

boletín sobre

vulnerabilidad social

número **26** diciembre **2021**



**La vulnerabilidad social
de las personas mayores
atendidas por Cruz Roja
en el contexto generado
por la crisis Covid-19**

 **Cruz Roja**



Fecha de publicación: Diciembre 2021

Edita: Cruz Roja Española
Reina Victoria, 26
28003 Madrid
www.cruzroja.es 900 22 11 22

Todos los derechos reservados. Copyright de los textos e ilustraciones: Cruz Roja Española y sus autores

Fotos: Borja Abargue, Toni Tomás y archivo de Cruz Roja Española

Autores: Rosario Romera, Áurea Grané, Pilar Gil.
Cruz Roja Española ha firmado un Convenio de Colaboración con la Universidad Carlos III de Madrid para colaborar en la elaboración de estudios estadísticos.

Coordinación académica: Simple Lógica

Análisis cualitativo: Silvina Monteros Obelar y Virginia Montañes Sánchez (ESCODE)

Apoyo a la edición: Susana Gende, Marga Nebreda, Pedro Luis Benavente, Estrella Rodríguez

Diseño y maquetación: El Estudio Comunicación Gráfica & Multimedia S.L.U.

ISSN: 2340-7794

Dep. Legal: M-19784-2012

Esta investigación está financiada con el apoyo al Tercer Sector de Acción Social con cargo al 0,7% del impuesto de sociedades.

El proyecto ha sido cofinanciado por la Fundación Cruz Roja Española. La Fundación nació en 1993, con un objetivo principal: ayudar a Cruz Roja Española a realizar su labor asistencial y de apoyo a los más vulnerables.

Empresas que integran el

Patronato de la Fundación: BANCO DE ESPAÑA
ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES (ONCE)
FUNDACIÓN IBERDROLA ESPAÑA
FUNDACIÓN VODAFONE ESPAÑA
BANCO DE SANTANDER
BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA

Boletín sobre **Vulnerabilidad Social** número **26**

La vulnerabilidad social de las personas mayores atendidas por **Cruz Roja** en el contexto generado por la crisis Covid-19



ÍNDICE



ÍNDICE

PREFACIO	7
1. Introducción	9
2. Objetivos	11
3. Metodología	13
4. Conclusiones	15
5. Perfil de la población mayor atendida por Cruz Roja	23
5.1. Características sociodemográficas de las personas atendidas.....	23
5.2. Características del hogar	27
5.3. Características socioeconómicas de las personas atendidas y del principal sustentador	29
6. Situación de pobreza y vulnerabilidad de la población mayor atendida por Cruz Roja	33
6.1. Hogares en Pobreza y Exclusión Social. Tasa AROPE.	33
6.2. Situación del hogar.....	38
7. Vivienda y accesibilidad	49
7.1. Características y estado de la vivienda.....	49
7.2. Accesibilidad	51
8. El estado de salud físico y emocional	59
8.1. Estado de salud actual	59
8.2. Incidencia de la COVID-19: Contagios, hospitalizaciones, secuelas y fallecimientos.....	63
8.3. Consecuencias de la pandemia en el estado de salud físico y emocional	66
8.4. Fatiga pandémica.....	78
9. Cuidados y redes de apoyo	87
9.1. Dependencia, discapacidad y ayudas recibidas.....	94
9.2. Redes de apoyo y variación tras la pandemia.....	99
9.3. Soledad	101
10. Discriminación, edadismo	109
11. Brecha digital	117
11.1. Uso de nuevas tecnologías.....	117
11.2. Las nuevas formas de comunicación (mensajes, llamadas...)	119
12. Expectativas y preocupaciones ante el futuro	123
12.1. Expectativas sobre la evolución de la situación en el país y el hogar	123
12.2. Preocupaciones de las personas mayores de cara al futuro.....	124
13. La atención de Cruz Roja	129
13.1. Valoración de la utilidad de la ayuda recibida por parte de Cruz Roja	130
13.2. Identificación de las necesidades prioritarias.....	131



PREFACIO



PREFACIO

Las personas mayores son un colectivo heterogéneo. Los factores de vulnerabilidad que afrontan no siempre están relacionados con la pobreza (que ha aumentado con el incremento del coste de vida, sino que pueden derivar de situaciones de salud, dependencia, soledad, brecha digital, entorno sin servicios, debilidad de redes de apoyo sociofamiliar, edadismo, falta de servicios con enfoque de curso de vital, etc. Se trata de uno de los sectores de población más atendidos por Cruz Roja que ya en 2013 desarrolló una investigación sobre su situación para apoyar la construcción de una Estrategia de CRE en este ámbito.

El contexto de crisis generado por la pandemia y su impacto en los mayores nos ha movido a desarrollar una nueva investigación para obtener datos contrastados que nos permitan mostrar su punto de vista, perspectivas y necesidades, a fin de revisar nuestros proyectos y Estrategia y ofrecer nuestras aportaciones a los actores implicados. Me gustaría mucho destacar su participación en el estudio, así como la de los equipos de Cruz Roja y personas expertas en distintas temáticas conectadas con el envejecimiento.

La pandemia ha afectado a este sector de la población en muchos planos -evidentemente la morbilidad y mortalidad el primero- algo que debemos calificar sin paliativos como una tragedia. Pero hay otro aspecto que creo que merece especial consideración: el confinamiento y las restricciones han enclaustrado a las personas mayores y han cercenado sus posibilidades de socialización y envejecimiento activo, incrementando su aislamiento y soledad, especialmente entre las personas que vivían solas por decisión propia, según se destaca en esta investigación. No podemos olvidar tampoco la brecha digital que ha dificultado, especialmente en este contexto, su acceso a la salud, gestiones y relaciones. También les ha restado capacidad para tomar decisiones, siguiendo los consejos o mandatos de otros en aras de su protección, pero sin contar con su opinión.

Precisamente el tema de la discriminación por edad es una de las temáticas exploradas en la investigación, incluida la autodiscriminación por asunción de los estereotipos vinculados al edadismo. Un tema también conectado con el aislamiento emocional.

Entre otros datos, seguimos insistiendo en el riesgo de pobreza y exclusión social que afecta al 66% de los hogares, aunque sólo un 1,7% afirma que sus ingresos han descendido. Se trata por tanto de un problema estructural asociado a la cuantía de las pensiones que reciben, bien no contributivas, bien de jubilación. Una cuestión especialmente flagrante en el caso de las mujeres mayores. Aquí me gustaría incidir en que un 10% de las personas encuestadas están ayudando económicamente a otras personas, principalmente hijos e hijas.

Entre los aspectos que más les preocupan están la salud, la falta de independencia personal, la incertidumbre de quien se hará cargo de sus cuidados si los precisan, la situación económica de sus familiares y también, aunque en menor medida, la propia.

No quiero finalizar sin reiterar el especial compromiso de Cruz Roja con las personas mayores. Esperamos que esta investigación sea un altavoz acerca de su situación a la vez que un instrumento de sensibilización social, que contribuya a articular nuevos sistemas de apoyo.

Javier Senent García
Presidente de Cruz Roja Española



1. Introducción

1. Introducción

Desde el año 2009, en colaboración de la Universidad Carlos III, Cruz Roja ha venido elaborando Boletines periódicos para conocer el impacto de la crisis socioeconómica en las personas atendidas en sus programas. En este marco, en 2013 se realizó un monográfico sobre este sector de la población y ahora, en el contexto de la nueva crisis generada por la COVID-19, ante la que las personas mayores han sido un colectivo especialmente vulnerable, se ha considerado necesario realizar una actualización, añadiendo todos aquellos aspectos significativos relacionados con el impacto de la pandemia.

Las personas mayores han sido uno de los colectivos más claramente golpeados por los efectos de la pandemia, no sólo por ser el que ha sufrido las consecuencias más graves de la enfermedad, sino también porque muchas de las medidas adoptadas para paliar sus efectos conllevan el agravamiento de problemas de aislamiento y soledad, han dificultado el acceso al sistema sanitario y, al mismo tiempo, han supuesto cambios drásticos en sus rutinas cotidianas que han cercenado todos los hábitos de envejecimiento activo que pudieran estar desarrollando.

La pandemia y las medidas de prevención asociadas a ella dibujan un periodo altamente limitante, tanto personal, como socialmente que, en el caso de las personas mayores, en un momento vital especialmente frágil, ha multiplicado su vulnerabilidad.

El estudio “La vulnerabilidad social de las personas mayores atendidas por Cruz Roja en el contexto generado por la crisis Covid-19” pretende, combinando conocimiento extraído de metodologías de índole cualitativo y cuantitativo, ofrecer información contrastada a la propia organización, a otras entidades sociales, a las administraciones públicas, al sector privado y a la población general, visibilizando los efectos y consecuencias de la crisis que permita diseñar respuestas más eficaces para atender a las necesidades surgidas entre las personas mayores.





2. Objetivos

2. Objetivos

El objetivo primordial de esta investigación es realizar un diagnóstico de la situación de vulnerabilidad actual de las personas mayores atendidas por Cruz Roja y de la situación anterior a la crisis de la Covid-19. No se trata exclusivamente de conocer la actual situación de vulnerabilidad, sino de comprender el proceso de transformación partiendo de la situación previa al inicio de la crisis sociosanitaria. El estudio busca obtener información relevante para comprender los efectos de esta nueva crisis en toda su amplitud: no sólo las consecuencias directas sobre la salud, sino también el resto de derivadas que han golpeado todos los ámbitos, impactando de un modo global sobre la calidad de vida de las personas mayores.

Por otro lado, es fundamental obtener datos contrastados que permitan la evaluación de la intervención de Cruz Roja y la detección de necesidades que permitan adaptar sus actuaciones a un contexto tan complejo como el generado por la pandemia.

El estudio de las personas mayores y la difusión de sus resultados busca, además, visibilizar y sensibilizar acerca de los problemas específicos de este sector social y la complicada y compleja situación vivida ocasionada por la pandemia y sus secuelas y consecuencias a nivel social, sanitario y económico; algo fundamental para reflexionar y así poder construir con bases sólidas un acercamiento a posibles soluciones o mejoras que aminoren su vulnerabilidad.





3. Metodología

3. Metodología

El estudio combina básicamente dos técnicas, una cualitativa y otra cuantitativa: grupos focales y encuesta a una muestra representativa. Los resultados de ambas técnicas, complementarios entre sí, se plasman en los distintos apartados de este boletín.

La encuesta se realizó a una muestra compuesta por 1.200 personas mayores de 65 años de las 379.269 atendidas por Cruz Roja. Esta muestra se seleccionó aleatoriamente entre la población de referencia con un error muestral no superior al +3,00% y fueron entrevistadas telefónicamente entre el 21 de septiembre y el 21 de octubre de 2021. El cuestionario utilizado, diseñado específicamente para el estudio, con el objetivo de realizar una fotografía lo más completa posible, trataba una gran variedad de temáticas, lo que originó que las entrevistas telefónicas superaran los veinte minutos de duración. En el análisis, aparte de las variaciones en función de características sociodemográficas, se tuvieron en cuenta las diferencias entre dos grupos de personas mayores usuarias: las que llegaron a raíz de la pandemia y las que ya estaban siendo atendidas por Cruz Roja antes de esa fecha.

Los grupos focales han tenido por objetivo recoger las experiencias de las personas mayores, sus familiares cuidadores, el personal técnico y voluntario de Cruz Roja y personas expertas en la materia, en relación a la crisis originada por la pandemia de COVID-19. Se llevaron a cabo cinco grupos: dos con personas mayores, uno con familiares cuidadores, uno con personal técnico y voluntario y uno con personas expertas. En conjunto, participaron 33 personas, 28 mujeres y 5 hombres. Los grupos focales con personas mayores y cuidadoras se realizaron en Urda (Toledo), Madrid y Ourense.

La investigación ha contado con un grupo de expertos/as en distintas áreas relacionadas con el envejecimiento como los cuidados a mayores, el envejecimiento activo, la dependencia, o la salud mental.





4. Conclusiones

4. Conclusiones

Perfil sociodemográfico

Entre las personas mayores atendidas por Cruz Roja hay un mayor peso de las mujeres (70,8%), esta presencia es aún mayor entre las que tienen más de 80 años (72,8%).

El 41,6% de las personas atendidas por CRE tiene entre 65 y 80 años, el 58,4% tiene más de 80.

El 84,3% ya eran atendidos por Cruz Roja antes de la pandemia y el 15,7% se incorporaron a raíz de ella. La edad media es de 81,8 años, ligeramente inferior entre quienes se incorporaron a raíz de la pandemia (81,1 años).

La inmensa mayoría han nacido en España, las personas inmigrantes representan globalmente un 3,5% aunque llegan a suponer cerca del 7% entre el grupo de menor edad (entre 65 y 80 años).

Predominan dos estados civiles: la viudedad (54,3%) y el matrimonio (30,6%). La viudedad es absolutamente predominante entre las mujeres de más de 80 años (76,4%), mientras que los hombres viudos superan ligeramente el 41%.

Aunque los rasgos mayoritarios son estos, el personal técnico y voluntario de Cruz Roja describe y subraya un perfil muy heterogéneo, algo que se hace evidente si completamos este perfil con características del hogar en el que conviven, su situación económica o las situaciones de dependencia.



Composición del hogar

Respecto a la composición del hogar en el que viven estas personas mayores, los hogares son principalmente pequeños: el 51,4% viven solas y en un 42,1% de los hogares conviven dos personas que, mayoritariamente, son pareja.

El 55,6% de las personas mayores que viven solas afirman que se trata de una decisión personal, afirmación que es más frecuente entre los hombres de entre 65 y 80 años.

Así, queda poco margen a hogares intergeneracionales y a la existencia de diversidad de situaciones laborales: sólo en un 1,1% hay algún menor de 18 años y en el 83,1% de los hogares no hay ninguna persona en edad de trabajar.

Situación socioeconómica

La situación socioeconómica más habitual es la jubilación (93,4%) y esa es la situación de la persona que ejerce de principal sustentador económico del hogar (67,2%).

La media de ingresos mensuales del hogar es de 994 euros y se trata de ingresos muy estables: sólo en el 3,7% de los hogares se ha producido algún tipo de variación en los ingresos tras la pandemia.



Con estos ingresos, en un 22,9% de los hogares se tienen bastante o muchas dificultades para llegar a final de mes.

A pesar de que su situación económica no es especialmente buena (el 17,1% de los hogares sufren pobreza extrema), es necesario no olvidar la contribución de las personas mayores como sostén en las situaciones de crisis: un 9,5% de las personas mayores entrevistadas ayudan económicamente a otras personas, fundamentalmente hijos e hijas, siendo en un tercio de los casos contribuciones iniciadas a raíz de la crisis generada por la pandemia.

Riesgo de Pobreza y Exclusión Social

Las personas mayores atendidas por Cruz Roja se encuentran en una situación mucho más vulnerable que el conjunto de la población mayor y que la población general, alcanzando tasas elevadísimas en todos los indicadores que miden pobreza y vulnerabilidad.

Por ejemplo, en el conjunto de la población mayor española, el AROPE (20,5%), la tasa de hogares bajo el umbral de la pobreza (18,8%) y la de hogares en situación de privación material severa (3,2%) son claramente inferiores a estos mismos indicadores entre los mayores de 65 años atendidos por Cruz Roja (66,2%, 64,9% y 13,9% respectivamente).

Esta precaria situación económica no es, como en otros sectores de la población, una consecuencia de la crisis originada por la pandemia, sino que se trata de un problema estructural asociado a las reducidas pensiones, bien no contributivas, bien de jubilación que reciben, lo que les coloca en una situación de máxima vulnerabilidad.

Los expertos ven en las mujeres un perfil más débil y vulnerable económicamente. La situación de vulnerabilidad aumenta entre las mujeres y aún más si son inmigrantes, ya que una parte importante del trabajo que han desempeñado ha sido en el ámbito reproductivo, por el que no han percibido ingresos. Buena prueba de ello

se refleja en el porcentaje que afirma tener muchas o bastantes dificultades para llegar a fin de mes: entre las mujeres de menos de 80 años es el 30,6%, mientras que entre el resto de segmentos como máximo el 20,8% declara vivir esta situación.

En cuanto a la pobreza energética, en los últimos meses el aumento del precio de los bienes básicos está generando grandes dificultades en los hogares, especialmente en los hogares donde viven personas mayores. Entre las personas atendidas por Cruz Roja, el 14,6% indica que no puede mantener su vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos. Por último, el porcentaje de hogares en los que no pueden permitirse una comida con proteínas 3 veces en semana es del 4,3%.

Salud

El 62,4% de las personas encuestadas afirma tener un estado de salud regular, malo o muy malo y el 22,9% señala que éste ha empeorado tras la pandemia.

En lo que respecta a la Covid-19, el 11,9% de las personas mayores entrevistadas han pasado la enfermedad, el 2,7% ha estado hospitalizada y otro 2,4% tiene posibles secuelas. Aunque las entrevistas se hicieron cuando se había superado lo peor de la pandemia (el 96,2% tenía dos dosis de la vacuna) las consecuencias sobre la salud estaban muy presentes: el 44,9% afirma haber sufrido mucho o bastante la suspensión o reducción de las consultas médicas, el 44,5% afirma haber experimentado un considerable deterioro del estado físico o sedentarismo, el 41,1% afirma haber sentido soledad o aislamiento como consecuencia de la pandemia y el 44,9% ha sentido angustia y preocupación.

Los expertos señalan como un error que el enfoque de intervención con las personas mayores ha sido eminentemente biomédico, centrado en los efectos orgánicos, olvidando los malestares psicológicos o los de origen social. El miedo a los contagios y a la enfermedad (cerca del 51% refiere haber tenido mucho o bastante miedo) ha actuado como factor de aislamiento, marginación o encierro, incluso cuando las medidas se fueron relajando. Ser mayor se asoció a peligro, problema o patología, es decir, todo lo contrario a considerar ésta como una etapa vital en la que se puede vivir de manera activa mediante la promoción de la salud.

Por otro lado, la paralización de los procedimientos administrativos en el periodo de confinamiento, ha impactado negativamente en todas las personas mayores que tenían abierto algún proceso de tramitación de una pensión o una ayuda técnica o la determinación de dependencia, aplazando soluciones que, en muchos casos eran urgentes.

En cuanto a la fatiga pandémica, el cansancio informativo afecta al 26,9% y comportamental al 21,3%.

Cuidados y redes de apoyo

El 37,5% de los mayores atendidos por Cruz Roja reciben cuidados regulares para sus tareas cotidianas y un 29,1% tiene reconocido algún grado de discapacidad o dependencia.

Junto a las personas mayores que precisan cuidados, convive la situación de personas mayores que, de modo regular, se encargan de cuidar a una persona con discapacidad o dependencia (5%), lo más frecuente es que se ocupe una hija (21,7%) o su pareja (12,9%). Las diferencias de género entre los cuidadores son evidentes, los datos reflejan el protagonismo de las mujeres en las tareas de cuidados y el impacto que esto tiene sobre ellas. El personal técnico ha detectado una gran demanda de apoyo psicológico y emocional, llegando a producir incluso situaciones de intento de suicidio debido al agobio y estrés que ha ocasionado la pandemia en el contexto de su actividad. La fatiga pandémica también afecta a las personas cuidadoras.



La familia y concretamente los hijos e hijas (67,1%) y la pareja (19,5%) son las figuras a las que las personas mayores acuden cuando necesitan apoyo psicológico (consejo, apoyo moral o afectivo). Los cortes en las cadenas de cuidado han determinado un mayor peso de la responsabilidad en quienes antes de la pandemia ya asumían de manera desigual éstos: las mujeres.

El 24% de las personas mayores encuestadas se siente sola, aislada o reconoce que le falta compañía con frecuencia, casi siempre o siempre. Estos sentimientos son mucho más frecuentes entre las personas mayores que viven solas (37,2%) y, sobre todo, entre aquellas para las cuales vivir en soledad no es una decisión propia (48,1%). A ese respecto, la pandemia ha determinado un cambio psicológico entre el antes y el después: en algunos casos, la soledad escogida como modo de vida se ha transformado, dando paso a sentimientos de aislamiento y soledad no deseados.



Discriminación

De modo global, el 23,6% de las personas mayores afirma haber vivido alguna o varias situaciones discriminatorias. La más habitual la representa el 8,6% de las personas mayores que afirman que, en los últimos doce meses, alguien ha tomado una decisión por ellos sin una consulta previa. El segundo tipo de discriminación más frecuente aparece en el ámbito sanitario: el 8% afirma que un profesional de la sanidad ha justificado sus dolencias como “cosas de la edad”.

La incidencia del maltrato físico o psicológico “reconocido” por las personas mayores atendidas por Cruz Roja es sólo del 0,6%, aunque hay indicios de que la pandemia puede haber agravado este tipo de situaciones. La excusa de la COVID y del miedo al contagio, ha ocasionado bajas de víctimas de malos tratos en los centros de día o causado rechazo de la atención de los auxiliares de hogar en el domicilio.

La vivencia de situaciones discriminatorias por la edad correlaciona claramente con otras situaciones que, a su vez, son origen de otros tipos de discriminación. Agravando y profundizando el edadismo, interseccionan la discriminación de género, la aporofobia, las situaciones de aislamiento y la enfermedad o discapacidad.

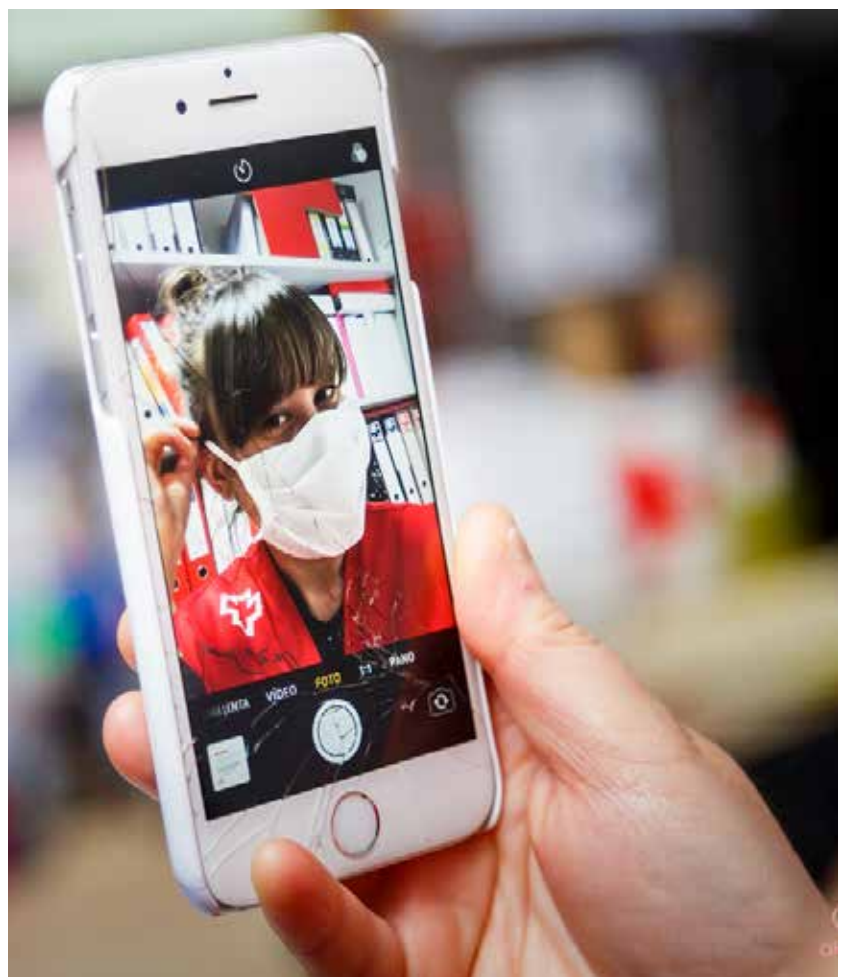
El relativamente bajo porcentaje de personas mayores que afirma que recibe un trato diferente debido a su edad (15,1%) empuja a reflexionar sobre la posible interiorización de actitudes y estereotipos discriminatorios y a la más que probable discriminación autoinfligida que supone.

Según señalan los expertos participantes en el estudio, en el contexto específico de la pandemia, la asociación automática y continua, entre edad, riesgo de contagio y muerte también debería ser considerado como edadismo, no solo por el señalamiento y el control que han motivado, sino también por el paternalismo al que ha dado lugar.

Brecha digital

La brecha digital es un problema generalizado entre los mayores atendidos por Cruz Roja. El 73,4% de las personas mayores entrevistadas nunca utiliza Internet a través de ordenador o teléfono móvil, siendo aún peor la situación entre los que tienen más de 80 años (89,9%).

Muchas personas mayores tuvieron dificultad para acceder a los trámites de ayudas sociales dirigidas a personas en situación de vulnerabilidad, debido a que su gestión durante el confinamiento era exclusivamente telemática. La atención primaria pasó a ser fundamentalmente telefónica, vía solicitud telemática, en la mayoría de las comunidades autónomas, lo que supuso una barrera para las personas mayores que no manejan las tecnologías. Estos problemas se extendieron a todo tipo de trámites, incluidos algunos tan importantes como el de la dependencia.



Expectativas de futuro

Las perspectivas de futuro de los mayores son más optimistas cuando se piensa en la situación general del país que en la del propio hogar. La opinión mayoritaria con respecto a la evolución general del país en los próximos meses es que ésta mejorará (50,7%), mientras que con respecto a su propia situación de puertas adentro, la opinión mayoritaria es que se mantendrá igual, los que esperan una mejora se reducen al 16,3%.

Los aspectos que más preocupan a las personas mayores de cara al futuro son principalmente los relativos a la salud (tanto propia como de familiares, subrayando especial temor ante la posibilidad de enfermarse de Covid), la falta de independencia personal, la incertidumbre sobre quién se hará cargo de sus cuidados. La falta de independencia y la situación económica de sus familiares y, en menor medida, la propia, preocupan mucho o bastante a más de un 68%. La posibilidad de sufrir discriminación por edad de cara al futuro, es una de las preocupaciones que afecta a un menor porcentaje y, aun así, supera el 45% los que afirman estar muy o bastante preocupados por ello.

La atención de Cruz Roja

La ayuda recibida de Cruz Roja Española durante la pandemia es valorada, de media, con 8,2 puntos sobre 10. Ésta ha resultado vital para una cuarta parte de las personas mayores, indicando que sin ella la vivencia de la pandemia habría sido mucho peor.

Las tres grandes necesidades que destacan las personas mayores atendidas por CRE son: en primer lugar, de tipo económico (el 24,7% la menciona como la más importante), seguida del acompañamiento domiciliario (26,4%) y el acompañamiento a centros sanitarios o de mayores (6,7%).







5.
**Perfil de la población
mayor atendida por
Cruz Roja**

5. Perfil de la población mayor atendida por Cruz Roja

Para el análisis del perfil de la población mayor atendida por Cruz Roja conviene partir de las aportaciones realizadas por el personal técnico y voluntario de la Institución que participó en los grupos focales: cuando definían el perfil de personas mayores que atiende la institución resaltaban su **heterogeneidad**, matizando que, en su mayoría, son personas que precisan acompañamiento, apoyo o atención debido a los factores de vulnerabilidad que presentan. Aunque estos factores de vulnerabilidad no siempre están relacionados con la pobreza o el riesgo de pobreza, sino que pueden derivar de situaciones de dependencia o soledad.

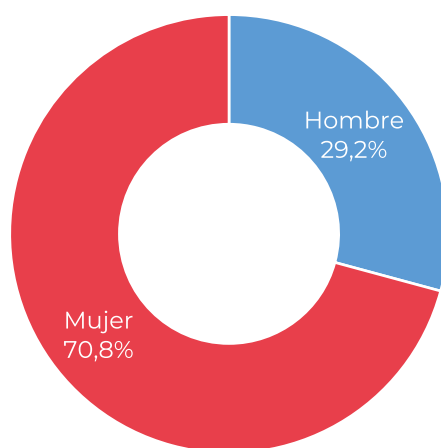


“hay que tratar de salir de la idea de la homogeneidad. Es decir, cuando hablamos de personas mayores no es un colectivo, son personas muy diversas, muy variadas.” (Mónica Ramos, GF personas expertas)

5.1. Características sociodemográficas de las personas atendidas

Entre las personas mayores atendidas por Cruz Roja hay una mayor presencia de mujeres (70,8%, frente al 29,2% de hombres).

Distribución de las personas mayores atendidas según su sexo

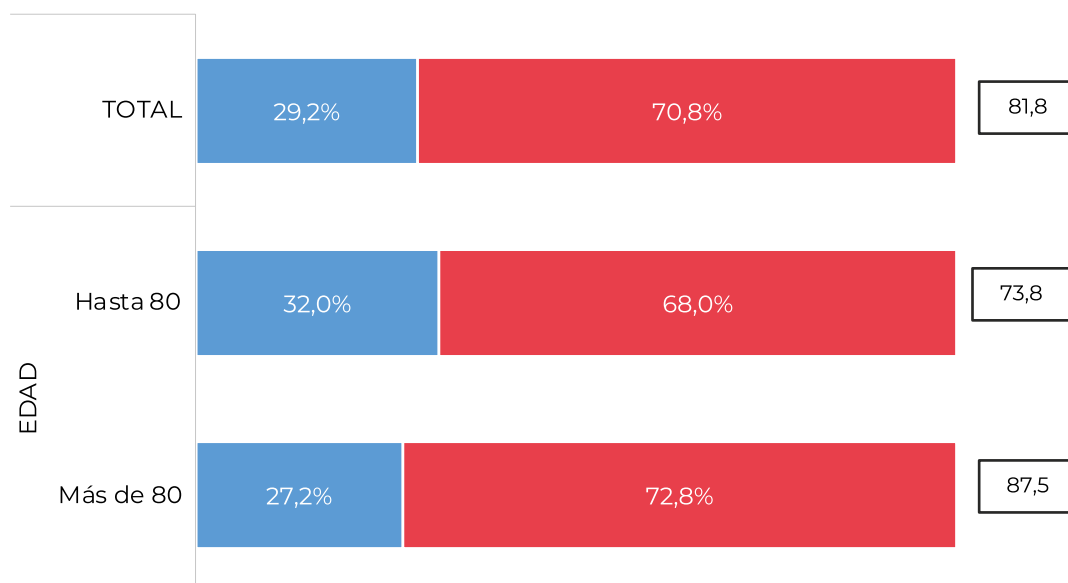


Base: Muestra total (1.200n).

Este predominio de las mujeres se acentúa con la edad, llegando a representar el 72,8% en el caso de las personas encuestadas de más de 80 años.

Cerca del 60% de las personas mayores atendidas tiene más de ochenta años.

Distribución según Edad

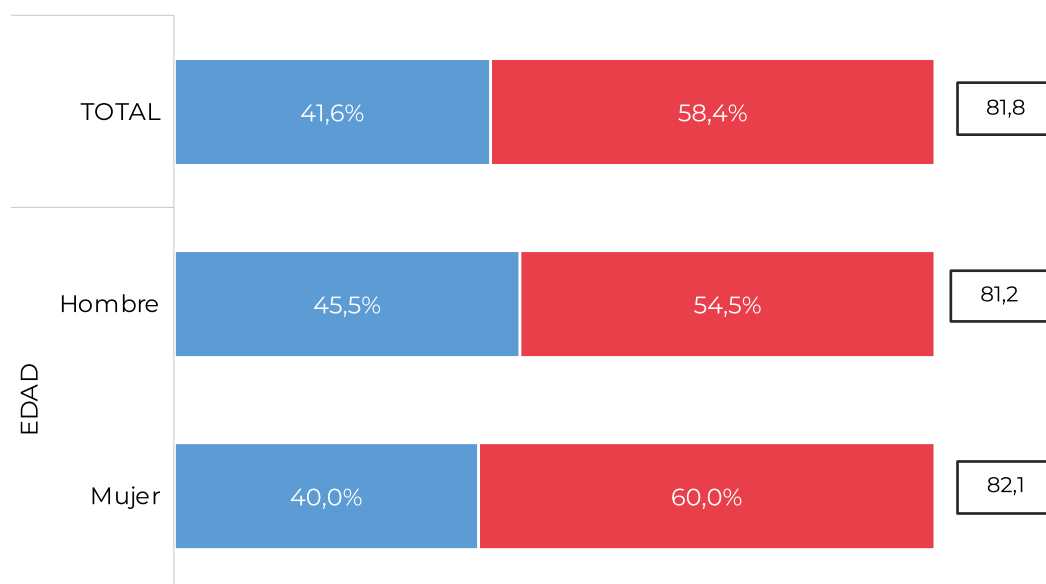


Base: Muestra total.

■ Hombre ■ Mujer

Las personas encuestadas tienen entre 65 y 101 años, siendo la edad media de 81,8 años.

Distribución según sexo por edad



Base: Muestra total.

■ Hasta 80 años ■ Más de 80 años

Las mujeres forman un colectivo más envejecido que el de los hombres, el 60% tienen más de 80 años, representando 5,5 puntos porcentuales más que el colectivo de hombres mayores de 80 años (54,5%). La edad media entre las mujeres supera los 82 años, mientras que la de los hombres es de 81.

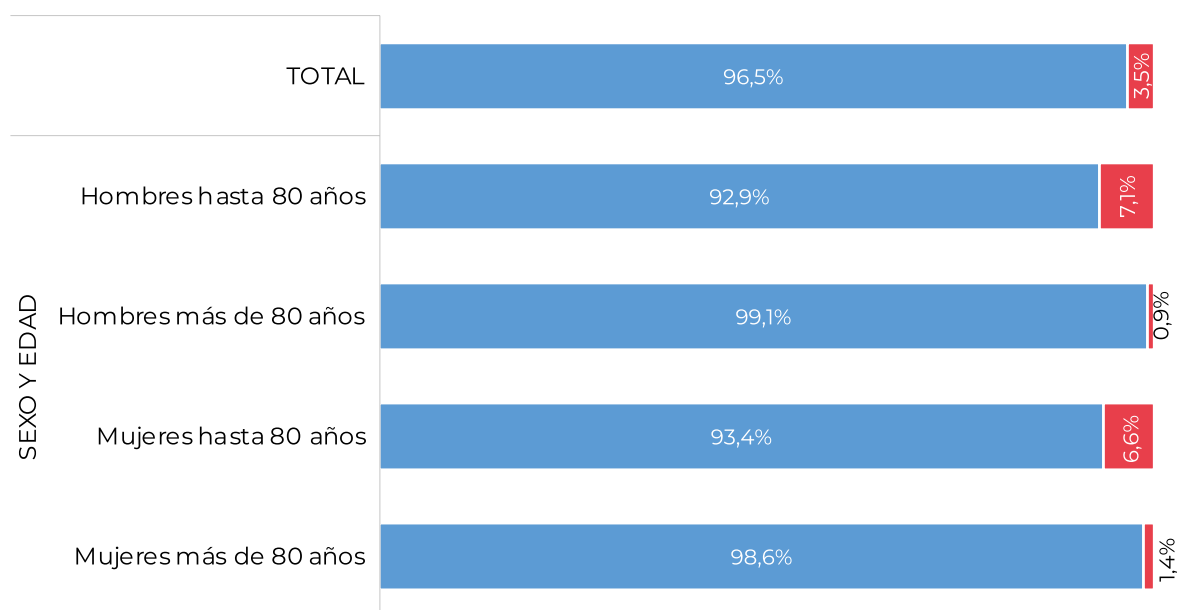
Aunque las mujeres son mayoritarias a nivel global (70,8%), lo son aún mucho más en determinados segmentos: ya hemos visto que son muchas más en el grupo de mayor edad (72,8%) pero también es superior su presencia entre las personas que viven solas (78,5%) y entre las que declaran tener dificultades para llegar a fin de mes (76,4%).

La mayor presencia de hombres se concentra en perfiles que, a priori, parecen menos vulnerables: entre los que son más jóvenes (32%), entre quienes viven en pareja (47,5%) y quienes declaran menos dificultades para llegar a fin de mes (36,5%).

Sólo estas dos variables, género y edad, ya comienzan a apuntar a una situación, como mínimo, más compleja entre las mujeres. Iremos viendo según avancemos en el análisis de otras variables cómo se completa la fotografía y hasta dónde llega la confirmación de la hipótesis inicial de que la situación de las mujeres mayores atendidas por Cruz Roja es de mayor vulnerabilidad que la de los varones. De cualquier modo, a priori, esto nos lleva a utilizar el cruce género por edad como una de las principales variables de análisis a lo largo de los distintos temas que abordamos en este boletín.

En cuanto al origen, definido en función del lugar de nacimiento, la población mayor atendida mayoritariamente ha nacido en España: los nacidos en el extranjero sólo representan el 3,5%.

País de nacimiento



Base: Muestra total.

■ España ■ Fuera de España

La presencia de población inmigrante es prácticamente inexistente entre los mayores de 80 años, ya sean hombres (0,9%) o mujeres (1,4%), concentrándose mayoritariamente en el segmento más joven.

Aunque en todos los casos se trate de un grupo minoritario, también hay más presencia de nacidos en el extranjero en los hogares pluripersonales no formados exclusivamente por una pareja (7%) y entre los que declaran mayores dificultades para llegar a fin de mes (8,4%).

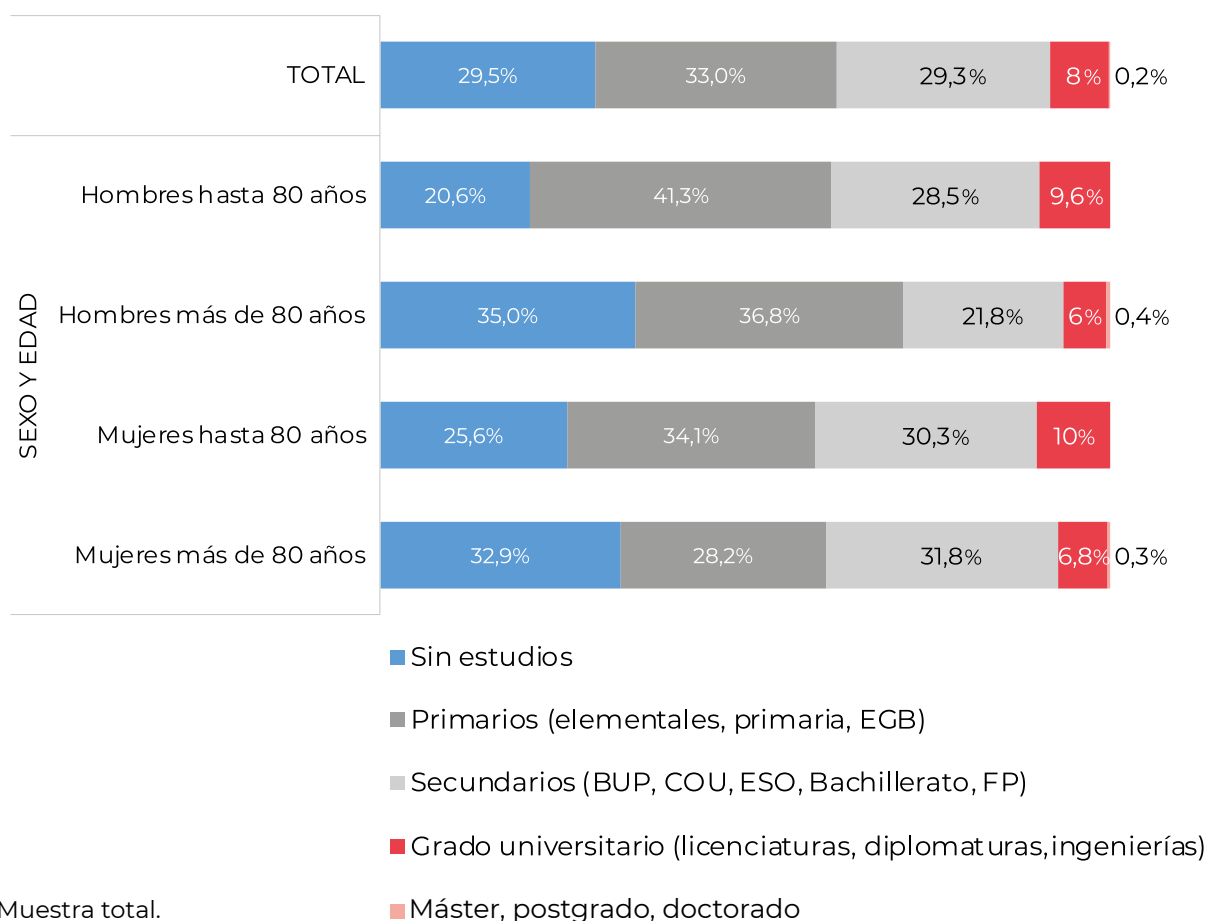
El 48,2% de las personas encuestadas son viudas y el 35,5% están casadas, siendo éstas las dos situaciones más frecuentes. El resto se distribuyen entre personas solteras (9,5%) y separadas o divorciadas (6,5%).

La viudedad es el estado civil claramente predominante entre las mujeres con más de 80 años: el 76,4% de ellas son viudas frente al 42,8% registrado entre las que tienen hasta 80 años y al porcentaje registrado de viudos de uno u otro segmento de edad ($\leq 41,5\%$).

Entre quienes viven solos hay una proporción mayor de viudos y viudas, llegando a representar en estos hogares el 77,5%.

En cuanto al nivel de estudios de las personas mayores encuestadas, el 29,5% carece de ellos, un 33% alcanza estudios primarios, otro 29,3% secundarios y un 8,2% tiene alguna titulación universitaria (agregando, tanto las titulaciones de grado, como los estudios de máster o doctorado).

Distribución del nivel de estudios por sexo y edad (*)



(*) En este, como en otros gráficos del Boletín, el sumatorio puede no ser exactamente 100 como consecuencia del efecto de redondeo del segundo decimal. En los casos en los que se trate de una respuesta múltiple está indicado en el propio gráfico.

Hay una relación entre la edad y el nivel de estudios, siendo menor entre el grupo de mayor edad: la diferencia se ve claramente si nos detenemos en los que carecen de estudios (más del 32% entre los mayores de 80 años y menos del 26% entre los menores de 80 años).

Como ya hemos avanzado anteriormente, el personal técnico y voluntario de Cruz Roja, describe y subraya un perfil muy heterogéneo. Dentro de la heterogeneidad de perfiles y situaciones, señalan las siguientes como aquellas que requieren especial atención:

- Personas mayores que viven solas, principalmente en el entorno urbano
- Personas mayores que viven solas en el entorno rural, cuando existe una alta densidad de población mayor en sus municipios
- Personas mayores con bajos ingresos, como por ejemplo, mujeres viudas o mujeres que no han cotizado en su vida activa
- Personas mayores que forman parte del colectivo LGBTI
- Personas mayores migrantes
- Personas mayores en situación de dependencia
- Personas mayores cuidadoras de personas en situación de dependencia

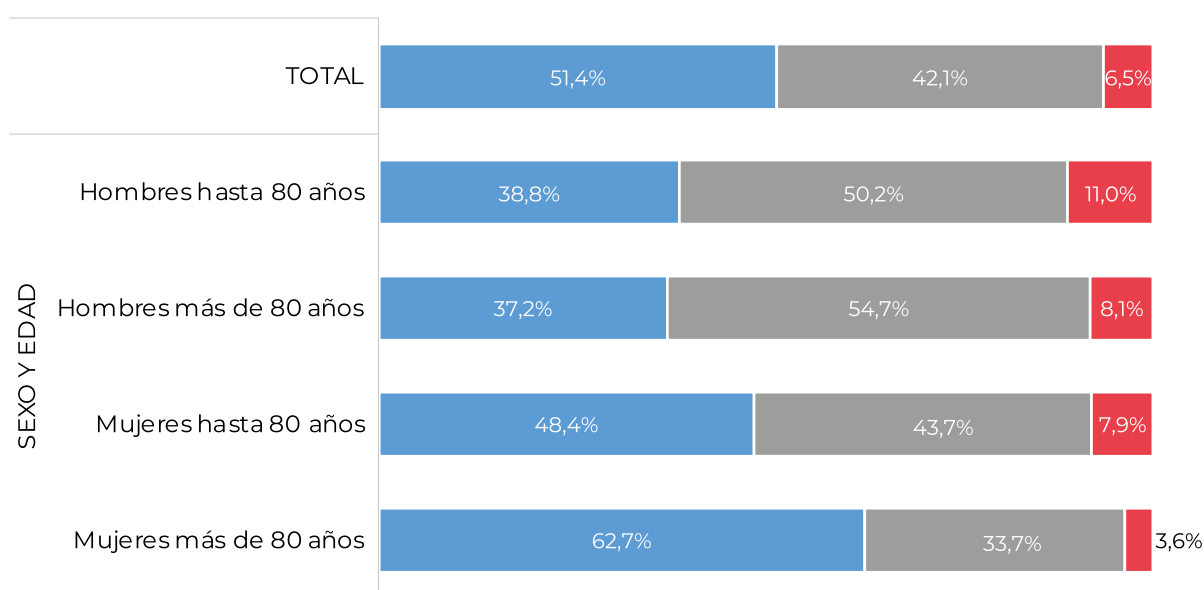


“Si le sumamos elementos como lo que comentabas de la vulnerabilidad y, en este caso específicamente en el que trabajamos nosotros, mayores LGTBI, que la red familiar está rota en muchos casos, que no tienen red familiar.” (Adrián López, GF personal técnico y voluntario)

5.2. Características del hogar

Los hogares de las personas entrevistadas están compuestos, de media, por 1,6 personas, habiendo hogares con hasta 7 miembros convivientes. Más de la mitad de las personas mayores atendidas viven solas, el 51,4%. Los hogares pluripersonales son el 48,5%, siendo los más frecuentes los formados por dos personas, el 42,1%, mientras que el 6,5% son hogares formados por tres o más personas.

Número de personas que conviven en el hogar



Base: Muestra total.

