

MEMORIA DE DIFUSIÓN

Estudio, difusión de las necesidades y demandas y, formación de las mujeres mayores cuidadoras y la sociedad en general sobre la corresponsabilidad en los cuidados de personas mayores que residen en su domicilio

101 / 2021 / 261 / 2 / R

PERIODO DE EJECUCIÓN: 01/01/2022 AL 31/12/2022

Con el apoyo de





1 Índice

2	Introducción	3
3	Breve estado del arte	9
4	Metodología.....	17
5	Resultados principales	20
6	Algunas conclusiones	28
7	Bibliografía	29

2 Introducción

El aumento de la esperanza de vida que se está experimentando a nivel mundial y el consecuente proceso de envejecimiento que se está produciendo se debe, entre otras cosas, a la mejora de las políticas y prácticas sociosanitarias. Prueba de ello es que la edad de la población ha aumentado en el mundo durante las últimas décadas. Según World Bank Data (2022), el 9,321% de la población mundial total corresponde a personas mayores de 65 años, lo que indica un aumento del 3,069% con respecto al año 1990. Este aumento de la edad es diferente en función del sexo. Así, las mujeres mayores de 65 años representan el 11% de la población mundial, mientras que el porcentaje de hombres de la misma edad es del 9%. En otras palabras, la esperanza de vida a nivel global ha supuesto un revulsivo en las últimas décadas, aumentado de manera significativa entre las mujeres mayores de 65 años, en comparación a sus coetáneos. A esto apuntan las proyecciones poblacionales globales, que han estimado una mayor esperanza de vida mundial para 2050, donde se espera que dos tercios de la población tenga más de 60 años en países de bajos y de ingresos medios (OMS, 2021a).

En el caso de España, por ejemplo, si se presta atención a los últimos datos de las pirámides de población diferenciados por sexo ([INE, 2022](#)), es a partir de los 50 años cuando aumenta el número de mujeres en comparación a los hombres y, en general, el porcentaje de mujeres es mayor a medida que se envejece. Es precisamente a partir de los 65 años cuando el número de mujeres supera al de hombres de la misma edad y continúa en aumento cuanto mayor es la edad de las mujeres. En suma, la esperanza de vida que se está experimentando en nuestro país, muestra que las mujeres son más longevas, pero también se incrementan en ellas las probabilidades de que lo hagan con alguna discapacidad a medida que alcanzan edades más avanzadas.

Todo esto se suma a que la pandemia ha puesto en evidencia la gravedad de las brechas existentes en políticas, sistemas y servicios, donde es necesario considerar desafíos para afrontar de manera adecuada el cambio demográfico, manteniendo a su vez el bienestar, la calidad de vida y el envejecimiento activo y saludable.

De esta forma, el actual cambio demográfico requiere afrontar una serie de desafíos relacionados con las políticas, sistemas y servicios existentes que permitan mantener el bienestar, la calidad de vida y un envejecimiento activo y saludable en especial, de las personas que requieren de apoyos en los cuidados de larga duración y de las que aportan estos cuidados. Además, el impacto de la COVID19 en los cuidados ha puesto en evidencia la gravedad de las brechas existentes en políticas, sistemas y servicios, donde es necesario considerar desafíos para afrontar de manera adecuada el cambio demográfico, manteniendo a su vez, el bienestar, la calidad de vida y el envejecimiento activo, en especial, de las personas que requieren de apoyos en los cuidados de larga duración y de las que aportan estos cuidados, lo que indudablemente, afecta a **las mujeres familiares, ya que ellas son y siguen siendo las que más cuidan de las personas¹**.

Para hacerlo, la OMS ha declarado "La Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030)" (OMS, 2021b) con el fin de que, en todos los países y desde los diferentes actores sociales, se pueda avanzar en la **promoción de la capacidad funcional, que es el atributo principal que hace posible el bienestar en la vejez al permitir a las personas mayores "ser y hacer lo es importante para ellas [...]** y garantizar que *puedan desarrollar su potencial con dignidad e igualdad y en un entorno saludable [...]*".

¹ Véase algunas publicaciones en este sentido, por ejemplo y entre otras recientes: Agulló Tomás, M. S., Zorrilla Muñoz, V., & Gómez García, M. V. P. (2019). *Aproximación socioespacial al envejecimiento y a los programas para cuidadoras/es de mayores*.

Las áreas de acción a desarrollar que ha propuesto la OMS, en coherencia también con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se centran en cuatro pilares:

- 1) **Cambiar la forma de pensar y luchar contra el edadismo**, de manera que se eliminen o, al menos, se reduzcan conductas negativas, percepciones, prejuicios y estigmas con efectos negativos en el bienestar y la salud de las personas mayores. Y se sugieren acciones como:
 - Fomentar la investigación
 - Desarrollo de campañas de sensibilización
 - Fomentar las relaciones intergeneracionales
 - Diseño y desarrollo de programas de formación.

- 2) **Insistir en el trabajo comunitario desde la asunción de que las comunidades fomentan las capacidades de las personas**. Para lograr ambientes amigables con las personas mayores y promover oportunidades inclusivas libres de barreras físicas y sociales. Entre las acciones a desarrollar se proponen:
 - El abordaje de los determinantes sociales de la salud, mediante la educación a lo largo de la vida, favorecer actividades con sentido para las personas, el voluntariado, el apoyo a las familias cuidadoras.
 - La lucha contra la soledad.
 - La formación a todos los niveles y en todos los ámbitos.

- 3) **La atención integral y centrada en la persona**, partiendo de que las personas mayores tienen derecho a acceder, sin discriminaciones, a unos servicios de salud de calidad desde la prevención hasta los cuidados terminales y a unos servicios sociales de apoyo y cuidados integrales basados en la comunidad. Para hacer efectivo este modelo es necesario que siempre se cuente con la participación real y efectiva de las propias personas y el resto de las agentes, para lo que se recomienda adoptar la metodología de **gestión de**

casos. En las acciones que emprender para esa transformación de los servicios deben tenerse en cuenta las siguientes premisas:

- Que se prevean los procedimientos que garantizan la participación de las personas mayores en todos los planes y procesos de su atención.
- Que en todas las actuaciones se especifique cómo promover el ejercicio de sus derechos y combatir el edadismo.
- Tener en cuenta el enfoque de transversalidad en el diseño de las políticas, servicios y programas la participación de todos los sectores públicos y privados.
- Velar por la implementación de tecnologías diseñadas desde el respeto de los principios de la AICP.
- Acompañar estas acciones de potentes programas de formación.

4) **Proporcionar atención a las situaciones de cronicidad** mediante la adecuación de los servicios de salud y sociales y establecer sistemas de coordinación entre los mismos para ofrecer una **atención integrada sociosanitaria** que facilite la permanencia en el domicilio y evite institucionalizaciones, dando apoyo también a las familias cuidadoras. Entre las acciones a desarrollar para hacer posible este logro, la OMS propone:

- Avanzar en la coproducción de servicios mediante la participación y generación de sinergias entre las personas mayores, sus cuidadoras y cuidadores, los proveedores de servicios, las asociaciones y ONG, el voluntariado, el sector privado y la comunidad.
- Apoyar cambios de modelo de cuidados basados en la AICP y centrados en la comunidad.
- Formación a los equipos profesionales del ámbito de la salud y de los servicios sociales.

En línea con lo expuesto anteriormente, cabe destacar que la finalidad de la Fundación Pilares, tal cual reflejan sus estatutos, es la defensa de la igualdad de

todas las personas y de la dignidad de la vida humana mediante la promoción de la autonomía personal, la participación social, el ejercicio de derechos, la calidad de la atención cuando ésta se requiere y el incremento de la calidad de vida de personas y grupos que se encuentren en riesgo o en situaciones de discriminación, carencia, fragilidad, discapacidad, dependencia, marginalidad, o conflictos personales. A partir de sus fines específicos y de su trayectoria institucional, técnica y operativa, la fundación ostenta a fecha de hoy una notable capacidad para generar conocimiento e innovación sobre una cuestión tan central en su cuerpo de especialidades, como son los procesos sociales, el sistema organizativo y conceptual de los recursos y sus efectos en toda la población a la que se dirigen, entre otras, y de forma muy mayoritaria, las personas mayores.

