza y apoyo a hijos e hijas.

Nuestro propósito es, al menos, nombrar los retos pendientes y esbozar la necesidad de desarrollar un nuevo paradigma de intervención que dé respuesta a los retos y necesidades que se abren ante nuestra sociedad.

Las familias y personas mayores de hoy, en primer lugar, y aquellas personas que desde el ámbito profesional o desde asociaciones u organizaciones las apoyamos, acompañamos y promovemos condiciones saludables para su desarrollo personal



y que seremos las personas mayores de mañana, son las destinatarias de estas acciones.

La publicación sigue el mismo orden en que se desarrollaron los cuatro webinars:

**En la primera parte, vamos a encuadrar en envejecimiento y su gestión dentro de las familias:** el envejecimiento es un proceso muy complejo en el que al intervenir es necesario incorporar la enorme variabilidad de las personas mayores, no solo por el amplio abanico de edades que abarca, sino por la salud, factores socioculturales y económicos, etc.

Como dice Gabriela Cerutti, hablando de la necesidad de poner en valor el periodo vital correspondiente a la vejez (ya en cuestión): *"en unos años, lo que más tiempo vamos a ser en nuestra vida será viejos y viejas"*.

Además, el envejecimiento no es sentido ni conceptualizado de la misma forma por hombres y mujeres, y las diferencias de género marcan en muchos casos aspectos fundamentales del proceso de envejecimiento.

Por tanto, **es primordial introducir la perspectiva de género** en el proceso de envejecimiento tanto para hombres como para las mujeres.

Siendo esta la fundamental, siempre será importante tener en cuenta las diversas interseccionalidades<sup>1</sup> presentes en el fenómeno del envejecimiento.

**En la Segunda Parte, examinaremos la gestión del cuidado por parte de las familias desde un punto de vista diacrónico y las respuestas institucionales públicas y privadas** ante el reto del envejecimiento en el pasado, en nuestro presente y de cara al futuro: **La sociedad de los cuidados**, su relación con **la agenda 2030** y cómo sus objetivos y propuestas se reflejan en aspectos concretos de la atención y provisión de servicios a las personas mayores y a sus familias.

**En la Tercera Parte, aterrizaremos en detalle en aspectos concretos de la gestión del envejecimiento y las necesidades concretas por parte de individuos y familias y presentaremos la mediación intergeneracional como un espacio de negociación necesaria y una herramienta metodológica** para llevar a cabo el cambio de paradigma que esbozamos.

Por último, **en la Cuarta Parte, exploraremos herramientas técnicas** que pueden ayudar a las personas profesionales de la intervención social a realizar el acompañamiento a personas y familias **y ofreceremos una reflexión sobre el papel de los recursos** en un nuevo paradigma.

1. La interseccionalidad es un marco diseñado para explorar la dinámica entre identidades coexistentes (por ejemplo, mujer, negra) y sistemas conectados de opresión (ej, patriarcado, supremacía blanca). El término fue creado por Kimberlé Crenshaw en el ámbito de la teoría feminista, desde la que ha trascendido. Desafía la simplificación que muestra a un colectivo de personas (las mujeres o las personas mayores, por ejemplo) como grupos homogéneos. La perspectiva de la interseccionalidad permite que la superposición entre las identidades de raza, sexo, clase, sexualidad, etc. se incorpore en el análisis, proporcionando así un análisis mucho más detallado.



# PRIMERA PARTE

## Envejecimiento y familias



**En esta primera parte vamos a caracterizar el proceso de envejecimiento en el contexto actual.**

**Hablar del contexto actual incluye necesariamente realizar una revisión histórica del envejecimiento y su abordaje socio familiar desde comienzos del pasado siglo.**

Los conceptos, aparentemente estáticos, vinculados al concepto y las formas del cuidado y a la percepción simbólica de lo que significa envejecer, ocultan tras de sí un dinamismo que, en el caso de nuestra sociedad, se ha desarrollado en un corto espacio de tiempo en términos históricos.

Paradójicamente la visión que tenemos de ello es mucho más estática.

Antropológicamente, el envejecimiento y todo lo relacionado con él constituyen una *cultura del envejecimiento* que evoluciona a la par que la sociedad.

Ese complejo cultural organiza *qué es ser mayor, cómo ser mayor y qué esperar del proceso* no solo en lo personal, sino también en relación a la familia y a la sociedad.

En el contexto actual, conviven generaciones cuya percepción del envejecimiento y formas de vivirlo difieren notablemente, como veremos.

Esas diferencias condicionan de modo apreciable sus expectativas y deseos respecto al envejecimiento: actualmente conviven en las familias personas nacidas en el primer tercio del siglo XX, con personas nacidas durante la guerra civil y la posguerra y la *generación Boomer*.

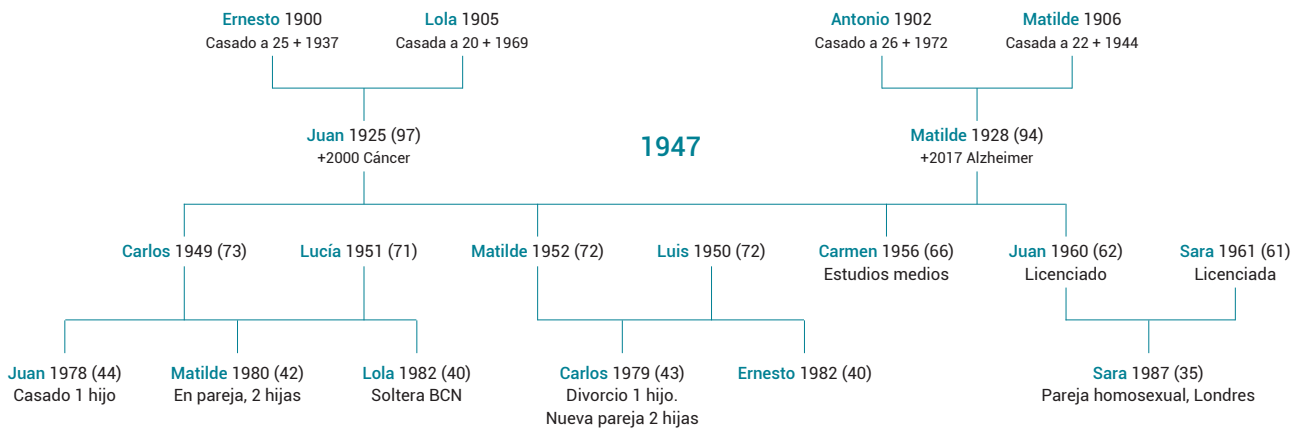
El modo de entender *qué significa envejecer, cómo hacerlo y qué esperar* de ello difiere en algunos aspectos fundamentales y en ocasiones, colisiona.

Por supuesto, hay aspectos comunes y sobre ellos vamos a fijar también nuestra mirada: La gestión del proyecto de vida, el entorno del cuidado y las situaciones de dependencia, y la importancia fundamental del entorno familiar para vivir el proceso de forma satisfactoria.

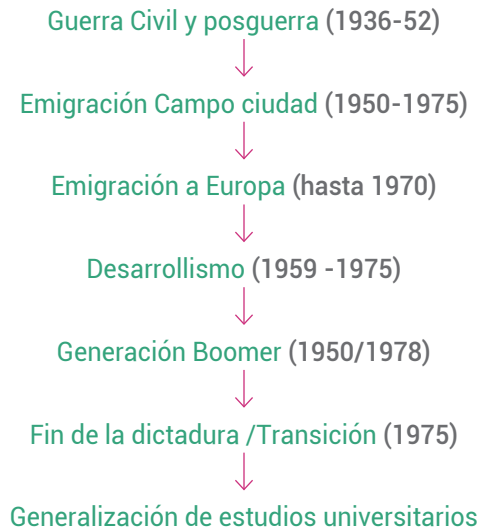
**Para transitar por este complejo panorama de un modo práctico vamos a acompañarnos de una familia ficticia** pero que responde a los aspectos generales socio-demográficos de nuestro país:

# 1. La familia García González

Gráfico 1.



## EVENTOS SOCIO HISTÓRICOS



Fuente: ?????

La familia García González (dos de los apellidos más comunes en nuestro país) nace como recurso para acercar a la realidad la perspectiva diacrónica sobre la evolución del cuidado familiar en nuestro país que se realizó en los webinars.



A lo largo de cuatro generaciones, cuyas fechas de nacimiento abarcan desde el comienzo hasta finales del siglo XX, podemos realizar un seguimiento *real*, que inevitablemente nos va a remitir a nuestras propias experiencias personales y a la historia de nuestras familias.

La *historia del cuidado* es también la de la sociedad que lo desarrolla y muchos de los elementos que forman la cultura del cuidado y que han ido pasando de generación a generación modificándose lentamente tienen su origen en el pasado.

Conocer ese pasado nos ayuda a dar sentido a nuestro presente y a abordar los cambios necesarios.

Veamos ahora, generación por generación, algunas de esas claves del presente con raíces en el pasado:

---

### Ernesto 1900 (25) y Lola 1905 (20) ----- Antonio 1902 (26) y Matilde 1906 (22)

---

Nacidos a comienzos del siglo XX, podrían ser los abuelos y abuelas de muchas personas que hoy en día tienen entre 50 y 60 años.

Entre 1900 y 1910, la esperanza de vida media estaba entre los 34<sup>2</sup> años para los hombres y 36 para las mujeres. La vejez, tal y como hoy la conocemos, era por tanto un hecho excepcional.

En esa época, cada mujer tenía una media de 4,7 hijos, de los que sobrevivían solo 1,2. De cada 1.000 niños nacidos, 410 morían antes de los 15 años.

La vivencia de la paternidad y la maternidad era muy diferente a la de hoy en día, teniendo en cuenta que *era esperable* que algunos de los hijos no sobreviviesen a su infancia.

Para que nos sirva de referencia, la proporción de muertes infantiles antes de los 15 años por cada 1.000 niños y niñas nacidos era, en 1950, de 104 y en 1998, de menos de 7.

Las mejoras son evidentes, pero, con todo, fijémonos en la cifra de 1950, antes de ayer; aún altísima para nuestros parámetros actuales.

Cuando comienza la Guerra Civil esta generación tenía alrededor de 30 años, eran personas adultas y muchas de ellas con hijos e hijas que vivieron la guerra durante su niñez y adolescencia.

Durante la mayor parte de su vida, estas personas no pudieron acceder a recursos de protección social de ningún tipo tal y como hoy los conocemos, más allá de las organizaciones de caridad cercanas a las órdenes religiosas. En 1919 se creó el **re-**

2. Al ver estas cifras es habitual que nuestra experiencia personal choque directamente con la estadística. Hay que entender que de lo que se trata es de la media de años por vivir en una sociedad donde la mortalidad infantil era altísima y la longevidad un hecho excepcional.

**tiro obrero** (aportación voluntaria de alrededor de un 10% del salario medio y que no incluía a las personas de más de 45 años. Estamos hablando fundamentalmente de hombres, el reconocimiento laboral del trabajo de las mujeres era escaso y siempre inferior al de los hombres<sup>3</sup>).

La cobertura sanitaria en el sentido de hoy en día tampoco existía. Los médicos optaban a concurso por su plaza y pagaban por ella una *patente* al estado en función del número de habitantes, es decir, por la oportunidad de negocio, pues la medicina era un ejercicio privado que la ciudadanía debía pagar, aunque existía una norma de 1855 que *obligaba* a los facultativos a *prestar asistencia* a los pobres de su localidad.

En esta época se desarrolla el *sistema de igualas*: contrato de asistencia sanitaria limitada en función del pago de una cantidad en dinero o especie.

Ernesto, Lola, Antonio y Matilde no esperaban ningún tipo de apoyo externo que no proviniese de su familia o de su capacidad de trabajo. El patrimonio (ahorros, tierras, casa, cuando lo había) era el bien fundamental que aseguraba el presente y el futuro de sus familias y la tendencia era acumular y gastar lo menos posible para poder efectuar el traspaso del colchón de seguridad a la siguiente generación.

**La siguiente generación son Juan 1925 (97) y Matilde 1928 (94). Ambos fallecidos en la actualidad.** Se casaron en 1947 con 28 años él y 26 ella. Han tenido cuatro hijos e hijas, nacidos entre 1949 y 1960. Pueden ser los padres y madres de las personas que hoy tienen entre 55 y 75 años.

Esta generación vivió y sufrió la Guerra Civil y sus consecuencias en forma de hambre, muerte, enfermedad y represión posterior en su infancia y adolescencia.

Estas personas tenían alrededor de 11 años en la Guerra Civil; 16 años en 1941 durante las grandes hambrunas de la postguerra, y alrededor de 50 años a la muerte del dictador y la llegada de la democracia.

Son las protagonistas del gran éxodo del campo a las ciudades y, en menor medida, a otros países.

Y, por último, son una parte importante los padres y madres de la *Generación Boomer*, personas nacidas entre finales de los 50 y finales de los 70 y que hoy rondan los 50-60 años.

Esta generación ha disfrutado de pensiones de jubilación, sobre todo aquellos/as que han trabajado en entornos industriales y de servicios públicos y mayoritariamente, los hombres.

Este hecho es de singular importancia, porque supone el primer paso para la independencia económica de las personas mayores fuera del entorno familiar, aunque mayoritariamente las mujeres siguen dependiendo de sus esposos.

3. La situación laboral de las mujeres estaba ligada a su estado civil: para las mujeres casadas era necesaria la autorización de su esposo para firmar contratos laborales, el esposo podía cobrar directamente el salario de su mujer en algunos casos y el matrimonio era causa automática de despido en algunos trabajos. El seguro de maternidad era voluntario y se crea en la II República. (Nuñez 1993)

Alrededor de 1930, la esperanza de vida para esta generación era de 48 años para los hombres y 51 para las mujeres; cada mujer tenía una media de 3,3 hijos e hijas y sobrevivían 1,2.

Tras la guerra civil la esperanza de vida se contrajo y no es hasta casi los años 50 que se comienzan a recuperar las cifras anteriores a la guerra.

Hasta 1940 las personas mayores no eran más del 10% de la población (en 2001, el 21.1%, más del doble).

En 1936 se crea un proyecto de protección social universal que no se desarrolló a causa de la sublevación militar. Hasta 1963 no aparece la Ley de Bases de la Seguridad Social, **aún muy incompleta y con muchas excepciones y regímenes diferentes. La asistencia sanitaria aún** no era universal.

En España no hubo sanidad pública tal y como hoy la conocemos hasta 1944, aunque no incluía casi prestaciones y dejaba fuera a desempleados y campesinos y muchas de las prestaciones del sistema nacional de salud había que pagarlas.

**Carlos 1949 (73)** y Lucia 1951 (71). **Matilde 1952 (72)** y Luis 1950 (72). **Carmen 1956 (66)**. **Juan 1960 (62)** y Sara 1961 (61)

Personas de esta generación de la familia constituyen el núcleo central de la generación Boomer, junto con las personas nacidas entre 1965 y 1968.

La gran mayoría han nacido y crecido en un entorno urbano con acceso generalizado a estudios medios y superiores.

Vivieron el final de la dictadura en su adolescencia y juventud y muchas se implicaron en la actividad política contra la dictadura y posteriormente durante la transición.

Empieza a significarse en este momento el progresivo retraso de la edad para tener el primer hijo; que en esta generación fue a los 27 años y que en la actualidad está en los 31.2 (2019).

Hasta después de 1975 no se perfecciona lo que hoy conocemos como sistema de pensiones.

En 1963 se unifica la Seguridad Social incluyendo las pensiones y las prestaciones sanitarias, que son descritas en un informe de la OMS de 1967 como inferiores en calidad y cantidad a la de muchos países en vías de desarrollo.

El modelo que hoy conocemos no se pone en pie hasta finales de los años 70.

**Juan 1978 (44)**, **Matilde 1980 (42)**, **Dolores 1982 (40)** **Carlos 1979 (43)** **Ernesto 1982 (40)** **Sara 1987 (35)**

La última generación de la familia supone poner la mirada en nuestro presente y enfocar hacia el futuro.

En 1975 el primer hijo se tenía a los 25.2 años y hoy a los 31.2. Son más que evidentes los cambios demográficos que se avecinan.

Estos cambios además vienen acompañados por la variabilidad en los sistemas familiares (familias reconstituidas, monoparentales, familias LGTBIQ+, hogares unipersonales, familias de elección...) y la dispersión de los núcleos familiares en el territorio no solo del estado sino, en ocasiones, en varios continentes.

Las paradojas aparecerán, como veremos, cuando en este entorno de radical actualidad de los sistemas familiares aparezcan normas y discursos en forma de intro-yectos cuyos orígenes están en la sociedad y las familias de dos o tres generaciones anteriores.

Estas paradojas son la fuente de muchas dificultades para las propias familias y en la puesta en marcha en muchas ocasiones de brillantes ideas emanadas desde los poderes públicos que no tienen en cuenta las diferentes velocidades a las que se mueven en ocasiones las sociedades y sus complejos culturales.

## 2. Un poco de sociología

### 2.1. Panorama de las personas mayores en España hoy.

El envejecimiento de la población es una de las consecuencias del descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Estas variables se combinan con el descenso de la natalidad, lo que incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades.

### 2.2. Características demográficas de la población mayor de 65 años

La población mayor de 65 años en España asciende a 8.908.151 personas mayores, el 19 % sobre el total de la población (46.722.980).

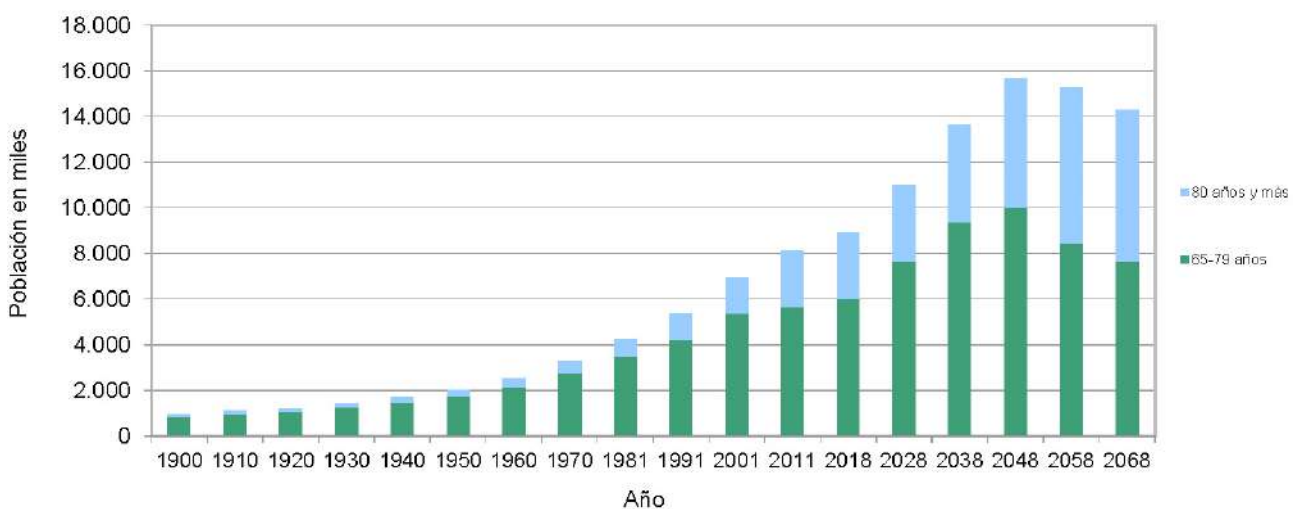
De ellas, un 43,1 % son varones y un 56,9% mujeres.

***El sexo predominante en la vejez es el femenino***, explicable por la mayor esperanza de vida de las mujeres, aunque esa es una realidad demográfica que poco a poco se está modificando.



En España, el envejecimiento de la población, más tardío en el tiempo, ha sido particularmente intenso. En cincuenta años el número de personas mayores de 65 años ha pasado de dos millones y medio de personas en 1960 (un 8,2% de la población total) a más de 8.908.151 personas mayores en 2018, el 19 % sobre el total de la población (46.722.980).

**Gráfico 2. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS, 1900-2068**



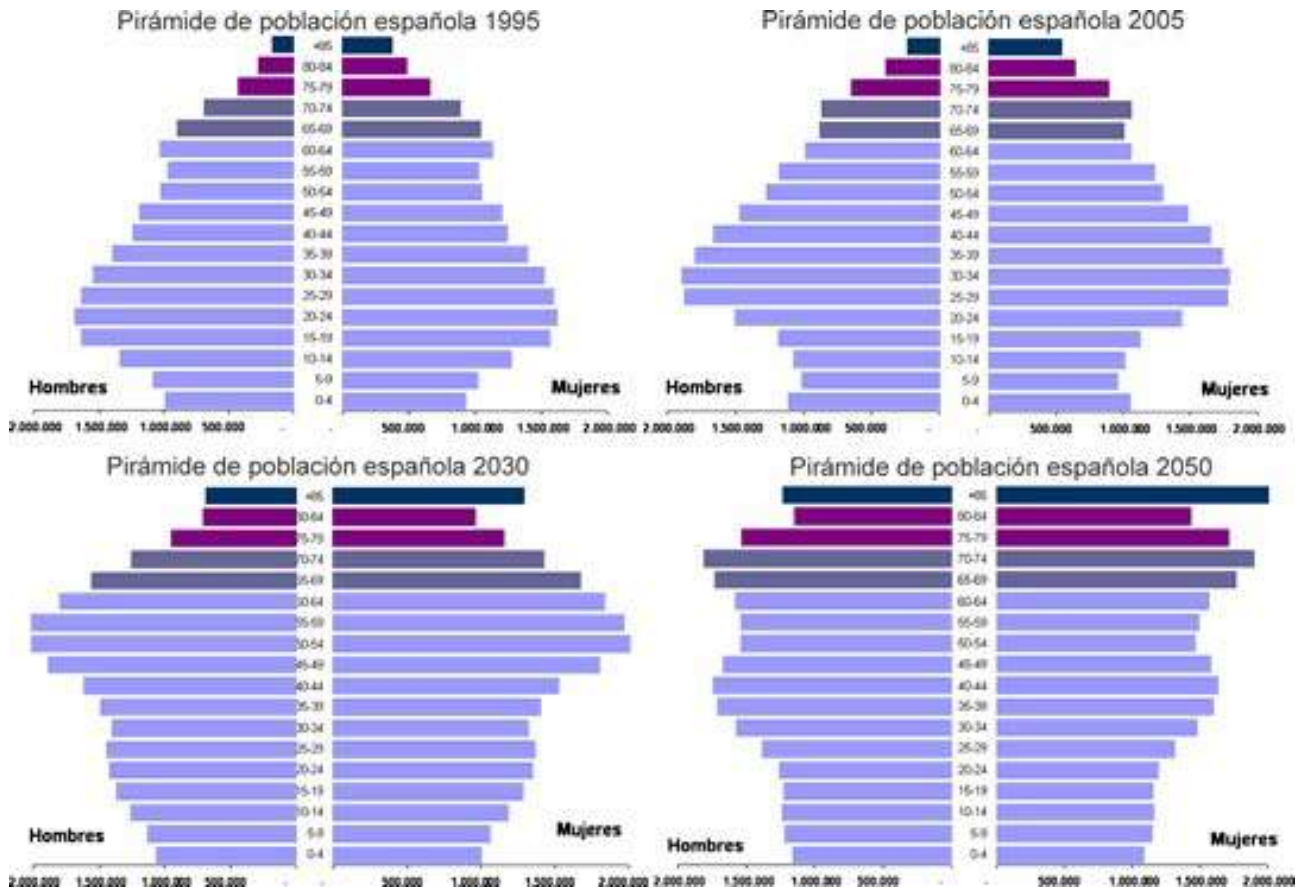
Fuente: "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p.

Este proceso se ha concentrado en los últimos veinte años. Entre 1960 y 2018, el número de personas mayores de 65 años va en camino de triplicarse, mientras que la población total habrá aumentado en el mismo período una cuarta parte.

En los próximos años, la población mayor de 65 años en España seguirá incrementándose de manera notable, a la vez que disminuirá la proporción de personas en edades jóvenes y se prevé que España sea el tercer país más envejecido del mundo en torno a 2050, después de Japón y Corea del Sur.

Como puede observarse en las pirámides de edades de población de España para el periodo 1995-2050, la pirámide va adelgazando por abajo (grupos de población joven) y ensanchando por arriba (cohortes ancianas) especialmente en el lado derecho, correspondiente a las mujeres.

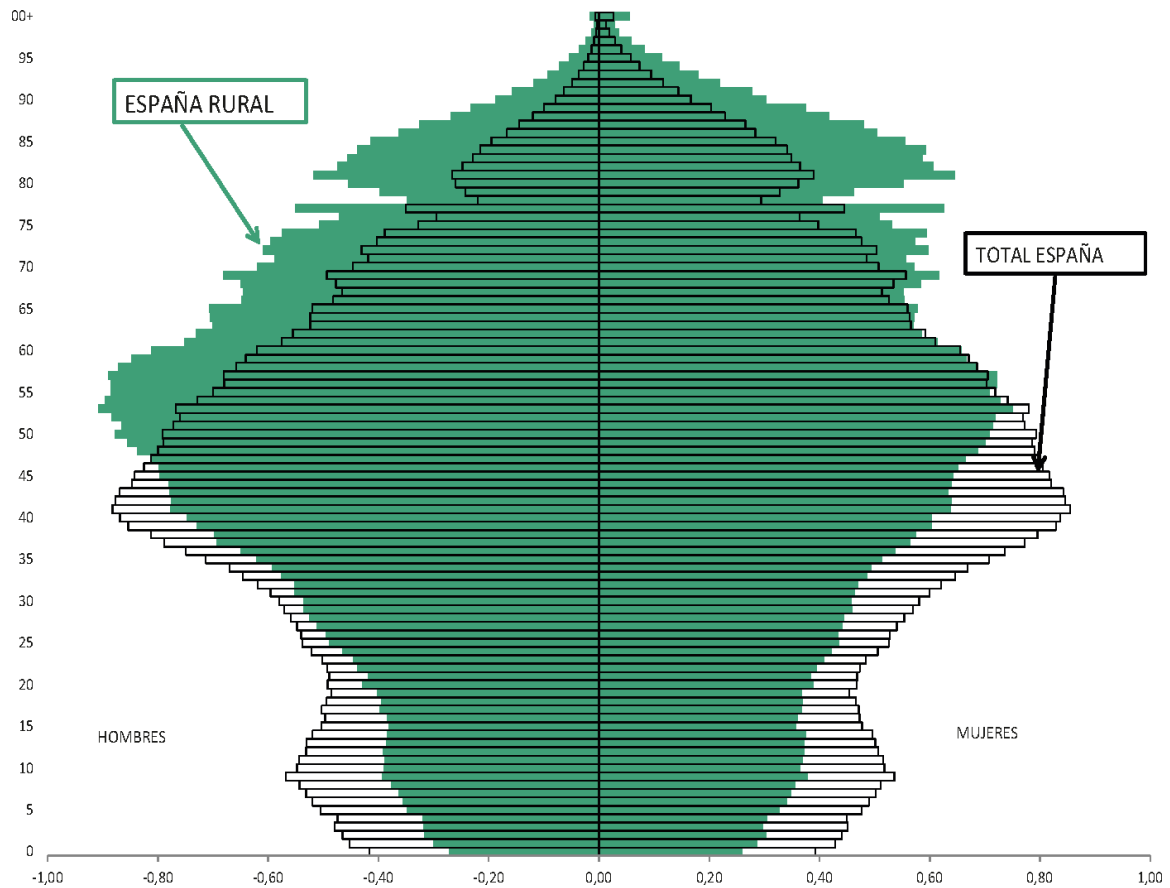
Gráfico 3.



Fuente: <http://www.juanjomorales.com/2011/01/tema-3-la-distribucion-de-la-poblacion.html>

El progresivo envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica va a ser más acusado y más feminizado en el mundo rural, que ya hoy sufre los problemas de la despoblación y carencia de servicios, *la España vaciada*, con todo lo que esto implica a la hora de proveer y gestionar servicios de atención a las personas mayores en general y en situación de dependencia en particular.

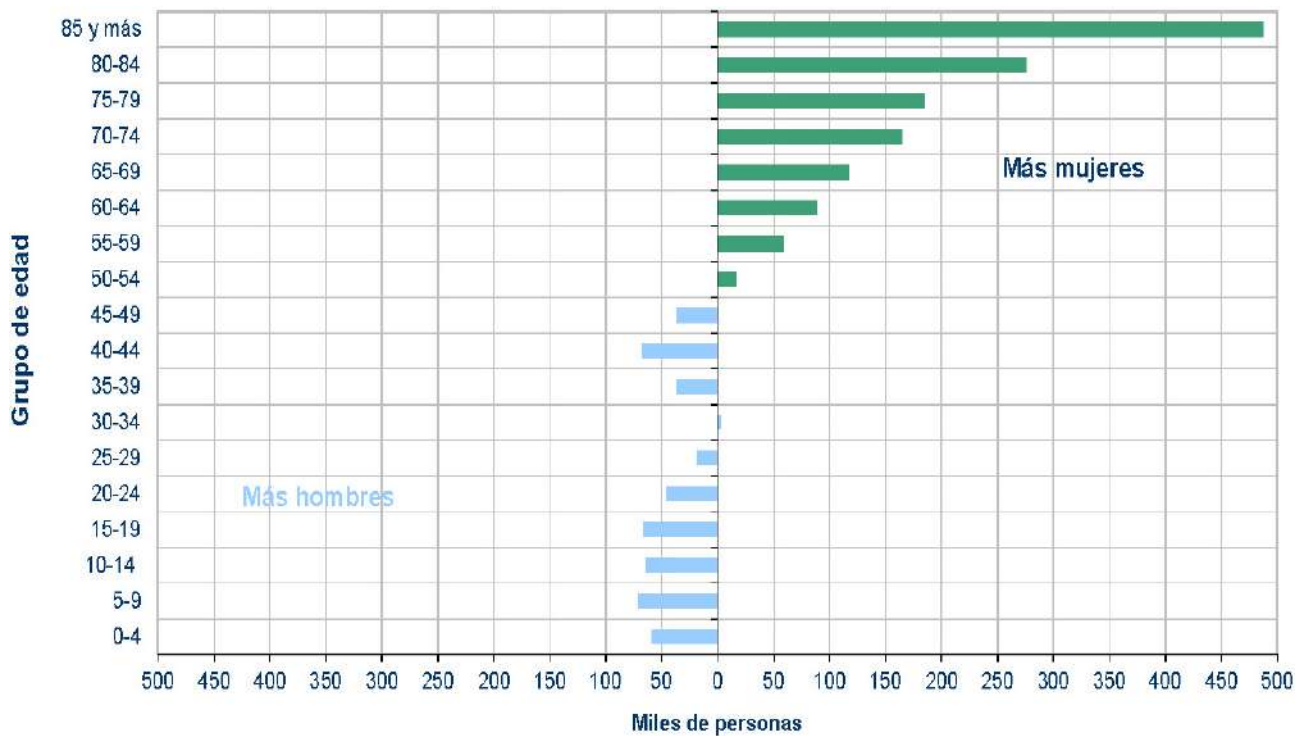
Gráfico 4. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE ESPAÑA Y DE LA ESPAÑA RURAL (%), 2018



Fuente: "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p.

España es uno de los países del mundo con una mayor esperanza de vida al nacer, especialmente entre las mujeres. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 84,9 años y los varones de 78,9 años (2010).

Gráfico 5. DIFERENCIA ENTRE LA POBLACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES POR GRUPO DE EDAD, 2018



Fuente: "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p.

De mantenerse los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad en la población española, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría 90 años en los varones y 92,5 años en las mujeres en el periodo 2011-2051.

En el conjunto de España alcanzaremos porcentajes superiores al 25% de personas mayores de 65 años en pocos años.

En la actualidad, varias Comunidades Autónomas ya los han superado. Por ejemplo, en Galicia, Asturias y Castilla y León este porcentaje supera el 25% y comunidades como Cantabria, Aragón y País Vasco, superan el 20%.



### 2.3. El incremento de las personas mayores de 80 años y las situaciones de dependencia.

La esperanza de vida después de los 65 años en el año 2017 era de 23 años para las mujeres y de 19 para los hombres.

Es decir, podemos estimar que una mujer con 65 años de edad podía vivir hasta los 87 años, tres años más que su esperanza de vida al nacer. Y la tendencia es que la diferencia entre la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida al cumplir 65 años crezca durante los próximos años:

En la proyección de la esperanza de vida a los 65 años, en el año 2051 la esperanza de vida de los varones alcanzaría un valor de 24,0 años y en las mujeres un valor de 27,3 años.

Por tanto, además de aumentar el número de personas mayores, estas viven más años. Si en el año 1960 los mayores de 80 años suponían un 14% de los mayores de 65 años, en estos momentos son ya el 32,4%, casi tres veces más.

En el horizonte del año 2033, la proporción de personas mayores de 80 años seguirá aumentando y una gran mayoría de ellas serán mujeres en situación de dependencia.

---

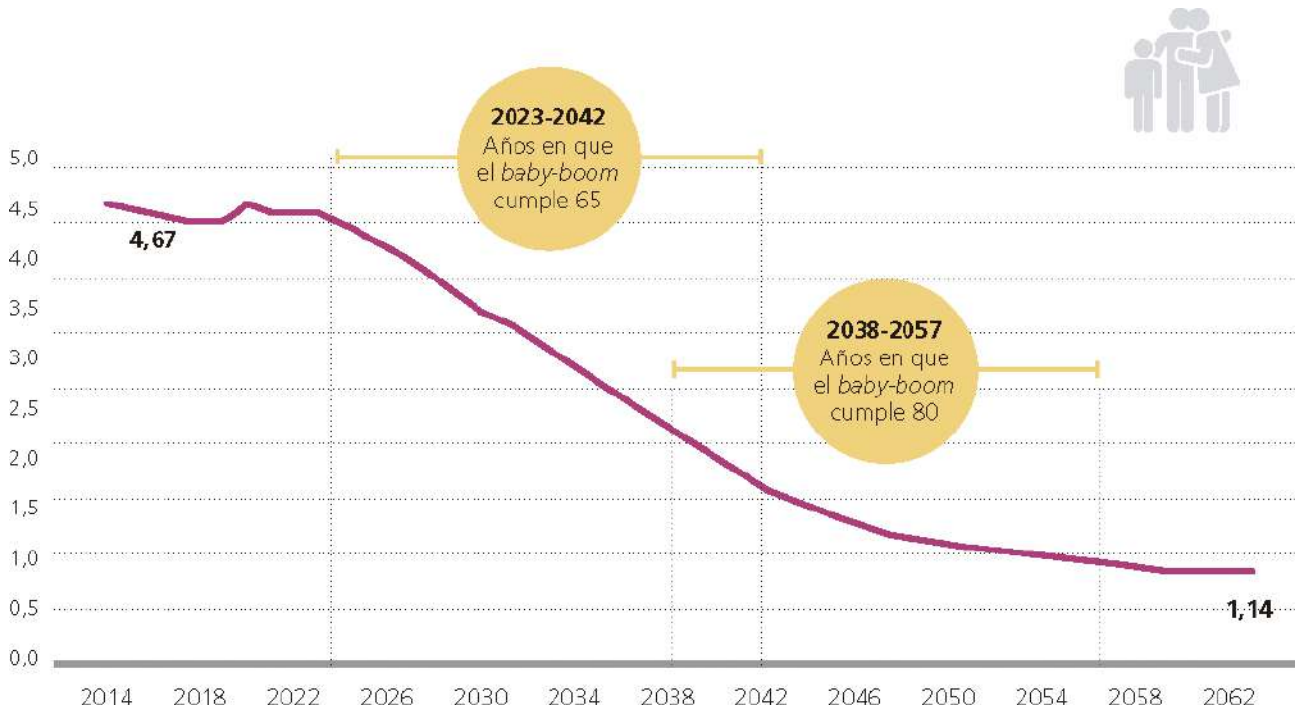
**Según las estimaciones, 3.751.904 personas tendrán en España 80 años y más. Para ese mismo año se estima que 721.275 personas tendrán más de 90 años y 46.366 más de 100 años.**

---

Esto tiene una inmediata repercusión en la provisión de servicios tanto de apoyo personal como de atención a las situaciones de dependencia:

***El número de personas de 85 y más años por cada 100 personas de 45 a 65 años (ratio de apoyo familiar) ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores. Pasará del 4,67 en 2014 al 1,14 en 2064 con todo lo que eso implica.***

Gráfico 6. RATIO DE APOYO FAMILIAR 2014-2064



Fuente: VVAA. Personas que envejecen en el s XXI: nuevas realidades. Fundación La Caixa.