■ 1 ■ 2 ■ Más de 2

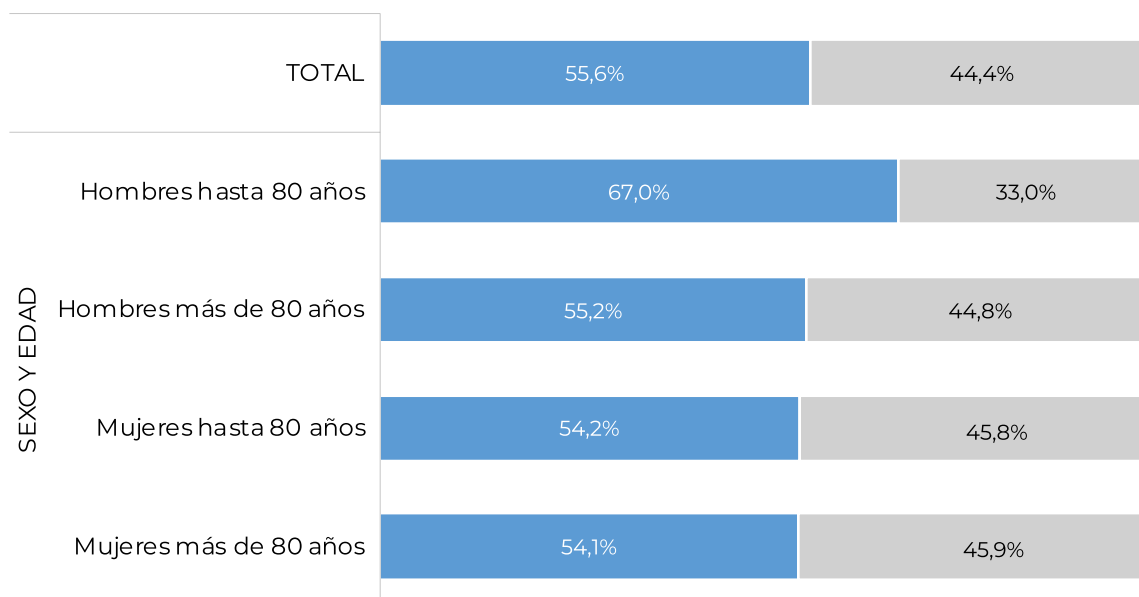
El porcentaje de personas mayores que viven solas llega al 62,7% entre las mujeres de más de 80 años, destacando significativamente con respecto a los otros tres segmentos.

Además, los hogares de un solo miembro son más frecuentes entre los que declaran tener dificultades económicas (58,9%) y también es más habitual entre los que no reciben ayuda para realizar sus actividades cotidianas (55,0%). Mientras que los hogares de dos miembros, mayoritariamente parejas, son más frecuentes entre los hombres (52,6%), entre quienes tienen pocas dificultades económicas (46,3%) y entre quienes reciben ayuda para la realización de acciones cotidianas (48,0%).

Nueve de cada diez personas que viven solas llevan más de un año en esa circunstancia (91,7%). Por término medio, llevan 12 años viviendo solas.

El 55,6% de las personas que viven solas aseguran que es por voluntad propia, frente al 44,4% que afirman que no les queda otro remedio.

Vivir solos: decisión o imposibilidad de elección



Base: Muestra total.

■ Por voluntad propia ■ No me queda otro remedio

El porcentaje de personas que viven solas por decisión propia es más elevado entre los hombres de hasta 80 años (67,0%, mientras que entre el resto alcanza como mucho el 55,2%)

También destaca entre quienes tienen estudios hasta primarios (59,5%) y quienes tienen menos dificultades económicas (67,2%).

Teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de las personas mayores residen en hogares muy pequeños, el 93,5% lo hace en hogares de, como máximo, 2 personas y que entre los de dos personas la mayoría son parejas, queda poco margen para hogares con convivencia intergeneracional y miembros en situaciones diferentes a la jubilación. Así, por ejemplo, tan sólo en un 1,1% de los hogares hay algún menor de edad y representan un 83,1% los hogares en los que no hay ninguna persona en edad laboral, un 14,9% de los hogares tienen una persona de esa edad y un 2,0% más de una.

Lo mismo ocurre si nos detenemos en las situaciones de desempleo o empleo: en el 14,6% hay alguna persona ocupada y en el 2,9% algún desempleado.

5.3. Características socioeconómicas de las personas atendidas y del principal sustentador

La mayoría de las personas entrevistadas (77,4%) declaran ser la persona que contribuye habitualmente con más ingresos en el hogar. La edad parece indicar que este papel aumenta según se cumplen años (73,2% entre los de hasta 80 años y 80,4% entre los de más edad), sin embargo, analizando conjuntamente sexo y edad, se observan dos tendencias diferentes: entre los hombres la edad no implica variaciones, ellos son los principales sustentadores del hogar independientemente de su edad (94,7% de los de menor edad y 94% de los más mayores), mientras que entre las mujeres es más frecuente ocupar este papel cuanto más mayores son (pasan de serlo el 63,1% de las que tienen como máximo 80 años al 75,3% cuando superan esta edad). Con total probabilidad, las situaciones de viudedad que se incrementan según aumenta la edad son el origen del incremento de la asunción de este nuevo papel en el hogar por parte de las mujeres.

Tras los hogares en los que la persona mayor entrevistada es la principal sustentadora del hogar, hay un 13,9% en los que este papel lo ocupa la pareja o cónyuge, mucho más frecuente entre las mujeres (18,9%) y sobre todo, entre las de 80 años o menos (20,4%).

Por último, en un 7,6% de los hogares es un hijo o hija la que ocupa este papel. Este tipo de hogar es más frecuente entre las mujeres (9,4%) y aún más entre las que tienen más de 80 años (11,5%).

Más allá de cuál sea su papel económico en el hogar, la mayoría de las personas mayores entrevistadas están jubiladas (93,4%) y, entre el resto, la respuesta más habitual es estar dedicada a las labores del hogar o los cuidados (mayoritariamente mujeres (7,4%), frente a menos de un 1% de los hombres). Mucho menos frecuente es estar ocupado (0,4%), principalmente como asalariado. Esta situación sólo se da entre las personas mayores que tienen como mucho 80 años.

”

“Yo me he encontrado en mis investigaciones un perfil que es una mujer mayor, pero no tan mayor en edad cronológica, pero sí muy debilitada, son mujeres en situación económica vulnerable, muchas de ellas migrantes y que continúan trabajando porque no tienen una pensión de jubilación o no la van a tener, y que continúan trabajando en tareas de cuidado. No solamente mujeres migrantes, también en Galicia lo vemos con mujeres del medio rural, mujeres empobrecidas que tienen que salir a trabajar y que en muchos casos lo que hacen es cuidar, como trabajadoras domésticas, muchas veces sin contrato, porque son mujeres ya mayores, en torno a los 60 o 70 o setenta y, que siguen trabajando y tienen una situación que es muy penosa económicamente y que esta pandemia ha contribuido a dificultar por todo lo que ha sucedido” (Paloma Moré, GF personas expertas)

En los hogares en los que la persona mayor entrevistada no es la principal sustentadora del hogar (representan globalmente el 22,6% de los hogares) la jubilación de esta figura también es la situación más frecuente (67,2%), aunque en el 24,2% es una persona asalariada la que ejerce este papel.

En los grupos focales se señaló el nivel de ingresos, así como el entorno de residencia como factores determinantes en las condiciones de vida de las personas mayores. En general, las personas consultadas estiman que muchas están en un entorno más humano cuando residen en el medio rural, donde siguen existiendo redes de apoyo social, aunque no haya miembros de la propia familia. Este entorno mejora considerablemente cuando hay recursos y servicios de atención social y sanitaria. Por el contrario, la ausencia de estos puede volver difícil la vida de las personas mayores, ya que presentan necesidades específicas de atención sanitaria, así como a situaciones de dependencia. En el caso de las grandes ciudades, las personas mayores pueden acceder a mayor oferta de servicios públicos y privados, así como a comercios, pero la diversidad funcional y las barreras arquitectónicas pueden complicar su movilidad. Además, la debilidad de las redes de apoyo social y familiar en las grandes ciudades puede dar lugar a situaciones de soledad y aislamiento.

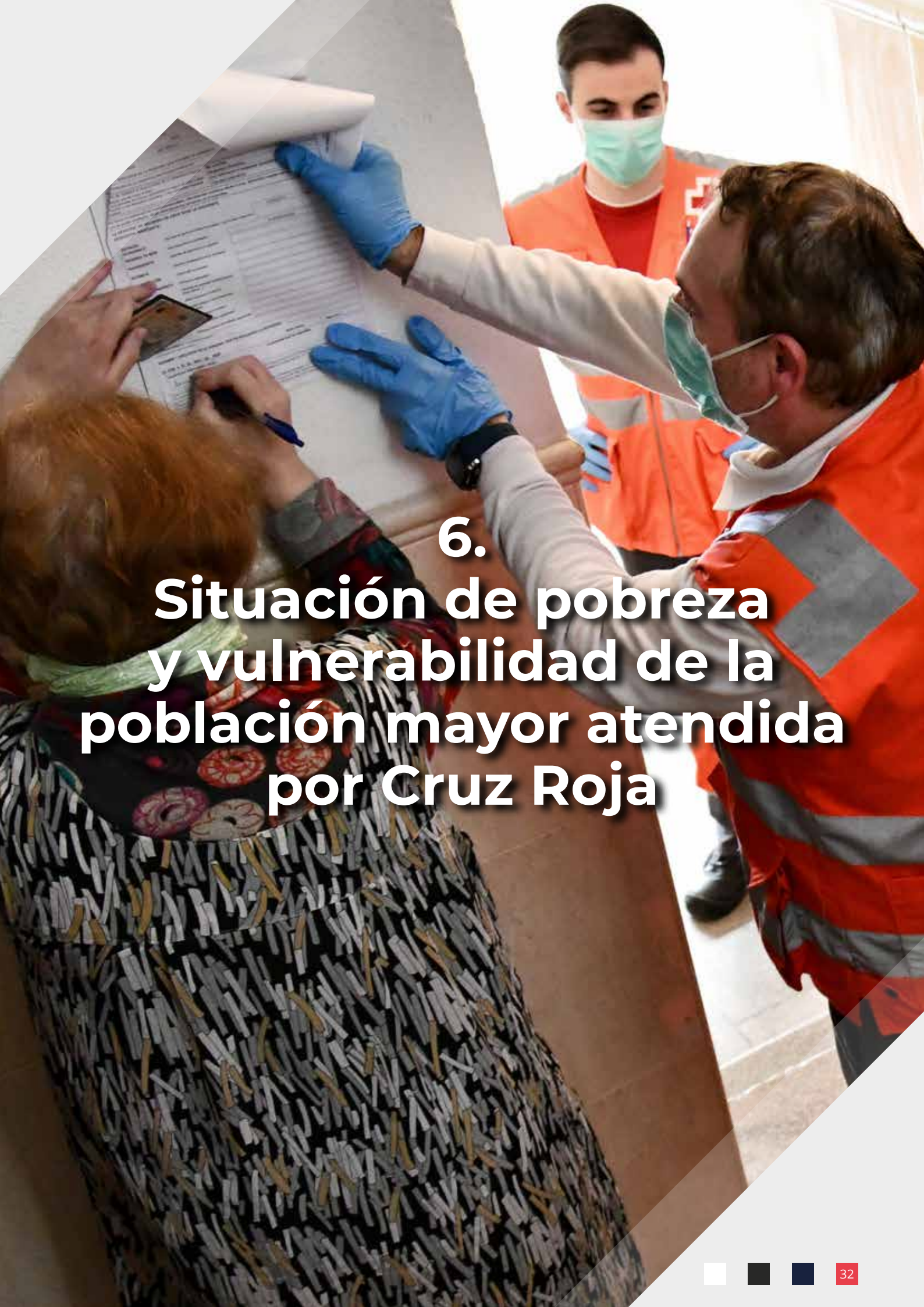
”

“Hay diferencias entre el mundo rural, donde tal vez las personas mayores no tienen familia, pero estaban los vecinos que les han podido ayudar un poco más y han tenido nuestro respaldo; y luego sobre todo la zona de ciudades grandes donde la familia no está y con el confinamiento, se han visto muy solos, entonces, ahí a lo mejor sí hemos tenido la necesidad o han tirado más de Cruz Roja para hacer la compra, ir por medicinas o cualquier cosa. Hay que diferenciar esos dos ámbitos importantes: la zona rural y la zona urbana.

También estoy de acuerdo en lo que comentaban que normalmente en las grandes ciudades hay más aislamiento. Por ejemplo, trabajamos en una ciudad, en barrios, y en los barrios hay más sentimiento de solidaridad y los vecinos están acompañándose unos a otros, eso también lo hemos notado.” (Rosana, GF personal técnico y voluntario)







6. Situación de pobreza y vulnerabilidad de la población mayor atendida por Cruz Roja

6. Situación de pobreza y vulnerabilidad de la población mayor atendida por Cruz Roja

6.1. Hogares en Pobreza y Exclusión Social. Tasa AROPE

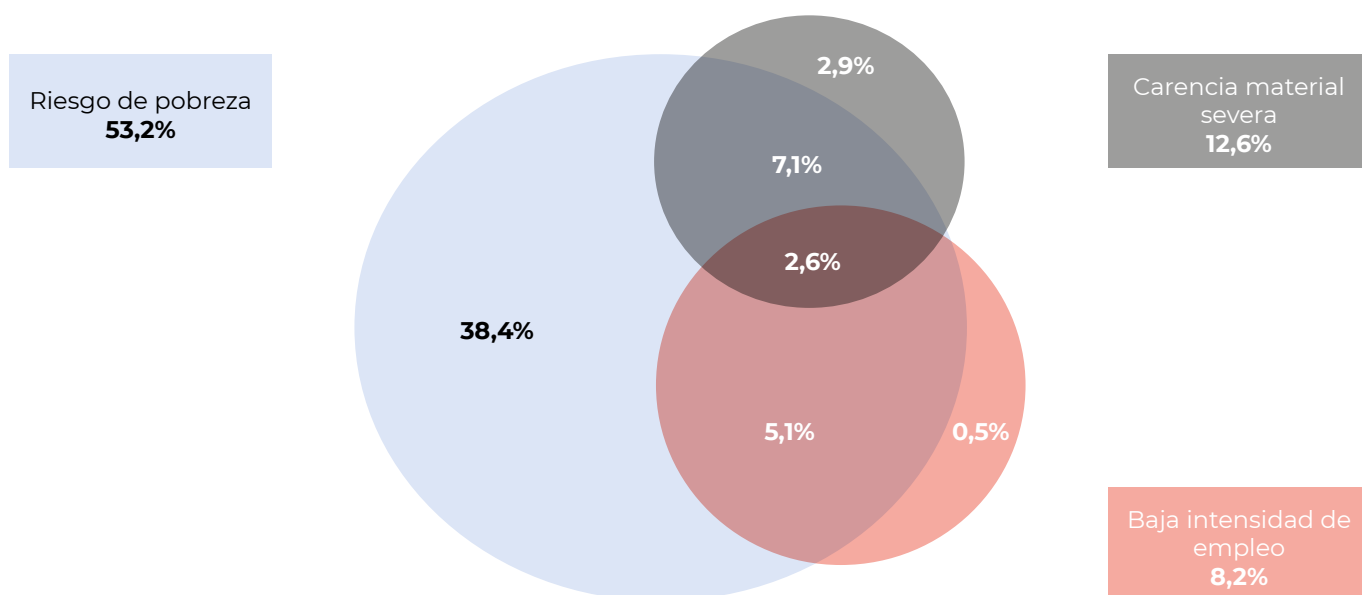
Para calcular la tasa AROPE (hogares en riesgo de pobreza y exclusión de la población atendida) es necesario analizar, por un lado, los hogares con adultos en edad laboral activa (13,8% de los hogares), dado que en este conjunto es posible calcular el indicador correspondiente al desempleo, o baja intensidad de empleo y, por otro lado, los hogares en los que no se puede realizar este cálculo, es decir, aquellos en los que ninguno de sus miembros está en edad activa, los hogares compuestos básicamente y de modo exclusivo por personas mayores (74,6%), para quienes se tienen en cuenta dos indicadores: el de pobreza relativa y el de carencia material, a fin de calcular la tasa AROPE. Tras este cálculo independiente, se integran los resultados de ambos conjuntos, a fin de obtener el AROPE de la población atendida. Quedan fuera de este cálculo un 11,6% de los hogares que no facilitaron la información necesaria para la realización de este cálculo.

A) HOGARES CON ALGÚN MIEMBRO EN EDAD LABORAL ACTIVA

La **tasa AROPE** se define como el porcentaje de población que cumple, al menos, una de estas tres condiciones: 1) estar por debajo del umbral de la pobreza, 2) estar en situación de carencia material severa, 3) vivir en un hogar en desempleo o con muy baja intensidad de empleo.

Para los hogares con algún miembro en edad laboral la **tasa AROPE alcanza el 59,2%**, ya que sólo un 40,8% de los mismos no está afectado por ninguna de las tres situaciones. El porcentaje de hogares donde confluyen los tres factores de desigualdad es del 2,6% y el porcentaje de hogares donde se dan dos de estos factores simultáneamente es del 12,2% (hay un 7,1% de hogares en situación riesgo de pobreza y carencia material severa, un 5,1% en riesgo de pobreza y desempleo y ninguno que sufra carencia material severa y desempleo sin riesgo de pobreza). El siguiente diagrama muestra la situación de los hogares en función de los tres indicadores (pobreza relativa, carencia material severa y hogar en desempleo).

Componentes del riesgo de pobreza y exclusión social de los hogares de las personas atendidas, con algún miembro en edad ocupacional activa.

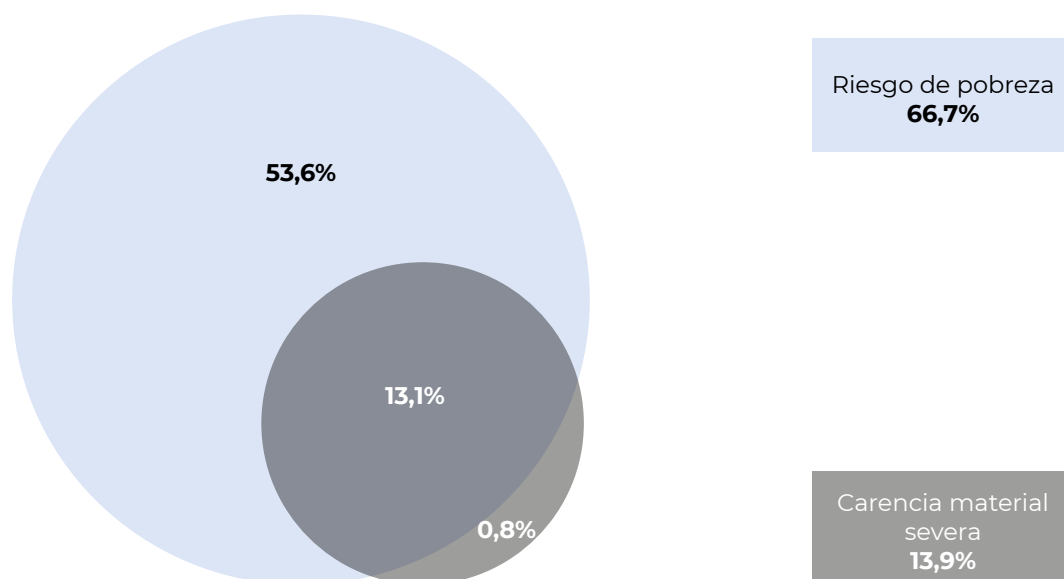


B) HOGARES DE PERSONAS MAYORES (HOGARES SIN NINGUNA PERSONA EN EDAD LABORAL)

Estos hogares representan el 74,6% de la muestra y **en el 67,5% de ellos se da, al menos, uno de los factores AROPE**. El porcentaje de hogares donde confluyen los dos factores de desigualdad es del 13,1%. En un 32,5% de los hogares no se registra ninguno de estos indicadores.

El siguiente diagrama muestra la situación de los hogares en los que sólo viven personas de 65 o más años, en función de dos indicadores (pobreza relativa y carencia material severa).

Componentes del riesgo de pobreza y exclusión social de los hogares compuestos solo por personas mayores.



C) HOGARES EN RIESGO DE POBREZA Y EXCLUSIÓN – AROPE EN EL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Las diferencias en estos dos tipos de hogares en cuanto a su riesgo de pobreza y exclusión son reducidas (59,2% en los que tienen algún miembro en edad laboral y 67,5% en los que todos los miembros son inactivos). La tasa global, sumando los dos tipos de hogares es del 66,2% (muy cercana a la de los hogares inactivos ya que recordemos que tres de cada cuatro hogares pertenecen a esta tipología).

Según la ECV-2020, la tasa AROPE en la población española era del 26,4%, tasa superada extensamente por los hogares en los que residen las personas mayores atendidas por Cruz Roja. Pero aún es mayor la distancia si comparamos solo los hogares compuestos por mayores de 65 años: a nivel nacional, la tasa desciende a 20,5%, es más de tres veces inferior que la de ese mismo tipo de hogar cuando nos referimos a las personas mayores atendidas en Cruz Roja.

Por otro lado, por continuar ampliando el contexto comparativo, estos hogares de personas mayores de 65 años, aun estando en un alto riesgo de pobreza y exclusión, están en una relativa mejor situación que el conjunto de los hogares atendidos por Cruz Roja.

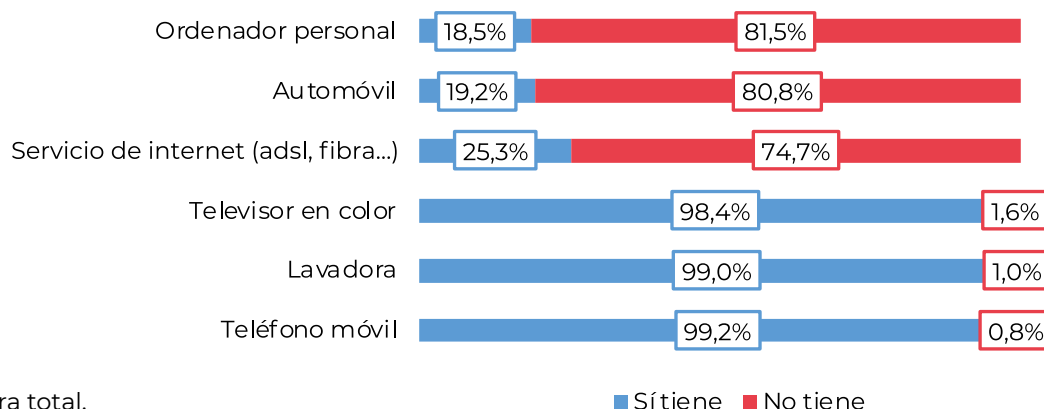
		Encuesta de Condiciones de Vida 2020		Mayores de 65 años atendidos por CRE
		Total población española	Mayores de 65 años	
INDICADORES DE POBREZA	Hogares en riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE)	26,4%	20,5%	66,2%
	Hogares bajo el umbral de pobreza	21,0%	18,8%	64,9%
	Hogares en situación de privación material severa	7,0%	3,2%	13,9%

D) CARENCIA MATERIAL SEVERA

Para poder calcular el indicador de la Encuesta de Condiciones de Vida (Instituto Nacional de Estadística) denominado “Carencia Material Severa” es preciso contar con la información sobre una serie de variables que se han establecido como básicas para la vida cotidiana en España y la Unión Europea.

Un grupo de estas variables se refiere a la posesión de determinados aparatos, vehículo y electrodomésticos. A los que intervienen en el indicador (automóvil, televisión en color, lavadora y teléfono móvil) hemos añadido la posesión de ordenador personal y el servicio de Internet. En general, se observa que los encuestados tienen cubiertas tres de estas seis necesidades, a excepción del ordenador personal, el automóvil y el servicio de internet (respectivamente carecen de ellos el 81,5%, el 80,8% y el 74,7%).

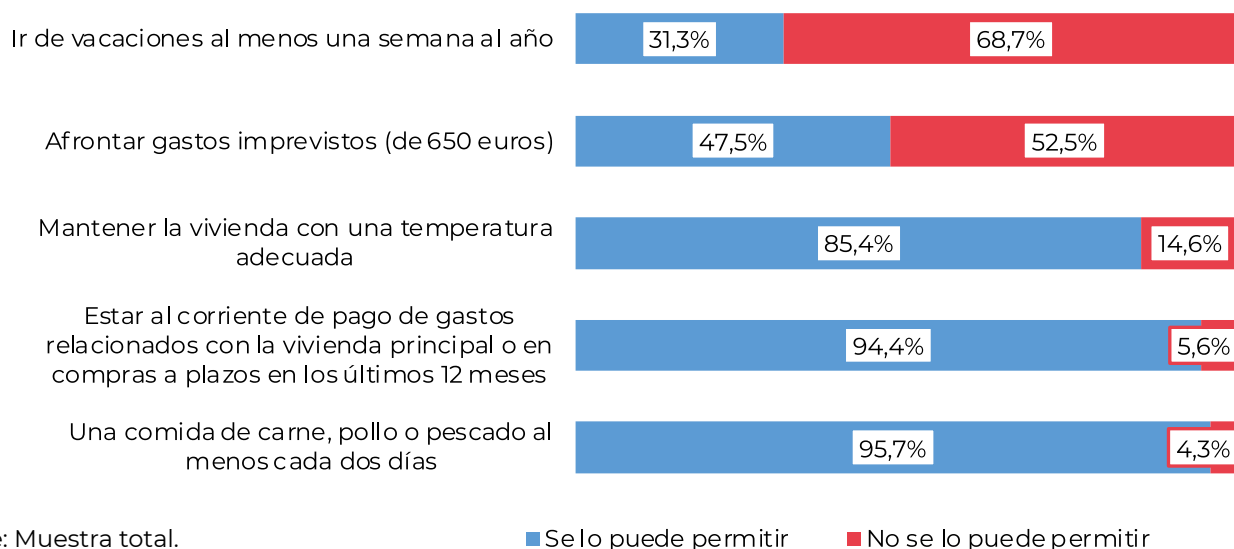
Distribución de los encuestados en función de si dispone de determinados bienes (en %)



Otra de las variables que se analizan se refiere a si están al corriente de pago de gastos relacionados con la vivienda principal o de otro tipo de préstamos o compras a plazos en los últimos 12 meses. El 5,6% de los encuestados no está al corriente de estos pagos.

El 68,7% de los encuestados no puede permitirse ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año. El 52,5% de los hogares no tiene capacidad para hacer frente a un gasto imprevisto de 650 euros con sus propios recursos. El 14,6% indica que no puede mantener su vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos. Un 4,3% señala que no puede realizar una comida de carne, pollo, pescado o su equivalente vegetariano cada dos días.

Distribución de los encuestados según su capacidad de realizar ciertas actividades consideradas básicas



Con esta información, se puede calcular el índice de “carencia material” que es uno de los tres componentes del indicador AROPE. Nueve de estas preguntas son los ítems que definen el indicador de carencia material severa (recordemos que hemos añadido el ordenador personal y el servicio de internet que no intervienen en el indicador). Se considera que una persona está en esta situación si tiene dificultades o no alcanza a cubrir 4 de estos 9 ítems.

La Encuesta de Condiciones de Vida de 2020 (ECV-2020, publicada el 15 de julio de 2021 y que ofrece información sobre los ingresos medios de los hogares durante el año anterior a la entrevista)¹ informó que, para la población residente en España, la tasa de carencia material severa fue del 7% (frente al 4,7% en el año anterior) y del 3,2% entre las personas mayores.

Para los usuarios entrevistados, la tasa de carencia material severa alcanza el 13,9%. La media de este índice se sitúa en 2,3 indicando que, en media, las personas de este programa tienen dificultades en 2,3 de estos ítems. La mediana se sitúa en 2, es decir, como mínimo la mitad de los usuarios entrevistados tiene dificultades en 2 o más de estos ítems.

E) POBREZA RELATIVA

El indicador de pobreza relativa es el segundo de los elementos que intervienen en el cálculo de la tasa de pobreza y exclusión social de la Unión Europea (AROPE). El umbral de la pobreza se fija en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas (o renta anual neta normalizada de los hogares)². El propósito de normalizar la renta por hogar se hace con el fin de ajustarla a los distintos tamaños y composiciones de los hogares.

¹ https://www.ine.es/prensa/ecv_2020.pdf

² La mediana es el valor que, ordenando a todos los individuos de menor a mayor ingreso, deja una mitad de los mismos por debajo de dicho valor y a la otra mitad por encima. Por tanto, por tratarse de una medida relativa, su valor depende del nivel de renta y de cómo se distribuya la renta entre la población.

La Encuesta de Condiciones de Vida de 2020 informó que, para la población residente en España, el ingreso medio anual por persona alcanzó los 12.292 euros, cifra un 5,2% superior a la registrada el año precedente.³ Al aumentar los ingresos de la población, también se incrementa el umbral de riesgo de pobreza. El umbral de pobreza se situó en 9.626 euros anuales (por persona), un 6,8% más que el estimado para el año anterior. Por tanto, un hogar se encuentra en pobreza relativa si su renta mensual normalizada es **inferior a 802,17 euros** mensuales.⁴

En el caso de la ECV-2020, la pobreza relativa alcanzó al 21% de la población de España (frente al 20,7% del año anterior)⁵ y al 18,8% entre las personas mayores. En el caso de los hogares en los que residen las personas mayores atendida por Cruz Roja, **la pobreza relativa afecta al 64,9%**⁶.

F) POBREZA MUY ALTA Y EXTREMA

Para reflejar las situaciones más severas, se utilizan también los umbrales de riesgo de pobreza muy alta y de riesgo de pobreza extrema, que se fijan como el 50% y el 40% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo, respectivamente.

A partir de la ECV-2020 se deduce que el umbral de riesgo de pobreza muy alta español era de **8.021,50** euros anuales (por persona) y que el umbral de riesgo de pobreza extrema era de **6.417,20** euros anuales (por persona). Por lo tanto, un hogar estará bajo el umbral de riesgo de pobreza muy alta si su renta mensual normalizada es **inferior a 668,46** euros y en pobreza extrema, si es **inferior a 534,77** euros.

Hogares de las personas mayores atendidas por Cruz Roja bajo distintos umbrales de riesgo de pobreza

Riesgo de	% respecto del total
Pobreza relativa (por debajo del 60% de la mediana, 802,17 euros mensuales para hogar de 1 persona)	64,9%
Pobreza muy alta (por debajo del 50% de la mediana, 668,47 euros mensuales para hogar de 1 persona)	38,0%
Pobreza extrema (por debajo del 40% de la mediana, 534,78 euros mensuales para hogar de 1 persona)	17,1%
Número total de hogares	1.055

³ https://www.ine.es/prensa/ecv_2020.pdf

⁴ La renta anual normalizada de un hogar se obtiene dividiendo la renta neta anual por el tamaño normalizado del hogar. Según Eurostat, el tamaño normalizado de un hogar se calcula como: Se asigna un peso de 1.0 al primer adulto del hogar, un peso de 0.5 al segundo adulto y a cualquier otra persona de 14 o más años en el hogar, y se asigna un peso de 0.3 a cada niño menor de 14 años en el hogar. Entonces, el tamaño normalizado del hogar se obtiene calcula como la suma de estos pesos asignados a cada persona, es decir:

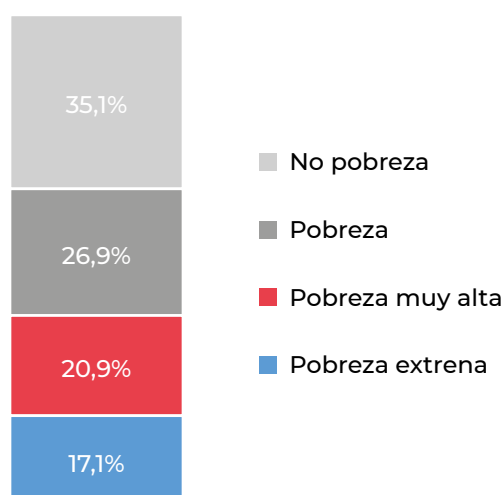
$$Hdi=1+0.5Hdi\geq 14-1+0.3Hdi<14$$

donde $Hdi\geq 14$ es el número de personas de 14 o más años en el hogar y $Hdi<14$ es el número de niños menores de 14 años en el hogar.

⁵ https://www.ine.es/prensa/ecv_2019.pdf La población en riesgo de pobreza es un indicador relativo que mide desigualdad. No mide pobreza absoluta, sino cuántas personas tienen ingresos bajos en relación al conjunto de la población.

⁶ De los 1200 encuestados para este Boletín, 1055 han proporcionado información sobre los ingresos netos mensuales de su hogar, esto es el 87,9% de la muestra.

Porcentajes acumulados de hogares de las personas mayores atendidas por Cruz Roja bajo distintos umbrales de pobreza ⁷



G) TASA DE TRABAJADORES POBRES

Se consideran trabajadores pobres a aquellas personas que han estado empleadas durante al menos siete meses en los últimos doce y que, a la vez, viven en un hogar cuyos ingresos están por debajo del 60% de la mediana de la renta del país.⁸

La tasa de trabajadores pobres para los hogares de los usuarios de este programa alcanza el 51,5%⁹

(recordemos que los hogares que han proporcionado información sobre sus ingresos, en los que hay alguna persona activa son minoritarios, concretamente representan un 13,8% del total de hogares).

H) POBREZA INFANTIL (MENORES DE 16 AÑOS)

Son muy minoritarios los hogares en los que hay algún menor de 16 años, de hecho, este tipo de hogares representa menos del 1%. Más allá de su reducido número, la situación de estos niños y niñas es muy grave, todos ellos, **el 100% viven en situación de pobreza infantil**, es decir, en hogares bajo el umbral de riesgo de pobreza.

6.2. Situación del hogar

A) INGRESOS EN EL HOGAR

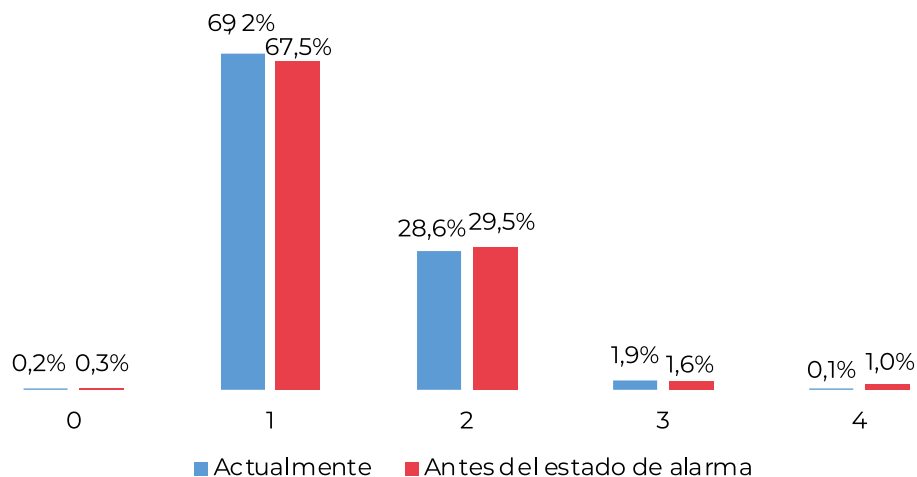
En la mayoría de los hogares, el 68,9%, sólo hay una persona con ingresos en el hogar y prácticamente no ha habido variaciones en esta situación si analizamos el periodo previo y posterior a la pandemia. Esto es lógico atendiendo a que en la mayoría de los hogares los ingresos dependen de pensiones de jubilación, en las que los ingresos no se ven afectados por situaciones de crisis como la ocasionada por la pandemia.

⁷ Por cómo se definen estos umbrales, observar que un hogar en situación de pobreza extrema también se encuentra en pobreza muy alta y en pobreza; un hogar bajo el umbral de pobreza muy alta también lo estará bajo el umbral de pobreza.

⁸ *In-work poverty* en inglés, indicador que se utiliza desde 2005. La tasa de riesgo de pobreza en el trabajo es la proporción de la población ocupada, de 18 a 59 años, con una renta equivalente disponible por debajo del umbral de riesgo de pobreza, según la definición de EUROSTAT.

⁹ Esta tasa está calculada teniendo en cuenta todos los miembros de los hogares (no sólo el entrevistado) que facilitaron información acerca de sus ingresos, que son el 88,4% de la muestra.

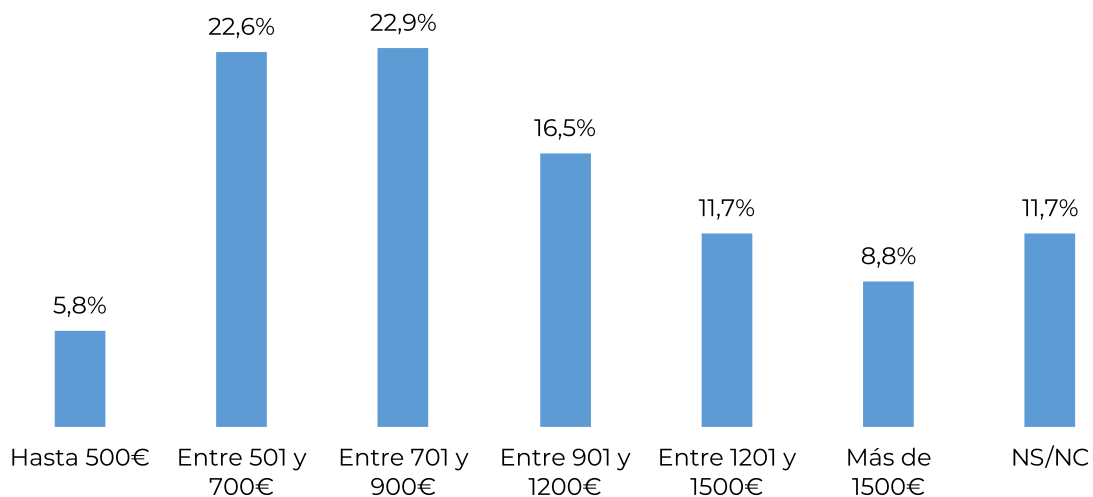
Número de personas del hogar con ingresos



Base: Muestra total.

Respecto a los ingresos mensuales del hogar, un 5,8% vive con 500 euros como máximo, un 45,5% ingresa entre 501 y 900 euros, un 28,2% tiene unos ingresos de entre 901 y 1500 euros y un 8,8% ingresa más de 1500 euros al mes. Un 11,7% no ha querido responder a esta pregunta.

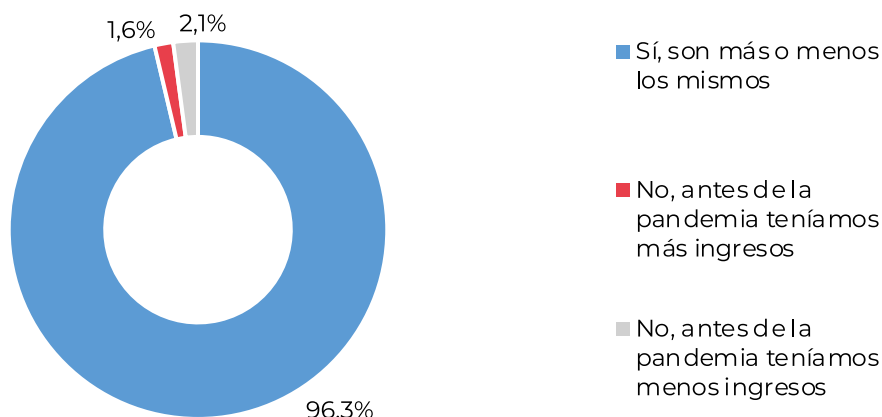
Ingresos mensuales del hogar



Base: Muestra total.

También en el caso de los ingresos, los efectos de la crisis económica generada por la pandemia no parecen haber alcanzado a la mayoría de los hogares, sólo el 3,7% ha visto variar sus ingresos, siendo un 1,6% los hogares que han perdido ingresos en este periodo de tiempo.

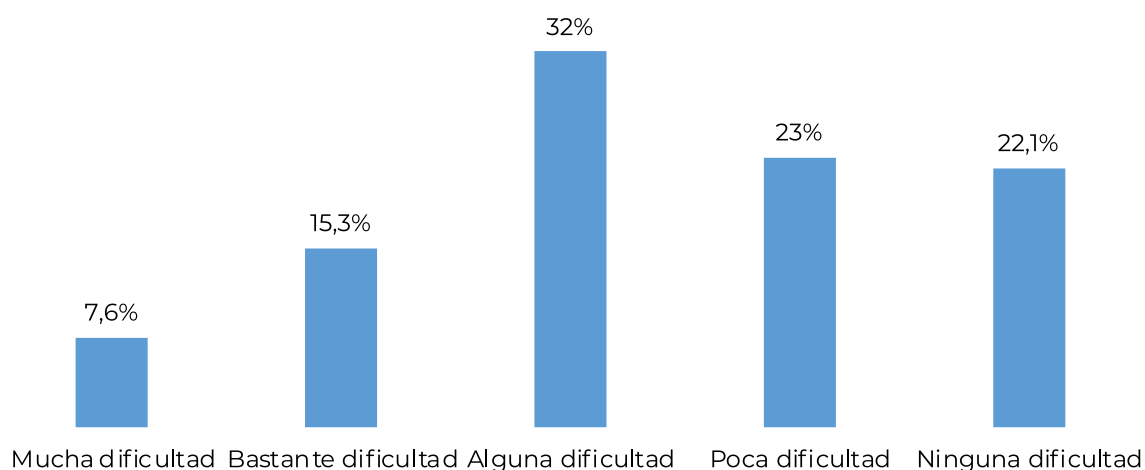
Variación de los ingresos respecto a antes de la pandemia



Base: Muestra total.

Con los ingresos actuales, sólo un 22,1% de los hogares no tiene dificultades para llegar a fin de mes. El 22,9% de los hogares tienen mucha o bastante dificultad para llegar a fin de mes y el 55,0% tiene alguna o poca dificultad para llegar a fin de mes.

Dificultad para llegar a fin de mes con los ingresos actuales mensuales del hogar

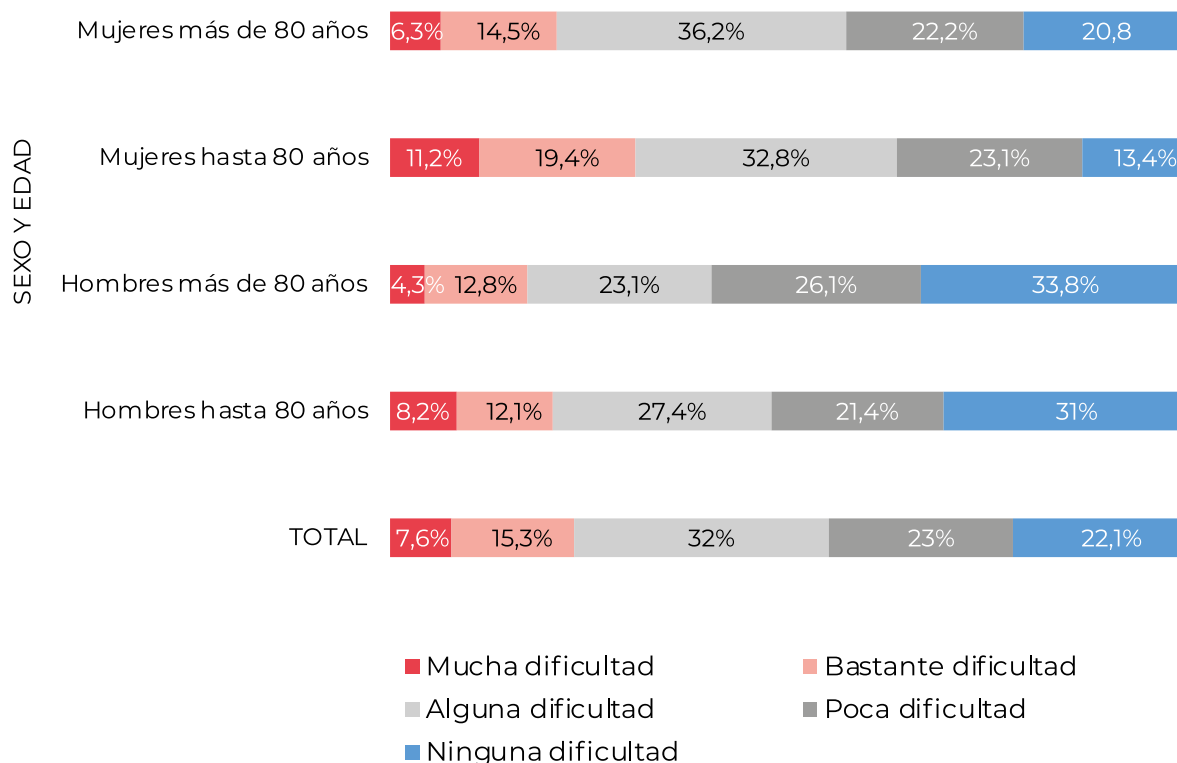


Base: Muestra total.

Esta declaración sobre las dificultades económicas es la que hemos utilizado como variable de análisis, estableciendo tres tipos de hogares: con muchas dificultades económicas (mucha+bastante), con alguna dificultad o sin dificultades económicas (poca+ninguna).

Si atendemos a las diferencias por sexo, las mujeres tienen muchas más dificultades que los hombres para llegar a fin de mes, sobre todo las mujeres más jóvenes: mientras que entre ellas, el 30,6% afirma tener muchas o bastantes dificultades, entre el resto de grupos como máximo el 20,3% declara vivir esta situación.

Dificultades para llegar a final de mes, según sexo y edad



Base: Muestra total.

Esta situación, mucho más complicada entre las mujeres más jóvenes, es la responsable en buena medida de que, globalmente, este grupo de edad sea el que tenga mayores dificultades.

Los datos evidencian que la situación económica de las personas mayores depende de sus ingresos, también en los grupos focales se partía de esta premisa. En líneas generales, los hombres tienen más ingresos que las mujeres, debido a que han tenido trabajos más estables en el tiempo y han cotizado a la Seguridad Social. Por el contrario, si bien las mujeres no han parado de trabajar en toda su vida, una parte importante de este trabajo ha sido en el ámbito reproductivo, por el que no han percibido ingresos. Y cuando lo han realizado de forma externalizada (como empleadas de hogar), la ausencia de contratos y de cotizaciones a la Seguridad Social ha hecho que éste no tenga reflejo en sus pensiones actuales. Además, algunas mujeres han trabajado en empresas familiares, en ocasiones sin contrato formal y en otras con contrato, pero temporal o parcial, teniendo escaso impacto en el cálculo de las pensiones. El resultado de esta trayectoria es que muchas mujeres mayores cobran pensiones no contributivas, cuyo promedio es inferior a 400€¹⁰, o bien pensiones de viudedad, cuyo promedio es de 760€¹¹. En España, además, hay casos de personas mayores que no tienen ningún tipo de ingreso. Se trata de personas migrantes, que tampoco perciben pensiones por parte de sus países de origen o las que perciben incluyen ingresos muy reducidos, que no les permiten vivir de manera autónoma (en torno a los 200€). Estas personas, al haber migrado poco tiempo antes de cumplir los 65 años o con esta edad ya cumplida o por no tener autorización de residencia, experimentan situaciones de extrema vulnerabilidad. En general, subsisten gracias al apoyo de sus familias.

¹⁰ Según datos del IMSERSO la pensión no contributiva media por jubilación e invalidez en 2020 era de 395,60€ mensuales.