A su vez, desde la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, se vienen desarrollando determinados programas dirigidos a las personas mayores y a sus familias cuidadoras, entre ellos, el denominado "CUIDAMOS CONTIGO", aplicado en las CC.AA. de Madrid y de la Comunitat Valenciana que han generado evidencias acerca de las carencias y dificultades de la manera tradicional de entender el cuidado tal como están diseñados **los recursos públicos existentes** para que las personas mayores en situación de dependencia puedan permanecer en sus domicilios, en especial porque **carecen de la flexibilidad necesaria para adaptarse a la heterogeneidad de los casos que se atienden**, además de que en escasas ocasiones responden a los deseos y proyectos vitales de las personas que requieren apoyos. Tal es el caso, por ejemplo, de los Servicios de Ayuda a Domicilio (con horarios limitados, insuficiencia de recursos humanos y escasez de formación), los centros de día, el servicio de Teleasistencia y determinadas ayudas económicas específicas (prestaciones de la ley de promoción de la autonomía personal, ayudas para adaptaciones de la vivienda...) que no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de las personas de manera contextualizada a cada situación. **La atención arrastra en ocasiones, una lógica de la intervención centrada en los recursos de carácter asistencial en lugar de estar centrada en las personas.** Otro de los aspectos que venimos comprobando en nuestros programas,



es que, hoy en día, todavía existe **escasa corresponsabilidad en los cuidados**, sobre todo en lo que respecta a las **mujeres mayores que cuidan de personas mayores (son muchas veces y al tiempo, cuidadoras y cuidadas)**, lo que **puede llegar** a producirles graves **sobrecargas tanto físicas como mentales**.

Todo lo anterior justifica la necesidad de disponer de **datos actualizados** a través de la realización de un estudio en profundidad sobre la **población cuidadora del ámbito familiar en España** y desde **el intercambio intergeneracional** que permitiría tener una visión de la misma con suficiente alcance y representación estadística de ámbito nacional bajo una **perspectiva de género hacia las personas mayores y una mirada de corresponsabilidad en los cuidados**.

3 Breve estado del arte

España ha sido en las últimas décadas uno de los países europeos donde las mujeres han sustentado el rol principal de los **cuidados a personas dependientes familiares**, tanto en lo que atañe a la crianza y atención durante la infancia, como en cuanto se refiere a los CLD en personas con discapacidad y/o dependencia, lo que incluye a las personas mayores. Sin embargo, la incipiente **mejora de los servicios sociosanitarios** pone de manifiesto que se está produciendo un cambio del paradigma de los cuidados al que merece prestar atención. La preeminencia de los cuidados familiares se mantiene y pervive en nuestro país pese al cambio de roles tradicionales de las mujeres (las mayores proveedoras de cuidados). También estos cuidados constituyen una riqueza inestimable sociocultural de nuestra sociedad que, sin embargo, tiene el riesgo de disminuir por la **denominada "crisis del apoyo informal"**, bien analizada por la comunidad experta, así como por los Organismos Internacionales (OMS, OCDE y UE). En este sentido, son muy relevantes fenómenos como el incremento sin precedentes de la **esperanza de vida** que se está experimentando en los países desarrollados. En este sentido, "The 2021 Ageing Report" de la Comisión Europea describe un *ratio* de dependencia de 30,5%² y una dependencia económica de 29,5%³, lo que sitúa a España a la cabeza en comparación con países europeos de alta tasa de esperanza de vida, como Italia donde se alcanzan cifras inferiores (26,7% y 23,7%) (Comisión Europea, 2021a). En relación a la actual pandemia donde se ha puesto a prueba la resiliencia en la atención a largo plazo, se hace hincapié a que "[...] *Se espera un aumento de la demanda de los servicios de*

² Tasa de dependencia total = Población menor de 20 años y mayor de 64 como un % de la población de 20 a 64 años.

³ Tasa de dependencia económica de la vejez (20-64) = Población inactiva de 65 años o más como un % de la población ocupada de 20 a 64 años.

atención en una sociedad que envejece, mientras que la falta de calidad de los estándares en la atención y las brechas en el acceso a servicios de calidad, incluso en las zonas rurales son una grave preocupación de los Estados Miembros [...]”. Por ello, las políticas europeas están avanzando hacia una iniciativa en los CLD para que sean accesibles, sostenibles y de calidad, en particular los servicios de atención domiciliaria y comunitarios (principio 18 de “Pilares Europeos de los Derechos Sociales”), donde también se ha previsto proponer nuevas herramientas para medir mejor las barreras y brechas en el acceso a los cuidados (Comisión Europea, 2021b).

Desde otra perspectiva y como ya auguraba Rodríguez-Rodríguez (2005), el modelo de cuidados en España incide en las mujeres en distintas dimensiones, desde perder oportunidades de promoción hasta la claudicación en el trabajo por tener que cuidar a familiares. Esto se suma al hecho universal de que las mujeres tienen peores salarios en comparación a los hombres, lo que también repercute a largo plazo en una menor escasez de recursos y prestación por jubilación de ellas, llevándolas a situaciones de riesgo y exclusión múltiples en la vejez.

De acuerdo con varias investigaciones (García Calvente & Del Rio Lozano, s. f.; Lozano et al., 2020), el sistema informal de cuidados en España se caracteriza por ser una actividad fuertemente feminizada y basada en relaciones afectivas y de parentesco. El papel de “persona cuidadora”, está asignado tradicionalmente a las mujeres mediante la socialización en un rol de género basado en la división sexual del trabajo (García Calvente & Del Rio Lozano, s. f.; Lozano et al., 2020; Rodríguez-Rodríguez, marzo) Además, tiene sus cimientos en las relaciones afectivas y de parentesco que, al desarrollarse en el ámbito doméstico, queda invisible a los ojos de la sociedad. El cuidado informal es además una actividad no remunerada, ya que no tiene lugar ningún intercambio en el mercado por los bienes y servicios que se prestan. Por un lado, el componente afectivo y no remunerado del cuidado informal dificulta su consideración y categorización como “trabajo”.

Cabe señalar aquí que, aunque continúan siendo las mujeres con una relación de parentesco estrecha, las principales proveedoras de cuidados, en los últimos años se

están observando algunos cambios en cuanto a la provisión de cuidado (Elizalde-San Miguel, 2018; Gómez & Navarro, 2018). Por un lado, la disminución de potenciales personas cuidadoras como consecuencia, entre otras cosas, de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo (Elizalde-San Miguel, 2018) ha favorecido el aumento de la atención suministrada por mujeres migrantes. Esta mercantilización en el trabajo de cuidados ha llevado a un modelo de contratación de mujeres trabajadoras migrantes internacionales como cuidadoras, lo que lleva a la sustitución de las mujeres familiares de la persona cuidada por mujeres migrantes, que a su vez han dejado a sus familias en sus países de origen bajo el cuidado de otras mujeres, dando lugar a lo que se ha denominado *cadena globales de cuidados* (Gómez & Navarro, 2018).

Pero también importa considerar otros, como los avances que se están produciendo en los últimos años orientados hacia la **empoderamiento y liderazgo de las mujeres** y a la libre elección ante los cuidados familiares, como muy bien ha relatado M^a Ángeles Durán en su obra, especialmente en la última de ellas, de 2018, *La riqueza invisible del cuidado* y, como más recientemente, defienden autoras como Agulló-Tomás y Zorrilla-Muñoz (2020 y 2021) sobre todo en lo que se refiere a **las mujeres mayores**, entre otras/os en este país.

A nivel mundial, y en especial en el ámbito de la OCDE, existen diversas propuestas políticas que buscan **reconocer y dar atención a las familias** –especialmente a las mujeres- cuidadoras de personas en situación de dependencia con los cuatro tipos de dispositivos orientados a ello —asesoramiento, servicios, permisos y transferencias—. En el documento “El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016” se incide en la necesidad de transformar las economías para realizar los derechos y apoyar en materia de cuidados no formales, especificando como áreas a

desarrollar el apoyo a las personas cuidadoras y el desarrollo de servicios dirigidos a las mismas⁴.