Es también importante analizar **la esperanza de vida libre de incapacidad** (expectativa de vida activa en buen estado de salud), que marca el promedio de años que una persona puede vivir libre de discapacidad a partir de una edad establecida.

Este indicador es, sin duda, uno de los más relevantes. Aunque España es uno de los Estados con una mayor esperanza de vida al nacer en el ámbito mundial, cuando se trata de esperanza de vida en salud, la situación empeora y ofrece perspectivas menos halagüeñas que las de algunos de nuestros vecinos europeos.

**En nuestro país, las mujeres pueden esperar vivir algo menos de 76 años antes de estar en una situación que reduzca su autonomía e independencia, y los hombres, 70 años.**

La consabida ventaja de las mujeres en duración de la vida se contrarresta en términos de su calidad, pues la **autonomía e independencia personal difiere mucho a**

***partir de las edades más avanzadas, cuando las mujeres se ven más afectadas por situaciones de dependencia funcional.***

El porcentaje de personas entre 75 y 84 años **que no tienen dependencia funcional** es el 68,4% entre los hombres y del 52,8% entre las mujeres. A partir de los 85, son el 23,8% de las mujeres frente al 35,2% de hombres.

Recordemos que una situación de dependencia trae aparejada la necesidad de cuidados sociosanitarios y de asistencia en las actividades de la vida diaria. Se trata generalmente de apoyos de larga duración, ligados a la pérdida de autonomía.

Aunque la pérdida de autonomía personal puede producirse en cualquier momento de la vida, su frecuencia se incrementa conforme aumenta la edad, y tiene una incidencia especialmente significativa a partir de los 80/85 años, edad en la que pueden aparecer múltiples enfermedades crónicas y degenerativas. ***Más del 60% de los mayores de 85 años tienen problemas de autonomía personal.*** Las dificultades en el ejercicio de la autonomía y la independencia funcional están relacionadas íntimamente con el aumento de la vulnerabilidad.

***En cuanto a la percepción del estado de salud subjetivo,*** solo el 45,4% de las personas mayores percibe su salud como buena o muy buena frente al 80,6% del resto de la población.

El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva: el 52,3% de los varones valora bien o muy bien su estado de salud, mientras que solo el 40% de las mujeres considera su salud como buena o muy buena.

## 2.4. Datos socioeconómicos del envejecimiento. Sociología del cuidado.

***La posición económica de las personas mayores ha mejorado*** en los últimos años, en parte debido a la estabilidad de sus ingresos frente a otros grupos de edad en los largos años de la crisis económica de 2008.

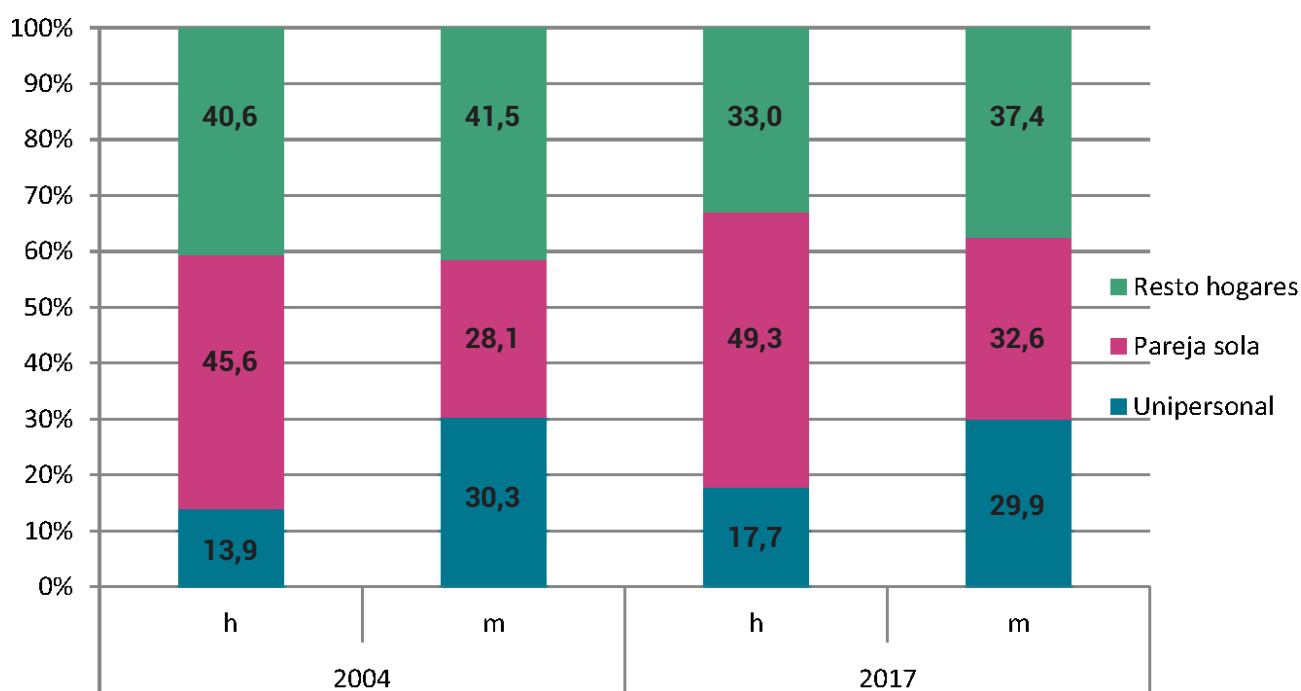
Con todo, la tasa de riesgo de pobreza entre las personas mayores es del 14,8% y, en los últimos estudios, en la medida que se recuperan las cifras de otros grupos de edad, está creciendo de nuevo.

En 2018 la pensión media del Sistema de Seguridad Social era de 945 € al mes, pero hay que tener en cuenta que para un 36,1% de los hogares cuya persona de referencia es una mujer, el nivel de ingresos es menor (menos de 9.000 € anuales).

Otro hecho estadístico es que ***la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad.*** La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja,

casi en un 50% de los casos, mientras que entre las mujeres aumenta el porcentaje de las que viven solas, llegando a suponer el doble del porcentaje de hombres que vive en hogares unipersonales.

**Gráfico 7. FORMAS DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS 2004-2017**



Fuente: "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p

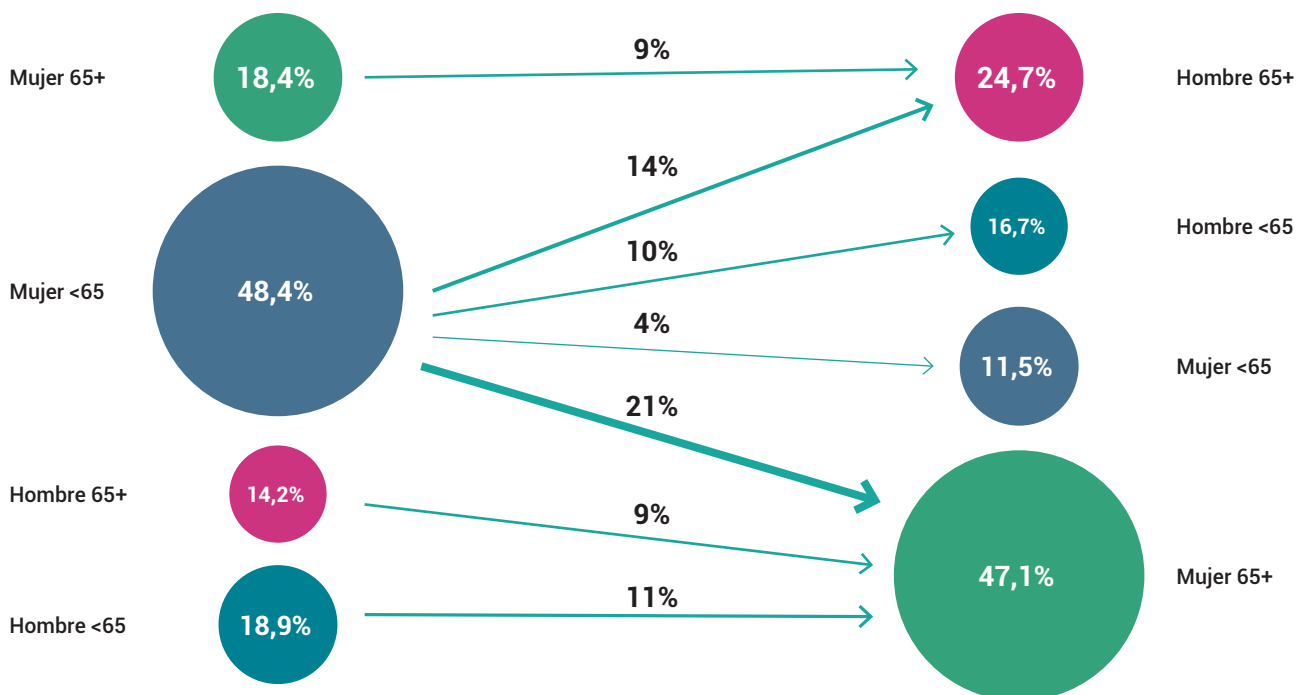
**Tres de cada cuatro personas mayores que viven solas son mujeres;** el porcentaje de mujeres mayores de 65 años que viven solas casi triplica al de hombres.

La forma de convivencia tiene gran impacto en muchos órdenes de la vida de las personas mayores: el tipo de hogar, salud, ingresos, etc.

**El 77,9% de los varones está casado; sin embargo, sólo el 47,3% de las mujeres. Entre las mujeres mayores, la viudez es muy común: Un 28.9% de las personas mayores de 65 años están viudas y de ellas un 11.5% son hombres y un 42.2% mujeres.** La viudez aumenta notablemente con la edad: **un 57% de las mujeres mayores de 80 años están viudas y hasta un 78% de las mayores de 85 años lo son.**

Las personas mayores españolas que viven en hogares de otro tipo (tipos de convivencia diferentes a la pareja, el hogar multigeneracional o el hogar unipersonal) son las que presentan mayor porcentaje de casos de discapacidad. También en este tipo de hogar se recogen los casos de mayor severidad. Este dato define la estructura del cuidado en nuestro país que, como ya dijimos, es fundamentalmente asumido por mujeres de la familia en solitario.

Gráfico 8. PATRONES DE CUIDADO INFORMAL (EN VOLUMEN). QUIEN CUIDA A QUIÉN, 2014

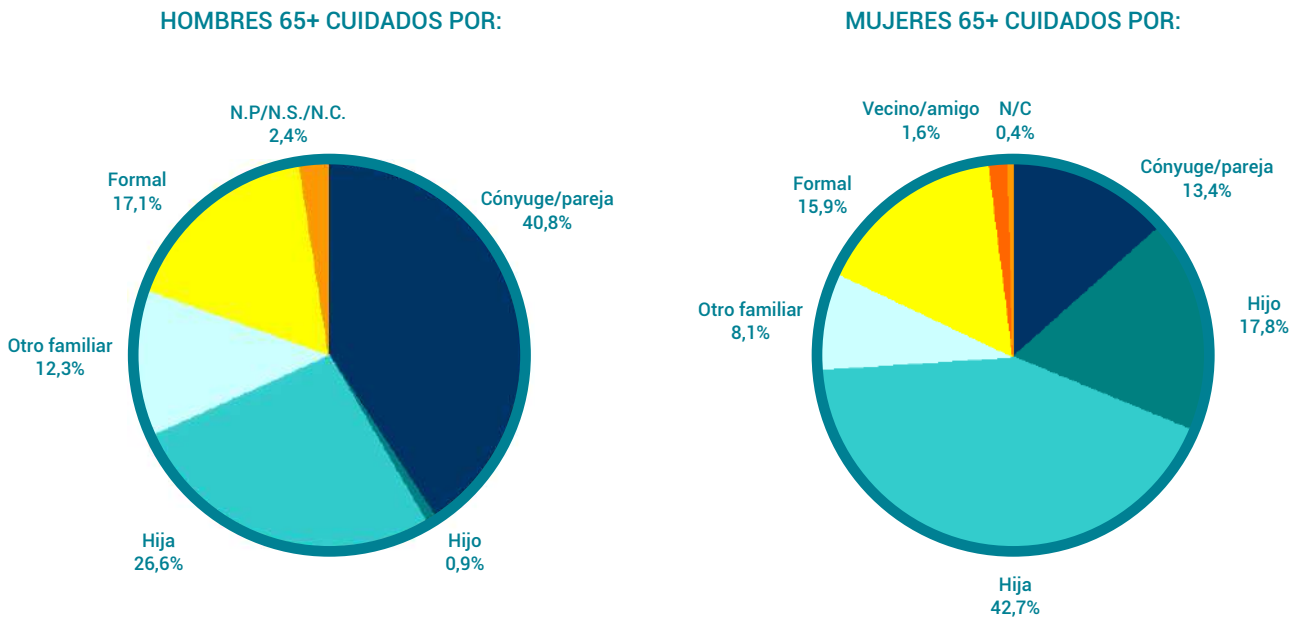


Fuente: "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p

La persona que fundamentalmente cuida de los hombres mayores con dependencia es su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda son las hijas las que mayoritariamente se hacen cargo de los cuidados, seguidas de otros familiares y amigos.



**Gráfico 9.** DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA CUIDADA, 2004



Fuente: "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38

En este panorama sociodemográfico hay que encajar el efecto demográfico de la pandemia ocasionada por el Covid 19, teniendo en cuenta que, aunque el impacto ha sido desigual en las diversas comunidades autónomas, sí que se aprecia un exceso de mortalidad entre las personas mayores, mayoritariamente entre hombres y fundamentalmente en los grupos de edad más avanzada y con mayor grado de dependencia que vivían institucionalizados.

Como además el impacto demográfico se combina con una apreciable bajada de la natalidad y del índice de fecundidad, aún parece pronto para evaluar el impacto real de la pandemia en las grandes cifras demográficas, aunque a otros niveles ha puesto en cuestión el modelo residencial y la gestión pública de los recursos de apoyo a las familias y las situaciones de dependencia.

## 3. Envejecimiento y proyecto de vida

### 3.1. La interseccionalidad género-edad

Las primeras definiciones de la vejez con perspectiva científica aparecen en los años cincuenta, influenciados por perspectivas médicas y biológicas. El estudio del envejecimiento se desarrolla desde un modelo de déficit con características exclusivamente patológicas: *La vejez como enfermedad*.

Este modelo *biológico* permitió observar la falta de uniformidad de los cambios físicos y la aparición de elementos psicológicos y sociales que también parecían influir en el proceso de envejecimiento.

Las corrientes de psicología humanista y, posteriormente, psicología positiva, cambian el foco de interés hacia las cualidades humanas que funcionan como amortiguadores de la adversidad y ayudan a conseguir mejor calidad de vida y bienestar; *elementos básicos del proyecto de vida*.

La inclusión del contexto social como uno de los elementos determinantes del desarrollo de la edad adulta fue más tardía.

En la actualidad, el abordaje del envejecimiento como un fenómeno con muchas facetas destaca que no es un proceso involutivo y que el envejecimiento es un proceso individual que conjuga elementos físicos, socioculturales, económicos y, por supuesto, psicológicos. Muchas personas mayores mantienen una buena calidad de vida en edades avanzadas.

#### **Envejecimiento activo**

Partiendo de estas aportaciones teóricas, que definen a las personas mayores como un grupo, aparece el término *Envejecimiento Activo*, adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 del pasado siglo con intención de transmitir la complejidad del proceso más allá del término *envejecimiento saludable*, más centrado en la salud.

#### **El Edadismo**

El concepto *ageism*, que se ha traducido al castellano como *viejismo*, *gerontofobia* o *edadismo*, ha sido estudiado en un amplio rango de fenómenos tanto a nivel individual como institucional.

El edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo.

Robert Butler (1969) fue el primero que empleó la expresión, definiendo este término como:

---

**“Proceso de estereotipia y discriminación sistemática contra las personas por el hecho de ser viejas, de la misma forma que el racismo y el sexismo se originan por el color de la piel y el género”.**

---

Erdman B. Palmore (1990) enumera nueve estereotipos que reflejan los principales prejuicios sociales que existen hacia las personas ancianas:

---

**“Enfermedad, Impotencia, Fealdad, Deterioro Cognitivo, Enfermedad Mental, Inutilidad, Soledad, Pobreza y Depresión”**

---

El edadismo, en tanto que imagen que la sociedad proyecta sobre las personas mayores acerca de sí mismas, orienta las conductas de sus víctimas. Las personas mayores tienden a expresar definiciones negativas sobre la vejez, perpetuando los estereotipos que se dirigen contra ellas mismas y reforzando el discurso de la sociedad.

***De este modo se busca la aceptación social a través del cumplimiento de los estereotipos, en tanto que son el rol que se espera de la persona mayor.***

Todo lo que no concuerda con lo esperado se convierte en *marginal* o *invisible* y con ello desaparecen muchas de las aportaciones que las personas mayores realizan en el ámbito familiar y a la propia sociedad.

El edadismo también influye en la forma en que se trata a las personas mayores en instituciones públicas y privadas. Conductas como el uso del “habla patrón”, que consiste en *hablarles como a niños o niñas* o como si todas las personas mayores tuviesen discapacidad auditiva o deterioro cognitivo son habituales por parte profesionales de todos los ámbitos.

---

**Tratar a personas mayores como a niños o niñas o de forma paternalista/maternalista (dirigiéndonos a sus hijos e hijas o acompañantes y tomando decisiones por ellas y no con ellas) afecta adversamente los procesos de intervención y favorece conductas y actitudes dependientes.**

---

## 3.2. El proyecto vital de la persona mayor

La primera cuestión importante a resaltar a este respecto es que lo importante al final serán siempre las personas en particular **más allá de los diversos elementos de interseccionalidad** como género, edad u otros: ***cada persona tiene una vivencia particular del proceso de envejecimiento, de su proceso.***

En esa vivencia se conjugan múltiples aspectos internos y externos que, aunque parten de un suelo común, se combinan de forma particular en cada persona.

Desarrollar la capacidad de realizar una lectura de cómo lo general se vivencia en lo particular va a ser de suma importancia como herramienta de intervención.

Las situaciones de dependencia incrementan la sensación de falta de competencia y capacidad de gestionar dificultades.

Por ello va a ser importante manejar el lenguaje de modo riguroso en especial en torno a los ejes:

---

**Autonomía – Heteronomía**

**Independencia – Dependencia**

---

El primer eje hace referencia a la capacidad de toma de decisiones sobre la propia vida y proyecto vital, *la autonomía*, frente a la necesidad de ser apoyado o sustituido por otras personas para la toma de decisiones, *la heteronomía*.

El segundo eje versa sobre la capacidad más instrumental/física: ***independencia física para desarrollar las*** actividades básicas de la vida diaria (AVBD) frente a la necesidad de ayuda o asistencia, *la dependencia*.

Si bien la heteronomía tiene un componente de dependencia física en la medida que suele ir asociada al deterioro cognitivo, la dependencia física no siempre implica heteronomía.

---

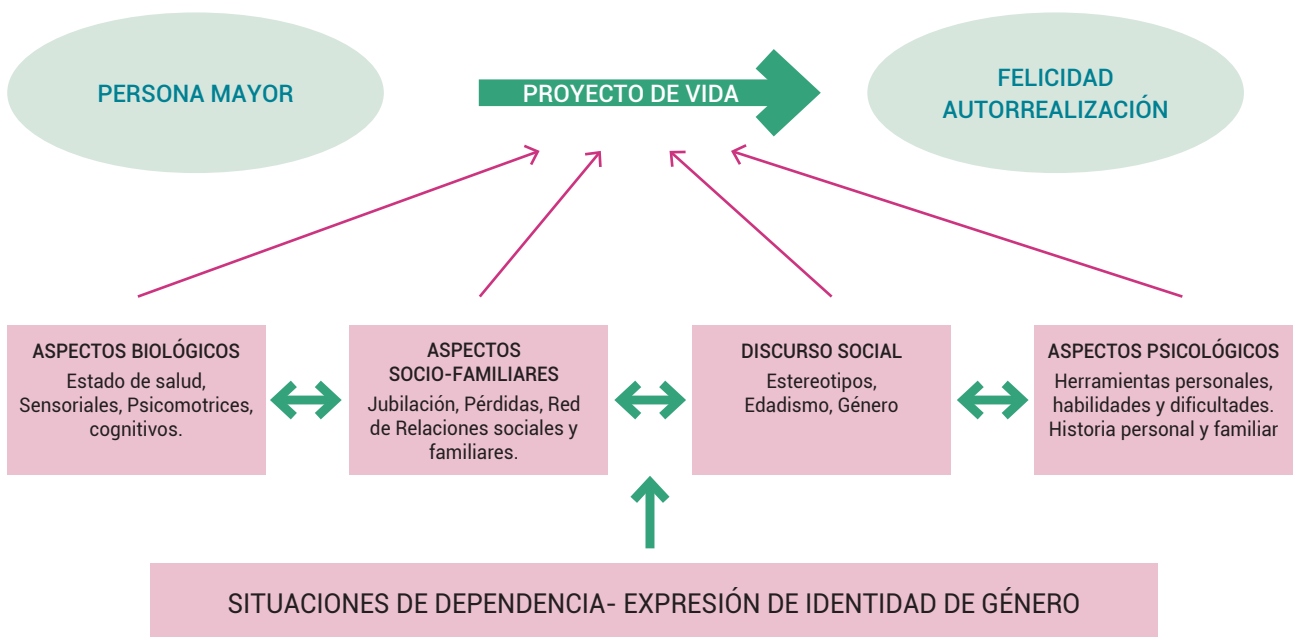
**El protagonista de la película “Mar adentro” (Alejandro Amenábar, 2004), Ramón Sampedro, espléndidamente interpretado por Javier Bardem, es una persona en una situación de extrema dependencia, pero completamente autónomo. Hasta el punto de que el eje central de la película se sitúa en la necesidad del apoyo de otras personas en su dependencia para poder ejercer su autonomía (poner fin a su vida).**

---

Si bien en muchos casos en el imaginario social se define al envejecimiento desde la dificultad de cambio y la rigidez caracterial, la realidad es que los procesos de cambio en las personas mayores se producen y son posibles, aunque pueden ser más lentos que en otras edades y se producen en aquellas áreas en que la inseguridad, consecuencia de la combinación entre edadismo y expresión de género, quede contrarrestada por la percepción de un entorno seguro desde el que explorar alternativas.

Tomando como base la Perspectiva del Ciclo Vital junto aportes de otros modelos teóricos como el ecológico-sistémico y el modelo de psicología humanista, podemos sintetizar los aspectos a tener en cuenta en la intervención con personas mayores a través del siguiente esquema:

Gráfico 10.



Fuente: Elaboración Propia



Todas las personas tienden de forma natural a la consecución de dos objetivos básicos en su vida: ser felices y autorrealizarse<sup>4</sup>.

El término *felicidad*<sup>5</sup> no debe entenderse como un absoluto ni como un mandato; es un estado personal relacionado con conseguir el máximo bienestar en función de las condiciones ambientales.

La vida no se desarrolla en un tubo de ensayo; todas las personas tienen la potencialidad de buscar ambos objetivos, pero las circunstancias personales y ambientales van a definir qué entendemos por felicidad o desarrollo personal en cada momento y situación.

El proyecto de vida sería así, el conjunto de estrategias y conductas que cada persona despliega para conseguir el máximo de felicidad y desarrollo personal en cada momento de su vida y es, por su propia naturaleza, dinámico: va cambiando a lo largo de la vida cronológica y en función de los sucesos y circunstancias vitales.

---

**No puede ser igual el proyecto de vida de una niña de siete años, el de un joven de 20, una adulta de 46 o una persona de más de 80 años.**

---

Desarrollar herramientas y estrategias personales para modificar y adaptar el proyecto de vida a las circunstancias cambiantes va a ser para cualquier persona una de las mayores fuentes de autoestima, así como la rigidez y falta de herramientas y estrategias adaptativas el origen de muchas situaciones de crisis personal y de sentido vital.

Pese a ser conscientes de la enorme variabilidad a la que nos enfrentamos, podemos buscar elementos comunes en el desarrollo del proyecto de vida de las personas mayores que nos aporten un marco de referencia.

Más allá de los elementos concretos que definen lo que cada persona mayor considera necesario para lograr ser feliz y desarrollarse, existen una serie de ámbitos comunes: las relaciones personales y familiares, la salud, la pareja, el ocio, la autonomía y la independencia económica.

Así, el desarrollo del proyecto de vida de las personas mayores se ve influenciado por:

**Cambios biológicos:** Sin entrar en detalle, todo lo que tiene que ver con los cambios físicos asociados a la edad (movimiento, fuerza física, enfermedades crónicas, cambios en los sentidos, en el funcionamiento cognitivo...) sin ser determinantes; puesto que no todas las personas mayores tienen cambios significativos en la cognición o en su capacidad sensorial y muchas enfermedades crónicas tienen que ver más con los estilos de vida y las carencias de alimentación que, stricto sensu, con el proceso de envejecimiento, van a influir en el desarrollo del proyecto de vida de la persona mayor.

4. La *autorrealización* consiste en la satisfacción de haber alcanzado y cumplido una o más metas personales que forman parte del desarrollo y del potencial humano. Por medio de la autorrealización los individuos exponen al máximo sus capacidades, habilidades o talentos a fin de ser y hacer aquello que se quiere.

5. El concepto de *felicidad* ha estado siempre sujeto a intenso debate y es un concepto clave para la filosofía. Podríamos definirlo como un estado subjetivo de satisfacción en relación con la experiencia vital de cada persona a lo largo de su vida.

Las creencias asociadas al deterioro físico que se produce al envejecer (que insistimos, no es homogéneo) pueden limitar subjetivamente las capacidades de la persona mayor y su percepción de competencia en áreas relacionadas con esos aspectos.

El edadismo condiciona la vivencia del duelo por las capacidades físicas perdidas y la permanente comparación con las capacidades físicas asociadas a lo joven y que, en muchos casos, no solo impiden hacer sino intentar.

---

***La gran mayoría de las personas mayores gozan de una independencia física considerable hasta edades muy elevadas. No hay impedimentos físicos importantes que les permitan realizar actividades físicas y deportes; adaptando el ritmo de la práctica deportiva a las posibilidades de su cuerpo (los niños y niñas, por ejemplo, no pueden realizar deporte con la intensidad de las personas jóvenes y la mayoría de personas adultas, tampoco). Sin embargo, el binomio deterioro físico/enfermedad asociado generalmente a ser mayor impide que tan siquiera se intente.***

---

Otro caso significativo es *la memoria*. La mayoría de las personas mayores posee capacidades cognitivas y de memoria suficientes para funcionar de forma autónoma e independiente en todos los aspectos de su vida hasta su fallecimiento y solo algunas áreas relacionadas con la capacidad de atención/concentración y el aprendizaje varían con la edad.

Incluso eso es discutible para muchos expertos, pues los factores ambientales (aprendizajes previos, desarrollo del pensamiento abstracto, capacidad simbólica) condicionan mucho las dinámicas cognitivas. Sin embargo, existe una creencia generalizada de que las capacidades cognitivas y de memoria disminuyen con la edad de forma patológica.

**Cambios Socio-familiares:** Los principales cambios en esta área son la jubilación y la salida de hijos e hijas de casa, el fin de la crianza.

***Ambos, para hombres y mujeres, suponen un brutal cambio de rol***, no solo en lo que tiene que ver con las actividades y las relaciones asociadas con ellas (amistades del trabajo, ocupación del tiempo, estructuración de la vida) sino en la misma raíz de la identidad.

**Los roles** (de género, profesionales, de edad...) son un producto sociocultural, en un sentido antropológico, y experimentan variaciones en las diversas culturas humanas.

***Regulan el conjunto de conductas atribuidas y esperadas de cada persona que los desempeña*** (en el caso de los roles género, las de cada sexo) y por ello tienen una función simbólica y práctica, puesto que son parte fundamental de la organización socioeconómica y el mundo simbólico de cada sociedad o cultura.

Hay toda una serie de atributos y estereotipos del rol, entre los cuales están ciertos rasgos de la personalidad, que se refuerzan y potencian para cumplir con esas atribuciones como, por ejemplo, la emotividad para las mujeres y la capacidad de mando en los hombres o la impulsividad en las personas jóvenes.

Las sociedades establecen un sistema de premios y sanciones en función del cumplimiento de los atributos del rol.

**Los roles de género y de todo tipo** que desempeñamos a lo largo de nuestra vida no son naturales, son una construcción social y **tienen la capacidad de asignar un lugar, tareas y funciones dentro de la sociedad a quienes los desempeñan**: otorgan identidad y aceptación por parte de las otras personas, hombres o mujeres. La identidad y la aceptación son fuentes de autoestima.

Los roles de género, por ejemplo, se han ido modificando con el tiempo y, pese a que los mandatos básicos de género permanecen casi inalterables, es cierto que flexibilizado y ampliado el número de tareas admitidas. Muchas conductas que hace años eran inadmisibles o difícilmente tolerables hoy están normalizadas: como la participación en las tareas domésticas y la crianza por parte de los hombres o el desarrollo de carreras profesionales en las mujeres.

Para muchas mujeres mayores, el desempeño cabal de lo esperado de ellas por ser mujeres y, en concreto, desde el modelo de mujer correspondiente a la época en que se educaron y socializaron no solo ha sido la fuente primaria de su identidad como personas, sino que las ha asegurado un lugar de aceptación social y ha sido su fuente básica de autoestima.

Hombres y mujeres desarrollan diferentes roles desde la identidad de género: "ser hombre" está íntimamente asociado al trabajo, el ejercicio del poder, a la autonomía, la ocupación y la producción de bienes. Por tanto, en la jubilación hay algo que cuestiona el "ser hombre" y que hay que resolver con éxito para mantener la identidad a salvo.

Muchos hombres buscan un lugar de poder y autoridad en el ámbito doméstico, donde chocan con sus parejas (mujeres), que sienten invadida su esfera personal, hasta el punto de que unas de las ratios mayores de separaciones y divorcios se producen en esta etapa de la vida de pareja. El riesgo de desarrollo de un trastorno adaptativo con síntomas depresivos en este momento es alto.

La identidad de muchas mujeres mayores está íntimamente ligada a la maternidad y al cuidado. Incluso cuando han desarrollado una actividad laboral, las mujeres mayoritariamente se juzgan a sí mismas y son juzgadas por el nivel de cumplimiento con la maternidad y el cuidado.

La salida de los hijos e hijas de casa es un éxito y también el final de un modo de existir personal y socialmente. Muchas mujeres mayores pasan directamente del cuidado de los hijos e hijas (si es que lo llegan a abandonar), al cuidado de nietos y

nietas como forma de seguir dando sentido a su vida desde el cuidado, buscando el reconocimiento y la valoración desde una posición muy dependiente emocionalmente, lo que las coloca en una posición vulnerable.

Con el fin de la vida laboral desaparecen también actividades y rutinas que todos necesitamos para estructurar nuestra vida y que deben ser sustituidas.

También desaparecen toda una red de relaciones personales establecidas alrededor del trabajo (amigos/as, compañeros/as).

Importantísimo es también mencionar el cambio de estatus, con lo que implica a nivel simbólico: se pasa de persona laboralmente activa a jubilada (y las mujeres ni siquiera se jubilan, puesto que una buena parte de sus actividades ligadas al ámbito doméstico y del cuidado son, desde el punto de vista del poder y el estatus, invisibles) y, en el ámbito familiar, de *padres y madres a abuelos y abuelas*.

En la red social, envejecer supone acercarse a la muerte y, de hecho, esta se hace cada vez más presente; con la *desaparición* de amigos y familiares por toda una serie de circunstancias: muerte, enfermedades incapacitantes, situaciones de dependencia, cambios de domicilio, etc.

El entorno relacional se reduce mucho y esa circunstancia supone enfrentarse a la posibilidad de situaciones de soledad no deseada y a la necesidad de reemplazar la red social y, como sabemos, una red de vínculos sanos con otras personas es uno de los factores de protección fundamentales frente a situaciones de vulnerabilidad o riesgo.

Puede haber, por tanto, una acumulación de duelos por gestionar, tanto de personas significativas, como en el nivel simbólico relacionado con lo ocupacional y el estatus sociofamiliar.

Como señala Anna Freixas (1997), las mujeres desarrollan múltiples roles que se van solapando en función, no tanto de sus necesidades como las de los otros (hijos e hijas, progenitores propios y de la pareja, nietos y nietas) y que no se corresponden exactamente con el devenir cronológico y condicionan su acceso, su permanencia y sus posibilidades de desarrollo en el mundo laboral, mientras que en el caso de los hombres su devenir vital tiene mucho que ver con lo laboral de un modo muy unidireccional.

Por otra parte, el fin de la crianza de hijos e hijas y el fin de la vida laboral no tienen por qué suponer de forma automática una situación de duelo y pérdida irreparable, sino que también son un momento de oportunidad para apropiarse de aspectos vetados a la expresión de los roles de género tradicionales, como son la emotividad y el cuidado en los hombres y los espacios de crecimiento personal y autorrealización en las mujeres.

En todo caso, es importante señalar que, pese a que ni todas las mujeres sufren de manera aguda el *síndrome del nido vacío*, ni todos los hombres son capaces de explorar el territorio de lo emocional y lo relacional como forma de buscar nuevo sentido a su proyecto de vida, lo cierto es que la expresión tradicional y rígida de los roles de género supone un coste en términos de abandono y negación de aquellos aspectos que no están relacionados con los diversos atributos estereotipados del rol.

Estos aspectos, que han sido ampliamente estudiados con perspectiva de género en el caso de las mujeres desde una óptica feminista, permanecen infraexplorados en el caso de los hombres, lo que Mirta Cucco (2013) denomina *la problemática invisible de los hombres*.

**Discurso Social:** No añadiremos nada aquí sobre lo expuesto anteriormente acerca de prejuicios y estereotipos y su función y consecuencias, salvo hacer notar la capacidad enorme de penetración en la vida y acciones cotidianas de las personas mayores tanto de los estereotipos referidos al envejecimiento y las personas mayores, como de las actitudes y prejuicios edadistas que influyen tanto en el trato que se da a las personas mayores en los medios de comunicación, como en la asignación de recursos destinados a ese sector concreto de la población y los discursos sobre el envejecimiento de las diferentes ideologías políticas.

Detrás de conductas concretas expuestas en los apartados anteriores, se esconden habitualmente actitudes, discursos y estereotipos: cuando las mujeres mayores valoran su cuerpo en muchos casos exclusivamente desde un canon de belleza juvenil que no recoge las características del cuerpo de una mujer de, por ejemplo, 80 años, se impiden ser bellas y, lo que es peor, *sentirse bellas* siendo quienes son.

Además, la valoración del cuerpo solamente desde un canon estético (elemento transversal a todos los grupos de edad) impide una adecuada percepción del cuerpo desde el punto realmente importante: la funcionalidad. La función de las piernas es permitir nuestra deambulación, si además son bellas, será un plus pero nunca el criterio básico sobre el que las juzguemos, y sin embargo no es así.

**Aspectos Psicológicos:** En este bloque se agrupan muchas características personales. Aprendizajes vitales y todos los que tienen que ver con el desempeño de los diversos roles, particularmente los de género.

Las personas, y más aún las personas mayores, son portadoras del registro de toda su historia. Los sucesos, éxitos, fracasos, dificultades y las potencialidades y herramientas que les han permitido gestionar los sucesos de su vida forman el registro básico desde el que abordan cada acontecimiento vital: las habilidades y competencias emocionales, los pensamientos, juicios y las conductas que desarrollan en cada situación forman los mapas que les ayudan a orientarse.



Algunos eventos que tienen que ver con el envejecimiento (*por ej. la jubilación o la salida de los hijos de casa*) van a poner a prueba nuestras herramientas personales.

Cuando esas herramientas no consiguen que el proyecto de vida se adapte a las nuevas circunstancias, se produce un momento de crisis que pone a la persona en riesgo y la convierte en vulnerable, puesto que supone una oportunidad de crecer y también el riesgo de romperse.

---

**Se trata por tanto de, sin negar las dificultades que le son propias, visualizar el envejecimiento en positivo como un éxito vital: envejecer supone haber vivido y tener la oportunidad de seguir haciéndolo.**

---

### 3.3. La familia y el envejecimiento

Como mencionábamos en la introducción, la familia como institución humana supone el pilar básico sobre el que culturas y sociedades se organizan.