¹¹ La pensión media de viudedad de las mujeres a 1 de noviembre de 2021 según los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social es de 761,82€ mensuales.



“Mi mujer tiene una paga no contributiva, mi mujer también estuvo trabajando, no llegó a tener para la jubilación, pero estuvo trabajando aquí en una empresa y luego estuvo de autónoma, nosotros teníamos una empresa y ella era la que figuraba en la empresa, y estuvo bastante tiempo cotizando. Entonces, se reclamó la paga no contributiva y ha estado cobrando, no sé si habrá subido algo, 300 cobraba de la paga contributiva, eso es una ayuda que tenemos”. (Julio, GF personas cuidadoras)

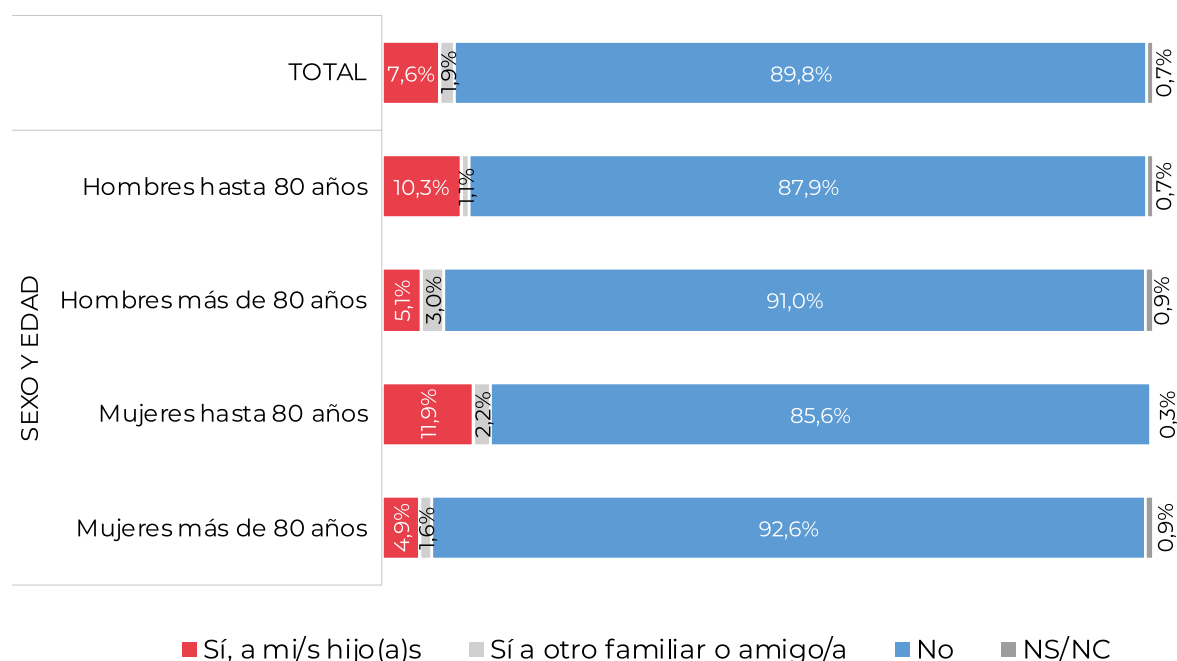
“Al final coticé por empleada de hogar para cumplir, que me quedaban dos años, creo que era, o tres, y dije «Yo voy a perder ahora estos años así», mi marido me decía «No te hace falta, deja, no sé qué», dije «No. Yo quiero tener algo mío. Si tengo 12 o 13 años, ¿por qué no voy a hacerlo?», y lo hice, y cobro 660 y algo. Yo ya casi cobro igual que los que no cotizaron algo, y eso también dices tú, necesitas más, porque si necesitas una persona o tienes que pagar o cualquier cosa, ¿qué haces? No te llega nada. Yo porque mi marido tiene un sueldo bien, pero si él fallece, quedo yo, ya me quitan a mí, le quitan a él, no sé qué me darán. (Rosa, GF personas cuidadoras)

“yo he trabajado pero muy poco, mi marido me decía «Tú qué vas al trabajo para andar por ahí», entonces, no tenía cotizado, tenía poco. Yo he trabajado pero poco, no tenía cotizado, porque como a mi marido le descubrieron la hemofilia, tuve que andar 53 años por ahí con él, entonces, tuve que dejar el trabajo y adaptarme a él, cuidarlo. Entonces, me quedó solamente la de viuda.” (Filomena, GF personas mayores, Galicia)

B) AYUDAS ECONÓMICAS A OTRAS PERSONAS

Las personas mayores que con sus ingresos ayudan económicamente a otras personas representan el 9,5% (en el 33,7% de los casos esa ayuda es nueva tras la pandemia, antes el receptor no la necesitaba) siendo más frecuente la realización de este tipo de aportaciones entre las más jóvenes: hacen aportaciones el 11,4% de los hombres de hasta 80 años y el 14,1% de las mujeres de ese grupo de edad.

Ayudas económicas a otras personas, según sexo y edad



Base: Muestra total.

En la mayoría de los casos se trata de ayudas a los hijos o hijas y, en uno de cada tres se trata de ayudas que han surgido como consecuencia de la crisis ocasionada por la pandemia del COVID-19.

Ayudas económicas de las personas mayores a otras personas y momento en el que han surgido

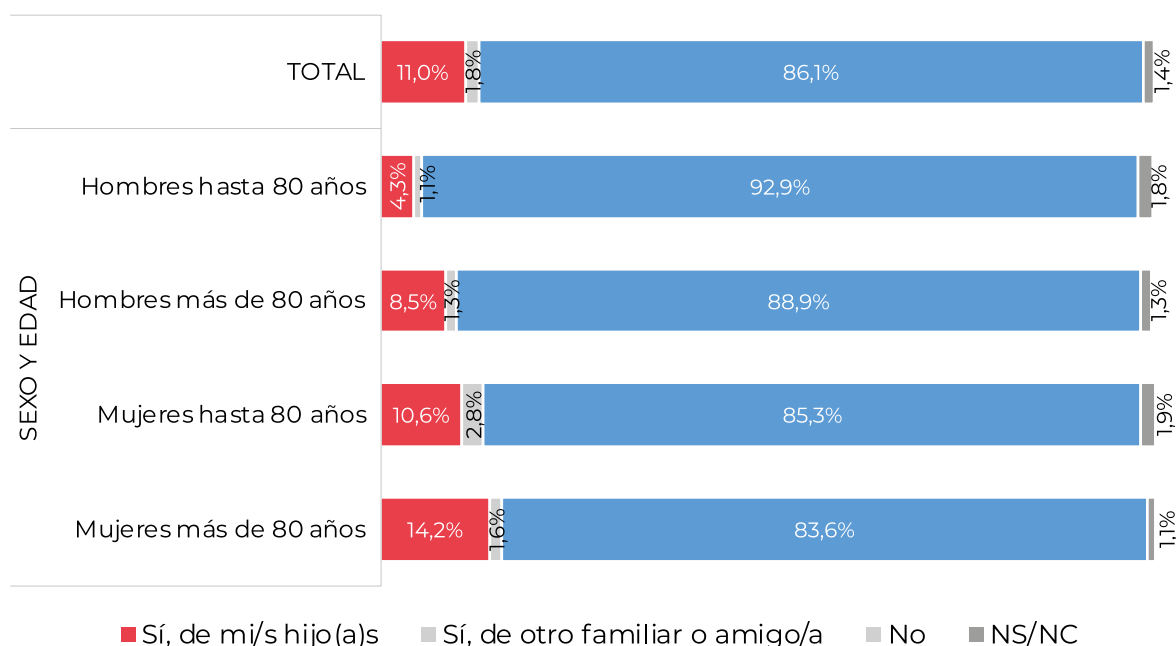
Ayuda económica a otras personas	NO	89,8%	Ayuda nueva tras la pandemia, antes no la necesitaba	33,7%		
	SI	A mi/s hijo(a)s		7,6%	Antes también le ayudaba	66,3%
		A otro familiar o amigo/a		1,9%		La ayuda ha aumentado
				9,5%	Es más o menos igual	93,8%
	NS/NC	0,7%				



“Rosa: el hijo trabaja y la hija no trabaja, le estamos ayudando, a mí no me importa que no trabajen, te lo digo de verdad, porque tenemos para ayudarle y lo que sea, pero es por ella, ella está mal, da pena verla porque ella trabajó siempre”. (GF personas mayores, Galicia)

Si un 9,5% de las personas mayores ayudan económicamente, principalmente a sus hijos o hijas, hay una proporción similar que recibe de otras personas este tipo de ayudas (12,8%).

Ayuda económica recibida de otras personas desde que empezó la pandemia (Posible respuesta múltiple)



Base: Muestra total.

El tipo de ayuda económica más habitual es la que brindan hijos e hijas (11%).

También esta circunstancia, recibir ayuda económica, es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, la diferencia por sexo es más amplia cuando nos centramos en los de menor edad: mientras que un 4,3% de los hombres de 80 o menos años recibe alguna ayuda de sus hijos o hijas, ésta la reciben el 10,6% de las mujeres de la misma edad.

Ayuda económica recibida y momento en el que ha iniciado la ayuda

	NO	86,1%			
Ayuda económica recibida de otras personas	SI	De mi/s hijo(a)s	11%	Ayuda nueva tras la pandemia, antes no la necesitaba	
		De otro familiar o amigo/a	1,8%	13,6%	
	NS/NC		1,4%	Antes también la recibía	86,4%
				La ayuda ha aumentado	3%
			Es más o menos igual	97%	



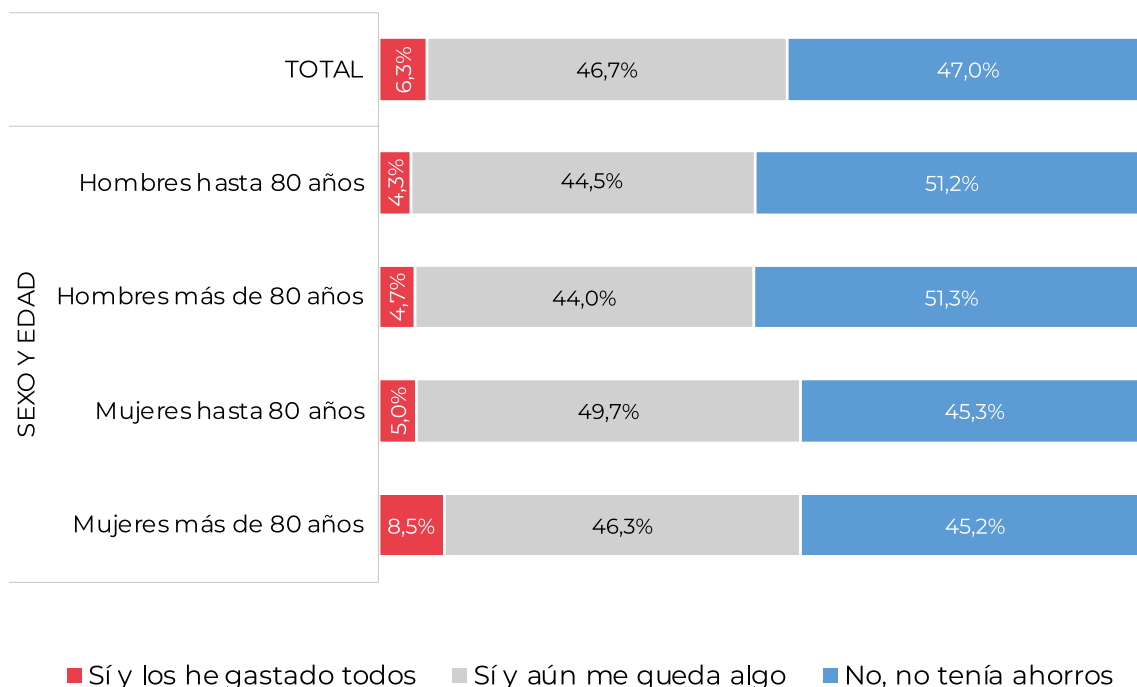
“Toda mi vida fui solvente económicamente, incluso hasta les ayudaba a mis hijas y a mis hijos, nos íbamos de vacaciones, teníamos un mes de vacaciones en diciembre, nos íbamos para cualquier país, a Chile, a Argentina, yo cargaba con todos, o sea, una solvencia económica. Y llegar aquí, no tener dinero, lo que mi hija me daba, y después que mi hija entra en este periodo donde lo que ella ganaba era para ir al día ¿Sabes? Es terrible. De hecho, yo me sentí un poquito mal después que llegué, porque mi billetera estaba vacía, cuando tenía 10, 20 euros, era mucho dinero. Ya poco a poco, como se está normalizando el trabajo de mi yerno pues ya estamos un poquito mejor. Pero es duro, como decimos nosotros, es bien rudo no tener solvencia económica.” (Marisol, mujer mayor migrante, GF personas mayores, Galicia)

En la inmensa mayoría de los casos, las ayudas comenzaron a percibirse antes de que se iniciara la pandemia, solo un 13,6% de estas ayudas se han iniciado tras la pandemia.



C) IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA ECONOMÍA DOMÉSTICA

Uso de ahorros desde que comenzó la pandemia, según sexo y edad



Base: Muestra total.

Un 6,3% de las personas encuestadas afirma que ha usado y gastado todos sus ahorros desde que comenzó la pandemia de la COVID-19, un 46,7% sigue usando sus ahorros y un 47,0% no ha podido usarlos porque carecía de ellos.

La carencia de ahorros es algo más frecuente entre los hombres y, en este caso, las diferencias por edad no están tan claras sólo es destacable la mayor proporción de mujeres de más de 80 años que han gastado todos sus ahorros (8,5%, mientras que en el resto de los grupos como mucho alcanza un 5%).

En los grupos focales, algunas personas mayores consideran que la situación generada por la pandemia no ha repercutido en su economía. Por el contrario, han reducido gastos, ya que tanto durante el confinamiento, como posteriormente durante la desescalada y la actual situación de mantenimiento de las medidas de seguridad, han dejado de lado actividades o bienes de carácter no esencial. No obstante, en estos casos, se ha tratado de personas mayores que cuentan con mayores ingresos económicos.

”

“Al revés, he ahorrado. Hacer la compra, bajaba también mi marido a hacer la compra. Como yo había cogido el COVID y ya estaba bien, pero estaba en casa, para que no saliera... cariños que matan, claro, para que no saliera, digo «Bueno, bueno», le hacía la lista y me lo traía. Pues yo creo que al revés, hemos ahorrado. La compra de comer y ya está.” (Elena: GF personas mayores, Madrid)

“Yo creo que los gastos no se han notado durante el confinamiento. Además, las vacunas han sido gratis, eso ha sido todo gratis.” (Graciano: GF personas mayores, Madrid)

“Las familias jóvenes con niños, pues claro, eso sí es posible, pero gente como nosotros no hemos tenido... al contrario, no podíamos salir, gastábamos menos.” (Amparo: GF personas mayores, Madrid)

“Es que ni en transporte, ni en cafeterías, ni en ir a un cine, a un teatro, nada.” (Elena: GF personas mayores, Madrid)

En otros casos, la situación no ha sido así, sobre todo cuando los ingresos son menores. Por ejemplo, los bienes farmacéuticos relacionados con las medidas de seguridad por la pandemia (mascarillas, gel hidroalcohólico) han pasado a ser parte fundamental de la canasta familiar y han incrementado el precio de ésta. De igual modo, la pérdida del empleo o la extensión de los Expedientes de Regulación Temporal del Empleo (ERTE) de personas ocupadas antes de la pandemia, ha generado la necesidad de ayuda económica por parte de padres y madres jubilados o pensionistas. En los últimos meses, el aumento del precio de los bienes básicos debido a la inflación creada por la crisis de los transportes y de la energía eléctrica a nivel mundial, está generando grandes dificultades en los hogares para hacer frente a su sostenibilidad. Particularmente afectados por esta situación son los hogares donde viven personas mayores, debido a las necesidades de cuidado que algunos requieren (calefacción, alimentación o salud). Hay personas mayores con ingresos mínimos (pensiones no contributivas o por viudedad), a quienes al aumento del precio de la canasta familiar se ha sumado el apoyo económico que han debido realizar hacia sus hijos e hijas, con problemas en el empleo. El personal de Cruz Roja califica de “situación límite” estas circunstancias.

”

“En el caso nuestro, en Tenerife, las personas mayores han tenido que afrontar más gastos, porque muchos de sus familiares, sus hijos, sus nietos, han perdido el trabajo o han estado en ERTE, y digamos que parte de sus ingresos, de su pensión o del dinerito que tenían, ha tenido que ser compartido entre más personas, o porque han venido los hijos o los nietos a vivir con ellos nuevamente o porque han tenido que aportar un poquito más, lo que ha hecho que la persona mayor tenga menos dinero disponible para sus propios gastos. Y otra cosa que también nos ha sorprendido es que muchos de ellos manifestaban no tener dinero para poder costearse mascarillas o gel hidroalcohólico para poder seguir las medidas de seguridad de la pandemia. Desde los diferentes proyectos, como saben, se han ido entregando estos productos, pero nos lo manifestaban directamente, que no tenían dinero para poder comprarlos y que gracias a lo que facilitamos desde los proyectos, pues podían usar mascarilla, tener gel, tanto ellos como sus familias” (Beatriz, GF personal técnico)



”

“En mi caso sí afectó bastante, porque mi hija entró en lo que llamaban el ERTE, con lo cual ella cobraba escasamente, pero como en casa se pagan 550 de vivienda, mi hija de esos mil euros que ella ganaba, ella es encargada de una cafetería, ella cobraba 400. Mi yerno todavía no estaba así en su empleo, aquí no es fácil conseguir empleo, sin embargo, él vino con su homologación y todo en la Complutense de Madrid, es farmacéutico también y él empezó en una farmacia pero puntuales, posparto, esto. Al terminar, chao. Incluso trabajó en un sitio de alarmas, porque con una familia de seis personas tú no te puedes dar el lujo de no trabajar. (...) Afortunadamente, pienso que siempre Dios aprieta pero no ahoga, tuvimos ayuda por parte de los suegros, a mí me salió una tarjeta Monedero en ese momento crítico, duró tres meses, pero me ayudó, justo aquí por Cruz Roja. Y hasta que mi yerno volvió a conseguir trabajo... Y bueno, gracias a Dios quedó fijo en esta farmacia y ahorita como que se está enderezando la cosa”. (Marisol, GF personas mayores, Madrid)

Una circunstancia particular, sucedida durante el confinamiento, fue la paralización de procedimientos administrativos de distinta índole, al menos durante las primeras semanas o meses del confinamiento. Esto ha afectado también a personas mayores que estaban en proceso de tramitar algún tipo de pensión, ayuda técnica o determinación de la dependencia, lo que pudo dar lugar a la falta de ingresos o de cuidados.

”

“Yo trabajo con mujeres mayores viudas, me decían que añadir cualquier gasto, tipo mascarillas, geles hidroalcohólicos... para ellas es estar al límite, ya no digamos con las subidas que ha habido en el ámbito de la alimentación, en la luz, ese tipo de cosas las pone muy muy al límite, porque antes más o menos se podían manejar con los recursos que tenían, pero se les ha ido complicando cada vez más el ajuste de la cesta de la compra con los nuevos gastos que ha implicado la pandemia. Yo me he encontrado con mujeres que no han podido acceder a la pensión de viudedad durante los meses en los que hubo esa mortandad horrible porque no se gestionaban las pensiones de viudedad y tenían que intentar vivir con los recursos de parte de la familia, pero también hijos e hijas habían perdido los trabajos o estaban en ERTES. Entonces, claro, era una situación muy complicada económicamente, porque no funcionaba nada. Es que yo estuve hablando con una señora que llevaba seis meses sin cobrar la pensión de viudedad, a la que tenía derecho, pero no se había podido gestionar porque todos los funcionarios estaban en casa y absolutamente sobrepasados.” (GF personas expertas)



7. Vivienda y accesibilidad

7. Vivienda y accesibilidad

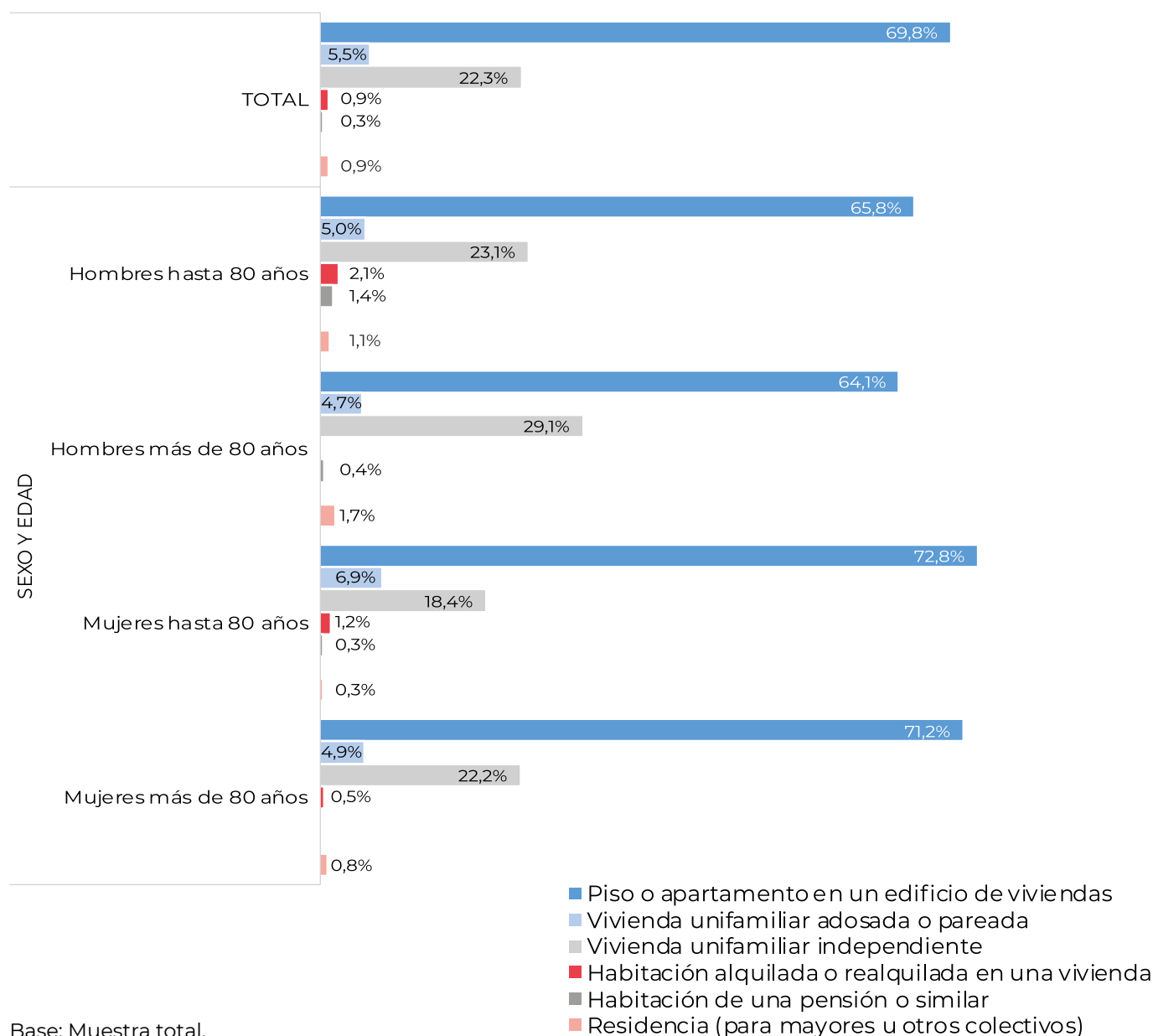
La mayoría de las personas mayores atendidas por Cruz Roja Española tiene una situación habitacional adecuada (97,2%). Hay que señalar, además, que de forma espontánea no surgieron en los grupos focales problemas de especial relevancia en el ámbito de la vivienda, lo que apunta en la misma dirección: no es uno de los problemas más graves de este colectivo.

En cualquier caso, el análisis de todo lo relacionado con la vivienda se centra en este capítulo en la detección de algunas situaciones críticas y especialmente en las condiciones de accesibilidad, aspecto crucial para las personas mayores.

7.1. Características y estado de la vivienda

El 69,8% de las personas mayores vive en un piso o apartamento en altura y el 27,8% en una vivienda unifamiliar, casi todas independientes (22,3%) y algunas adosadas o pareadas (5,5%), siendo estas dos características de la vivienda las más comunes. No obstante, también se registra un 1,0% que viven en habitaciones alquiladas o realquiladas, un 0,9% en residencias, un 0,3% en pensiones o similar y un 0,3% en la calle o albergues provisionales.

Tipo de vivienda en la que reside



Base: Muestra total.

Las situaciones minoritarias representan, sin embargo, posibles condiciones críticas, que son en las que nos centraremos para el análisis segmentado.

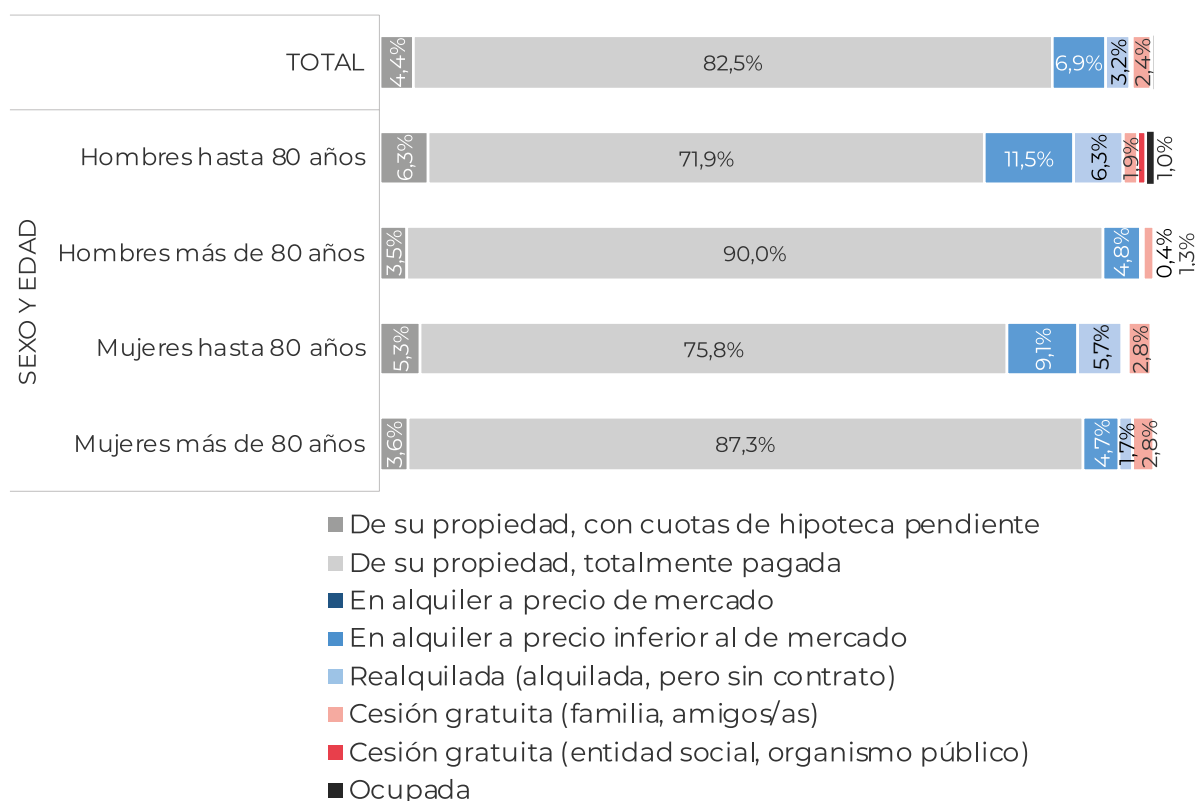
Así, según la combinación de sexo y edad, el porcentaje de hombres de hasta 80 años que viven en habitaciones alquiladas (2,1%), en pensiones (1,4%) y en la calle o albergues provisionales (1,4%) destaca significativamente con respecto al registrado entre el total de la muestra (0,9%, 0,3% y 0,3% respectivamente), lo cual revela el principal rasgo de las personas que viven en esas condiciones.

Otras características asociadas a ese tipo de situaciones habitacionales es la pertenencia a hogares unipersonales y la dificultad económica, lo que apunta a una considerable intersección de situaciones críticas que indican una mayor vulnerabilidad.

A) RÉGIMEN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA HABITUAL

El 82,5% de las personas encuestadas viven en una vivienda en propiedad totalmente pagada. El 6,9% reside en viviendas alquiladas a precio de mercado. Un 4,4% en viviendas de su propiedad con cuotas de hipoteca pendiente y 3,2% en viviendas con alquileres a precios inferiores al de mercado. El 2,6% en diversas situaciones de cesión gratuita.

Tenencia de la vivienda, según sexo y edad(*)



Base: Residen en vivienda o habitación de vivienda.

(*) Sólo aparecen con dato las respuestas que superan el 1%.

Entre las personas con más de 80 años destaca el porcentaje de quienes tienen la vivienda totalmente pagada, tanto en el caso de los hombres (90,0%), como en el de las mujeres (87,3%). Por otro lado, entre los hombres de hasta 80 años se registran porcentajes significativamente altos de quienes viven en alquiler, ya sea a precio de mercado (11,5%) o inferior (6,3%) y también el de quienes viven cesión gratuita por un organismo (1,1%) o en vivienda ocupada (1%). Mientras que entre las mujeres de hasta 80 años destaca el porcentaje de las que viven en alquiler a precio inferior al de mercado (5,7%) y realquiladas (0,9%).

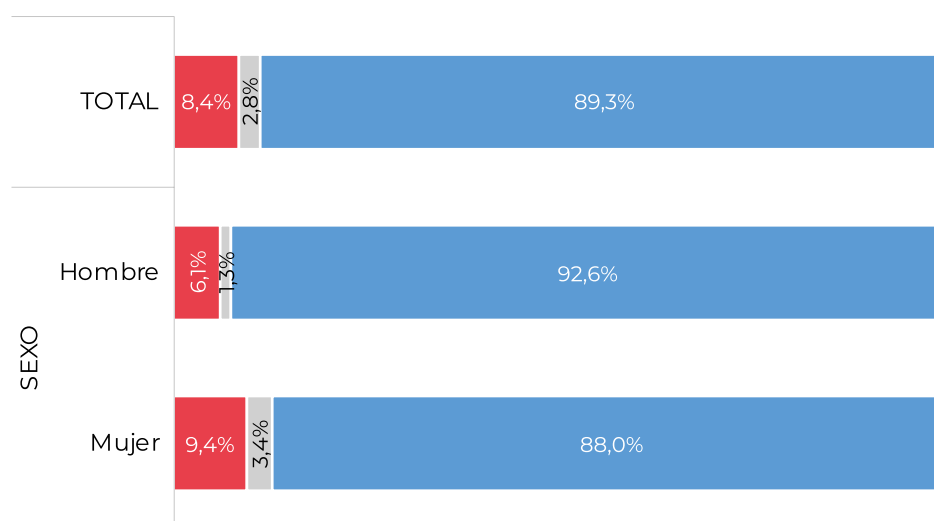
Además, la vivienda en propiedad totalmente pagada es el régimen más extendido entre quienes viven con su cónyuge (86,4%), quienes cuentan con estudios secundarios o más (86,1%) y quienes tienen menores dificultades económicas (86,4%). Mientras que las modalidades de alquiler están más extendidas en un perfil bastante opuesto: quienes viven solos por voluntad propia, con estudios hasta primarios y quienes tienen más dificultades económicas.

7.2. Accesibilidad

Un 8% de las personas encuestadas presenta problemas en el acceso a la vivienda y un 2,5% dificultades para moverse dentro de la misma.

Entre las mujeres se registran porcentajes de quienes señalan problemas de accesibilidad (9,4%) y dentro de la vivienda (3,4%) significativamente superiores a los de los hombres (6,1% y 1,3% respectivamente).

Problemas de accesibilidad (Posible respuesta múltiple)



■ En el acceso a su vivienda ■ Dentro de la vivienda ■ En ninguno de los dos casos

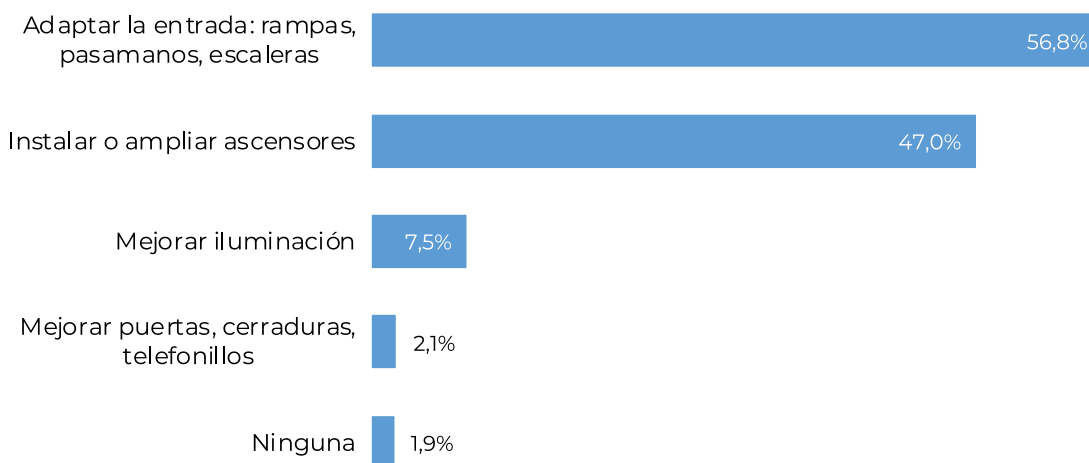
Base: Muestra total.

Los problemas de acceso a la vivienda se producen también en mayor medida entre quienes tienen más dificultades económicas (13,2%) y quienes están siendo cuidados (11,0%), lo que agrava las condiciones de vulnerabilidad.

A) NECESIDADES EN EL ACCESO A LA VIVIENDA

Los problemas en el acceso a las viviendas, se concentran en la necesidad de adaptaciones de rampas, pasamanos y escaleras (56,8%), seguido por la instalación y ampliación de ascensores (47,0%). En menor medida también se demanda una mejor iluminación (7,5%) y mejorar las puertas, cerraduras y telefonillos (2,1%).

Obras que se consideran urgentes para mejorar la accesibilidad (*Posible respuesta múltiple*)



Base: Tienen problemas en el acceso a la vivienda (96n)

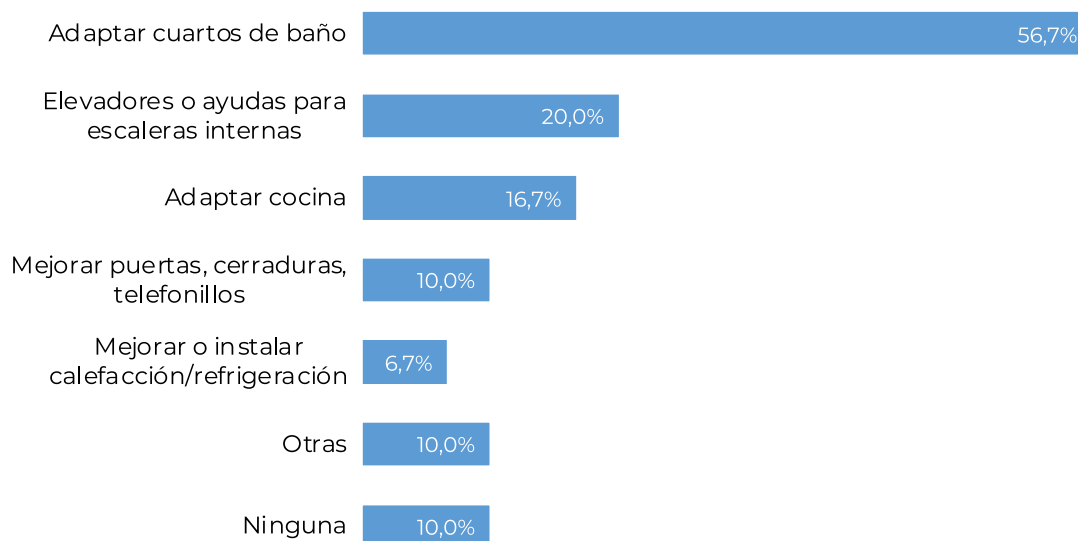
Las mujeres con más de 80 años son las que más demandan la adaptación de la entrada con rampas, pasamanos y escaleras (72,7%), mientras que el 6,3% de las mujeres hasta 80 años indican que hay que mejorar las puertas, cerraduras y telefonillos, porcentaje significativamente superior al 2,1% registrado entre el total.

Además, el 67,5% de quienes están siendo cuidados identifican también problemas de adaptación de la entrada y el 5,8% de quienes tienen más dificultades económicas, la necesidad de mejoras en puertas, cerraduras y telefonillos.

B) NECESIDADES EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA

Las dificultades para moverse dentro de la vivienda se focalizan en la necesidad de adaptaciones de los cuartos de baño (59,2%). También se demandan elevadores o ayudas para escaleras internas (20,3%), la adaptación de cocinas (17,8%), mejorar puertas, cerraduras y telefonillos (10,5%) y mejorar o instalar calefacción/refrigeración (6,3%).

Obras urgentes para la adaptación interior de la vivienda (Posible respuesta múltiple)

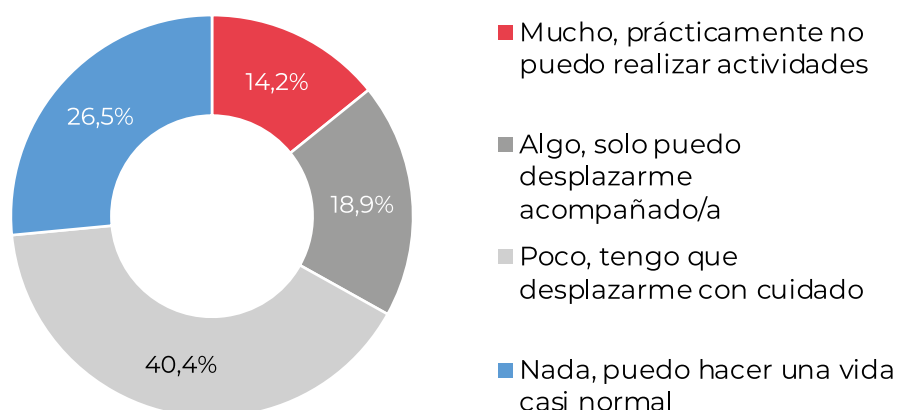


Base: Tienen problemas para moverse dentro de la vivienda (30n)

C) IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS

Las dificultades de las personas encuestadas que declaran tener problemas tanto en el acceso como en el interior de la vivienda a la hora de realizar actividades se concentran en la movilidad, en tener que desplazarse con cuidado (40,4%). Hay un 26,5% de personas entrevistadas que declaran no tener problemas, aunque otro 18,9% afirman que solo pueden desplazarse acompañados/as y un 14,2% que prácticamente no puede realizar ninguna actividad.

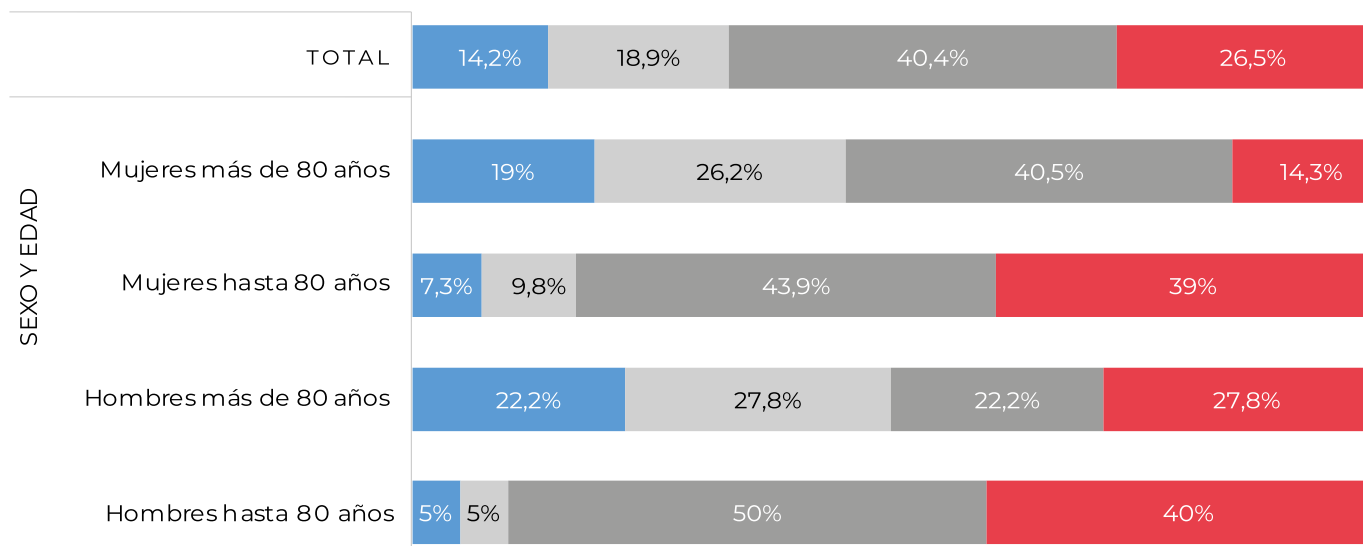
Dificultades para realizar alguna actividad por los problemas de accesibilidad



Base: Tienen problemas en acceso o dentro (121n).

En función de los dos grupos de edad hay una clara vinculación entre las dificultades de movilidad y una edad más elevada. Entre quienes tienen más de 80 años, el 19,7% afirman que prácticamente no pueden realizar actividades y el 26,5% que sólo pueden desplazarse acompañados, porcentajes claramente superiores a los registrados entre quienes tienen menos edad y entre el total. Por su parte, entre quienes tienen hasta 80 años destaca el porcentaje de quienes pueden hacer una vida normal (39,2%).

Dificultades para realizar alguna actividad por los problemas de accesibilidad, según edad



- Mucho, prácticamente no puedo realizar actividades
- Algo, solo puedo desplazarme acompañado/a
- Poco, tengo que desplazarme con cuidado
- Nada, puedo hacer una vida casi normal

Base: Muestra total.

El 93,2% de las personas entrevistadas no tienen problemas de habitabilidad en su vivienda (humedades, goteras, ruidos, malos olores, insectos...). Entre el 6,8% que tiene ese tipo de problemas, el 1,3% los considera graves y el 5,5% no tan graves. El porcentaje de quienes tienen problemas menos graves entre las mujeres llega al 6,6%, significativamente superior al 3,0% registrado entre los hombres y al 5,5% entre el total.

Problemas de habitabilidad (humedades, goteras, ruidos, malos olores, insectos...)



Base: Muestra total (1.200n).

Los hombres de más de 80 años son los que menos declaran padecer este tipo de problemas, llegando a representar entre ellos un 97,0% quienes así lo declaran.

Los problemas graves de este tipo tienen una presencia significativamente superior entre quienes tienen estudios hasta primarios (1,9%) y entre quienes tienen más dificultades económicas (2,6%), destacando también entre estos últimos el 10,5% de quienes señalan problemas de menor gravedad.

D) DIFICULTADES PARA AFRONTAR EL PAGO DE LA VIVIENDA O DE LOS SERVICIOS ESENCIALES

Durante el confinamiento se ha paralizado temporalmente también la tramitación de ayudas sociales dirigidas a personas en situación de vulnerabilidad, como la del bono social para la electricidad o específicas dirigidas a prevenir la pobreza energética, lo que pudo haber causado impagos. Ante las situaciones de vulnerabilidad, el Gobierno aprobó el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Sin embargo, muchas personas mayores tuvieron dificultad para acceder a los trámites para solicitarlas, debido a que su gestión era telemática. En este sentido, se abrió una brecha digital de acceso a la Administración pública.

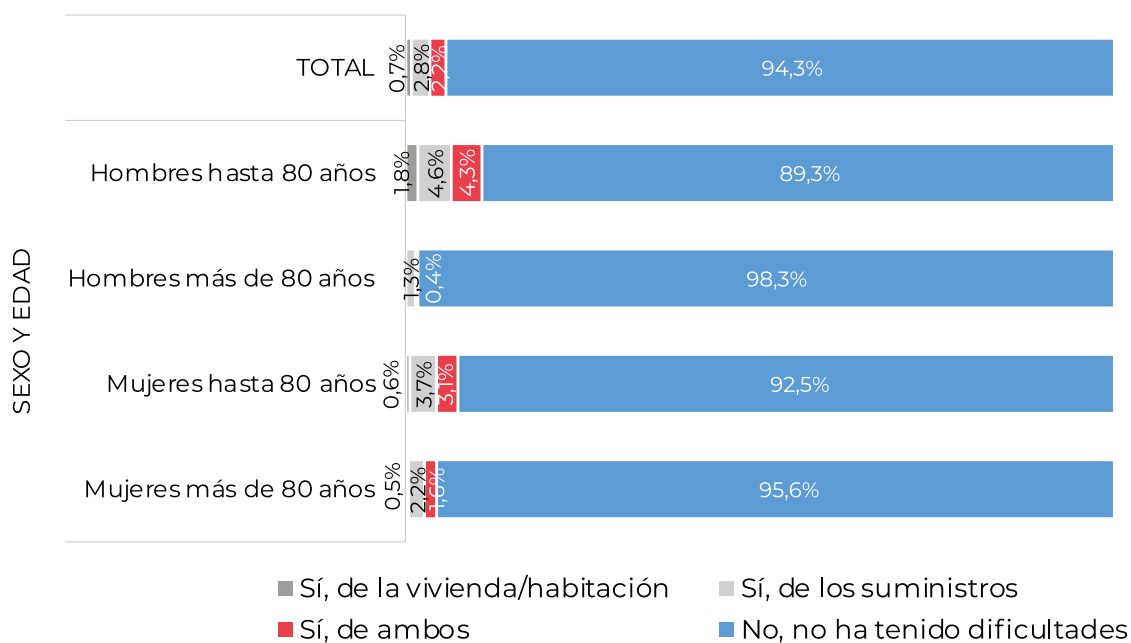
“Yo tengo una ayuda con mi mujer tres días en semana de 43 euros al mes, pero la gasolina ha subido el doble y la ayuda se ha quedado en 43 euros. Entonces, luego dicen que dan, que dan, y no dan nada. Pero sí estuvieran listas para cuando la pandemia, agarrar los 43 euros y no nos han pagado mientras hemos estado confinados ni todo el tema que ha durado la pandemia, eso no nos han dado”. (Julio, GF personas cuidadoras)

Las dificultades en el impago de los suministros se incrementaron en meses recientes debido a la crisis energética. Ésta está relacionada con el aumento de los costes de los derechos de emisión de CO₂ (por el endurecimiento de los objetivos de freno a los cambios climáticos de la Unión Europea), el mayor coste del gas natural, por su mayor demanda frente al carbón y, en general, el aumento de la demanda debido a la fuerte reapertura de la economía mundial. Esta crisis está teniendo impactos directos en los hogares, que perciben incrementos de más del 200% en la factura de la electricidad y otros suministros. En el mes de octubre de 2021, el Gobierno ha aprobado un Real Decreto-ley para mantener la factura final de la electricidad de los consumidores este 2021 en el mismo nivel que 2018. Esta norma combina medidas generales con otras específicas de mayor incidencia en los consumidores vulnerables, las familias, las pymes y el tejido industrial, así como el medio ambiente y los territorios próximos a los grandes embalses. Sin embargo, Asociaciones de Consumidores, como FACUA, consideran que no están siendo suficientes. La evolución de la tarifa semirregulada por el Real-Decreto-ley arrojó, en la primera quincena de noviembre, una factura mensual de 102,35€, un 49,4% por encima de los 68,50€ del mismo mes del año pasado. El precio del kilovatio hora (kWh) ha vuelto a niveles muy similares a los de septiembre, situándose en estos quince días en una media aritmética de 25,50 céntimos (incluido el 10,55% de impuestos indirectos), frente a los 25,35 de hace dos meses. El máximo histórico se alcanzó en octubre, cuando el kWh representó una media de 30,52 céntimos. Estas asociaciones proponen que, entre las medidas, se incluyan descuentos que corran a cargo de las propias compañías eléctricas, de manera proporcional a sus cuotas de mercado.