Como consecuencia de todo lo anteriormente indicado, se plantea este proyecto con el que se pretende conocer la situación actual de las personas cuidadoras de familiares de personas mayores y el diferente cambio en el paradigma de los cuidados, ahondando en las preferencias de las personas cuidadas y cuidadoras, con qué apoyos adicionales desearían contar y cómo creen que podrían mejorar su posición. Esta investigación cobra aún más relevancia en el contexto que estamos atravesando en la actual pandemia de la COVID-19, que ha causado mucho sufrimiento a las personas mayores y con necesidad de cuidados de larga duración, y por extensión, a sus familias cuidadoras, más aún, en el caso de las mujeres. Además, en la actual pandemia es evidente que las mujeres continúan estando en **desigualdad de trabajo no remunerado** y continúan abrumadas por **la carga del trabajo que asumen en los hogares** y las comunidades de todo el mundo (limpiar, cocinar, cuidados...) en comparación a sus coetáneos. Es decir, todavía parece que hoy en día existe una **escasa corresponsabilidad en los cuidados**, sobre todo en lo que respecta a las **mujeres mayores que cuidan de personas mayores (que pueden llegar a ser a su vez cuidadoras y cuidadas)** lo que muestra el interés general de llevar a cabo una investigación profunda en la población española con el fin de conocer **cómo está afectando a las mujeres** que cuidan de personas en su familia en situación de discapacidad y dependencia y, si estos cambios están **afectando de alguna manera e igualmente a las personas que están siendo cuidadas**.

⁴ La OECD define como personas cuidadoras de familiares (o informales) a aquellas “que brindan cualquier ayuda a familiares mayores, amistades y personas de su red social, que viven dentro o fuera de su hogar, que requieren ayuda con las tareas cotidianas” (para más detalle véase: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a80d9f62-en/index.html?itemId=/content/component/a80d9f62-en#:~:text=Informal%20carers%20are%20defined%20as,require%20help%20with%20everyday%20tasks>)

Es precisamente por la existencia del riesgo de progresiva disminución de las personas cuidadoras de la familia, sobre todo, mujeres, o de su claudicación por lo que parece cada vez más evidente que se podría originar un problema a los sistemas de protección social en materia de CLD. Ante ello, la comunidad experta y los distintos organismos internacionales proponen tener muy en cuenta e incorporar a las familias, en especial las mujeres cuidadoras, en los sistemas de protección social: el cuidado a las personas que lo requieren (infancia, discapacidad, cronicidad y dependencia) no debe ser entendido como una acción privada que asumen de manera generosa las familias (en especial, las mujeres), sino que se trata de una responsabilidad pública o, al menos, compartida, lo que requiere una continuidad en estudios de este tipo poniendo un foco de atención tanto a las personas que están siendo cuidadas como a las que prestan los cuidados. A su vez, cabe indicar que dirigir una mirada a la corresponsabilidad en los CLD puede llegar a ser eficaz desde la interseccionalidad, ya que afecta de manera uniforme dependiendo del entorno donde se viva, lo que afecta especialmente, a las mujeres que viven en el entorno rural o semirural, donde las posibilidades de encontrar trabajo son todavía limitadas en comparación a los entornos urbanos, lo que también debe ser analizado en futuros estudios.

Desde otra perspectiva, también cabe citar que en el ámbito de la tecnología, la progresiva desalfabetización de la salud digital y, en general, la mayor participación en Internet de las personas mayores está **reduciendo la brecha digital de décadas pasadas** (Agullo-Tomas & Zorrilla-Muñoz, 2020), así como el uso de tecnologías facilitadoras tanto para las personas cuidadas como cuidadoras en el ámbito de los CLD. No obstante, existen determinadas prácticas que fuerzan de manera bidireccional la digitalización y reducción de sus plantillas, como las que se han vivido recientemente en relación con los bancos, lo que ha evidenciado el gran espacio para la discriminación que se está abriendo con el uso apresurado de la tecnología sin que ese proceso se acompañe de los correspondientes apoyos para la reducción de la brecha digital y para una mayor y mejor corresponsabilidad.

Sin perjuicio de lo anterior, desde esta perspectiva, se lleva prestando especial atención en el actual contexto sociosanitario al uso de determinadas **tecnologías conectadas a Internet, que facilitan la atención domiciliaria y los CLD**, como son las **videollamadas, la asistencia sanitaria en línea⁵ o las compras online** (Criado-Quesada, Zorrilla-Muñoz, & Agullo-Tomas, 2021). Desde otra perspectiva y desde la tecnología, cabe subrayar la importancia **del diseño de tecnologías cada vez más usables, ergonómicas, y estéticamente agradables que incluyan la perspectiva de género** (Agullo-Tomas & Zorrilla-Muñoz, 2020), así como que faciliten **el consumo responsable de información y sean poco invasivas**, lo que desde una evaluación apoyada en la AICP ha resultado ser de utilidad para favorecer y mejorar el cuidado de las personas adultas y mayores en situación de dependencia o discapacidad⁶. En suma, en recientes estudios de la Fundación Pilares⁷ ha quedado patente que la tecnología digital tiene un papel muy importante y un gran potencial para favorecer la integración de las mujeres adultas y mayores en situación de discapacidad o de dependencia, así como de las cuidadoras mayores de personas dependientes: sea apoyando su desempeño en las actividades de la vida diaria, o permitiendo que sus logros sean iguales a los de las personas sin discapacidad, ya que la tecnología contribuye a solucionar y sobrellevar las limitaciones de movilidad y facilita las interacciones y comunicaciones con el entorno de la persona.

En esta línea, distintas investigaciones realizadas en diferentes países confirman la mayor participación de los hombres en el cuidado informal de las personas mayores (Collins, 2014; Long, 2000; Russell, 2007). Este es el caso de la investigación llevada

⁵ Para más información en esta área, véase, por ejemplo, el "Proyecto Homecare" <https://www.edad-vida.org/publicaciones/proyecto-homecare-modelo-de-futuro-tecnologia-domiciliaria-para-el-apoyo-de-la-atencion-social-y-sanitaria/>

⁶ Véase el reciente estudio de la Fundación Pilares "Mejora de la Teleasistencia con la integración del modelo AICP" (2022).

⁷ Véanse el Informe final del proyecto "Vivir en la comunidad. Espacios de vida post COVID19 para las personas en situación de dependencia" en la tercera edición del "Programa de Ayudas a la Investigación Sociosanitaria" de la Fundación Caser(2022).

a cabo por Collins (2014) donde se analiza la participación de los hijos (hombres) en el cuidado y asistencia a sus madres. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, la mayoría de los hijos hombres que prestan cuidados se encargan principalmente de actividades instrumentales⁸ entre las que destacan la asistencia relacionada con el transporte a servicios médicos, ayuda en el uso de nuevas tecnologías, etc., mientras que las hijas se encargan de todas aquellas tareas relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado, y en línea con otras investigaciones llevadas a cabo en España (Metcalfe et al., 2017) cabe destacar también la mayor participación en el cuidado de los hombres en edades avanzadas cuando ya están jubilados, prejubilados o incapacitados para trabajar (49,1%). Así, de acuerdo con la misma encuesta, los hombres participan de los cuidados a partir de los 65 años (17,1% de los hombres mayores de 65 años son el cuidador principal) en mayor medida que las mujeres (11,3 %). Además, de acuerdo con otros trabajos, realizadas en países como EE.UU (Russell, 2007) los cuidadores (hombres) mayores de 65 años se encargan principalmente del cuidado de su mujer o pareja (25%) con problemas relacionados, sobre todo con la movilidad (39,5%) y en menor medida con el desempeño de actividades en el hogar (16,2%), lo que coincide con los datos de este estudio.