Sin embargo, pese a que tenemos una noción de la institución familiar como algo estático (la familia heteropatriarcal occidental), la realidad es que, desde un punto de vista antropológico, la familia como institución se organiza de muy diferentes formas en función de aquellos factores socioeconómicos y simbólicos que sean importantes para cada sociedad y cultura. Nuestro modelo familiar occidental heteropatriarcal es solo uno más de los modelos posibles.

Incluso nuestro modelo hoy en día está sujeto a revisión y cambio, y por eso hablamos de *familias* y no de *familia*.

Sea cual sea su forma, la familia cumple una serie de funciones para cada una de las personas que la componen y para la sociedad que la acoge. Entre ellas destacan una interna (básicamente, la protección psicosocial de sus miembros) y otra externa (la acomodación a una cultura y su transmisión).

La estructura de las relaciones de parentesco entre las diferentes personas que forman la familia son también una construcción social y, aunque no lo parezca, experimentan variaciones significativas entre diversas culturas, una cuestión importante a tener en cuenta cuando intervenimos en el ámbito de la multiculturalidad, algo cada vez más frecuente.

Como cualquier espacio humano, la familia es el escenario de lo mejor y lo peor: el lugar del cuidado y el amor, pero también del maltrato, la violencia y el trauma y, por lo tanto, no resulta saludable ni adecuada su idealización más allá de su evidente funcionalidad social y de su fortaleza como institución.

Las *formas* de la familia pueden ser muy diversas partiendo de la base de una pareja reproductora, considerando el término *pareja reproductora* en un sentido amplio: Una pareja homosexual que adopta encaja perfectamente en esa definición, en la medida en que no es necesario que el proceso de *filiación* (adscripción al grupo familiar) se produzca estrictamente desde los lazos sanguíneos.

El concepto de *familia* es más que el *hogar* en un sentido espacial y territorial. Una familia puede vivir en hogares nucleares (pareja e hijos o hijas) separados o en forma de familia extensa (varias generaciones juntas).

Desde un punto de vista sistémico<sup>6</sup>, la familia se constituye como un sistema con reglas y códigos de funcionamiento que van evolucionando a la par que el sistema familiar y que tienden a regular el funcionamiento del sistema buscando la estabilidad.

La noción de sistema hace referencia a la interrelación de las partes que lo componen (los miembros de la familia) necesaria para el funcionamiento del conjunto (la familia) y la consecución de sus fines, tal y como indica la definición de la RAE:

---

**Sistema: Conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto.**

---

Dentro de los sistemas familiares independientemente de su configuración coexisten una serie de *subsistemas* definidos en función de características similares y del tipo de *vínculo que une a sus miembros*: *conyugal* (la pareja) *parental* (padres y madres respecto a hijos e hijas) *filial* (hijos e hijas respecto a padres y madres) y *fraternal* (hermanos y hermanas).

*Las reglas* (jerarquía, normas y límites...) y *códigos de funcionamiento* aseguran el flujo de servicios e información entre los diversos subsistemas y emanan de la cultura a la que el sistema familiar pertenece, el *exosistema*.

Los sistemas familiares, por último, tienden a ser resistentes al cambio y manifiestan inercias en su funcionamiento que en ocasiones provocan malestar individual y dificultades de ajuste con el exosistema.

En este espacio relacional es donde se desarrolla una de los más importantes intercambios entre los diversos subsistemas familiares: el cuidado y, *más concretamente para nuestro objetivo, el cuidado de las personas mayores*.

Es evidente la dificultad para ubicar a las personas mayores dentro del sistema familiar, ya que participan de diversos subsistemas, pero no tienen uno propio y sus funciones dentro del sistema familiar y los roles que desempeñan son muy variados:

6. Bertalanffy, 1968

cuidado, transmisión de conocimientos y de la historia familiar, apoyo económico, mediación entre subsistemas parental y filial, apoyo emocional...

Estas funciones no son estáticas y han ido evolucionando históricamente con los cambios sociales: el poder y el control jerárquico de las personas mayores dentro de los sistemas familiares han ido disminuyendo en la medida en que la posesión de los bienes y medios de producción (tierra, ganado...) y la transmisión de conocimientos han ido desligándose de su figura.

Hoy en día, la posición de las personas mayores en los sistemas familiares es compleja.

En el imaginario social se les define desde prejuicios edadistas que las recluyen en el espacio del cuidado, vistos como sujetos de cuidado y en la esfera de lo emocional, sobre todo en lo relacionado con las relaciones con nietos y nietas.

La realidad es que las personas mayores son proveedores de cuidados y apoyo para hijos e hijas; económicamente y en la crianza y cuidado de nietos y nietas, y además cumplen con una importante labor de mediación y transmisión cultural.

Pese a su centralidad en los sistemas familiares, normalmente no son contemplados en la intervención familiar hasta que las necesidades de apoyo directo y cuidado no se convierten en una fuente de dificultades para el funcionamiento del sistema; es decir, permanecen invisibles en sus aportaciones hasta que se convierten en una carga.

En el funcionamiento tradicional del sistema familiar respecto a las personas mayores, una vez se realizaba la transmisión de poder, conocimiento y los medios de producción, comenzaba un periodo de cuidado hasta el fallecimiento.

Este cuidado *debido* se desarrollaba *estrictamente en el ámbito de la familia* por la falta de apoyo externo y por las *normas* sociofamiliares que aseguraban el cuidado ante la falta de recursos externos.

El cuidado no se desarrollaba durante mucho tiempo, pues la esperanza de vida era mucho más corta y se envejecía en mucho peor estado de salud, y era sostenido por las mujeres cuya vida laboral (si existía) se entendía como un elemento auxiliar en función de las necesidades de cuidado y asistencia a los miembros del sistema familiar: hombres productores, hijos e hijas, personas mayores y dependientes.

Padres y madres ancianos desaparecían de la toma de decisiones, aunque conservaban un poder derivado de su experiencia y sabiduría. No había alternativas al cuidado familiar y la permanencia en el domicilio hasta la muerte, salvo ser recogidos por una institución benéfica, con lo que suponía de *fracaso* de la institución familiar en el desarrollo de sus funciones.

La primera generación de nuestra familia García González vivió inmersa en ese modelo y educó a sus hijos e hijas en él.

En nuestro país, este modelo de permanencia forzosa en el medio familiar, de convivencia en familia extensa y cuidado soportado en la labor de las mujeres se rompe con el desarrollismo de los años 50 y 60 del pasado siglo, que supone:

*Abandono del mundo rural por el medio urbano:* esta situación priva a las personas mayores del poder sobre los medios de producción y el conocimiento, y en muchos casos las deja aisladas y solas en el medio rural. Este fenómeno se agudiza con la emigración hacia países de Europa por causas sociolaborales y políticas.

En el mundo urbano, ni la adquisición del conocimiento ni el acceso a los recursos y al mundo laboral tienen relación directa con el sistema familiar y las personas mayores (sobre todo los hombres en un sistema claramente heteropatriarcal) comienzan a ser *prescindibles* y sus conocimientos *innecesarios*.

Aparejado a este fenómeno, se produce la incorporación masiva de mujeres al mundo laboral y una eclosión de la natalidad que centra la mirada y el flujo de energía de los sistemas familiares en la crianza y, por tanto, en los subsistemas parental y filial. Las personas mayores comienzan a difuminarse dentro de los sistemas familiares y se comienza a hablar de ellas en términos de carga, cuando aparece la necesidad de cuidado.

Simultáneamente se produce una mejora generalizada de todos los parámetros vinculados con la salud (no solo de la asistencia sanitaria y hospitalaria; hablamos también de alimentación, comodidades domésticas, acceso a medicamentos, etc), que aumentan rápidamente la esperanza de vida y, más lentamente, la esperanza de vida saludable.

En los sistemas familiares, muy centrados como decíamos en el eje parental-filial, aparece la necesidad de cuidar a personas mayores más longevas que aún viven en el mundo rural: comienza entonces el fenómeno del éxodo de personas mayores del pueblo hacia la ciudad para ser cuidados por hijas y nueras.

Sin embargo, aunque el imaginario y la expectativa del cuidado siguen situadas en el *modelo rural*, la realidad de la vida urbana, con unidades habitacionales pequeñas y la premura de las necesidades vinculadas a la crianza, demandan soluciones a nuevas necesidades.

Estas pasan, en términos generales, por la renuncia de muchas mujeres a su carrera laboral y, desde la administración, por el desarrollo de complejos residenciales para atender a personas mayores que ya no pueden vivir en el pueblo y tienen difícil encaje en el mundo urbano. El cine español de la época del desarrollismo está lleno de ejemplos de ese fenómeno en clave de tragicomedia como la famosa película *la ciudad no es para mí*, de Pedro Lazaga, protagonizada por Paco Martínez Soria.

Aunque el fenómeno de la dependencia funcional y el deterioro cognitivo comienzan a emerger en este momento, con la carga de cuidado que llevan aparejada, la espe-

ranza de vida en ese momento no supone todavía una necesidad generalizada de provisión de cuidados durante largos periodos de tiempo.

La permanencia del modelo de cuidado feminizado y desigual permite, con dificultades crecientes, el *apoyo debido* de los sistemas familiares a las personas mayores.

Es en este periodo cuando se formulan y se comienzan a incorporar en el discurso sobre las personas mayores muchos de los elementos que hoy definimos como propios del edadismo, particularmente las asociaciones vejez-enfermedad y los procesos de infantilización asociados a la pérdida del estatus social y familiar de las personas mayores.

El fenómeno de la inversión de roles entre padres/madres e hijos/as adultos comienza a generalizarse en el discurso y el sistema filial de padres y madres mayores comienza a tomar decisiones sobre ellos y ellas (pero sin ellos ni ellas) dirigidas a mantener los equilibrios en el sistema familiar:

---

**Hijos e hijas comienzan a traerles del pueblo a vivir con ellos y comienzan a meterles en la residencia.**

---

Las instituciones y, dentro de ellas, los embrionarios servicios sociales y sanitarios como producto de la sociedad que los crea, participan de ese discurso y, en parte, hoy aún somos herederos de esa visión.

Este panorama, como mencionábamos en la introducción, se intensifica con los diversos cambios sociales y trae aparejadas diversas adaptaciones del modelo primigenio de cuidado, pero también herencias en forma de introyectos sobre qué esperar y qué hacer con las personas mayores en las familias.

No es el objetivo de esta publicación realizar un exhaustivo análisis de las sucesivas adaptaciones de los sistemas familiares a los cambios socioeconómicos en todo lo relacionado con el envejecimiento, aunque sí es necesario incorporar una perspectiva histórica para entender nuestro presente y planificar nuestro futuro.

Hoy en día, aquellos que cuidaron con dificultad a sus padres *traídos del pueblo* al medio urbano, donde carecían de lugar social de prestigio (y en muchos casos con un proyecto de vida centrado en *pasar el rato*), reproduciendo en un mundo urbano el modelo que aprendieron en su infancia, han envejecido con mejor salud, con mucha mayor calidad de vida y por tanto, con un mayor acceso al ocio y tiempo libre; constituidos como *consumidores de recursos* de todo tipo y esperando que sus hijos e hijas, sobre todo ellas, les cuiden del mismo modo que ellos cuidaron de sus padres y madres.



Sus hijos e hijas, la generación del Baby Boom, con estudios medios y superiores en muchos casos, residen alejados físicamente de ellos y ellas.

Socializados en el consumo, el disfrute y el desarrollo del yo, se están encontrando con la necesidad de proporcionar cuidados a padres y madres que han vivido de forma razonablemente autónoma una buena parte de su proceso de envejecimiento, centrados en el ocio y con apoyos institucionales público-privados.

Sin embargo, muchos de esos padres y madres desarrollan diversos procesos de dependencia funcional y de pérdida de autonomía y van a necesitar apoyos y cuidados que las instituciones no están pudiendo prestar o al menos no con la intensidad que se requiere para mantener el proyecto de vida personal, en lo laboral (hombres y mujeres) y en la crianza de hijos e hijas.

De nuevo son las mujeres dentro de los sistemas familiares quienes cargan con la mayoría del esfuerzo y de las renunciadas. Sin embargo, la frustración y los conflictos que todo esto genera en los sistemas familiares son de mucha mayor intensidad en la medida en que los débitos y obligaciones del modelo de cuidado tradicional se han ido difuminando.

En la actualidad no es fácil cumplir con las expectativas de cuidado *tradicional* de muchas personas mayores cuando además ese cuidado se realiza de forma desigual entre géneros, sin apoyos suficientes y supone el abandono y la renuncia al propio proyecto de vida.

Las familias emplean mucha energía y recursos en intentar balancear deseos y obligaciones y, sin apoyos públicos, una forma de abordar y gestionar esas dificultades para intentar mantener los equilibrios internos ha sido la creciente tendencia de la transferencia de cuidados desde las familias a personas externas a través de redes de economía informal: las cuidadoras de origen migrante, en lo que se conoce como *cadena global de cuidados*<sup>7</sup>. El sesgo de género se mantiene y son *mujeres las que transfirieren a mujeres* la tarea del cuidado.

Sin embargo, este modelo tiene sus propias fallas, pues en el contexto de crisis económica y del proceso de regulación de este tipo de trabajo, el coste económico para las familias aumenta, con el consiguiente aumento de renunciadas sobre el proyecto de vida y mayor malestar.

La pandemia de Covid-19, con la mortalidad concentrada en las residencias, ha venido a acelerar el cuestionamiento del modelo de los grandes centros residenciales centrados en la atención a la gran dependencia.

En el futuro, habrá un número cada vez mayor de personas mayores en el que van a coexistir personas mayores con expectativas de cuidado cercanas al modelo tradicional y otro gran grupo de hombres y mujeres mayores con la expectativa de envejecer de modo autónomo e independiente y la voluntad de tomar las decisiones

7. Espiniella, 2021

necesarias para el caso de la pérdida de autonomía que ya no consideran a la familia la principal fuente de ayuda, aunque sí un elemento determinante para su proyecto de vida.

Para todas ellas las necesidades de financiación de los apoyos y la calidad de los mismos serán asunto prioritario.

Desde el punto de vista de las familias, el modelo de cuidado tradicional no va a ser ya una solución, y los recursos públicos y privados cada vez más desempeñarán un papel importante, pero en ningún caso podrán sustituir el apoyo familiar.

Por último, administraciones y proveedores de servicios habrán de adaptar su oferta a una población mayor que sabe lo que quiere y que demanda recursos específicos y de calidad y convertirse en facilitadores de los cambios que están por venir.

Cerramos esta reflexión volviendo al principio: El gran reto respecto del envejecimiento es, por un lado, colocar a las personas mayores en el centro de la dinámica familiar, pero no desde un modelo tradicional sino desde la revisión crítica del modelo de cuidado, y avanzar hacia una gestión del envejecimiento desde un lugar que integre las necesidades de personas mayores y familias extensas.



## SEGUNDA PARTE

Hacia un cambio  
de paradigma en  
la intervención con  
personas mayores.  
La sociedad de los  
cuidados.

Antes de abordar el modelo de cuidado, atención y acompañamiento a personas mayores, vamos a retomar algunas cuestiones planteadas en el apartado anterior que van a constituir el punto de partida para la reflexión sobre cómo ayudar y acompañar a las personas mayores a desarrollar su proyecto de vida teniendo en cuenta su entorno familiar.

Enumeremos estos aspectos intentando acercarnos todo lo posible a la realidad vivida.

**Aspectos sociológicos:** teniendo en cuenta que lo demográfico depende en gran medida de la evolución de factores externos, lo que la sociología del envejecimiento y las familias nos dice es que, como mínimo, en un plazo desde hoy hasta 2050 va a desarrollarse un crecimiento sostenido de la cantidad de personas mayores y, entre ellas, de las personas mayores de 80/85 años (las personas nacidas en 1965 tendrán entonces 85 años).

A partir de los 80 años, la mayoría de las personas mayores necesita apoyos de mayor o menor intensidad para llevar a cabo las actividades y conductas tendentes a la consecución de sus objetivos vitales.

Esa población va a ser mayoritariamente femenina, muchas de ellas viudas y... ¡Ojo!, hasta ahí lo que estamos visualizando son a las personas mayores *ahora*. Enfoquemos.

---

**¿Cuándo han nacido las personas mayores del mañana? Las personas mayores que cumplirán 80 años en 2050 habrán nacido en 1970 ... y ¿quiénes son? Nosotros y nosotras.**

---

La imagen del envejecimiento que acostumbramos a proyectar no es sino un trampantojo elaborado con la imagen de nuestros padres y madres y abuelos/as. Como vimos en el apartado anterior, esa imagen ya no es real o, al menos, homogénea.

**Acudamos a la antropología del envejecimiento** para perfilar nuestro presente e imaginar nuestro futuro:

Actualmente, en nuestra sociedad conviven al menos dos generaciones de personas mayores que muestran diferencias entre ellas, tanto en la gestión de su proyecto de vida, como en su imaginario sobre la vejez, en la expresión de sus necesidades y su discurso sobre el cuidado.

**Los nacidos en el entorno de los años 30 del pasado siglo** que tienen actualmente alrededor de 80/95 años.

Son mayoritariamente mujeres, sin estudios o con estudios básicos, viudas y con pensiones de baja cuantía (pensiones de viudedad y No Contributivas).

Muchas de ellas están en situación de dependencia funcional y otras, además, desarrollan deterioro cognitivo en diversos niveles.

La mayoría nació en entornos rurales y emigraron a los grandes polos industriales o al extranjero a lo largo de los años 50. Han cuidado de sus padres y madres trayéndoles del pueblo a la ciudad y mediante fórmulas adaptativas como las estancias rotatorias, compatibilizándolo con la crianza de sus propios hijos e hijas, el cuidado de sus esposos y, posteriormente, de sus nietos y nietas.

Su imaginario y sus necesidades y demandas respecto del cuidado están marcadas por una expresión *rígida y muy tradicional de sus roles de género*. Han cuidado, o al menos lo han intentado, del mismo modo en que fueron cuidadas y vieron cuidar a las personas mayores de sus familias de origen.

A diferencia de sus madres y padres, en su envejecimiento accedieron a programas de ocio, tiempo libre y desarrollo personal centrados en el envejecimiento saludable y activo, pero no de modo proactivo ni participativo en general. Recordemos que la mayoría de estas personas crecieron y maduraron en una dictadura (tenían alrededor de 40 años a la muerte del dictador).

Su actitud ha sido básicamente de *beneficiarios* de recursos y prestaciones en el sentido de la definición de la RAE:

---

**Beneficiario/a. Dicho de una persona: Que resulta favorecida por algo.**

---

Desean ser cuidadas por sus hijas en el entorno familiar del mismo modo que ellas hicieron y han accedido a recursos públicos de apoyo a la permanencia en el medio (SAD, TAD y Centros de Día en menor medida).

Tienen muchas dificultades para comprometer su patrimonio personal en sus necesidades de cuidado y esperan que sea la familia, en primer lugar, y las instituciones (desde el punto de vista de *beneficiarios de una gracia*) en menor medida, quienes se hagan cargo de ellas. El patrimonio es algo a conservar, aumentar y transferir a las siguientes generaciones, como garantía ante las posibles adversidades en una cultura donde *no se espera apoyo externo por parte de los poderes públicos*.

**Los hijos e hijas** de este grupo, *que pertenecen a las cohortes previas y las más mayores de la generación Boomer, rondan los 70 años* y en algunos casos, todavía cuidan de sus padres y madres.

Ellos ya son una generación plenamente *urbana* en un sentido cultural. La inmensa mayoría tiene estudios primarios, muchos estudios medios y, algunos, incluso universitarios.

Las mujeres han trabajado mayoritariamente fuera de casa (además del trabajo doméstico), aunque una buena parte de ellas ha renunciado a su carrera profesional para cuidar de esposo, hijos e hijas y padres y madres de ambos.

Por edad, la mayoría aún vive en pareja, ambos tienen pensiones propias en muchos casos (siendo de mayor cuantía las de los hombres por su mayor continuidad en el mundo laboral y la discriminación laboral) y, como sus padres y madres, han accedido desde su jubilación a programas de ocio y tiempo libre, crecimiento personal, y preventivos de situaciones de dependencia en muchos casos.

La mayoría de ellos han podido viajar y, para la gestión del cuidado de sus padres y madres, han acudido de forma generalizada a los servicios de apoyo, primero de carácter municipal y autonómicos y, posteriormente, del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) a partir de 2006. En muchos casos han contratado servicios de apoyo personal y cuidado no profesional en términos de economía informal.

En su propio envejecimiento, son usuarixs de los servicios de permanencia en el medio de la Ley de Dependencia, y su expectativa respecto a los cuidados que van a recibir ha cambiado: aunque manifiestan predilección por permanecer en el domicilio propio atendidos por (de nuevo) las mujeres de su familia, no demandan exclusivamente la atención directa y están abiertos a otras fórmulas como los servicios de apoyo y la asistencia personal de terceros proporcionada por los poderes públicos y de la que se sienten *sujetos de derecho como contribuyentes* o servicios privados que esperan poder costear con sus ingresos y, en menor medida, su patrimonio. La cultura de la transferencia del patrimonio a las siguientes generaciones por la falta de confianza en la capacidad/voluntad de los poderes públicos para proveer ayuda se mantiene como introyecto.

La atención residencial es percibida como algo inevitable en casos de gran dependencia por la falta de disponibilidad de sus familiares y los requerimientos del cuidado, pero la percepción de este tipo de servicios no es buena, ni por las experiencias previas con sus familiares, ni por su valoración de la calidad del servicio. De hecho, tras la pandemia, una parte de esta población que aún cuida de sus padres y madres a través de servicios residenciales ha sacado a sus familiares de este tipo de servicios.

Sus hijos e hijas; nacidos a lo largo de finales de los años 50 y, sobre todo, los años 60 y primeros 70 del pasado siglo (la zona central del *baby boom* y la *generación X*), son hombres y mujeres con acceso generalizado a estudios medios y universitarios, criados y educados en democracia y con mentalidad de *consumidores sujetos de derechos*, no de *beneficiarios*.



Para esta generación, muy centrada en el yo y en un proyecto de vida personal y laboral desarrollado con muchas dificultades (crisis económica, precarización del empleo, necesidad de emigrar) y que consume buena parte de su energía y tiempo disponible, la entrada al mundo del cuidado está siendo muy costosa: en primer lugar, el modelo de cuidado tradicional en familia es simplemente inasumible y, por tanto, la presión sobre los recursos públicos es mayor, a la vez que se demanda *cuidado de calidad* que ayude a *gestionar* el mandato interno de los sistemas familiares sobre el cuidado de las personas mayores.

En este punto es importante detenernos un momento.

## 1. Familias y cuidado

Desde el punto de vista de la dinámica de los sistemas familiares, la cultura (el conjunto de normas y mandatos explícitos y, en muchas ocasiones, implícitos y, por tanto, invisibles) del cuidado *dentro de la familia* permanece fuerte y consolidada, por más que las formas en que se desarrolla el cuidado se hayan modificado. Existe una *responsabilidad del cuidado* con la que hay que cumplir.

Desde el modelo más tradicional, para personas mayores muy dependientes física y económicamente de sus hijos e hijas de la generación nacida antes de la guerra civil (recordemos, los recursos simplemente no existían) se producía una *entrega de su autonomía* hacia los hijos e hijas que les cuidaban en el breve espacio de tiempo hasta la muerte; no había otra alternativa.

Con el cambio a un modelo más *urbano*, muchas de esas personas mayores, desposeídas de su estatus y de su entorno, se limitaron a languidecer (en el caso de los hombres) o a servir de apoyo desde el rol de cuidado mientras fuese posible (las mujeres).

Poco podían decir y aportar en un mundo que no era el suyo, y comenzaron a ser *dirigidos y manejados por* hijos e hijas que intentan compatibilizar la *gestión de la carga del cuidado* con la *obligación* de hacerlo de una determinada forma.

En el espacio de tensión en los sistemas familiares por la gestión de la obligatoriedad del cuidado de las personas mayores de una determinada forma y la falta de lugar social de las personas mayores y su pérdida de estatus, es donde comienza a elaborarse el *discurso edadista* que hoy conocemos y del que destacan dos elementos:

### La infantilización:

“Son como niños, no obedecen, no hacen caso, no colaboran, no saben...”

### El intercambio de roles:

“Convertirte en el padre/madre de tu padre/madre cuando envejece”

Evidentemente, esta no es la mecánica de un reloj suizo; se producen fricciones y conflictos entre el sistema parental y el filial por la toma de decisiones y los espacios de poder, pero sí podemos hablar de una tendencia clara que se ha instalado en el imaginario del cuidado.

A su vez, hoy en día las personas mayores cada vez se muestran más empoderadas y, por tanto, más proclives al desarrollo de un proyecto de vida propio de forma autónoma, aun reconociendo el papel central de la familia y concretamente del apoyo de hijos e hijas (todavía hoy más las hijas) en su envejecer y la importancia de las relaciones con nietos y nietas.

En ese proceso de empoderamiento han tenido un papel central el desarrollo del *estado del bienestar* y las políticas públicas que han generado la percepción de que *ya no está todo en manos únicamente de las familias; hay recursos externos y se puede acceder a ellos como un derecho*; especialmente desde el desarrollo de la Ley de Dependencia.

Las personas mayores poseen mayor conciencia de su papel central como apoyo en la crianza a sus hijos e hijas y, en muchas ocasiones, económico en un entorno de crisis. En muchos casos, esa conciencia se ve impulsada hacia la incondicionalidad por la expresión de los roles de género, pero no siempre.

En este momento de cambios, también habrá que redefinir el papel de las personas mayores en los sistemas familiares y reformular las relaciones entre padres y madres mayores y sus hijos e hijas adultos.

Las familias, *nuestras familias*, muestran además mucha mayor complejidad en un panorama en el que caben muchos modelos familiares que desbordan el esquema tradicional y que desdibuja de algún modo el flujo de los apoyos.

En este entorno *se espera* que haya recursos suficientes para atender *con calidad* a las personas mayores cuando sea necesario, sin que eso implique la renuncia o cambios fundamentales en el proyecto de vida centrado, en primer lugar, en el desarrollo laboral y profesional, pero también en otras áreas del proyecto vital vinculadas al desarrollo personal, el disfrute y en la crianza de los hijos e hijas (que cada vez es más tardía, pudiendo solaparse con la necesidad de proveer apoyos a padres y madres). Este es, sin duda, un panorama con muchas sombras.

Nuestro propio envejecimiento será un crisol entre el modelo más tradicional y el futuro. Nuestra experiencia de dificultad en el cuidado de nuestros padres y madres va a modular nuestras expectativas respecto a nuestro proceso de envejecimiento.

En cualquier caso, cada vez más se va a exigir tener el lugar central en la toma de decisiones y van a aparecer nuevos elementos de decisión vinculados a la prolongación de la vida en casos de dependencia extrema y qué cuidados y hasta cuándo los queremos recibir.

La excesiva medicalización del final de la vida y el debate sobre el derecho a poder decidir sobre la propia muerte van a tomar un lugar central en el debate social.

La pandemia del Covid19 ha supuesto un punto de inflexión en el debate sobre qué modelo de atención deseamos en situaciones de dependencia y qué *formas* tendrán los recursos residenciales a los que puede que en un futuro tengamos que acudir.

Frente al falso debate sobre *el abandono del cuidado* de personas mayores en manos del estado, lo que emerge es la necesidad de *adaptar el derecho del cuidado* (he ahí un nuevo elemento, pasar del *deber* al *derecho*) y balancear el flujo de los apoyos entre las familias, el estado y la iniciativa privada.

Los recursos de permanencia en el medio como la Ayuda a Domicilio y Centro de Día, combinados con fórmulas de asistencia personal, su financiación y el papel de familias y personas mayores en la gestión del proceso constituyen el núcleo de ese debate.

Las nuevas formas de atención residencial en casos de gran dependencia y las alternativas residenciales colectivas como opción vital desde lo comunitario, constituyen otro elemento fundamental del debate sobre los recursos y su futuro en el panorama del envejecimiento.

## 2. El cuidado desde el punto de vista institucional y la economía del cuidado

Cuando hablamos de la economía del cuidado entendemos como tal la actividad económica que se desarrolla en torno a los trabajos vinculados con la salud, el cuidado de niños y niñas, la educación de la primera infancia, los **cuidados** dirigidos a las personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia.

Si pensamos en los retos de cara al futuro, normalmente tenemos en cuenta dos de los polos en juego:

### ***Poderes públicos***

Los poderes públicos tienen como misión cubrir las necesidades de la población y promover el desarrollo social en términos de justicia, equidad e igualdad.

### ***Iniciativa privada***

La iniciativa privada, en un contexto de capitalismo liberal como es el nuestro, tiene como principal motor el beneficio y el crecimiento, pero, al menos en el plano teórico, enuncia una responsabilidad ética con el desarrollo social en términos de *justicia, equidad e igualdad* como elementos propulsores del crecimiento y, por tanto, del incremento del beneficio.

***El elemento que no se contempla habitualmente*** en la ecuación y que distorsiona la lógica del desarrollo social, del crecimiento y el beneficio ***son las familias***, que paradójicamente son las destinatarias de ambos procesos.

La cultura del cuidado familiar evoluciona de forma mucho más lenta y silenciosa y, como elemento ideológico de los sistemas familiares, es resistente al cambio, aunque no impenetrable.

**Desde el punto de vista institucional y de los poderes públicos**, el abordaje del reto del envejecimiento se ha realizado a través de la promoción del envejecimiento activo y saludable, la creación y financiación de recursos de apoyo al cuidado y la producción legislativa.

Estos recursos han pasado de ser públicos a girar sobre la colaboración público-privada, entre otras cosas por las dificultades para desarrollar una financiación únicamente pública y también por la creciente importancia de la actividad económica que generan las necesidades de apoyo y el desarrollo de las políticas públicas.

Legislativamente el acontecimiento más importante fue la aprobación de la ley de dependencia y su desarrollo dentro del estado autonómico.

De forma muy resumida, podemos caracterizar que, desde la llegada de la democracia en 1975 con la muerte del dictador y la creación del IMSERSO en 1978, la atención y los recursos destinados a las personas mayores se han ido incrementando paulatinamente, a la par que iba evolucionando la población (aumento de la cantidad de personas mayores y de la esperanza de vida y posteriormente, de las personas mayores de 75/80 años en situación de dependencia).

Por un lado, y acompañada de la mejora de la atención sanitaria hasta su completa universalización en 1989, se comienzan a mejorar las condiciones económicas de las pensiones y se crean las PNC en 1990 que, unido a la generalización de las pensiones de jubilación, permite la autonomía económica de la mayoría de personas mayores y acceder a actividades de ocio y tiempo libre antes impensables.

En ese contexto se produce la creación y desarrollo de los viajes del IMSERSO (1986) y posteriormente de la oferta de termalismo (1989). A la vez, comienza el desarrollo de la red de centros de mayores (también llamados Centros de Día) centrados en la oferta de ocio y tiempo libre. Este desarrollo se produce a nivel municipal, autonómico e impulsado por las obras sociales de cajas de ahorro.

Previamente, en los años 70 del pasado siglo, se había producido el desarrollo de los centros de atención residencial, que pasan del modelo caritativo, copado por órdenes religiosas, a un modelo de titularidad estatal centrado en la atención a personas mayores válidas o con poca necesidad de apoyo que no tienen otra opción residencial.

El proceso de deterioro de las personas residentes comienza a exigir a estos centros, que nacen con servicios de tipo hostelero (alojamiento y ocio), desarrollar servicios cada vez más centrados en la asistencia personal.

Por otra parte, cada vez hay una mayor demanda social relacionada con la permanencia en el domicilio, y comienza el desarrollo de los servicios de apoyo a la permanencia en el medio: SAD y TAD y Centros de Día.

En paralelo, la atención residencial se configura con mayor claridad como recurso para atender a personas, en general muy mayores, que ya no pueden ser atendidas en domicilio por diversas causas y comienza a desarrollarse un perfil mucho más sociosanitario (con clara ventaja hacia lo sanitario), a la vez que deja de poder absorber la demanda.

Es en ese momento en el que se produce el nacimiento de una herramienta legislativa cuyo objetivo es ordenar el acceso a los servicios sociosanitarios y universalizarlos convirtiéndolos en un derecho: ***La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.***

En concreto, la Ley de Dependencia se crea como mecanismo para gestionar las crecientes dificultades que suponía el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia a familias que no solo ya no podían (en el plano organizativo) proveer de cuidados de larga duración y creciente intensidad, sino que ya no se veían reflejadas en un modelo de cuidado feminizado y basado en la renuncia al proyecto de vida de las mujeres que sostenían en solitario el cuidado.

El espíritu en términos económicos de la ley era, por un lado, el desarrollo de todo tipo de recursos de permanencia en el medio como apoyo al cuidado prestado por las familias: ayuda a domicilio, TAD y Centros de día de válidos/físicos y especializados (cada vez más por el incremento de la prevalencia de las demencias) y cuando eso ya no fuese posible, residencias con un perfil sociosanitario especializadas en la gran dependencia y no como recurso alternativo de residencia para personas autónomas.

Se entendía que la financiación sería pública (incluyendo en muchos casos la construcción y dotación de los equipamientos) y la gestión sería público/privada, pero con una clara vocación hacia la gestión privada y el concierto de plazas en equipamientos privados.

Desde la ley se contempla la desigualdad de género en el cuidado y la necesidad de ofrecer una salida digna al proyecto profesional truncado de muchas mujeres para asumir el cuidado, además de la necesidad de dignificarlo.

Desde ahí se provee la posibilidad de que las cuidadoras familiares coticen por su tarea y recibir una ayuda económica para el cuidado en el domicilio.

Por último, la ley recoge la tendencia cada vez mayor a la transferencia de cuidados desde las familias a personas externas a través de redes de economía informal: las cuidadoras de origen migrante. Como ya mencionamos, son mujeres las que transfirieron a mujeres la tarea del cuidado.

Con la intención de profesionalizar estas tareas que se movían en el ámbito de la economía informal, se diseñan ayudas económicas para la prestación de servicios en el domicilio; en principio vinculadas a la formalización de contratos laborales y posteriormente a través de empresas de servicios.

En cualquier caso, el espíritu de la ley estaba claramente orientado al desarrollo de servicios profesionales y las ayudas directas al cuidado familiar o la asistencia personal se entendían como algo excepcional/marginal.

Resultado: las cuidadoras familiares, que en muchos casos estaban ya fuera del circuito laboral (por edad y perfil laboral), masivamente solicitan alta en Servicios Sociales y la prestación por cuidado en el entorno familiar. Los contratos informales o irregulares se nutren en parte de esas ayudas y la financiación de los recursos de permanencia en el medio se hace costosa (con un modelo de empleo cada vez más precario) en un contexto de crisis económica fuerte.



La aprobación del Real Decreto-ley 20/2012 introduce importantes limitaciones orientadas a reconducir esa tendencia para dirigir la demanda hacia la prestación de servicios por empresas y, entre otras, desaparece la posibilidad de darse de alta y cotizar a la Seguridad Social para las cuidadoras familiares.

No tener en cuenta a las familias, sus necesidades y sobre todo la cultura mayoritaria del cuidado familiar y su expresión en los sistemas familiares fue, junto con la falta de recursos, una de las causas del fracaso relativo de la ley en su aplicación práctica.

Contemplar el *cuidado como una dificultad* que impedía a las familias participar en el desarrollo y el crecimiento de la sociedad en un contexto de crecimiento económico sostenido y entender el cuidado como una serie de tareas sociosanitarias y no como parte del desarrollo de un proyecto de vida, ha sido uno de las grandes dificultades para poner en marcha el espíritu de la ley.

Esas *tareas sociosanitarias* iban a ser prestadas por los poderes públicos a través de la colaboración público-privada, pero la realidad de la crisis económica y demográfica han saturado el sistema casi desde el principio y aunque no se puede dudar de su utilidad como primer paso, hoy en día ese modelo cada vez aparece como más obsoleto.

El Gobierno actual ha incluido esta cuestión en la agenda política entre las reformas del *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*. Se trata del componente 22, llamado *Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión*.

La hoja de ruta del Gobierno pasa por reforzar las políticas de atención a la dependencia e impulsar el cambio en el modelo de cuidados de larga duración, impulsando la desinstitucionalización. Es decir, se priorizará que las personas en situación de dependencia permanezcan en sus hogares y sean atendidas en entornos comunitarios el mayor tiempo posible, frente al traslado a residencias y la institucionalización. Esto no significa el cierre de las residencias, que deberán estar centradas en las personas y serán centros más modulares y pequeños.