A pesar de esta situación, la mayoría de las personas mayores entrevistadas (94,3%) niegan haber tenido dificultades para afrontar los pagos de su vivienda o habitación o de los suministros de agua, electricidad, gas, etc.

Es decir, este tipo de dificultades afectan a un 5,7%, en concreto, el 0,7% señala dificultades para pagar la vivienda, el 2,8% indica tener dificultades con los pagos de los suministros y el 2,2% tiene dificultades, tanto para pagar la vivienda, como los suministros.

Problemas para afrontar gastos relacionados con la vivienda



Base: Muestra total.

Las dificultades se concentran más entre los hombres de hasta 80 años, así refleja el 1,8% con dificultades para afrontar el pago de la vivienda o habitación y el 4,3% que señala dificultades de los dos tipos (vivienda y suministros). El 98,3% de hombres con 80 y más años, señalan sin embargo que no han tenido ninguna de esas dificultades.

Evidentemente, las tres respuestas que señalan dificultades correlacionan positivamente con el segmento de personas con más dificultades económicas. Pero además, las dificultades para afrontar el pago de suministros afectan a una proporción mayor entre quienes tienen una convivencia pluripersonal -no conyugal- (4,3%).

Entre quienes han tenido dificultades para afrontar los pagos de su vivienda o de los servicios esenciales de la misma, un 41,7% pidió el dinero a familiares o amigos, un 22,8% los pagó con retraso, un 15,3% los pagó puntualmente dedicando todos o la mayoría de sus ingresos, un 5,7% no los pudo pagar, un 6,1% acordó con el propietario el poder dejar de pagar durante un tiempo y en un 8,4% se dieron otras situaciones.

El porcentaje de quienes han pedido dinero a familiares o amigos para afrontar los pagos llega a ser el 50,0% entre las mujeres, significativamente superior al 22,0% registrado entre los hombres.





**8.
El estado de salud físico
y emocional**

8. El estado de salud físico y emocional

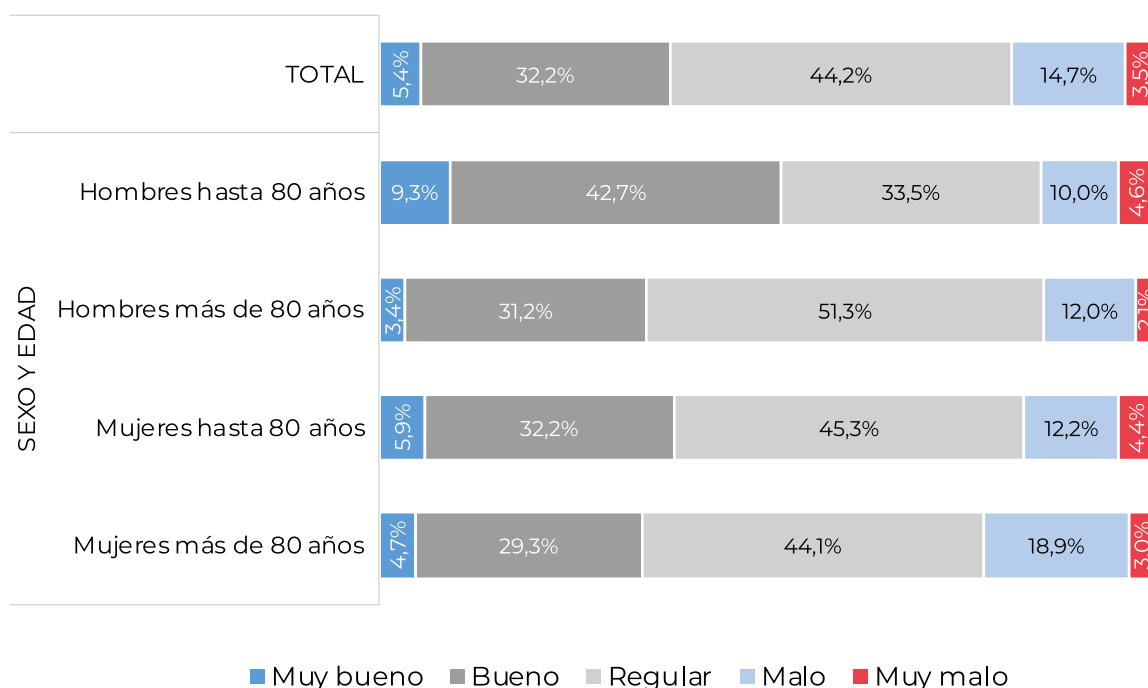
En general, el estado de salud mayoritario entre las personas mayores atendidas por Cruz Roja es regular, malo o muy malo (según afirman el 62,4%), y un 22,9% señala que su salud ha empeorado con la pandemia. Sobre esta percepción subjetiva, analizaremos este capítulo a través de dos dimensiones sanitarias: la emocional y la física.

El proceso de análisis se inicia en los diferentes aspectos de la situación actual, continua en la incidencia de la COVID-19 y en sus consecuencias en las dos dimensiones y termina con la inclusión de indicadores específicos relacionados con el concepto denominado “fatiga pandémica”.

8.1. Estado de salud actual

El 44,2% de las personas encuestadas consideran que su estado de salud es regular, un 37,6% consideran que es bueno o muy bueno y un 18,2% que es malo o muy malo.

Estado de salud actual



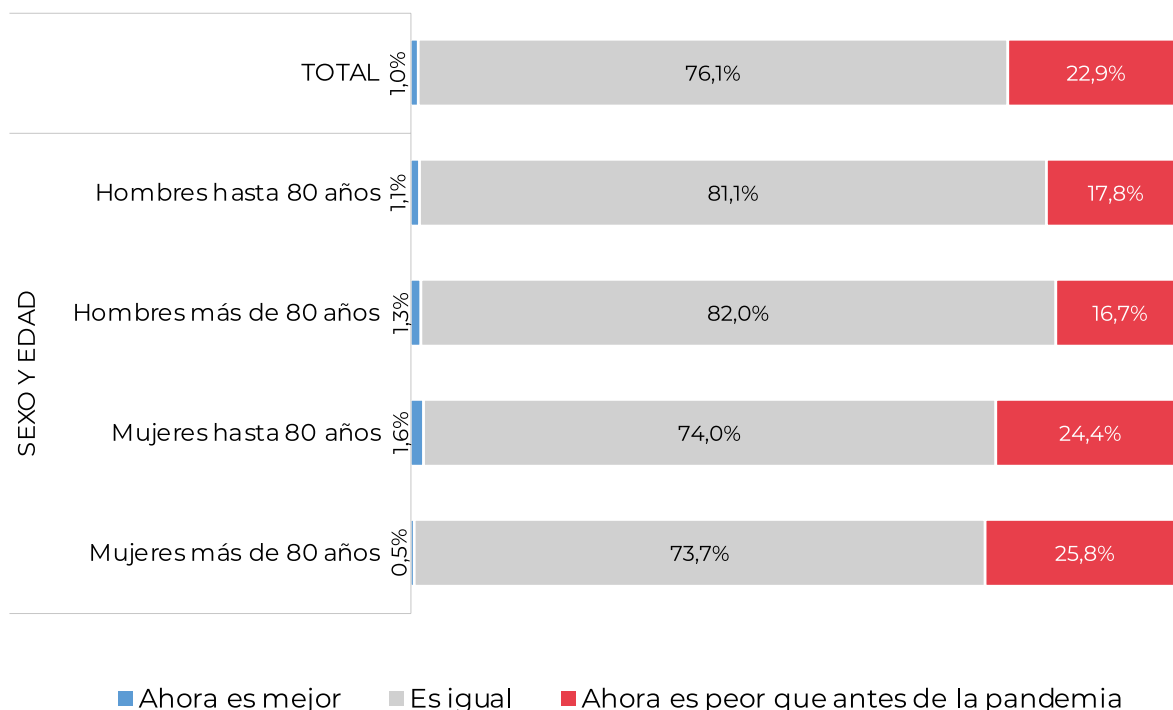
Base: Muestra total.

Por sexo y edad, la mejor percepción de salud, por encima del 50%, se da entre los hombres de hasta 80 años, entre los cuales un 42,7% consideran su estado de salud bueno y el 9,3% muy bueno. Al contrario, entre las mujeres con 80 y más años destaca el porcentaje de quienes califican su salud como mala (18,9%).

En los segmentos que representan más riesgo de vulnerabilidad, dificultades económicas y estar siendo cuidados, aumentan significativamente las valoraciones que reflejan un peor estado de salud.

Con respecto a antes de la pandemia provocada por la COVID-19, el 22,9% de las personas entrevistadas considera que su estado de salud ha empeorado, el 76,1% opina que es el mismo y el 1% cree que ha mejorado.

Estado de salud respecto a antes de la pandemia



Base: Muestra total.

Con respecto a las personas que creen que su estado de salud ha empeorado, el porcentaje siempre es mayor entre las mujeres, llegando a representar el 25,8% entre las mujeres de 80 y más años de edad.

El empeoramiento se percibe también entre quienes viven solos por obligación (29,2%), quienes conviven en hogares pluripersonales (30,3%), quienes tienen más dificultades económicas (27,4%) y quienes no disfrutaban de plena independencia porque están siendo cuidados (30,8%).

Las personas participantes en los grupos focales refieren un empeoramiento de la salud debido a la pandemia, no solo por contagios de COVID y el desarrollo del Coronavirus, sino por el colapso del sistema sanitario, que ha ocasionado una paralización inicial de la atención, detección temprana, intervenciones y tratamiento de enfermedades, y un retraso posterior en las citas, que ha originado largas listas de espera. En esta afirmación coinciden tanto expertos, como personal técnico y personas usuarias.

Priorizar la atención de los casos directamente relacionados con la pandemia y dejar en un segundo plano otras afecciones ha causado un agravamiento de algunas enfermedades. Además, las propias circunstancias derivadas del estado de alarma decretado, que supuso el confinamiento total de la población y las medidas tomadas en las fases de la desescalada, de los confinamientos perimetrales y de la nueva normalidad, dieron lugar a situaciones y dinámicas que afectaron negativamente y, de manera particular, a la población mayor. Obviamente, estas situaciones tuvieron impactos diferenciales en sus vidas en función de diversos factores, como la edad, el grado de autonomía/dependencia, la experiencia previa de enfermedades y/o deterioro cognitivo, el tipo de hogar que constituyen o la actitud en general hacia la vida y las dificultades. Entre dichas dinámicas cabe resaltar el miedo desencadenado por la pandemia, los contagios y las muertes, acrecentado por el hecho de que los informativos de la televisión –medio que en mayor medida ven y escuchan las personas mayores- se centraron casi en exclusiva en estos temas, dando a conocer a diario el número de contagios y de fallecimientos. El miedo fue más allá de la fase de estado de alarma y sigue estando presente hasta la actualidad. Muchas personas mayores tienen temor a interactuar con otras personas de manera presencial, a salir a la calle, a frecuentar ciertos espacios y a las visitas en su hogar. Las medidas de seguridad y el miedo han dado lugar a una reducción considerable de las relaciones sociales y, en algunos casos, al aislamiento social y a la soledad. Los espacios de vida se han limitado al hogar y a los comercios de productos básicos; las relaciones se han acotado a la familia directa, si es que vivían cerca y el miedo ha dado lugar a la ansiedad. Los discursos de algunos expertos, portavoces de la Administración pública y medios de comunicación relacionaron los fallecimientos por Coronavirus directamente con el colectivo de personas mayores. La sensación general era que la muerte para ellas era inminente si daban un paso a la calle, independientemente de la edad, el grado de autonomía/dependencia, la situación de salud previa o la actividad que llevaban a cabo. Se identificó muerte con persona mayor, más allá de las cuestiones relacionadas con edad y esto originó diversos malestares psicológicos, cuyos efectos siguen percibiéndose actualmente.

”

“Tenemos que hablar de esta diferencia entre la edad cronológica y la edad biológica: una cosa es cuántos años tienes en el DNI y otra cosa es cuántos años tiene tu cuerpo o cómo funciona tu cuerpo.”
(Ana Belén Santos, GF personas expertas)

“Yo creo que hemos empeorado la salud mental todo el mundo que no ha podido gestionar esto bien y a quien se le ha infundido especialmente miedo, que son todas aquellas personas, especialmente en este caso mayores, a las que se les ha dicho que simplemente por ser mayores ya están corriendo un riesgo con el COVID, cuando ha habido gente que se ha muerto con 20 años y gente con 100 que no. Ahora, hay una mayor probabilidad de fallecimiento dependiendo de determinadas circunstancias, pues eso es lo que uno tiene que decir en los medios, no simplemente que por el hecho de ser mayor tienes más riesgo. Tienes más riesgos si eres una persona de 25 años y tienes un cáncer y te están dando quimioterapia. Entonces, hay que intentar, en la medida que podamos, en los medios, especialmente, si se puede decir a Cruz Roja, que traslade el esfuerzo de dejar de utilizar un lenguaje uniformizador, infantilizador, que hace que todo el mundo se sienta igual por la edad que tiene, cuando hemos visto que la edad unifica muy poco a las personas.” (Mónica Ramos, GF personas expertas)

Por otro lado, la urgencia de la crisis de la pandemia dejaba poco espacio para que se investigara y debatiera sobre situaciones particulares en las que el nivel de afectación del COVID y del Coronavirus impactaba de manera diferencial o con mayor gravedad. La edad, determinadas enfermedades previas, el lugar de residencia, los contactos, entre otros elementos, actuaron como factores de riesgo.



“Me he quedado... Pero es que yo a veces pienso que no es solamente el coronavirus, que ha sido también los años. Se me junta todo. Ahora mismo ya no sé, yo muchas veces me acuerdo de lo que hacía cuando tenía 6 u 8 años, iba a la escuela en el pueblo, y no me acuerdo de lo que hice ayer. Y lo consulté con una sobrina que también es médico que me está pasando esto, que ya no tengo la memoria que tenía, que he perdido mucho la memoria y dice «Pero si eso es natural. Mire usted, en aquella época la grabadora era nueva, pero ya es vieja, ya no se puede». Así me dio la explicación y me quedé tan tranquilo y dije «Pues puede ser.»” (Graciano, GF personas mayores, Madrid)

A) CONVIVIENTES CON DISCAPACIDAD O CUIDADOS ESPECIALES

El 8,8% de las personas encuestadas convive con algún miembro del hogar con algún problema (enfermedad, discapacidad, edad avanzada) que requiere de cuidados especiales.

No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres de una u otra edad con respecto al total, aunque el mayor porcentaje de quienes conviven con personas que requieren cuidados especiales se registra entre los hombres de más de 80 años (12,4%), que es significativamente superior al 7,1% registrado entre las mujeres de esa misma edad.

Además, el porcentaje también es significativamente inferior entre quienes tienen estudios hasta primarios (11,1%) y entre quienes están siendo cuidados (11,4%), lo que agrava la situación familiar o doméstica.

B) ESTADOS DE ÁNIMO, SALUD EMOCIONAL

En relación con los estados de ánimo, algo más de dos de cada diez personas mayores afirman sentirse solos/as con frecuencia (9,8%), casi siempre (7,4%) o siempre (3,5%) y el 27,5% alguna vez; también dos de cada diez señalan falta de compañía frecuentemente (9,2%), casi siempre (6,8%) o siempre (3,9%) y el 22,3% alguna vez; y también son casi dos de cada diez quienes se sienten aislados con frecuencia (9,8%), casi siempre (6,2%) o siempre (3,2%) y el 25,7% alguna vez. Lo que nos permite comprobar el estado general de la salud emocional.

Los tres aspectos empeoran entre las mujeres de cualquier edad. También entre quienes viven solos/as y quienes tienen más dificultades económicas.

En los grupos focales se trató con cierta profundidad el contraste en los ejes de intervención para solucionar el impacto de la pandemia y sus consecuencias en los estados de ánimo. Del análisis cualitativo se concluye que una pandemia es una enfermedad epidémica mundial, pero sus efectos van más allá de una afectación a la salud poblacional, tiene repercusiones políticas, sociales y económicas, por tanto, su abordaje no es solo médico. Las personas expertas participantes en los grupos focales aluden a que el enfoque de intervención sobre las problemáticas de salud y salud mental relacionadas con la pandemia ha sido eminentemente biomédico, es decir, centrado en sus efectos orgánicos. Así, el tratamiento es fundamentalmente farmacológico, incluso para diversos malestares psicológicos, cuya fuente es, en muchos casos, social: derivada de las circunstancias y condiciones de vida de las personas mayores. El resultado es que se ha individualizado excesivamente la intervención, dejando aún más solas y aisladas a las personas afectadas.





“En relación al tema de la salud mental, personas con las que trabajamos en el colectivo [LGTB], por toda esa historia de vida que han pasado, en numerosas ocasiones nos encontramos con perfiles que están diagnosticados de enfermedades mentales. Entonces, sí que es verdad que eso también complejiza y agrava todo lo que estábamos haciendo, ese mapa que estábamos haciendo de la situación social. Y en verdad he podido comprobar por las propuestas que se han ido haciendo tanto en el gobierno, desde las propuestas más conservadoras o las más progresistas, que seguían sin incidir en la dimensión social, porque, a fin de cuentas, hablan de la salud mental relegando exclusivamente todo al mismo modelo de hace años, que sigue arrastrando el modelo biomédico, sin el cambio de paradigma de un abordaje más integral. Entonces, es como decir: «Vale, vamos a destinar cero recursos para la inversión social, vamos a dejar a las personas sin...», (...) Lo que pasa es que es más sencillo decir a las personas «El problema lo tienes tú», que decir «Vamos a trabajar a nivel estructural para que esto no suceda». Todos hablan de una propuesta para mejorar lo que tiene que ver con la salud mental, se olvidan de la dimensión social, porque obviamente cuando hablas con los usuarios te plantean cosas como «A ver, es que yo quiero volver a hacer mi vida con normalidad, no quiero estar tomando esto porque yo lo que quiero hacer es poder ir a la compra, poder ir a tal sitio, poder ir con mis amistades, poder solucionar mis problemas económicos para no tener este agobio»”. (Adrián López, personas expertas)

“La forma como se está paliando todo esto al final es muy a menudo con psicofármacos, centrado en «Esto es un problema individual de la persona», más que algo psicológico-social con todas las variables que eso conlleva” (Silvia Martín, personas expertas)

“No es que hayamos vuelto al modelo biomédico, es que nunca se ha ido, o sea, el modelo biomédico sigue estando desde el siglo XIX, no ha cambiado, y más en el cuerpo de las mujeres en donde lo biomédico es bestial, a las mujeres mayores especialmente se las medicaliza, es decir, se atiende a la biología pero no a la biografía. Y, de hecho, esta pandemia es un modelo biomédico, no ha habido una interpelación desde las ciencias humanas y sociales. También tenemos que hacer una autocrítica de por qué no hemos estado ni se nos ha escuchado a antropólogos, psicólogos sociales, antropólogas, es decir, desde el ámbito de las humanidades no hemos estado ahí explicando lo que podía suponer la pandemia y, entonces, ha sido una pandemia médica y epidemiológica. Hemos vuelto a poner en el centro de atención el ámbito médico, los epidemiólogos, inmunólogos, que son los que saben, y todo el resto de ciencias no sabemos nada, y entonces, no hemos podido aportar nada. Por eso al final, claro, no se tiene en cuenta lo social, cómo se va a tener en cuenta si no se hace un análisis psicosocial, porque las personas mayores tenemos una parte física, una parte psíquica y una parte social.” (Mónica Ramos, GF personas expertas)

8.2. Incidencia de la COVID-19: Contagios, hospitalizaciones, secuelas y fallecimientos

En relación con la COVID-19, el 11,9% de las personas encuestadas han pasado la enfermedad, el 2,8% ha estado hospitalizado y otro 2,7% tiene posibles secuelas de la enfermedad y el 8,2% del total tiene algún familiar cercano o amistad íntima ha estado hospitalizado o ha fallecido. Además, el 7,2% de quienes viven con otras personas afirma que ha habido algún miembro de su hogar enfermo.

Pese a la relativa baja incidencia cuantitativa de la COVID-19, los grupos focales permitieron profundizar en este aspecto: Las experiencias de contagio, hospitalizaciones y secuelas han sido muy diversas entre las personas mayores participantes en los talleres. Varias se han contagiado y han estado hospitalizadas con distinto grado de gravedad. Entre las personas de su entorno algunas se han contagiado y otras no.



”

“Durante el COVID lo cogí de las primeras, porque estaba yendo a otro centro del tipo de la Cruz Roja, y fuimos a unos bailes muy bonitos, pero fue en otro centro que es muy pequeñito. (...) Estuvimos bailando, dándonos besos con unas conocidas, bueno, total que al día siguiente por la tarde hubo otro baile en el Pamplona, digo el mío porque es donde he estado todas las clases allí, me han enseñado las clases. Y ya cuando llegué por la tarde a mi casa ya notaba algo raro. Al día siguiente pues mal. Teníamos otro baile el viernes en otro centro y yo tuve que llamar, digo «Me encuentro muy mal», resulta que llamaron casi todas. Claro, todas estuvimos allí en un centro cerrado, pegados a todos. Han muerto un montón de personas de ese día allí, de las que fueron, porque cogieron el virus fuerte y eran mayores. Después de eso me tuvieron que ingresar y estuve 12 días ingresada, yo creo que no me han quedado secuelas. Estuve como 12 o 13 días ingresada, no comía, con lo que yo como, vamos, que soy de comilona, y es que me traían la comida y solo de agarrarla era... el olor a la comida ya simplemente era horroroso. [Mis hijos] Estuvieron en el hospital cuando estuve ingresada, nunca estuve sola. Se podrían haber cogido un COVID, no, no se lo han cogido ninguno de los dos, ni la otra tampoco. Y quiero decir que en general yo estoy muy bien, superé el COVID.” (Elena, GF personas mayores, Galicia)

“He estado sin salir cuando hice la mudanza porque me vi superada, sola. Estuve ocho días o nueve que no podía salir. Yo decía cuando me levantaba «Voy a salir. Primero voy a hacer esto», ya cuando lo terminaba digo «Ya a estas horas no, mañana». Y es porque yo notaba que quería salir, pero no tenía fuelle para salir a la calle, no sé. Pero un día dije «Esto se acabó», me vestí y digo «Aquí me voy sí o sí», y ya bajé a comprar y eso y ya vi que... y ya poco a poco me fui... y ahora estoy encantada, de verdad.” (Elena, GF personas mayores, Galicia)

“En casa nosotros tenemos mucho de informática, yo soy muy aficionada a la fotografía, entonces, cuando estábamos encerrados, tenía la fotografía, los hobbies, la lectura. No me he sentido demasiado encerrada, o sea, lo único era que solo era por teléfono o a través de vídeo o lo que sea verse con la familia. Pero por lo demás no me he sentido yo... yo no soy demasiado de salir a la calle. Ya cuando se empezó a salir nos veíamos por la ventana con los nietos.” (Amparo, GF personas mayores)

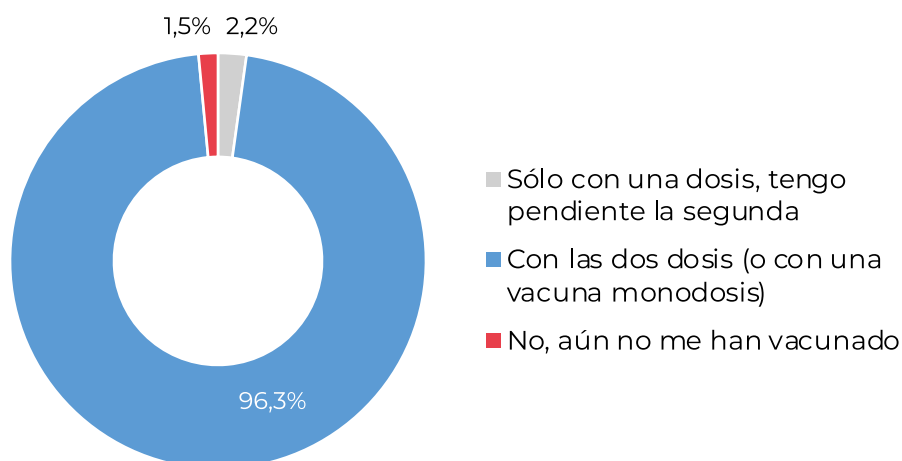
“Hay personas mayores y jóvenes y niños que son abuelas y nietos o abuelos y nietos que no se atreven a ir los unos a casa de los otros, porque yo tengo una sobrina que tiene nietos y nietas y se ven en el Parque, no se ven en ninguna casa adentro, pasan la tarde cuando está el tiempo en condiciones, pero a casa no van.” (Graciano, GF personas mayores, Madrid)

De igual modo, algunas personas reportaron secuelas después de haber tenido COVID, como la pérdida del gusto o mayor cansancio.

”

“Cuando caí yo, cayeron todos en la casa. Y casi nadie se enteró, prácticamente nadie. Empecé yo, yo fui la primera. Como ellas son más jóvenes, mis hijas tienen 40 años, y hasta las chiquitas, las niñas, las nietas, pero a ellas no les afectó, dos o tres días con fiebre, pero yo estuve ingresada. Me trataron muy bien, muy bien. Yo tuve neumonía bilateral, pero respondí muy bien a la terapia, no tuve necesidad de oxígeno, así como tal. Tuve buena saturación de oxígeno todos los días. Es muy desagradable después como quedas, la sensación de cansancio. Quedas así, como si te hubiera pasado un camión por encima.” (Marisol, GF personas mayores, Galicia)

Situación respecto a la vacunación



Base: Muestra total (1.200n).

Prácticamente todas las personas mayores entrevistadas se habían vacunado con las dos dosis iniciales de la vacuna, tan sólo un 1,5% no se había vacunado y había un 2,2% pendiente de la segunda dosis.

La administración de las vacunas también reportó distintas reacciones, que en algunos casos requirieron atención. Dichas reacciones tuvieron efectos diferenciales en función de la salud previa o la edad.

”

“Una hija que tengo que es médico, que está aquí en ese ambulatorio, cuando dieron la voz de alarma de que ya sí venía en serio, ya en el 2020, mi hija ya tenía el COVID, era médico y le había cogido pasando consulta. Cuando me vacuné, ya más tarde que pronto, la reacción de la primera vacuna que me pusieron me dejó que no me podía mover, de tal manera que tuve que ir al hospital, concretamente a La Milagrosa. Y allí cuando explicaron lo que era, dijeron «Nada, pues es que tiene el Coronavirus» y me metieron con lo del Coronavirus en La Milagrosa, pero me hicieron los análisis inmediatamente, y en cuanto me hicieron los análisis, enseguida que no, que no, que no tiene el Coronavirus, que es la reacción a la vacuna. Y yo no he tenido el Coronavirus, que yo sepa, que no lo he tenido.” (Graciano, GF personas mayores, Madrid)

“A mí me han puesto también la Pfizer y yo no he tenido el COVID, y eso que lo he tenido cercano, pero afortunadamente no, y ya me han puesto también la tercera. Y yo no he tenido ningún problema con la primera y la segunda, pero la tercera que me la han puesto esta semana junto con la gripe, esta vez sí que me ha hecho efecto y me he quedado... porque yo estaba muy tranquila, muy chulina, y también dejé de tener apetito, dolores musculares, febrículas, y digo «¿Qué es esto? No me lo esperaba». Y he estado como dos días y la noche siguiente, la anterior, no pude dormir en toda la noche, una desazón, malestar, o sea que a mí esta vez sí que me ha hecho efecto.” (Amparo, GF personas mayores)

“A mí la segunda. Me pusieron la primera, bien, no noté nada. Y yo tan contenta fui ya a poner el brazo, pero al día siguiente estuve mal.” (Elena, GF personas mayores, Madrid)

8.3. Consecuencias de la pandemia en el estado de salud físico y emocional

Desde la perspectiva cualitativa y según el personal técnico y voluntario de Cruz Roja, las consecuencias de la pandemia en la salud física de las personas mayores fueron muy heterogéneas y estuvieron determinadas por diversos factores. El más importante ha sido el estado de salud previo a la crisis de la pandemia y la existencia de determinadas enfermedades, que pudieron incidir en una mayor debilidad del sistema inmunitario. Con una importancia similar se sitúa la edad, como factor modulador del estado de salud físico de las personas mayores. Otros factores han sido la percepción sobre la propia salud, el grado de autonomía/dependencia y los hábitos de vida. En cuanto a las consecuencias en la salud emocional, además de los anteriores factores, aparecen también la actitud en general hacia la vida, la salud mental previa, la presencia de redes de apoyo y el tipo de hogar (si vivían solos/as, en pareja o con otras personas de la familia). En líneas generales, en cuanto a las consecuencias psicológicas y emocionales, las personas mayores que tenían una vida muy activa y amplias redes relacionales han notado el impacto del encierro, la falta de espacio para el esparcimiento y de contacto con otras personas del entorno. Por el contrario, quienes estaban más acostumbrados a la vida en el hogar y a relaciones sociales reducidas, el impacto fue menor, aunque dependiendo también de su nivel de autonomía/dependencia y de la asistencia con la que podían contar.

”

“Hay mucha gente que echaba mucho en falta el poder salir, el estar con la familia, los abrazos, nos decían, las actividades de Cruz Roja también o cualquier otra actividad. Entonces, hay gente que no se ha acostumbrado realmente, de los que hemos hablado. Sin embargo, también hablábamos con personas a las que les preguntábamos «¿Qué habéis echado en falta durante la pandemia?» y nos decían «Nada, porque hago lo mismo que hacía», es decir, antes de la pandemia estaban ya encerrados, no hacían actividad, lo cual también es muy preocupante realmente. Y después habrá gente que se ha acostumbrado también, claro, habrá toda la variedad. Pero que hay gente que ya estaba encerrada sin necesidad de estarlo, por problemas de salud, por problemas de soledad, etc., que eso es lo triste también.” (Rosana, GF personal técnico)

“Nos hemos encontrado las dos: personas con muchísimas ganas de salir y con muchísima necesidad que te pedían cada día el... y no estar en una sala, también lo que comentabais, más al aire libre o caminar y visitar o ver, querían más esas actividades de exterior, de ocio; y también mucha gente con miedo de salir, que aún nos encontramos personas que participaban precovid en las actividades de participación continuo, de manera semanal, con mucho miedo y no querer participar, no querer venir”. (Aida, GF personal técnico)



De igual modo, se reportan diferencias importantes entre quienes vivieron el confinamiento, la desescalada y la nueva normalidad en el medio urbano y el rural. En este último, la red vecinal actuó como factor de protección.

”

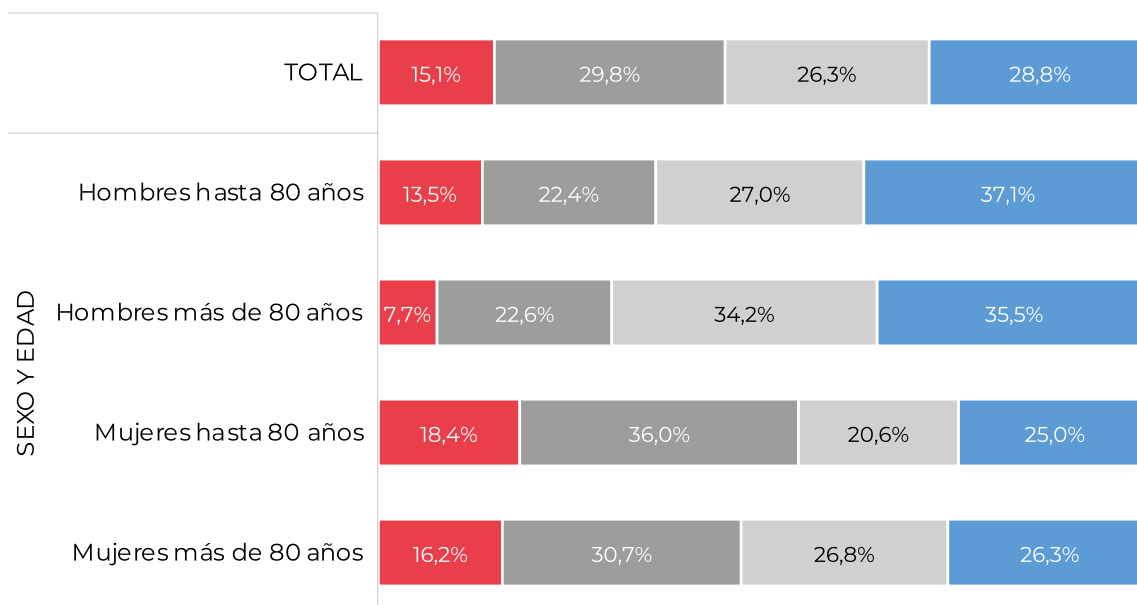
“Algunas personas te dirán que las personas mayores con las que ellos han tratado y han hablado son las más afectadas durante la pandemia, se han sentido muy solas, muy aisladas, y otras podemos decir lo contrario. No tiene nada que ver el medio urbano con el medio rural, no tiene nada que ver las diferentes edades, es decir, no es lo mismo tener 60, 65, que tener 85 o 100; no es lo mismo tener estudios que no, ser hombre que mujer, tener recursos económicos que no (...). He hablado con muchas personas durante la pandemia y después, y las que lo han llevado peor han sido las que ya tenían una vida muy activa, salían mucho, tenían muchas redes, hacían muchas cosas, y el tener que quedarse encerradas les ha supuesto un coste. En cambio, aquellas que ya salían poco y estaban mucho más acostumbradas a la soledad, no la han pasado tan mal.” (Mónica Ramos, GF personas expertas)

“El mundo rural es muy diferente al mundo urbano. La red de apoyo que se tiene en un pueblo, que es un factor protector de muchísimas cosas, no solamente de la soledad, no solamente ante una pandemia, es un factor protector total... esa soledad no se siente, no se percibe tanto, porque tienen a personas que están continuamente, funciona una forma de comunidad muy peculiar.” (Iratxe Bolaños, GF personas expertas)

“Nosotros sí que hemos visto que aquellas personas que han mantenido su propia rutina, o sea, que se la han impuesto, aquellas personas mayores han estado mucho mejor emocionalmente. Después también hemos visto un retroceso en todos los sentidos: a nivel emocional, a nivel cognitivo, porque esas rutinas se han ido perdiendo y si uno no se las autoimpone, pues uno se va dejando. Entonces, las personas que han podido tener esa fortaleza y seguir esas rutinas, han pasado mejor el confinamiento. Después también tenemos personas que son cuidadas por un cuidador que no es el familiar, pues una persona que le asiste, que con alguna de ellas hemos hablado y lo han vivido con mucha angustia también en el sentido de que «¿Y si se pone enferma la cuidadora? ¿Y si no viene? Yo estoy todo el día en la cama y no me puedo levantar». O sea, que las personas que han tenido problemas físicos, que son personas asistidas, también la han pasado muy mal en ese sentido.” (Rosana, GF personal técnico)



Suspensión o reducción de consultas médicas como consecuencia de la COVID-19



Base: Muestra total.

■ Mucho ■ Bastante ■ Poco ■ Nada

El 44,9% de las personas mayores atendidas por Cruz Roja sufrieron “mucho o bastante” la suspensión o reducción de consultas médicas. Las mujeres, independientemente de su edad, son las que en mayor medida se han visto afectadas por las carencias de la asistencia sanitaria como consecuencia de la pandemia: el 54,4% de las menores de 80 años y el 46,9% de las que superan esta edad afirman haber sufrido mucho o bastante estos problemas.



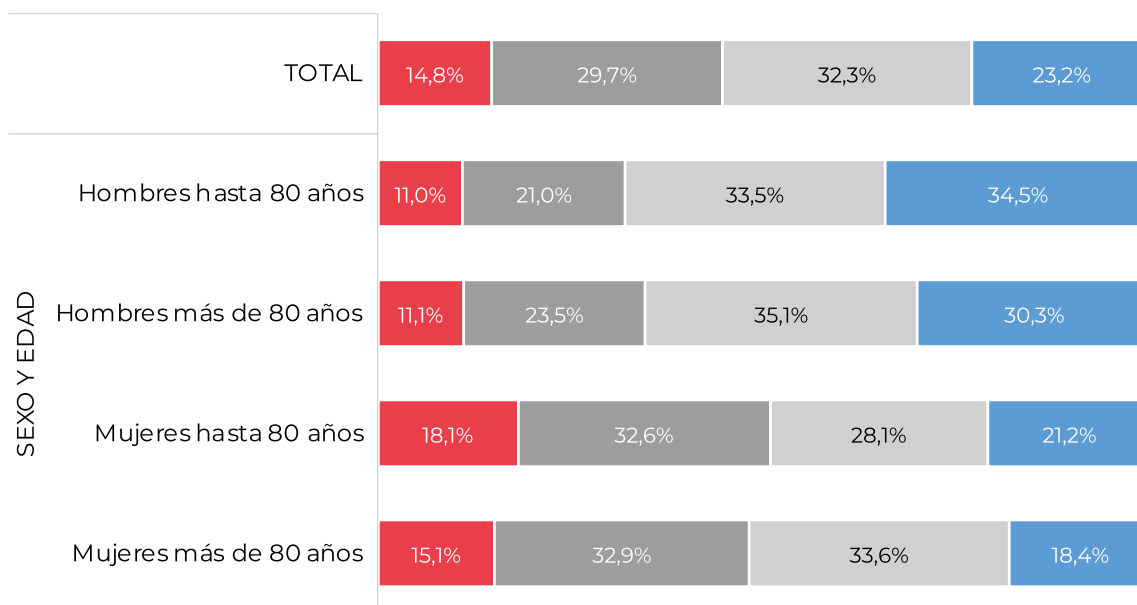
La crisis de la pandemia ha afectado negativamente en el acceso a recursos y servicios frecuentados por personas mayores. También las personas participantes en los grupos focales aluden a una disminución considerable de la atención presencial en los servicios de salud en general. Durante el confinamiento, esta atención ha sido prácticamente inaccesible para cualquier tipo de dolencia que no hubiera sido por COVID, e incluso por este motivo, se priorizaron los casos de mayor gravedad. Después de una reorganización del sistema sanitario por motivos de la pandemia, la atención primaria pasó a ser fundamentalmente telefónica, vía solicitud telemática, en la mayoría de las comunidades autónomas, lo que supuso una barrera para las personas mayores que no manejan las tecnologías. La atención telefónica y las tramitaciones en sede electrónica sanitaria se volvieron los métodos de contacto con el sistema público incluso finalizado el confinamiento y la desescalada. Con el tiempo, las citas presenciales se fueron recuperando, pero de manera desigual en el territorio del Estado y, en algunos sitios, se priorizan para casos de prescripción de recetas o información sobre resultados de analíticas. En cierto modo, las personas mayores han visto reducido el contacto humano con el personal sanitario, muy importante para muchas de ellas, en la medida en que éste cumplía funciones de cuidado tanto de la salud física como de la mental: en general, las personas mayores sienten mayor seguridad cuando hablan cara a cara con los y las profesionales de la salud. La reducción de las citas médicas ha sido todavía mayor en el ámbito rural, en municipios que no cuentan con centro de salud propio, y en los que el personal médico acudía algunos días de la semana. Por otra parte, la atención sanitaria hospitalaria y el seguimiento de enfermedades crónicas también se vieron afectados por la pandemia. En los inicios de esta crisis, la incidencia hospitalaria de casos por Coronavirus obligó a poner en un segundo plano diagnósticos y tratamientos contra el cáncer o las demencias, así como a posponer operaciones quirúrgicas programadas. Esto sumió en el miedo y la angustia a las personas afectadas. Después del confinamiento, se procuró recuperar la frecuencia necesaria de los diagnósticos, tratamientos e intervenciones, pero se vieron demorados por las listas de espera. Las personas mayores no fueron solo el colectivo más afectado por la mortalidad del Coronavirus, sino también por otras enfermedades no detectadas a tiempo o no tratadas con la frecuencia necesaria.

”

“Ahí donde había consultorios que se pasaban citas dos veces a la semana, ahora si el médico tiene guardia, solo viene una o no viene ninguna en toda la semana, a no ser que tengas una urgencia, tienen que desplazarse. Bueno, creo que hay una falta de recursos y dificultad para acceder.” (Mariana, personal técnico)

Estas dificultades no sólo han afectado personalmente a las personas mayores entrevistadas, sino que en el 5,0% se extienden a otras personas de su hogar. De nuevo, las mujeres de menor edad, hasta 80 años, son las que en mayor medida afirman tener algún miembro de su hogar que ha empeorado por la dificultad de acceso al sistema sanitario (8,1%). También es más elevada la afectación entre los que residen en un hogar pluripersonal no conyugal (10,2%) y en los hogares que tienen más dificultades económicas (7,7%).

Deterioro del estado físico / sedentarismo como consecuencia de la pandemia



Base: Muestra total.

■ Mucho ■ Bastante ■ Poco ■ Nada

El 44,5% afirma haber experimentado un considerable deterioro del estado físico o sedentarismo (responden que les ha afectado mucho o bastante). De nuevo, las mujeres muestran unos datos más desfavorables; mientras que una de cada dos mujeres afirma haber notado este deterioro, sólo un hombre de cada tres tiene esta percepción.

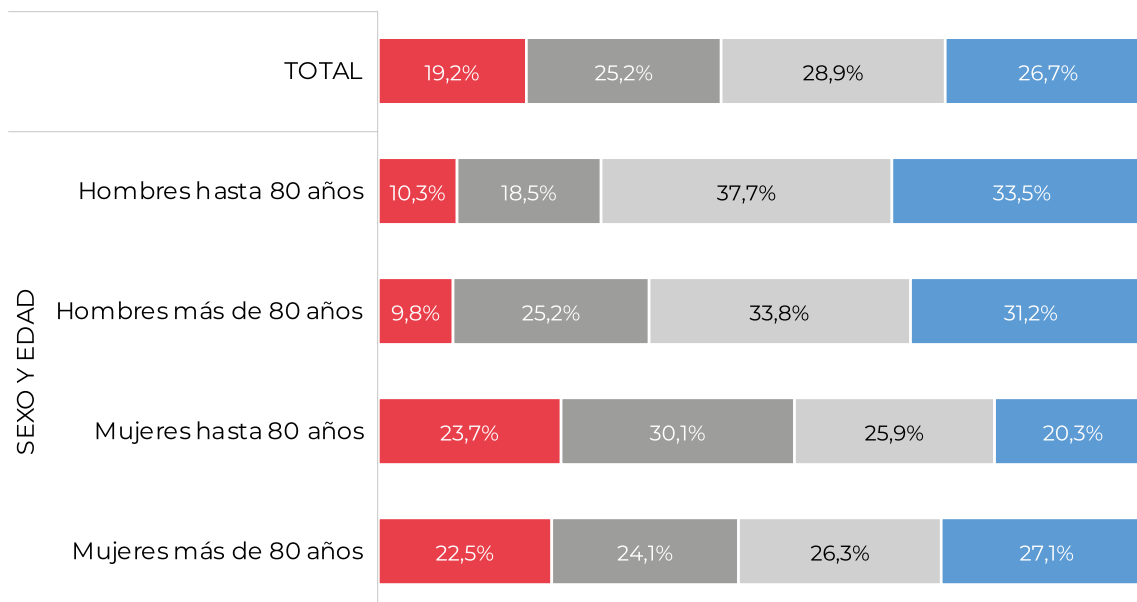
La limitación de las actividades fuera del hogar y de las relaciones interpersonales, unidas a la preocupación y el miedo por la pandemia, han ocasionado una aceleración de procesos de envejecimiento en algunos casos y pueden estar relacionados también con la aceleración del deterioro cognitivo en otros. El cierre de los centros de día o de los espacios para mayores o de envejecimiento activo, también contribuyó a dichas situaciones, sobre todo en personas que ya tenían o empezaban a tener dependencia.

”

“¿Qué nos dicen esas personas que son empleadas, que no son miembros de la familia, pero que conviven, y a menudo de manera muy continuada, 24 horas del día? Pues enormes dificultades de movilidad, todo ese cambio drástico que ha habido en las pequeñas rutinas de movilidad, de salir a la calle, de hacer la compra, de dar el paseo, que se vieron truncadas de manera total durante varios meses y que luego se han retomado a duras penas, pues lo que cuentan es que para muchas personas ya muy frágiles esto ha supuesto un deterioro brutal, un deterioro drástico y una dificultad de volver al punto en el que estaban antes de la pandemia. Lo mismo sucede con el deterioro cognitivo, o sea, una situación de desorientación, de mayor restricción a nivel de conversaciones, de preocupaciones. (...) Por ejemplo, el cierre de los centros de día también ha supuesto una ruptura importante para muchas personas, el dejar de ver familiares, etc., todas esas pequeñas rutinas, un cambio muy drástico, un mayor aislamiento. Por supuesto, insisto, para aquellas personas que ya estaban en una situación de dependencia y de vulnerabilidad.” (Paloma Moré, GF personas expertas)

Los resultados de la encuesta muestran claramente que las personas mayores en una situación más vulnerable son los que en mayor medida afirman haber sufrido un deterioro de su estado físico como consecuencia de la pandemia: los que tienen mayores dificultades económicas y los que están en una situación de dependencia.

