



32 CONGRESO  
ANUAL INTERNACIONAL  
DE XERONTOLOXÍA E  
XERIATRÍA DA SGXX

**LIBRO DE ACTAS**

# **Atención Xerontolóxica e Xeriátrica: Idadismo e principios éticos**

**EDITORES**

**José María Faílde Garrido**

**María D. Dapía Conde**

**Miguel Ángel Vázquez Vázquez**







SOCIEDADE GALEGA DE  
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

# **LIBRO DE ACTAS**

**32 CONGRESO ANUAL INTERNACIONAL  
DE XERIATRÍA E XERONTOLOGÍA DA SGXX**

## **Atención Xerontolóxica e Xeriátrica: Idadismo e principios éticos**

### **Editores**

José María Faílde Garrido

María D. Dapía Conde

Miguel Ángel Vázquez Vázquez

[congreso.sgxx.org](http://congreso.sgxx.org)

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros medios, sin el permiso y por escrito de los titulares del Copyright.

Las opiniones y contenidos de las ponencias y comunicaciones publicadas en el libro de actas del 32 CONGRESO Internacional de Geriátría y Gerontología son de responsabilidad exclusiva de los/as autores/as; asimismo, estos/as se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

PRIMERA EDICIÓN: enero 2023

EDITA:

SOCIEDADE GALEGA DE XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

Colexio Oficial de Médicos de A Coruña

Rúa San Pedro de Mezonzo, 39

15701 Santiago de Compostela (A Coruña)

Web: <https://sgxx.org/es/>

EDITORES:

José María Faílde Garrido

María D. Dapía Conde

Miguel Ángel Vázquez Vázquez

ISBN: 978-84-697-0655-8

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Innovación Ágil



## PRÓLOGO

La Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría ha elegido la ciudad de Pontevedra para organizar su 32 Congreso. Esta Sociedad Científica y Profesional tiene como principal objetivo la mejora de la calidad de vida de las Personas Mayores gallegas.

Actualmente aglutina alrededor de 400 socios, con 33 años de desarrollo y actividades tratando de sensibilizar y fomentar el conocimiento de la sociedad acerca de la importancia de conocer el fenómeno del envejecimiento, tanto desde el punto de vista sociodemográfico como de la consecución de una buena salud.

A lo largo de nuestra andadura, hemos participado y organizado multitud de eventos científicos nacionales e internacionales, constituyendo este nuevo 32 Congreso un magnífico motivo para acercarnos a Pontevedra y debatir de manera conjunta acerca del lema elegido para esta ocasión: “Atención Gerontológica y Geriátrica: edadismo y principios éticos”, tema de absoluta actualidad.

Con la organización del 32 Congreso Internacional, esperamos que tanto los miembros de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría, como los profesionales y empresas del sector, estudiantes, voluntarios, asociaciones del ámbito de los Mayores y todos aquellos otros colectivos interesados en el envejecimiento, encuentren un marco de discusión para explorar las sinergias en torno a las mejoras de la calidad de vida de las Personas Mayores, sector en el que Galicia ya se ha encaramado a los primeros puestos, tanto por el envejecimiento poblacional que ha alcanzado como por la especialización de sus profesionales y la calidad de los limitados recursos disponibles.

Miguel Ángel Vázquez Vázquez

**Presidente SGXX**





32 CONGRESO  
ANUAL INTERNACIONAL  
DE XERONTOLOXÍA E  
XERIATRÍA DA SGXX

# ATENCIÓN XERONTOLÓXICA E XERIÁTRICA: IDADISMO E PRINCIPIOS ÉTICOS

29 E 30 DE ABRIL DE 2022  
PAZO DA CULTURA DE PONTEVEDRA

[congreso.sgxx.org](http://congreso.sgxx.org)