### **Desde el punto de vista de la iniciativa privada<sup>8</sup>**

Impera obviamente un punto de vista fuertemente economicista centrado en la sostenibilidad económica, la oportunidad de negocio, las necesidades regulatorias para su desarrollo y, por otro lado, la respuesta a la *demanda de los consumidores* de una atención de calidad con unos estándares claros.

El fuerte envejecimiento demográfico implica oportunidades de negocio para el sector privado. Las necesidades de cuidados de larga duración relacionados con la dependencia, que no pueden ser cubiertas por las familias y necesitan apoyo especializado/profesional van a crecer exponencialmente. Este desafío exige repensar el modelo sociosanitario y el empeño de grandes recursos económicos.

8. Fuentes: López (2022), Ortega (2021), R.R (2021), Hueté et al. (2020)

**Desde el punto de vista de la economía**, España apenas destina el 0,9% del PIB a cuidados de larga duración, muy por debajo de la media de los países de la OCDE, donde este gasto representa el 1,5%.

**Los que más aportan son Países Bajos, el 4,1% del PIB, y Noruega, el 3,7%.**

La OCDE estima que el gasto en cuidados se duplicará e incluso triplicará en 2050, y los gobiernos tendrán que encontrar un equilibrio entre la atención de calidad y hacer sus sistemas económicamente sostenibles.

Para España, se calcula que hasta 2050 su gasto público en cuidados podría crecer a más del 2% del PIB y que el número de beneficiarios de ayudas a la dependencia podría duplicarse, hasta llegar a 1,6 millones de personas, según recoge el documento *España 2050*.

El gasto público en pensiones podría incrementarse en hasta en cinco puntos de PIB (ahora supone el 12% del PIB) y el gasto sanitario podría aumentar en más de un punto.

Para hacer frente a este incremento del gasto se habla, entre otras medidas, del incremento de las cotizaciones a la Seguridad Social y la prolongación de la vida laboral a los mayores de 55 años.

La generación del *baby boom* está ya envejeciendo en términos poblacionales. Serán 16 millones de personas mayores de 65 años, frente a los nueve millones actuales, y por cada persona en esta franja de edad habrá solo 1,7 personas en edad de trabajar (hoy hay 3,4). Para entonces, los mayores de 80 años serán el 11,8% de la población.

El sobrevejecimiento de la población va a aumentar el número de personas mayores con necesidad de cuidados y las tasas de prevalencia de enfermedades crónicas: cardiopatía, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidentes cerebrovasculares, demencia, deficiencias sensoriales, trastornos depresivos y artrosis.

En los próximos años, esta parte de la llamada *economía de los cuidados* tendrá un peso sustancial, en la que el sector público tendrá un papel protagonista y el sector privado será la clave, ya que el sistema de dependencia se desarrolla mediante un esquema mixto de financiación en el que la valoración, la redacción del PIA (Proyecto Individual de Atención) y el seguimiento de la dependencia son públicos, y la provisión de los servicios es privada.

El sector de cuidados a la dependencia está entre un 80% - 85% en manos privadas. La Administración compra en el mercado los servicios que procura a la sociedad, adquiridos mediante conciertos.

La actividad empresarial relacionada con los cuidados formales (residencias, teleasistencia y ayuda a domicilio) representa en torno al 0,5% del PIB español.

Desde 2006, España cuenta con la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, conocida como el cuarto pilar del Estado de bienestar.

Pasados 15 años, el sistema está falto de financiación y deja sin cobertura a miles de personas: *El limbo de la Dependencia* (personas con derecho reconocido pendientes de recibir servicio o prestación) es uno de los mayores fracasos del sistema.

La falta de cobertura pública provoca que una gran parte de los cuidados recaiga, de nuevo, en el entorno familiar (fundamentalmente a cargo de mujeres) y, en menor medida, sobre el sector privado a través de la contratación de servicios. La pandemia no ha hecho más que evidenciar las carencias del modelo, especialmente en las residencias.

La financiación estatal se estancó tras los recortes de 2012 y se situó en 2020 en torno al 0,6% del PIB: Las Comunidades Autónomas el 84,4% y el Estado el 15,6%, *muy lejos de la paridad 50% estatal y 50% autonómico que exige la ley y que ningún Gobierno ha cumplido*.

Las prioridades actuales son reducir las listas de espera, mejorar los servicios de atención domiciliaria y residencial y mejorar las condiciones laborales de los trabajadores del sector", según la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

Desde el punto de vista del análisis de la economía del cuidado, es importante resaltar que la inversión de recursos en dependencia no debe entenderse solo como gasto: La mayor parte del gasto se distribuye entre salarios y beneficios de empresas, pero otra parte vuelve a la Administración.

El sector emplea a 250.000 personas y se generan retornos económicos del 39,9%.

Por cada millón de euros, 400.000 euros se revierten al Estado a través del IVA, el impuesto de sociedades y la Seguridad Social.

A la vez, se habla de los cuidados como un medio de producción de riqueza que no se refleja en el PIB porque es un trabajo gratuito que suele recaer en las mujeres, aunque no es del todo cierto: Hay que mencionar también al **cuidadori**ado, una clase social emergente desprotegida y formada, sobre todo, por mujeres inmigrantes que cuidan en el ámbito de la economía informal y sumergida que, sin embargo, también genera retornos.

Se calcula que en torno al 80% de los cuidadores no son profesionales, entendiendo el término como persona que desarrolla una actividad profesional reglada, bien sea como autónoma o como empleada de una empresa.

El 60% o 70% de las empleadas del hogar están haciendo hoy tareas de cuidados sin formación ni ningún tipo de habilitación o certificado profesional que garantice unos conocimientos mínimos para desarrollar esas tareas.

Eso no significa que todas las personas que llevan a cabo esas tareas carezcan de formación: el sector de la economía informal acoge a gran cantidad de personas migrantes con formación específica (enfermería, geriatría...) no reconocida en nuestro país.

---

**El volumen del trabajo no remunerado realizado por las familias destinado al cuidado correspondería a 28 millones de empleos a tiempo completo. Se estima que a cada 12 horas que ponen los profesionales hay que añadir 88 horas de cuidados informales.**

---

Otro de los retos presentes y futuros de la dependencia y la economía del cuidado es la falta acuciante de mano de obra. Se van a necesitar unos 290.000 profesionales más en 2040.

Sin embargo, este sector es uno de los menos atractivos para trabajar por sus condiciones laborales y salariales.

Desde el punto de vista de las empresas, el problema reside en la falta de financiación y se critica el aumento del copago, entendiéndose que dificulta el acceso universal de las personas mayores a estos servicios.

Desde otros agentes sociales se culpabiliza a las empresas por los bajos salarios y las condiciones laborales del personal, y ellas argumentan que pagan el salario que se recoge en los pliegos de condiciones de los ayuntamientos.

En todo caso, todas las partes consideran que es momento de dignificar el sector, que se incrementen los salarios y que el incremento se refleje en los pliegos de condiciones técnicas y económicas.

**Desde un punto de vista empresarial**, la creciente demanda de cuidados y la imposibilidad de atenderla del sector público, es el abono para muchas empresas y start-ups nacidas en los últimos años, cuyo fin es proporcionar cuidado profesional a precio de mercado y su éxito, una muestra del crecimiento exponencial que está teniendo el sector **caretech** en España.

---

**...“Desde que comenzó la pandemia se ha multiplicado por tres la demanda de cuidados a domicilio” ..., señala José Luis Ballescá, analista de Desarrollo de Negocios de Cuideo.**

---

La lista de modelos de negocio incluye, además de los servicios clásicos de asistencia domiciliaria, teleasistencia, centros de día y atención residencial, la inteligencia artificial y de voz para monitorizar a la persona sujeto de cuidados en su hogar, dispositivos localizadores o sistemas de detección de caídas.

Emergerán nuevas ofertas, como las fórmulas de autocuidado basadas en innovaciones tecnológicas (telemedicina, apps de telefonía móvil, supervisión por internet, adaptaciones domóticas), junto con robots sociales, andadores inteligentes, teleasistencia con conexiones domóticas...

El cuidado y todo lo relacionado con él es un sector económico que se abre paso y que, además, es atractivo para la inversión extranjera, visto el interés que muestran inversores internacionales y *hedge funds* en empresas de cuidado domiciliario, en residencias y en el negocio del cuidado a distancia.

Otro sector en crecimiento es el de la cohabitación con apoyo intergeneracional entre miembros que no sean de la familia, el denominado **senior cohousing** en sus múltiples formas (viviendas colaborativas, cooperativas, colectivas). El desarrollo y gestión de todas las facetas relacionadas con el cuidado constituye una buena parte del nicho futuro de negocio para empresas del sector y personas emprendedoras.

### **La Silver Economy: una fase vital cada vez más valiosa**

Hoy en día, vinculada a este concepto y directamente relacionado con el envejecimiento de la generación Boomer, no solo por el incremento de personas mayores, sino también por su diferente concepción del proceso de envejecimiento, se comienza a extender la idea que la vejez ya no llega a los 70 años, sino cuando aparecen las situaciones de gran dependencia.

La mayor esperanza de vida y la ampliación de los años con buena salud son los cimientos de la llamada **silver economy**, el ingente negocio alrededor de las necesidades de los mayores de 50 o 55 años: ocio, turismo, deporte, seguridad, alimentación, cultura, planes de pensiones, urbanismo, vivienda, tecnología, productos financieros (hipotecas inversas, nuda propiedad...), seguros, salud, estética y cosmética, moda, productos sanitarios, alimentación... Por supuesto, la economía de los cuidados y la atención a la dependencia que acabamos de analizar constituyen una parte importante de esta *economía plateada*.

Las empresas enfrentan el reto de personalizar sus productos para estos segmentos de población, **los Viejenials**; un sector de consumidores cada vez más exigentes.

Constantemente surgen nuevos productos y servicios para una población que presenta una actitud diferente frente al envejecimiento y busca una vida activa y con propósito.

Las personas mayores hoy cuentan con salud y calidad de vida suficientes como para seguir aportando a la sociedad su talento, trabajo y, sobre todo, su capacidad de consumo. Esto supone un revulsivo económico sin precedentes. Y, además, no lo olvidemos, van a ser la parte central de nuestra pirámide de población.

---

**La silver economy generó en España un impacto directo, indirecto e inducido de 325.303 millones de euros en 2019 y generó 4,4 millones de empleos.**

---

Según la Comisión Europea, las previsiones apuntan que la *economía de las canas* alcanzará los 6,4 billones de euros y los 88 millones de puestos de trabajo para ese año. Esto equivaldría al 32% del PIB y al 38% del empleo de la UE.

En el ámbito laboral, esta generación senior quiere tener un envejecimiento activo y poder decidir si quiere seguir trabajando una vez cumplida la edad legal de jubilación, aunque en el ámbito de la empleabilidad la discriminación por edad o edadismo es y será un obstáculo, tal y como sugiere que el desempleo entre los mayores de 50 años se ha disparado a pesar de la caída general del paro.

Esta población se cuida, tiene patrimonio e ingresos y cuenta, en conjunto, con el mayor poder adquisitivo de todos los segmentos de población. Se estima que los mayores de 60 años ostentan el 60% de la riqueza del país. De ahí que cada vez más empresas estén interesadas en este perfil de consumidor.

Uno de los segmentos de negocio que más está creciendo son las distintas fórmulas para convertir la vivienda en dinero y seguir viviendo en ella hasta el final. No hay que olvidar que la casa es considerada por los mayores de 65 años como su mejor plan de pensiones; que es el lugar en el que quieren residir; que el colectivo de edades más avanzadas no tiene acceso a financiación bancaria; y que, ante una dependencia severa, lo más probable es que el flujo de renta sea deficitario.

Frente al modelo más conservador de las personas mayores de 75 años que vimos antes, para los Boomer, el patrimonio y los recursos personales son el seguro frente a su vejez y sus necesidades de apoyo, pero también de desarrollo personal y disfrute.



### 3. El concepto de la sociedad de los cuidados.

Como respuesta al colapso del modelo exclusivamente sociosanitario fundamentado en la lógica de la prestación, que contempla a las personas mayores como usuarias y consumidoras de prestaciones, y a la imposibilidad de los sistemas familiares para gestionar en solitario las demandas del cuidado, aparece un nuevo paradigma en el que se busca una mayor horizontalidad desde una lógica colaborativa e igualitaria: ***La sociedad de los cuidados y la propuesta, desde el ámbito de la política y las instituciones, de la Agenda 2030.***

Existe una amplia gama de conceptos y términos relacionados con el cuidado, dependiendo de las diversas corrientes teóricas a las que acudamos<sup>9</sup>.

En general, el término *cuidado* ha reemplazado a la más concreta expresión *trabajo de cuidado*, porque transmite significados más amplios que las tareas concretas vinculadas a la realización del cuidado.

El término *Economía del cuidado*, en este contexto, permite enfatizar el hecho de que el cuidado es la piedra angular de la economía y de la sociedad. Todas estas contribuciones académicas han permitido extraer el cuidado como *lo propio de las mujeres* y desplazarlo del ámbito privado de las opciones personales adscritas al género femenino para hacerlo público y politizable.

En otras palabras, no solo se trata de *quién* brinda cuidados, *a quién* y *a qué costos* en cada contexto particular, sino también de *quién debe cuidar*, *a qué poblaciones* y *cómo se reparten los costos* del cuidado, de modo que ***la agenda del cuidado contribuya a la equidad de género, y qué instituciones, estructuras económicas y construcciones políticas permitirían dichos avances.***

En nuestra sociedad, el cuidado no es reconocido ni valorado, como si la no remuneración implicara su gratuidad, es decir, la ausencia de costos. Sin embargo, brindar cuidados es muy costoso; y los costos de brindar cuidados son compartidos de manera desigual entre hombres y mujeres en las familias, entre las familias extensas y en la sociedad en general.

Según Valeria Esquivel (2015), un enfoque transformador sobre el cuidado significa modificar radicalmente la prestación de cuidados a través de *reconocer*, *reducir* y *redistribuir* el trabajo de cuidado: el marco de las «tres R».

Un cambio radical en el cuidado no podría ocurrir sin que las dimensiones económica, social y política tal cual las conocemos se modifiquen también.

9. Fuente: Valeria Esquivel. Coordinadora de investigación en Género y Desarrollo en el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social.

### **Reconocimiento del cuidado**

Reconocer el trabajo de cuidado significa hacer visible la naturaleza, el alcance y el papel que juega el cuidado. Visibilizar el cuidado es tomar en cuenta sus contribuciones para el funcionamiento de nuestras sociedades y economías y quién realiza esas contribuciones. Reconocer el cuidado significa también no darlo por sentado en el diseño de políticas sociales, y menos aún, sostener estereotipos de género que siguen provocando que el cuidado sea provisto mayoritariamente por las mujeres.

### **Reducción del cuidado**

Reducir el cuidado puede parecer contradictorio. La reducción del cuidado es necesaria, sin embargo, cuando brindar cuidados va en detrimento de la salud y el bienestar de cuidadoras y cuidadores y su reducción no va en detrimento del bienestar de la persona sujeta al cuidado: la falta de infraestructura, social o familiar y genera un tiempo de cuidado excesivo beneficiaría con su reducción a la sociedad en su conjunto.

### **Redistribución del cuidado**

La redistribución del cuidado se ha incorporado en la actualidad como una dimensión específica del *objetivo de desarrollo sostenible* referido a la igualdad de género.

Hasta no hace mucho tiempo, la idea de redistribución se circunscribía a los hogares y a las mujeres y los varones que viven en ellos, y se la nombraba como *el reparto equitativo de las responsabilidades de cuidado* o incluso como *conciliación familia-trabajo* (aunque sabemos que quienes terminan conciliando son las mujeres).

Si solo nos preocupara la redistribución del cuidado en el interior de los hogares (haciendo foco, por ejemplo, en el funcionamiento del mercado de trabajo y en los incentivos que este brinda para que unas y otros cuiden o dejen de cuidar), nos estaríamos olvidando de las familias en las cuales la redistribución de responsabilidades no es posible (porque no hay ningún otro adulto con quien repartirlos equitativamente) o de las familias en las cuales las necesidades de cuidado son tan grandes que no es posible brindar el cuidado necesario, aun cuando las cargas se distribuyeran equitativamente. Y, finalmente, no estaríamos considerando los casos en que la informalidad de las inserciones laborales ni siquiera permite acceder a las (tímidas) políticas de conciliación, como las licencias o permisos pagos por maternidad o paternidad.

La redistribución del cuidado va más allá de los hogares y debe incluir a la sociedad en su conjunto. El cuidado no solo se brinda en los hogares y comunidades, sino también en la esfera pública y mercantil.

La provisión de servicios de cuidado públicos y gratuitos redistribuye responsabilidades de cuidado y genera empleo, en general para mujeres.

Cuando la provisión pública está ausente o es insuficiente y prevalecen las prestaciones privadas, el acceso a servicios de cuidado se convierte en una función del poder adquisitivo de los hogares, reflejando (y potenciando) la desigualdad.

Por eso, la redistribución del cuidado es también entre personas pobres, que se empobrecen más debido al cuidado que prestan, y personas ricas, que *compran* prestaciones de cuidado.

Los cambios en la organización de los tiempos que aseguraban la atención a las necesidades humanas y la reproducción social también han provocado lo que desde algunos sectores del feminismo se ha denominado **crisis de los cuidados**.

La crisis de los cuidados en los países desarrollados se engarza con la crisis de reproducción social en los países del Sur global que impele a tantas mujeres a migrar.

Entre ambas, se conforman las llamadas **cadenas globales de cuidados**. Con este concepto nos referimos a las redes transnacionales que se establecen para sostener cotidianamente la vida y a lo largo de las cuales los hogares y, en ellos, las mujeres, se transfieren cuidados de unas a otras con base en ejes de jerarquización social.

Por otro lado, también han sido economistas y otras pensadoras feministas quienes han denunciado frecuentemente el carácter machista y patriarcal de muchas políticas sociales o del Estado de bienestar predominante, en la medida en que a la hora de diseñar sus dispositivos protectores públicos, ha dado por descontado que muchas mujeres se ocuparían asimétricamente, de forma subordinada, gratuita y notablemente invisible, de una serie de labores y, específicamente, cuidados en el seno de la familia y la comunidad.

### **Decálogo de la sociedad de los cuidados<sup>10</sup>**

Según F. Vidal (2017), la construcción de la sociedad del cuidado debe sostenerse sobre diez premisas básicas:

- 1. Dignidad de la persona**, calidad de vida y desarrollo humano integral, con especial atención a la plena inclusión y equidad solidaria y la participación de los más vulnerables.
- 2. Sostenibilidad de la vida** humana por la garantía de sus Derechos Humanos, satisfacción de necesidades y la custodia de los bienes básicos entre los cuales destaca el medioambiente.
- 3. Garantizar una sociedad de escala y un enfoque centrado en la personalización** que cultiva las dimensiones culturales y vitales del sentido, la emoción, la experiencia, el proyecto de vida y la felicidad. Esto supone garantizar la amigabilidad de las tecnologías, las ciudades, comunicaciones, Administraciones, etc. El modelo busca la educación de disposiciones prosociales y proactivas para el desarrollo de las personas a lo largo de toda su vida.

<sup>10</sup>. Fuente: *El valor de la familia en la sociedad de los cuidados*. Fernando Vidal Fdez. Univ. Comillas 2017

4. **Enfoque centrado en las familias y comunidades vecinales y virtuales.** Reconocimiento de las comunidades de cuidado, especialmente los hogares y familias, y activación de la subsidiariedad, economía colaborativa de bienes comunes y servicios públicos en régimen de partenariado, mutualismo o concertación. La Sociedad de los Cuidados busca superar el actual estadio de capitalismo mediante un papel mucho mayor de la economía social, la autoproducción comunitaria y la wikinomía en el modo de producción.
5. **Un modelo cultural pluralista** que reconoce las múltiples fuentes de conocimiento y el papel de las tradiciones a la vez que profundiza en la cultura digital.
6. **Todo el modelo está inspirado y construido por una Politología Positiva** que convierte en valor público aspectos como el enfoque de capacidades, gratitud, compromiso, confianza, proximidad, ternura, gratuidad, reciprocidad, perdón, resiliencia, compasión, restauración, reconciliación.
7. **Una sociedad de tiempos y espacios ordenados para la escala de vida de las personas.** Racionalización de tiempos más parsimoniosos que permiten la deliberación pública y la conciliación de trabajo, familia y vida. Junto con ello, una política de presencias que logre la seguridad, humanización y socialización de los espacios para el encuentro y la creatividad colectiva.
8. **Gobernanza** mediante una cultura pública de pluralismo, tolerancia, diversidad y mixculturalidad: crear entre identidades que no se anulan sino se refuerzan.
9. **El modelo es profundamente innovador.** Los componentes de cultura digital son los que permiten dar escalabilidad global a la perspectiva de los cuidados y la colaboración.
10. **Cultivo de una sociabilidad** fraterna basada en la cultura del encuentro, el reconocimiento del otro, la interdependencia, la colaboración en el mutuo desarrollo y la creatividad en favor de otros, tanto en los ámbitos locales como en las redes digitales.

*El papel de las familias en esa Sociedad de los Cuidados es obviamente central. Y no solamente como comunidad vital y fuente primaria de los sujetos sino como provisor de bienes y servicios intra e interfamiliares. Es la pieza clave de toda la sociedad civil y la inspiración del paradigma de cuidado.* La convergencia de distintas ideologías en el nuevo modelo y su capacidad integradora hacen posible un corredor para alcanzar un nuevo consenso sobre la familia.

Dicho consenso *incorpora elementos de diversidad, pero reconoce a las familias como sujeto crucial y creativo de la vida pública* del que se requiere compromiso y participación junto con otras familias. El modelo combina libre individualidad y creación comunitaria y protege de forma decidida aquellas condiciones necesarias para la sostenibilidad de las familias.

Un punto de consenso lo puede constituir la ONU, que desde 1994 consagró a la familia como el corazón de la sociedad, constituyendo un **programa mundial sobre familia** que podemos resumir en cuatro Puntos:

- Mejorar las **políticas** de protección de las familias.
- Promoción del vínculo, compromiso y la cooperación (**partnership** o **partenariado**) en las parejas y familias.
- Promover la **parentalidad** positiva y solidaridad intergeneracional.
- Activación la **participación** social transformadora de las familias.

## 4. La Agenda 2030<sup>11</sup>

---

**El 25 de septiembre de 2015, 193 países alcanzaron un acuerdo internacional para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todas las personas como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible articulada en torno a 17 objetivos y 169 metas.**

---

Este compromiso marca un plazo de quince años para acometer transiciones profundas que permitan hacer frente a los grandes desafíos que enfrenta la humanidad, en un mundo crecientemente interdependiente y complejo, para lograr sociedades más justas y sostenibles en las que los derechos humanos estén garantizados para todas las personas.

*En nuestro país se desarrolla la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, como el marco de acción para desarrollar un futuro basado en la protección de nuestro planeta y en la garantía de una vida digna para todas las personas, asegurando no dejar a nadie atrás.*

Se parte del convencimiento de la profunda relación que existe entre lo económico, lo social y lo medioambiental y entre los diversos niveles de expresión de lo sociopolítico: local, nacional y global para promover actuaciones coherentes, integradas e interrelacionadas, que tengan en cuenta las relaciones de eco-dependencia de los seres humanos y las sociedades respecto de la naturaleza.

Los principios fundamentales en los que se sustenta la Agenda 2030 son:

<sup>11</sup>. Fuente: *Estrategia de desarrollo sostenible 2030. Un proyecto de país para hacer realidad la Agenda 2030*. Ministerio de Derechos Sociales y agenda 2030.

**Universalidad:** La Agenda 2030 tiene un alcance universal y compromete a todos los países, independientemente de sus niveles de renta y su nivel de desarrollo.

**No dejar a nadie atrás:** pretende redundar en beneficio de todas las personas y se compromete a llegar a todas aquellas personas necesitadas y marginadas, estén donde estén, a fin de responder a sus problemas y vulnerabilidades específicas.

**Interconexión e indivisibilidad:** se sustenta en la naturaleza interconectada e indivisible de sus 17 ODS. Las entidades responsables de la consecución de los ODS han de abordarlos en su totalidad.

**Inclusión:** La Agenda 2030 hace un llamamiento a la participación de todos los segmentos de la sociedad, independientemente de su raza, género, grupo étnico e identidad, para que contribuyan a su aplicación.

**Cooperación entre múltiples partes interesadas:** hace un llamamiento a la creación de alianzas entre múltiples partes interesadas para la movilización y el intercambio de conocimientos, experiencia, tecnología y recursos financieros que contribuyan a la consecución de los ODS en todos los países.

### **Dimensiones de la nueva Agenda**

La Agenda 2030 se basa en cinco dimensiones fundamentales, también conocidas como las 5 p:

- **P**ersonas
- **P**rospereidad
- **P**laneta
- **P**articipación colectiva en términos de horizontalidad y transversalidad
- **P**az

Estos cinco pilares deben ser contemplados en la toma de decisiones en materia de políticas de desarrollo. Ello significa que, para que un proyecto de desarrollo sea sostenible, debe tener en cuenta las repercusiones sociales, económicas y Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

A diferencia de lo que muchos creen, los ODS no representan la Agenda en su totalidad. No son un resumen de la Agenda, sino más bien ámbitos de intervención necesarios para alcanzar un desarrollo sostenible. Los 17 objetivos deben considerarse piezas indispensables de un gran rompecabezas lleno de complejidades. Para comprender realmente la Agenda, es preciso observar el rompecabezas como un todo, pero, al mismo tiempo, sin estas piezas es imposible armarlo.



Los ODS son cuestiones que afectan al bienestar de todo el planeta y sus habitantes, y representan indudablemente algunas de las necesidades más apremiantes y universales del mundo actual. Los ODS ayudan a traducir los principios fundamentales que constituyen la base de la Agenda en resultados concretos y medibles.

No todos los objetivos se clasifican del mismo modo. Si bien algunos parecen ser de naturaleza más general o  *finales*, otros se pueden considerar como  *medios* para alcanzar dichos objetivos finales. Por ejemplo, los objetivos relativos al agua y la energía (ODS 6 y 7) no son objetivos finales, estrictamente hablando, sino medios para alcanzar objetivos reales, como la salud y el bienestar.



Sin embargo, asegurar el acceso a una energía y un agua limpias son aspectos tan cruciales que exigen una atención especial. Considerar algunos ODS como medios para alcanzar otros ODS nos puede ayudar a valorar los vínculos que existen entre ellos.

Respecto al ámbito del envejecimiento<sup>12</sup>, la Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismo de la ONU, señala que un compromiso con los ODS significa un **“compromiso con el envejecimiento saludable y con políticas basadas en la evidencia que fortalezcan las capacidades de las personas mayores y mejoren su bienestar”**. Por eso, en colaboración con los países y con actores nacionales e internacionales, la OMS lidera una acción mundial coordinada para **fomentar el envejecimiento saludable en los objetivos de desarrollo sostenible**.

12. Fuente: IMSERSO

Concretamente la OMS establece esta acción en el marco de 9 de los 17 Objetivos, además del Objetivo 17 que busca establecer alianzas para lograr los objetivos.

En este proceso, la OMS ha establecido **10 prioridades hacia la década del envejecimiento saludable** que proporcionan acciones concretas necesarias para alcanzar los objetivos sobre envejecimiento y salud. Muchas de estas acciones están vinculadas entre sí y requerirán la colaboración de diversos agentes: Para ello se contará con la plataforma "AGE FRIENDLY WORLD" (Web de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables de la OMS):

**Apoyo a los planes y acciones nacionales:** apoyar los esfuerzos de los países a la hora de revisar planes, estrategias y acciones relacionadas con el envejecimiento y salud, así como su implementación, facilitando herramientas comunes.

**Recopilar datos mundiales sobre envejecimiento saludable:** sin datos y evidencia unificados no podremos comparar, ni evaluar el grado de *envejecimiento saludable* en todos los niveles (individual, comunidad, población), ni hacer un seguimiento de las necesidades satisfechas y no satisfechas de las personas mayores.

**Promover la investigación** dirigida a las necesidades actuales y futuras de las personas mayores: la OMS desarrollará una "Agenda Mundial de Investigación en envejecimiento saludable".

**Alinear los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores:** reforzar la atención integral a las personas mayores para que cuenten con la atención médica que necesitan, dónde y cuándo la necesitan.

**Sentar las bases para el desarrollo de sistemas de cuidados de larga duración** en cada país, que fomenten las capacidades y respeten deseos y dignidad de las personas mayores y de las personas que cuidan.

**Asegurar los recursos humanos necesarios para la atención integrada:** las personas que cuidan deben contar con las habilidades necesarias para ofrecer servicios de salud de calidad y cuidados a largo plazo para personas mayores.

**Combatir globalmente la discriminación por edad:** contribuir a cambiar las percepciones sobre la vejez y combatir el edadismo.

**Visibilizar el argumento económico para la inversión en envejecimiento saludable:** ayudar a entender los costes y beneficios del envejecimiento saludable. Un punto de partida para respuestas sostenibles, equitativas y eficaces.

**Desarrollo de la red mundial de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores:** trabajar en el desarrollo de entornos físicos y sociales donde las personas mayores pueden continuar desarrollándose personalmente, verse incluidas y contribuir a sus comunidades, conservando su autonomía y salud.

**En el documento de la agenda 2030 del gobierno de España** se mencionan en concreto:

En primer lugar, la desigualdad que se sitúa en la base las estructuras actuales de cuidado:

Los cuidados no pueden seguir realizándose en la soledad e invisibilidad de las estructuras familiares, especialmente las lideradas por mujeres. Generan un importante coste emocional en la salud de las mujeres y dificultan su acceso, en igualdad de condiciones, al mercado laboral y al desarrollo de su vida personal y de su carrera profesional.

Además, hay que prestar atención a la situación específica de las mujeres con responsabilidades familiares no compartidas, mujeres con discapacidad, mujeres gitanas y migrantes y aquellas que han sido víctimas de violencia machista.

El cuidado como actividad laboral se produce en el ámbito de la economía informal (sumergida), en situaciones de extrema precariedad y nulo reconocimiento social, y se lleva a cabo principalmente por mujeres, en su mayoría migrantes y a menudo en condiciones cercanas a la explotación laboral.

La pandemia ha visibilizado el efecto de los recortes en la atención social y ha afectado a las mínimas, y mayoritariamente informales, estructuras de cuidado y conciliación.

La crisis de los cuidados ya estaba presente, pero la pandemia ha visibilizado la necesidad de que sea abordado con urgencia y de forma comprensiva.

Además de promover la corresponsabilidad en el interior de las familias, es necesario que las Administraciones Públicas se hagan corresponsables, lo que implica articular una red pública de cuidados que sostenga desde lo común una parte importante de esas tareas, con salarios y empleos de calidad, y con todas las garantías para quienes cuidan y son cuidados.

A grandes rasgos, los principales puntos a destacar al respecto al contexto del sector cuidados son los siguientes:

- *El 90% de las personas que trabajan en el sector cuidados son mujeres*
- *Los hogares monoparentales, cuentan mayoritariamente con una mujer al frente (81%).*
- *Tres de cada diez hogares con personas dependientes que necesitan recibir cuidados a domicilio no tienen cubierta esta necesidad, por razones económicas.*

**La igualdad de género** en el trabajo es una prioridad urgente como consecuencia de la adopción del **ODS 5**, que tiene por objeto *reconocer y valorar el trabajo de cuidados no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social (meta 5.4).*

El **ámbito de los cuidados** recibirá una atención especial en el conjunto de la Estrategia de Desarrollo Sostenible.

A partir de la pandemia de COVID-19 se ha puesto de manifiesto la necesidad visibilizar las tareas de los cuidados y promover el derecho a cuidar y ser cuidado en condiciones de dignidad, a través de la reconfiguración de un **Sistema Estatal de Cuidados**.

#### **Medidas concretas:**

**Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres 2021-2025 (PEIEMH)**, dirigido a garantizar la transformación de las relaciones de género desiguales, en sus diferentes expresiones y consecuencias. Incluye actuaciones dirigidas a promover empleo de calidad y en igualdad, la reorganización socialmente justa de los cuidados y la lucha contra la feminización de la pobreza y la precariedad. Incorporará indicadores cuantitativos y cualitativos que permitan medir su cumplimiento.

**Plan Corresponsables**, implementado conjuntamente con las CC.AA. Supone un primer paso para avanzar hacia un **Sistema Estatal de Cuidados**, que complete la reconfiguración de la provisión pública de los cuidados, más allá de la infancia, y la garantía de un derecho al cuidado más allá del ámbito laboral.

El *Sistema Estatal de Cuidados* promoverá las soluciones públicas de calidad e inclusivas, con vocación de universalidad, que dignifiquen su prestación tanto para quienes son sujeto de los cuidados, como quienes los prestan profesionalmente.

En este plan se menciona explícitamente **el reconocimiento de la experiencia de cuidados en la economía informal como vía de tránsito a la economía formal**. Este es un elemento de especial importancia en el ámbito del cuidado a personas dependientes en el entorno familiar y, como veremos, de la adaptación de los recursos a las necesidades reales de las familias.

Elaboración de un **mapa estatal de cuidados**, que ofrezca información a la ciudadanía sobre los recursos existentes, con el fin de facilitar el acceso a dichos servicios en el conjunto del territorio estatal.

Creación de una **Mesa Asesora por los Cuidados**, integrada por personas expertas, actores de la sociedad civil, representantes de distintos ministerios, para acompañar el proceso de reconfiguración de la atención hacia un Sistema Estatal de Cuidados.

Se hace hincapié en cómo los **retos asociados al envejecimiento y a la despoblación** de grandes zonas de España suponen un cierto riesgo para la calidad asistencial de un alto porcentaje de la ciudadanía y, en consecuencia, un factor que puede aumentar el riesgo de exclusión y desigualdad que es preciso evitar.

**La atención a la dependencia como derecho universal y subjetivo supone un elemento central del sistema de protección social junto con la Sanidad, los Servicios Sociales y la Seguridad Social.**

El **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** (SAAD) es el conjunto de los servicios públicos y privados, y de las prestaciones económicas, destinados a la promoción de la autonomía personal y a la atención de las personas en situación de dependencia estableciendo como objetivos destacables para los próximos años las mejoras de los servicios y prestaciones, así como de las condiciones laborales de las personas que prestan servicios en el marco del SAAD.

**El aumento del esfuerzo público** en materia de cuidados de larga duración **debe estar acompañado del impulso de un cambio en el modelo**, promoviendo servicios que refuercen una **atención más centrada en la persona** e **impulsando la desinstitutionalización**, a través de la puesta en marcha de una Estrategia Nacional que incluirá diversas acciones.

En este sentido, se evaluará el sector de centros residenciales en los distintos territorios y los servicios de apoyo comunitario o proyectos de vivienda en la comunidad, se revisará la legislación y las políticas existentes y se identificarán los obstáculos al desarrollo de estos procesos de transformación. Asimismo, se pondrán en marcha proyectos piloto para demostrar cómo funcionan las nuevas políticas y obtener aprendizajes.

Además, se promoverá la *dotación de nuevos equipamientos públicos basados en una nueva arquitectura centrada en la persona y en la atención en entornos comunitarios*, y la remodelación y adaptación de los equipamientos existentes.

El 28 de junio de este año 2022, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y las diversas CC.AA. consiguieron por fin llegar a un acuerdo de mínimos sobre la revisión del modelo de atención a la dependencia y el marco que regirá la creación de los centros residenciales que aún debe pasar por la Mesa Asesora de los Cuidados y la del Diálogo Social.

El cambio de modelo de cuidados de larga duración requiere que los centros residenciales reúnan unas características adecuadas para favorecer el control de la propia vida por parte de las personas residentes, favoreciendo la intimidad personal, así como las oportunidades de elección y la participación en actividades de la vida cotidiana y de interacción social.

El tamaño más reducido de estos entornos permite su desarrollo también en pequeños municipios y áreas rurales, contribuyendo a afrontar el reto demográfico.

El cambio de modelo de cuidados puede propiciarse mediante *Centros de Día innovadores e integrados en la comunidad* que permitan apoyos y cuidados en la proximidad del domicilio de la persona que los necesita, así como a través de nuevos equipamientos públicos de tamaño y diseño adecuados para implantar este modelo, o la remodelación de los existentes.

Finalmente, *la incorporación de nuevas tecnologías al servicio de los cuidados* debe permitir introducir equipamientos domiciliarios que favorezcan la promoción de la autonomía personal mediante el uso de la teleasistencia avanzada, así como de cualquier otro medio tecnológico que permita la prestación de apoyos y cuidados en viviendas conectadas y entornos de cuidados inclusivos, también en el medio rural.