Como consecuencia de la COVID, en qué medida se ha sentido solo/a o aislado/a



Base: Muestra total.

■ Mucho ■ Bastante ■ Poco ■ Nada

Los sentimientos de soledad y aislamiento generados como consecuencia de la pandemia son reconocidos por el 44,4% de las personas entrevistadas, siendo, de nuevo, las mujeres y sobre todo las de menor edad las que afirman haber experimentado en mayor medida este tipo de sentimientos. También el sentimiento de aislamiento está asociado en mayor medida a situaciones económicas más vulnerables.

Personas que ejercían un envejecimiento activo, acostumbradas a socializar, asistir a centros de ocio y de aprendizaje, han experimentado un cambio radical en sus vidas, que ha podido, en algunos casos, llevarles a la depresión. Es el caso, por ejemplo, de Graciano, un hombre de 90 años, que acudía regularmente a centros de día para aprender informática y conectarse por Internet, a quien el confinamiento lo marginó a la soledad y al aislamiento, ante la falta de ordenador y conexión wifi en su hogar.

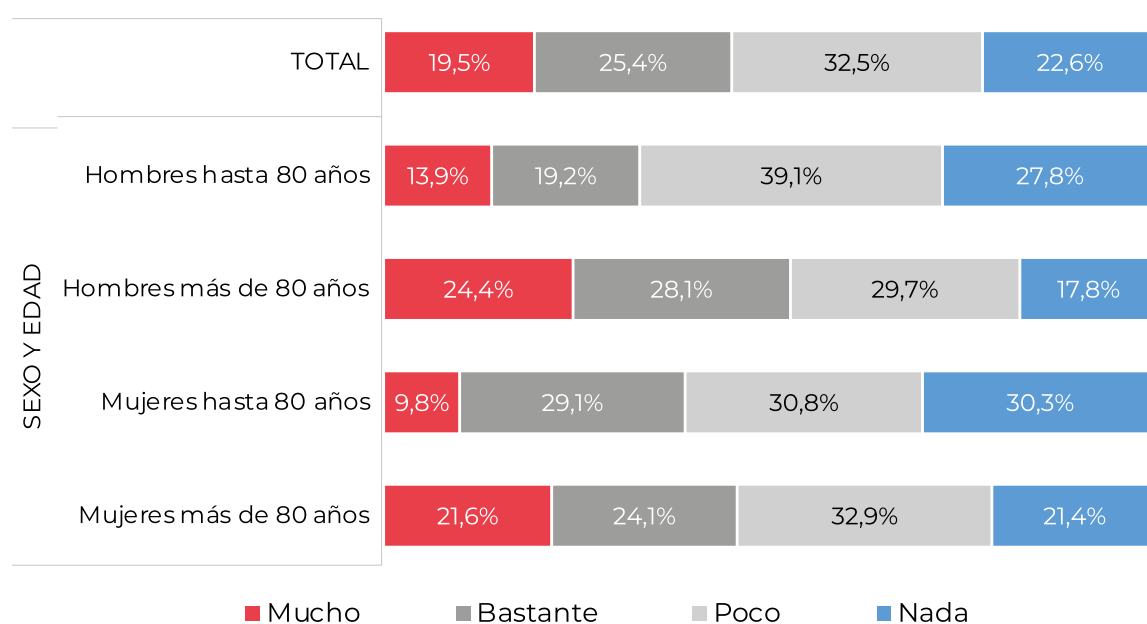
“Me he quedado con la mente en blanco. Dominaba la informática de maravilla, lo mismo el internet, que el Power Point, que todo, y como he estado dos años y pico sin hacer absolutamente nada, porque en casa ni tengo ordenador, ni tengo internet, no tengo de nada, yo estaba en casa nada más que para comer y para dormir, el resto del día estaba en los centros de la tercera edad y precisamente entre ellos aquí en la Cruz Roja, pero como se cerró todo y ha estado muchísimo tiempo cerrado. Y claro, no he hecho casi nada, no he hecho nada, no he podido hacer nada porque en mi casa no tengo facilidades para nada. Prácticamente nada más que ir a dormir e ir a comer y nada más, porque yo me hago la comida y no quiero comer en el centro de la tercera edad, es baratísimo, muy económico y se puede vivir bien con lo que dan ahí, pero me apaño mejor en casa y me hago yo la comida.” (Graciano, GF personas mayores, Madrid)

La pandemia ha enclaustrado a las personas mayores y ha cercenado sus posibilidades de socialización y envejecimiento activo. También les ha restado la capacidad para tomar decisiones, viéndose obligadas a seguir la normativa, los consejos o los mandatos de los demás en aras de su protección, pero sin su opinión en muchos casos.



“Yo creo que por parte de los familiares se creó ahí también una sensación de mucha angustia, de querer sobreproteger a estas personas mayores que estaban solas en casa, pero al mismo tiempo a los familiares les creó una angustia muy grande de no saber cómo hacerlo.” (Mariana, GF personal técnico)

Como consecuencia de la COVID, en qué medida ha sentido angustia y preocupación



Base: Muestra total.

El 44,9% de las personas entrevistadas afirman haber sentido mucha o bastante angustia y preocupación como consecuencia de la COVID-19. De nuevo, las diferencias por sexo son considerables sobre todo si nos centramos en el grupo de menor edad: mientras que las mujeres angustiadas representan el 52,5%, los hombres que han experimentado esta sensación se limitan al 33,1%.

De cualquier modo, es necesario contextualizar esta respuesta teniendo en cuenta que muchas personas mayores tienen dificultad para expresar sus emociones, debido a la existencia de factores culturales, sociales y psicológicos. Por otro lado, la sociedad en la que vivimos no dispone de los espacios y los tiempos necesarios para que ellas puedan expresar libremente lo que sienten. Los relatos de las personas mayores son tildados de aburridos y repetitivos y pronto son cortados con frases como “otra vez la misma historia”. Así, muchas sienten que no pueden contar con los familiares para hablar. La pandemia ha insuflado miedo a morir y ver morir a seres queridos, angustia, tristeza, soledad, frustración e incluso irritación y han sido muy escasas las válvulas de escape de estas emociones contenidas. El voluntariado ha tenido un papel importante en la provisión de esos espacios de escucha tan demandados. Hubiera sido necesario ampliar los grupos de autoayuda, pero el miedo al contagio no permitía estos encuentros y la atención personalizada no contaba con los recursos humanos suficientes para tanta necesidad.

”

“Han tenido miedo, sienten tristeza, desilusión, frustración, miedo al cambio, miedo a no saber qué nos espera con el COVID. Es verdad que el hecho de la vacunación ha hecho que normalizando la situación y ese miedo esté cambiando, ya quieren participar un poco más. También otras personas están como enfadadas, irritadas, no sé si en general con todo el mundo, con la situación, pero algunos están más irritados, más enfadados.” (Beatriz, GF personal técnico)

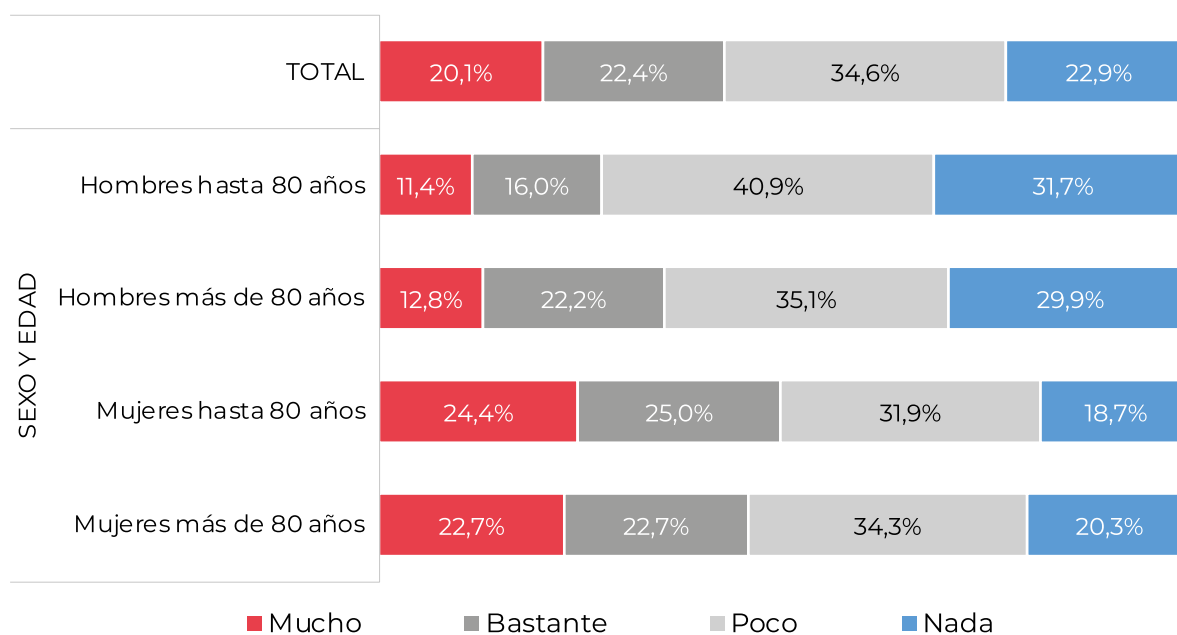
“La parte que las personas mayores han visto más deteriorada ha sido la parte emocional, ha sido difícil de gestionar, tampoco se tiene mucha confianza con la familia como para explicarles cómo se sienten; en cambio, con voluntarios o con nosotros sí que se abren más y nos lo han podido comunicar. Y yo creo que la relación con las familias es un poco la historia de vida de cada familia que se ha ido... no creo que haya mucho cambio, sino que ha seguido lineal a como ha venido siendo. Quien tiene mucho apoyo, tiene mucho apoyo, y quien no y tiene una relación más distante, pues ha seguido igual, aunque en necesidades básicas sí que se han cubierto” (Iluminada, GF personal técnico).

Los servicios de salud mental públicos no están pudiendo dar cobertura a todas estas necesidades. En pandemia, se está dando prioridad a los aspectos biológicos de la atención en salud y relegando los aspectos de salud emocional y psicológica, cuando existe una relación directa entre el estrés, la ansiedad, la depresión y el estado del sistema inmunológico. En muchos casos, el tratamiento del malestar emocional ha sido eminentemente farmacológico y, en ocasiones, éste se ha prescrito telefónicamente, perdiéndose la relación transferencial y humana que existe entre un/a paciente y su referente en salud. Estas dinámicas en la atención en salud en tiempos de pandemia no pueden minimizarse para el caso de las personas mayores, ya que en estas a la relación entre el estrés y el sistema inmunológico se debe añadir, como factor a tener en cuenta, la relación entre el estrés y el funcionamiento cognitivo. Una mayor exposición al estrés en personas mayores puede dar lugar no solo a una mayor exposición a enfermedades orgánicas sino también a un deterioro cognitivo.

”

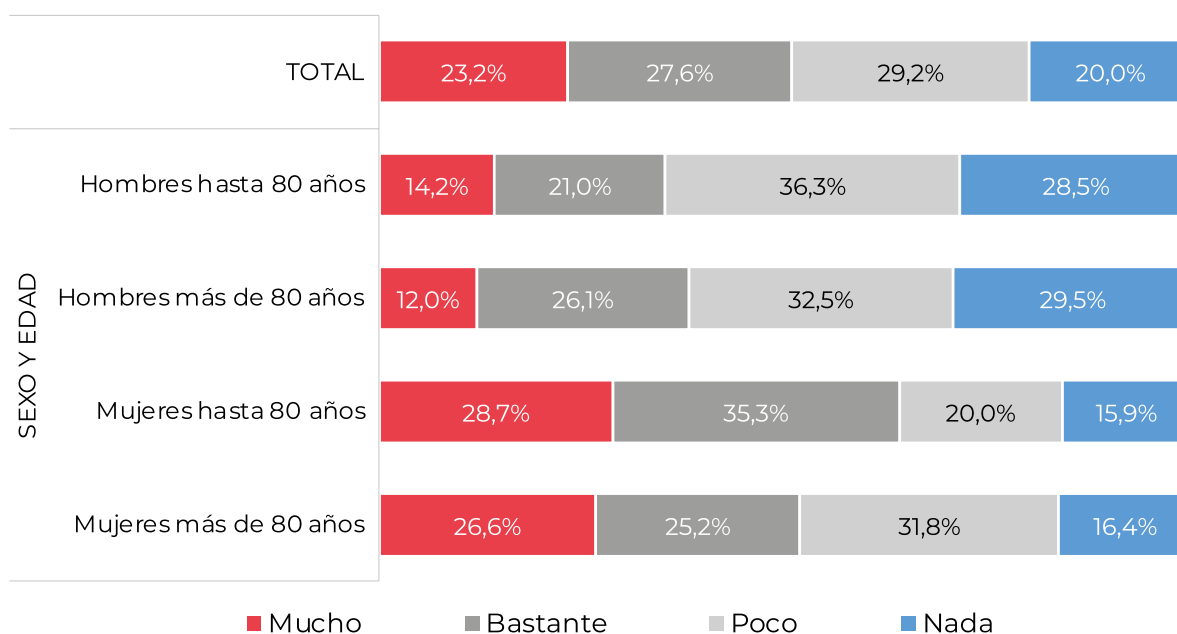
“En Baleares hemos detectado bastantes más casos de problemas de depresión, mucha ansiedad, mucha demanda de apoyo emocional psicológico. Nosotros no hacemos apoyo psicológico... hacemos apoyo psicológico pero no desde un punto de vista terapéutico ni de tratamiento, sino como soporte emocional, contención emocional, básicamente. Ha crecido bastante este tipo de demanda, individual y grupal, muchas de ellas derivadas por los servicios públicos porque no pueden dar cobertura a tantas demandas que ha habido, por lo tanto, centros de salud o servicios sociales nos lo envían a nosotros para que al menos nosotros podamos hacer un poco de contención emocional, bien con voluntariado formado y preparado, bien con los técnicos de la casa. Esto por un lado. Por otro lado, el tema de los cuidadores hemos tenido algunos casos de incluso intentos de suicidio debido al agobio y al estrés ocasionado por la pandemia y por la pospandemia. Los recursos públicos se han abierto mucho más tarde pese a estar vacunados o ya empezar las vacunaciones y demás, recursos que no estaban abriendo. Por otro lado, el sentimiento de frustración, no poder ir a una cita médica para hablar con su propio médico de cabecera; (...). A modo de ejemplo, una persona mayor tuvo que ir a Extranjería aquí en Mallorca, no pudo conseguir una cita y le dieron cita online; cuando vino aquí para que le ayudáramos, no había citas online para poder proporcionárselo, luego, genera también un sentimiento de frustración que empeora la situación de la persona. Y a nivel físico y de salud cognitiva, por así decirlo, también se ha notado bastante un deterioro debido al tema de la pandemia, de falta de rutinas y falta de promoción de esta autonomía.” (Juan Carlos, GF personal técnico)

Como consecuencia de la COVID, en qué medida ha sentido miedo a salir a la calle, coger transporte público, etc



Base: Muestra total.

Como consecuencia de la COVID, en qué medida ha tenido miedo a enfermarse



Base: Muestra total.

Sobre las situaciones producidas o aumentadas como consecuencia de la COVID-19, destaca el miedo a enfermarse, que en un grado muy alto (mucho) es percibido por el 23,2% de las personas encuestadas y bastante por el 27,6%. El miedo a salir a la calle, coger el transporte público, etc. lo manifiesta en grado muy alto el 20,1% y bastante el 22,4%.

La mayor incidencia se da en las mujeres de cualquier edad, en este caso reflejado en el porcentaje mayor de la escala (mucho), así se observa tanto en el miedo a salir a la calle ($\geq 22,7\%$) como en el miedo a enfermarse ($\geq 26,6\%$).

El miedo a los contagios ha actuado como factor de marginación o encierro, incluso cuando las medidas se fueron relajando. Ser mayor se asoció a peligro, problema o patología, es decir, todo lo contrario a considerar esta edad como una etapa vital en la que se puede vivir de manera activa mediante la promoción de la salud. Solo la llegada de la vacuna y, sobre todo, de la segunda dosis, pudo abrir oportunidades de socialización.

”

“Había debates en la televisión sobre a quién salvaríamos primero, a una persona de 80 o a una persona de 20, o sea, incluso su vida tiene menos valor. Todo esto lo que genera es un proceso de estigmatización brutal sobre las personas mayores, homogeneizando absolutamente el colectivo, se focaliza tanto en tu propia vulnerabilidad que te la llegas a creer. Entonces, te genera una sensación de estrés, de ansiedad, incluso de depresión, verte como la persona mayor que están reflejando en los medios. Entonces, al final, es verdad que uno se termina focalizando tanto en su vulnerabilidad que empiezan a generarse patologías que quizás no las tenías —no hablemos de aquellos que ya venían con una patología previa, como puede ser ansiedad o depresión—; pero que nosotros como sociedad también estamos fomentando esa focalización en la vulnerabilidad.” (Ana Belén Santos, GF personas expertas)

“Nos preguntan «¿Volverá a ser como antes mi vida? ¿Volveré a hacer lo mismo? ¿Qué será?», ese miedo al futuro.” (Iluminada, personal técnico)

“Creo que ha sido como un agobio para ellos estar todos los días, al principio de la pandemia, escuchando que los mayores eran los más afectados, las muertes en las residencias... Entonces, eso como que a ellos les generó también mucha inseguridad y agobio pensar que eran los que iban a morir antes que ninguno por el estado de salud o por lo que fuera. Creo que es muy importante nombrar también esa inseguridad que les ha creado a día de hoy, el miedo al futuro incierto, qué va a pasar, y ahora qué.” (Noelia, GF personal técnico y voluntario)

La situación más grave ha sido la de morir en tiempos de pandemia debido al Coronavirus o por otras enfermedades y circunstancias, ya que durante un tiempo no estuvieron permitidos los duelos grupales. Hubo personas que murieron solas en sus casas o en los hospitales. También se han detectado casos de aumento de la violencia doméstica hacia mayores. Una de las causas puede haber sido el incremento del estrés en algunas personas cuidadoras, encerradas también con la persona dependiente.

”

“Tuvimos dos problemáticas: por un lado, las personas que en aislamiento social podían fallecer en domicilio por la falta de atención o por la falta de alguien que simplemente tocara a su puerta para saber si estaban bien o no; y, por otro lado, las situaciones de malos tratos con el agresor en el domicilio, porque aquellas en las que el agresor no vivía, mejoraron, porque dejaron de tener acceso a la víctima y se pudo trabajar de otra manera. Entonces, se vivieron diferentes situaciones y se hace lo que se puede, pero es verdad que sí, lo que nos encontramos es que, utilizando la excusa del COVID y del miedo al contagio, han dado de baja a víctimas de malos tratos en los centros de día o han rechazado la atención de los auxiliares de hogar en el domicilio, «Porque no quiero que te acerques porque le vas a pegar el COVID», siendo excusas, en un contexto donde hay malos tratos.” (Ana Belén Santos, GF personas expertas)

La dificultad o imposibilidad de elaborar el duelo por los fallecimientos incrementaron la angustia, el miedo, la tristeza y el dolor de personas mayores que perdieron a seres queridos, sobre todo si convivían con ellos (como parejas o hermanos).

”

“El motivo más vital fundamental en mi vida ha sido atender a mi hermano con discapacidad, que precisamente murió no por COVID, el día 14 de marzo, estaba ya muy deteriorado, una infección de orina. Y, entonces, como era al principio, me permitieron hacer un entierro relativamente normal, ir al tanatorio, muy poca gente, y ese día vino un familiar mío, el más cercano, una prima mía, de un pueblo de aquí cerca, y afortunadamente se quedó conmigo. Y como ya ahí nos recluyeron, pues toda la parte fuerte de aislamiento que duraba esos dos o tres meses primeros, tuve la suerte de que se quedara conmigo y eso fue fundamental, porque si no, junto a la tristeza que yo tenía, haberme quedado sola... tenía una asistente que también dejó de venir, pero tuve la suerte de convivir con esta mujer que, además, mucho más ama de casa que yo, preparaba las comidas y yo era la que salía a la intendencia o llamaba a las tiendas para que me lo trajeran.” (M. Pilar GF personas mayores, Madrid)

El no poder acompañarles cuando han estado enfermos de Coronavirus, tocarles, abrazarles o hablarles ha cercenado una parte fundamental del ritual de despedida, propio de todo ser humano. Esta situación ha ocasionado depresión en muchos casos.

”

“No solamente el duelo complicado, sino el hecho del contacto físico, que no se ha permitido. Una de las partes más importantes es el contacto físico con la persona que está en un momento en que ha sobrevenido una muerte, por ejemplo, que no esperaba, el pequeño contacto físico que se tiene que tener para elaborar esa emoción. No solamente eso, el miedo, el hecho de no poder tocarnos ha sido algo que nos ha afectado a todos. Me viene a la cabeza gente de 90 años que es autónoma totalmente, pero es que esa gente de 90 años ha vivido una posguerra, para ellos la escasez de alimentos y la escasez de dinero no es lo mismo que para nosotros; se les ha activado una memoria que, sobre todo en lo económico, lo que yo he visto ha sido de decir «Madre mía, ¿qué estamos haciendo?».” (Iratxe Bolaños, GF personas expertas)



En algunos casos se ha tratado de duelos silenciosos, ocultos, para no preocupar a otras personas, para no incrementar el dolor o por tratarse de relaciones que aún siguen siendo vistas como un tabú, como las que se dan entre personas LGBTI mayores. Parte de la sociedad suele minimizar el duelo de las personas mayores, bajo la creencia de que están más acostumbradas a experimentarlo debido a la edad, y no se disponen espacios y tiempos para que puedan expresar abiertamente sus emociones al respecto. A veces se piensa que con distraerlas superarán el duelo, pero las pérdidas no hacen más que hacerles conscientes de la finitud de la vida y de la soledad con la que vamos llegando a ella a ciertas edades.

”

“Los modelos de intervención que se están empleando para estos duelos nos vienen desde la anterior pandemia, de la que no se habló tanto, que es la del VIH que hubo en España, que de esa no se tuvo nada en cuenta ni hubo minutos de silencio ni un reconocimiento ni una respuesta sanitaria como estamos teniendo ahora. Entonces, quería mencionar eso también, porque me parece muy importante de aquí en adelante tener en cuenta los distintos tipos de duelos que existen tan complicados y cómo podemos abordarlos. En concreto, aquí y ahora con la pandemia actual, además en el caso de personas del colectivo que pierden a seres queridos, tienen como unos factores añadidos de riesgo, digamos: por un lado, lo dicho, a veces estas muertes, estos fallecimientos, pueden suponer la desaparición de toda la red de apoyo de esa persona y llegar a un aislamiento todavía mayor. Pero es que encima a veces, cuando es el caso de mujeres diversas, una mujer que sale con otra mujer, a veces esa relación está dentro del armario y, cuando fallece la pareja, es un duelo denegado, es un duelo no reconocido emocionalmente ni validado ni apoyado de ninguna forma por la sociedad. Entonces, tenemos, por un lado, los duelos tan traumáticos que ha generado el COVID, que no podemos hacer nuestros rituales culturales, nuestras despedidas, que no los hemos podido vivir adecuadamente; y encima, hay una negación social y no se atraviesan todas las fases del duelo adecuadamente justo por eso: en primer lugar, porque existe una negación, no se validan las relaciones no heteronormativas tanto como otras, entonces, no facilita salir de esa fase de negación estando dentro del armario estas personas del colectivo, pero a veces estando fuera del armario hay familias o el entorno lo niega o minimiza esas relaciones, especialmente en el caso de mujeres diversas, que se tienden a infantilizar muchísimo más las relaciones de mujeres con mujeres y comentarios de incluso «Bueno, si erais solo amigas en el fondo», «Bueno, no será para tanto», «Bueno, ya encontrarás a otra», cosas que no se le ocurriría a la gente decir a personas que han perdido a un ser querido en una relación heteronormativa, esto sí está muy normalizado en personas mayores del colectivo. Luego en la fase de dolor agudo, justamente por esto mismo no se acompaña a nivel emocional todo esto, no se permiten esos sentimientos. Y luego ya, si no se enquistan estos duelos porque no se permiten, en el caso de llegar a la fase de aceptación, por otro lado, también hay una ausencia de referentes muy grande, si ya es un tema del que no se habla, las pérdidas de seres queridos, de atravesar duelos especialmente en personas mayores que normalmente han sufrido muchos más duelos que otras personas por la edad que tienen y es algo que tampoco se cuida o se investiga tanto.” (Silvia Martín, GF personas expertas)

A) CONSECUENCIAS EN EL PERSONAL TÉCNICO Y VOLUNTARIADO DE CRUZ ROJA

No solo las personas mayores han experimentado consecuencias negativas para la salud física, mental y emocional por la pandemia y las medidas de seguridad implantadas por ésta. El personal técnico y voluntario de las entidades de acción social, que desde el inicio de la pandemia viene desarrollando una imprescindible labor asistencial, identifica varias situaciones a tener en cuenta: la sobrecarga de trabajo derivada de la mayor demanda de atención en la mayoría de programas, lo que sumado a la falta de recursos humanos, pudo generar desgaste en los equipos; la frustración de estos por no poder cubrir todas las demandas que llegaban; la implementación del teletrabajo, que aumentó considerablemente la jornada laboral y disipó la línea que separa la vida personal/familiar de la laboral.

”

“Nosotros hemos identificado dos tipos de frustraciones a nivel interno: una, porque ha habido una sobrecarga de trabajo y de atención que ha llevado a un desgaste de todo el equipo y, por otra parte, frustración porque hemos querido llegar a todos y no podíamos por falta de medios también. Los voluntarios se han implicado tanto que también se han desgastado un poco, porque, claro, han tenido también un sentimiento de pertenencia y un sentimiento de vínculo hacia las personas mayores que, claro, han realizado también demasiadas horas a veces y ya no solo en llamadas telefónicas, sino en visitas, en hacer otro tipo de gestiones, tareas.” (Juan Carlos: GF Personal técnico)

“Cuando comenzó la pandemia, el mundo se paró, pero Cruz Roja se activó más, entonces, activamos el Cruz Roja Responde que conocerás en toda España y eso nos desbordó a todo el personal de Cruz Roja, porque todos paramos nuestra actividad normal y nos dedicamos al Cruz Roja Responde, que a su vez, había veces que también teníamos que compaginar con nuestras tareas habituales. Entonces, el desgaste que eso produjo, los cambios de turno, el empezar a trabajar hasta... yo, por ejemplo, en mi caso, de trabajar en un horario cómodo de mañana, empecé a trabajar por las tardes, estar aquí hasta las 11:00 de la noche, dos personas, teléfonos sonando... Bueno, fue eso, no tengo adjetivo para definirlo. Entonces, en la gestión de los proyectos, sí que te puedo decir que este año ha habido muchísimas bajas médicas de trabajadores, que yo no te puedo asegurar que hayan sido derivadas de la pandemia, pero sí que creo que es muy significativo”. (Beatriz, GF Personal técnico)

Además, el personal técnico y voluntario también sintió miedo a los contagios en el ámbito laboral. Estaban y siguen estando expuestos a los contagios, así como a contagiar a las personas con las que convivían en sus hogares. Algunos tuvieron que aislarse para evitar estas transmisiones.

8.4. Fatiga pandémica

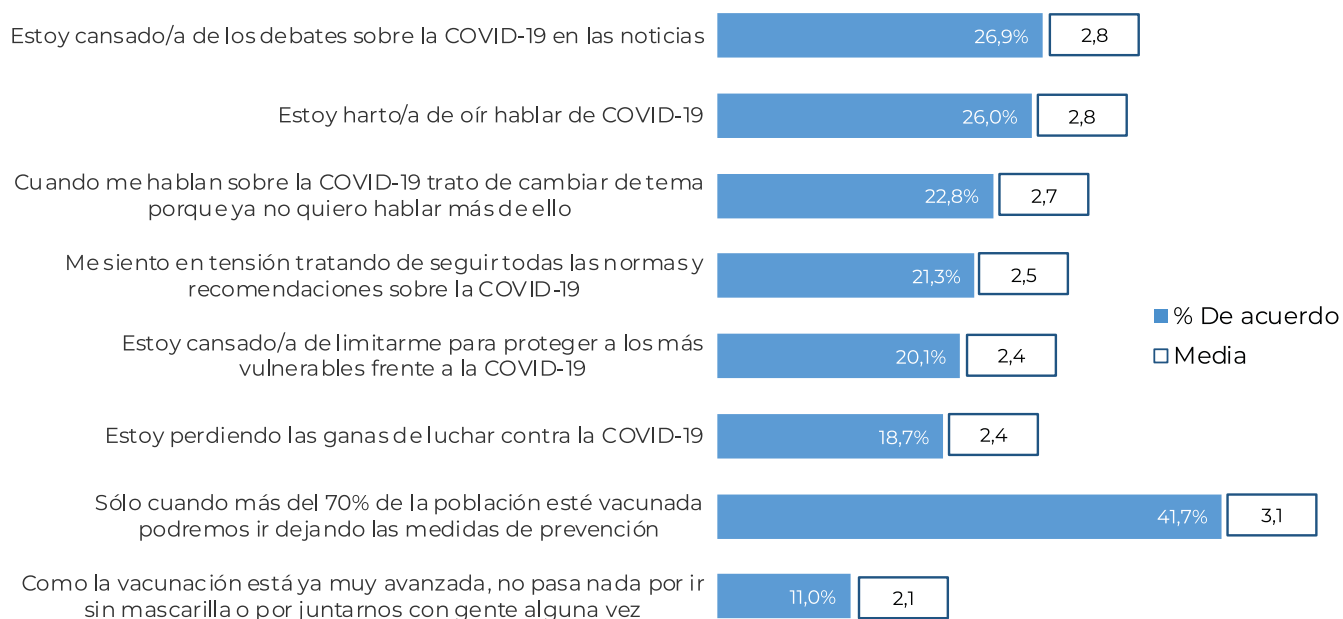
El país ha vivido uno de los confinamientos más extremos, un proceso de desescalada complejo, debido a su implementación territorial y a los cambios continuos en las medidas; una nueva normalidad con la persistencia de medidas de distanciamiento, uso de los espacios, uso de la mascarilla y control en algunos viajes; se han vivido varias olas de incidencia alta de contagios; las vacunas han llegado para quedarse. Ante todo ello, la sociedad ha mostrado diversas reacciones, como la solidaridad, el temor, la frustración, la irritación, el cansancio, la duda y, sobre todo, la incertidumbre en relación al futuro. Nos encontramos ante la llamada fatiga pandémica. Muchas personas mayores aún permanecen prácticamente encerradas.

”

“Igual que no podemos hablar de homogeneidad en las personas mayores, tampoco podemos hablar de homogeneidad en esta crisis sanitaria, porque igual que ya vamos por cinco olas, pues también ha habido diferentes momentos: empezamos con el confinamiento en el que hubo un florecimiento de la solidaridad y hubo un empuje en cuanto a financiación de recursos, en nuestro caso, por ejemplo, de comida a domicilio, porque empezamos a tener personas que no tenían acceso a comida; eso ya empieza a sonar a una cuestión grave, o sea, no se te puede morir de hambre una persona que vive sola. Entonces, se pusieron muchas comidas a domicilio, se intentó también hacer un acompañamiento telefónico, porque el voluntariado a domicilio desapareció, pero también hubo un florecimiento de un altruismo vecinal. Y lo que nosotras detectamos en el caso del aislamiento social es que pasaron de sentir que no formaban parte de la sociedad a sentir que formaban parte de una sociedad en problemas, entonces, se sintieron parte y es verdad que se mostraron algo más dispuestos a tener atención telefónica y a recibir ayuda de los vecinos. ¿Qué es lo que pasa? Que después vino la desescalada, los mayores fueron de los últimos que pudieron salir o además tenían que salir con una situación de miedo absoluta, no había mascarillas. Ahora estamos ya un poco más normalizados, pero en ese momento no había ni mascarillas. Entonces, pasamos de una situación de altruismo y de generosidad y de salir a aplaudir a las 8:00 de la tarde, en el que estas personas mayores que yo os digo en aislamiento social se pudieron sentir algo más acompañadas, pues ya la desescalada. ¿Y ahora dónde estamos? Es en esta fatiga pandémica, que lo que ha pasado es que hemos vuelto a la situación de antes, pero con menos recursos, con menos acceso porque muchos están encerrados, y con más dificultades por el miedo o por esa sensación de que se están tomando decisiones por mí que yo no quiero que se tomen” (Ana Belén Santos, GF personas expertas).



Grado de acuerdo y acuerdo medio con aspectos de fatiga



Base: Muestra total (1.200n).

La medición del grado de hartazgo con la pandemia entre las personas mayores la hemos realizado a través de ocho ítems que buscan medir el cansancio ante distintas situaciones generadas por la pandemia. Globalmente, podríamos decir que alrededor de un 23% de las personas mayores muestra fatiga, siendo sobre todo la saturación informativa (cansancio de debates, hartazgo de oír hablar de COVID o el deseo de cambiar de tema) la que está más presente ($\geq 22,8\%$), con medias muy cercanas al punto medio (2,8-2,7 puntos en una escala de 1 a 5). Estos son los tres aspectos más polarizados, es decir, donde hay un peso similar de puntuaciones en ambos extremos (total acuerdo y total desacuerdo).

Los medios siguen centrando la atención en la pandemia, los contagios, las muertes o las vacunas. Algunas personas opinan que es mejor no escucharlos, pero esto va en detrimento de la información. Su presencia cotidiana también impacta en la fatiga pandémica. Hay personas mayores a quienes esto ha llevado a la depresión y a ideas suicidas.



“Blasinda: ¿Sabes lo que me pasó? Que ponía la tele y ponía solo las cosas malas.

Rosa: es que la tele solo tenía cosas malas.

Blasinda: es que ponía todo del COVID, hasta que ya llegó un punto que mi cabeza ya no... dije «Ya no puedo seguir así», mi hija me dijo «Pon otra cosa, no pongas eso», pero nada, «sí, sí», pero... Y me llamaban las amigas...

Rosa: y no cogía el teléfono. Que anduvimos en Cruz Roja y en todos lados y unas y las otras a ver si sabíamos de ella, pensamos que le había pasado algo.

Blasinda: bueno, sí. Porque una vez me encontré aburrida y tomé siete pastillas, y no estaba ni mi hija ni mi nieto. Y tengo otra hija que está casada y hablaba con ella y le pregunté una cosa y me dijo «Mamá, es que no podemos estar siempre en tus cosas», eso solo. Yo cogí, comí la comida, comí, y después me pasó una cosa por la cabeza y dije «Quiero dormir», no era para... quería dormir. Dormí tres semanas.” (GF personas mayores, Galicia)

Volviendo a los datos de la encuesta, hay cuatro aspectos con una clara mayoría de personas en desacuerdo. Estos son: “Me siento en tensión tratando de seguir todas las normas y recomendaciones sobre la COVID-19”, “estoy cansado de limitarme para proteger a los más vulnerables frente a la COVID-19”, “estoy perdiendo las ganas de luchar contra la COVID-19” y “como la vacunación está ya muy avanzada, no pasa nada por ir sin mascarilla o por juntarnos con gente alguna vez”. Todos ellos aspectos que tienen que ver con las medidas de protección y su seguimiento. A pesar de haber cierta fatiga informativa no está claramente asociada al rechazo o abandono de las normas y recomendaciones establecidas para luchar contra la pandemia que, en la mayoría de los casos, confían que desaparecerán o se mitigarán según avance y se generalice la vacunación.

La información cualitativa revela que la fatiga pandémica tiene efectos diferenciales en las personas mayores. En éstas, se da la circunstancia de que algunas dinámicas de la nueva normalidad, que han llegado para instalarse, no encajan con sus hábitos, tiempos o posibilidades. Por ejemplo, la reducción de tiempos y espacios para hablar de manera presencial con el personal médico les está generando inseguridad en su estado de salud. Llevar puesta la mascarilla cada vez que salen a la calle coarta sus posibilidades de comunicar, teniendo en cuenta que pueden tener dificultad para escuchar, mantener la distancia interpersonal con toda persona con la que se cruzan y no poder tocar a algunos familiares o personas queridas, les hace sentirse más solas y marginadas, la sobreprotección puede incurrir en un sentimiento de incapacidad, el miedo permanente puede causarles estrés constante y afectar a su funcionamiento cognitivo.



“Me caí justo el 12 de marzo y el brazo lo tenía hecho polvo, pero dije «No voy a ir a ningún sitio, me da mucho miedo», y se me curó solo. He ido después y me han dicho «Si lo ha tenido usted roto».” (Amparo, GF personas mayores, Madrid)

“En la seguridad social hoy lo que hace falta son muchos más médicos que los que tiene, porque no pueden ver a todos los enfermos que van como es debido, porque eso de que les den cinco minutos para cada enfermo no se puede, porque habrá quien no los necesita, pero hay quien necesita más de 20 y más de 25 y no se puede dar un diagnóstico en 5 minutos a enfermos que necesitan una hora por lo menos, no se puede. Hay consultas que se atienden hasta por teléfono. El que tiene una herida, por el aparato ese, el móvil ese que se ve la fotografía, se ve la herida por el móvil, te diagnostican de casa a casa, no hace falta ir al ambulatorio. Eso se está dando hoy.” (Graciano, GF personas mayores, Madrid)

“A mí me resulta muy molesta la mascarilla, es una cosa... ahora mismo me pica mucho la nariz, creo que debe producir problemas cutáneos y esto lo llevo muy mal. Tengo unas ganas tremendas de que lo podamos dejar, porque me produce malestar y es que respiro mal, tengo el tabique desviado, entonces, siempre que puedo, me lo quito. Para mí eso sí que es... creo que voy a recordar esta pandemia por la mascarilla.” (M. Pilar, GF personas mayores, Madrid)



La fatiga pandémica también afecta a las personas cuidadoras, que se han ocupado de personas mayores durante toda la pandemia. Ellas también han debido seguir estrictas medidas de protección de la salud para preservar el vínculo de cuidado, así como la vida de la persona cuidada. En algunos casos, estas personas cuidadas tenían un deterioro orgánico o cognitivo, que les impedía comunicar, porque lo que las cuidadoras se han sentido extremadamente solas. Esta situación ha dado lugar a la sobrecarga de trabajo, el desgaste, el estrés y la ansiedad, cuyo resultado, en muchos casos, ha sido el malestar físico, psicológico y emocional.

”

“En la pandemia fue cuando el confinamiento la atrapó, la ha dejado hecha polvo, eso la ha triturado total, ya no hace nada, nada. Darle de comer, le tengo que dar de comer, de desayunar, todo, quitarle la caca, quitarle todo. Quien era mi mujer nada, ya está incluso perdiendo la poca movilidad que tenía, ya no tiene equilibrio, me las veo negro para ducharla. El confinamiento ha sido catastrófico para algunas personas, por lo menos para mi mujer. Mi mujer antes del confinamiento, hombre, tenía que estar muy pendiente, pero ella pasaba sola a la ducha, se duchaba ella, estaba pendiente por si se caía o algo, comía sola, incluso se vestía ella, pero fue quedarse confinada y esto ha ido a peor, es que el confinamiento nos ha machacado a todos.” (Julio, GF personas cuidadoras)

“Yo a mi madre antes la sacaba de paseo en la silla de ruedas porque también tenía un poquitín más de movilidad, y yo le metía a la silla y salíamos por las tardes de paseo, pero ya desde la pandemia para acá, ya no salimos. Hemos salido este verano anterior a la pandemia y ya no salimos, a partir de la pandemia... Yo, personalmente, también estoy peor de lo emocional, porque yo estaba siempre con mi madre igual que estoy ahora antes del confinamiento, pero el estar con ella todo el día, que a lo mejor salía una vez al mes a comprar, a mí también me ha podido mucho, a mí con respecto a mi madre y a mi vida normal. Es que estoy atada, estoy las 24. Si tienes que salir, sales a la farmacia y vuelves; vas al médico y vuelves; vengo hoy a la reunión dos horas y vuelvo a casa; son casi las 24 horas. Yo salgo un poquito los sábados y los domingos porque hay que airearse, porque si no...” (Andrea, GF personas cuidadoras)

“La situación de Andrea la tengo prácticamente yo igual, porque la mía tampoco habla y eso sí que es jodido tener una persona que no habla nada, nada, que no sabes si le duele una pierna, si le duele... Es que no habla nada...” (Julio, GF personas cuidadoras)

La fatiga pandémica también es fruto de las enormes dificultades para ver a seres queridos. Entre las medidas de seguridad y el miedo, algunas familias siguen manteniendo una distancia, que hace que se comuniquen solo por teléfono o si lo hacen presencialmente, con rejas o ventanas de por medio.





”

“Después de la pandemia la gente que abríamos la ventana y por ahí recibíamos las visitas, nos preguntaban «¿Qué tal está? ¿Cómo estáis?» y tal. Y los que entraban era mi hermana, mis sobrinos, que tengo otro hermano que vive fuera y viene los fines de semana, esos son los que han estado viendo a mi madre, y durante la pandemia, como no estaban. Pero pues a raíz de los primeros, son ellos, y luego la mínima gente posible. Ahora sí van entrando algo más.” (Andrea, GF personas cuidadoras)

“Fue durísimo, porque sin verlo, tres meses sin poder ir. Y luego ya cuando se empezó a ver, íbamos a verlo una vez a la semana a través de la reja, viéndonos a través de la reja. Claro, nosotros no podíamos porque estamos en otra provincia, pero él, por más que se lo explicamos, no lo entendía. Y ya nos cansamos y una vez hemos ido, fuimos y que pase lo que Dios quiera, puede ser que nos denuncien, pero no nos cogieron, gracias a Dios.” (Javiera, GF personas cuidadoras)

“Ni mis hijos pasaban a casa. (Vicenta)

Los nuestros tampoco. (Andrea)

Por la ventana, pasaban por la calle y les hacíamos así. (Vicenta)

Sí, nosotros hasta hace poco nos saludábamos por la ventana. Y mi hermana, como vivía en otro sitio estaban perimetrados y no podían salir de casa, tampoco, no llegaban. Pero la persona que tengo en casa, yo y mi hermana usamos mascarilla con mi madre siempre. Todavía uso mascarilla con mi madre, dándole de comer y eso. Para cambiarla y vestirla y todo, guantes.” (Andrea, GF personas cuidadoras)

Otro elemento que influye en la fatiga pandémica es la situación socioeconómica que ha traído aparejada la pandemia. Algunas personas mayores han visto cómo sus hijos o hijas han perdido el trabajo y tienen problemas económicos y familiares. Intentan ayudarles como pueden con sus pensiones o abriéndoles las puertas de sus casas, pero son conscientes de que a veces no es suficiente. Esto causa ansiedad, tristeza y preocupación.

”

“Yo hablé con la doctora y dijo «—¿Pero tú qué notas? —Pues yo no sé lo que noto, pero yo no estoy bien». Y me dio unas pastillas. Pero mira que es una cosa bien rara, porque yo soy muy positiva. Pero pues yo aquí tengo algo. ¿Ese algo de qué vino? Soy sincera, ¿de qué vino ese algo? Bueno, pues pensando en los hijos, si se quedaron sin trabajo, con los pequeños, yo ya no tenía peligro, pero, entonces, a raíz de eso, ya yo tenía esto en la cabeza...” (Concepción, GF personas mayores, Galicia)

El miedo a la muerte propia y de seres queridos es otro de los elementos que influye en la fatiga pandémica, así como el temor a que la familia tome la decisión de que deban dejar sus hogares e ir a una residencia. Debido a las altas cifras de fallecimientos en las residencias y hospitales, que han tenido una gran repercusión mediática, muchas personas mayores llegan a sentir miedo intenso a entrar en alguno de estos dos servicios, a los que asimilan como su fin.

”

“Yo siempre he sido muy positiva, yo he tenido siempre una fuerza de voluntad estupenda, salgo de casa todos los días, dos horas, dos horas y media, solo que esté enferma de verdad y no salgo a la calle. Y cuando fue de eso, claro, estuve encerrada, entonces, ahí lo sentí un poco. Cuando empecé a andar, me iba por unas calles donde no había nadie, por las calles más remotas que no había nadie, ahí me iba yo, dije «Ahí me voy a andar». Si no ando dos horas, ando una, pero andar he andado siempre. Bueno, en febrero empecé a ir al supermercado, iba con una caja de leche en la mano, subo para arriba, entro en casa y un dolor en el pecho, me empieza a doler ya el brazo [el médico de cabecera me dice] «tienen que ingresarte y hacerte un estudio porque es fuerte esto». «Doctor no me mande a la residencia [el hospital público], que no voy a la residencia, porque si yo voy a la residencia cómo está eso, no vengo para casa. Mándeme a un sanatorio particular o mándeme a donde quiera usted»” (Filomena, GF personas usuarias, Galicia)

“¿Y tú por qué crees que en un sanatorio particular no tenías peligro y en la residencia sí?” (Paquita, GF personas usuarias, Galicia)

“Tenía miedo. Menuda consulta tiene ahí. Me ha pasado por no sé cuántos aparatos, dice «Ay, Dios mío», le dije «A la residencia no quiero ir, doctor», dice «No, no, como vayas a una residencia no sales». Él mismo lo ha dicho, dice «No sabes tú cómo están las residencias, ya no se puede entrar en las residencias», porque estaban los pasillos..., así que no sé cómo saldrá, dije «No, es que no quiero ir, hagamos todo lo que sea, pero yo a la residencia no quiero ir». Agarró y me mandó a hacer análisis, me han hecho placas, me han hecho de todo, los análisis, pero me lo han hecho todo en la tarde, habré estado todo el día, pero me han hecho de todo. Una angina de pecho. Me dice «Como te quedarás, la cargabas. Si no vienes, te la cargas». Y he aguantado, porque ya me cogía, que me cogía el brazo, es horrible. Me dio tratamiento y me ha puesto nueva.” (Filomena, GF personas usuarias, Galicia)

La fatiga pandémica que padecen las personas mayores precisa mayor atención por parte de los servicios de salud mental, debiéndose considerar también un problema de salud colectivo.