Encuentro organizado por  
la **Sociedade Galega**  
de Xerontoloxía e Xeriatría

## PATROCINADORES - COLABORADORES



Universidade de Vigo









## JUNTA DIRECTIVA SGXX

### Presidente

D. Miguel Angel Vázquez Vázquez

### Vicepresidente 1º

D. José Manuel Pazos Seco

### Vicepresidente 2º

D. Javier Pérez Martín

### Secretario

D. José María Faílde Garrido

### Tesorero

D. José Manuel Pérez Fernández

### Vocal Sección Clínica

Dña. Sonia María Barros Cerviño

### Vocal Sección Social

Dña. Rocío Carbón Sueiro

### Vocal Psicogerontología

D. Carlos Dosil Díaz

### Vocal Enfermería

Dña. Marta Ulloa Méndez

### Vocal Gerocultura

Dña. Raquel Ramos Rodríguez

### Vocal Centros Gerontolóxicos

D. Luis Lorenzo Mur

### Vocal Formación e Investigación

D. José Manuel Vega Andión

# ORGANIZACIÓN Y COMITÉS

## COMITÉ ORGANIZADOR

### PRESIDENTE

**D. Miguel Ángel Vázquez Vázquez**  
Geriatra. Presidente de la SGXX

### VICEPRESIDENTE

**D. José Manuel Pazos Seco**  
Vicepresidente 1º de la SGXX

### VOCALES

**Dña. Ángeles Álvarez Pereira**  
Presidenta de ACEDEGAL

**D. Carlos Alberto L. Branco**  
Trabajador Social. Presidente da CPI. Braga. Portugal.

**D. Castor Leonardo Maduro-Maytín**  
Cirujano Vascolar.

**Dña. Cristina Brosa Martín**  
DUE. Experta en Dependencia.

**Dña. Gloria Rodríguez Cabaleiro**  
M.D. en Geriatría. Consellería de Política Social.

**D. Javier Pérez Martín**  
M.D. en Geriatría. Vicepresidente 2º de la SGXX.

**D. José María Dios Diz**  
Médico de Atención Primaria. Centro de Saúde.

**D. Jesús A. Carballo Bouzas**  
Psicólogo. Cruz Vermella Ourense.

**D. Luis Lorenzo Mur**  
Economista. Vocal de Centros de la SGXX.

**Dña. Macarena Sánchez Carnero**  
Presidenta de COTOGA

**D. Mariano Gutiérrez Gutiérrez**  
Lic Derecho. Responsable de Area do Complexo Residencial de Atención a Persoas Dependentes.

**Dña. Marta Ulloa Méndez**  
DUE. Directora de Centro Residencial. Vocal de Enfermería de la SGXX.

### SECRETARIA

**Dña. Cristina Villanueva Pellitero**  
Periodista. Gabinete de la SGXX

### TESORERO

**D. José Manuel Pérez Fernández**  
Tesorero de la SGXX

### Dña. Natalia Vérez Cotelo

Farmacéutica. Prof. da Universidade CEU-San Pablo.

### D. Oscar Arroyo Riaño

Director do Complexo Residencial de Atención a persoas Dependentes.

### D. Ricardo Fra Otero

Educador Social. Director de Empresa Sociosanitaria.

### Dña. Rocío Carbón Sueiro

Trabajadora Social. Vocal Social de la SGXX.

### Dña. Trinidad de Lorenzo Otero

Cruz Vermella

### Dña. Vanessa López Miguéns

Fisioterapeuta. Vocal de COFIGA.

### D. Víctor González Meizoso

Trabajador Social. ADIRES.



## COMITÉ CIENTÍFICO

### PRESIDENTE

**D. José María Faílde Garrido**

Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Vigo, España.

### VICEPRESIDENTA

**Dña. María D. Dapía Conde**

Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Vigo, España.

### SECRETARIA

**D. Carlos Dosil Díaz**

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela. España.

### VOCALES

**D. José Carlos Millán Calenti**

Catedrático de Gerontología. Universidade da Coruña.

**D. Raimundo Mateos Álvarez**

Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela

**D. José Ramón Martínez Calvo**

Unidad de Geriatría, Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. España.

**D. Andrés Vázquez Piñeiro**

Gerontólogo Clínico. Consorcio Galego de S. de Igualdade e Benestar. Xunta de Galicia.

**D. Carlos García Domínguez**

Enfermero especialista en enfermería geriátrica

**Dña. María Augusta Pereira Mata**

Departamento de Enfermería, Instituto Politécnico de Bragança. Portugal

**D. Arturo Pereiro Rozas**

Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela

**Dña. Maria João Amante**

Escola Superior de Educação do Instituto. Politécnico de Viseu, Portugal.

**Dña. Lia João de Pinho Araújo**

Escola Superior de Educação do Instituto. Politécnico de Viseu, Portugal.

**D. David Facal Mayo**

Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

**D. César Bugallo Carrera**

Coordinador de AFAFES

**D. Manuel Gandoy Crego**

Escuela de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela

**Dña. Leila Cury Tardivo**

Dra. en Psicología na Universidade de São Paulo / USP, Brasil

**Dña. Ana Belén Méndez Fernández**

Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Vigo. España.