A pesar de los avances sociales y tecnológicos de las últimas décadas, se sigue evidenciando un desequilibrio en cuanto al uso del tiempo de hombres y mujeres, como consecuencia de valores, tradiciones y roles de género que se les han asignado. En este sentido, el tiempo personal, de ocio y de participación social de las mujeres, así como su participación en el mercado laboral se ven afectados en gran medida por cuestiones económicas, sociales y culturales, lo que también se refleja en la

⁸ De acuerdo con Collins (2014) por actividades instrumentales se entienden aquellas relacionadas con el uso de tecnologías, hacer la compra o preparar la comida, tareas domésticas como hacer la colada etc., mientras que por actividades básicas de la vida diaria hacen referencia al aseo diario, vestirse, ir al baño y comer.

distribución desigual del trabajo de cuidados en el hogar y del cuidado a personas en situación de discapacidad o dependencia.

Por otra parte, el cuidado a las personas mayores puede llegar a producir graves sobrecargas en las personas que cuidan tanto físicas como mentales, lo cual es motivo de desgaste entre las personas cuidadoras familiares. Por otra parte, esta sobrecarga de cuidados puede derivar en diversos tipos de violencias tanto hacia la mujer cuidadora como la cuidada, desde la violencia física hasta la psicológica, económica y de otro tipo, lo cual en las mujeres mayores sigue siendo todavía un proceso invisible⁹. Todo esto pone de manifiesto que es necesario prestar la debida atención a la violencia que sufren las mujeres de más edad, ya que existe un gran desconocimiento sobre este proceso. La condición de ser mujer, mayor y dependiente, especialmente en el caso de aquellas que viven en zonas rurales (donde se suman los componentes del aislamiento social y de una escasa red de apoyos), aumenta el riesgo de que sufran algún tipo de violencia, tanto por parte de sus parejas como por otros familiares (mayoritariamente hombres) o incluso en algunos casos en las residencias. En suma, es necesario promover la prestación de servicios suficientes y adecuados, evitando delegar toda la responsabilidad del cuidado de las personas mayores en sus familiares y, especialmente, en las mujeres e, indagar sobre su situación personal en torno a los cuidados desde un enfoque de género, antiedadista y antidiscriminatorio.

⁹ Y todo esto, limita lo que algunas autoras denominan la “Paz de Género en las Mujeres Mayores”. Para más información véase: Agulló-Tomás, M. S. y Zorrilla-Muñoz, V. Z. (2020). La aparente paz de género en las mujeres mayores: datos, emociones y discursos sobre las violencias. In *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. Nuevas realidades* (pp. 75-86). Dykinson, entre otros.

4 Metodología

Desde la Fundación Pilares para la Autonomía Personal se vienen desarrollando determinados programas dirigidos a las personas mayores y a sus familias cuidadoras, entre ellos, el denominado "CUIDAMOS CONTIGO", aplicado en las CC.AA. de Madrid y de la Comunitat Valenciana, que ha generado evidencias acerca de las carencias y dificultades de la manera tradicional de entender el cuidado tal como están diseñados **los recursos públicos existentes** para que las personas mayores en situación de dependencia puedan permanecer en sus domicilios. En especial, porque estos recursos **carecen de la flexibilidad necesaria para adaptarse a la heterogeneidad de los casos que se atienden**, además de que en escasas ocasiones responden a los deseos y proyectos vitales de las personas que requieren apoyos. Tal es el caso, por ejemplo, de los Servicios de Ayuda a Domicilio (con horarios limitados, insuficiencia de recursos humanos y escasez de formación), los centros de día, el servicio de Teleasistencia y determinadas ayudas económicas específicas (prestaciones de la ley de promoción de la autonomía personal, ayudas para adaptaciones de la vivienda...) que no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de las personas de manera contextualizada a cada situación. **La atención arrastra, en ocasiones, una lógica de la intervención centrada en los recursos de carácter asistencial en lugar de estar centrada en las personas.** Otro de los aspectos que venimos comprobando en nuestros programas es que, hoy en día, todavía existe **escasa corresponsabilidad en los cuidados**, sobre todo en lo que respecta a las **mujeres mayores que cuidan de personas mayores (son muchas veces y al tiempo, cuidadoras y cuidadas), lo que puede llegar** a producirles graves **sobrecargas tanto físicas como mentales**¹⁰.

¹⁰ Para más información, véanse los resultados del **Informe final del proyecto "Vivir en la comunidad. Espacios de vida post COVID19 para las personas en situación de**

De manera especial, se viene postulando la necesidad de mantener el principio de continuidad cuando se requiere de atención especialmente compleja, de tal manera que se garantice la coordinación y cohesión entre las entidades responsables de los cuidados tanto de salud como de atención social, vivan estas en cualquier entorno (en su casa o en una residencia). La experiencia dolorosa vivida desde el comienzo de la pandemia ha reforzado aún más la necesidad de generar cambios en los actuales sistemas sociosanitarios, manteniendo a lo largo del proceso la integralidad de las actuaciones y que la atención esté realmente centrada en la persona.

Con todo ello, este proyecto **describe la situación de la población cuidadora y cuidada** de personas mayores y/o de personas adultas en situación de discapacidad bajo la **perspectiva de género y con una mirada de corresponsabilidad en los cuidados**.

El objetivo de este estudio es conocer la situación actual de las personas cuidadoras familiares de personas mayores en España y el diferente cambio en el paradigma de los cuidados, ahondando en las **preferencias de las personas cuidadas y de las cuidadoras, con qué apoyos adicionales desearían contar y cómo creen que podrían mejorar su posición desde las crecientes demandas existentes** indagando sobre el apoyo informal que reciben y la **gestión de los cuidados**. Este estudio sobre corresponsabilidad se ha realizado poniendo **especial énfasis en las mujeres mayores, ya que ellas son las grandes olvidadas de los cuidados (por ser tanto demandantes, cuidadoras y por continuar en los cuidados)**. A su vez, es necesario **nutrirlo del intercambio intergeneracional para planificar unos cuidados a futuro basados en la corresponsabilidad**.

Los objetivos específicos de este proyecto son:

dependencia” en la tercera edición del *“Programa de Ayudas a la Investigación Sociosanitaria”* de la Fundación Caser, publicados en la página web de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

- ✓ Estimar el número de personas mayores de 18 años que prestan apoyo informal no remunerado a una persona mayor de 60 años que resida en su domicilio.
- ✓ Establecer el perfil sociodemográfico del cuidador/a informal.
- ✓ Conocer las características de las personas mayores cuidadas.
- ✓ Descubrir los diferentes tipos de apoyos prestados a los mayores: tiempo, frecuencia y naturaleza.
- ✓ Analizar las consecuencias para el cuidador/a: psicosociales, laborales y económicas.
- ✓ Establecer las expectativas y necesidades de formación, apoyo y reconocimiento de los/as cuidadores/as.

El método utilizado en este proyecto es cuantitativo y utiliza datos de fuentes primarias y secundarias procedentes de bases de datos: en particular, se utiliza como parte de la estadística descriptiva los datos procedentes de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2020) (INE, 2020) en la que se incluye la situación de las personas cuidadoras principales. Igualmente, los datos se analizan y se comparan con otros estudios previos descriptivos realizados en la Fundación Pilares.

Las fuentes de datos de este estudio parten de un cuestionario cuyos datos muestran los principales resultados de este proyecto. El cuestionario fue realizado por GfK Emer entre enero y agosto de 2022 para la Fundación Pilares sobre la situación de los cuidados a personas mayores en España, haciendo hincapié en los denominados "cuidados informales". Se contactaron con un total de 6.581 hogares, con un error muestral de $\pm 1,21\%$ para un nivel de confianza del 95% y un supuesto de máxima variabilidad de $p=q=0,5$.

Cabe incidir por tanto en que, si bien, se aportan datos de la EDAD por ser una fuente importante de información sobre la población mayor con discapacidad en España (considerando la asociación general entre edad y discapacidad), la muestra del estudio abarca a personas mayores de 60 años con y sin discapacidad, sea ésta reconocida legalmente como no.