9. Cuidados y redes de apoyo

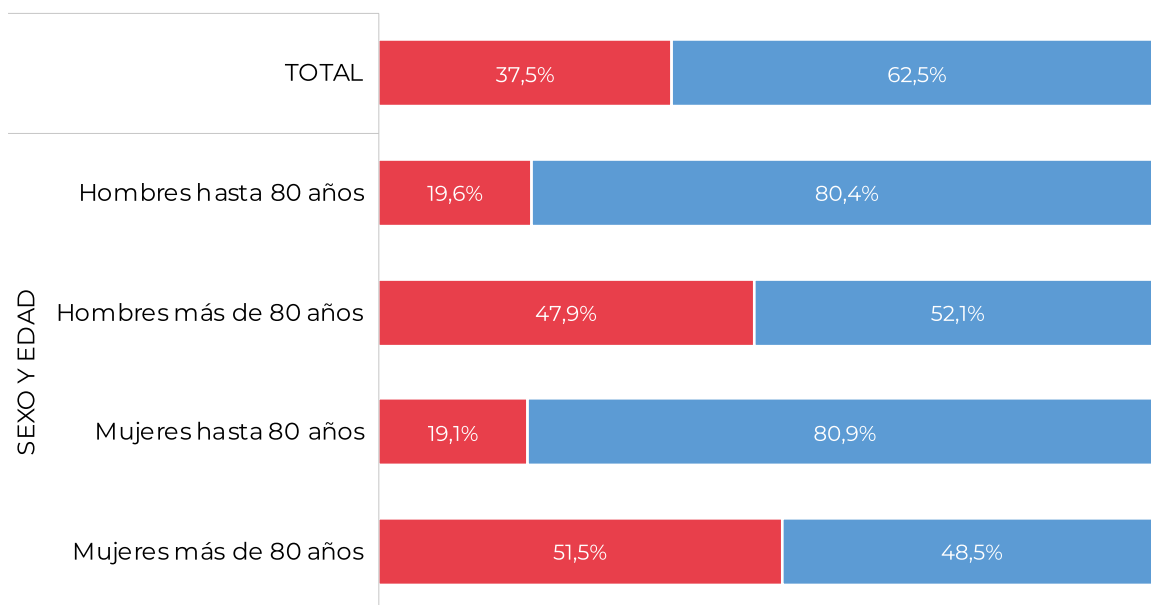
9. Cuidados y redes de apoyo

Hablar de cuidados es hablar de mujeres cuidadoras, generalmente las hijas, empleadas de hogar y de los cuidadores profesionales, auxiliares de ayuda a domicilio e incluso, las propias mujeres mayores, que continúan dedicándose al cuidado de sus maridos, hijos e hijas o nietos y nietas. En general, se trata de cadenas de cuidado femeninas. No obstante, hay hombres cuidadores. En general, se trata de parejas de mujeres que están en situación de dependencia. La pandemia ha afectado a las posibilidades y modalidades de cuidado. Fundamentalmente, las ha relegado por completo al ámbito del hogar, limitando la opción de compatibilizarlo con recursos públicos y privados, es decir, limitando la corresponsabilidad colectiva. Además, ha tenido el efecto de ahondar en las injusticias en torno al cuidado. Anteriormente a la pandemia se daba un reparto desigualitario de éste, que afectaba a las mujeres y a las mujeres migrantes, pero con la pandemia, el peso de la responsabilidad ha recaído aún más sobre ellas. Por otro lado, el confinamiento y las fases de desescalada y perimetraje han ocasionado cortes en las cadenas de cuidado. Si antes de la pandemia una madre trabajadora contaba con el apoyo de una canguro y de su propia madre para la conciliación, con las medidas impuestas estas figuras de apoyo han tenido que desaparecer por completo o han visto reducido considerablemente su aporte. De igual modo, si en un hogar con personas en situación de dependencia ha habido personas no convivientes, que asumían tareas de cuidado, como auxiliares a domicilio, asistentes, hijas e hijos, con la pandemia muchos de estos apoyos se han reducido o desaparecido. Las empleadas de hogar contratadas como internas, que asumían tareas de cuidado, se han visto obligadas a convivir 24 horas con las personas cuidadas sin tener espacios ni tiempos propios fuera de la vivienda, salvo para hacer las compras. Los familiares de personas en situación de dependencia que vivían en otros municipios o provincias no han podido visitar a sus seres queridos ni ayudarles durante muchos meses y, actualmente, con el miedo a los contagios y la necesidad de proteger a las personas mayores de la COVID, muchos siguen sin visitarles. Los cortes en las cadenas de cuidado han determinado un mayor peso de la responsabilidad en quienes antes de la pandemia ya asumían de manera desigual estos y también han ocasionado mayor soledad.

El 37,5% de los mayores atendidos por Cruz Roja reciben cuidados regulares para sus tareas cotidianas. Como es lógico, este tipo de cuidados se incrementa notablemente según aumenta la edad, de hecho, entre los mayores de 80 años los reciben al menos el 47,9%, mientras que entre los que aún no han alcanzado esta edad el porcentaje se sitúa por debajo del 20%. O, visto de otro modo, los mayores que necesitan y reciben cuidados para la realización de sus tareas cotidianas tienen, de media 85,7 años, mientras que los mayores que no reciben ayuda para este tipo de tareas, tienen de media 79,5 años.



Personas mayores que reciben cuidados regulares de ayuda en sus tareas diarias (vestirse, asearse...)



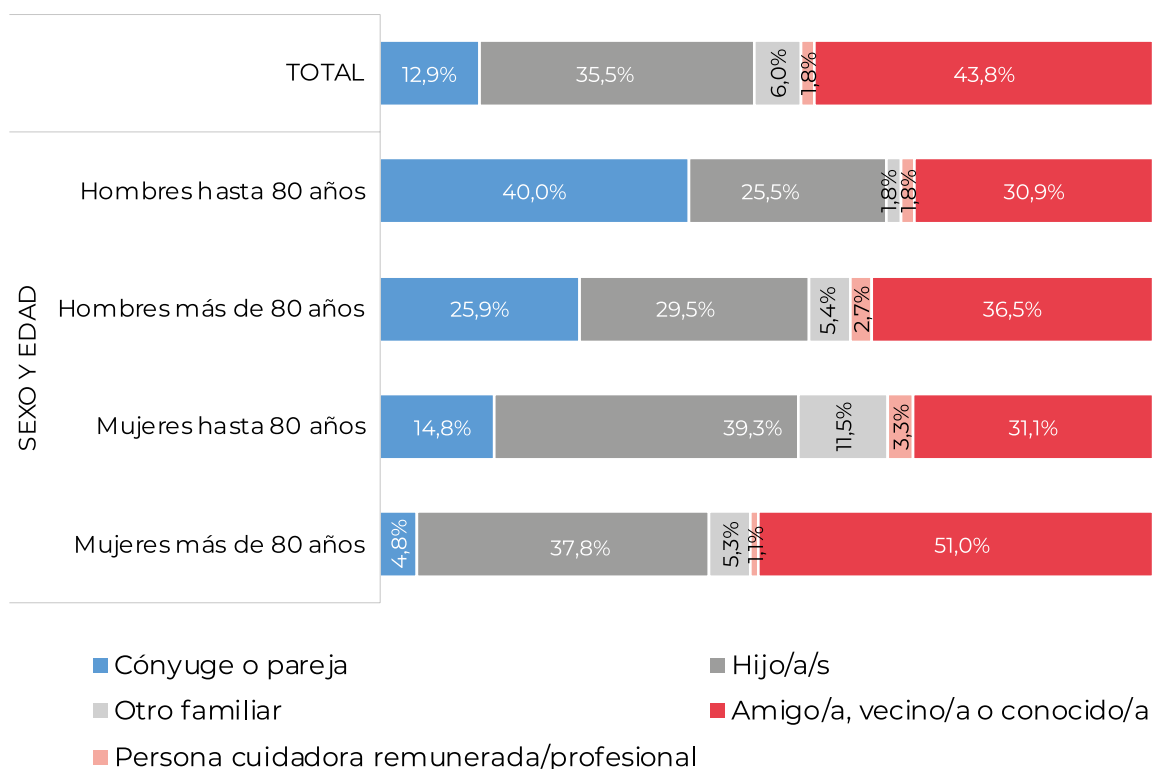
Base: Muestra total.

■ Sí ■ No

Los cuidadores y cuidadoras profesionales se ocupan de estas tareas en el 43,8% de los casos. Entre el resto, lo más frecuente es que se ocupe una hija (21,7%), un hijo (13,8%) o su pareja (12,9%). Las diferencias de género entre los cuidadores son evidentes: cuando quien el mayor cuidado es un hombre, el 29,5% recibe esta ayuda por parte de su pareja, mientras que cuando se trata de una mujer sólo el 6,8% recibe cuidados de su pareja. Pero las diferencias van más allá de la pareja, el 23,6% de las personas mayores que reciben cuidados la responsable es una mujer de su familia, mientras que en un 15,8% se encarga de los cuidados un hombre.



Relación con la persona que le cuida



Base: Están siendo cuidados regularmente por otra persona.

“Estamos hablando siempre del cuidado que reciben las personas mayores de la familia; no es cierto, la familia no cuida, cuidan las mujeres de las familias, eso para empezar. En segundo lugar, son las mujeres mayores las que siguen cuidando de todo el entorno, que tampoco lo hemos dicho; es decir, yo acabo de publicar un estudio en el que se demuestra que hasta más de la edad de 80 años las mujeres mayores aportan más cuidados de los que reciben. Las mujeres mayores siguen cuidando de todo el mundo, siguen cuidando de sus parejas, si están en una relación de pareja, cuidan de hermanos y hermanas, y ya no digamos de nietos y nietas. Con lo cual, la pandemia ¿En qué ha afectado también? En que estas mujeres, que antes cuidaban de sus nietos y sus nietas, ya no pueden hacerlo. ¿Qué ha supuesto? ha supuesto un coste en la vida de las mujeres adultas que no han podido conciliar sus vidas laborales y sus vidas familiares, y hemos visto que incluso en los más altos niveles hay mujeres científicas, que han publicado muchos menos papers que los hombres teniendo el mismo nivel de cualificación, si estamos hablando de una pareja heterosexual que tuviera hijos, o sea que pensemos en todo lo que hay detrás de los cuidados”. (Mónica Ramos, GF personas expertas)

En los hogares en los que viven personas mayores y personas en situación de dependencia, los cuidados recaen fundamentalmente en los miembros de la propia familia y dentro de ésta, generalmente sobre una sola persona. En el caso de España, se trata de una estrategia familista.

”

“Cuando me pusieron la vacuna estaba solo, me caí de la cama y no me pude levantar, pero pude llamar. Como la hija que es médico, que tengo esa suerte, porque nunca habré gastado el dinero tan bien como en esa carrera, ella ha estado pendiente de todo y he tenido ahí un refuerzo inmenso. Ahí ha estado mi hija que ha estado pendiente de todo, no hago más que lo que me manda ella.” (Graciano, GF personas usuarias, Madrid)

“Cuando ya cayó mi madre un poco peor y me vine un poco abajo, como ya yo había ido a psicólogo anteriormente, pues fui y le dije lo que me estaba pasando. Me dijo «No te está pasando nada. Tú tienes un vínculo hecho con tu madre ahora mismo que...», que yo duermo hasta en la misma habitación con ella, por la noche si me levanto a las 2:00 o me levanto a las 5:00 todos los días, voy al servicio y le echo un vistazo. Entonces, yo estoy ahí con mi madre con un vínculo, pero un vínculo atadito, ¿me entiendes? Mis hermanas pelean conmigo porque me vaya de vacaciones una semana una vez al año. Este verano «—Te tienes que ir.—Cuando venga la otra de vacaciones, te tienes que ir.—No, no, yo no me voy.—Que te tienes que ir», así, así. Bueno, me he ido de vacaciones este año una semana. Es que tu cuerpo lo necesita, necesita desconectar, necesitas el descanso físico”. (Andrea, GF personas cuidadoras)

“Son 24 horas, ¿tú crees que a mí me dan ganas de levantarme cuatro o cinco veces a ver cómo está? Porque hay veces que no tienes ganas y te tienes que levantar. Pues no me dan, pero ¿qué haces? Tienes que levantarte, porque como no dormimos en la misma cama, porque entre otras cosas no puedes dormir en la misma cama. Yo me levanto la primera vez a lo mejor a las 12:00 y ya voy a mirar, que a lo mejor me he acostado una hora antes. Está bien, está durmiendo, me voy a acostar. A las 2:00 otra vez, a las 4:00 otra vez, luego ya a las 5:30 pues ya me levanto.” (Julio, GF personas cuidadoras)

“Mi marido camina, pero si lo ves, ves que va muy lento y arrastrando y así. Y era una persona como yo. Entonces, aparentemente tú lo ves y piensas que..., pero por dentro... Quiere hacer esto, sacar esto y no lo va a sacar, cumplió 73 el domingo. No tiene fuerza, no tiene equilibrio, se va muy fácil, bueno, muchas cosas. Yo estoy cuidándolo a él y de mis padres. Cuando él empezó, aún tenía a mis padres, los dos, mi madre con Alzheimer, de los huesos perdidilla, y mi padre con un ACV que le había dado, en una silla de ruedas, que había que hacerle todo. Y fallece mi padre, él se prejubila para ayudarme y se encuentra él ya... ya empezamos el año siguiente con lo de él, o sea, no paré nada. Llevo prácticamente toda mi vida cuidando. Y ahora cuido a mi marido. Entonces, cuando fue lo de la pandemia, él cogió mucho miedo. No salió a la puerta hasta que dieron el permiso.” (Rosa, GF personas usuarias, Galicia)

Cuando el cuidado familiar ya no es posible, por un agravamiento de la situación de dependencia o por imposibilidad del miembro cuidador, la estrategia es la de la externalización de todo o una parte del cuidado. En este punto, las familias deben efectuar cálculos sobre cuánto supondrá y por cuánto tiempo, dando lugar a fórmulas de cuidado mixtas, que, en algunos casos, no liberan a los familiares cuidadores, tan solo redefinen sus funciones.

”

“Esos cambios en la salud de las personas mayores, las limitaciones que puedan llegar a tener, las necesidades de cuidados, de atención, pues se van traducir en una necesidad mayor de horas de atención por parte de distintos recursos. Y si no es la familia de manera gratuita la que va a poder asumir esas necesidades paulatinas, pues habrá que buscar otros recursos. Entonces, es ahí cuando las personas mayores y su entorno empiezan a hacer cálculos sobre qué se pueden permitir durante cuánto tiempo, con qué planificación mensual, anual, y es ahí donde la situación económica cobra especial importancia en el caso de las personas dependientes, porque dinero equivale a tiempo de atención, ya sea en una institución, ya sea en centros de día, ya sea en horas de ayuda a domicilio.” (Paloma Moré, GF personas expertas)



La sobrecarga en cuidados puede llevar aparejada una tensión familiar, que afecta principalmente a quienes son cuidadores o cuidadoras directas y a las personas cuidadas. El confinamiento, la desescalada tan paulatina, el miedo a los contagios, que sigue teniendo efectos hasta la actualidad, hacen las personas cuidadas y las cuidadoras pasen demasiado tiempo juntas y encerradas, sin apenas respiro individual o junto a otras personas. Aparecen casos en los que hay mayor irritabilidad, conflictos, subidas de tono, reproches, desgano, descuido e incluso el maltrato, lo que puede contribuir a aumentar la incidencia de este fenómeno ya existente y causado por otras situaciones.

”

“También se ha dado alguna relación en que algunas personas que eran matrimonio, el estar 24 horas todos los días viviendo al final juntos, ha llegado el momento en que esas relaciones algunas se han roto y todo por estar... porque no es lo mismo que yo entro y salgo de casa, a tener que estar las 24 horas del día en espacios a lo mejor reducidos. Entonces, nos han llegado a manifestar «Cojo a mi mujer —o cojo a mi marido— y no sé qué le hago...» (Teresa, GF personal técnico)

“Los mayores están más irritables, han estado más molestos, más violentos, más irritados, en líneas generales. Y el estrés del cuidador se ha incrementado mucho más con la pandemia porque tenían menos momentos de respiro, estaban las 24 horas del día con la persona dependiente a su cuidado, y se han incrementado esas situaciones en las que aparece ese grito que no se debe, esa situación de estrés en el domicilio. Situaciones complicadas han sido manifestadas en los grupos de ayuda, cuando se desahogaban los cuidadores, han salido esas situaciones, esas reacciones.” (Beatriz, GF personal técnico)

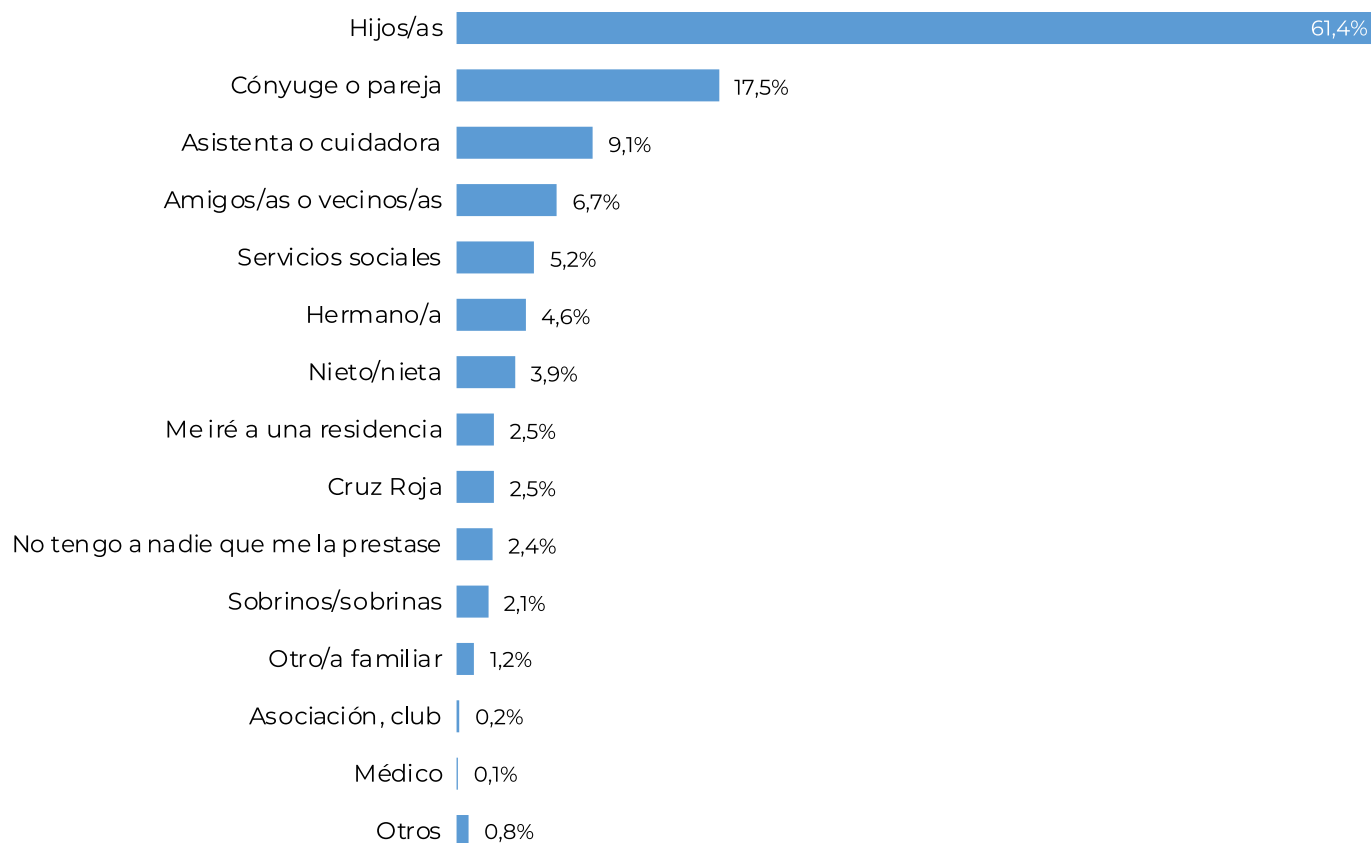
“Es verdad que ha habido más casos, no solo por parte de las parejas, sino también por hijos que hacen abuso económico de padres debido a que están en paro, ERTES y demás, pero no sabría decir si se deben a la pandemia.” (Juan Carlos, GF personal técnico)

“Yo sí observo esa angustia, esa ansiedad de los cuidadores, que a veces cuando estamos muy sobrecargados podemos tener ciertos momentos de violencia porque no podemos asumir esa situación.” (Rosana, GF personal técnico)

Junto al 37,5% que recibe cuidados para las tareas cotidianas hay un 5% de mayores que afirman cuidar regularmente a otra persona debido a una enfermedad o discapacidad. Mayoritariamente se trata de la pareja (52,0%), aunque también los hay que tienen que ocuparse de hijos o hijas (23,7%), de su madre (11,6%) o de alguno de sus hermanos/as (6,8%). En general, se trata de cuidados a una persona con la que conviven (91,4% de los casos) y prácticamente no hay diferencias entre hombres y mujeres, ocupándose ambos en proporciones similares del cuidado de otra persona.

Ante la hipótesis de que necesitaran ayuda de otras personas para realizar actividades básicas de la vida cotidiana el 61,4% afirma que serían sus hijos o hijas quienes se la prestarían, el 17,5% contarían con la ayuda de su cónyuge o pareja y un 11,8% de otro familiar.

Persona que le prestaría ayuda a sus tareas diarias si la necesitara



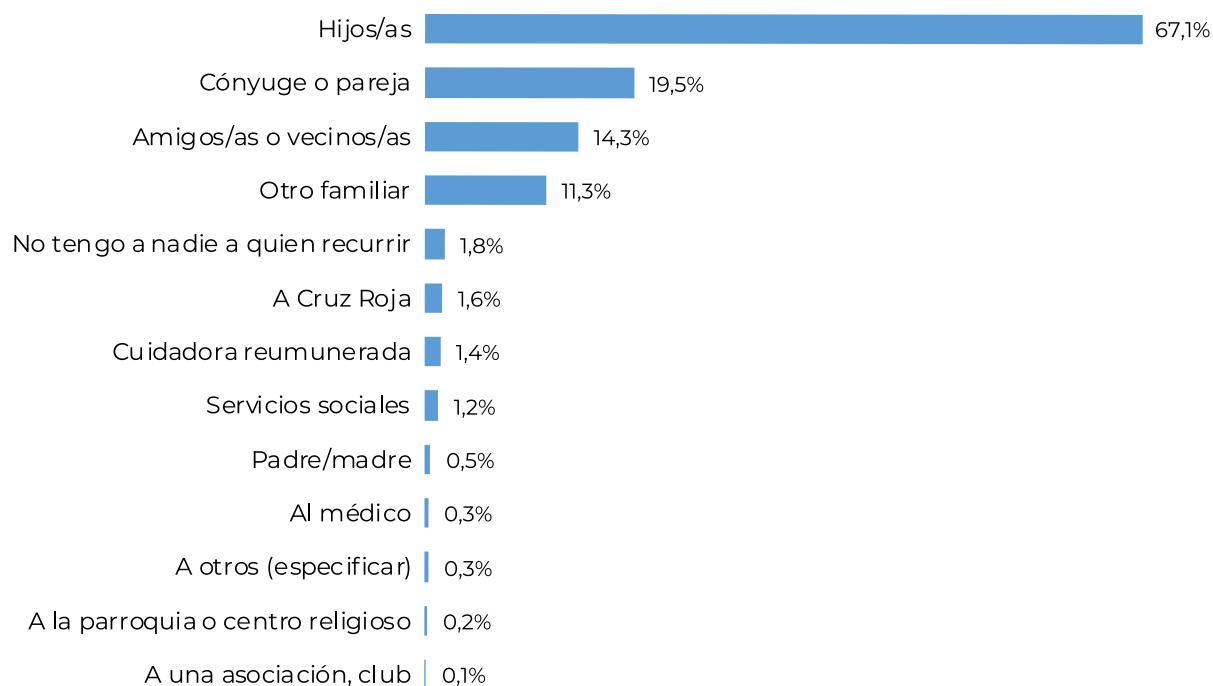
Base: Muestra total (1.200n).

Tanto el sexo, como la edad establecen diferencias respecto a la figura que consideran se hará cargo de sus cuidados: así, los hombres, tanto los menores de 80 años, como los que superan esta edad, piensan en mayor medida en su pareja para estos cuidados (38,1% los más jóvenes y 28,6% los de más edad, frente al 20% y 5,2% de las mujeres respectivamente). Pensar en los hijos e hijas como protagonistas de este tipo de cuidados es similar entre hombres y mujeres mayores de 80 años, aunque se observa una mayor resistencia a pensar en ellos cuando se es más joven (54,6%) y sobre todo en el caso de los hombres (descendiendo al 48,4%).

Las personas mayores que viven solas, sin el recurso de la pareja, sitúan a los hijos e hijas en primer lugar (59,9%). Esto, sin embargo, no quiere decir que la proporción que señala a hijos e hijas como cuidadores sea mayor que en el resto de mayores. Lo que sí ocurre claramente con estas personas mayores que viven solas es que se incrementan las referencias a figuras que globalmente eran muy minoritarias: aumentan, desde las referencias a otros familiares, hasta las que creen que serán cuidadas por personas con las que mantienen relaciones de amistad (11,2%) o de asistencia doméstica (9,6%) o las que piensan que se ocuparán los servicios sociales (7,2%).

También en este grupo que vive solo es más frecuente afirmar que no tiene a nadie que le pueda proporcionar este tipo de ayuda (3,6%, frente a un 1,3% que da esta respuesta entre los que viven en pareja y a un 0,8% entre los que viven en otros hogares pluripersonales) y los que piensan en una residencia como solución (3,5% frente al 0,8% de los que viven con su pareja o el 2,3% en otros hogares pluripersonales).

Persona a la que recurre cuando necesita un consejo o apoyo afectivo



Base: Muestra total (1.200n).

Volviendo al presente, el 67,1% afirma que cuando necesita apoyo psicológico (concretamente hablamos de consejo, apoyo moral o afectivo) acude a los hijos o hijas, es decir, hay un 5,7% que aunque sus hijos o hijas suponen actualmente su mayor apoyo, no esperan o desean que sean ellos quienes se ocupen de sus cuidados cuando vivan situaciones de dependencia.

El segundo grupo de personas más numeroso en función de la figura en la que se apoyan actualmente es el que lo hace en su cónyuge o pareja (19,5%) y el tercero el que lo hace en amistades (14,3%). A pesar de que la proporción es pequeña, las referencias a Cruz Roja son las más numerosas de todas las instituciones u organizaciones que se citan como actual apoyo psicológico (1,6%).

De nuevo, entre las personas mayores que viven solas y sobre todo entre aquellas que afirman haber elegido este modo de vida, cobran importancia las redes fuera de la familia cercana: las que indican que se apoyan en otro familiar alcanzan el 15,8% y las que lo hacen en amigos llegan al 26,2%. También la carencia total de recursos para recibir este apoyo está más extendida entre las personas mayores que viven solas, llegando a suponer un 3,8% entre las que viven solas por no tener otra elección las que afirman que no cuentan con nadie que les brinde este tipo de apoyo (esta respuesta no alcanza el 1% entre las que viven acompañadas).

9.1. Dependencia, discapacidad y ayudas recibidas

Muchas personas mayores empiezan a requerir cuidados más intensivos y especializados. Las personas cuidadoras hacen lo posible por cubrir sus necesidades, pero llega un momento en que también tienen limitaciones, sobre todo si son adultos mayores de 55 años, algo que suele ser bastante común. En estas circunstancias, comienzan a realizar los trámites relativos a la minusvalía y a la dependencia, sin ser demasiado conscientes de que una respuesta por parte de la Administración suele tardar más de un año e incluso dos y no siempre es la que esperan. Cuando el cuidado se realiza durante años, ser conscientes de que se precisa ayuda externa suele entenderse como un signo de incapacidad propia y se vive con frustración y culpa. En estas circunstancias, algunas personas cuidadoras rechazan la ayuda, pero esta decisión puede ser contraproducente en relación al curso administrativo de sus solicitudes. Si la necesidad de extender cuidados se hace patente e inminente, la respuesta urgente es contratar a una persona externa, pero esto solo lo pueden hacer las familias que tienen recursos económicos o las personas mayores que tienen pensiones por jubilación dignas.

”

“Mi madre no era tan dependiente entonces, pero había que ayudarla en muchas cosas. Ella por la casa a lo mejor andaba algo, pero había que ir con ella, pero la demencia va poquito a poquito a poquito, ha ido perdiendo, perdiendo, perdiendo. Con los años ha ido gradualmente perdiendo el oído, no habla, entonces, para comunicarte con ella es muy difícil, me hace ruidos, yo a veces no la entiendo, otras veces la llamo, me contesta, me mira y sé que me oye y sé que me ve, porque si yo me muevo hacia un lado o hacia otro o salgo de la habitación, ella lo entiende, pero al perder el oído perdió el habla.” (Andrea, GF personas cuidadoras)

“No podía levantarla o sentarla a mi madre, entonces, para eso tenía a mi marido, que yo la vestía o la lavaba. Me concedieron una auxiliar del ayuntamiento, pero dije que mientras yo podía lavarla no la quería, no la rechazaba totalmente por si acaso en algún momento yo no podía. Y bueno, una vez de las que me operaron, justo fue cuando mi madre cayó con la pierna, estábamos las dos, una en una cama y la otra en otra. Entonces, mi marido nos daba la comida a una y a otra. Y por la noche, cuando llegaban mis hijos, bueno, nos ayudaban o bien a acostarla o a levantarla un poquito, a mí igual, pero ya hizo falta una ayuda...” (Vicenta, GF personas cuidadoras)

“Mi madre tuvo un ictus en Extremadura, y al principio yo me la traía tres meses, pero se rompió la cadera y ya era muy difícil traerla. Me iba allí una semana para que mi hermana saliera. Bueno, así lo fuimos pasando, pero duró cuatro años y medio también con un ictus, de la cama al sillón y del sillón...” (Javiera, GF personas cuidadoras)

Las familias en las que hay personas en situación de dependencia y necesidades de cuidado, que inician la solicitud de calificación de la minusvalía y del grado de dependencia, recorren un largo y tedioso camino hasta la respuesta administrativa, que, en muchos casos, no es satisfactoria. Se trata de tramitaciones altamente burocratizadas y, por efecto de la pandemia, prioritariamente digitalizadas. Esto produce una brecha de acceso al derecho al cuidado, reconocido normativamente, ya que quienes se ocupan de los trámites son generalmente personas cuidadoras o personas mayores que no tienen conocimientos específicos en la materia ni competencias digitales. Por ello, son los Servicios Sociales comunitarios o los centros base de la discapacidad los que se ocupan de gestionar las solicitudes, pero estos servicios han permanecido mucho tiempo cerrados al inicio de la pandemia y su posterior reorganización ha generado largas listas de espera, que se suman a las que ya existían con anterioridad. Se da la circunstancia de que las personas participantes en los proyectos de mayores de Cruz Roja demandan ayuda al personal técnico y voluntario para acceder a los servicios públicos, solicitando citas o realizando los trámites, pero incluso para este personal, algunas gestiones pueden resultar complejas. Otra situación común es que las personas mayores y cuidadoras se presentan directamente en las puertas de dichos servicios, participando en largas colas de espera y, en ocasiones, disgustadas.

”

“*Segue habiendo mucha burocracia, falta de sitios donde coger cita o poder acudir, las solicitudes cada vez más telemáticas, con lo cual la brecha digital supone una barrera muy grande. Bueno, yo creo que sigue habiendo ciertas dificultades para poder acceder a los recursos públicos. Y a nivel sanitario, ya empezamos a tener consultas presenciales, pero el teléfono, tú llamas para coger una cita y muchos mayores, al final, terminaban llamando a Cruz Roja para que se la pidamos nosotras, o cogen la puerta y salen directamente y se presentan ahí porque el teléfono no hay manera de que te lo cojan; bueno, ni por web, porque entras y te dan para dentro de un mes presencialmente. O sea, dificultades hay y creo que faltan recursos públicos que se han quitado con todo lo de la pandemia y no se han reincorporado.*”

(Mariana, GF personal técnico)

“*En nuestro caso, los trabajadores sociales de zona tampoco daban citas presenciales, tenían un teléfono móvil habilitado, entonces, las llamadas telefónicas que entraban no se podían atender a todas. Pero, además, la burocracia sigue siendo una barrera en todas las ayudas a nivel de dependencia, porque los plazos para valoraciones son extremadamente largos y, por desgracia, muchas personas mayores no llegan a tener una valoración porque el tiempo que pasa desde que lo solicitan hasta que lo hacen es exagerado.*”

(Noelia, GF personal técnico)

“*La burocracia es muy farragosa y esto dificulta pedir las ayudas. También lo de exigir que se hagan todas las gestiones por internet; todo esto dificulta también el acceso a todas esas ayudas, es un hándicap más. De hecho, esta mañana mismo, una compañera me comentaba que ha estado con una persona tres horas para solucionar papeles, y eso que nosotras tenemos el conocimiento, la experiencia y las habilidades para esto, pero, claro, hay cosas que no dependen de nosotros, entonces, eso es un hándicap más.*”

(Rosana, GF personal técnico)

En la misma línea, convenios de colaboración o concierto con las Administraciones públicas, que tenían por objetivo facilitar su trabajo en materia de bienestar o la autonomía de las personas mayores, se han visto paralizados a causa de la pandemia y, en algunos casos, esta paralización permanece actualmente. Algunos Administraciones autonómicas y locales han dispuesto de servicios extraordinarios para atender demandas en relación a la dependencia, y como forma de descargar tarea a los Servicios Sociales, pero se trata de iniciativas dispersas, lo que origina una desigualdad en el acceso a los derechos de la Ley de Dependencia.

”

“*En Cruz Roja de Palma tenemos un concierto con Dirección General de Dependencia, que a causa de la pandemia se paralizó, que era un servicio de promoción de la autonomía. Este servicio que se puso en marcha con tres entidades diferentes en diferentes municipios se ha paralizado y no se prevé un retorno a corto plazo, se prevé un retorno pero no a corto plazo debido a esta circunstancia. Y, por otro lado, el tema del acceso a las ayudas está bastante limitado también.*”

(Juan Carlos, GF personal técnico)

Además de la burocracia, muchas personas mayores en situación de dependencia pasan largos períodos de tiempo esperando una resolución favorable sobre la calificación del grado de dependencia y las ayudas concedidas. Entre quienes prefieren ser atendidas en el hogar, el servicio más concedido parece ser el de Ayuda a Domicilio, que consiste en la atención brindada por una persona profesional del sector, que acude a la vivienda a realizar tareas directamente relacionadas con el cuidado, pero las personas beneficiarias lo califican de insuficiente: se brinda una hora al día, que pueden ir desde dos días hasta los seis a la semana como máximo. En algunas comunidades autónomas, este servicio es incompatible con otras ayudas de la Ley de Dependencia, por lo que la atención de la familia sigue siendo imprescindible y, en algunos casos, también la externalización. Otra dificultad que revisten las ayudas de la dependencia es el copago. Si bien el copago se determina en función de los ingresos, el hecho de que los trabajos de cuidados sigan siendo escasamente valorados socialmente y en términos monetarios hace que algunas personas mayores duden sobre si aceptarlos o no. Por ejemplo, en relación al Servicio de Ayuda a Domicilio, hay personas que manifiestan que una empleada de hogar contratada por su cuenta cubre mejor sus necesidades, pero esto solo es posible si los salarios en el sector de los cuidados están por debajo de lo que deberían valer. Por otro lado, la ayuda económica para cuidadoras/es no profesionales, que también regula la Ley de Dependencia, ha sido prácticamente inexistente entre las personas participantes en los grupos focales.





“El grado de discapacidad lo he solicitado también y me lo han dado, 37 y medio. Sin embargo, me han rechazado la ayuda en casa, con todo lo que tengo. La ayuda a domicilio me la rechazaron, me dieron 14 puntos y tengo que tener de 25 para arriba. Ya tenía todos los papeles hechos y después al final me llamó una chica y me preguntó eso si me podía vestir, yo le dije «Malamente», porque yo tenía este brazo así que tuve que ir a hacer gimnasia, lo tenía así. Me preguntó si me podía vestir, si me podía lavar y si me podía hacer la comida. Yo me tengo que hacer dos operaciones a las dos caderas, las rodillas y tengo la columna deshecha de arriba abajo que no me pueden tocar. Me mandaron un papel con todas las enfermedades que tengo y hasta tengo una hereditaria que no sabía que tenía. Se quedaron los médicos con la boca abierta. El grado de discapacidad es 37 y medio, no me dieron un 30 como le dan a todo mundo, no, me dieron más.” (Filomena, GF personas usuarias, Galicia)

“Estuvimos la semana pasada en el centro base en Toledo para el tema de la dependencia, porque todavía no lo tenía aprobado. Ella tenía dos puntos más que suficientes, tenía 96 puntos y el tercer grado, pero nos llamaron y tuvimos que ir al centro base y no sabemos lo que nos contestarán, si nos aprobarán o no, lo único o que nos han dicho es que solicitemos la tarjeta de aparcamiento en zona común. Pero no sabemos hasta que no nos contesten o lo que sea. El máximo tiene, pero ahora lo que hagan o no hagan...” (Julio, GF personas cuidadoras)

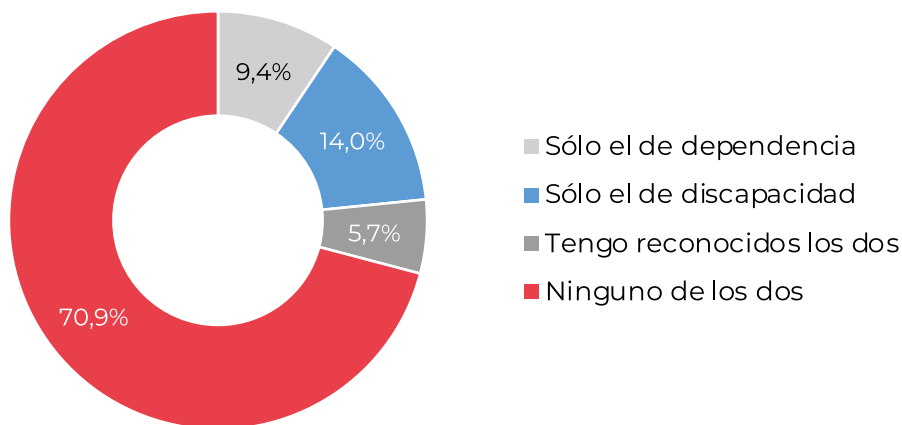
“No me pagan nada, nada, nada. Yo tengo una asistenta que va una hora nada más, no me pagan nada por estar a cargo de él. Es que tampoco puedo trabajar porque estaba trabajando, me rompí el hombro izquierdo de hacer tanta fuerza, porque estaba yo solo y tenemos ganadería y tenemos tierra y todo eso, y estaba yo solo y yo quería hacerlo todo rápido para hacerlo para que me diese tiempo, y no me dan nada por eso.” (Antonio, GF personas cuidadoras)

“A mí me la concedieron solamente para levantarla y acostarla, no para fregar en la casa. Que yo decía, pero si lo que necesito a lo mejor, que me haga la limpieza, cuando necesite yo una mujer para limpiar, pues ya llamaré yo a quien quiera y no tengo que andar con el ayuntamiento para ir una hora.” (Vicenta, GF personas cuidadoras)



El 29,1% de los mayores atendidos por Cruz Roja tiene reconocido algún grado de discapacidad o dependencia, concretamente el 9,4% tiene reconocido algún grado de dependencia y el 14% alguna discapacidad, representando un 5,7% los mayores con el reconocimiento doble (discapacidad y dependencia).

Reconocimiento legal de algún grado de dependencia o discapacidad

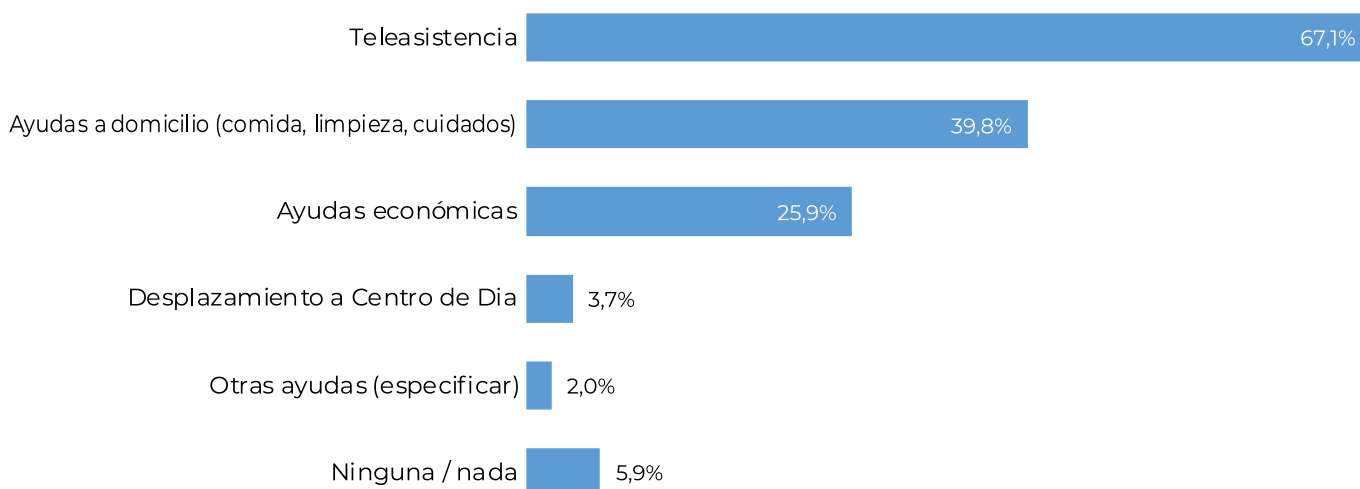


Base: Muestra total (1.200n).

Entre el grupo con más de 80 años, los que tienen discapacidad o dependencia reconocida legalmente es ligeramente mayor, alcanzando el 32%.

Aunque la situación más habitual, según la opinión de los propios mayores, es no haber solicitado oficialmente un grado de dependencia o discapacidad por no necesitarlo (ocho de cada diez mayores atendidos por Cruz Roja), hay un 14,2% y un 8,8%, respectivamente que consideran que necesitarían acogerse a alguna de estas figuras y que, de modo mayoritario, aún no lo han solicitado.

Ayudas o prestaciones concedidas como consecuencia de la dependencia y/o discapacidad



Base: Tienen reconocido algún grado de dependencia o % de discapacidad (348n).

La ayuda asociada al reconocimiento de dependencia o discapacidad que es recibida más habitualmente es la teleasistencia (67,1%), el 39,8% recibe ayuda a domicilio y el 25,9% algún tipo de ayuda económica. Pero el acceso a este tipo de servicios no se limita a estos mayores con una situación de dependencia o discapacidad reconocida. Así, entre los que afirman que consideran que deberían solicitarla o ya están en trámites, el 68,9% recibe teleasistencia y el 35,2% ayuda a domicilio.

Evaluado globalmente, independientemente de su situación administrativo-legal y obviando exclusivamente a aquellos que declaran no necesitar este tipo de figuras, el 67% reciben el servicio de teleasistencia y el 36% algún tipo de ayuda a domicilio.

9.2. Redes de apoyo y variación tras la pandemia

Las redes de apoyo de las personas mayores son muy variadas, desde las más cohesionadas hasta las ausentes. Cuando existen, en general, están formadas por la familia y la comunidad de vecinos y vecinas, especialmente en el medio rural o en algunos barrios tradicionales de las ciudades. Con la pandemia, la posibilidad de contar con las redes de apoyo se ha visto modificada. Ha habido situaciones de extrema soledad y encierro, familiares que no han podido visitar a sus mayores por el confinamiento o los controles perimetrales, personas mayores que tenían miedo de dejar entrar a personas queridas en sus casas y angustia por no poder acudir personalmente a los servicios públicos, hubo una necesidad imperiosa de apoyo y de escucha.

”

“No tienes la actividad que tenías antes de, por ejemplo, estar con los amigos e ir a las cafeterías, que a mí eso me encanta, salir todos los días y tal.” (María, GF personas usuarias, Galicia)

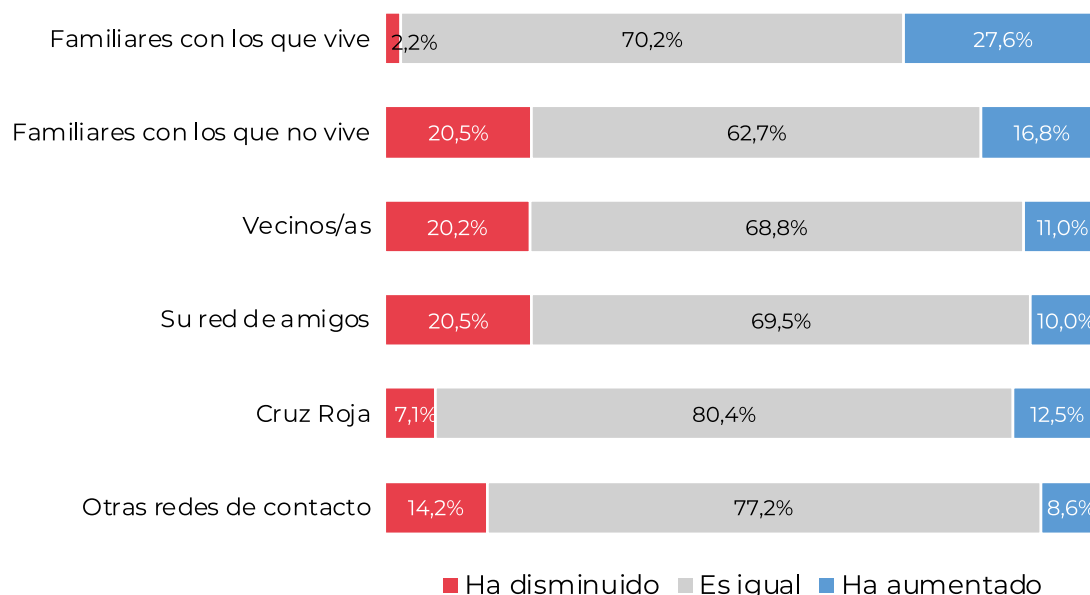
“Yo durante la pandemia no puse los pies ni en el felpudo de la puerta. Al principio, llamábamos por teléfono que nos trajeran la comida, tengo la suerte de que la compra de la comida la hace mi marido. Y ahora pues ya se ha normalizado otra vez de salir un poco, pero mi marido y yo vamos muy prudentes, él no quiere que yo salga, es la primera vez en mi vida, en toda mi vida, que estuvimos los dos solos.” (Paquita, GF personas usuarias, Galicia)

“Antes tenía varias reuniones, hacíamos meditación, no aquí en la Cruz Roja, fuera, íbamos a charlas que venía gente a darlas de fuera. Y claro, vino la pandemia y cerraron todo. Y yo en casa, me metía en la habitación. A veces decía a mi hija «No, yo tengo que ir a la calle», me ponía la mascarilla y daba una vuelta por alrededor de los edificios, venía para casa otra vez. Y claro, cambió mucho tener que estar en casa. En casa estábamos cada uno en su sitio. Éramos cuatro, y el chico que estaba con mi hija, mi nieto y mi hija y yo.” (Blasinda, GF personas usuarias, Galicia)

“Todos vosotros tenéis hijos, yo no tengo. Mis familiares más cercanos son esta prima y otros que están a 50 kilómetros de Madrid, entonces, yo sí que sé lo que es la soledad, porque es que puedes tener amigos y esta familia que cuando llegan las fiestas sí que me voy con ellos, procuro ir, incluso el año pasado por navidad, pero en el día a día sí que me encuentro sola. Pero yo creo que en la vida te adaptas, cuando te pasan estas circunstancias lo intentas suplir con amigos, como decía, hoy en día con las redes sociales y los medios, suplimos mucho con el dichoso WhatsApp, con las videoconferencias, con hablar. Y yo lo que sí que noto es que estoy mejor tirando de estos medios.” (M. Pilar, GF1, personas usuarias, Madrid)

Sin embargo, cuando preguntamos en la encuesta directamente por la variación tras la pandemia de sus apoyos, entendiendo éstos de un modo amplio, la percepción de la mayoría de las personas mayores es que se han mantenido (76,3%) o ha aumentado (19%). Los mayores que han visto reducidos sus apoyos representan el 4,7%; los hombres de menor edad configuran el grupo en el que hay una mayor percepción de que este tipo de ayudas han disminuido tras la pandemia (12,1%).