**D. Xosé Manuel Cid Fernández**

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Vigo. España.

**Dña. Lucía G. Vázquez Rodríguez**

Doctora en Periodismo. Profesora de la Universidad Complutense de Madrid.

**D. Carlos Ocampo y Vilas**

Universidad Católica de Lovaina. Bélgica.

## ÍNDICE

### **De tanto mirar el árbol, hemos perdido el bosque. Reflexiones en una nueva normalidad post Covid**

José R. Jauregui

17

### **Aprendiendo a envejecer sin manual de instrucciones**

Xaime Fandiño

19

### **¿Cuánto de Ética en los últimos tiempos en atención geriátrica en España?**

José Ramón Amor Pan

25

### **Fragilidad y prevención de Caídas en Atención Primaria**

José Ramón Saiz Llamosas

35

### **Farmacovigilancia de las vacunas frente a la Covid19 en mayores de 65 años en farmacias comunitarias**

Laura León-Rodríguez, Xavier Martínez-Casal, Rocío Mera-Gallego, Mónica González-Blanco, José Antonio Fornos-Pérez y N. Floro Andrés-Rodríguez.

41

### **Impacto de la COVID-19 en la calidad de vida de personas mayores: percepciones en el trato recibido por su entorno.**

Trinidad de Lorenzo Otero, Lorena López Rodríguez, Pedro Giménez Domínguez, Fidel Martínez Roget, Belén Vázquez Sampayo y Marcos Gómez Paz.

49

### **Impacto emocional en trabajadores de centros residenciales de la Comunidad Autónoma de Galicia durante el Covid-19.**

Carlos Dosil Díaz, David Facal, Arturo X. Pereiro, Sacramento Pinazo-Hernandis y Cesar Bugallo.

59

## **Calidad de vida, burnout y engagement en profesionales de centros gerontológicos de Galicia: Diferencias entre centros diurnos y residenciales.**

Estela Alonso Posada, José María Faílde Garrido, María Dapía Conde y Javier Martínez Torres.  
65

## **Calidad de vida y resiliencia en profesionales de centros gerontológicos de Galicia. Diferencias en función del perfil profesional.**

Estela Alonso Posada, José María Faílde Garrido, María Dapía Conde y Javier Martínez Torres.  
75

## **O que pensam estudantes e profesionais de Educación Social sobre as persoas mais velhas? Um estudo comparativo entre o antes e o depois da pandemia.**

Lia Araújo, Maria João Amante, Susana Fonseca y Paula Xavier.  
83

## **Reflexões sobre a formação dos Educadores Sociais nas conceções sobre a demência.**

Maria João Amante, Lia Araújo, Susana Fonseca y Paula Xavier.  
93

## **Importância das competências de mediação de conflitos na intervenção socioeducativa com pessoas idosas.**

Susana Fonseca, Maria João Amante, Lia Araújo y Paula Xavier.  
103

## **El ocio en las personas mayores: patrones y actitudes.**

Antía Rivera Nieto, María Dapía Conde y José María Faílde Garrido.  
113

## **Patrones de ocio en función del grupo etario**

Antía Rivera Nieto, José María Faílde Garrido y María Dapía Conde.  
119

## **Fisioterapia en pacientes con TNC's y demencias. Nuevos abordajes y actualizaciones.**

Vanesa López Miguens  
125



# De tanto mirar el árbol, hemos perdido el bosque. Reflexiones en una nueva normalidad post Covid

José R. Jauregui

*Médico Geriatra UBA. Presidente de la International Association of Gerontology & Geriatrics (IAGG)*

Durante la pandemia por Covid 19 falleció el 2% de la población mayor de 60 años de la República Argentina, el mismo número de personas institucionalizadas en residencias, aunque la mayoría vivía en sus casas. Solo el 2% de ellas provenían de residencias de larga estadía.

El foco del sistema de salud durante dos largos años estuvo puesto en esta pandemia y la atención socio-sanitaria de los otros problemas de salud tan frecuentes y característicos de este grupo etario fueron no atendidos o no apoyados suficientemente. Las personas más frágiles de la sociedad una vez más estaban fuera del foco de atención. De tanto mirar el árbol, nos perdimos el bosque entero por demasiado tiempo.