5 Resultados principales

Personas mayores que reciben cuidados

Los datos de la EDAD 2020 estiman un total de 4.318.900 personas con discapacidad que residen en viviendas familiares, siendo el 59.90% mayor a 64 años (2.628.000), y casi cuatro millones de hogares (3.855.200) con al menos una persona con discapacidad, lo que equivale al 20,51% del total (más de 18 millones). Asimismo, se evidencia una marcada *feminización asociada a la edad y la discapacidad*: del conjunto de personas con discapacidad de 65 años y más, 934,300 son hombres (36%) y 1.693.600 son mujeres (64%). Esta relación puede observarse también a través del aumento de la tasa de personas con discapacidad por mil habitantes a partir de los 55 años, cuando empieza a superar las 100 personas por mil habitantes (10%); a partir de los 65 años, la tasa también se diferencia marcadamente por sexo y de los 80 esta sube a 423.23 (y 460 en el caso de las mujeres):

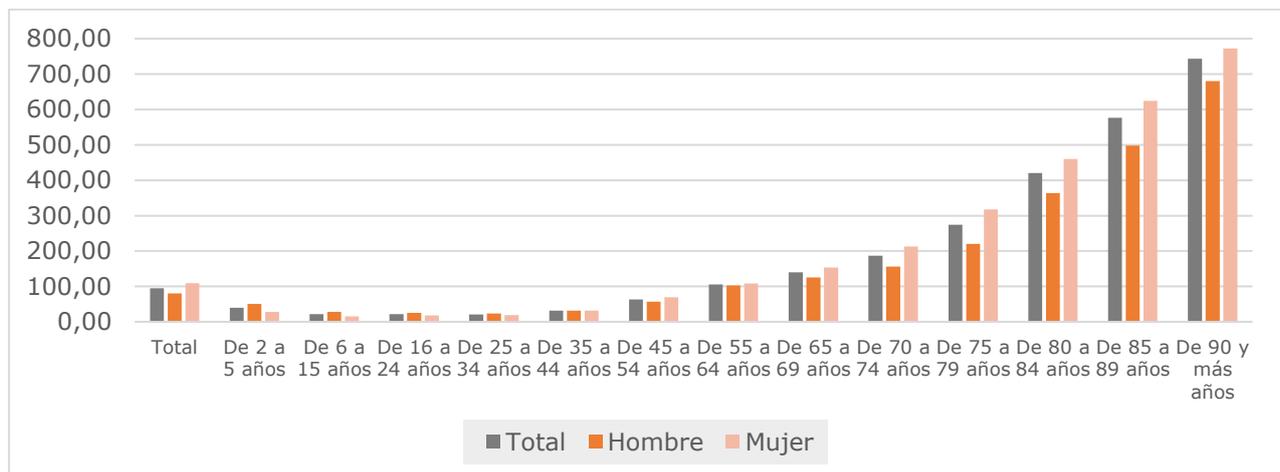


Gráfico 1. Tasa de población con alguna discapacidad o limitación por edad y sexo (personas de 6 y más años con discapacidad y niños de 2 a 5 años con limitaciones). Fuente: EDAD2020, INE.

En cuanto al cuestionario realizado en este estudio (GfK Emer), se observa que la distribución de las personas mayores que necesitan cuidados informales es inversa a

la distribución por edades de la población, ya que esta necesidad aumenta con la edad. Esto se traduce en que el grueso de las personas mayores de 60 años que necesita de cuidados se concentra entre los 75 y 89 años, con una media de edad de 78 años (véase Gráfico 1). Así, según el cuestionario realizado, las personas mayores de 60 años que necesitan de cuidados informales *son principalmente mujeres de entre 75 y 89 años*.

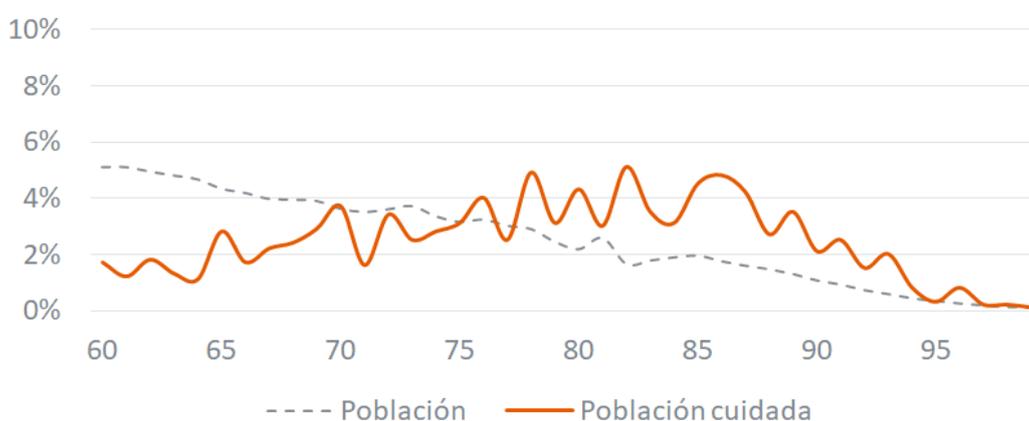


Gráfico 2. Población mayor de 60 años y personas mayores cuidadas (N=1.521).

Un 64% de las mujeres que respondieron el cuestionario están viudas, el 60% viven solas en su casa y son las personas cuidadoras las que se desplazan para prestar los cuidados necesarios. En el caso de los hombres, en cambio, suelen estar casados (57%) y, en su mayor parte es la pareja (mujer generalmente), la que asume los cuidados.

A su vez, los datos relativos a la salud de las personas mayores con discapacidad según la EDAD (2020), destacan las enfermedades y trastornos musculoesqueléticos, donde el 56,6% indicó tener artrosis, seguido de artritis (30.6%), diabetes (25.8%), depresión crónica (17.1%), ansiedad crónica (14.2%) y otras enfermedades asociadas a la discapacidad (Gráfico 3).