Variación de las relaciones desde que comenzó la pandemia



Base: Muestra total, excepto familiares con los que vive (no viven solos -620-).

Entrando en el detalle de la evolución de distintos tipos de relaciones, en todas ellas la respuesta mayoritaria es la inexistencia de efectos sobre ellas de la pandemia (entre un 62,7% y un 80,4%, dependiendo de la relación concreta afirma que es igual a antes de la pandemia). Aun así, si hacemos un balance restando la proporción que dibuja una evaluación positiva (ha aumentado) menos la que la considera negativa (ha disminuido), encontramos:

- la relación con los familiares con los que convive se ha visto fortalecida, durante la pandemia el balance es positivo (+25,4%; un 27,6% dice que ha aumentado y sólo un 2,2% que ha disminuido).
- también es positivo el balance de la relación con Cruz Roja (+5,4%) aunque en este caso los que no han percibido ningún cambio superan el 80%.
- el resto de las relaciones muestran un balance negativo: -10,5% la relación con su red de amigos, -9,2% la relación con los vecinos, -5,6% con otras redes de contacto y -3,7% con familiares con los que no convive.

Las relaciones con los familiares con los que se convive, en todos los casos con balances positivos, ha mejorado en mayor medida en los hogares que declaran más dificultades para llegar a final de mes (algo más de un tercio de los mayores en este tipo de hogares afirma que ha mejorado) y también en los hogares que no están compuestos exclusivamente por una pareja (la mejora se ha dado en un 24,3% de las parejas y en un 31,5% del resto de hogares).

En los grupos focales se recalcó que ha habido una movilización importante de la comunidad: muchos pueblos y barrios se han organizado para atender las necesidades de las personas que estaban solas, hubo un período en que aumentó considerablemente la oferta de voluntarios y voluntarias para ayudar en lo que hiciera falta, algunos Ayuntamientos dispusieron de servicios de comida a domicilio para personas mayores o en situación de dependencia, muchos familiares estaban pendientes de sus mayores por medio del teléfono o las videollamadas, reservando un tiempo para comunicar con estos de manera mucho más frecuente que antes de la pandemia, en muchas familias se reforzó la comunicación y el cariño.

”

“Ha habido relaciones intrafamiliares que han salido reforzadas y, desde mi punto de vista, otras que han salido muy perjudicadas. Los mayores nos expresan que se han dado cuenta a veces de la parte negativa: «Pensaba que podía contar más con ellos y me he visto ahora mismo que no», por ejemplo, es algo que nos han manifestado. Y en el lado contrario es «Bueno, aunque decían que no podían venir, mis hijos han venido». Hemos tenido esos dos extremos, pero sí que es verdad que hay personas mayores que nos han manifestado eso, la decepción o la satisfacción. Pero también la angustia de querer sobreprotegerlos en la distancia, exigiendo a otras entidades que lo hicieran, como la nuestra.” (Mariana, GF personal técnico)

“Las personas que tienen familia, durante el estado de COVID, han tenido bastante apoyo en relación a lo más básico: alimentación, farmacia, pero hemos tenido más demandas de personas que están solas o que tienen poca relación familiar.” (Iluminada, GF personal técnico)

“En los barrios las personas se conocen mucho, y se ha acrecentado esta ayuda y sigue, porque ya estaba consolidada, entonces, ha sido fácil. En cambio, por ejemplo, en una ciudad, las personas mayores que viven en el centro, los vecinos van cambiando, no hay esa red. Supongo que alguna ayuda puntual habrá habido pero no se ha consolidado, y las personas mayores que han necesitado ayuda han tirado de familia y de entidades, de ayuntamientos, porque esta base comunitaria, según qué zonas, no está creada.” (Iluminada, GF personal técnico)

“Tengo muy buenos vecinos, me ayudan mucho. Cuando fue esto del COVID que estuvimos encerrados, me ayudaron también. La Cruz Roja me llamaba muchas veces, todas las semanas, una vez a la semana, un chico me llamaba siempre, si me hacía falta alguna cosa, si no me hacía falta eso, le dije que no, que yo tengo muy buenos vecinos y que no. Muy protegida, he andado siempre bastante protegida. Tenemos en el portal que somos doce, yo creo que es el mejor portal de todos. No hay ninguno que diga que se lleva mal con el otro, no. Nos echamos una mano el uno al otro, lo que podamos hacer lo hacemos. Y salgo a la calle, tengo unos amigos como teníamos antes y eso, pero a la cafetería aun no entro, ¿eh? Tomar de bar por ahí no voy, desde que ha pasado esto, eso se terminó. Y entrar en mi casa, tampoco entran muchos vecinos, muy pocos. Ahí se ha restringido la casa. Yo digo que yo me voy a respetar con esto, porque esto no está muy bien, la verdad que esto no es ninguna broma.” (Filomena, GF personas mayores)

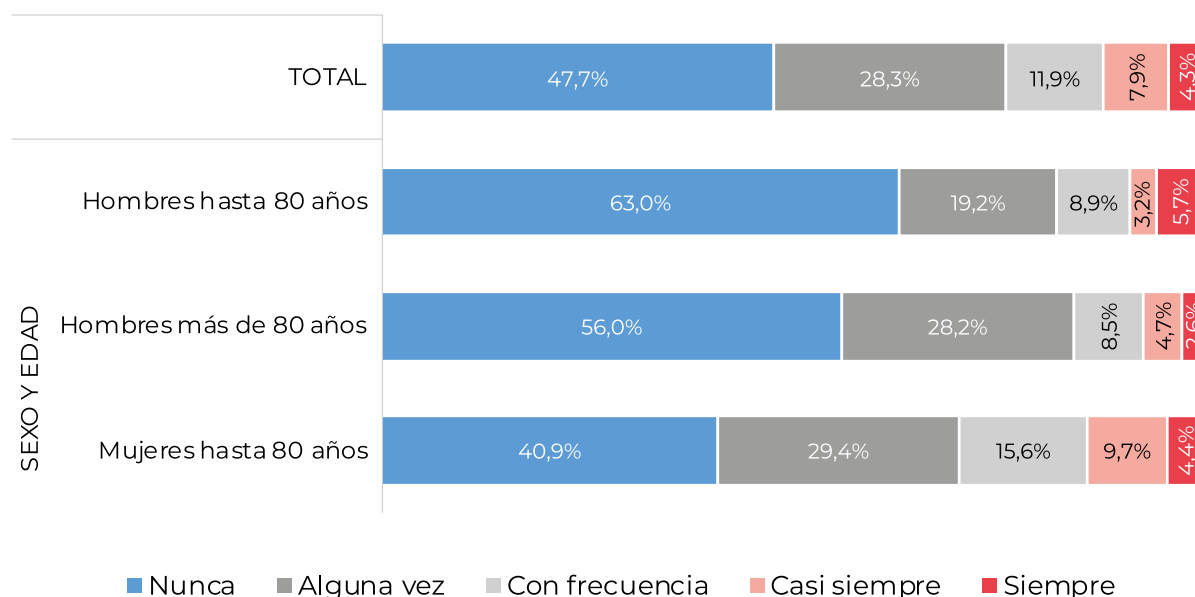
9.3. Soledad

Más allá de la extensión de la solidaridad en tiempos de pandemia, también hay que evidenciar el agravamiento de situaciones de soledad, aislamiento y encierro de algunas personas mayores. El miedo a los contagios y a la muerte pueden ser lógicos en situaciones de crisis sanitaria como la que se vive, pero cuando estos temores se tienen en soledad, pueden afectar a la salud mental. El 51,4% de las personas mayores atendidas por Cruz Roja viven solas, y llevan de media poco más de 12 años en esta situación. Esto es mucho más frecuente en las mujeres y, aún más entre las mujeres mayores de 80 años entre las que se convierte en el tipo de hogar mayoritario (62,7%).



“Llevo con un psiquiatra desde que se murió mi marido todo el tiempo, porque soy... no me gusta estar sola. En el psiquiatra me atendieron muy bien, me dijeron si no tenía pena de mi nieto. Yo les dije «No, no tengo pena de nadie, yo me quiero morir y me quiero morir». Sí, me quiero morir, porque no me siento competente, no. Ahora, yo le pido a Dios que me acueste y que no me levante, pero es cuando Dios quiera.” (Blasinda, GF personas usuarias, Galicia)

Frecuencia de sentimientos de soledad, aislamiento o falta de compañía



Base: Muestra total.

El 24% de las personas mayores encuestadas se siente sola, aislada o reconoce que le falta compañía con frecuencia, casi siempre o siempre. Las mujeres son las que en mayor medida reconocen sentirse solas: el 29,7% de las que tienen 80 años o menos y el 25,2% de las que superan esta edad (entre los hombres siempre es inferior al 18%).

La soledad y el aislamiento es mucho menos frecuente entre las personas mayores que viven en pareja (9,8%) o las que viven en otro tipo de hogares pluripersonales (8%). Cuando viven solas estos sentimientos alcanzan el 29,5% si se trata de una decisión propia y el 47% en el caso de ser una situación no deseada. Entre estas personas mayores que viven solas, independientemente de que se trata de una decisión propia o no, el sentimiento de soledad o aislamiento es mayor entre las mujeres y entre las que tienen una edad menor (entre 65 y 80 años).

En los grupos focales se profundizó en los efectos de la pandemia sobre la soledad y una de las conclusiones más claras es que el modo cómo se transmitió cotidianamente la información sobre la pandemia en los medios de comunicación, al menos inicialmente, estigmatizó a las personas mayores presentándolas como un grupo de alto riesgo, que había que aislar, dejando en un segundo plano otros grupos, que por su menor asociación al riesgo terminaron siendo también colectivo diana de los contagios, como las personas jóvenes. Las medidas de seguridad permitieron, durante la nueva normalidad, que se abrieran bares y discotecas, mientras que las personas mayores continuaron siendo el foco de la sobreprotección y el aislamiento. Así, vieron cercenados sus espacios de encuentro y socialización, restando solas.



”

“Es cierto que se dejaron de hacer actividades, con lo cual se dejó de participar y que ha costado mucho volver a implementar esa rutina o está costando, y más en zonas como la nuestra que son muy frías. Nosotros las actividades externas las podemos llevar a cabo en la época del verano, pero la mayor parte del año tienen que ser en sitios cerrados. Entonces, es verdad que las personas que necesitaban participar son las que han venido y han dicho «Lo voy a hacer, no tengo miedo a hacerlo. Quiero hacerlo y quiero participar», que han sido pocas a lo que estábamos acostumbradas. Ahora lo que cuesta es empezar con las rutinas, porque el mensaje que se envía desde la sociedad es «Cuidado, cuidado.» (Mariana, GF personal técnico)

“Durante todo el estado de alarma, más bien el año pasado, fue cuando se notó que las personas mayores viven solas en pueblecitos muy pequeños, entonces, los familiares no podían ir por esto de que no se podía salir de los sitios donde vivíamos. Y bueno, pues sí que se ha vivido un poco ahí más la soledad en la que han estado por no tener el apoyo de contacto directo con sus familiares; a ver, estaba claramente telefónico, pero gracias a nosotros que íbamos a visitarles, pues han tenido ese apoyo” (Noelia, GF personal técnico).

“En nuestro caso, los mayores se han sentido en general más solos, los que salían, como dice la compañera. Los que no salían ya se sentían solos, pero aun así se ha incrementado ese sentimiento de soledad, porque antes aunque no salían a la calle, veían a la gente pasar, le llamaba el vecino, hablaban más con la familia o la familia les visitaba más, aunque ellos no salieran de su casa. Pero durante la pandemia, el confinamiento, el no poder viajar... Y las personas que ya participaban en actividades, pues cuando ya finalizó el confinamiento, lo que querían era hacer más actividades, querían hacer actividades grupales, ver a los compañeros, y claro, con todo el tema de la pandemia, de los diferentes niveles, que los grupos tenían que ser reducidos y todo eso, al decirles que era una actividad con tres personas, no lo entendían, no lo entendían porque ellos querían hacer las actividades que hacíamos con 15, con 10, grupos grandes, ver otra vez a los amigos. Teníamos las dos situaciones: el que no quería salir porque le daba miedo, no quería hacer nada con nosotros, como decían antes; y el que quería hacer mil cosas y todos los días y a todas horas y en grupos grandes porque quería salir de casa.” (Beatriz, GF personal técnico)

Parece haber una diferencia entre la situación de soledad que algunas personas mayores experimentaban antes de la pandemia y la que les tocó vivir en tiempos de pandemia. Se comenta que la crisis sanitaria las enfrentó ante la conciencia sobre la propia muerte y de la muerte en soledad, lo cual les ha hecho reflexionar sobre su vida y ha motivado a que demanden de manera más abierta un acompañamiento. Así, el personal de Cruz Roja ha recibido llamadas de parte de personas mayores que solo buscaban ser escuchadas.

”

“Hemos detectado que hay una gran diferencia entre el antes y el después en personas que habían tenido una soledad escogida, pero que ahora es sentida. Creemos que han tomado más conciencia acerca de su sentimiento de soledad ahora con todo lo de la pandemia, y lo hemos detectado y además ha habido una gran demanda por parte de estas personas mayores para poder gestionar emocionalmente esta soledad que tenían. Muchas de ellas nos han solicitado si podían hacer algún tipo de capacitación en comunicación, para comunicarse con sus familiares, porque les había resultado muy difícil explicarles todo lo que estaban sintiendo, y ya no hablamos solo de personas que vivían solas, también personas que vivían con otros familiares, pero que esa comunicación se ha visto poco afectada.” (Mariana, GF personal técnico)

”

“En el tema de la soledad yo creo que a raíz de la pandemia ese término ya no es tan tabú como ha sido antes, siempre ha sido una cosa que se ha tenido muy escondida entre las personas mayores, también dentro de los más jóvenes. En cambio, con la pandemia, se ha podido manifestar de forma más explícita «Me siento solo, necesito compañía», y yo creo que en ese sentido hay muchas personas que tal vez no pedían ayuda y que ahora se han visto capaces y con la necesidad de hacerlo porque es una pregunta que hemos hecho más a menudo, de cómo te encuentras a nivel de necesidades básicas, pero también a nivel personal, y las personas han podido decirlo y yo creo que se han con más libertad de expresar si se sienten solas.” (Iluminada, GF personal técnico)

Cabe resaltar la existencia de situaciones de aislamiento, soledad o marginación, que se han visto agravadas a causa de la pandemia. Se trata, por ejemplo, de las empleadas de hogar internas, que ejercen funciones de cuidado de personas en situación de dependencia. En la mayoría de los casos, se trata de mujeres migrantes y algunas están en situación administrativa irregular. El trabajo que realizan suele ser intensivo y sus condiciones laborales deficitarias. En ocasiones, solo tienen un día y medio de descanso, que aprovechan para encontrarse con sus familiares u otras mujeres migrantes que conocen del sector y que forman parte de su red de apoyo. La pandemia las ha dejado confinadas con las personas que cuidan. En el mejor de los casos han podido salir para hacer compras, pero ha habido otros casos en los que no han tenido esta posibilidad por el temor de personas mayores y familiares a que se contagien y contagien a las personas cuidadas.

”

“Yo sí quería comentar que las personas que están contratadas como empleadas de hogar, en el domicilio, con unos recursos muy limitados, en muchos casos, han sido el único recurso de apoyo que han tenido algunas personas mayores. También quería comentar que ha habido mucha iniciativa voluntaria en zonas urbanas, a nivel vecinal, asociaciones, que ya estaban en marcha, que apoyan a personas en situación de soledad no deseada, que han buscado alternativas posibles para reorganizarse y reinventarse de otra manera para seguir con su función, también a nivel de administración, pues estas iniciativas que los ayuntamientos han puesto en marcha de organizarse para estar cerca, a veces telefónicamente, en otras ocasiones yendo a domicilios, que de alguna manera esta parte más comunitaria, asociativa, que también ha tenido su presencia dentro de la dificultad, yo creo que es un punto positivo de cara a un futuro, porque ahí entre lo que es público y lo que es privado tenemos un ámbito en el que poder trabajar.” (Maider Azurmendi, GF personas expertas)

También hay que apuntar la soledad de las personas cuidadoras no profesionales, que viven con la persona a la que cuidan, sobre todo cuando ésta se encuentra incapacitada para comunicar. Pese al apoyo de otros familiares, la pandemia las ha sobrecargado de trabajo, les ha impedido o dificultado el respiro necesario y les ha limitado considerablemente la posibilidad de esparcimiento y de comunicar y expresar lo que sentían. El miedo las ha llevado al aislamiento en muchos casos.

”

“Vivo con mi padre que está en una silla de ruedas, lo tengo que levantar, tengo que darle de comer. Yo tengo a mis hermanas que son las que nos hacen la comida los fines de semana y todo eso. Y el resto de los días yo llego y ya está, lo dejan hecho ellas el fin de semana, pero lo que falta me toca a mí, varias cositas que sé hacer yo, pero son cuatro cositas.” (Antonio, GF personas cuidadoras)



”

“Vivo con mi madre de 101 años y mi hermana. Yo soy la cuidadora de mi madre porque mi hermana trabaja. Mi hermana trabaja de 9:00 a 2:00, pero yo tengo una persona de apoyo por las mañanas. Tengo desde las 9:00 hasta la 1:30 una persona conmigo para ayudar a levantarla, porque mi madre es dependiente para todo, o sea, le tienen que dar de comer, lavarla, en la cama y todo. Entonces, yo tengo una persona, así que puedo salir a comprar a la farmacia, al médico y todas esas cosas. Hay días que no salgo porque no tengo que salir, pero además está pendiente de ella hasta la 1:30. Yo a la tarde estoy sola con ella, porque mi hermana cuando ya se va a trabajar a las 4:30, la levantamos de la siesta, cuando llega de trabajar, la echamos a la siesta, ya ha terminado de darle de comer, la echamos un rato de siesta. Cuando ella se va, la dejamos levantada y yo ya le doy la merienda y todo. Luego, por la noche, ella es la que me ayuda a cambiarla, tal, darle la cena y acostarla. Esa es mi rutina diaria.” (Andrea, GF personas cuidadoras)

“A mí me toca todo. Mi hija está trabajando y todo lo tengo que hacer yo. Una chica va dos horas a la semana, dos días a la semana una hora, y lo único que hace es sacarla un poquito de paseo. Entonces, la saca esa hora, le da una vueltecilla, que ya relativamente no anda, pero bueno.” (Julio, GF personas cuidadoras)

“Yo estaba concienciada que tenía que tener a mi madre, que es lo que hay que tener, porque si lo llevas a disgusto o lo llevas diciendo «Es que mis hermanas no tiran, es que yo no sé...», si empiezas así, no lo llevas bien, cualquier ratito que tengas que estar con ella lo llevarías a mal.” (Vicenta, GF personas cuidadoras)

Personas mayores LGBTI también experimentan dificultades para contar con la red de apoyo familiar. En muchos casos, han perdido el contacto con la familia debido al rechazo sobre su identidad y orientación sexual. Además, por lo general, no tienen hijos o hijas. Sin embargo, se señala la capacidad de resiliencia que tienen, que les permite construir su propia red de apoyo contando con los amigos y las amigas. Se trata de familias por elección, cuya relación se basa en el apoyo mutuo, circunstancia que pudo ayudarles a solventar las dificultades durante la pandemia.

”

“De por sí las personas mayores LGBTI tienen todavía apoyos más escasos que el resto de la población porque normalmente el apoyo familiar no existe porque o bien son personas que no han tenido hijos o hijas, o bien las familias muy a menudo, especialmente personas en esta franja de edad, sus familias les han abandonado o rechazado y desde hace mucho tiempo no tienen ningún vínculo familiar. Sin embargo, sí quiero destacar, por hablar en positivo también de todos estos términos, de la familia elegida, en el caso de las personas del colectivo, que son aquellos amigos o amigas, aquellas personas que acaban siendo su familia, que escoge cada cual, que al final es casi mejor: «Esta gente es mi familia porque yo escojo y son mis apoyos y me aportan a distintas áreas de mi vida». Entonces, por un lado, existe ese factor de riesgo añadido, pero, por otro lado, las familias que se tejen también son muy fuertes, muy estables y suponen una gran fuente de apoyo.” (Silvia Martín, GF personas expertas)





A photograph of a group of people in a park. In the foreground, an older man in a blue t-shirt and khaki pants and a woman in a pink t-shirt and patterned pants have their hands behind their heads. In the background, a younger man in a red vest and black shorts also has his hands behind his head. Another woman in a red jacket is visible on the right. The scene is outdoors with trees and a stone wall in the background.

10. Discriminación, edadismo

10. Discriminación, edadismo

Aunque el edadismo puede ser analizado desde diferentes ópticas (estereotipos, prejuicios, actitudes) en este estudio nos hemos centrado en el análisis de la vivencia de situaciones discriminatorias por parte de las personas mayores y en su percepción sobre la existencia de discriminación hacia los mayores en la sociedad (explicada como un tratamiento diferente por su edad).

En los grupos focales aparece de manera evidente la discriminación y el edadismo hacia las personas mayores en dinámicas existentes antes de la pandemia, a las cuales se unen otras nuevas relacionadas directamente con la misma. Las personas aluden a tratos desagradables recibidos en las colas de bancos, servicios públicos o comercios, debido a la falta de rapidez de algunos en hacer preguntas, resolver dudas o realizar las gestiones. También insultos cuando conducen de forma más lenta, por parte de personas jóvenes, generalmente hombres, que circulan a mayor velocidad. Existe la percepción de que las personas mayores ralentizan el funcionamiento de la sociedad, percepción que no cuestiona la tiranía de la inmediatez y de la vida frenética.

”

“A mí como conductora. Me da mucha rabia, cada vez conduzco menos largas distancias, pero me molestan los jóvenes agresivos, normalmente hombres, pero no siempre, que te hacen unos regates, que te pasan y que te llaman vieja o que te tratan como viejo, porque yo voy más prudentemente y eso irrita muchísimo a la velocidad que van. Entonces, ahí he notado la agresividad de la población, como digo, masculina, los machitos y jóvenes.” (M. Pilar, GF personas mayores)

“Yo creo que ahora se da menos, pero hace un tiempo siempre cuando la gente mayor iba a una oficina o algo, los jóvenes no sabían tener paciencia para «No, hay que hacerlo de esta manera, de la otra». Yo he tenido aquí gente que no sabía y le daba no sé qué ir a una biblioteca a pedir un libro porque no se atrevía o no iba a coger el listado y tal, y claro, eso quizás se ha dado a veces, ahora yo creo que se da menos.” (Amparo, GF1 personas mayores, Madrid)

Algunas personas mayores sienten que se las infantiliza, como si lo que dicen o hacen debe ser tolerado por su supuesta condición de incapaces a causa de limitaciones por la edad. O bien, se considera que “están perdiendo la cabeza”, ya que se da por hecho que, debido a la edad, desvarían o tienen problemas de memoria.

”

“Tratan como si fueran niños a veces. A veces por ser mayor te tratan como si fueras más niño.” (Paquita, GF personas mayores, Galicia)

“Yo voy al especialista y me dice que tengo goteras.” (Blasinda, GF personas mayores, Galicia)

El edadismo también es discriminación en el acceso a los servicios y recursos. La digitalización de los procedimientos administrativos y de las gestiones en general no está teniendo en cuenta las brechas de acceso de las personas mayores. Esto se ve agravado por efecto de la cada vez mayor ausencia de recursos humanos en las administraciones y las empresas, debido a la sustitución de parte de sus funciones por la tecnología. Se pone el ejemplo de los bancos y cajas de ahorro, en los que los cajeros automáticos, la gestión online de los ahorros y los pagos a través de nuevas aplicaciones informáticas, transcurren de manera paralela a la reducción del personal. En los últimos años, muchas de estas empresas han puesto un horario muy restringido de atención presencial al público, sobre todo para abonos dirigidos a Administraciones públicas o por suministros. Esta restricción de horarios deja afuera a muchas personas mayores, al tiempo que cuando acuden respetando las normas horarias, en ocasiones, se las percibe como molestas por tardar demasiado en resolver sus trámites.

”

“Cuando empiezas a hacerte mayor, de alguna forma se te desvaloriza en muchas cuestiones, desde los medios de comunicación hasta las gestiones por internet. Vas al banco y ahora tienes que hacer prácticamente todo por internet; una persona mayor, si necesita ayuda, ¿qué ayuda le prestamos? Pues nada. Es una forma de discriminación, realmente, y a nivel social y a todos los niveles. Es algo que va calando de alguna manera. Pero también están otro tipo de cuestiones, por ejemplo, lo del hablar a las personas mayores como si fueran niños pequeños, eso incluso lo hemos oído con compañeros, si somos sinceros. El problema es que cuando calan tanto esos discursos, la persona mayor no se siente capaz de hacer ciertas cosas y esto, de alguna forma, le hace sentirse inferior. A nivel médico también, muchas personas mayores antes de la pandemia iban al médico, les hablaban, les comentaban lo que les pasaba, se tranquilizaban o no, bueno, había una explicación; ahora, por ejemplo, con ese tratamiento online habrá situaciones que se puedan resolver, pero otras no. Entonces, ahí también hay una discriminación. Al principio de la pandemia, todos sabemos lo que pasó, se descuidaron mucho, las residencias, todo lo que pasó, pues ahí claramente hubo una discriminación.” (Rosana, GF personal técnico y voluntario)

“Una de las barreras que nos estamos encontrando, que ya nos está pasando a cualquier persona pero a los mayores también, es el tema de los bancos, es horroroso poder gestionar tu pensión como habitualmente se venía haciendo; la reducción de los horarios por parte de las entidades bancarias de 8:00 a 10:00 para la atención al público, cuando los mayores perfectamente se pueden levantar a la hora que les da la gana, que no tienen obligaciones de otro tipo, y no, solo tienen que ir de 8:00 a 10:00.” (Mariana, GF personal técnico y voluntario)

No solo los bancos pierden personal y sucursales, también otras empresas de servicios, como las agencias de viaje o de transportes de pasajeros, ante la expansión de las compras online. Algunas personas mayores precisan de la asistencia de un familiar para comprar un billete de avión, tren o autobús, o para organizar un viaje de turismo. Ir al teatro, al cine o a un concierto puede ser un verdadero reto para alguien que no sepa cómo obtener las entradas online.

”

“Yo creo que hay una discriminación absoluta con las personas mayores. Creo que la era digital postcovid ahonda en esa discriminación hacia ellos. Si pensamos en lo que esto supone, por ejemplo, que una persona mayor no puede ser autónoma para comprar un billete de avión e ir a ver a sus hijos porque la única agencia de viajes que había en la zona ha cerrado y tiene que recurrir a alguien para que le compre el billete, desde el momento en que tiene que bajar de un autobús porque no le permiten pagar con dinero, porque el efectivo se ha prohibido en ciudades como la mía y hay que pagar con tarjeta, o desde el momento en que una persona no puede comprar una entrada de cine por sí sola, porque se encuentra que no hay nadie en la ventanilla y tiene que comprarlo a través de una máquina... Ahí se ve cómo la sociedad está discriminando constantemente a las personas mayores y los gobiernos lo permiten.” (Beatriz G., GF personal técnico y voluntario)

Revisamos con cada entrevistado 19 situaciones diferentes¹² registrando para cada una de ellas si se había o no experimentado en los últimos doce meses. De modo global, el 23,6% de los mayores afirma haber vivido alguna de estas situaciones discriminatorias, representando un 13,7% los que han sufrido más de una de ellas.

¹² Adaptados del cuestionario elaborado por Erdman Palmore del Duke Center for the Study of Aging en Estados Unidos para la medición de la prevalencia, tipos y grupos que padecen al discriminación por la edad (Erdman Palmore, PhD, Duke Center for the Study of Aging, Box 3003, DUMC, Durham, NC 27710. (USA))

Sufrir situaciones discriminatorias es más frecuente entre los mayores de 80 años (24,8%) que entre los que aún no han superado esta edad (21,9%), aunque la mayor diferencia la establece el sexo: si comparamos hombres y mujeres en los dos grupos de edad se observa claramente que, en ambos, las mujeres refieren en mayor medida haber vivido situaciones discriminatorias asociadas a su edad. Entre el grupo de mayores de 80 años, las mujeres han sufrido discriminación 7,6 puntos porcentuales más que los hombres (26,8% y 19,2%, respectivamente) y entre el grupo con 80 años o menos la diferencia es aún mayor, hay casi 13 puntos porcentuales más de mujeres que han experimentado discriminación que de hombres (25,9% y 13,2%, respectivamente). Las mujeres sufren esta discriminación a una edad más temprana y de un modo más intenso haciendo que el edadismo se superponga a la discriminación de género y multiplicando su impacto.

	Hasta 80		Total	Más de 80		Total	Total
	Hombre	Mujer	Hasta 80	Hombre	Mujer	Más de 80	
Sin ninguna situación	83,5%	73,5%	78,1%	80,8%	73,2%	75,2%	76,4%
Con alguna (una o más de una)	16,5%	26,5%	21,9%	19,2%	26,8%	24,8%	23,6%
Una	6,1%	11,4%	14,1%	5,6%	7,4%	6,9%	9,9%
Más de una	10,4%	15%	7,8%	13,7%	19,5%	17,9%	13,7%



Situaciones discriminatorias vividas en los últimos doce meses



Base: Muestra total.

De todas las situaciones planteadas, la más habitual es la pérdida de autonomía en la toma de decisiones: el 8,6% de las personas mayores afirman que, en los últimos doce meses, alguien ha tomado una decisión por ellos sin una consulta previa. El segundo tipo de discriminación más frecuente aparece en el ámbito sanitario: el 8% afirma que un profesional de la sanidad ha justificado sus dolencias como "cosas de la edad".

En un segundo rango, en función de la proporción afectada (entre un 5,1% y un 3,6%), aparece la negación de alguna responsabilidad, el uso de lenguaje despectivo, la dificultad para obtener un préstamo y la suposición de sordera.

Entre un 2,8% y un 2,5% se sintió ignorado, fue tratado sin respeto o intentaron engañarle en un banco o comercio. Y algo menos de un 2% sintió cómo daban por hecho su incapacidad para entender por su edad, le dijeron que era demasiado viejo para algo o le contaron un chiste burlándose de las personas mayores.

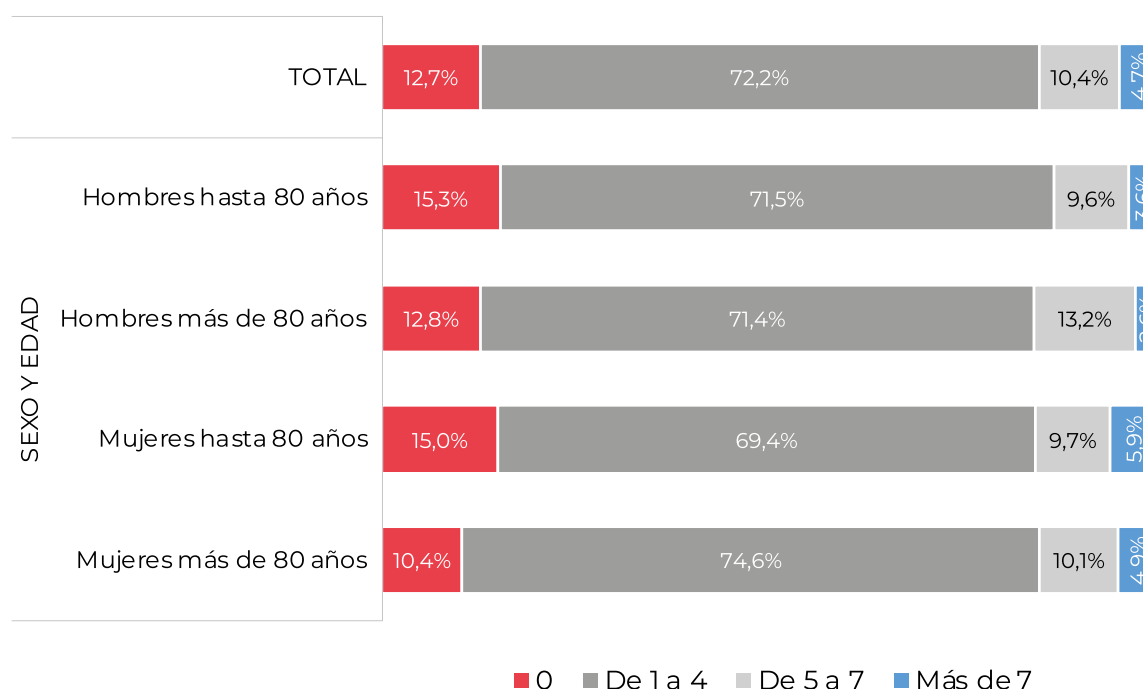
El resto de las situaciones, analizadas entre ellas algunas de extrema gravedad y que superan la discriminación por edad, como la violencia física o psicológica, siempre han sido señaladas por menos de un 1%.

Los datos analizados de cada una de estas situaciones confirman lo que ya apuntaba el recuento de situaciones discriminatorias diferentes: la discriminación es mayor entre las mujeres y sobre todo entre las mujeres mayores de 80 años. No sólo sufren una discriminación más "extensa", expresada en una mayor variedad de situaciones, sino que además entre ellas es más "intensa" al alcanzar a una mayor proporción de mujeres dentro de cada situación analizada.

Además de la relación entre edadismo y machismo, los datos sugieren otras intersecciones: la discriminación por edad es mayor entre las personas que declaran tener mayores dificultades económicas, entre las que reciben la ayuda de un cuidador/a para la realización de tareas cotidianas y entre las que viven solas sin que ésta circunstancia sea una decisión propia. Las personas mayores en estas tres circunstancias han sufrido en mayor proporción al menos cinco de las situaciones analizadas (llega a ser superior hasta en ocho situaciones en el caso de las que viven solas). Es decir, son personas mayores entre las que la discriminación por edad se agrava y profundiza al interseccionar con otras (aporofobia, aislamiento y enfermedad o discapacidad).

Sin pretender realizar un análisis exhaustivo de las figuras que ejercen en mayor medida la discriminación por edad, solicitamos el actor para las dos situaciones más graves en las que la descripción no delimitaba claramente al autor. En la mayoría de las ocasiones la persona que discrimina es un desconocido, (8,7%) y en segundo lugar aparecen sus hijos o hijas (3,8%).

Grado en el que considera que la sociedad le trata de una forma diferente debido a su edad



Escala de 0 "Nada, no le trata de una forma diferente" a 10 "Totalmente, le trata de una forma diferente"

Base: Muestra total.

Más allá de las situaciones discriminatorias concretas, el 15,1% de las personas entrevistadas cree que recibe un trato diferente debido a su edad (son los que dan 5 o más puntos en una escala de 0 a 10), siendo algo menos de un 4,7% los que creen que se trata de una diferencia de trato muy elevada (más de 7 puntos).

Esta relativamente pequeña proporción de personas que se sienten discriminadas como consecuencia de la edad lleva a pensar que las actitudes y estereotipos discriminatorios probablemente estén tan interiorizados que imposibilitan su percepción o, más bien, facilitan que sean aceptados como "normales". Esta interiorización implicaría otra forma de edadismo, una discriminación autoinfligida tanto o más limitante que las que ejercen desde fuera otras personas de su entorno.

En los grupos focales se evidencia también una discriminación espacial. Las políticas públicas en materia de envejecimiento activo han apostado por acondicionar los espacios públicos y mejorar su accesibilidad. En algunas comunidades autónomas se han desarrollado las llamadas “ciudades amigables”, que tienen por objetivo adaptar los espacios para las personas mayores y otros colectivos. Sin embargo, en otros sitios, la vía pública está descuidada o se da prioridad a la circulación de vehículos ante la de las personas, dificultando el tránsito de las personas mayores. Además, la actual crisis energética, que incide en el aumento del precio de la electricidad, parece estar influyendo en una reducción del alumbrado público, lo que puede suponer riesgos de caídas para algunas personas, pero principalmente el miedo de los y las mayores a circular a determinadas horas.

”

“Por el COVID, se han abandonado espacios que usan las personas mayores. Esas ciudades que se supone que eran amigables para nuestros mayores, que tenían ese banco donde se podían sentar cuando había una distancia larga, que tenían una zona cuidada, etc., por lo menos en nuestra ciudad las baldosas están fatal, hay problemas de caídas, los bancos no se han mantenido para sentarte, hay mucha más suciedad en las calles que antes, con lo de la subida de la electricidad se han oscurecido zonas en donde viven personas mayores y donde tienen que moverse para ir a tirar la basura. Creo que también a nivel de administraciones, con todo esto que ha habido, se está olvidando también esas ciudades amigables para estas personas mayores.” (Mariana, GF personal técnico y voluntario)

Algunos participantes en los grupos focales mencionan el tratamiento que desde los medios de comunicación y algunos representantes políticos se ha hecho sobre el impacto de la pandemia en las personas mayores, asociando automáticamente a la edad el riesgo de contagio y muerte, cuando las evidencias mostraron que otros factores han sido también importantes, como las patologías previas. Esto también debería ser considerado como edadismo, no solo por el señalamiento y el control que han motivado, sino también por el paternalismo al que ha dado lugar, en muchos casos.

”

“Ha habido personas que lo han pasado fatal, porque imagínate una persona mayor que ya de por sí tuviera pocos recursos, que saliera poco a la calle y que estuviera todo el día viendo la televisión con una información constante de que se iba morir por ser mayor. Porque durante la pandemia, hay que decirlo alto y claro, es que hemos vuelto a un edadismo que ya se había superado, yo creo que en gran parte, por ejemplo, de los profesionales, incluso de la sociedad, pero hemos vuelto a un edadismo en el que se ha trasladado permanentemente que la edad era un factor de riesgo y prácticamente único. Una de las cosas que me dicen muchas mujeres mayores es «Ya está todo en marcha, pero los centros de mayores no, los espacios de igualdad no», o sea, se ha organizado la universidad, el trabajo, el transporte, hasta las discotecas, los bares, pero los centros de mayores no, ¿por qué? Porque parece que son personas que todavía nos siguen sin interesar.” (Mónica Ramos, GF personas expertas)

“Se ha llegado a un paternalismo extremo, esta vez ha sido más bien coger y decir «Venga, déjales ahí en una urnita, que nadie les toque y voy a decidir por ellos», pero es que incluso las relaciones también. La autonomía para relacionarse en tiempos de pandemia, mediante las tecnologías pasa por que sean asistidos.” (Iratxe Bolaños, GF personas expertas)

“Comparto también el tema de que todas las decisiones han sido muy paternalistas, de que el derecho a la decisión ha sido cero, nos hemos centrado mucho, hemos puesto el foco en las residencias que es donde ha sido terrible, pero lo mismo en el ámbito comunitario y en el ámbito domiciliario.” (Maidier Azurmendi, GF personas expertas)

”

“Hay que dejar de cometer el error de pensar que las personas mayores por ser mayores son vulnerables; no lo son. La edad no nos hace vulnerables; nos hace vulnerables el proceso de envejecimiento asociado a determinadas patologías. Y hay que tener muchísimo cuidado porque, por desgracia, la OMS ha vuelto a meter en el CIE, en la categoría de enfermedades, la vejez como una enfermedad; eso no es que sea un peligro, es que es un absoluto horror.” (Mónica Ramos, GF personas expertas)

“No les queremos escuchar, no vaya a ser que el abuelo me cuente algo.” (Iratxe Bolaños, GF personas expertas)

“Lo que se ha reflejado y lo que va a quedar en la conciencia de esta generación que estamos viviendo esta pandemia son los términos con los que se ha identificado a la población mayor por ser más vulnerable al virus o a la mortalidad al principio, que es lo que se pensaba. Y ya sabéis que al final la información que se da al principio es la que queda, o sea, que luego nos han ido pudiendo desmontar mitos, pero ya nos hemos quedado con esa idea de que la mortalidad de las personas mayores es mayor; bueno, también habrá una mortalidad mayor si no las atiendes, es más fácil que uno fallezca si se te niega el acceso a los recursos sanitarios. Esa información que va a quedar es que la persona mayor es inservible, necesita ayuda, y entonces, volvemos a un modelo solo de cuidados, asistencial, de dar cuidado a una población que la necesita solo por edad, que no son válidos. Por supuesto, habrá un proceso de discriminación porque si les decimos que no pueden salir, aunque sea para cuidarles, pero les decimos que no pueden salir o que no pueden hacer uso de determinadas instalaciones, pues estaremos discriminando y los estaremos etiquetando. Y además, unimos la brecha digital, entonces, lo que decimos es «Y encima son los que no se enteran». Y esta estigmatización lleva una vulneración de derechos, y yo creo que por eso estamos todos pensando cómo podemos hacer que los recursos prevengan esta vulneración de los derechos.” (Ana Belén Santos, GF personas expertas)

Una consecuencia del señalamiento de las personas mayores como colectivo extremadamente vulnerable ante la pandemia, ha sido la sobreprotección de voluntarios y voluntarias que tenían más de 65 años. En algunas Asambleas de Cruz Roja, la gran mayoría de voluntarios tiene esta edad y se les dijo que debían quedarse en casa y mantener las medidas de seguridad, incluso cuando se encontraban sanas y muy activas. Relegarles ha hecho que se sientan discriminados e inútiles.

”

“Somos una provincia que nuestro voluntariado es mayor, todo, y hubo muchas quejas de este voluntariado porque pensaron que desde la propia institución se estaba discriminando por edad, porque había gente con 60 años, que ellos no tenían miedo y podían haber hecho actividad. Entonces, la misma institución... retroalimentamos esa sensación de exclusión hacia este voluntariado, y así muchos nos lo manifestaron. (...) Ese trato por parte de los medios de comunicación, de las instituciones, los estereotipos sobre la persona mayor creo que ha sido algo que ver en nuestro voluntario.” (Mariana, GF personal técnico)





11. Brecha digital

11. Brecha digital

En la sociedad actual, existe una preocupación creciente acerca de la brecha digital debida a la edad de las personas, que se refiere a la diferencia que existe entre adultos mayores y jóvenes en el acceso y uso de los ordenadores e Internet.

El aumento sostenido del número de usuarios de ordenadores y de las conexiones a Internet parece indicar que la brecha digital puede resolverse en el futuro. Sin embargo, hasta que los nativos digitales alcancen la edad de jubilación las personas que por su edad conocieron internet ya de mayores y para las que el ordenador no fue una herramienta de trabajo o un útil cotidiano carecen de las habilidades necesarias para obtener todos los beneficios del acceso.

Esto afecta sobre todo a los más mayores acrecentándose el problema por el progresivo desplazamiento de los servicios comerciales, financieros y administrativos hacia internet. Articular medidas que contribuyan a paliar estas dificultades constituye un reto complejo de resolver en tanto en cuanto la capacidad de diseñar políticas eficaces destinadas a superar la desigualdad debida a la edad en el acceso y uso de Internet.

11.1. Uso de nuevas tecnologías

El 73,4% de las personas mayores entrevistadas nunca utiliza Internet a través de ordenador o teléfono móvil. El 26,6% de personas mayores usuarias de nuevas tecnologías se compone de un 7,1% de usuarios ocasionales y un 19,5% de usuarios habituales.

Corroborando el propio concepto de brecha digital, la edad es un factor claramente influyente en su uso, de manera que entre quienes tienen más de 80 años, representan nueve de cada diez quienes no usan nunca internet, tanto entre los hombres (89,3%) como entre las mujeres (89,9%).

El no uso de internet también destaca en otros segmentos como: las personas que viven solas sin que sea una decisión propia (79,2%), quienes tienen estudios hasta primarios (76,3%) y quienes están siendo cuidados por otras personas (87,3%).

Entre las personas entrevistadas que sí utilizan Internet, ocho de cada diez lo hacen para comunicarse con familiares y/o amigos/as (82,9%) y seis de cada diez para informarse, leer prensa, documentos...etc. (60,0%), siendo estas dos las actividades más comunes.

A ellas le siguen comunicarse con imagen con familiares y amigos (35,9%), participar en redes tipo Facebook, LinkedIn, Twitter... (31,0%) y otras gestiones como citas médicas (20,7%), bancarias (16,6%), compras (13,3%) y gestiones administrativas (8,6%).