**Ley Marco de Servicios Sociales**, que articulará el catálogo de prestaciones básicas garantizadas al conjunto de la población, independientemente del territorio en el que residan. Su definición será consensuada con las comunidades autónomas y entidades locales y posibilitará la organización del conjunto del sistema público, su coordinación interna y con otros sistemas de protección social (educación, sanidad, justicia, vivienda, y empleo, entre otros) para propiciar una atención integral.

**Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**, a través del desarrollo de la Ley 39/2006, que reconoce la atención a la dependencia como un derecho universal y subjetivo integrado en el sistema de protección social junto con la sanidad, los servicios sociales y la seguridad social, y que se articula a través del **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** (SAAD).

**Plan de Choque para la Dependencia 2021** con un incremento de la financiación del SAAD por parte de la Administración General del Estado de al menos 600 millones de euros para el año 2021.

**Estrategia Nacional de Desinstitucionalización** que deberá ponerse en marcha para que las personas mayores permanezcan en sus hogares todo lo posible antes de ir a una residencia.

**Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato**, contemplara medidas dirigidas a la lucha contra la soledad no deseada, así como otras formas de discriminación, y también prestara especial atención a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población rural.





## TERCERA PARTE

Apoyo a personas  
y familias  
que cuidan.  
La mediación  
intergeneracional



A lo largo de las dos primeras partes de esta publicación hemos realizado una revisión de los diversos modelos de cuidado familiar desarrollados en nuestra sociedad desde comienzos del pasado siglo hasta la actualidad.

El objetivo de este paseo diacrónico por las diversas formas que en nuestra cultura ha organizado y llevado a cabo el cuidado desde una perspectiva socio-antropológica nos ha permitido revisar algunos mitos en torno al cuidado familiar como fenómeno estático en el tiempo: el cuidado en nuestra sociedad ha evolucionado a la par que la propia sociedad, puesto que no es más que una de las estrategias de los sistemas familiares para cumplir con sus funciones.

De forma paralela, el ámbito simbólico del cuidado, que constituye la base del discurso sobre el cuidado de las familias, se ha modificado de un modo mucho más lento y por ello algunas políticas de apoyo no han dado los resultados esperados.

Hoy día coexisten varias generaciones de personas mayores con diferencias entre ellas en la gestión de su proyecto de vida, en la expresión de sus necesidades, su imaginario sobre la vejez y su discurso sobre el cuidado.

Por otro lado, las políticas públicas de apoyo, que se han desarrollado muchísimo en un espacio temporal pequeño (desde 1976 hasta 2006 con la ley de dependencia han pasado tan solo 30 años) han ido generalmente por detrás de las necesidades sociales y más centradas en la provisión de servicios que en el acompañamiento al proceso de envejecimiento.

La premura en cubrir las necesidades y la lógica economicista más pendiente de los retornos de la inversión que de aspectos simbólicos ha descuidado a las familias como espacio de relaciones intergeneracionales fuera del ámbito de la crianza y las relaciones padres/madres e hijos/hijas.

El resultado ha sido que, pese al importantísimo desarrollo de los recursos para permitir **que las personas mayores vivan en sus domicilios todo el tiempo posible**, no se ha abordado **para qué van a vivir en sus domicilios todo el tiempo posible**.

En ese *para qué* es donde las familias ocupan un espacio fundamental.

El punto de vista generalizado en el mundo de lo social contempla a las personas mayores y el envejecimiento como un elemento externo a la dinámica familiar hasta que las personas mayores *dependen* del apoyo de sus familias.

De este modo, para la intervención social las personas mayores *no forman parte de las familias* más que desde la lógica del cuidado, y la intervención se orienta a la prestación como solución a las dificultades que provoca el apoyo/cuidado de las personas mayores en la actividad *primordial* de las familias: la crianza. Este punto de vista generalizado ha desembocado, junto con otros factores entre los que la expresión de los roles de género tiene una parte muy importante, en *una crisis del cuidado* para la que las recetas anteriores no tienen solución.

Explicándolo de un modo simplificado: desde este modelo, la incorporación al mundo laboral de las mujeres, propiciada por el modelo de vida urbano y la necesidad (y aspiración personal también) de la independencia económica han propiciado la igualdad legal entre hombres y mujeres, que a su vez ha favorecido la igualdad laboral y salarial.

En este contexto socioeconómico de desarrollo y crecimiento, el cuidado de las personas mayores en el ámbito familiar a cargo de las mujeres, propio de modelos antiguos y tradicionales, supone un obstáculo para el desarrollo socioeconómico y los nuevos modos de organización familiar en los que la mayor necesidad de tiempo productivo para las personas adultas (hombres y mujeres) se detrae del tiempo de los cuidados (entendidos como *las tareas del cuidado*).

Por otra parte, esas tareas son inevitables, por lo que se produce una *externalización* de la ejecución de las tareas de cuidados a otras personas, mientras que se mantiene la disponibilidad para el tiempo productivo y se crea un nuevo concepto ligado al ocio (y al consumo) como *tiempo simbólico relacional de calidad*. **Que el tiempo del ocio sea el tiempo relacional de calidad** implica necesariamente que el tiempo del cuidado no lo es.

En este contexto, el estado y el mercado proveen esos servicios externalizados, que a su vez generan beneficio y desarrollo y permiten que la rueda no pare.

Es evidente que este modelo tiene muchas grietas, como ya hemos visto en las partes anteriores.

Por un lado, obvia que los patrones y roles que rigen el mundo simbólico de hombres y mujeres y que provienen de *ese mundo antiguo y tradicional pre urbano*, no cambian tan rápido como la legislación. Como señala Anna Freixas, la incorporación de las mujeres al mundo laboral ha ido siempre a remolque de los mandatos de género sobre la maternidad y el cuidado y, por tanto, no ha sido lineal. Eso las ha hecho poco competitivas en un mercado laboral diseñado a la medida del tiempo vital de los hombres.

Paradójicamente su poca competitividad las ha empujado a empleos de poca calidad y poca valoración como... el cuidado.

En su dimensión transnacional este es también el origen de las cadenas globales del cuidado.

Las mujeres **se han sentido obligadas** al cuidado y por ello las políticas sobre el cuidado paradójicamente no han hecho más que perpetuar la atadura de las mujeres al cuidado en su propia familia y en ocasiones en las de otros como actividad profesional, informal en muchas ocasiones (*precarizado/cuidatoriado*).

Por otro lado, toda esta estructura se organizaba sobre una premisa de crecimiento económico sostenido que finamente no ha sido tal. En un contexto de recesión y crisis

económica a lo largo de los últimos años, la provisión de servicios se ha dificultado, cuando no interrumpido y el eslabón más débil es también el de mayor precariedad y vulnerabilidad: el cuidado y quienes lo llevan a cabo, las mujeres.

Por último, y eso se olvida con frecuencia, el cuidado es un espacio relacional de primer orden entre generaciones y no solo compete a padres y madres e hijos e hijas, en el eje parental-filial como se suele pretender, sino al conjunto de la familia.

**Cosificar el cuidado como tarea** y construir espacios relacionales sobre el ocio y el consumo pretendiendo que sean *los de calidad*, denigra el cuidado y obvia algunas de las funciones primarias de los sistemas familiares, impidiendo a los más jóvenes el aprendizaje en valores sociales que son fundamentales para el avance y supervivencia de familias y sociedad.

De este panorama en apariencia sombrío rescatamos un hecho en nuestra opinión fundamental: **Las familias quieren cuidar**, pero hay que *ayudarlas* a hacerlo y no *evitarles* hacerlo. En ocasiones el mensaje no ha sido claro en ese sentido.

Es necesario **establecer un diálogo entre sociedad y las familias** (del punto de vista de los individuos nos ocuparemos más adelante) para, en primer lugar, dar y visibilizar a las personas mayores el lugar que ocupan en las familias, que constituyen la piedra angular de la sociedad.

En segundo lugar, es necesario reivindicar el cuidado como actividad y espacio de relación, no solo importante sino fundamental para la sociedad, encajando su desarrollo con el resto de actividades y necesidades de las familias en todos los ámbitos, también el económico. El cuidado no solo *genera* riqueza, **sino que permite que se genere**, algo que habitualmente se olvida.

Reivindicar el cuidado implica también **convertirlo en un derecho en lugar de una obligación para hombres y mujeres, de forma igualitaria**.

Por último, y en función de ese diálogo y cambio de mirada, los poderes públicos y la iniciativa privada deberán desarrollar aquellos recursos y apoyos que sean necesarios para apoyar y fomentar la gestión familiar del cuidado de forma saludable e igualitaria.

El modelo de la **Sociedad de los cuidados**, que revisamos en la segunda parte, pretende crear un marco teórico que, teniendo en cuenta los aspectos simbólicos y culturales y las necesidades de nuestra sociedad, sirva como base para el desarrollo de un sistema de cuidados sostenible que permita a las familias llevar a cabo la función del cuidado con los apoyos necesarios.

En resumen y entrando ya al siguiente aspecto: **el cuidado igualitario para hombres y mujeres y transversalmente adaptado a todos los subsistemas familiares, forme parte del proyecto de vida de las personas que cuidan y de las personas que reciben ayuda**.

A nivel institucional se pretende que la Agenda 2030, a través de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), dispongan el necesario espacio de debate social e institucional para dar respuesta a las necesidades, presentes ya y futuras también y elaborar el cambio de paradigma del que hablamos en la introducción.

Marcado el objetivo general, el propósito es buscar que elementos y herramientas pueden ayudarnos como profesionales en su desarrollo y consecución.

Cuando hablamos del *futuro del envejecimiento en nuestro país* realmente estamos hablando de **nuestro futuro; nuestro envejecimiento**.

Las personas nacidas en el periodo comprendido entre mediados y finales de los años 50 y mediados de los 70 del pasado siglo, el grueso de la generación Boomer (que incluye a la generación X), no pueden ni quieren cuidar (ni ser cuidados en el futuro) en el modelo en que sus madres y sus abuelas lo hicieron, pero eso no significa que renuncien a cuidar.

Tampoco se reconocen en el discurso actual sobre el envejecimiento, porque la imagen de las personas mayores que proyecta no tiene que ver con su realidad y sus expectativas vitales.

El mercado, a través de conceptos como la **Silver Economy** o conceptos como **Viejenials** responde con mucho mayor dinamismo a estos movimientos sociológicos, desde el punto de vista del consumo, claro está.

Como ya mencionamos, igual que se dice que los *40 son los nuevos 30*, se comienza a extender la idea que la vejez ya no llega a los 70 años, sino cuando aparecen las situaciones de gran dependencia. No deja de ser un proceso lógico cuando el estándar fijado en los 65 años y asociado al fin de la vida laboral se ve cuestionado con su prolongación.

La mayor esperanza de vida y la ampliación de la perspectiva de disfrutar más años de vida con buena salud son los cimientos de las necesidades de las personas mayores de 50 o 55 años en ámbitos tan variados como: ocio, turismo, deporte, seguridad, alimentación, cultura, planes de pensiones y productos financieros, urbanismo, vivienda, tecnología, salud, estética, moda, alimentación...

Las personas mayores se ven con salud y calidad de vida suficientes como para seguir aportando a la sociedad su talento y su trabajo, porque parece que será inevitable un alargamiento de la vida laboral y, por otra parte, la precariedad económica va a ser uno de los aspectos fundamentales en este *nuevo envejecimiento*: por primera vez desde la reconstrucción económica posterior a la II Guerra Mundial es muy posible que las personas mayores sufran mayor precariedad económica que la que tuvieron sus padres y madres a sus mismos años.

En definitiva, se niegan, nos negamos, a ser mayores en los términos en que el edadismo imperante en nuestra sociedad ha categorizado a las personas mayores.

Las necesidades ligadas al desarrollo del cuidado de sus propios padres/madres se ordenan hoy día alrededor de los conceptos de *cuidados de calidad y permanencia en el medio* y la gestión de esos cuidados, sobre todo en el nivel económico.

En relación a este aspecto, también aparecen dudas en el imaginario sobre cómo gestionar la propia dependencia, si es que llega y emergen los debates abiertos alrededor de la gestión personal del final de la vida y la excesiva medicalización de la gran dependencia.

## 1. El cuidado familiar

El entorno socioeconómico y cultural en el que se desarrolla el cuidado hoy en día se caracteriza por:

Desde el punto de vista de la dinámica de los sistemas familiares, la cultura del cuidado dentro de la familia - entendida como el conjunto de normas y mandatos explícitos y, en muchas ocasiones, implícitos y, por tanto, invisibles sobre el cuidado y como llevarlo a cabo - permanece fuerte y consolidada por más que las formas en que se desarrolla el cuidado se hayan modificado. **Existe una responsabilidad del cuidado con la que hay que cumplir.**

Como vimos en la segunda parte, la dialéctica entre el discurso edadista que desposeyó a las personas mayores de un lugar concreto en las familias y, por tanto, en la sociedad, y la tensión que crea en las familias la obligación del cuidado, se concreta en dos procesos que regulan la relación entre padres y madres mayores e hijas e hijos adultos:

### **La infantilización:**

**“Son como niños, no obedecen, no hacen caso, no colaboran, no saben...”**

La infantilización permite a hijos e hijas adultos hacerse cargo y tomar el lugar del poder frente a sus padres y madres *niños y niñas* y, desde ahí, gestionar la *carga* y la *obligación* para mantener el equilibrio en el sistema familiar y, a su vez, cumplir con el mandato del cuidado.

### **El intercambio de roles:**

**“Convertirte en el padre/madre de tu padre/madre cuando envejece”**

Es la consecuencia práctica de la infantilización: *decidir por ellos*. Si la necesidad de ayuda en la vejez se codifica como una regresión hacia un estadio infantil donde sus deseos y demandas constituyen *caprichos y rabietas*, se hace necesario tomar decisiones racionales adultas sobre las necesidades que aparezcan, que no tienen por qué coincidir con las de las personas mayores.

A su vez, las personas mayores que son sujetos de cuidado cada vez se muestran más empoderadas y, por tanto, más proclives al desarrollo de un proyecto de vida propio de forma autónoma, aun reconociendo el papel central de la familia.

En esta relación dialéctica se producen fricciones y conflictos entre el sistema parental y el filial por la toma de decisiones y los espacios de poder.

A este respecto, Aldo Morrone<sup>13</sup> hace una interesantísima reflexión sobre esta cuestión:

En su opinión, el rol parental y el filial no se intercambian, porque esto va en contra de la propia lógica del funcionamiento del sistema familiar: lo que cambia son los atributos de ese rol, que pasa en el caso de los hij@s de receptores de cuidado a proveedores del mismo.

Esto tiene mucho más que ver con la lógica de la existencia y preserva la posición de cada elemento del sistema y de las relaciones paterno-filiales, contribuyendo a la madurez de los hijos e hijas y a la no infantilización de las personas mayores.

Por el lado de las personas que van a cuidar, hay una imposibilidad física para desarrollar el cuidado tal y como sus padres y madres lo desarrollaron a causa de las necesidades personales y familiares vinculadas al desarrollo del proyecto de vida en el contexto actual.

Esto ocurre en un entorno social donde, como mencionábamos antes, tanto el envejecimiento como el cuidado se reducen a tareas que *dificultan* el desarrollo del proyecto vital, y se espera que desde los poderes públicos se provean recursos que eviten la realización de esas tareas.

El cuidado es algo mucho más complejo que las tareas vinculadas a la provisión de cuidados: en él confluyen el imaginario social sobre la familia, las relaciones entre los subsistemas parental, filial y fraternal y todo ello ocurre atravesado por los mandatos que determinan la expresión de los diversos roles de género de hombres y mujeres, especialmente los vinculados a la maternidad y el cuidado.

El resultado es que, tal y como las personas que cuidan expresan, cuidar viene marcado fundamentalmente, más que por las necesidades materiales vinculadas a la provisión de servicios y ayuda, por el mundo relacional alrededor del cuidado y las dificultades de su manejo.

13. Aldo Morrone, es uno de los mayores expertos mundiales en Mediación Familiar. Residente en Canadá, trabaja en este campo desde 1976 en «Les Centres Jeunesse de Montreal» y desde 1984 en «Family Mediation Service», en la Corte Suprema de Montreal.

Hay dos emociones difíciles de manejar (junto con otras como el afecto, la satisfacción, etc.) que caracterizan la situación de cuidado: **la frustración y la culpa**.

**La frustración**, porque el cuidado en la mayoría de las ocasiones rompe con el desarrollo del proyecto de vida de la persona que cuida, hasta el punto de que a partir de ahora será nombrada y se reconocerá como *cuidadora*; es decir, el desarrollo del cuidado invade toda su vida y de algún modo la atrapa.

**La culpa** como emoción se suele relacionar con el incumplimiento de un mandato o norma. En el ámbito del cuidado la culpa es, en muchos casos, la expresión emocional de la tensión que se produce entre el tipo de cuidado que se desea o se puede dar y aquel que *se debería dar* y que tiene mucho que ver con la expresión de la identidad de género y con aspectos simbólicos e ideológicos de los que ya hablamos antes.

En el nivel relacional, el cuidado de los propios padres/madres, si se reduce a una serie de tareas a cumplir y queda desprovisto de la dimensión afectiva propia del acompañamiento (sin ninguna intención de idealizar ese proceso), obvia los factores relacionales. Sin embargo, el cuidado es básicamente una forma de relacionarse: una **relación de ayuda** en la que necesariamente están incorporados todos los elementos previos de la historia de esa relación entre la persona que cuida y la persona sujeta de cuidado. El cuidado activa toda la historia previa de la relación en sus aspectos satisfactorios y en los conflictivos o dolorosos en un nivel mayoritariamente inconsciente y con gran intensidad emocional.

La infantilización y el intercambio de roles chocan directamente con las expectativas de la persona mayor y resultan una trampa emocional para el desarrollo consciente y saludable de esa relación de ayuda.

Particularmente es un mecanismo que, poco a poco, en la medida que el empoderamiento y la capacidad de autonomía económica de las personas mayores han ido creciendo bajo el paradigma de que *mis recursos económicos están para sufragar mis necesidades de apoyo*, esa sustitución va perdiendo sentido.

Sin embargo, es un introyecto firmemente instalado en el imaginario del cuidado familiar.

Ayudar a las personas que cuidan, que cuidamos, supone, en primer lugar, pasar de ser cuidadoras y cuidadores a ser personas que cuidan; es decir, que el cuidado se incorpore en nuestro proyecto de vida en vez de ser un obstáculo que nos impide el desarrollo de nuestro proyecto de vida.

A nivel individual, supone reconocer la voluntad de cuidar para después poder enunciar cómo quiero y puedo cuidar y realizar una revisión crítica de los introyectos y mandatos sobre el cuidado, incluidos los que tienen que ver con la expresión de la identidad de género.



Este elemento es destacable porque la identidad de género femenina y masculina no incluyen solo mandatos, también hay elementos de refuerzo que generan autoestima como la omnipotencia en el cuidado (*puedo con todo yo sola*) y la desvalorización de la capacidad masculina de cuidar, puesto que es algo propio de la identidad de las mujeres.

En el caso de los hombres *no poder cuidar y no saber cuidar* supone reforzar los elementos de la identidad masculina relacionados con el mundo laboral (*no puedo dejar mis tareas para el cuidado*) y realizar la diferenciación de los roles de género.

Afortunadamente no hay una literalidad en las expresiones de la identidad de género y cada vez son más los hombres que se posicionan desde nuevas formas de masculinidad y las mujeres que revisan su posición respecto al cuidado.

Contemplar estos aspectos es muy importante al abordar el cuidado en la pareja y, sobre todo, entre hermanos y hermanas.

En el nivel relacional, ayudar a las personas que cuidan supone ayudarles a entender los mecanismos de la relación de ayuda y que el cuidado es, ante todo, un espacio relacional donde necesariamente ha de producirse un diálogo y un espacio de negociación y toma de acuerdos entre la persona que cuida y la persona que es cuidada. Esa relación ha de ser una relación entre adultos, basada en la autonomía y el respeto mutuo.

A nivel familiar, supone pasar de *personas que cuidan a familias que cuidan* y ese tránsito, sin obviar sus dificultades, supone que desde la intervención profesional la intervención con las familias es obligada y no solo, como es habitual, con la persona que aparece para informarse sobre recursos, realizar trámites o solicitar ayuda o con aquella persona que se presenta como cuidador/a principal.

Por otra parte, en un futuro de personas mayores que cuidan de sus parejas, muchos serán hombres sin habilidades para gestionar las tareas del cuidado y sobre todo las relacionales.

Trabajar para promover que el cuidado sea contemplado por las familias como un evento común del sistema familiar más allá de los diferentes proyectos de vida y de los roles de género supone, en primer lugar, crear espacios seguros para prevenir el malos tratos y la violencia de género y, en segundo lugar, colocar la piedra angular de la Sociedad de los Cuidados, cuyo desarrollo supone más que la creación de un marco legislativo, un cambio social.

## 2. La mediación familiar intergeneracional como herramienta del cambio

Desde **UNAF**, como entidad pionera en el desarrollo y la implementación de la mediación como herramienta de resolución de conflictos, creemos que la mediación familiar intergeneracional va a ser una de las claves para desarrollar estos procesos que acabamos de describir.

El cuidado de personas adultas tensiona los sistemas familiares hasta el punto de que la gran mayoría de las situaciones de abusos, malos tratos, negligencia y violencia ejercida sobre las personas mayores se producen en el ámbito del cuidado, tanto profesional como familiar.

La combinación entre las situaciones de dependencia, edad y género correlacionan ampliamente con la aparición de malos tratos en un sentido amplio.

Uno de los factores desencadenantes de estas situaciones es, más que la propia carga de tareas del cuidado, el factor relacional, que directa o indirectamente implica a todo el sistema familiar que sostiene (por acción u omisión) el cuidado de las personas mayores de la familia.

Como vimos, la carga fundamental del cuidado de las personas mayores en nuestra sociedad recae en las familias. Y afinando: en las mujeres de las familias y normalmente (hasta un 85%) en una sola mujer de la familia.

Este tipo de situaciones normalmente se gestionan en tiempo real, es decir, en la medida en que ocurren y, sin embargo, son ingentes la cantidad y calidad de recursos no solamente físicos (que también) sino relacionales que son necesarios para la gestión de estas situaciones.

---

**En los grupos de apoyo a personas que cuidan que facilito realizamos una dinámica para ayudarles a entender precisamente estos aspectos: *Tod@s se ponen en parejas y bailan un pasodoble justo al inicio de la sesión. Después se trabaja lo que ha sucedido en ese baile: como se han sentido, quién llevaba a quièn, si han disfrutado...***

---

---

*El objetivo es que experimenten cómo el cuidado, más que un conjunto de tareas (que también lo es), es un modo de relacionarse con otra persona y que esa relación de ayuda en muchas ocasiones no ha sido elegida por ninguno, no se ha planificado, ni ninguna de las dos sabe qué quiere la otra persona (en muchas ocasiones no saben qué quieren cada una de ellas).*

---



---

*Además, no son profesionales trabajando. Están cuidando a sus padres, madres, parejas o familiares... son relaciones que ya existían y la historia de esa relación está también presente en el ámbito del cuidado.*

---



---

*Precisamente de la propia relación es de donde surgen la mayoría de las dificultades en el cuidado: conocer y manejar los elementos que se ponen en juego en esa relación les va a dar seguridad, sensación de control y posibilidad de cambiar... en muchas ocasiones no se trata de cambiar la realidad, sino de mirarla e interpretarla de forma diferente.*

---

En los sistemas familiares el impacto se produce en los mismos términos y en muchas ocasiones en la intervención con personas mayores es precisamente el sistema familiar el que más dificultades ofrece y el gran olvidado por las y los profesionales de la ayuda.

En este contexto, la mediación podría ser de gran ayuda para que las familias (incluidas en ellas las personas mayores) puedan planificar *Qué, Con Quién y Cómo bailar ese baile* antes de que comience y para que, en situaciones de cuidado, puesto que estas suelen desarrollarse a largo plazo y con circunstancias cambiantes, pueda ser un instrumento óptimo para la planificación, la toma de decisiones y la gestión de los conflictos que puedan aparecer en un entorno cambiante como es el del cuidado familiar.

Asimismo, la mediación puede ser una herramienta óptima para poner de acuerdo los intereses de las personas mayores con los de su familia, fundamentalmente hijos e hijas, a la hora de planificar los recursos necesarios para el proceso de envejecimiento de las personas mayores.

---

Qué quiero hacer, cómo, con quién (con la ayuda de quién) y con qué (recursos).

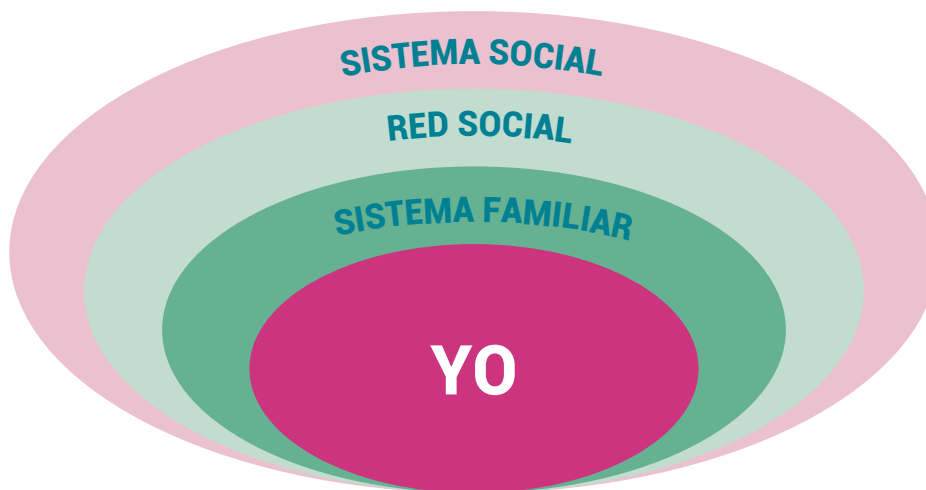
---

Revisemos ahora algunos aspectos teóricos sobre los sistemas familiares y que ayudan a delimitar el ámbito de la mediación.

***El modelo de envejecimiento desde la perspectiva sistémica y del proyecto de vida.  
Factores de género.***

Siguiendo el modelo ecológico sistémico, alrededor del yo -la persona-, se establecen una serie de condiciones ambientales formando sistemas que interaccionan unos con otros y modulan el desarrollo personal, bien potenciándolo, bien dificultándolo:

Gráfico 11.



Fuente: Elaboración Propia

**Espacio del yo o microsistema**, donde se ponen en juego todos los aspectos más íntimos de la persona: sus fortalezas y debilidades, sus herramientas personales, sus capacidades y carencias, su historia, sus aprendizajes vitales y, por supuesto, todo lo que tiene que ver con la expresión de su identidad de género.

Las personas mayores viven y envejecen en un medio en el que están integrados su propia persona (su historia personal, sus recursos y sus dificultades), su medio social (todas aquellas personas que son y reconocen como significativas, especialmente su familia) y su medio físico (su casa, su barrio, su ciudad...).

Todas estas dimensiones se articulan en un *proyecto de vida*, estableciendo estrechísimas relaciones entre ellas, de tal modo que las variaciones en cualquiera de esas dimensiones afectan necesariamente a todo el sistema.

El proceso de envejecimiento y, sobre todo, las situaciones de dependencia son eventos que pueden interferir y dificultar el desarrollo de ese proyecto de vida.

No perdamos de vista que cada persona es la protagonista de su vida y que el respeto de su autonomía y su capacidad de decisión han de ser el punto de partida de la intervención y son la base del *buen trato*.

**Sistema familiar o mesosistema**: las relaciones familiares, la red de apoyos, la actitud de la familia ante las situaciones de dependencia y el cuidado de las personas mayores, la capacidad de anticipación y el manejo de las dificultades y/o conflictos; la historia de la propia familia... todos estos aspectos forman el caldo de cultivo relacional donde la mala comunicación, el conflicto, la tolerancia al maltrato, la falta de herramientas para el manejo del estrés y las dificultades, pueden provocar la aparición de conflictos en el sistema familiar.

**Sistema de la red social o exosistema**: amistades, vecindario, comunidad. Este ámbito ejerce funciones de control y apoyo sirviendo como sistema de alerta y de apoyo mutuo a través de las redes de vínculos entre personas, evitándose el aislamiento.

**Por último, el sistema de lo social o macrosistema**, más allá de la comunidad concreta donde se desarrolla la vida de la persona, incluye todo lo que caracteriza a la sociedad o cultura en la que cada persona vive.

Este último sistema queda habitualmente fuera del área de control de los y las profesionales, pero es un elemento a tener en cuenta, por cuanto mucha de la información que se maneja a nivel interno e inconsciente (estereotipos, expectativas, edadismo, roles de género) provienen directamente de él.

La mayoría de las personas mayores resuelven las dificultades relacionadas con la gestión de su proyecto de vida sin necesidad de apoyos o con los mínimos posibles, y los vínculos y la capacidad de establecerlos son herramientas básicas para tejer la red de apoyos que la persona mayor, en función de su necesidad, podrá ir utilizando en su devenir personal desde el ejercicio de su autonomía.

### **La dependencia y sus retos: La persona y la familia.**

La negación o la mala gestión de las situaciones de dependencia pueden llegar a bloquear el desarrollo de un proyecto de vida saludable, mientras que su aceptación y su manejo contribuyen al desarrollo de un proyecto de vida adaptativo y saludable.

La necesidad de apoyos se puede manifestar en diferentes ámbitos: la capacidad de realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria o en el ejercicio de la autonomía: tomar de forma responsable y autónoma decisiones sobre la propia vida y ser capaz de ejercer y planificar conductas de autocuidado.

En muchas ocasiones una situación de dependencia incluye ambos ámbitos (por ejemplo, en el desarrollo de algunas demencias tipo Alzheimer).

Por influencia del discurso de los Servicios Sociales, estructuralmente centrados en la prestación, en muchas ocasiones se tiende a valorar sobre todo el ámbito físico: dependencia Vs independencia y, salvo en el área de las demencias, se tiende a prestar menor atención al ámbito de la autonomía Vs heteronomía.

Utilizando la perspectiva de género obtenemos una visión bastante más compleja.

Las mujeres son socializadas y educadas en el cuidado, hasta el punto de que buena parte de su éxito vital como mujeres va a depender de su capacidad de proporcionar cuidados.

Para muchas mujeres mayores seguir cuidando de hijos e hijas, nietos y nietas, parejas o familiares no supone más que un continuum en su vida y su reconocimiento personal y social está directamente relacionado con el cuidado.

Sin embargo, cuando esas "cuidadoras" pasan de ser proveedoras de cuidado a receptoras del mismo, hay algo en su autoconcepto que se quiebra y su identidad y su proyecto de vida son cuestionadas por su entorno y, sobre todo, por ellas mismas.

Evidentemente esto no es determinante y ese modelo de identidad se puede revisar y modificar incluso en la ancianidad, pero coloca a la mujer mayor en situación de riesgo:

---

#### **"Si ya no puedo cuidar, entonces, ¿para qué valgo?"**

---

Muchas mujeres mayores al enviudar se colocan en una posición de dependencia de las figuras masculinas y buscan que *sus asuntos* económicos y patrimoniales los lleven los hombres de su entorno, puesto que el manejo del dinero y el patrimonio son asuntos de la esfera de lo masculino o, en su defecto, las mujeres jóvenes de las que tienen una percepción mejor que de ellas mismas. Sin embargo, para el cuidado

personal exigen que se cumplan los mandatos del género y sean las mujeres las que lo lleven a cabo, puesto que el cuidado y las relaciones afectivas pertenecen a la esfera de lo femenino.

La relación de los hombres con el cuidado es diferente. La identidad masculina no pasa por proporcionar cuidados, sino por la producción de bienes.

Por supuesto hay hombres que cuidan, pero en ellos es una virtud añadida y, sobre todo, **no obligatoria** en el desarrollo de su identidad como hombres.

La mayoría de los hombres esperan ser cuidados por sus parejas en su ancianidad y, si sus parejas fallecen, ser cuidados por sus hijas o las esposas de sus hijos.

Se da el caso, cada vez más, puesto que la esperanza de vida de hombres y mujeres poco a poco se va igualando, de que hay hombres que se verán en la tesitura de cuidar de su pareja en situación de dependencia.

La gran mayoría lo hacen con mayor o menor acierto, pero el cuidado para la expresión de su identidad de género supone un reto, hasta el punto de que muchos esperan y demandan que sean las hijas y/o nueras las que asuman el cuidado de su pareja en situación de dependencia y de ellos mismos.

Es por ello que cuidar o ser cuidados, las situaciones de dependencia, van a plantear a las personas mayores y sus familias retos y dificultades para las que será necesario que las personas profesionales del sector sociosanitario tengan herramientas de acompañamiento.

Para las familias, gestionar procesos que en muchas ocasiones desconocen se convierte en fuente de dificultades y conflictos: se suele actuar desde la emergencia, sin distinguir procesos de situaciones concretas e incluso desde la negación, porque estos procesos cuestionan y en muchos casos rompen la red de equilibrios tejida durante muchos años en torno a la paternidad/maternidad y las relaciones fraternales.

Recomponer esos equilibrios de forma saludable no suele ser posible desde las situaciones de emergencia donde la mala comunicación o su inexistencia suele ser la norma: si no se nombra, no existe.

Es fundamental abordar el entorno del cuidado familiar: apoyar a las personas que cuidan desde todas las áreas. Las familias que cuidan a personas mayores en situación de dependencia necesitan formación y apoyo en los procesos.

Igual que las propias personas mayores, las familias, los sistemas familiares, necesitan acompañamiento para los procesos de adaptación al envejecimiento de sus miembros y para adaptar su medio ambiente a esos procesos.

Los retos para los sistemas familiares van, más allá de la pura gestión de los recursos, hacia la planificación integral del proceso de modo conjunto con la persona mayor teniendo en cuenta las necesidades de cada uno/a:



- Informándoles sobre los recursos y sus objetivos.
- Ayudándoles a formular sus propios objetivos y adaptando los recursos a la consecución de estos.
- Apoyándoles en sus procesos de decisión, mediando dentro del propio sistema familiar y ayudándoles a redefinir las relaciones con lo parental desde posiciones adultas e igualitarias y con lo fraterno desde la colaboración y lo igualitario.
- Promoviendo que las personas mayores en situación de dependencia sean protagonistas (empoderamiento) del cuidado y no sujetos de él.

### ***Los riesgos del cuidado: malos tratos***

Los conflictos personales no resueltos, las relaciones familiares conflictivas o violentas, las enfermedades mentales, la falta de habilidades y recursos personales ante situaciones de crisis, las expectativas personales de autorrealización truncadas por el cuidado y las situaciones de dependencia y el síndrome de "Burn Out" en cuidadores/as profesionales o la presencia del "síndrome del estrés de cuidador/a" en cuidadores/as familiares van a contribuir a que se produzcan situaciones y relaciones abusivas.

### ***El género, como hemos visto, es otro poderoso factor de riesgo.***

Hay que referirse brevemente a algunas puntualizaciones que pueden resultar clarificadoras para visualizar el fenómeno concreto de la violencia contra personas mayores desde el punto de vista del género.

Los malos tratos a personas mayores se producen mayoritariamente en el ámbito del cuidado, es decir, las víctimas suelen estar (aunque no solo) en situaciones de dependencia.

Las víctimas son mayoritariamente mujeres y los perpetradores son mayoritariamente hombres que cuidan: hijos, profesionales y parejas.

Explicar la prevalencia de los malos tratos en las mujeres desde el argumento de que las mujeres sean mayoría en las edades mayores de 75 años es una explicación reduccionista y muy simplista al fenómeno.

Los hombres cuidan por amor, pero ni saben cómo ni entienden que sea su labor... esta contradicción provoca malestar interno que, no gestionado saludablemente, puede desembocar en conductas de abuso y maltrato.

La expresión de género y el desempeño de roles no adjudicados pueden ser en condiciones de presión y estrés máximo, el detonador de conductas violentas, tanto más cuando entre los factores que nutren la identidad masculina no están la capacidad de

compartir preocupaciones o emociones, o siquiera, el darse permiso para sentir las o pedir ayuda.

Por otra parte, entre los elementos que nutren la identidad de género de los hombres está la "normalización" del uso de la violencia en la gestión de los conflictos, como algo, no deseable, pero en todo caso propio de la masculinidad.