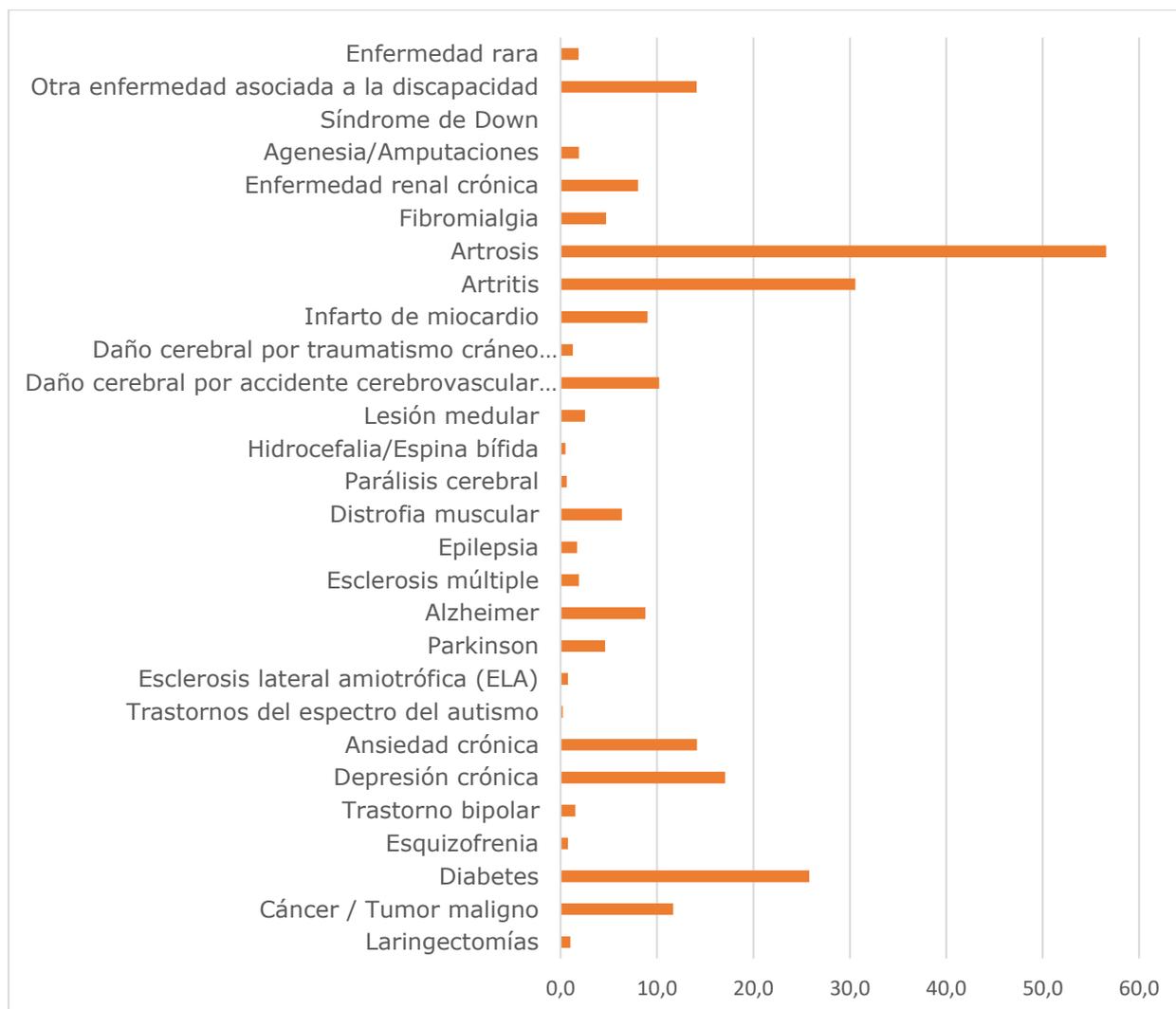


Gráfico 3. Enfermedades crónicas diagnosticadas por sexo y edad. Población de 6 y más años con discapacidad. Fuente: EDAD 2020, INE.

Volviendo al cuestionario de este estudio (GfK Emer), los datos revelan que el 95% de las personas mayores que reciben cuidados presentan algún problema de salud. Estas personas tienen de media 3 problemas de salud o enfermedades, siendo las más comunes aquellas que guardan relación con la presión arterial –independientemente del sexo o la edad–, la movilidad y el colesterol.

Atendiendo al sexo, mientras que las mujeres padecen en mayor medida problemas óseos –como la artritis reumatoide, osteoporosis o fractura de cadera–, los hombres sufren más problemas de colesterol, pulmones o derrames cerebrales.

En referencia a la edad, las personas de 80 años o más cuentan con más problemas de salud, especialmente de movilidad, audición, vista y de corazón. Esto acaba traduciéndose también en mayores grados de dependencia.

Las personas que presentan niveles de discapacidad, reconocida legalmente, superiores al 33%, tienen en mayor medida problemas de movilidad, memoria, visión o cardíacos.

Por otra parte, el 73% de las personas mayores de 60 años que necesitan de cuidados informales presentan algún tipo de dependencia, consecuencia principalmente de problemas de movilidad, aunque también destacan por padecer en mayor medida problemas de memoria, audición, visión o comunicación. 3 de cada 10 mayores son personas dependientes, aunque no tengan un reconocimiento oficial de la situación de discapacidad.

El perfil general de las personas que necesitan cuidados es de mujeres muy mayores, que no tienen estudios –aunque saben leer y escribir– y cuentan con unos ingresos bajos, de menos de 700€ mensuales. Necesitan recibir cuidados a diario y en un gran volumen de horas –más de 20 semanales– y cuentan en mayor medida con la ayuda de servicios privados. Suelen necesitar ayuda con un mayor volumen de tareas cotidianas, sobre todo las relacionadas con el hogar (compra y limpieza del hogar), aunque destacan por necesitar en mayor medida ayuda para asearse (56% necesita ayuda para bañarse/ ducharse y 40% con el aseo diario o vestirse) y cocinar (47% requiere ayuda con la elaboración de comidas). Esto es coherente con que del 70% que refiere dependencia, el 30% no tiene derecho al SAAD y solo 30% de quienes lo tienen, indica tener acceso efectivo (que recibe prestación o servicio, principalmente SAD).

En cuanto a las personas en las que se reconoce la discapacidad, necesitan 11 horas semanales de cuidados. En este caso, solamente el 30% accede efectivamente a algún tipo de ayuda y es sobre todo económica.

Personas cuidadoras

La familia sigue teniendo un peso fuerte en los cuidados, que principalmente asumen las mujeres (57%), y se combina con el cuidado de hijos/as (53%) u otros familiares (60%); si bien en la mayoría de los casos se estima el cuidado de las personas mayores supone más tiempo de cuidados en comparación a otras personas que también se cuidan. Esto se observa en el Gráfico 4 que refleja la relación de parentesco de las personas cuidadoras con todas las personas que cuida, la barra gris, y con la persona a la que más tiempo dedican, la barra naranja. Esta asociación es muy similar independientemente de la relación de parentesco.

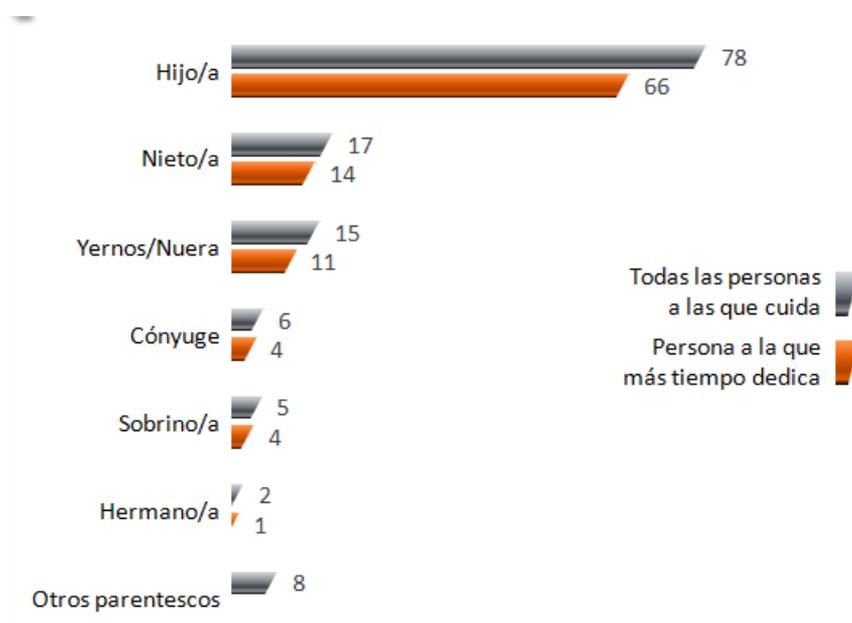


Gráfico 4. Grado de parentesco de la persona cuidadora con la persona mayor cuidada (N=1.521, datos en %). Fuente: Cuestionario GfK Emer (2022).

En la línea de esto, cabe mencionar la importancia del *acompañamiento*, lo que también aparece en el estudio “Vivir en Comunidad” realizado por la Fundación Pilares,

como una función central se invierten muchas horas¹¹. A su vez, cabe mencionar que las personas cuidadoras suelen atender de media a 1,32 personas. En la inmensa mayoría el cuidado se destina a una sola persona (81%), mientras que únicamente el 19% cuida a dos personas o más.

Por otra parte, la asunción de los cuidados se trataría en general de una *elección propia* (53%) y de una decisión familiar en el caso de personas mayores de 80, con dependencia o con discapacidad según los datos del cuestionario GfK Emer (2022). Si bien los cónyuges son quienes más refieren hacer por iniciativa propia (2 de 3) también son los que más refieren no haber tenido otra opción (1 de 3).

Respecto del *medio rural se evidencian diferencias en el cuestionario realizado en el presente estudio*: es más habitual que las personas mayores y cuidadoras convivan en este caso (la mitad de los casos) y menos habitual que se desplacen, pero este entorno también evidencia las dificultades que existen cuando la familia no vive cerca y no puede desplazarse para cuidar.

Cabe mencionar algunas diferencias relacionadas con la salud, el sexo y situación profesional, por ejemplo, las mujeres y personas que no trabajan y cuidan de personas dependientes presentan una peor percepción de su salud física y emocional. La salud emocional de las personas cuidadoras es peor a mayor frecuencia de cuidados; como muestra el hecho de que las personas que acuden a diario tienen una peor opinión de su salud emocional. En cuanto a la salud física, ésta empeora cuando el cuidado no se comparte con otros miembros de la familia o cuando el mayor tiene alguna dependencia o discapacidad superior al 33%. En cuanto a las diferencias principales por sexo, se observen en algunos supuestos sobre la experiencia del cuidado, por ejemplo, los hombres mencionan prioritariamente que “ven el cuidado como una

¹¹ Para más información, véanse los resultados del **Informe final del proyecto “Vivir en la comunidad. Espacios de vida post COVID19 para las personas en situación de dependencia”** en la tercera edición del **“Programa de Ayudas a la Investigación Sociosanitaria”** de la Fundación Caser, publicados en la pág. web de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

obligación moral” y también que “creen que la persona estaría mejor atendida en una residencia” (esto último 1 de cada 4 hombres).