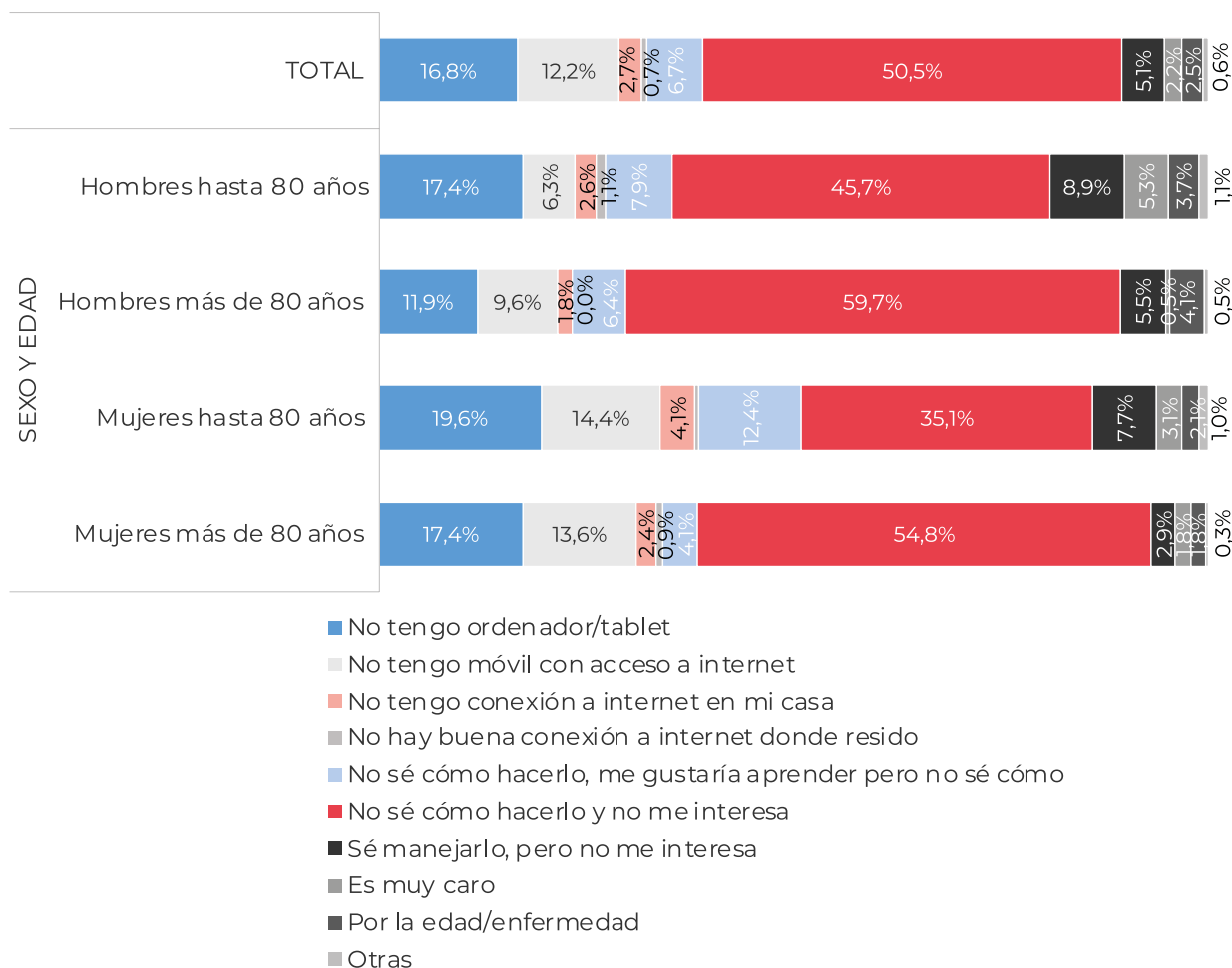
Las actividades más comunes de hombres y mujeres se reflejan en el segmento de edad que más usa las nuevas tecnologías, quienes tienen hasta 80 años. Así entre los hombres de hasta 80 años destaca el 18,5% que realizan gestiones administrativas, mientras que entre las mujeres de hasta 80 años destaca el 67,1% que se informan, leen prensa, noticias o documentos, el 18,0% que compran por internet, el 38,3% que participan en redes sociales y el 87,4% hacen mensajería con familiares y amigos/as.

Entre quienes realizan cada una de las actividades, la mayor dificultad en su manejo de Internet entre las personas encuestadas lo refleja el 30,9% con las videoconferencias por Skype o similares, el 17,5% con las gestiones para la administración, el 11,2% con las gestiones bancarias y el 9,6% con las gestiones médicas. Por el contrario, las actividades que menos porcentaje de personas usuarias registran con máxima dificultad son informarse (3,8%), enviar y recibir mensajes (5,5%), realizar compras (7,5%) y participar en redes sociales (7,9%).

Aunque por segmentos no se dispone de bases muestrales muy grandes, se percibe una mayor dificultad generalizada entre las mujeres de hasta 80 años que en los hombres de esa misma edad.

El 50,5% de las personas encuestadas que no utiliza Internet o lo hace escasamente, dice no saber cómo hacerlo o no tener interés en ello, siendo este el motivo claramente mayoritario. El 16,8% dice no tener ordenador/tableta y el 11,4% no tener móvil con acceso a Internet. El 6,7% dice no saber cómo manejarse en Internet pero que le gustaría aprender y no sabe cómo hacerlo. A estos les siguen otros motivos minoritarios como la falta de interés (5,1%), la edad o enfermedad (2,5%), no tener conexión en casa (2,7%) o que es muy caro (2,2%) entre otros.

Razones para no usar Internet o no usarlo con mayor frecuencia



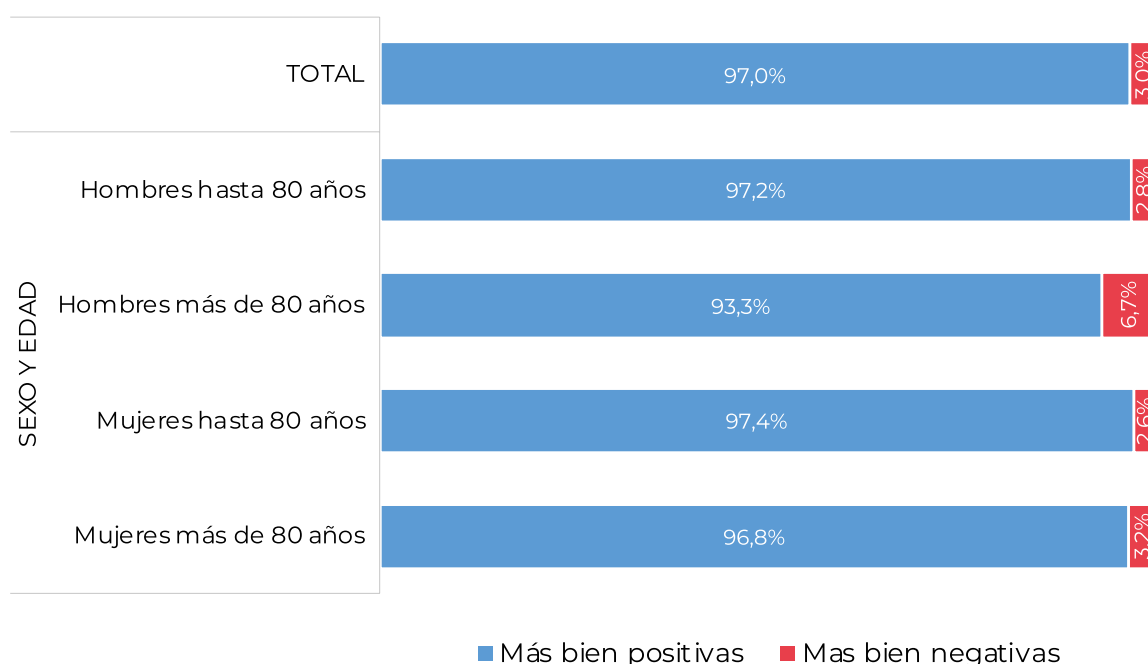
Base: No usan internet o sólo lo usan ocasionalmente.

En función del sexo y la edad, entre quienes tienen más de 80 años destaca el porcentaje de quienes no lo usan porque no saben cómo hacerlo y no les interesa, tanto el registrado en hombres (59,8%) como en mujeres (54,9%). Sin embargo, entre quienes tienen hasta 80 años se producen diferencias de sexo en algunos de los motivos minoritarios, tal es el caso de los hombres que saben manejarlo pero no les interesa (8,9%) y los que señalan que es muy caro (5,3%), ya que ambos porcentajes destacan significativamente.

11.2. Las nuevas formas de comunicación (mensajes, llamadas...)

Aunque sólo un 26,6% afirma utilizar Internet, cuando preguntamos específicamente por el uso de programas de mensajería tipo WhatsApp o llamadas por video, los usuarios ascienden a un 33%. Entre ellos, el 97% dice tener una opinión positiva hacia estas nuevas formas de comunicación.

Valoración de las nuevas formas de comunicación (mensajes y videollamadas)

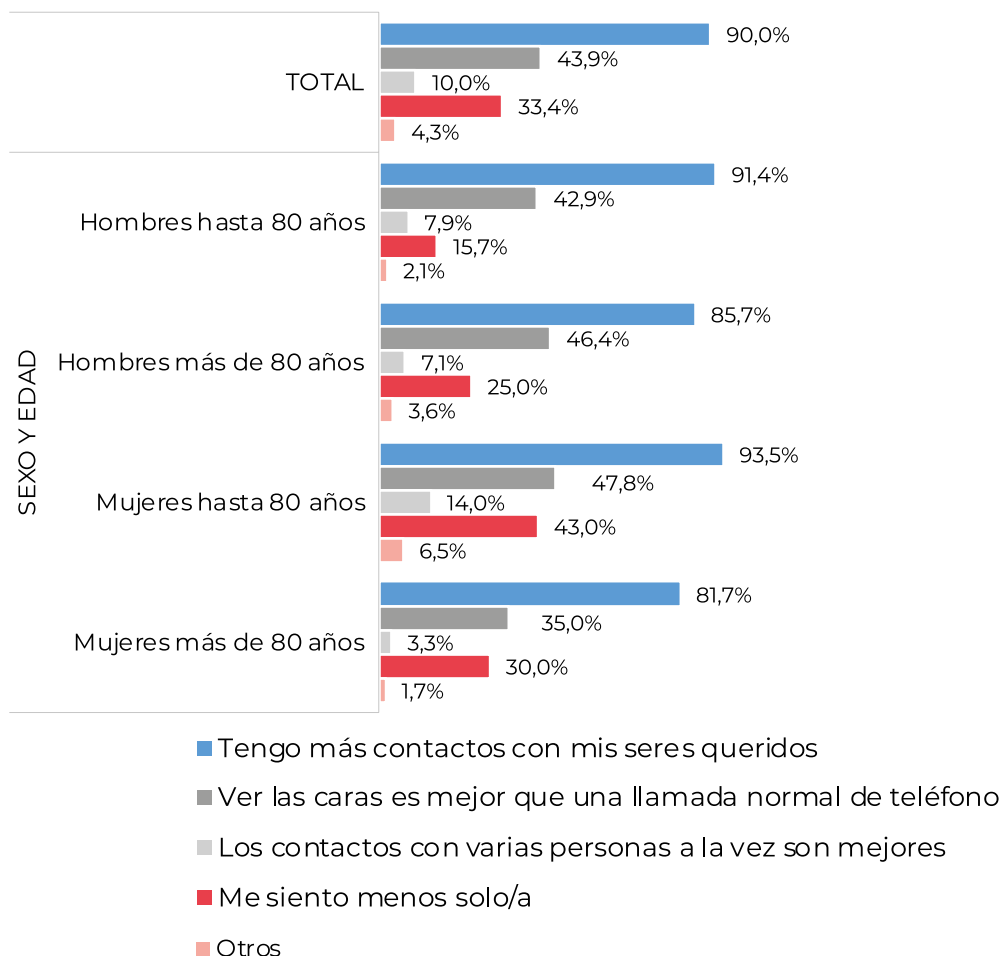


Base: Usan internet, mensajería o videollamada.

Esta opinión es homogénea en todos los segmentos de población, ya que no se observan diferencias significativas en ese porcentaje.

De las personas entrevistadas que consideran positivas la mensajería o videollamadas, el 90,0% manifiesta que las nuevas formas de comunicación por móvil o videollamadas les permite mayor contacto con sus seres queridos, siendo éste el motivo principal y generalizado de su valoración. A este le siguen el 43,9% que señala que ver las caras es mejor que una llamada normal de teléfono y el 33,4% que se siente menos solo/a. Por último, el 10,0% aseguran que los contactos con varias personas a la vez son mejores.

Razones por las que se consideran positivas las nuevas formas de comunicación



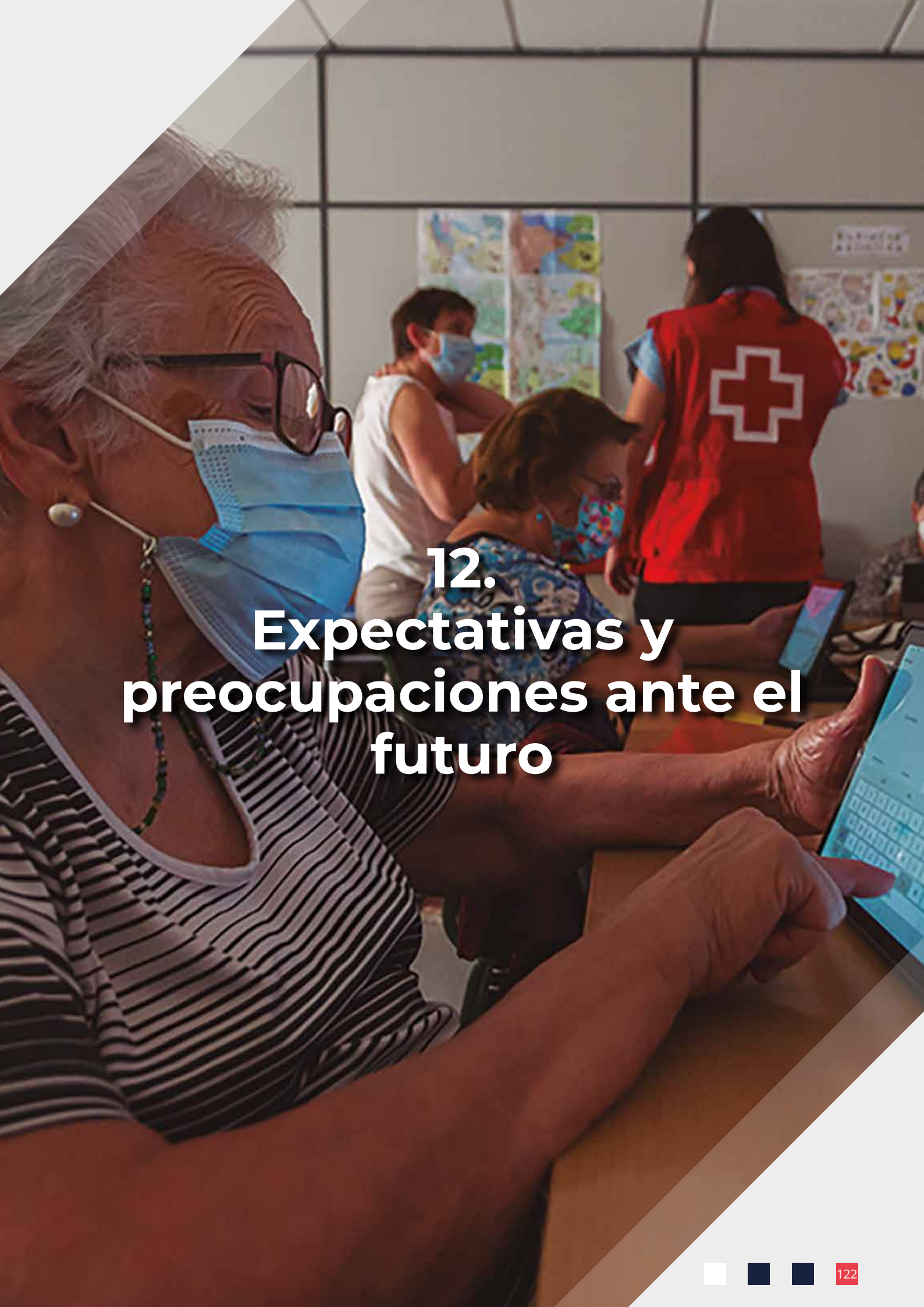
Base: Consideran positivas mensajería y videollamada.

Entre las mujeres de hasta 80 años destaca el porcentaje de las que creen que la mensajería y las videollamadas son positivas porque se sienten menos solas (43,0%) y porque los contactos con varias personas a la vez son mejores (14,0%).

Quienes creen que es son positivas porque se sienten menos solos/as también destaca entre quienes viven solos/as (42,9%), especialmente cuando no lo han elegido (59,8%), quienes tienen estudios secundarios o más (44,9%), quienes tienen más dificultades económicas (52%) y dificultades intermedias (42,9%).

Por último, entre quienes consideran que estas nuevas formas de comunicación son negativas, los dos motivos más mencionados son la imposibilidad de hacerlo solos (47,6%) y que se ponen nerviosos porque es muy complicado (54,5%). También se registra un 4,7% de quienes señalan que, al ver a sus familiares por la pantalla, ya no van a verlos/as presencialmente.





12. Expectativas y preocupaciones ante el futuro

12. Expectativas y preocupaciones ante el futuro

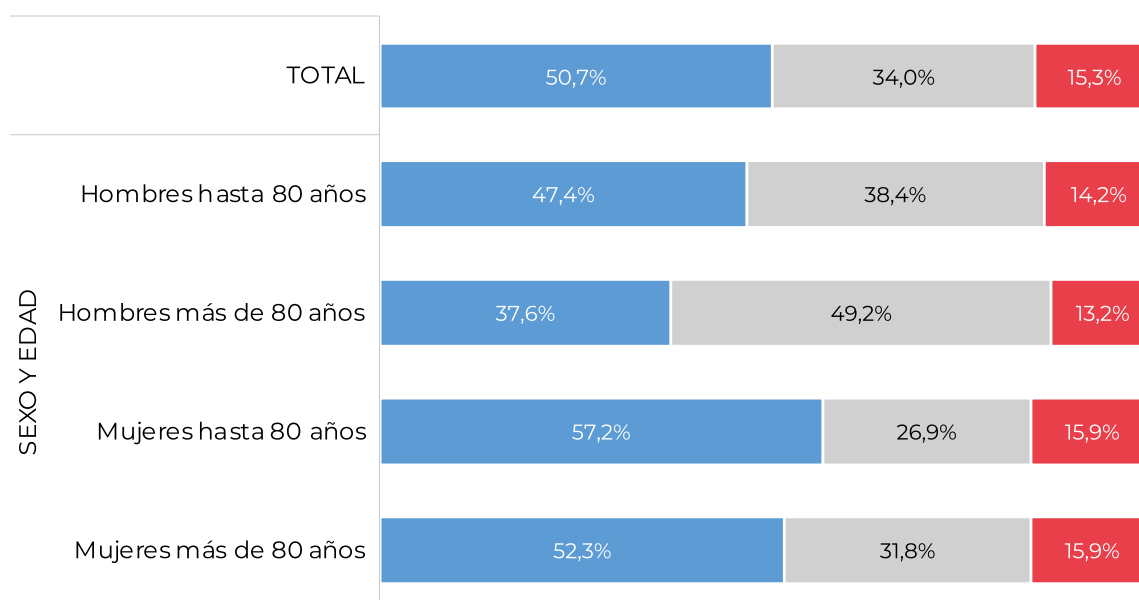
Las perspectivas de futuro se presentan más optimistas cuando se piensa en la situación general del país que en la del propio hogar. Así, la opinión mayoritaria con respecto a la evolución general del país en los próximos meses es que ésta mejorará (según casi uno de cada dos personas mayores), mientras que con respecto a su propia situación de puertas adentro (según casi una de cada siete personas) la opinión mayoritaria es que ésta se mantendrá igual.

Los aspectos que más preocupan a las personas mayores de cara al futuro son principalmente los relativos a la salud (tanto propia como de familiares, y con un temor especial ante la posibilidad de enfermarse de Covid-19), la falta de independencia personal y la situación económica de sus familiares y en menor medida la propia, preocupan mucho o bastante a más de un 60%. Los sentimientos de discriminación por motivos de edad son los que menos preocupan de cara al futuro.

12.1. Expectativas sobre la evolución de la situación en el país y el hogar

El 50,7% de las personas mayores encuestadas cree que la situación global del país, teniendo en cuenta cómo está evolucionando tras la pandemia, mejorará en los próximos meses. El 34,0% opina que se mantendrá igual y sólo un 15,3% cree que empeorará.

Perspectivas de evolución para el país en los próximos meses

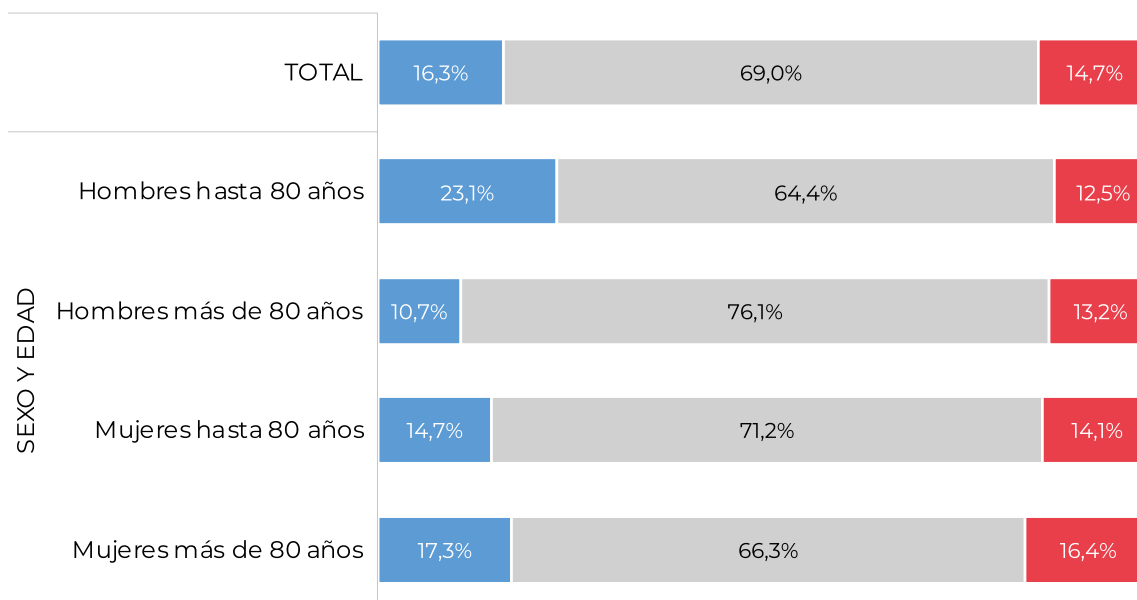


Base: Muestra total.

■ Mejorará ■ Se mantendrá igual ■ Empeorará

Con respecto a la evolución de la situación de su hogar, casi siete de cada diez (69,0%) creen que ésta se mantendrá igual. El 16,3% se muestra optimista de cara a los próximos meses y un 14,7% manifiesta la opinión contraria.

Perspectivas de evolución para su hogar en los próximos meses



Base: Muestra total.

■ Mejorará ■ Se mantendrá igual ■ Empeorará

Las mujeres de hasta 80 años se muestran significativamente más optimistas con respecto a la evolución de la situación general del país (57,2%) que los hombres que superan esa edad (37,6%); la mayoría de los cuales (49,1%) considera que la situación general del país se mantendrá más o menos como ahora.

En cuanto a la situación general de su hogar en los próximos meses, quienes más prevén que ésta permanecerá estable (76,1%) son los hombres de más de 80 años. Mientras que los más jóvenes son quienes se muestran significativamente más optimistas (23,1%) que el resto ($\geq 10,7\%$).

12.2. Preocupaciones de las personas mayores de cara al futuro

De entre los catorce aspectos considerados, las personas mayores entrevistadas manifestaron estar bastante o muy preocupados de cara a cómo se presentará el futuro en cuanto a sí mismos. Y la salud es claramente lo que más inquieta a las personas mayores: el 87,2% de las cuales se mostraron altamente preocupadas por su propia salud o la de los suyos (86,4%), y el 64,0% temía mucho o bastante contagiarse de Covid-19.

Los problemas de movilidad y la incertidumbre sobre quién les cuidará cuando sea necesario inquietan mucho o bastante al 83,8% y al 62,4% de las personas mayores entrevistadas.

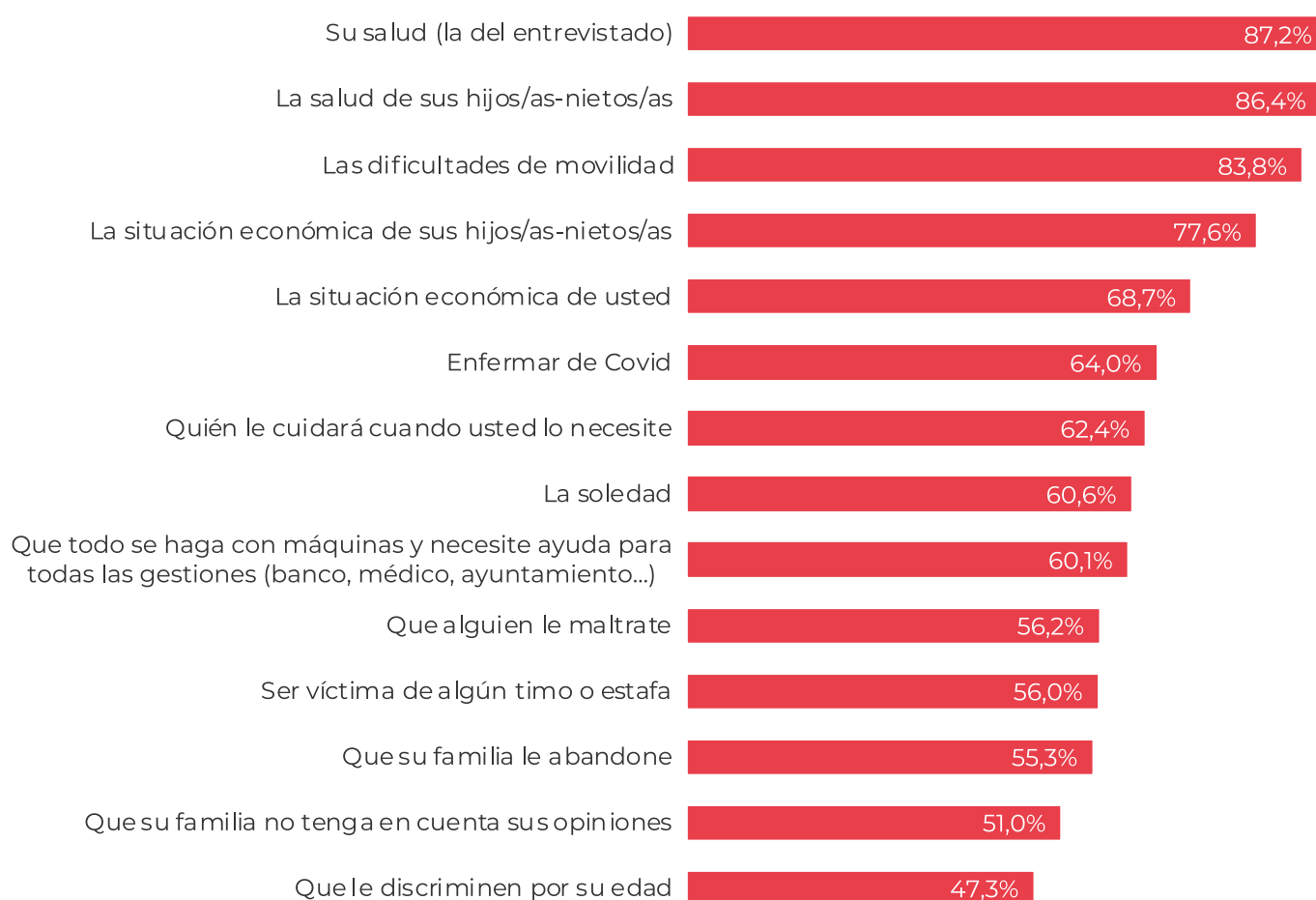
La situación económica de su familia directa preocupa mucho o bastante al 77,6%, en mayor medida que la propia (68,7%), como cabría esperar en un país con pensiones vitalicias de jubilación.

La vulnerabilidad en su sentido más amplio sería el siguiente capítulo en las preocupaciones de las personas mayores, especialmente la tecnológica: el 60,1% se muestran muy o bastante preocupadas por el hecho de que todas las gestiones se hagan por ordenador. Pero también se sienten vulnerables ante timos o estafas (56,0%) y ante la posibilidad de ser víctimas de malos tratos (56,2%).

Un quinto tipo preocupaciones de las personas mayores es la soledad, que preocupa mucho o bastante al 60,6% y a ser víctimas del abandono por parte de sus familias (55,3%).

Finalmente, los dos ejemplos de discriminación considerados son los que menos preocupan: el que sus opiniones no sean tenidas en cuenta por parte de sus familias y el recibir una peor consideración por el hecho de ser mayores (51,0% y 47,3%, respectivamente).

El futuro: grado de preocupación con determinados aspectos



Base: Muestra total (1.200n).

■ Mucho+ Bastante

En general, las mujeres y especialmente las de hasta 80 años, se muestran sistemáticamente más inquietas que los hombres frente al futuro a propósito de todos los factores considerados. Así, las mujeres que se declaran bastante o muy preocupadas son 15,6 puntos porcentuales de media más que los hombres.

Además, hay también una mayor presencia de personas mayores altamente preocupadas por el futuro entre quienes viven solas sin haberlo elegido, quienes tienen dificultades económicas y quienes están siendo atendidas por otras personas. Además de la preocupación por su salud en general, que se extiende a casi 9 de cada 10 de las personas de cada uno de estos tres colectivos, sí merece la pena señalar algunas diferencias:

Entre quienes viven solas sin haberlo elegido, destaca especialmente su intranquilidad a propósito de la soledad y de quién les cuidará cuando sea necesario (el 76,0% y el 75,6% de ellas están muy o bastante preocupadas al respecto), ser víctimas de engaños o de malos tratos (68,7% y 66,5%), y ser abandonadas o ignoradas por su familia o discriminadas por su edad (65,7%, 60,8% y 59,0% respectivamente). En cambio, a quienes tienen dificultades económicas, les preocupa más que al resto el ámbito económico - propio o de sus hijos/as-nietos/as- ($\geq 84,7\%$); y los problemas de movilidad son especialmente más inquietantes (88,6%) entre quienes están siendo atendidos actualmente por otras personas que entre quienes gozan de más autonomía física (81,0%).







13. La atención de Cruz Roja

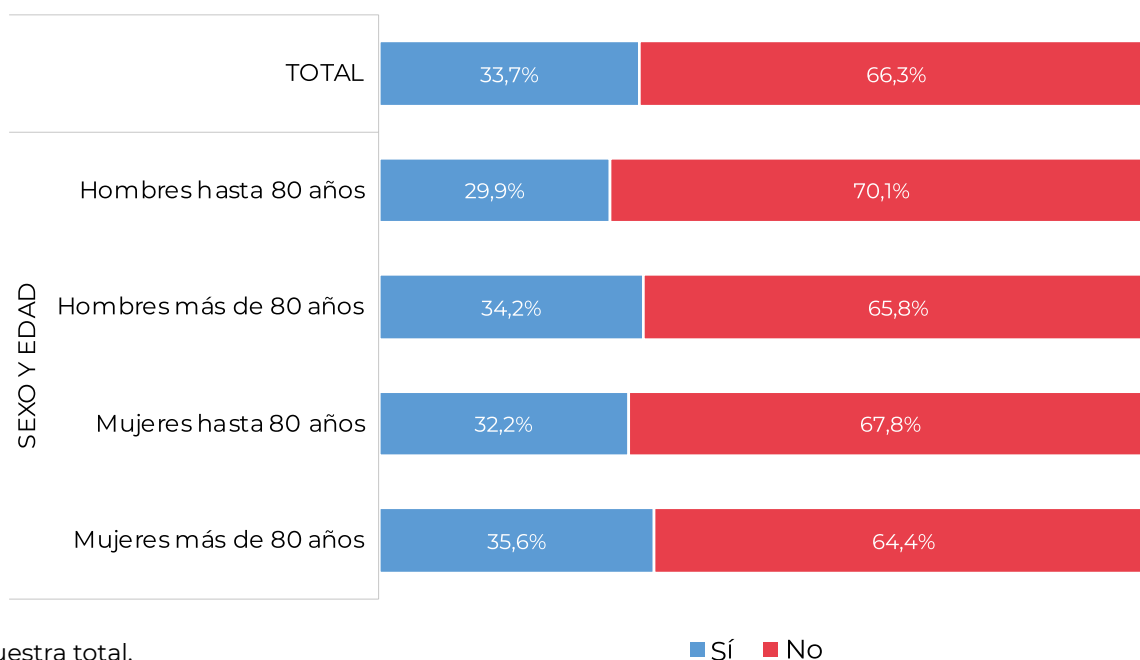
13. La atención de Cruz Roja

Un tercio de las personas mayores han recibido alguna atención adicional de Cruz Roja tras la llegada de la Covid y la valoración de la utilidad de la misma es de notable alto (X=8,2 puntos sobre 10).

Casi un 70% no ha necesitado ninguna ayuda adicional. Pero el resto sí. Las de acompañamiento domiciliario y las de tipo económico son los dos tipos de asistencia prioritarios (cada uno de los cuales ha sido mencionado por un 26,4% y 24,7% respectivamente). Le siguen ya de lejos otras necesidades como: el acompañamiento para acudir al médico a centros sanitarios o de mayores y el apoyo psicológico (6,7% y 4,9%).

En este sentido, destacan ligeramente las mujeres mayores de 80 años (el 35,6% de las cuales tuvo alguna necesidad adicional) y también las menores de esa edad (32,2%), por encima de los hombres de su misma edad en 1,4 y 2,3 puntos respectivamente.

Recepción de ayudas adicionales de Cruz Roja durante el último año y medio a raíz de la pandemia



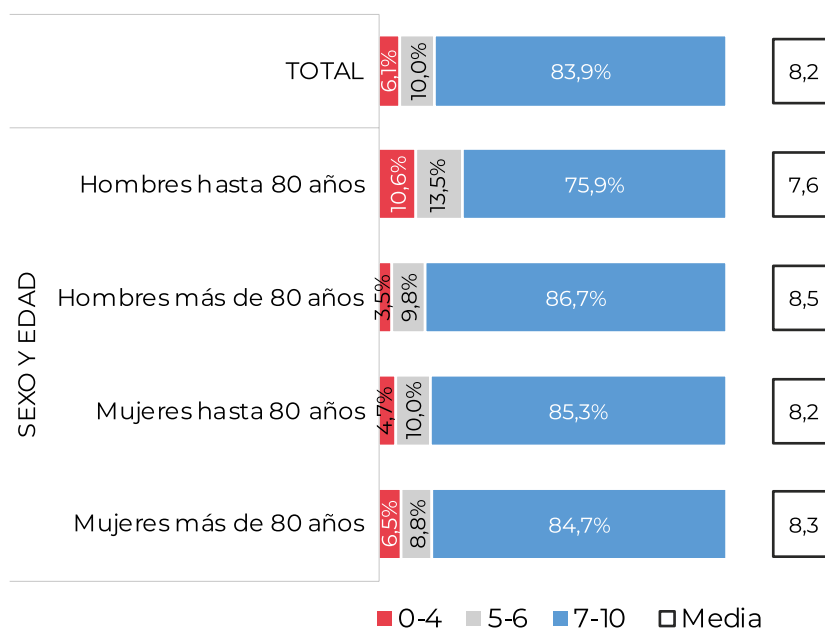
Así mismo, las personas que ya estaban siendo cuidadas por alguien han recibido algún tipo de asistencia adicional por parte de Cruz Roja tras la llegada de la pandemia (el 42,6%), significativamente más (28,3%) que las personas más autónomas..

13.1. Valoración de la utilidad de la ayuda recibida por parte de Cruz Roja

Las personas mayores entrevistadas valoran la ayuda recibida por Cruz Roja durante la pandemia como muy buena, sin la cual lo habrían pasado mucho peor, con un promedio de 8,1 sobre 10. El 83,2% la valoran con 7 puntos o más. Incluso un 25,1% la valoran con 10 puntos, indicando con ello explícitamente que dicha ayuda ha resultado vital, sin la cual lo hubieran pasado mucho peor.

Tan sólo un 6,5% la ha considerado poco útil, con valoraciones de 4 puntos o menos. Un 2,3% fueron las personas más críticas, al otorgar 0 puntos a la ayuda que les prestó Cruz Roja.

Valoración de la ayuda recibida de Cruz Roja durante la pandemia



Base: Muestra total. Escala de 0 "Ayuda inútil" a 10 "Ayuda vital"

Los hombres mayores de 80 años se muestran significativamente más satisfechos con la ayuda prestada por Cruz Roja (el 38% de ellos la valora con 10 puntos) que el resto. Y de hecho, su valoración media asciende a los 8,5 puntos. Por el contrario, las posturas más críticas se encuentran entre los hombres menores de 80 (el 10,6% de ellos daría un suspenso a la ayuda recibida de Cruz Roja, y consiguientemente, su puntuación media desciende a los 7,6 puntos).

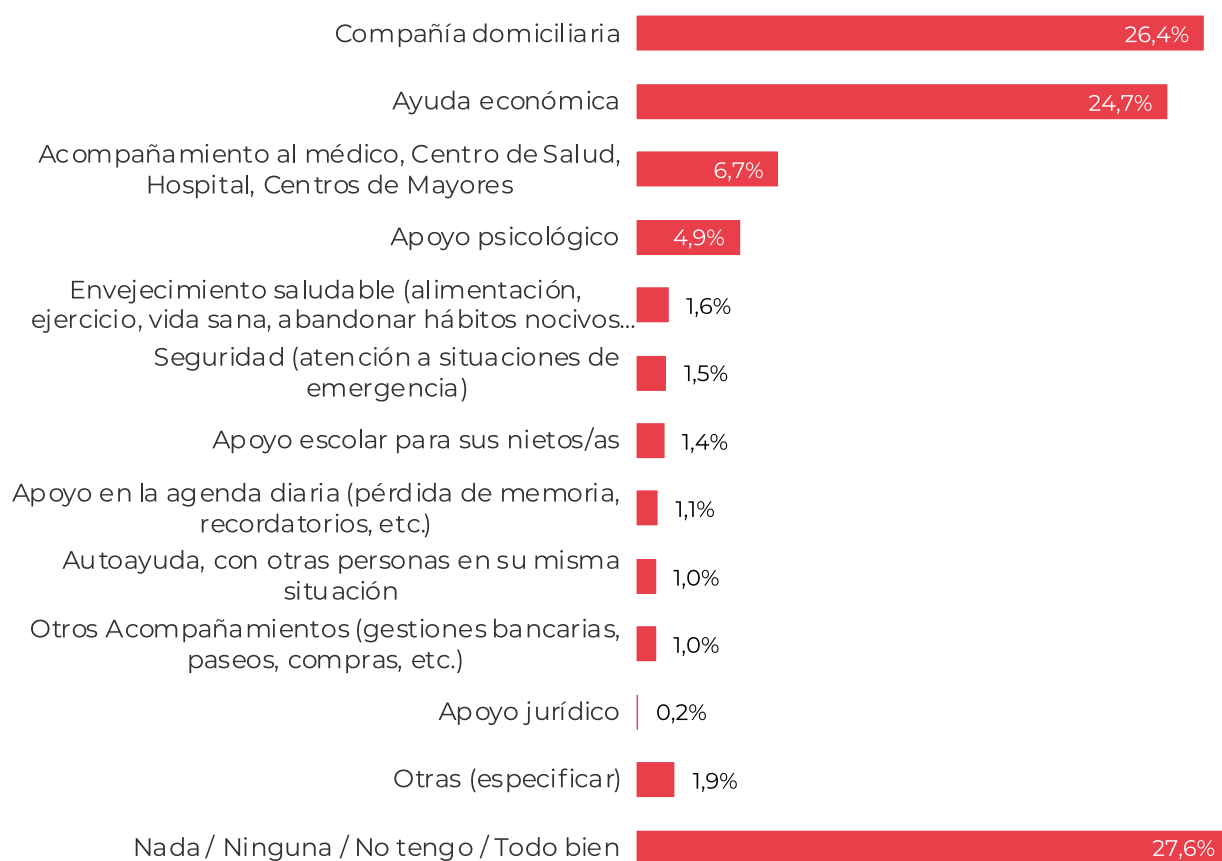
Además, se muestran notablemente más satisfechas las personas mayores que están siendo cuidadas por alguien, quienes no tienen grandes dificultades económicas y las que viven solas por voluntad propia ($\geq 8,3$ puntos). Por el contrario, las más críticas son aquellas personas mayores que viven solas porque no tienen otra opción, las que no están siendo cuidadas y las que tienen dificultades económicas (todas ellas registran una media de 8,0 puntos).

13.2. Identificación de las necesidades prioritarias

Un 27,6% de las personas mayores entrevistadas afirman no tener ninguna necesidad que sea especialmente prioritaria (llegando hasta el 36,4% entre los hombres en general y hasta el 38,4% entre aquellos que tienen menos de 80 años). En cambio, las mujeres tienen significativamente menos problemas a la hora de reconocer sus necesidades de ayuda: sólo el 24,0% del conjunto de mujeres y el 23,3% de aquellas con más de 80 años las niega).

Las tres grandes necesidades de las personas mayores son: en primer lugar, el acompañamiento domiciliario (el 26,4% la menciona como la más importante y entre quienes manifiestan sí necesitar ayuda, un 56,4% alude también a esto de forma secundaria¹³) En segundo lugar, son de tipo económico (el 24,7% lo declara como necesidad prioritaria, que llega hasta el 38,5%). y en tercer lugar el acompañamiento a centros sanitarios o de mayores: el 6,7% lo menciona como su principal necesidad y el porcentaje llega hasta el 40,4% entre los segundos.

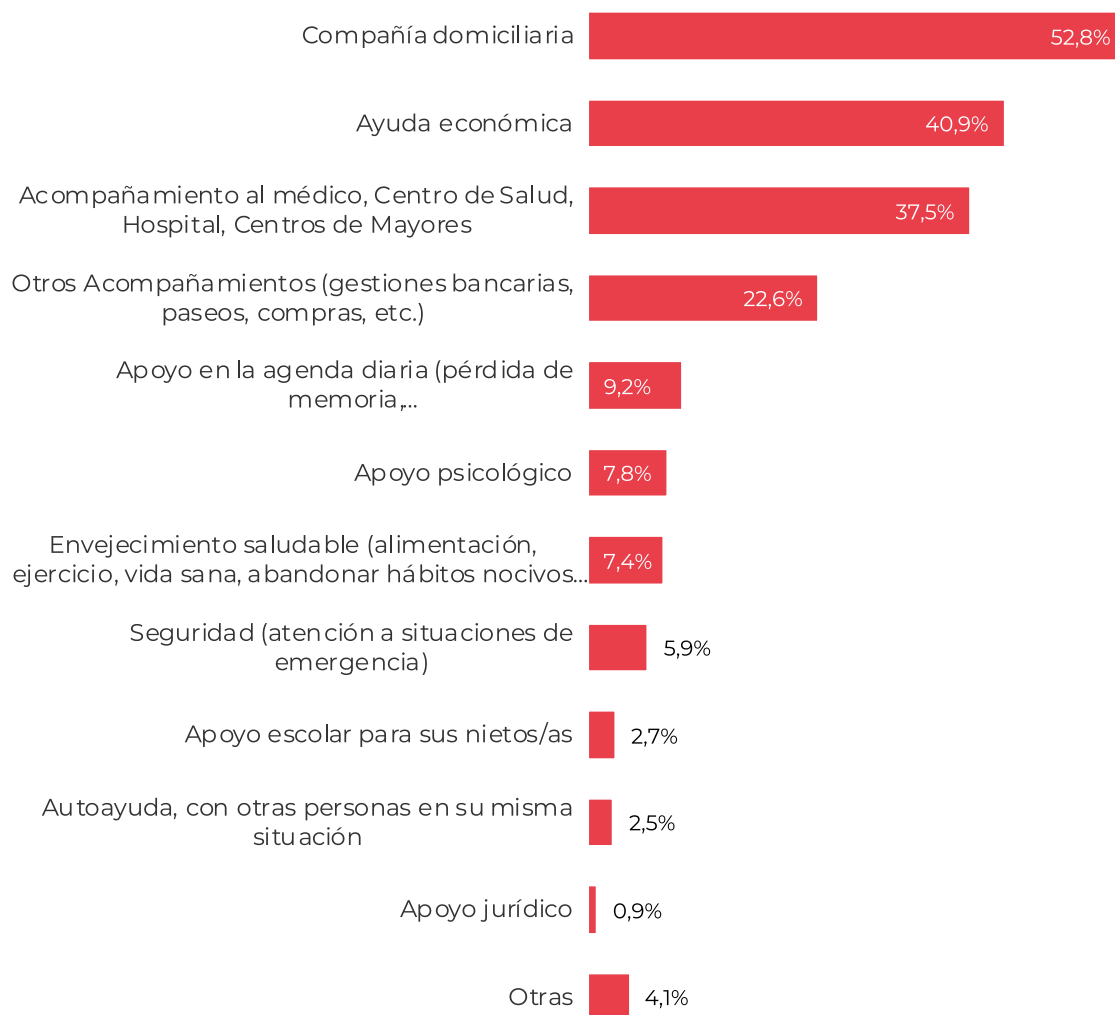
Necesidad prioritaria



Base: Muestra total (1.200n).

¹³ En la entrevista se profundizó un poco más para recoger aquellas otras necesidades que también pudieran tener quienes hubieran manifestado anteriormente que sí tienen alguna necesidad importante.

Y, además de esa ¿tiene alguna otra necesidad?



Base: Tienen preocupaciones (846n).

Centrándonos únicamente en las necesidades prioritarias, las mujeres menores de 80 años destacan significativamente por encima del resto a propósito del apoyo psicológico y el envejecimiento saludable (el 8,4% y el 3,1% de ellas los menciona cuando sólo pueden manifestar una necesidad). Y las mayores de 80 años, son las que demandan significativamente más (el 37% de ellas) acompañamiento en el hogar.

En cambio, los hombres de hasta 80 años aluden significativamente más a las ayudas de tipo económico (31%); y los mayores de esa edad al acompañamiento para realizar gestiones y para salir a la calle (2,6%).

Además de esto, las personas sin necesidades económicas, que viven solas por su propia elección, las que conviven con su pareja o cónyuge y quienes no están siendo cuidados por nadie, son las que más niegan tener necesidades prioritarias (el 44,2%, 36,3%, 33,4% y el 31,4% de ellas respectivamente). Así como los hombres en general (36,4%) significativamente más que las mujeres (24,0%).

En cambio, los colectivos más necesitados de ayuda son quienes reconocen dificultades económicas (sólo el 9,1% afirma no precisar nada), quienes viven solos por carecer de otra opción (10,8%) y quienes están siendo cuidados (21,2%). Sus necesidades prioritarias son económicas y de acompañamiento, tanto en el domicilio como fuera de él. Así como el apoyo psicológico para el 6,9% de quienes viven en una soledad forzada por las circunstancias.





www.cruzroja.es 900 22 21 22