Sumemos a todo esto que las mujeres mayores han sido víctimas de la desigualdad desde su niñez y, en bastantes casos, de violencia familiar y de pareja.

Socializadas en la normalización de la violencia y la desigualdad, su nivel de tolerancia es, en muchas ocasiones, altísimo para nuestros parámetros actuales.

El abuso y los malos tratos suponen la perversión del vínculo y finalmente la destrucción del mismo y eso para las mujeres mayores es especialmente dañino.

### **Aspectos fundamentales de la mediación Intergeneracional.**

Hasta aquí hemos señalado aspectos importantes en el ámbito de la dependencia y el cuidado de personas mayores que finalmente vamos a intentar poner en orden para sugerir posibles vías de aplicación de los procesos de mediación.

Para ser sistemáticos en lo posible vamos a utilizar una herramienta con solera: El modelo de las nueve preguntas de Ander Egg<sup>14</sup> con pequeñas variaciones.

**QUÉ:** Explorar posibles vías de aplicación de la herramienta de la mediación en la intervención con personas mayores y sus familias.

**POR QUÉ:** El envejecimiento de los miembros mayores de los sistemas familiares genera una crisis de adaptación para la que estos no siempre están preparados.

Afrontar la paulatina pérdida de independencia física y autonomía de las personas mayores obliga a un ajuste, en ocasiones muy rápido, de todos los subsistemas familiares, particularmente el paternofilial y el fraternal, sin olvidar el conyugal.

Los conflictos que surgen (y resurgen) en ese proceso dificultan y llegan a imposibilitar la provisión de los servicios de apoyo por parte de la familia y, en ocasiones, se desplaza la responsabilidad a la provisión de servicios desde lo público y lo privado y en otros casos se les convierte en el objeto pasivo del conflicto familiar, que no se puede manejar solo con la aplicación de recursos.

Desde la perspectiva del ciclo vital y el modelo de Atención Centrada en la Persona, ofrecer a la persona mayor herramientas y apoyos para la gestión de su proyecto de vida y la adaptación al entorno cambiante pasa necesariamente por ofrecer también herramientas y apoyos a lo que la persona mayor reconoce como entorno personal: su familia, en un sentido amplio.

14. Ezequiel Ander Egg es un destacado sociólogo, filósofo y ensayista argentino que a lo largo de su vida ha adquirido gran protagonismo en la investigación y creación de técnicas para el desarrollo de la profesión del Trabajo Social en su fundamentación técnica y práctica.

Este objetivo prioritario para la intervención social no se consigue solo con los recursos materiales de apoyo y es ahí donde la mediación intergeneracional tiene un posible papel que cumplir.

**PARA QUÉ<sup>15</sup>:** Estaríamos hablando aquí de los objetivos de la implementación de la herramienta en el contexto al que nos referimos.

Desde el punto de vista de un nuevo modelo de intervención con personas mayores y sus familias, se trata de fomentar la movilización los recursos internos del sistema familiar para hacer frente a los retos que emergen en el envejecimiento.

La figura del mediador/a y la herramienta misma de la mediación proporcionan un nuevo tablero de juego en el que dilucidar cuáles son las dificultades, las implicaciones que tienen en el ámbito relacional y emocional de las personas que integran el sistema familiar y los intereses comunes por encima de los puntos de desacuerdo, de modo que se cree un escenario propicio a la negociación de soluciones propias y particulares del sistema familiar concreto en las que todas las personas se sientan reconocidas.

Como efecto secundario se promueve y facilita el empoderamiento de las partes, el establecimiento de canales y herramientas de comunicación saludable y el aumento de la autoestima y la sensación de competencia para hacerse cargo de sus dificultades.

El objetivo final de la mediación es facilitar la organización familiar desde una nueva configuración, ofreciendo una nueva identidad familiar, donde las figuras familiares adquieren nuevos significados respecto a la configuración familiar anterior.

Para las personas mayores supone la capacidad de elaborar y gestionar su proyecto de vida en su ámbito relacional prioritario y superar prejuicios y conductas edadistas como la infantilización y el paternalismo, colocándolas en el centro del proceso de decisión.

Se trata de desarrollar un espacio de toma de decisiones partiendo de las necesidades y deseos de la persona mayor y no de aquello que sea más cómodo para el sistema familiar o las personas implicadas en la provisión de cuidado.

A su vez, permite que la voz y las necesidades de todas las personas participantes en el proceso sean escuchadas, y que todas se sientan reconocidas por las demás como partes fundamentales del proceso.

En el sistema público de provisión de cuidados, reduce la presión sobre los recursos instrumentales que en ocasiones provoca el desplazamiento sobre estos de los conflictos internos del sistema familiar en relación a estas situaciones.

Por último, minimiza el riesgo de aparición de maltrato y negligencia en el cuidado, que correlaciona ampliamente con la mala gestión de este tipo de situaciones.

**15.** Fuente: equipo de mediación UNAF. Proyecto: *Apoyo a las personas mayores y a sus familias en la gestión del envejecimiento de sus miembros y la provisión de cuidados a personas mayores en situación de dependencia a través de la mediación intergeneracional.*

**QUIÉN:** Respecto a este punto concreto es importante señalar que las personas que actúan como mediadoras deben ser formadas específicamente para este fin. Hay muchas corrientes y posiciones de desempeño del rol de mediador, pero los aspectos básicos (imparcialidad, neutralidad, etc.) son comunes a todas ellas.

No es lo mismo que un/a trabajador/a social, un/a educador/a u otro/a profesional utilice técnicas de mediación en una entrevista familiar, al intervenir grupalmente o en el ámbito comunitario a que se realicen procedimientos de mediación.

En estos casos, para no contaminar el proceso siempre será necesario que la persona que lleva a cabo la mediación sea ajena a la intervención (terapéutica, social...) que se esté llevando a cabo. Los objetivos de la mediación son los propios de esta y pueden entrar en conflicto con la práctica profesional de otras disciplinas.

La persona mediadora nunca debe aparecer en alianza con otro/a profesional ni ser una herramienta para la consecución de los objetivos de otros/as profesionales. Son los objetivos de las otras disciplinas los que han de tener en cuenta los objetivos propios de la mediación antes de recomendar su uso.

Otra cuestión que contemplaremos más adelante será la metodología concreta a utilizar en el proceso de mediación.

**PARA QUIÉN:** Si bien es evidente que las personas destinatarias de este tipo de servicios son las personas mayores y sus familiares, vamos a aprovechar el epígrafe para realizar algunas consideraciones que tienen que ver con la enorme variabilidad que encierra un nombre aparentemente preciso como es el de personas mayores.

Las personas mayores como colectivo humano están sujetas a muchos predicados que tienen que ver con la imagen social que proyectan, con lo que la sociedad les refleja y con las expectativas en torno a esa imagen.

Tenerlo en cuenta va a ser de fundamental importancia en el desarrollo de programas de mediación con y para personas mayores y en el desarrollo del rol de mediador/a en este ámbito.

El uso de la perspectiva de género ha de ser especialmente tenido en cuenta. Los mandatos de género operan plenamente en el ámbito del envejecimiento y del cuidado y modulan las expectativas sobre este y sobre las posiciones de las diferentes partes en negociación.

Otro elemento a tener en cuenta es el ámbito de las demencias y el deterioro cognitivo.

Hay muchos apriorismos y estereotipos que tienen que ver con el uso de la perspectiva focalizada en el deterioro y lo patologizante. Se tiende a considerar a la persona con demencia o deterioro cognitivo como incapaz de tomar decisiones sobre su proyecto de vida, en vez de evaluar qué áreas de su vida es capaz de controlar

y manejar o de realizar un ejercicio de anticipación a las fases más profundas del deterioro redactando disposiciones a futuro que evitarían procesos judiciales como la curatela representativa.

Hoy en día existen herramientas evaluativas como el *Dementia Care Mapping*<sup>16</sup> que permiten evaluar mediante técnicas de observación de conductas e impacto emocional las necesidades y deseos de personas para las que el lenguaje ha dejado de ser una herramienta válida.

**DÓNDE:** Las intervenciones se han de llevar a cabo en el entorno comunitario de las personas mayores. Está demostrada la correlación que tienen las alianzas del espacio comunitario con los agentes institucionales en el éxito de este tipo de programas.

**CUÁNDO:** La mediación como recurso tendrá éxito en la medida en que se construya un vínculo de confianza entre la persona mayor o la familia y el/la profesional que lleva a cabo la intervención.

En la medida en que se desarrollan y cultivan vínculos, la persona mayor o la familia estarán más dispuestas a embarcarse en nuevas propuestas.

La propuesta de entrar en un proceso de mediación será así el final de un camino y no el principio.

**CON QUIÉN:** Puesto que se plantea la inconveniencia de que sea el/la profesional responsable de la intervención quién lleve a cabo la mediación, parece lógico que sean profesionales externos al proceso de intervención los que se encarguen de ello. Una solución posible sería que las instituciones tengan en sus cuadros a personas formadas para la realización de este tipo de mediación. Otra sería la externalización de este tipo de servicios a través de la empresa privada y/o organizaciones del tercer sector.

**CON QUÉ:** La asignación de suficientes recursos materiales y económicos es, sin duda, un tema importante a tener en cuenta en este tipo de programas.

**CÓMO:** Sin entrar en detalle, hemos de realizar algunas consideraciones metodológicas.

Partiendo del modelo de Atención Centrada en la Persona, el proyecto de vida de la persona mayor, incluso con demencia, debe situarse en el centro del proceso de mediación.

Esto implica la voluntad expresa de incluirla en todas las fases del proceso, y nos coloca ante el reto de adaptar este a sus necesidades.

La intervención con personas mayores y en especial en el ámbito del deterioro cognitivo debe colocar el desarrollo del vínculo en un primer plano. El edadismo y los estereotipos sobre la vejez, además de los factores personales y de género, sitúan a muchas personas mayores en una posición de desventaja subjetiva y de dependencia

<sup>16</sup> El *Dementia Care Mapping* (DCM) es una metodología de observación que, desde 1991 ha estado utilizándose en el Reino Unido como instrumento para el desarrollo de prácticas de asistencia centrada en las personas y como herramienta para la investigación. Se desarrolló a partir de los trabajos del profesor Tom Kitwood, quién, describió el DCM como "un intento serio de adoptar el punto de vista de la persona con demencia, usando una combinación de empatía y destrezas observacionales" (Kitwood, 1997)

afectiva frente a otras personas que pueden tomar parte en la mediación, como son los hijos e hijas.

Un buen vínculo con el/la profesional que les va a recomendar iniciar un proceso de mediación va a ser fundamental para el desarrollo del sentido de competencia y empoderamiento necesarios para hacer valer su posición y sus deseos frente a las otras partes en negociación.

Además, la intervención con personas mayores tiene un tempo más lento que con otros colectivos y el proceso de mediación habrá de adaptarse a ese tempo.

Cuando hay deterioro cognitivo, será necesaria en primer lugar una evaluación de la capacidad de la persona mayor para determinar sus necesidades, deseos y sobre qué ámbitos los puede expresar y, si procede, una cierta suervisión de la persona mayor por la persona profesional responsable de la intervención (o la gestora de caso desde el *modelo de gestión de casos*<sup>17</sup>), que podría llegar a actuar si es necesario como consejero de la persona mayor a lo largo del proceso, velando no por el cumplimiento de su intereses (algo que va a depender del desarrollo del proceso de negociación), sino por la expresión de estos.

Esta figura será siempre independiente del mediador/a.

La fase de pre-mediación va a ser de especial importancia y, probablemente más larga que en otros ámbitos. Los caucus<sup>18</sup> con el mediador/a también tendrán especial importancia como herramienta metodológica para consolidar la comprensión del proceso por parte de la persona mayor.

La persona mediadora, además de todas las técnicas habituales en los procesos de mediación, habrá de conocer los recursos públicos y privados de atención a la dependencia y todo lo relacionado con los procesos de apoyo judicial al ejercicio de la autonomía e internamiento involuntario, además de tener suficientes conocimientos sobre los diferentes modelos teóricos del envejecimiento y la respuesta de los sistemas familiares a estos eventos vitales.

Por último, por parte de mediación como disciplina habrá que adaptar la práctica de la mediación al ámbito del envejecimiento y la provisión de cuidados, considerando las diferentes casuísticas que pueden presentarse.

17. El Modelo de gestión de casos, según Rubín (1992), intenta asegurarse de que clientes con problemas complejos reciben una asistencia integral. Los gestores de casos realizan todas aquellas gestiones necesarias (defensa, apoyo, consejo, creación de recursos) para asegurar que todas las necesidades del cliente son conocidas primero y satisfechas después

18. El caucus es una de las fases de un proceso de mediación que se utiliza en momentos específicos. Consiste en una reunión privada, individual y confidencial que se realiza por separado con cada una de las partes del proceso, después de que se haya realizado una primera sesión conjunta.





## CUARTA PARTE

El papel de los recursos en un nuevo modelo de atención.  
Recursos técnicos para los y las profesionales



A lo largo de esta publicación, hemos pretendido, modestamente, abrir un espacio de debate para profesionales, entidades y personas interesadas sobre los retos que se plantean a partir de un hecho demográfico incuestionable:

---

**Nuestra sociedad envejece y, además, lo hace con mucha rapidez.**

---

Este hecho es, en principio, objetivamente positivo: vivimos más años y al menos en una buena parte del proceso de envejecimiento, con mayor salud, lo que a priori nos permitirá mantener una vida activa de forma autónoma hasta avanzada edad.

Hasta aquí el titular porque cuando comenzamos a ver la letra pequeña de ese enunciado, lo que descubrimos es que nuestra sociedad se enfrenta a un reto sin precedentes que va a comprometer buena parte de sus recursos y, probablemente, el orden de sus prioridades.

Desde UNAF entendemos que **la piedra angular de nuestra sociedad son las familias** en un sentido amplio, porque la institución básica de nuestra sociedad hoy día se organiza de diversas formas que han de ser tenidas en cuenta en sus especificidades, por más que algunos intenten convertir la institución en una foto fija de un modelo concreto de familia que deja fuera las realidades de buena parte de la población.

El reto de gestionar el envejecimiento de una proporción cada vez más alta de la población y proveer los servicios necesarios para apoyar a las personas mayores en situación de dependencia es ingente y compromete no solo a las familias, sino al conjunto de la sociedad.

Para visualizar los retos pendientes y esbozar al menos algunas posibles soluciones, a lo largo de las tres primeras partes hemos analizado el cuidado como hecho socioantropológico: uno de los mecanismos de funcionamiento básico de la institución familiar ha sido y es el cuidado de sus miembros y, por extensión, lo es también de la sociedad, que complementa y estructura la labor que se realiza dentro de los sistemas familiares.

Si la *responsabilidad* del cuidado, bien como *débito* (en su forma tradicional ligada a la posesión de los medios de producción y de los conocimientos para ello), bien como *derecho* (como propone el modelo de la *sociedad del cuidado*) es algo intrínseco al funcionamiento de los sistemas familiares, las formas en que este se desarrolla en nuestra sociedad han ido cambiando en función del desarrollo de la sociedad y los cambios que trae aparejados, particularmente desde el abandono del mundo tradicional ligado a la tradición rural por el mundo urbano, su cultura y sus valores.

Las formas del cuidado tradicional se han adaptado a la vida urbana: la progresiva difuminación de las familias extensas, el predominio de la familia nuclear centrada

en la producción y la crianza y, como consecuencia de esto, la progresiva pérdida de lugar y estatus de las personas mayores en familias y sociedad (origen del edadismo actual) han dado lugar, sobre todo a partir de los años 80/90 del pasado siglo, a lo que se conoce como *crisis del cuidado familiar*.

En este escenario, la sociedad, el estado, cada vez se ha ido haciendo más presente como proveedor de servicios complementarios al cuidado que las familias realizan.

La evolución de los servicios y prestaciones ha pasado del desarrollo del sistema público de pensiones que garantiza unos ingresos básicos y la cobertura sanitaria universal que, aunque hoy día nos parezca increíble, se consolida a finales de los años 80 del siglo XX (hace solo 40 años), a desarrollar recursos, en primer lugar, para acoger a personas mayores sin recursos (personales/familiares), garantizar posteriormente la permanencia en el domicilio y, actualmente, atender a personas mayores en situaciones de gran dependencia que requieren cuidados especializados de larga duración.

Por otro lado, las personas mayores, en la medida en que se han constituido en ciudadanos y ciudadanas con independencia económica y autonomía personal, han pasado progresivamente de beneficiarias a consumidoras de servicios y, por tanto, se han convertido en objetivo del mercado, que provee de todo tipo de servicios (ocio, asistencia personal, salud...) a quien los pueda pagar.

En la segunda parte, hicimos un recorrido por las diversas formas en que tanto la provisión pública de cuidados y apoyos como la privada han intentado cubrir las demandas y necesidades de las familias.

En este punto es importante recalcar de nuevo *cómo el cuidado forma parte del ADN del funcionamiento de los sistemas familiares* y que estos, por naturaleza resistentes a los cambios (como mecanismo de defensa ante la incertidumbre que se vislumbra fuera de *la costumbre*), siempre evolucionan de forma más lenta que el entorno socioeconómico.

Pasar por alto esta circunstancia y las expresiones ideológicas y simbólicas que tienen que ver con el cuidado, ha dificultado el desarrollo de políticas de apoyo, sobre el papel, útiles y necesarias. El cuidado como fenómeno cultural es mucho más que una serie de tareas y apoyos instrumentales sociosanitarios a cumplir.

Desde el ámbito de lo público, el desarrollo de la *ley 30/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* y a partir de ahí, del *sistema de atención a la autonomía y la dependencia (SAAD)* han consolidado que los apoyos pasen de ser una medida graciable a un derecho otorgado en función de la valoración revisable de necesidades y apoyos, puesto que se entienden las situaciones de dependencia como procesos dinámicos.

Sin embargo, el desajuste entre la puesta en práctica de las propuestas de la ley (por las dificultades de financiación, fundamentalmente) y las demandas y necesidades de familias y personas mayores han llevado a una **segunda crisis de los cuidados** en la que ya no solo las familias están comprometidas, sino también la propia sociedad, incapaz de absorber la demanda de apoyo.

La responsabilidad de esta segunda crisis se reparte entre el punto de vista esencialmente economicista de la provisión de servicios públicos (excesivamente pendiente de los retornos económicos, que gira alrededor de la colaboración público privada), y las crecientes dificultades de financiación de los servicios en un contexto de crisis económica: a día de hoy, en ningún momento se ha conseguido llegar ni de cerca a las previsiones realizadas.

La iniciativa privada, mucho más ágil, pero también mucho más desigual, ha cubierto en parte la demanda, pero por razones obvias no puede ser la solución en un entorno de crisis económica como el que se plantea a partir de 2008.

En este panorama, las familias han tratado de conciliar las necesidades (no solo materiales sino también simbólicas) acudiendo a la iniciativa privada a través de la economía informal: los cuidados se transfieren de las mujeres de las familias a mujeres inmigrantes, en su mayoría en situación de precariedad económica y, no lo olvidemos, carentes de capacitación profesional.

En todo caso, la creencia que generaliza a las mujeres inmigrantes como personas pobres y de poca cultura, es en sí misma un prejuicio discriminatorio. En muchos casos son personas que provienen de las clases medias de sus países de origen, con formación profesional especializada y universitaria no reconocidas en nuestro país, lo que las empuja a la economía informal.

La falta de apoyo económico a las familias para sostener la contratación directa de asistentes personales con criterios de calidad y la progresiva regularización de este tipo de trabajo, han colapsado el sistema informal y provocado una intensificación de este fenómeno de crisis.

No podemos cerrar esta mirada sobre el presente sin resaltar la necesidad de usar transversalmente en este análisis la perspectiva de género: buena parte del entramado ideológico y económico del cuidado se sustenta y tiene estrechas relaciones con la expresión de la identidad de género de las mujeres, sobre cuyo trabajo invisible, no reconocido, en condiciones de precariedad laboral y mal pagado, descansa la arquitectura sociofamiliar del cuidado.

Las mujeres cuidan de su pareja y de sus hijos e hijas y, cuando envejecen, cuidan de sus parejas en situación de dependencia y de sus nietos y nietas, además de realizar apoyos instrumentales fundamentales, aunque invisibles, a sus hijas e hijos adultos, muchas veces de tipo económico.

Su vida laboral es discontinua y adaptada al cumplimiento con el cuidado y la maternidad, lo que las sitúa en situación de precariedad en un mundo laboral construido a medida del tiempo vital de los hombres (aprender un oficio, ejercerlo y jubilarse) y compromete los recursos para su envejecimiento al haber cotizado menos y sin continuidad.

Pero este panorama, con raíces en el pasado y expresión en el presente, está cambiando rápidamente:

Para las personas mayores que vienen, que venimos, el panorama será significativamente diferente.

La **generación de los Baby Boomer**, nacidos entre finales de los años 50 y mediados de los años 70 del pasado siglo se enfrentarán a su vejez, en primer lugar, *negando el propio concepto*: las personas mayores del mañana no se reconocen en el imaginario de la vejez actual y, en consecuencia, cada vez más se entiende como vejez a la gran dependencia.

En términos de edad, los sucesivos retrasos en la edad de jubilación van a *alargar la madurez hasta bien entrados los 70 años* e, incluso, como ya se empieza a especular, *situando la vejez a partir de la entrada en situaciones de gran dependencia* que impliquen una significativa **pérdida** de independencia y autonomía.

Afectados por la precariedad derivada de sucesivas crisis económicas, es muy posible que su llegada a la vejez sea mucho más vulnerable en términos económicos que la de sus propios padres y madres y, en muchos casos, sin el seguro económico que supone la vivienda en propiedad.

Por otra parte, los modelos de familia de los *Baby Boomer* son mucho más complejos que los de sus padres y madres, lo que, lógicamente influirá en las formas en que se llevará a cabo la responsabilidad del cuidado y en la organización de las tareas.

El proyecto de vida de las personas mayores que vienen, aunque sin duda tendrá puntos en común básicos con el de sus propios padres y madres, pasa por un mayor empoderamiento personal y grupal y la voluntad de decidir sobre su futuro. Entre otras cosas, el empleo de sus recursos económicos y patrimoniales para su bienestar y cuestiones como el testamento vital y la eutanasia entrarán en el debate público de forma decidida.

En cualquier caso, **es previsible que la previsión de necesidades y servicios para las personas mayores del futuro necesiten cada vez más del diálogo y los pactos intergeneracionales de familias, en muchos casos extensas y complejas.**

Para las personas mayores de mañana, el cuidado hoy de sus padres y madres está siendo muy complejo y fuente de conflictos personales y familiares: a la falta de recursos públicos y las dificultades para costear los privados, se unen las dificultades

de conciliación del propio proyecto de vida (más aún en el caso de las mujeres donde en razón de la desigualdad en el cuidado, se ven comprometidas algunas de las expresiones básicas de su identidad de género) y la gestión de familias propias para cuyo desarrollo es necesaria la actividad laboral de los dos miembros de la pareja y el tiempo disponible se reparte de forma no igualitaria en la crianza y el ocio.

En el caso de otros modelos de familias como las monoparentales las dificultades son aún mayores por la falta de reconocimiento de la diversidad familiar.

Como observábamos en la tercera parte, es necesario apoyar a las personas mayores y a las familias ahora y más aún en el futuro.

---

**En el caso de las personas mayores, apoyar en el desarrollo de un proyecto de vida que contemple los deseos y necesidades de la persona mayor y sirva de espacio de encuentro con su entorno familiar y, en el caso de las familias, ayudándolas a cumplir con la responsabilidad del cuidado de una manera igualitaria, saludable y satisfactoria desde el respeto a las necesidades y deseos de las personas mayores.**

---

Resumiendo en una frase: **integrar el cuidado en el proyecto de vida de las personas que cuidan y de las personas que son y serán sujeto de cuidado y apoyo.**

El objetivo es, como enunciábamos en la introducción, **que el envejecimiento sea un proceso personal y simultáneamente un evento familiar.**

Desde el ámbito institucional, una posible respuesta al reto del futuro se ha articulado a través del **modelo de la sociedad de los cuidados**, que pretende reivindicar el cuidado como una de las piedras angulares del funcionamiento de la sociedad: el objetivo es que el compromiso y las tareas del cuidado se repartan de forma igualitaria entre todos y todas y desarrollar los recursos necesarios para compatibilizar el cuidado con el resto de necesidades y actividades de individuos y familias.

A un nivel más formal, el desarrollo de la **agenda 2030 y de los 17 objetivos de desarrollo sostenible** suponen, desde el ámbito gubernamental, el compromiso con el cambio de paradigma que posibilite la sostenibilidad del sistema de cuidados y de la propia sociedad, entendida esta como un complejo sistema de relaciones e interdependencias.

Una herramienta necesaria para la gestión de la inevitable negociación entre individuos y sistemas familiares que se propone es, en opinión de UNAF, el de la **Mediación Familiar Intergeneracional**.

En esta última parte vamos a hablar de los recursos técnicos que pueden ayudar a los y las profesionales a implementar este nuevo paradigma en la práctica diaria y lo

vamos a hacer, partiendo del modelo de sociedad del cuidado, perfilando el marco teórico que entendemos que posibilita llevar a cabo esta tarea.

Una de las dificultades que a menudo expresan las y los profesionales de la intervención social y comunitaria, es, en ocasiones, la distancia sideral entre los desarrollos teóricos y la realidad de la gestión del día a día en la intervención social, marcada por agendas profesionales, cartas de servicios y exigencias de la institución.

Sin pretender que estas consideraciones sean un manual de intervención, vamos a intentar responder a la pregunta habitual de *...y esto, ¿cómo lo aplico yo en mi trabajo?* y acercar el diagnóstico de necesidades a nuestra práctica diaria.

Para ello partiremos de la premisa básica resumida en esta frase: **piensa global y actúa local**<sup>19</sup>.

A través de las tres primeras partes de la publicación hemos analizado la situación global y cuáles son las necesidades prioritarias.

De algún modo, se trata de reproducir la lógica que nos guía al decir que para poder reivindicar el papel de las personas mayores en nuestra sociedad y desmontar y dejar atrás los prejuicios edadistas y gerontofóbicos, es necesario que las familias vuelvan a dar un lugar a las personas mayores dentro de ellas, un lugar positivo y activo en la configuración y el desarrollo familiar que reconozca y valore las aportaciones que, hoy en día, las personas mayores realizan en sus familias.

Si en el modelo *pre urbano* de la familia el estatus de las personas mayores se fundamentaba en la propiedad de los medios de producción, el conocimiento de los procesos productivos y la transmisión de la cultura, hoy en día la aportación de las personas mayores en los sistemas familiares es permitir que, con su apoyo instrumental (económico, a través de sus pensiones) y emocional (asumiendo el cuidado de nietos y nietas), las familias cumplan con sus funciones.

Como vemos, hablamos de un mismo objetivo y diferentes vías para alcanzarlo: *permitir a las familias cumplir con su función*.

Las personas mayores, contempladas únicamente desde la lógica del cuidado y la dependencia, aparecen como detractores de recursos familiares en vez de generadores de recursos y esa, hoy día, es una premisa falsa.

El cuidado de las personas adultas mayores, fue, es y será una de las premisas básicas de la organización y el funcionamiento de las familias, pero en algún punto del camino hacia nuestra sociedad urbana perdimos la capacidad de visibilizar sus aportes y el esfuerzo que han realizado para acompañar a sus familias en ese viaje.

En un país donde casi un 40% de la población tendrá más de 65 años en 2050 no podemos permitirnos como sociedad contemplar a casi la mitad de la población

19. La frase original en inglés, *Think Global, Act Local* ha sido atribuida al activista Patrick Geddes, sociólogo escocés y pionero de la planificación urbana, a principios de siglo XX.



como una carga, ni probablemente lo permitan las personas que formen parte de ella, como ya hemos observado.

En nuestro trabajo diario, la mayoría intervenimos con individuos y familias, y es precisamente ahí donde podemos actuar localmente, poniendo en práctica desde nuestra intervención la propuesta básica de esta publicación:

---

**Contemplar el envejecimiento como un proceso personal y un evento familiar y promover el cuidado como parte del proyecto de vida de las personas que cuidan y de las personas que son y serán sujeto de cuidado y apoyo.**

---

Del mismo modo que incorporamos la perspectiva de género o la de edad en nuestra práctica diaria, podemos incorporar esta premisa de modo que dé sentido y oriente nuestra tarea.

Desde este punto de vista, no es necesario (aunque sí conveniente) tener una formación específica, porque de lo que se trata es de incorporar una mirada diferente a la realidad.

Promover y facilitar espacios de encuentro entre las personas mayores y sus familias y entre hijos e hijas adultos para desarrollar relaciones de ayuda desde una posición adulta e igualitaria, en los que escuchar las necesidades y deseos propios y ajenos en relación al envejecimiento y llegar a acuerdos desde lo común, es plantar la semilla del cambio de paradigma en la intervención.

Lo importante no serán tanto los resultados, que dependen de la disponibilidad de las partes y de muchos factores que caen fuera de nuestra área de control, sino nuestra capacidad de ofrecer y promover esos espacios de encuentro.

Como bien sabemos, en la práctica de la intervención las necesidades aparentes no siempre coinciden con las necesidades profundas, no explícitas o reconocidas.

Detrás de una solicitud de Ayuda a Domicilio, Centro de día o Residencia siempre hay una familia con dificultades para prestar los apoyos y/o cuidado a las personas mayores del sistema familiar y una persona mayor necesitada de apoyo.

Intervenir en ese espacio relacional es posible y necesario, y permite desarrollar en individuos y familias herramientas y habilidades comunicativas que les serán de gran ayuda en la gestión de su demanda concreta y de cara al futuro.

Hay que tener en cuenta que, como hemos comentado ya, el sistema actual de provisión de recursos de apoyo, en una perspectiva de crecimiento continuo de la población mayor, no se sostiene y que el cambio de modelo, independientemente de la dirección de los cambios, es una necesidad, no una opción.

Las dos herramientas fundamentales que proponemos para llevar a cabo esta tarea desde el espacio de nuestras áreas de control profesional son:

---

### El modelo de atención centrado en la persona y las técnicas de relación de ayuda.

---

El modelo de Atención Centrada en la Persona nos aporta un marco teórico desde el que trabajar y los elementos a tener en cuenta. Las técnicas de relación de ayuda nos proporcionan una herramienta básica de gestión del espacio relacional de nuestras intervenciones.

Posteriormente, intentaremos acercarlo a la práctica cotidiana a través de propuestas de intervención en dos áreas en las que se ponen en juego muchas de las variables que hemos visto:

- La intervención individual y familiar
- La intervención grupal y comunitaria

## 1. El modelo de la intervención centrada en la persona.

El Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) supone trasladar los paradigmas de la psicología humanista de Carl Rogers a la atención gerontológica.

Se comienza a desarrollar en los años 80 del pasado siglo en Europa y llega a España en los **años 90**. Uno de los territorios de mayor desarrollo teórico e implantación del modelo en el estado ha sido la Comunidad Autónoma Vasca a través de la Fundación Pilares y el Instituto MATIA con la puesta en marcha del proyecto pionero *Etxean Ondo* en 2011.

El modelo de atención centrado en la persona (ACP) se caracteriza por:

**Partir de los conceptos de dignidad y derecho** y, por tanto, de una ética de la intervención que implica que la persona sujeta a la intervención tiene el *derecho a ejercer su autonomía* para llevar a cabo, como mejor considere, las estrategias tendentes a la gestión de su proyecto de vida *de manera digna* y, por tanto, merecedora de respeto y aceptación.

Gráfico 12.

LA VISIÓN DE LAS PERSONAS QUE PRECISAN APOYOS/CUIDADOS	VALORES QUE DEBEN ORIENTAR EL BUEN TRATO EN EL CUIDADO/ATENCIÓN/APOYO
1. Poseedoras de dignidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeto, consideración del valor intrínseco a cada persona, con independencia de sus características y su situación.</li> <li>• Obligación de buen trato, lo que implica un trato siempre personalizado.</li> </ul>
2. Portadoras de derechos y valores propios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantía de los derechos individuales.</li> <li>• No discriminación (identidad sexual, edad, discapacidad, etnia, etc.).</li> <li>• Acercamiento y respeto a los valores individuales y apoyo al desarrollo de un proyecto de vida propio.</li> </ul>
3. Vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección, evitando riesgos y daños.</li> <li>• Seguridad de las prácticas y de los entornos.</li> <li>• Salud, independencia y bienestar subjetivo.</li> </ul>
4. Con derecho a desarrollar una vida autodirigida y con sentido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía en marcos relacionales de coautonomía.</li> <li>• Búsqueda de vida significativa.</li> <li>• Provisión de apoyos personalizados.</li> <li>• Empoderamiento.</li> <li>• Armonización de seguridad y autonomía.</li> <li>• Asunción de ciertos riesgos.</li> </ul>
5. Únicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biografía y continuidad vital.</li> <li>• Personalización de la atención.</li> </ul>
6. Con necesidades globales y cambiantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integralidad en la atención.</li> <li>• Intervención centrada, cuando así sea preciso, en el sistema familiar.</li> <li>• Flexibilidad de los servicios y actuaciones.</li> </ul>
7. Con capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de las necesidades de apoyo desde las capacidades y recursos personales.</li> <li>• Búsqueda de apoyos personalizados.</li> </ul>
8. Socialmente interdependientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de conexión social.</li> <li>• Importancia del intercambio y del apoyo social desde la reciprocidad.</li> <li>• Contribución social y generatividad de las personas con discapacidad/dependencia.</li> </ul>
9. Miembros de su comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a los servicios de la comunidad.</li> <li>• Inclusión social.</li> <li>• Intergeneracionalidad.</li> </ul>
10. En convivencia en marcos ecosistémicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amigabilidad de los entornos físicos y relacionales.</li> <li>• Reconocimiento y apoyo a quienes cuidan (profesionales y familias).</li> <li>• Apertura, liderazgo y compromiso con las personas por parte de las organizaciones.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia

Estamos hablando de **situar la autonomía de la persona en primer plano** de nuestro modelo.

Esta cuestión en el futuro va a ser troncal porque, como vemos, el perfil de persona mayor hoy en día, y sobre todo en el futuro, coloca la **autonomía personal y el concepto de** ciudadanos/as sujetos de derechos en primer plano.

Puesto que el proyecto de vida es dinámico, la intervención debe ser también dinámica, centrada en los procesos y con la suficiente flexibilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes de la persona a la que se acompaña.

*Los y las profesionales acompañamos a las personas en la formulación y desarrollo de su proyecto de vida, con unos objetivos que han de ser consensuados por ambas partes, y ponemos nuestro saber a su servicio para crear un entorno seguro desde el que examinar, cuestionar y probar nuevas alternativas a su situación desde sus propias capacidades, colocando su autonomía por encima de nuestro saber y de las necesidades de la organización.*

Una *intervención basada en el respeto profundo* (respetar no significa aprobar ni compartir) por el sistema de valores y creencias de la persona (que al fin son el único punto de partida real para producir el cambio), implica un buen conocimiento de su biografía personal, su sistema de creencias y sus mapas relacionales y emotivos e **introduce la variable tiempo** en la intervención.

Nuestro saber estará dirigido a apoyar, generar y promover procesos de cambio en la persona. La relación de ayuda que se establece en la intervención cuestiona a la persona que ayudamos y a nosotros/as como profesionales y, también, como personas.

En ocasiones, al intervenir en el envejecimiento, tendemos a visualizar a la persona desde su condición de persona mayor o desde su situación de dependencia y perdemos la perspectiva de que *es una persona* que está experimentando una situación de dificultad. Sin embargo, es la persona y no su situación la que posee la potencialidad de modificar aquellos aspectos de su realidad o de su punto de vista sobre ella que le impiden el desarrollo de su proyecto de vida.

Vamos a recapitular dos aspectos importantes que tienen que ver con el Modelo de Atención Centrada en la Persona:

- ▶ **El valor del/la profesional como herramienta:** Frente a modelos que priman la gestión de los recursos y minimizan y reducen el papel de los y las profesionales al desempeño de la función olvidando a la persona, el Modelo Centrado en la Persona enfatiza la intervención como la relación que se desarrolla a través del encuentro entre dos personas: El/la profesional y el cliente/a.
- ▶ **La importancia del vínculo:** La relación supone la creación y el desarrollo de un vínculo y esto solo ocurre entre personas.

Ahora bien, como decíamos al comienzo, es necesaria una metodología para poder desarrollar esa tarea con rigor, minimizar las dificultades de ese encuentro para evitar hacer daño y que la gestión personal de las dificultades no queeme al profesional.