La Argentina hoy en números tiene unos 45.000.000 de habitantes, de los cuáles el 11% son mayores de 65 años. Tiene 2.000.000 de afectados, 128.000 fallecidos, 80% de los cuáles son personas mayores, 80% de vacunados con 3 dosis a la fecha, una ocurrencia actual de unos 150 casos positivos día y una ocupación del 37.5% de las camas de cuidados intensivos por esta enfermedad.

La fragilidad o vulnerabilidad del sistema hizo que debido a los protocolos estrictos muchas enfermedades crónicas quedarán suspendidas en su atención.

También es cierto que se hicieron mucho menos estudios diagnósticos y se observó que eso no aumentó la tasa de enfermedad o muerte

La atención en emergencias disminuyó críticamente

Las ECNT quedaron en suspenso (pero siguieron ahí)

Las personas afectadas de dolencias no-Covid, eran persuadidas de no ir al sistema

La atención en Residencias o domicilios se redujo a casi la nada misma

Fue muy difícil atender a los pacientes con Demencia

El personal asistencial estuvo focalizado en el Covid o la gran emergencia

Fue escaso, estaban agotados, afectados también por la misma enfermedad, con una mortalidad a observar y no publicada, no preparados, sobre todo en la atención de residencias con un gran ausentismo laboral que aún hoy sigue siendo un problema en todo el sistema de salud.

En las residencias no hubo ayuda de ningún tipo, tuvieron que medicalizarse como nunca, sufrieron mucho económicamente (más del 90% son privadas), la atención de salud por el Covid en las mismas fue bastante



adecuada, sobre todo en grandes ciudades, se evacuaban a los afectados, las camas de UCI nunca fueron ocupadas en más del 70%, lo que facilitaba la atención y evitó en gran medida la discriminación por edad en la atención, finalmente en aquellas que se pudo los casos asintomáticos o leves fueron atendidos sin derivación a otro nivel de atención sanitario.

Por supuesto hubo muy poca atención para aquellos con otras enfermedades, los protocolos eran muy extensos y difíciles de cumplir y las sujeciones físicas, medio-ambientales o farmacológicas fueron usadas en exceso.

También hubo en la sociedad y en todos los medios personas negacionistas, o excesivamente críticos como:

- Aquellos que no aceptaban medidas diferentes para ayudar a la población más vulnerables, retrasaron con sus NO decisiones el soporte y acompañamiento de las personas
- Los que decían que no pasaba nada y no respetaban las normas básicas de convivencia
- Los que pensaban que a la hora de decidir a quién atender, los ancianos no eran prioridad solo por su edad
- Los que no aceptan las vacunas
- Los que niegan la enfermedad (nueva corriente en Argentina)

Hemos asistido a una incapacidad manifiesta en los sistemas de atención socio-sanitarios como en casi todos los países del mundo. Nada cambió antes, durante y ahora. La respuesta fue médico céntrica, hegemónica y sin ideas nuevas, salvo excepciones. No hubo rescate de los más frágiles. Nadie se sentó a pensar o a discutir el modelo que claramente fracasó. Los medios salieron a canibalizar a los que no podían responder con resultados, sin saber o analizar los por qué. Fue manifiesto el viejismo en toda la sociedad.

La realidad latinoamericana nos muestra un impacto dispar en los diferentes países

Políticas de afrontamiento diferentes también (el caso Brasil). Se tomaron decisiones políticas, no sanitarias o basadas en evidencia. La pobreza cruzó toda la realidad.

Los sistemas fueron insuficientes e ineficientes en general. Distintas medidas en los distintos países. Fronteras cerradas. Vacunación a destiempo en casi todos. La salida también está siendo dispar.

El futuro de las personas mayores necesita nuestra mirada en por ejemplo una perspectiva ética en la toma de decisiones, en la atención Post Covid que nos está mostrando un deterioro en la calidad de vida y a funcionalidad más importante del que nos imaginábamos. La aparición de nuevas pandemias o enfermedades está en el pensamiento de este grupo etario que persiste con miedos.

Entonces cabe preguntarnos si ha cambiado algo, si alguien se ocupa de los ancianos en crisis, sino solo miremos la situación de la guerra Rusia-Ucrania en este momento.

La mirada desde la IAGG y en la década del envejecimiento de la OMS es hacer un fuerte llamado a la acción para no seguir mirando el árbol y perdernos el bosque.