En efecto, se ha estudiado que el cuidado de personas mayores puede repercutir en distintos ámbitos de la vida personal y profesional de las personas cuidadoras, llegando a producir graves sobrecargas en las personas que cuidan tanto físicas como mentales, destacando la carga subjetiva (Pérez-Cruz et al., 2017). De allí que interesa conocer los recursos con los que cuentan o podrían contar las personas cuidadoras. En general en el estudio realizado, se reconoce la necesidad de *formación y apoyo* (52%), pero se indica a su vez una baja cobertura: solo el 30% ha accedido; esta es mayor en mujeres. No obstante, los motivos de haberla recibido indican que la formación tampoco es percibida claramente como necesaria (46%) o como un recurso posible (37%). Esto sugiere un nicho de intervención importante (y posible indicador) de cara la gestión de recursos destinados a los cuidados de larga duración (CLD).

De modo general el estudio realizado sigue evidenciándose una importante feminización del cuidado, pero en menor proporción que en el caso de las cuidadoras del SAD, según estudio “Vivir en Comunidad” (57% y 97.43%, respectivamente) y respecto de estudios anteriores realizados también sobre la situación de las personas cuidadoras (Rodríguez-Rodríguez, 2005).

Finalmente, pero no menos importante, cabe incidir en el nivel de ingresos como parte de la caracterización de la muestra de estudio (véase el Grafico 5). La mayor parte de los hogares que tienen a una persona mayor de 60 años bajo su cuidado disponen de, al menos, 1.500€ de ingresos mensuales. Los ingresos medianos de los cuidadores informales son de 1806€ al mes, teniendo los hombres mayores ingresos: una mediana de 1892€ frente a los 1735€ de las mujeres. Esta brecha de los ingresos que se observa en las mujeres podría explicarse ante el hecho de ser ellas las que suelen pedir la reducción de jornada o trabajan a media jornada, como se deduce de los datos del cuestionario realizado. Por otra parte, el gasto medio mensual que suponen los cuidados es elevado y se evidencia que sigue siendo escaso el número de ayudas disponibles tanto para las personas que cuidan como las que reciben cuidados.

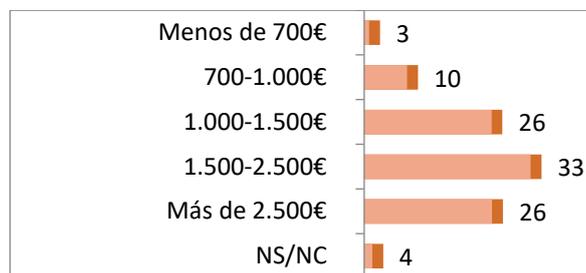


Gráfico 6. Ingresos mensuales de los hogares cuando hay una persona mayor cuidada (N=1.521, datos en %). Fuente: Cuestionario GfK Emer (2022).

6 Algunas conclusiones

Las mujeres continúan estando en **desigualdad de trabajo no remunerado** y continúan abrumadas por **la carga del trabajo que asumen en los hogares** y las comunidades de todo el mundo (limpiar, cocinar, cuidados...) en comparación a sus coetáneos. Todo ello, necesita de una investigación actualizada que permita llevarse a la práctica social **de los cuidados y, por ende, de las mujeres cuidadoras y cuidadas, permitiendo la visibilización de los cuidados en personas mayores que viven en sus domicilios para lograr la corresponsabilidad y aportar conocimiento útil para el desarrollo y la adecuación de los servicios y apoyos destinados a los CLD de modo general (de cuidados, soledad, ocio, tecnológicos, etc.)**.

Así, a pesar de los avances sociales de las últimas décadas, se sigue evidenciando un desequilibrio en cuanto al uso del tiempo de hombres y mujeres, como consecuencia de valores, tradiciones y roles de género que se les han asignado. En este sentido, el tiempo personal, de ocio y de participación social de las mujeres, así como su participación en el mercado laboral se ven afectados en gran medida por cuestiones económicas, sociales y culturales, lo que también se refleja en la distribución desigual del trabajo de cuidados en el hogar y del cuidado a personas dependientes.

Esto, además, somete a las mujeres a mayor presión tanto profesional como personal al tener que compaginar ambas actividades y, por tanto, necesitar en mayor medida políticas y ayudas para la conciliación familiar y laboral. Por otra parte, también se observa una sobrerrepresentación de las mujeres en el colectivo de viudedad: ellas viven más que ellos y, mientras ellos viven, ellas cubren gran parte de esas tareas de cuidados.

De este estudio, también se puede extraer como conclusión que las prestaciones referidas a la atención domiciliaria continúan siendo escasas, si bien se continúa

primando la atención por el entorno familiar mediante la PECEF, en línea con la sobrecarga a las personas cuidadoras de la familia. Como se ha señalado, la comunidad experta y los Organismos Internacionales, así como las políticas europeas de envejecimiento, recomiendan la participación, la autonomía y la independencia de la persona y la permanencia en el entorno con servicios y apoyos de proximidad como elementos del envejecimiento activo y saludable.

Sigue siendo necesario promover la prestación de servicios suficientes y adecuados, evitando delegar toda la responsabilidad del cuidado de las personas mayores en sus familiares y, especialmente, en las mujeres, e indagar sobre su situación personal en torno a los cuidados desde un enfoque de género, antiedadista y antidiscriminatorio.

El conocimiento de este proyecto resulta muy conveniente para poner en marcha medidas dirigidas a prevenir, y en muchos casos a **evitar, la claudicación brusca de las mujeres cuidadoras en España**, para evitar **recurrir de manera prematura a la institucionalización que redunde de manera negativa en el bienestar de las personas (en su mayoría mujeres) que requieren cuidados** de larga duración e incrementa el peso de la atención formal, y en consecuencia, los costes asociados a ésta.

Con ello, se podrá incrementar el conocimiento existente en esta materia que acerque a la sociedad a las necesidades de esa población desde una mirada de género y con **perspectiva intergeneracional e interseccional**.

7 Bibliografía

Agarwala, S. R., Vijayvargiya, M., & Pandey, P. (2021). Avascular necrosis as a part of 'long COVID-19'. *BMJ Case Reports CP*, 14(7), e242101.

- Agulló-Tomás, M. S., Agulló-Tomás, E., & Rodríguez-Suárez, J. (2002). Voluntariado para mayores: ejemplo de envejecimiento participativo y satisfactorio. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado: RIFOP*(45), 107-128.
- Alonso Bigler, S. A., & Velasco Rodríguez, A. B. (2014). De l'atenció a persones assistides a l'atenció centrada en la persona: eines de valoració. *Anuari de l'envelliment: Illes Balears*, 99-115.
- Atkinson, T., Cantillon, B., Marlier, E., & Nolan, B. (2002). *Social indicators: The EU and social inclusion*: Oup Oxford.
- Benchetrit, G. (2000). Breathing pattern in humans: diversity and individuality. *Respiration physiology*, 122(2-3), 123-129.
- Bonafont, A. (2020). Atención centrada en la persona: Historia de Vida y Plan personalizado de atención y de apoyo al Proyecto de vida. *Colección Guías de la Fundación. Fundación Pilares para la Autonomía Personal*.(5).
- Brown, E. G., Chahine, L. M., Goldman, S. M., Korell, M., Mann, E., Kinel, D. R., . . . Tanner, C. M. (2020). The effect of the COVID-19 pandemic on people with Parkinson's disease. *Journal of Parkinson's disease*(Preprint), 1-13.
- Carroll, W. M. (2019). The global burden of neurological disorders. *The Lancet Neurology*, 18(5), 418-419.
- Cernic, B. G., Kogawa, A. C., & Salgado, H. R. N. (2018). Development of differentiated pharmaceutical packaging for greater autonomy and quality of life for physically and visually impaired patients. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 26(7), 921-924.
- Comisión Europea. (2020). Inclusión social. https://ec.europa.eu/regional_policy/es/policy/themes/social-inclusion/.
- Comisión Europea. (2021a). The 2021 Ageing Report. Underlying Assumptions & Projection Methodologies. European Economy. Institutional Paper 142. Noviembre 2020. https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en.
- Comisión Europea. (2021b). European Pillar of Social Rights. Action Plan. https://ec.europa.eu/info/publications/european-pillar-social-rights-action-plan_en
- Connors, J. M., & Levy, J. H. (2020). COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. *Blood*, 135(23), 2033-2040.
- Chudasama, Y. V., Gillies, C. L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M. J., Seidu, S., & Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: a