**Llevar el modelo de ACP a la práctica** es el ámbito de las técnicas de relación de Ayuda.

## 2. La Relación de Ayuda y el estilo comunicativo empático/facilitador

El modelo de Relación de Ayuda de Robert R. Carkhuff extrae del modelo terapéutico humanista los elementos que posibilitan que la relación de Ayuda pueda ser desarrollada por personas profesionales y voluntarias sin formación como terapeutas.

La Relación de Ayuda es una compleja metodología del encuentro en la intervención, mucho más allá de las simplificaciones al uso sobre la necesidad de la empatía y la escucha activa.

Parte del ámbito terapéutico, pero su propósito no es realizar intervenciones terapéuticas (pese a promover el cambio) y su manejo forma parte del arsenal técnico de la psicoterapia, aunque no es tan común en otros ámbitos de la intervención social y psicoeducativa.

Las intervenciones que se van a describir en los casos están basadas en el uso de esta herramienta metodológica y por ello va a ser necesario profundizar un poco en ella.

A menudo se indica la necesidad de desarrollar determinadas actitudes en la intervención, pero no *cómo hacerlo*. Sin embargo, el *know how* en los aspectos relacionales y comunicativos de la intervención va a marcar la diferencia en el proceso.

***¿Qué es ser empático?***

***¿Cómo se refleja la empatía?***

***¿Cómo manejamos la dimensión emocional en nuestro trabajo?***

Las actitudes empáticas y facilitadoras no son una recomendación a aplicar, son *técnicas que requieren un conocimiento y un entrenamiento para su puesta en práctica* y para muchos profesionales entre los que me encuentro, la herramienta básica en nuestra forma de relacionarnos con las personas a las que acompañamos.

Solo el manejo de los entresijos del modelo nos va a permitir trabajar con la confianza del adecuado manejo de las herramientas personales que utilizamos en la intervención.

Vamos a ofrecer algunas pinceladas del modelo, pero existe abundante bibliografía para quienes tengan interés en ampliar su formación en estas técnicas, que por otra parte ofrecen su mejor versión en la formación presencial.

**Relación de ayuda es toda relación** en la que una de las partes intenta promover en la otra el desarrollo personal, la madurez y la capacidad para funcionar mejor y enfrentar la gestión de su proyecto de vida de manera más adecuada.

Por parte de la persona que brinda ayuda, implica el convencimiento de que la otra persona puede cambiar, puede crecer y desarrollar sus potencialidades para salir adelante por sí misma, aunque necesite apoyo y acompañamiento a través del proceso.

Por parte de la persona que recibe ayuda, implica la confianza en que la persona que la apoya tiene los conocimientos y herramientas necesarios para acompañarla en ese proceso.

Ese proceso de confianza mutua constituye la base del vínculo, fundamental para el desarrollo de las relaciones de ayuda.

Los objetivos de la Relación de Ayuda son que la persona ayudada pueda darse cuenta de qué le está pasando, porqué y qué recursos tiene para crecer.

En la medida en que mejora la comunicación interna y somos más capaces de percibir nuestros pensamientos y emociones y de expresar nuestros deseos y necesidades, nuestras relaciones serán más sanas.

La aventura del cambio genera mucha incertidumbre: no sabemos a dónde nos llevará, perdemos el control, aparecen miedos y nos sentimos frágiles y confusos. Una Relación de Ayuda crea un entorno seguro para poder cambiar.

Muchas relaciones pueden ser de ayuda en un determinado momento. Sin embargo, para ejercerla con rigor y evitar hacer y hacernos daño es necesario conocer, elegir e interiorizar la metodología y los principios teóricos y prácticos de la Relación de Ayuda.

No valen sólo las buenas intenciones, la persona que ayuda también debe hacer un proceso personal.

La Relación de Ayuda va a ser siempre el encuentro entre dos personas a través de la comunicación verbal y no verbal, cada una con su experiencia de sufrimiento y su poder de curación. Para la persona que ayuda supone pasar de *estar en la ayuda* a *ser en la ayuda*.

En los procesos de ayuda la persona que ayuda ha de contemplar tres dimensiones fundamentales:

- Persona que ayuda
- Persona a la que se ayuda
- El contexto de la relación entre ambas personas



La persona que ayuda ha de desarrollar tres variables principales que han de orientar su intervención y su posición en la relación:

- El Respeto o Aceptación Incondicional
- La Autenticidad
- La Empatía

A nivel comunicativo, la herramienta fundamental de la relación de ayuda es la escucha activa en su dimensión empática: acoger y decodificar la dimensión emocional en la experiencia de la otra persona.

Escuchar las emociones y reflejarlas es una actitud y herramienta básica para el desarrollo de la empatía y el vínculo.

### 3. Intervención individual/familiar

Partiendo del modelo ACP, es necesario colocar a la persona mayor y su proyecto de vida en el centro de la intervención.

Muchas veces es la familia o miembros de ella (normalmente mujeres) quienes demandan información, apoyo para el cuidado o comparten sus preocupaciones o dificultades en relación a las personas mayores de la familia.

La intervención ha de focalizarse en la persona mayor que necesita apoyo o cuidado y colocarla en el centro de la intervención, aunque en un principio sea otra persona nuestra interlocutora, para que su voz se oiga y no contribuir a la infantilización ni a la suplantación de roles.

Por lo tanto, el primer paso será buscar el contacto directo con la persona mayor en la medida de las posibilidades de esta y en el contexto más favorable posible, su domicilio o el espacio que prefiera.

En otras ocasiones será una persona mayor (normalmente también una mujer) la que entre en contacto con los servicios sociales u otra institución para demandar información o gestionar alguna prestación.

En este caso el objetivo es poder explorar la red social y familiar de la persona mayor y, en la medida que la intervención lo requiera, entrar en contacto de forma más o menos intensa con ella.

Como vemos, en ambos casos se aborda el conjunto del sistema familiar como punto de partida de la intervención.

Hay ocasiones en que la red familiar no existe o no es significativa, y la red social ocupa ese lugar, constituyendo una *familia de elección* con la que intervendremos en el mismo sentido que con la familia.

En todo caso es fundamental mantener esa mirada de intervención familiar que da sentido al modelo para establecer los elementos en juego en la intervención.

Colocar a la persona mayor en la centralidad de la intervención va mucho más allá de la aplicación de las carteras de servicio centradas en la prestación y organiza el punto de vista profesional y la gestión de recursos técnicos y humanos.

**El concepto de acompañamiento** es propio de la Relación de ayuda e implica la voluntad y la disposición de emprender un camino junto a la persona en la gestión de su proyecto de vida.

Desde un punto de vista técnico, es fundamental el uso de la historia de vida y del genograma como recursos para establecer los objetivos del proyecto de vida, cuya gestión acompañamos. Los mapas experienciales y emocionales suponen la guía del camino.

En la historia de vida de una persona están escritos, a través de los sucesos, los mapas de referencia sobre las herramientas que esa persona ha utilizado a lo largo de su vida para resolver sus dificultades, para establecer vínculos, y para no hacerlo también.

En resumen: todos los elementos sobre los que puede construir nuevos aspectos de su proyecto vital y, también, todas las dificultades que puede encontrar.

Es por ello que dedicar tiempo a conocer bien la historia de la persona es una inversión que siempre tendrá frutos en la intervención.

Sin embargo, en el proceso será siempre importante que, en función de la necesidad, compartamos algo de nuestra propia historia o de nuestra experiencia, porque ese elemento ayuda a desarrollar el vínculo.

Evidentemente ahí no está todo: a través de la escucha atenta del relato de vida demostramos aceptación y sentirse aceptada en sus palabras y también en sus silencios posibilitó posteriormente otro nivel de relación con la persona a la que acompañamos.

Personalmente combinar el relato de la historia de vida con el uso del genograma (en un sentido amplio) me permite visualizar y extender los mapas relacionales de la persona cuando se trata de realizar la intervención sobre los diferentes sistemas.

En el proceso de intervención, los tiempos juegan un papel fundamental para construir vínculos sólidos: Es fundamental el manejo del *timing de la intervención*.

El *tempo* de las personas mayores es más lento que el de otras edades. En parte se debe a la cantidad de experiencia vivida y, en parte, a la necesidad de organizarla de forma que tenga sentido y propósito.

Por otra parte, el proceso de envejecimiento y los cambios físicos y cognitivos que trae aparejados, combinados con los introyectos edadistas que de alguna forma *discapacitan* a las personas mayores, suelen acentuar la sensación de vulnerabilidad y fragilidad personal.

La menor confianza en los recursos personales y en la competencia personal para desarrollarlos aumentan las resistencias al cambio que todas las personas desarrollamos como protección ante la incertidumbre.

Acompañar el proceso de escucha de la biografía personal con aceptación supone un espacio importante de trabajo y desarrollo de la autoestima, de la capacidad de competencia y del vínculo en la intervención y facilita la reducción de las resistencias.

### 3.1. Caso práctico individual: Anselma

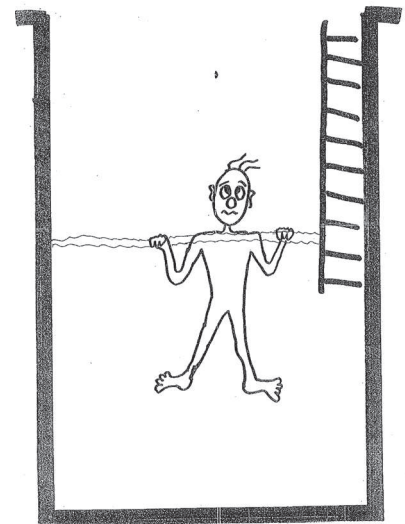
Para explicar el proceso de intervención con Anselma (*nombre ficticio*), utilizaremos como apoyo las láminas de J Carlos Bermejo (1998) en las que explica los procesos de la comprensión empática y de la Relación de Ayuda del modelo de Carkhuff.

*Anselma es una mujer de 90 años que convive con su hijo Jorge, soltero, de unos 55 años.*

*Una vecina se pone en contacto con los Servicios Sociales, interesándose por si habría alguna ayuda posible para Anselma, pues ella es ya muy mayor y lo está pasando mal económicamente.*

*Se realiza visita a domicilio y se comprueba su situación de salud<sup>20</sup>, descartándose riesgo sanitario más allá del propio de su avanzada edad.*

*En las primeras entrevistas solicita ayuda económica, pero se niega a aportar la documentación y a cualquier otra intervención o gestión de servicios de apoyo (Servicio de Ayuda a Domicilio; SAD y Telesistencia Domiciliaria; TAD).*



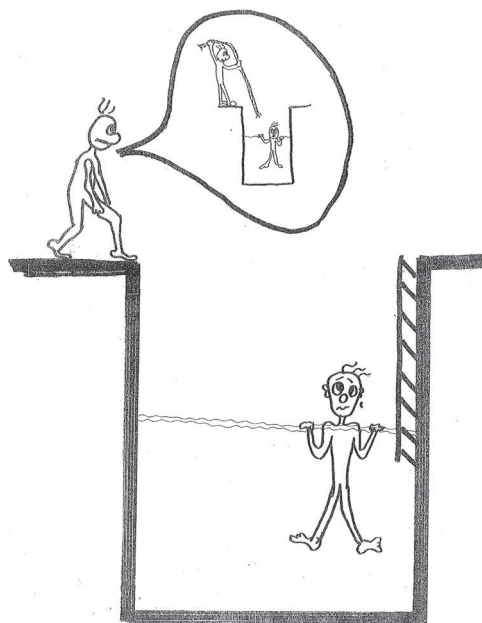
20. La coordinación sociosanitaria entre profesionales que intervienen en un caso, es uno de los pilares de este modelo de intervención y fundamental en entornos de cuidado o en situación de deterioro cognitivo o discapacidad intelectual.

La trabajadora social de referencia, en función de las dificultades de la intervención y de la situación de vulnerabilidad de Anselma, estima la necesidad de una intervención más intensiva desde el servicio de educación social con personas mayores.

Se pudo haber cerrado la intervención por rechazo de la misma, por no haber reunido los requisitos de una ayuda económica e incluso insistir para conseguir la implantación del TAD y SAD y simplemente dejarlo estar; sin embargo, la trabajadora social intuía que **Anselma y su hijo** se sentían atascados y no encontraban soluciones a sus problemas<sup>21</sup>.

En las entrevistas con la trabajadora social expresaban mucha rabia y desesperanza y se mostraban muy desconfiados.

Conseguidos unos mínimos para paliar la situación de riesgo, les propusimos trabajar juntos para evitar que se volvieran a encontrar en esa situación.



El camino que acordamos iniciar con Anselma y Jorge se llama **Relación de Ayuda**.

La Relación de Ayuda es un modelo de intervención en la que, a través de la relación que se estableció entre profesionales de la ayuda (Trabajadora y Educador Social) y las personas a las que se ayuda (Anselma y Jorge), se creó un ámbito seguro donde Anselma y Jorge pudieron explorar cuáles eran sus dificultades, cómo habían llegado hasta ese punto y cómo poner en marcha los recursos personales que les permitieran seguir desarrollando su vida del modo más saludable posible.

La relación de Ayuda es un encuentro entre personas en la que una (el educador social) pone al servicio de Anselma todo su saber para que sea Anselma la que elija que quiere cambiar y en qué sentido.

Parte de nuestro convencimiento (como técnicos/as y personas) de que Anselma y Jorge pueden mejorar y tienen la capacidad de hacerlo.

Nuestra tarea es apoyarles y acompañarles a explorar y poner en juego sus recursos personales para superar los obstáculos.

21. Esto tiene que ver directamente con asumir la perspectiva de la intervención que proponíamos antes.

El vínculo es el cemento de todas las relaciones humana y también de la Relación de Ayuda, y la empatía, la herramienta para construir el vínculo y sostenerlo, aun en los momentos más difíciles de la intervención.

Construir un vínculo con Anselma supuso realizar visitas semanales durante meses, hablar sobre su vida y sobre la mía... conocernos.

Escuchar, escuchar mucho sobre su historia, sus dificultades, sus miedos y sus fortalezas<sup>22</sup>.

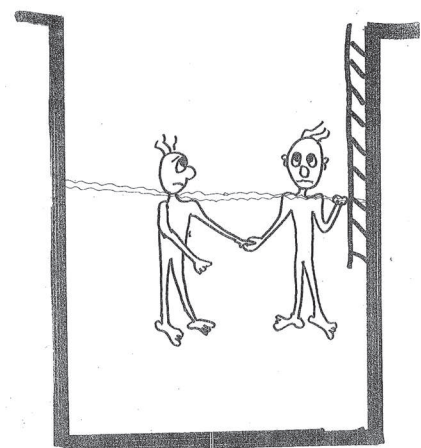
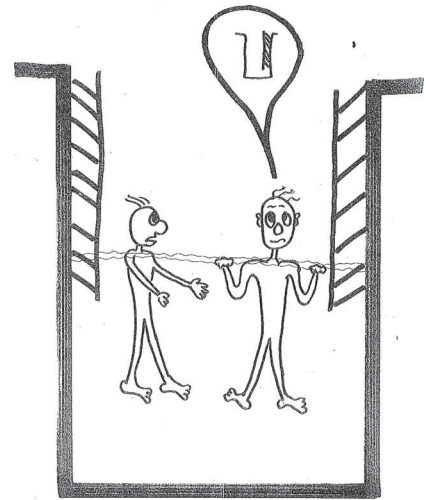
En ocasiones, contener su enfado y su rabia, sostener sus huidas y siempre, dejar abiertas las puertas para seguir avanzando juntos.

En todo ese tiempo entendimos que Anselma, como muchas mujeres de su edad, era superviviente de una guerra y una posguerra durísimas que la hicieron salir bien pronto, demasiado pronto, de su casa a buscarse la vida y que, tras la muerte de su esposo, ella y Jorge habían sobrevivido con una exigua pensión de viudedad, alquilando habitaciones y vendiendo poco a poco su patrimonio hasta agotarlo.

También conocimos a una Anselma coqueta y seductora, deseosa de agradar y con mucha capacidad de salirse con la suya, con sentido del humor y llena de recursos de supervivencia recopilados a lo largo de toda una vida.

Había otra Anselma más: una con dificultades de movilidad, quemada y sin recursos ni fuerzas para seguir luchando por ella y por su hijo y que sentía cómo poco a poco se la iba escapando el tren de la vida y se preocupaba por su futuro y, sobre todo, por el de su hijo.

Su hijo Jorge<sup>23</sup> estaba lleno de rabia y miedo: rabia por no poder hacer nada por su madre y por ser dependiente de ella y sus recursos y miedo a ser cuestionado por otros (¿Qué has hecho con tu vida? ¿eres homosexual?) y a su propio futuro cuando su madre faltase.



22. Como señalábamos, a través de la escucha activa de su historia de vida, exploramos sus mapas emocionales (manejo de sus emociones), cognitivos (ideas, análisis de situaciones) y conductuales (estrategias, herramientas y recursos personales) que le han permitido gestionar su vida y pueden ser de ayuda o dificultar su adaptación a nuevas circunstancias. Es una fase que hay que elaborar sin prisa y que, de hecho, no se cierra en todo el proceso.

23. Su hijo es parte fundamental de su mundo, de hecho, era su familia. Desde este modelo, trabajar con Anselma supone inevitablemente trabajar con su hijo; si es necesario, en procesos de intervención diferenciados.

El vínculo de confianza que poco a poco desarrollamos permitió que aceptase que ella sola no iba a poder salir del atolladero como había hecho hasta entonces e ir definiendo qué ayuda necesitaba para solucionar el presente y preparar el futuro.

Aceptó que los papeleos no eran una intromisión inaceptable ni un síntoma de nuestra desconfianza en su veracidad, sino los trámites inevitables para asegurar la ayuda a quien la necesita.

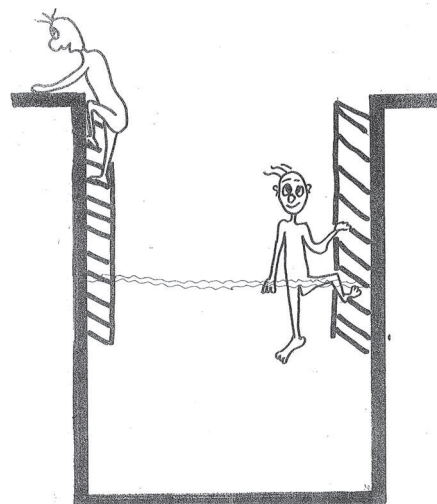
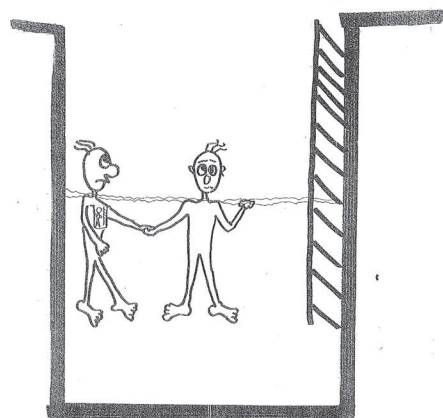
Ayudamos a Jorge a poner en palabras sus dudas y temores y a sentirse aceptado, reconociendo su papel central en el cuidado y bienestar de su madre.

Juntos, despacio, construimos (SAD, TAD, Valoración de Dependencia, Gestiones con suministros, tasas, redes personales y vecinales<sup>24</sup>, hacienda...) la red de recursos necesarios para su bienestar.

Aprendimos a respetar y entender sus tiempos, sus dudas, sus enfados y sus huidas como fruto de toda una historia personal y, a la vez, a cuestionarnos como profesionales y personas<sup>25</sup> en nuestros tiempos y nuestras propias dificultades.

Cuando finalmente entendimos que Anselma y Jorge no solo habían superado sus dificultades, sino que disponían de herramientas y recursos para el futuro, cerramos la intervención con su acuerdo y dejamos las puertas abiertas.

Lamentablemente, poco después se diagnosticó a Jorge una enfermedad en estado terminal y retomamos la intervención para acompañar a Anselma y al propio Jorge en su despedida y, tras el fallecimiento de este, a Anselma en su duelo y en los trámites posteriores.



24. En este caso, la red vecinal de Anselma y Jorge, constituía, sobre todo para Anselma, una familia de elección con la que también hubo que trabajar supervisando, apoyando y facilitando su labor; siempre con el permiso de Anselma.

25. Estamos hablando aquí de las variables propias de la persona que ayuda: Aceptación, Congruencia/Autenticidad y empatía.



**¿Os imagináis cómo hubiese sido la muerte de Jorge para Anselma sin toda esa red de vínculos y recursos de apoyo?**

*Prácticamente hasta su fallecimiento, Anselma, según sus deseos, vivió en su casa, apoyada por sus vecinas, que la visitaban de modo organizado para no sobrecargarse y sabiendo a quién podían acudir en caso de incidencia.*

*Salía a pasear con la auxiliar del SAD<sup>26</sup>, con la que desarrolló un vínculo muy intenso, en su silla de ruedas y siempre se resistió a un servicio de voluntariado de apoyo (¡genio y figura!).*

*Tuvo asegurada su supervivencia y bienestar, retomó el contacto perdido con la familia inglesa<sup>27</sup> de su esposo a raíz de la muerte de su hijo y fue acompañada y cuidada por ellos hasta el final.*

*Su familia estuvo asesorada en todo momento e informada para facilitar el vínculo y la relación con Anselma, tan necesarios para su bienestar.*

*Anselma no se sintió sola y, aunque echaba muchísimo de menos a su hijo cada día, fue capaz de disfrutar de la vida, de su vida; y siempre supo que, si nos necesitaba, podía contar con nuestro apoyo.*

*Poco a poco, el deterioro cognitivo fue disminuyendo las posibilidades de permanecer en el domicilio y desde el equipo de Servicios Sociales adaptamos en lo posible los servicios para apurar su tiempo en casa y, posteriormente, facilitarle el ingreso en residencia y el contacto con sus familiares ingleses, mediando con la institución hasta su fallecimiento pocos días después de cumplir 100 años.*

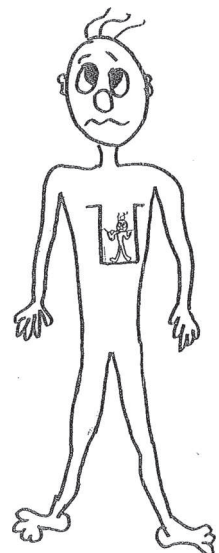
*Y cuando nos retiramos l@s profesionales...*

*Nos vamos heridos por el contacto con el sufrimiento y con nuestras propias dificultades personales.*

*Para ayudarnos, como Anselma, tampoco estamos solos... tenemos a nuestro equipo, porque esta labor contada en primera persona tiene detrás a la primera persona del plural: Nosotros/as.*

*Esto no sería posible sin un equipo en el que cada persona, desde sus competencias y funciones, remamos en la misma dirección, con objetivos, metodologías y prácticas comunes.*

*El equipo nos da espacios de descarga, de supervisión y de aprendizaje comunes y, una vez más, nos ayuda a construir vínculos que nos contengan y sostengan.*



26. En esta última fase, de modo informal porque las normas del servicio no lo contemplaban, la auxiliar del SAD ejerció *de facto* como Gestora del Caso.

27. En esta última fase, de modo informal porque las normas del servicio no lo contemplaban, la auxiliar del SAD ejerció *de facto* como Gestora del Caso.

## 4. Intervención grupal

### 4.1. Intervención grupal con personas que cuidan a personas mayores desde la educación social

En el modelo de la ACP uno de los ámbitos fundamentales de intervención es el grupal.

Lo grupal es una poderosa herramienta de intervención por varias razones:

- ▶ Se llega a mayor cantidad de personas con los mismos recursos.
- ▶ Se realiza un encuentro entre iguales que trasciende la relación clásica de ayuda (todas pueden ayudar y ser ayudadas según el momento) entre profesional/cliente.
- ▶ Se realizan aprendizajes mucho más ricos que en el ámbito individual, al contrastar experiencias personales diferentes.
- ▶ El campo grupal fomenta la creación de redes sociales de apoyo y contención en una situación como el cuidado, que menoscaba gravemente las redes sociales de las personas que cuidan y donde sentirse parte de un grupo de iguales constituye una poderosa herramienta para la salud mental.

Las intervenciones que se realizan con las familias de las personas mayores y sobre todo con aquellas personas que desarrollan tareas de cuidado con personas mayores en situación de dependencia, son especialmente productivas en este ámbito.

Pero desde este modelo, la intervención grupal debe ir más allá de la propia realización del grupo. La actividad grupal es el final de un proceso y no el comienzo; es parte de la intervención con el sistema familiar.

Cada vez que un familiar acude para requerir información, tramitar prestaciones o cualquier otro asunto se abre la puerta de un sistema familiar que podemos evaluar y explorar. La sobrecarga de la persona cuidadora a quien recomendaremos acudir al grupo es el síntoma de una familia al que la gestión del envejecimiento y la de apoyo y cuidado a las personas adultas mayores del sistema está ocasionando dificultades y conflictos.

Desde ese momento comienza un acompañamiento a la persona y la familia en la medida de las posibilidades y de la voluntad de sus miembros para apoyarles en su tarea.

La participación en el grupo y el seguimiento posterior son el colofón a ese primer encuentro, en el que muy probablemente no habrá ninguna demanda de apoyo per-

sonal porque una de las características de las personas cuidadoras con sobrecarga es que no son conscientes de ella o que sitúan en la falta de recursos externos<sup>28</sup> la solución a sus problemas.

Como en la intervención individual, se propone a las personas realizar un camino juntas a través de la experiencia grupal en la que pueda descubrir los motivos de la sobrecarga y desarrollar estrategias y herramientas para afrontar el cuidado de otra persona/s de un modo más saludable.

El grupo no siempre es de interés para todas o simplemente no es su momento.

Hay personas que prueban y por diversas razones abandonan. La voluntad y la oferta de acompañamiento continuará en todo caso por otras vías.

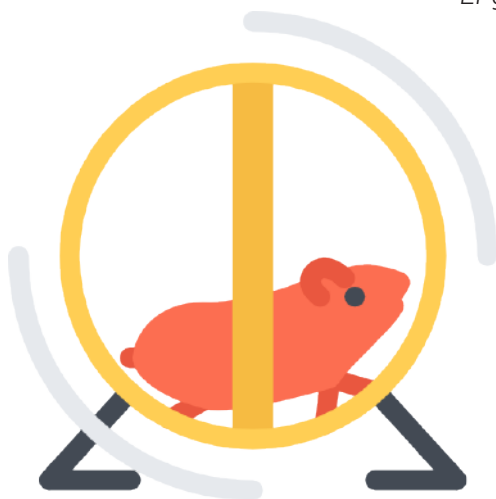
Las personas que participan en el grupo suelen definir su situación como la de atrapamiento en el cuidado. En sus propias palabras se sienten “*como un hámster dando vueltas en la bola*”. El cuidado, sus tareas y, sobre todo, la relación con la persona que cuidan invade todo su espacio vital y les agotan la energía.

A menudo se sienten solas, deprimidas, enfadadas, tristes... Y no se sienten entendidas por su entorno.

El cuidado es una labor muy solitaria y en la mayoría de los casos, las emociones y las situaciones que conlleva no son fáciles de compartir y entender, empezando por la propia persona que cuida.

La tarea fundamental del grupo es ir desenredando la madeja del cuidado y poder revisar juntas todos los aspectos que se ponen en juego, para cambiar y mejorar en lo posible y poder extraer lo que también tiene de bueno cuidar... ¡aunque al principio cuesta!

28. Recordemos cómo las familias desplazan y proyectan sus dificultades con las situaciones de cuidado en la falta de recursos y en el mal funcionamiento de las instituciones. Sin quitar importancia a algo con una evidente base real, es también el síntoma de las resistencias al cambio de los sistemas familiares, poco proclives a modificar el funcionamiento interno que hasta ese momento les ha permitido cumplir sus funciones.



*El grupo que presentamos es psicoeducativo. En este tipo de grupo son los facilitadores los que van presentando temas que se trabajan, con una parte teórica y otra práctica.*

*Como herramienta fundamental utilizamos las Dinámicas de Grupo, un recurso educativo cuya finalidad es que el aprendizaje y la reflexión sean lo más vivenciales posibles.*

*Muchas son juegos o simulaciones de situaciones reales que impulsan y facilitan la reflexión y que facilitan que personas con pocos recursos de aprendizaje puedan trabajar sobre temas, en ocasiones, muy complejos.*

El objetivo es realizar una visita guiada, no por los aspectos más técnicos y formales del grupo, sino por la vivencia que tienen las personas que participan en él a través de aquellas dinámicas que ellos/as mismos/as juzgan como más impactantes en cada momento del grupo.

El trabajo del grupo se organiza sobre tres grandes bloques. El primero se centra en la experiencia del cuidado. Entre todos redefinimos **Qué** es el cuidado, **Quiénes** son las personas que cuidan y **qué** les está ocasionando cuidar del modo en que lo están haciendo hasta ahora.



En la **dinámica del Supercuidador** se enfrentan a la paradoja de, por un lado, ver cómo intentan cuidar del modo mejor posible, pero sin que nadie les haya enseñado, y por el otro, recibir de sí mismas un montón de órdenes sobre cómo deberían ser y no son. Esa experiencia es muy frustrante.

El supercuidador<sup>29</sup> no sufre por ver desaparecer o deteriorarse a un ser querido, está siempre disponible, no se enfada, no se queja, sabe siempre cómo reaccionar, es un modelo para todos... en fin, que no es humano.

La realidad es que el supercuidador no es su modelo, es su enemigo: cada una es una **persona** diferente y deberá cuidar en función de su propia persona. No hay un estándar para el cuidado, cuidar es proveer los recursos necesarios para el bienestar de la persona en situación de dependencia; más allá de ahí no hay nada escrito.

A través de la **dinámica del baile** experimentan cómo el cuidado, más que un conjunto de tareas (que también lo es), es un modo de relacionarse con otra persona, y que esa relación en muchas ocasiones no ha sido elegida por ninguno, no se ha planificado, ni ninguno de los dos sabe qué quiere el otro (en muchas ocasiones no saben qué quiere cada uno).

No son profesionales trabajando, están cuidando a sus padres, madres, parejas o familiares... son relaciones que ya existían y la historia de esa relación está también presente en el cuidado.

De la propia relación es de donde surgen la mayoría de las dificultades en el cuidado. Conocer y manejar

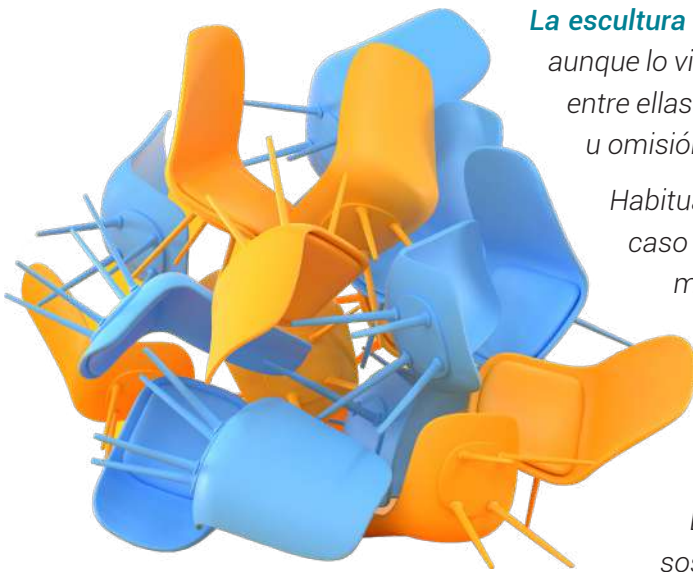


29. En esta demanda interna es donde se ponen en juego los aspectos más estructurales que tienen que ver con el modelo interno del cuidado y las dificultades para desarrollarlo en nuestros días.

los elementos que se ponen en juego en esa relación les va a proporcionar seguridad, sensación de control y motivación de cambio.

En muchas ocasiones no se trata de cambiar la realidad, sino de mirarla e interpretarla de forma diferente.

Examinar en grupo estas cuestiones y ver que no son las únicas personas a las que les pasa ese tipo de cosas, ni son bichos raros, les ayuda a aceptar su propia experiencia como algo propio de su situación y dejar de experimentar su vivencia con culpa.



**La escultura de sillas** ayuda a abrir el foco y ver que el cuidado, aunque lo viven como una experiencia personal o, como mucho, entre ellas y la persona a la que cuidan, en el fondo, por acción u omisión, está implicando a toda la familia<sup>30</sup>.

Habitualmente el cuidado se superpone (sobre todo en el caso mayoritario de las mujeres) sobre otros cuidados, multiplicando exponencialmente la tarea.

En las esculturas pueden examinar las diferencias entre cuidar para la autonomía o cuidar para la dependencia (algo desgraciadamente muy común en las familias y en todas las edades).

Es muy impactante cuando al mover la silla que sostiene la escultura (la suya), todas las sillas caen: El cambio es posible.

Detrás de las dificultades en el cuidado está el proyecto de vida atascado de la persona que cuida.

**La línea de la vida** ayuda a que visualicen el cuidado como lo que es: una circunstancia dolorosa y difícil de su vida; pero no su vida.

Poner en relación el cuidado y sus dificultades con su historia de vida les ayuda a colocarlo en perspectiva y a entender cómo el objetivo es vivir cuidando y no vivir para cuidar<sup>31</sup>.

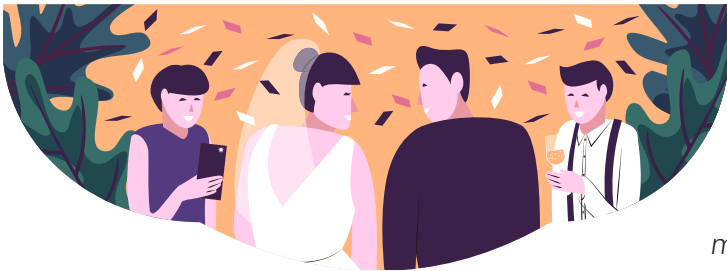
Por último, es fundamental que sientan que si han podido superar momentos muy difíciles en otras ocasiones tienen como mínimo la potencialidad de poder intentarlo. Esto les proporciona autoestima y sensación de ser competentes para poder hacerlo.

El siguiente bloque supone el bloque central del proceso grupal, que se dedica, en primer lugar, a conocerse mejor con trabajo sobre autoconocimiento, autoestima, identidad de género y necesidades personales y el desarrollo de habilidades comunicativas para mejorar su gestión de las relaciones interpersonales.

30. Ahí se pone en juego nuestra afirmación de que el envejecimiento es un proceso individual y un evento familiar.

31. Hablamos aquí directamente de resituar el cuidado dentro del proyecto de vida sin que se convierta en el proyecto de vida. El cuestionamiento de uno de los rasgos fundamentales de la expresión de la identidad de género de las mujeres es evidente, puesto que funciona como introyecto y su incumplimiento produce malestar y culpa.

*El bloque se cierra con el trabajo sobre habilidades sociales, donde ponemos en práctica todo lo experimentado antes.*



*En la dinámica de la **boda en Asturias**, trabajar en situaciones reales en las que proyectar su propia experiencia, resulta muy impactante y aparecen muchas dificultades personales que poder trabajar entre todas y cuestionar lo que en un primer momento parece inmutable.*

El último bloque de trabajo es el momento de encontrarse de nuevo con la otra persona, su pareja de baile.

Para poder llegar hasta aquí y poder ver a la persona a la que cuidan sin ira y sin prejuicios ha sido necesario que sean capaces de verse a ellas mismas y contemplar la relación de cuidado desde otros puntos de vista.



*La dinámica del **paseo de ciego** es el final de un camino que acaba con el reencuentro<sup>32</sup> y la capacidad de ser empáticos con la experiencia de la dependencia y del cuidado desde el punto de vista de la persona a la que se cuida*

*En este último bloque entramos en el desarrollo de situaciones concretas desde sus necesidades: cómo estimular la autonomía, manejarse con la comunicación, entender los difíciles procesos y conductas del deterioro cognitivo...*

*Y, por último, cerrar, de modo que el cierre del camino recorrido juntos abra posibilidades de recorrer nuevos caminos como el grupo de Ayuda Mutua y esté abierto a otros encuentros.*

*Redescubrir gozosamente que esas al principio inabarcables e inacabables 16 semanas ¡se les han hecho cortas!*

*Encontrar nuevos compañeros y compañeras de viaje con los que reír, llorar, hablar y compartir "esas cosas" que les pasan a ellos/as y que les hacen especiales: "los del grupo de apoyo a personas que cuidan".*

*Sentirse capaces de cambiar cosas, de entender lo que les pasa y de disfrutar el cuidado de las personas a las que quieren, aunque les resulte siempre extraordinariamente cansado y a veces, agotador.*

*Y, sobre todo, como todos nosotros/as, no sentir que están solos/as.*

<sup>32</sup> Es el momento de abordar y cuestionar los mecanismos de infantilización y suplantación de roles de los que hablábamos.