# Aprendiendo a envejecer sin manual de instrucciones

Xaime Fandiño

*PDI jubilado de la USC. Miembro de la Cátedra de Edadismo de la UVigo*

Palabras clave: intergeneracionalidad, edadismo, soledad, longevidad.

## 1. EL UTÓPICO ESCENARIO INTERGENERACIONAL

Dicen que hagamos "envejecimiento activo" y simultáneamente desde la administración nos denominan como "clases pasivas". Está claro que algo no funciona de forma adecuada, por lo menos desde el punto semántico y conceptual. Por eso es necesario y urgente adquirir una cultura del envejecimiento desde la más tierna infancia. Aprender a envejecer es por lo tanto una de las materias pendientes de la sociedad que debería ser curricular y obligatoria. La vejez es un estado que, con toda seguridad, vamos a adquirir cada uno de nosotros con el paso del tiempo. Porque, está bien claro que, cualquiera otra opción que no vaya en esta línea es bastante peor. Por lo tanto, ser conscientes de que es necesario tener preparado un plan vital y otro de contingencia para la edad proveya, no parece mala idea. Este ejercicio de autoconvencimiento colectivo de que la vida no se estanca en el ahora, sino que tiene un futuro que se va alterando día a día en función de la biología y el calendario de cada quién, casi sin percatarnos, ayuda a tomar conciencia sobre la necesidad perentoria, aún que sea de forma egoísta, de trabajar para que ese futuro cierto, el de la vejez, se pueda desarrollar en un marco idóneo e ilusionante y no instalado en un gueto etario y aislado del fluir social.

La concentración, casi obligatoria y de carácter etario, en la que nos vemos obligados a ingresar en la etapa post jubilar por pura operación administrativa precisa que los mayores de todo color y condición alcemos la voz para reclamar la necesidad de eliminar cualquier estigma que nos retire de la circulación solamente por prescripción etaria y, por contra, ser quienes de poder continuar desarrollando nuestra actividad tal como lo veníamos haciendo durante toda la etapa pre jubilar. Es necesario, perentorio y de sentido común, promover, propiciar, facilitar y alentar de forma realista la capacidad participativa de los mayores en la sociedad, teniendo presente su posibilidad de mentorización, de transferencia de conocimiento o de divulgación experiencial, incluso cuando las andanzas vitales de esta persona mayor puedan implicar algún tipo de actividad económica, cosa hasta ahora incompatible en nuestro país con la percepción íntegra de la pensión de jubilación, excepto para algunos gremios profesionales específicos.

A la vista de la progresiva longevidad de los seres humanos es urgente evitar el aislamiento social de los mayores, así como proporcionar escenarios reales y naturales, no ficticios, de desarrollo intergeneracional que formen parte indisoluble del circuito vital de las personas de cualquier hábitat y estrato socioeconómico o cultural. Por lo tanto, estamos refiriéndonos a un contorno funcional que no puede ser algo puntual o exclusivo para algunos afortunados. Se trata de construir un nuevo universo intergeneracional donde todos los mayores que lo deseen, tengan la oportunidad de participar de forma biunívoca, en primera persona y en igualdad de condiciones, de un intercambio experiencial y de transferencia de conocimiento en correspondencia con la



osadía y vitalidad de las generaciones precedentes.

## 2. PLAN VITAL VERSUS PLAN DE CONTINGENCIA

Siempre hablamos del concepto denominado plan vital para expresar la necesidad de establecer un sendero atractivo y coherente con nuestras inquietudes y necesidades a partir del momento de la jubilación administrativa que se produce en el momento del cese de la relación laboral fija y continuada.

La etapa post jubilar puede ser todo lo interesante que nos planteemos, pero eso sólo se consigue con determinación. Esperar a ver que pasa no suele dar buenos resultados y es fácil enfrentarse a temas que ni siquiera habíamos pensado como la de convertirnos en transparentes para la sociedad, una vida monótona sin objetivos, la interacción limitada a un estatus etario y, lo más terrible, la soledad no deseada.