- global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 965-967.
- de Erausquin, G. A., Snyder, H., Carrillo, M., Hosseini, A. A., Brugha, T. S., Seshadri, S., & Consortium, C. S. C. (2021). The chronic neuropsychiatric sequelae of COVID-19: The need for a prospective study of viral impact on brain functioning. *Alzheimer's & Dementia*.
- Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K. A., Sipido, E., . . . Feigin, V. L. (2020). The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*, 5(10), e551-e567.
- Dorsey, E. R., Sherer, T., Okun, M. S., & Bloem, B. R. (2018). The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. [Review]. *J Parkinsons Dis*, 8(s1), S3-S8.
- Feldmann, M., Maini, R. N., Woody, J. N., Holgate, S. T., Winter, G., Rowland, M., . . . Hussell, T. (2020). Trials of anti-tumour necrosis factor therapy for COVID-19 are urgently needed. *Lancet*, 395(10234), 1407-1409.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo Pérez, F., Prieto Flores, M. E., Forjaz, M. J., Rodríguez Rodríguez, V., Montes de Oca Zavala, V., . . . Mayoral-Pulido, O. (2014). Revisión conceptual del envejecimiento activo en el contexto de otras formas de vejez.
- Filatov, A., Sharma, P., Hindi, F., & Espinosa, P. S. (2020). Neurological complications of coronavirus disease (COVID-19): encephalopathy. *Cureus*, 12(3).
- Hashemi, A., Madhavan, M. V., & Bikdeli, B. (2020). Pharmacotherapy for Prevention and Management of Thrombosis in COVID-19. [Review]. *Semin Thromb Hemost*, 46(7), 789-795.
- IMSERSO. (2020). Histórico. Informes publicados 2020. https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2020/index.htm
- IMSERSO. (2021). Histórico. Informes publicados 2021. https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2021/index.htm
- INE. (2020). Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&idp=1254735573175.

- Isaia, G., Marinello, R., Tibaldi, V., Tamone, C., & Bo, M. (2020). Atypical presentation of Covid-19 in an older adult with severe Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 790.
- Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death (Vol. 368): British Medical Journal Publishing Group.
- Kaji, R. (2019). Global burden of neurological diseases highlights stroke. *Nature Reviews Neurology*, 15(7), 371-372.
- Largo, R. H. (2019). *The Right Life: Human Individuality and Its Role in Our Development, Health and Happiness*: Penguin UK.
- Leta, V., Rodríguez-Violante, M., Abundes, A., Rukavina, K., Teo, J. T., Falup-Pecurariu, C., . . . Storch, A. (2021). Parkinson's Disease and Post-COVID-19 Syndrome: The Parkinson's Long-COVID Spectrum. *Movement Disorders*, 36(6), 1287.
- Marois, G., Muttarak, R., & Scherbov, S. (2020). Assessing the potential impact of COVID-19 on life expectancy. *PLoS One*, 15(9), e0238678.
- Martínez Rodríguez, M. (2010). Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. Informes Portal Mayores, 98. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/buenaspracticadependencia/martinez.pdf>
- McFadyen, J. D., Stevens, H., & Peter, K. (2020). The Emerging Threat of (Micro)Thrombosis in COVID-19 and Its Therapeutic Implications. [Research Support, Non-U S Gov't Review]. *Circ Res*, 127(4), 571-587.
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la Salud. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- OMS. (2021a). Ageing and health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=By%202050%2C%20two%2Dthirds%20of,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries.>
- OMS. (2021b). UN Decade of Healthy Ageing. Retrieved from <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Orkaizagirre Gómara, A. (2013). Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 22(3), 124-126.

- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(5), 249-252.
- Ramos Feijóo, C. (2017). Trabajo Social Comunitario desde el modelo de atención integral y centrada en la persona. . *Trabajo Social: arte para generar vínculos* 5, 713.
- Ramos Feijóo, C., Rodríguez, P. R., & García, J. L. (2019). Innovación y modelo de atención integral y centrado en la persona. De mujeres cuidadoras a comunidades cuidadoras. *Paraninfo Digital*, 1-3.
- Rey Merino, A. M. (2015). *Atención integral centrada en la persona*. Paper presented at the Herramientas para la reflexión de la práctica de la intervención social:[homenaje al profesor Francisco García Fernández].
- Rinken, S. (2001). La individualidad contemporánea. Un análisis a partir de la experiencia de las personas con VIH/SIDA. *revista internacional de Sociología*, 59(28), 45-67.
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista española de geriatría y gerontología*, 40, 5-15.
- Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., de la Cruz Vicente, O., Vilà, A., & López, J. A. (2016). Los cuidados de larga duración: el modelo de atención integral e integrada y centrada en la persona (AICP). Estudio Dephi. <https://www.fundacionpilares.org/docs/informe-delphi-2016.pdf>
- Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., de La Cruz Vicente, O., Vilà i Mancebo, A., & López Trigo, J. A. (2017). *Estudio Delphi 2017: Los cuidados de larga duración: el Modelo de Atención Integral e Integrada y Centrada en la Persona (AICP)*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Rodríguez Rodríguez, P. (2010). Intervenciones en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Hacia la definición de un modelo de calidad de vida basado en derechos y dignidad. . *Revista Autonomía Personal* 1, 42-45.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona F. P. p. I. A. Personal (Ed.)
- Rodríguez Rodríguez, P., & Mirete Valmala, C. (2018). Guía sobre atención a personas adultas mayores en centros de día especializados en enfermedades neurodegenerativas según el modelo de atención integral centrada en la persona en Iberoamérica. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. <https://oiss.org/guia-sobre-atencion-a-personas-adultas-mayores-en-centros->

de-dia-especializados-en-enfermedades-neurodegenerativas-segun-el-modelo-de-atencion-integral-centrada-en-la-persona-en-iberoamerica/

- Ruiz-Cantero, M. T. (2021). Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 95-98.
- Schett, G., Sticherling, M., & Neurath, M. F. (2020). COVID-19: risk for cytokine targeting in chronic inflammatory diseases? [Research Support, Non-U S Gov't]. *Nat Rev Immunol*, 20(5), 271-272.
- Sève-Ferrieu, N. (2017). Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 38(1), 1-16.
- Sheraton, M., Deo, N., Kashyap, R., & Surani, S. (2020). A review of neurological complications of COVID-19. *Cureus*, 12(5).
- Vilà i Mancebo, A., Rodríguez Rodríguez, P., & Dabbagh Rollán, V. O. (2019). Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana. Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 6. https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_fpilares_dyd_mayores/eu_def/adjuntos/F.Pilares-estudio06-derechosDeberesPersonasMayores-2019.pdf
- WHO. (2021a). Dementia. (Fact Sheets).
- WHO. (2021b). Global status report on the public health response to dementia.
- World Bank Data. (2022). Population ages 65 and above (% of total population).
- Zorrilla-Muñoz, V., Agullo-Tomas, M. S., & Garcia-Sedano, T. (2019). Análisis socio-ergonómico en la agricultura. Evaluación del sector oleico desde una perspectiva de género y envejecimiento. *ITEA, información técnica económica agraria: revista de la Asociación Interprofesional para el Desarrollo Agrario (AIDA)*, 115(1), 83-104.