## 5. Intervención comunitaria

El ámbito comunitario está cobrando cada vez mayor importancia en relación al desarrollo del paradigma de la Sociedad de los Cuidados.

En un mundo globalizado, atender las necesidades de un segmento de la población únicamente desde un ámbito carece de sentido, del mismo modo que la propuesta del cambio de paradigma en la atención al envejecimiento y la dependencia en esta publicación gira en torno a considerar la intervención con personas mayores como uno más de los ámbitos de la intervención familiar.

La intervención en el medio comunitario es obligada si asumimos que las personas mayores viven y envejecen en un medio en el que están integrados su persona, su red social y su medio físico. Esas dimensiones relacionadas entre sí son parte fundamental del proyecto de vida, de tal forma que las variaciones en cualquiera de ellas afectan necesariamente a todo el sistema.

La situación de aislamiento que produjo el confinamiento ante la pandemia de Covid-19, ha resultado ser un poderoso motor para visualizar la importancia de la red social comunitaria en la salud y el bienestar de toda la población y, especialmente, de las personas mayores, que fueron sometidas a un aislamiento profiláctico de todo contacto social.

Las consecuencias de *proteger*<sup>33</sup> a las personas mayores privándolas del contacto con sus iguales y sus familias han provocado un importante impacto en la salud física y mental, cuyas consecuencias reales podremos medir en el medio y largo plazo.

<sup>33</sup>. Esta estrategia ha sido muy contestada desde múltiples ámbitos de la investigación e intervención en geriatría y gerontología: *proteger la vida a costa de no vivir* ha supuesto un coste en opinión de muchos expertos, *demasiado alto*.

Dentro de las principales propuestas de **ámbito** comunitario, todas aquellas que tienen que ver con el abordaje de la *Soledad no Deseada* y con los aspectos inclusivos desde la interseccionalidad género/edad tanto del espacio urbano como de la interacción social en general como forma de combatir el edadismo, tienen una especial repercusión.

El fenómeno de la **autonegligencia** tiene en muchos casos relación directa con las situaciones de soledad no deseada, bien como consecuencia, bien como factor antecedente y, aunque no está aun suficientemente estudiado, forma parte habitualmente de las situaciones a las que las y los profesionales de la intervención han de enfrentarse en estos casos.

La soledad no deseada como evento personal y fenómeno social tiene mucho que ver con el complejo simbólico del cuidado, puesto que de algún modo rompe con la lógica de la cadena de solidaridad intergeneracional que supone el débito del cuidado, bien por la ausencia de familia, bien por la renuncia de esta a asumir el cuidado.

En esta estructura simbólica *no ser cuidados o cuidadas* al envejecer supone *des-cuidarse*, es decir, no asumir desde el autocuidado aquello que simbólicamente habrían de asumir las personas más jóvenes de la familia y particularmente las hijas.

Esta paradoja se complica cuando aparecen situaciones de dependencia funcional o sobre todo deterioro cognitivo (C. Touza, 2019).

El abordaje de estas situaciones pasará, por tanto, por restituir el cuidado desde lo comunitario y lo institucional de modo que la lógica de la solidaridad intergeneracional se mantenga, aunque *sus formas* cambien.

No hay una definición unánime o de uso común sobre la *soledad no deseada*. Podemos definirla como una experiencia personal con un alto componente subjetivo, intergeneracional y presente en todas las sociedades con características propias que, como recoge la OMS al referirse a este fenómeno:

---

**La soledad no deseada (es) uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud de las personas, y un factor determinante que favorece su entrada en riesgo o situación de dependencia.**

(OMS: WHO/FWC/ALC/15.01)

---

Una buena aproximación al fenómeno sería la que nos proporciona la Comunidad Autónoma de Madrid:

**Muchas personas mayores, independientemente de su situación de convivencia, experimentan sentimientos de soledad no deseada en algún momento de su vida. La soledad no deseada tiene lugar cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de alguna manera. Es el sentimiento o experiencia que surge en la medida que la red de relaciones sociales de una persona es menor o menos satisfactoria de lo que esa persona desearía.**

(CAM 2018)

Los principales objetivos de los programas de intervención en esa área son: Prevenir las situaciones de soledad no deseada entre las personas mayores y el desarrollo a nivel comunitario de:

- **Sensibilización** sobre las personas mayores, sus necesidades y sus aportaciones.
- **Recursos y herramientas** en la comunidad para que pueda cuidar y proteger a las personas mayores que forman parte de ella.
- **Redes de trabajo** y colaboración entre la comunidad y las diversas instituciones y entidades presentes en el territorio.

Estos objetivos parten del *Modelo de Prevención* utilizado mayoritariamente en la intervención socio-comunitaria, mejorado desde el *Modelo de Promoción*:

Gráfico 13

	MOD. PREVENCIÓN	MOD. PROMOCIÓN
<b>Perspectiva</b>	Tradicional	Actual
<b>Referencia</b>	Problema Social	Salud y bienestar
<b>Finalidad</b>	Condiciones generales de bienestar	Aspectos concretos de bienestar
<b>Objetivos</b>	Impedir la aparición, desarrollo y secuelas de un problema o dificultad	Incremento de salud y bienestar en aspectos concretos
<b>Población Diana</b>	Grupos de Riesgo	Población general
<b>Interventores</b>	Profesionales	Profesionales y Miembros de la comunidad
<b>Recursos</b>	S Salud y SSSS	La Comunidad

Fuente: Elaboración Propia

Este modelo mixto se desglosa en tres Niveles de Prevención:

**Prevención Primaria:** intentando evitar la aparición del problema y la situación causante del riesgo. Desde un punto de vista sistémico estaríamos hablando del Macrosistema.

**Prevención Secundaria:** reconociendo individuos o grupos sociales de alto riesgo, y trabajando para evitar la consolidación de las problemáticas que presentan. Correspondería al Mesosistema. *Es el nivel de intervención más puramente comunitario, junto con el espacio de la prevención primaria: entendiendo el espacio donde la persona mayor desarrolla la mayoría de sus actividades (barrio, distrito, pueblo...) como unidad geográfica.*

**Prevención Terciaria:** interviniendo en situaciones y contextos problemáticos ya establecidos, paliando las consecuencias negativas. Es el espacio del microsistema y la intervención con individuos cuando el problema o dificultad ya se ha manifestado. Se correspondería con el nivel de la intervención Social.

Por otra parte, y ligado al estudio y planificación del espacio público como la dimensión espacial de lo comunitario, nace el concepto de *espacio amable e inclusivo para las personas mayores*.

Se entiende como tal el espacio urbano diseñado *también* teniendo en cuenta las necesidades de las personas mayores y su forma de interactuar con los espacios públicos, no solo en cuanto a los desplazamientos (sombras, eliminación de barreras arquitectónicas, señalética<sup>34</sup>, zonas de descanso, tamaño del mobiliario urbano, accesibilidad, etc), sino también facilitando las relaciones interpersonales.

Un espacio urbano así diseñado favorece la interacción social intergeneracional y la creación y desarrollo de redes de apoyo informales.

La tendencia demográfica es que además del incremento del número de personas mayores y de su proporción dentro del total de la población, muchas de esas personas van a vivir solas y probablemente desconectadas (al menos espacialmente) de su red familiar.

Aunque es evidente que habrá personas y situaciones que van a requerir la intervención profesional, no es menos cierto que el entorno comunitario puede ejercer (y de hecho ya lo hace en muchos casos) cuidado y apoyo a las personas mayores que lo habitan; contribuyendo a su bienestar y poniendo en valor aquellas cosas que las personas mayores pueden aun aportar a su vecinos y vecinas.

34. Conjunto de señales para informar de algo, según la RAE. De un modo más amplio se define como «la parte de la ciencia de la comunicación visual que estudia las relaciones funcionales entre los signos de orientación en el espacio y comportamientos de los individuos. La accesibilidad y la orientación en el espacio público es algo de gran importancia para las personas mayores y que, lamentablemente, se suele descuidar.

## 6. El papel de los recursos

Si hablamos de un nuevo paradigma de atención en el que la intervención con personas mayores forma parte de la intervención familiar, los recursos habrán necesariamente de flexibilizarse en su concepto y en su praxis para poder cumplir la función de ayudar a las familias a gestionar el envejecimiento de sus miembros sin sustituirlas.

Por otro lado, la promoción y gestión de los recursos se han de adaptar necesariamente a las necesidades de las personas mayores que vienen cuyas necesidades se orientan más a la gestión del proyecto de vida.

Es necesario que las propias instituciones realicen un proceso de reflexión y adaptación, no puede caer todo en las manos de los y las profesionales. Cuando hablamos de la implantación del modelo de atención centrada en la persona estamos hablando de la implementación tanto de cara a las personas usuarias/clientes como de cara a los y las profesionales que intervienen en la implementación del modelo.

La implantación del modelo ACP requiere de profesionales bien formados, con condiciones laborales dignas y en número suficiente.

Lamentablemente la Atención Centrada en la Persona en algunos casos se está convirtiendo en un eslogan publicitario vacío de contenidos.

Los recursos actuales evolucionan hacia herramientas que, más allá de los objetivos sociosanitarios, permitan y se adapten al desarrollo del proyecto de vida de la persona mayor y, en el caso de las familias que cuidan, que el cuidado forme parte de la dinámica familiar sin que paralice el desarrollo de otras áreas del funcionamiento de las familias y sus necesidades.

**Los recursos de permanencia en el domicilio** han de adaptarse a las necesidades de las personas y familias, permitir y potenciar el vínculo y los profesionales de estos servicios, recibir formación y salarios que permitan salir del círculo de la precariedad a estas profesiones.

Además, es importante facilitar a las familias la contratación directa de profesionales del cuidado acreditados/as profesionalmente, que permita un empleo y una atención domiciliaria de calidad.

La generalización de esta fórmula permitiría a las familias poder configurar los apoyos profesionales en función de sus necesidades y características particulares, siempre supervisadas por los servicios públicos. Esto evitará en parte que sean las personas las que se adapten a las necesidades de la institución en vez que las instituciones se adapten a las necesidades de las personas, una de las premisas básicas del modelo ACP.

La acreditación profesional, junto con el respeto de la normativa en materia laboral y una adecuada supervisión y acompañamiento a la familia, debe ser el eje sobre el que giren el control de la calidad e idoneidad de estas prestaciones monetarias para el cuidado en el entorno familiar y no el hecho de realizar la contratación con empresas acreditadas como hasta ahora, lo que encarece notablemente el coste y finalmente, pone este tipo de servicios fuera del alcance de muchas familias que, en algunos casos, recurren al empleo precario en la economía sumergida o las empuja hacia la atención residencial cuando los recursos públicos son insuficientes o no se adaptan a sus necesidades.

La ayuda a domicilio y los Centros de día (preventivos y especializados) continuarán siendo los pilares de este tipo de recursos, pero probablemente incorporando criterios de mayor flexibilidad y un funcionamiento más cercano a la vida cotidiana de sus personas usuarias y de las necesidades de sus familias.

En el caso de la Ayuda a domicilio, incorporando de forma decidida los servicios en fin de semana y adaptándose a la flexibilidad horaria del mundo laboral actual que no responde a los estándares clásicos del trabajo en turnos de mañana de lunes a viernes, e incluyendo servicios auxiliares como la fisioterapia, la podología y la terapia ocupacional como parte de la cartera habitual de servicios en función de las necesidades concretas de cada caso. La teleasistencia poco a poco irá incorporando las novedades del mundo de la domótica.

**El mundo de la atención residencial** poco a poco ya está emprendiendo la senda de los cambios. Durante el desarrollo de los webinars se habló de la necesidad de revisar el modelo de atención residencial y de las diversas propuestas desde lo público en ese sentido, partiendo de la agenda 2030.

En la fecha en que se escriben estas letras el acuerdo entre gobierno central y CC.AA. ya es una realidad y a partir de ahora habrá que ver cómo se van sustanciando e implementando las diversas propuestas.

Los cambios que pasarán necesariamente por unidades de convivencia diversas (pisos tutelados y asistidos, mini-residencias en el ámbito rural) centradas en el desarrollo del proyecto de vida más que en la atención sociosanitaria. El modelo de las comunidades de vida y el cohousing se irán haciendo cada vez más habituales, pero conviviendo con residencias del modelo actual y buscando fórmulas que permitan la creación de empleo dentro de las propias comunidades.

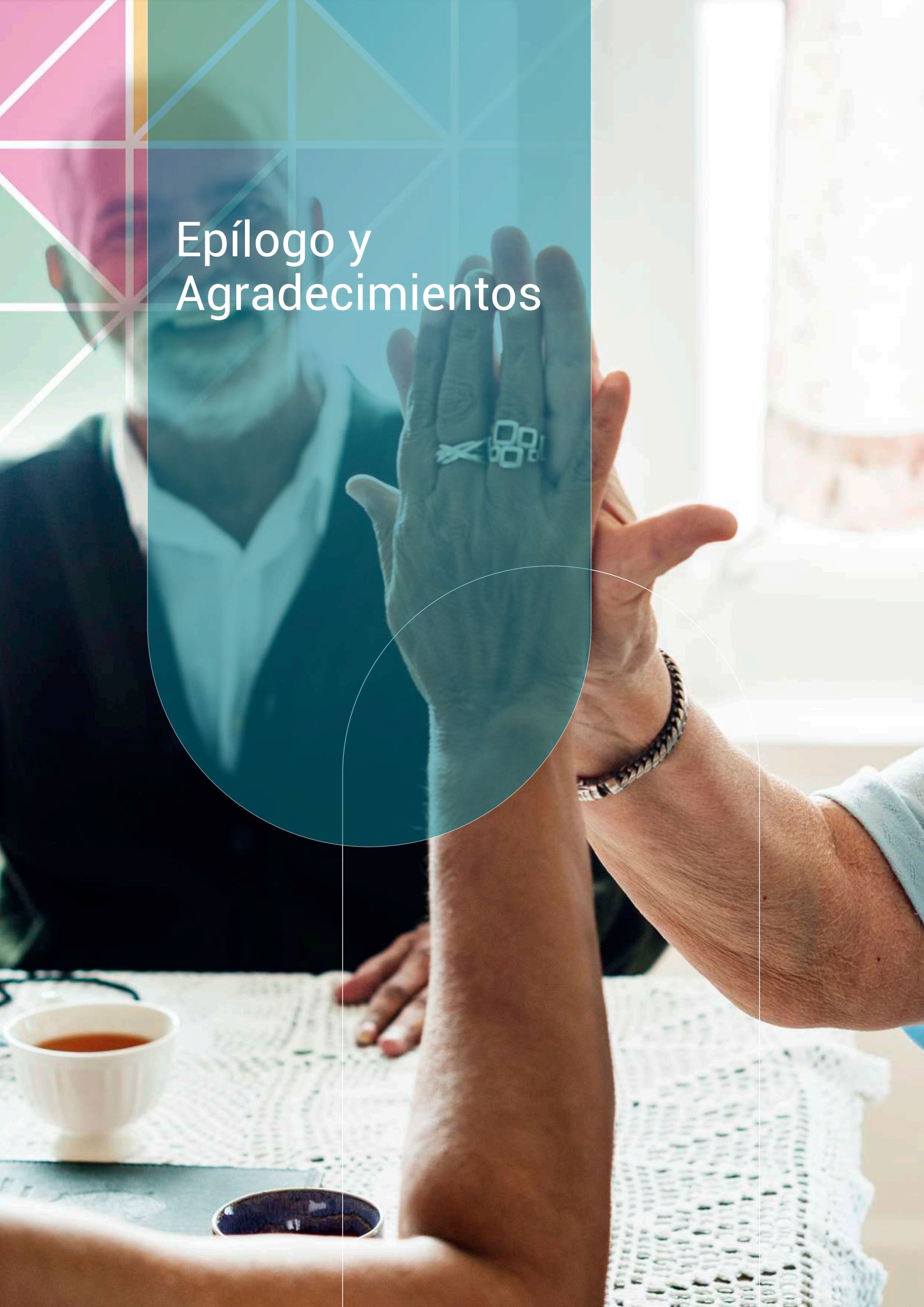
Ante nosotros, las personas mayores del mañana, se abre un horizonte de cambios en el que todos y todas debemos de tomar parte activa, porque no estamos hablando de nuestros padres, hablamos de nuestro mañana.

**Los recursos profesionales.** La evolución de los recursos va a requerir de nuevos perfiles profesionales que trabajen desde un modelo de atención centrado en las



personas, su proyecto de vida y el proceso de acompañamiento a personas y familias. Estos nuevos perfiles desbordan el modelo tradicional burocratizado y centrado en las prestaciones y la gestión: educación social con personas mayores, psicoterapia con personas mayores, mediación con personas mayores.

En este modelo, **la coordinación entre profesionales** va a ser uno de los elementos básicos de desarrollo. Iremos hacia un nuevo modelo de coordinación sociosanitaria con encuentros entre profesiones de forma no delegada, para trabajar de forma conjunta los abordajes y teniendo en cuenta a *todos los y las profesionales* desde el modelo de gestión de casos.



# Epílogo y Agradecimientos

Llegado el momento de cerrar estas páginas, que no son sino, como mencionábamos en el prólogo, la compilación ordenada de las ideas expuestas en los cuatro webinars realizados, es el momento de exponer algunas reflexiones sobre la experiencia y de agradecer los apoyos y ayudas en el proceso.

En primer lugar, destacar el interés suscitado por la iniciativa y su buena acogida tanto en la participación en los webinars como posteriormente en su visionado en redes, reflejo, en nuestra opinión, de la abrumadora cantidad de preguntas e incertidumbres que se abren ante los y las profesionales de la intervención social con personas mayores al pensar en el futuro.

En segundo lugar, desde UNAF creemos firmemente que, tras la tragedia colectiva que ha supuesto la pandemia, es momento oportuno para abrir el debate sobre, en palabras de Belén Espinella, el *pacto social con la vejez* y un nuevo modelo de cuidados sostenible e igualitario.

Ese nuevo pacto no se va a poder edificar sobre la lógica del modelo actual de intervención y necesariamente ha de incluir a las familias como eje vertebrador, facilitando un *nuevo pacto familiar con la vejez*.

El modelo de la familia nuclear de la segunda mitad del siglo XX resulta obsoleto para lidiar con los retos de futuro y se impone un modelo de *familias extensas y diversas* basados sobre pactos intergeneracionales.

Superar el edadismo en nuestra sociedad va a suponer que las personas mayores sean reivindicadas como *miembros valiosos y activos de sus familias* por sus familiares y, por extensión, por la sociedad en su conjunto.

Esperamos que las reflexiones expuestas en estas páginas sirvan de acicate tanto desde el acuerdo como desde la discrepancia para estimular y promover el debate.

Como autor del texto, quiero agradecer al equipo de UNAF: administración, comunicación y dirección, las facilidades y el impulso para poner en marcha esta iniciativa y compartir una visión común del camino a seguir.

A Cruz González por la paciencia y ayuda en las correcciones y revisiones del texto.

Al equipo de mediación de UNAF, maestros y profesores en el arte de la mediación, por soportar mi persistencia en llevarlo todo *a mi campo*.

A Carmen Sánchez Moro, que siempre me ha abierto puertas a nuevos caminos y, muy especialmente y de todo corazón, a todas las personas mayores que me han permitido acompañarlas a lo largo de estos 30 años de contacto diario y cotidiano en su camino, en muchos casos hasta el último escalón. Me siento un hombre muy afortunado.

A todos y todas, gracias.





A photograph of a person's hands holding a thick, cream-colored book. The person is wearing a white long-sleeved shirt. A teal semi-transparent overlay covers the upper portion of the image, featuring a white geometric grid pattern. The word 'BIBLIOGRAFÍA' is written in white, uppercase letters within this teal area. A thin white vertical line runs down the center of the page, and a thin white circular line is partially visible on the right side.

# BIBLIOGRAFÍA

## PRIMERA PARTE

**Ballesteros, Isolina.** Éxodo rural, migración e inmigración en el cine español. En: *Hispanófila* 177 (2016): 249-261. <https://muse.jhu.edu/article/643135/pdf>

**Esteve, Albert; Blanes, Amand y Domingo, Andreu.** *Consecuencias demográficas de la COVID-19 en España: entre la novedad excepcional y la reincidencia estructural* En: Panorama SOCIAL Número 33. primer semestre. (2021): 9-23 <https://www.funcas.es/articulos/consecuencias-demograficas-de-la-covid-19-en-espana-entre-la-novedad-excepcional-y-la-reincidencia-estructural/>

**Carreras, Albert y Tafunell, Xabier (Coords)** *Estadísticas históricas de España S. XIX y XX* Fundación BBVA, 2005. [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE\\_2006\\_estadisticas\\_historicas.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2006_estadisticas_historicas.pdf)

**Bárcena, Carmen; Iglesias, Jose A.; Galán M<sup>a</sup> Isabel y Abella, Víctor** *Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado.* En: Rev. Enfermería CyL Vol 1 - N<sup>o</sup> 1 (2009): 46-52.

**Dubert, Isidro.** *Vejez y envejecimiento poblacional en España, siglos XVIII-XX. Fases, distribución espacial e importancia socio familiar.* En: SEMATA, Ciencias Sociales e Humanidades, vol. 18 (2006): 89-120. [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4557/pg\\_089-120\\_semata18.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4557/pg_089-120_semata18.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**De la Fuente Anuncibay, Raquel, et Al.** *Funciones que desempeñan los abuelos.* En: International Journal of Developmental and Educational Psychology 2, no. 1 (2010):625-633. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325065>

**Cucco, Mirtha** *Hombres y mujeres, ¿solo un problema de rosa y azul? La formación del sujeto que somos. Capitalismo, relaciones sociales y vida cotidiana* En: Revista Sexología y Sociedad. 2013; 19(2):149-171. <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/194/279>

**Pérez, Julio et Al.** *Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos.* Madrid, Informes Envejecimiento en red n<sup>o</sup> 22, 38p. (2019). [https://www.researchgate.net/publication/331555552\\_Un\\_perfil\\_de\\_las\\_personas\\_mayores\\_en\\_Espana\\_2019\\_Indicadores\\_estadisticos\\_basicos\\_Madrid\\_Informes\\_Envejecimiento\\_en\\_red\\_n\\_22\\_38p\\_Fecha\\_de\\_publicacion\\_06032019](https://www.researchgate.net/publication/331555552_Un_perfil_de_las_personas_mayores_en_Espana_2019_Indicadores_estadisticos_basicos_Madrid_Informes_Envejecimiento_en_red_n_22_38p_Fecha_de_publicacion_06032019)

**Sancho, Mayte; Yanguas, Javier; del Barrio, Elena** *Personas que envejecen en el S XXI Nuevas realidades.* Obra Social "la Caixa". [https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/671747/personas\\_que\\_envejecen\\_en\\_el\\_siglo\\_xxi\\_es.pdf/9f4e085c-3d5d-49ef-a314-4a0a7cdb7630](https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/671747/personas_que_envejecen_en_el_siglo_xxi_es.pdf/9f4e085c-3d5d-49ef-a314-4a0a7cdb7630)

**Consejo Estatal de PP MM.** (2018). *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021*. Madrid. IMSERSO <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/12/Estrateg-Nacde-PM-2018-Imsero.pdf>

**Oddone, María Julieta.** "Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo". Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 4. (2013) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>

**Pinazo, Sacramento.** *Estereotipos de las personas mayores. ¿Qué significa ser mayor?* En: *Las Personas Mayores en el umbral del Siglo XXI. V Jornadas Mitos y realidades de las personas mayores*. Bilbao. Hartu Emanaz. (2004): 7-23 <https://www.hartuemanak.org/wp-content/uploads/2015/11/Publicacion5.pdf>

**IMSERSO** (2011) *Libro Blanco del envejecimiento Activo*. [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)

**OMS.** *Envejecimiento Activo. Un marco político*. (2002). [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)

**Rodríguez Cabrero R, Rodríguez P. (et al)** *Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social*. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº 1, 2013. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/las-personas-mayores-que-vienen-autonomia-solidaridad-y-participacion-social-2013/>

**UNFPA, Help Age** (2012) - *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Nueva York y Help Age International, Londres. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf)

**Ramos, M; Cuadros, R. Bermejo, L. Goyenechea, J. Montesino, M; et Al.** (2021) *Piedras sobre nuestro tejado. Seis reflexiones críticas sobre cómo abordar el envejecimiento*. Santander. Ed UNATE Col. Palabras Mayores

**Freixas, Anna, Luque, Bárbara, Reino, Amalia.** *El Ciclo Vital revisado: Las vidas de las Mujeres Mayores a la luz de los Cambios Sociales*. En: *Recerca, revista de Pensament i Anàlisi*. Nº 9 (2009): 59-80. <https://www.e-revistas.uji.es/index.php/recerca/article/view/150>

**Freixas, Anna** *Envejecimiento y Género. Otras perspectivas necesarias*. En: *Anuario de Psicología* Nº 73 (1997): 31-42. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61351>

**Maquieira, V. (comp)** *Mujeres Mayores en el siglo XXI. De la Invisibilidad al protagonismo*, Madrid IMSERSO 2002. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/maquieira-mujeres-01.pdf>



**Ramos, Mónica.** (2017) *Envejecer siendo mujer. Dificultades, oportunidades y retos.* Barcelona. Ed. Bellaterra.

**Gimeno, Beatriz.** *Vejez y orientación sexual.* Fundación 26Diciembre [www.fundacion26d.org](http://www.fundacion26d.org). (2014). <https://beatrizgimeno.files.wordpress.com/2009/09/informe-mayores-lgtb1.pdf>

**Nuñez, M Gloria** *Evolución de la situación laboral de las mujeres en España durante la Segunda república 1931-1936* En: Cuadernos de relaciones laborales N°3 Ed Complutense Madrid (1993): 13-31 <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA9393220013A/32659>

## SEGUNDA PARTE

**Ana Claver** (redacción). *Informe Una Agenda 2030 transformadora para las personas y el planeta: Propuestas para la acción política*, Futuro en Común, Grupo ejecutivo: Coordinadora de ONG para el desarrollo de España, Ecodes, Educo, Oxfam Intermon, UNICEF Comité Español, WWF, Cáritas Española. (2018). <https://www.miteco.gob.es/es/ceneam/recursos/pag-web/agenda2030-transformadora.aspx>

**VVAA.** *Análisis de los Servicios Sociales. Las personas atendidas y la perspectiva autonómica.* European Anti-Poverty Network, EAPN. (2021) <https://www.eapn.es/publicaciones/487/analisis-de-los-servicios-sociales-las-personas-atendidas-y-la-perspectiva-autonomica>

**Gob España.** *Estrategia De Desarrollo Sostenible 2030 Un Proyecto De País Para Hacer Realidad La Agenda 2030.* <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf>

**Pozo, Maite.** *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.* En: <https://blogciudades.imserso.es/la-red-de-ciudades-y-comunidades-amigables-con-las-personas-mayores-en-el-marco-de-la-agenda-2030-y-la-decada-del-envejecimiento-saludable-2021-2013/>

**López, Sandra** *El tsunami que viene: la economía de los cuidados.* El PAIS (2022) <https://elpais.com/economia/negocios/2022-01-09/el-tsunami-que-viene-la-economia-de-los-cuidados.html>

**Duran, Mª Ángeles y García, Susana.** *Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania.* En: Boletín Sobre Envejecimiento. N° 16. IMSERSO (2005) <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm16.pdf>

**Ortega, Eduardo.** *El futuro de los cuidados a mayores, pasa por primar la calidad, la colaboración público-privada e innovar.* El Español 11.02.2021.

[https://www.elespanol.com/invertia/20210211/cuidados-mayores-reforzar-colaboracion-publico-privada-impulsar-formulas/558194540\\_0.html](https://www.elespanol.com/invertia/20210211/cuidados-mayores-reforzar-colaboracion-publico-privada-impulsar-formulas/558194540_0.html)

**R.R** *La ayuda a domicilio y la teleasistencia marcan el futuro del cuidado de los mayores.* La Razón. 3.10.2021.

<https://www.larazon.es/salud/20211003/t63a4eoqqnc37as3w5hzu2dwiw.html>

**Huete, Agustín; Morales, Noelia y Chaverri, Alexander. (2020)** *Identificación y análisis de retos para la reforma del SAAD.* Fund. CASER. Madrid. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/6345>

**Consejo Económico y Social** *Informe: el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.* Madrid 2021

<https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

**Blanco, Agustín; Chueca, Antonio; López-Ruiz, José A. y Mora, Sebastián** (Coord.) *Informe España 2021.* Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro; Madrid: Universidad Pontificia Comillas (2021).

[https://blogs.comillas.edu/informeespana/wp-content/uploads/sites/93/2021/11/Informe\\_Espa%C3%B1a\\_2021\\_Completo.pdf](https://blogs.comillas.edu/informeespana/wp-content/uploads/sites/93/2021/11/Informe_Espa%C3%B1a_2021_Completo.pdf)

**Rosa María Belda Moreno (coordinadora)** *Hacia una sociedad que cuida.* Revista de estudios Sociales y Sociología aplicada. Nº 187 (2018). CARITAS.

<https://www.caritas.es/main-files/uploads/2019/01/Doc-Social-187.pdf>

**Esquivel, Valeria.** *El cuidado: de concepto analítico a agenda política.* Nueva Sociedad. Nº 156 (2015): 63-74. WWW.nuso.org

[https://www.researchgate.net/publication/275886471\\_El\\_cuidado\\_de\\_concepto\\_analitico\\_a\\_agenda\\_politica](https://www.researchgate.net/publication/275886471_El_cuidado_de_concepto_analitico_a_agenda_politica)

**Vidal, Fernando** *El valor de la familia en la Sociedad de los cuidados. Lección Inaugural del Curso Académico 2016–2017 de la Universidad Pontificia Comillas.* (2016)

[https://www.comillas.edu/images/Documentos/Leccion\\_Inaugural\\_2016-2017\\_DE-FINITIVA.pdf](https://www.comillas.edu/images/Documentos/Leccion_Inaugural_2016-2017_DE-FINITIVA.pdf)

## TERCERA PARTE

**Comas-D'Argemir, Dolors**, *El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados*. En: Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia, 22(2), Barcelona: ICA, (2017) 17-32

[https://www.researchgate.net/publication/322317188\\_El\\_don\\_y\\_la\\_reciprocidad\\_tienen\\_genero\\_las\\_bases\\_morales\\_de\\_los\\_cuidados\\_Gender\\_in\\_the\\_gift\\_and\\_reciprocity\\_the\\_moral\\_bases\\_of\\_care](https://www.researchgate.net/publication/322317188_El_don_y_la_reciprocidad_tienen_genero_las_bases_morales_de_los_cuidados_Gender_in_the_gift_and_reciprocity_the_moral_bases_of_care)

**Comas-D'Argemir, Dolors**. *Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados*. En: Cuadernos de Antropología Social /49 (2019): 13-29 [https://www.researchgate.net/publication/333990079\\_Cuidados\\_y\\_derechos\\_El\\_avance\\_hacia\\_la\\_democratizacion\\_de\\_los\\_cuidados](https://www.researchgate.net/publication/333990079_Cuidados_y_derechos_El_avance_hacia_la_democratizacion_de_los_cuidados)

**Comas-D'Argemir, Dolors y Soronellas-Masdeu, Montserrat** *Envejecimiento, dependencia y cuidados. Retos sociales y retos asistenciales*. En Arxiu d'Etnografia de Catalunya, n.º 22 (2021): 5-18 <https://revistes.urv.cat/index.php/aec/article/view/3102/3091>

**Bernal, T et Al.** (2019). *Guía: Adultos Mayores y Mediación*. Fundación ATYME y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid. <https://atymediacion.es/sites/default/files/2019-04/Gu%C3%ADa%20Adultos%20Mayores%20y%20Mediaci%C3%B3n%20Fundaci%C3%B3n%20ATYME.pdf>

**Cerezo, S.** *Mediación familiar e intergeneracional en la atención domiciliar a Personas en situación de dependencia y sus familias*. Documentos de Trabajo Social nº52 (pp 133-165). Universidad de Palma. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703056>

**Munuera, Pilar** (2006). *Mediación en situaciones de dependencia: Conceptos claves y marco jurídico relevante*. En Revista Acción e Investigación Social (Pp 1-30). Madrid <https://eprints.ucm.es/id/eprint/5669/>

**Espiniella, Belen** (2021). *La mediación intergeneracional con personas mayores. Un estudio exploratorio*. UNAF. Madrid <https://unaf.org/la-mediacion-intergeneracional-con-personas-mayores-una-herramienta-para-gestionar-la-dependencia-en-el-ambito-familiar/>

## CUARTA PARTE

**Bengoetxea, Edurne.** *Profesional de referencia y gestión de casos desde la experiencia del proyecto Etxean Ondo. La visión de los S Sociales.*

[https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro\\_MA\\_Eguren.pdf](https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Eguren.pdf)

**Touza, C.** *Análisis de la autonegligencia en las personas mayores.* En: Trabajo Social Hoy, N°87, (2019):73-84. <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/231/analisis-de-la-autonegligencia-en-las-personas-mayores>.

**Pinazo, Sacramento y Bellegarde, Mónica** (2018) *La soledad de las personas mayores Conceptualización, valoración e intervención.* Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 5. Madrid

<https://www.fundacionpilares.org/publicacion/la-soledad-de-las-personas-mayores-conceptualizacion-valoracion-e-intervencion/>

**IMSERSO** *Iniciativas amigables con las personas mayores en el ámbito municipal durante la crisis sanitaria y confinamiento por covid-19* En: Newsletter monográfica n 33. 2020

[https://ciudadesamigables.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/newsletter\\_n33\\_2020.pdf](https://ciudadesamigables.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/newsletter_n33_2020.pdf)

**Comisión Europea.** *Libro verde sobre el envejecimiento.* Bruselas 2021

[https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com\\_2021\\_50\\_f1\\_green\\_paper\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com_2021_50_f1_green_paper_es.pdf)

**Domínguez, Francisco Javier.** *Actuaciones preventivas en contextos comunitarios: una oportunidad, ¿necesidad?, para el trabajo social con enfoque comunitario.* Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 9 (2001): 135-168 <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5711>

**Escuder, Sonia** (2108) *El abordaje de Trabajo Social sanitario ante la soledad no deseada en la gente mayor en el ámbito de Atención Primaria.* Universitat Oberta de Catalunya. Trabajo de fin de master de Trabajo Social Sanitario. <https://1library.co/document/dzxp7ny-abordaje-trabajo-sanitario-soledad-deseada-ambito-atencion-primaria.html>

**Yanguas, Javier.** (2018) *La soledad en las personas mayores: prevalencia, características y estrategias de afrontamiento.* Fundación La Caixa. <https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/1477443/soledad-personas-mayores.pdf>

**Martínez, Teresa.** (2011): *La Atención gerontológica centrada en la persona.* Vitoria-Gasteiz: Documentos de bienestar Social 76, Servicio de Publicaciones del Go-

bierno Vasco. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>

**Bermejo, J. Carlos.** (1998): *Apuntes de relación de ayuda*. Cantabria: Sal Terrae.

**Bermejo, J. Carlos. Y Martínez, A.** (1998): *Relación de ayuda, acción social y marginación. Material de trabajo*. Cantabria: Sal Terrae.

**Sancho, Maite y Martínez, Teresa** (2021) *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*. Instituto MATIA.

<https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/revision-internacional-de-modos-de-atencion-residencial-para-personas-mayores-parte>

**Sancho, M., Yanguas, J., Del Barrio, E., Herranz, D. y Diaz, U.** (2012) *Envejecimiento vivienda y entorno. Informe de la investigación cualitativa*. Instituto MATIA y Consejería de Empleo y Asuntos Sociales Gob. Vasco. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/envejecimiento-vivienda-y-entorno-informe-de-la-investigacion-cualitativa>







C/ Alberto Aguilera, 3 - 1º izda. 28015 - Madrid

Tfnos: 91.446.31.62/50 - Fax: 91.445.90.24

[unaf@unaf.org](mailto:unaf@unaf.org)

[www.unaf.org](http://www.unaf.org)



DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Trabajamos por el bienestar de las familias