Desde la administración se desarrollan proyectos encaminados a paliar de algún modo estos posibles estados, pero generalmente se llevan a cabo desde una homogeneización del colectivo mayor por lo que, si bien hay individuos que están encantados de andar de aquí para allá saltando de un viaje a otro del IMSERSO, otros necesitan opciones diferentes que no aparecen siquiera esbozadas en los planes estratégicos de ninguna administración. En este contexto y dada la heterogeneidad del colectivo mayor, hay una importante cantidad de personas que no encuentra facilidad para desarrollar una vida consecuente con sus aspiraciones en la etapa post-jubilar porque las opciones que se les presentan, aunque la mayoría de las veces fueron referentes para generaciones anteriores, están anticuadas o no coinciden con sus expectativas y necesidades. Además, se sitúan en un estatus de prohibición constante siempre que se desee iniciar cualquier acción que pueda generar algún tipo de actividad económica, aunque ésta sea de tipo artístico, lúdico-festiva o vivencial.

Esto ha provocado que muchas personas vivan momentos dramáticos, al ver que les ha desaparecido su pensión simplemente por firmar un contrato de colaboración con un promotor para actuar de extra en un rodaje o subir a un escenario a cantar o actuar de forma amateur en circunstancias en las que únicamente percibe un cobro testimonial. No estamos hablando de figuras populares con un jugoso caché, sino de personas que quieren seguir participando de forma activa en la sociedad. Para ser solidarios, intergeneracionales y no hacer dumping con las personas en activo, ¿no será más fácil cobrar a los pensionistas directamente un IRPF mayor que a una persona en activo por esas intervenciones puntuales remuneradas, y no andar tocando su pensión cada vez que pestañea? Aunque está bien eso del envejecimiento activo, es mejor volverlo audaz y atrevido, pero para ello se necesita que dejen hacer y faciliten las cosas, porque hasta ahora, desde la administración, no lo han puesto nada fácil y de ahí, a sentirse fuera de contexto no hay un trecho muy largo.

Pero si realmente es complicado para los individuos articular ese plan vital durante la etapa activa de la jubilación estando en plenas facultades tanto físicas como psíquicas, es decir en ese tramo que circula entre la jubilación y la dependencia, cuando se inicia esa última fase de la vida, la cosa se complica en mayor medida y suele ser un momento difícil para él que es necesario disponer al menos de una mínima estrategia sobre cómo, dónde, con quién y de qué manera deseamos hacer ese tránsito. Ya sé que es duro pensar en esto. También se puede optar por la estrategia de la avestruz y meter la cabeza bajo el ala como si el tema no fuera con nosotros, pero sin un mínimo plan de contingencia realista adaptado a las necesidades y anhelos de cada individuo para ese momento, lo único que se consigue es trasladar el problema a los que nos rodean que, a pesar de su generosidad, vivirán nuestro agotamiento vital de forma traumática, con una sensación de

impotencia y culpabilidad por la improvisación al no saber qué hacer en cada momento.

### 3. SOLEDAD Y ESTRUCTURA SOCIAL

La sensación de soledad se relaciona directamente con ámbitos como la autonomía, la actitud o las necesidades subjetivas de cada individuo, así como el nivel de relaciones interpersonales y los escenarios de interacción social.

Estar solo puede ser un acto voluntario si la persona disfruta con y de su estado, pero es difícil que esto pueda desarrollarse de forma perenne. El ser humano es un sujeto social por naturaleza y precisa de interacciones para enriquecer su vida. Como somos heterogéneos no todos necesitamos estos contactos en igual cuantía e intensidad, pero la ausencia total de ellos no augura nada bueno.

La soledad no es un capítulo exclusivo de la vejez, aunque se acentúa en ese estadio vital por la pérdida de los próximos y las redes de relación que se transforman, debilitan o desaparecen por el paso del tiempo. Por otro lado, las ciudades no están pensadas como ágoras de relación intergeneracional más allá de los espacios familiares en el hogar. Un lugar endogámico en donde muchos abuelos conforman el eje de la conciliación familiar atendiendo a los nietos con el fin de cubrir las necesidades laborales de sus hijos, por lo menos mientras su salud física y mental se lo permite. Pero como el calendario no se detiene, tarde o temprano habrá que articular un plan de contingencia para cubrir el deterioro personal de ese ser humano que pasará, de ser una ayuda, a convertirse en un problema al que no es fácil darle una solución satisfactoria, tanto desde el punto de vista afectivo como funcional.

Lo que era normal en nuestras sociedades pretéritas, es decir, vivir en el barrio y morir en casa, se ha convertido hoy en una especie de utopía. Así, el estar solo, que no abandonado, llegada una edad se ha convertido en un estándar y cada viejo y vieja van sorteando el tema como pueden de modo que, a algunos, en función de su estado anímico, físico, social... se le hace más cuesta arriba que a otros el día a día. Si uno vive solo en su hogar, tiene más posibilidad de entrar en barrena, que el que tiene algún contacto próximo y, si está institucionalizado, recluido en un centro residencial, el sentir la soledad en carne propia dependerá de muchos factores pues, estar rodeado de una muchedumbre de personas contemporáneas no quiere decir que uno se sienta acompañado.

Para intentar paliar las desventajas a las que ha llevado la vejez en esta sociedad contemporánea y pensando que el éxito social de la longevidad necesita un replanteamiento realista y posibilista, han comenzado a surgir iniciativas habitacionales que, con más o menos perfil intergeneracional, se están orientando a cubrir de forma digna las expectativas de los mayores para paliar esa soledad no deseada e involuntaria. Paralelamente se están diseñando redes de barrio, de modo que, desde la farmacia a la panadería se lleguen a establecer iniciativas de seguimiento amable de las personas mayores que deciden vivir solas para evitar que queden aisladas e ignoradas socialmente, como por desgracia ha ocurrido en algunas ocasiones llegando a fallecer en su hogar sin que nadie se entere. El nuevo apostolado de barrio contra la soledad pasa por los bancos de tiempo solidario donde voluntarios intergeneracionales dedican los excedentes de sus compromisos horarios para establecer relaciones y vínculos interpersonales más allá del nivel etario de sus colegas.

Por ahora estamos en la primera fase del aprendizaje en envejecimiento, una asignatura a cursar desde la más tierna infancia y donde queda todo por hacer para un escenario futuro que se presume por suerte muy longevo.



## 4. LA INCONGRUENCIA DEL EDADISMO

El edadismo es una incongruencia que no se sostiene desde una óptica racional. Todos transitamos a lo largo de la vida por diferentes momentos etarios desde la niñez a la ancianidad. El envejecimiento no es algo exclusivo que tenga que ver con una opción personal u otro elemento que pueda ser cambiado a partir de nuestra actitud, empeño o tesón, como sucede en otros ámbitos tales como la formación o la vida laboral. Envejecer es algo universal a lo que estamos sometidos todos los seres vivos, que llega de forma involuntaria y obligada por el mero hecho de la cronología, es decir, por cumplir años. Por ello no logro entender, aunque se haga de forma inconsciente, que algunas personas puedan adoptar una actitud que comporte estigmas negativos relacionados con la edad o practicar deliberadamente la estrategia del avestruz metiendo la cabeza bajo el ala para no ver lo que se les viene encima. Quizá piensen que ser mayor es un rollo que no les compete y por lo tanto le trae al paio.

Con poco que se profundice en la fugacidad del tránsito vital vemos que tiene poco sentido posicionarse como edadista pues, tarde temprano todos los sujetos, sólo con la exclusión de los que se vayan quedando por el camino, pasaremos por diferentes ciclos etarios y que cada momento de la existencia lleva asociadas sus propias claves edadistas porque el edadismo no afecta únicamente a la vejez, aunque en esta etapa sea más visual y patente, sino que es transversal y funciona en todos los sentidos y direcciones. Formar parte de otros rangos etarios no es excluyente para ser objeto de estigmas de carácter etario pues, que no consigas una cualificación y estabilidad laboral pertinente por cuestiones asociadas a tu edad, es a todas luces un prejuicio y a la vez un perjuicio edadista. Si bien en otros "ismos" como el racismo o el sexismo el sujeto víctima de esa discriminación se sitúa en ámbitos concretos del entramado social, el edadismo afecta a todos los seres humanos por igual más allá de su raza o género, por lo que es a todas luces parece irracional que alguien que tiene como futuro nacer, crecer y morir pueda ser edadista, pues en el tránsito lleva su propia penitencia. ¿Cómo se puede vilipendiar al otro simplemente por razón de su edad cuando sabes a ciencia cierta que irremediabilmente transitas hacia el mismo lugar a velocidades que quizá no aprecies, pero que cuando te percates quedarás sorprendido de lo efímero que es todo?

Una mosca que rebasa tu asiento dentro de un avión ¿a qué velocidad va, a la de la nave sumada a la suya propia dentro del aparato? Esa misma mosca que entró despistada en Lavacolla acaba de desembarcar ahora en el JFK sin ser consciente del espacio que separa esas dos localizaciones, ni de la velocidad real a la que circuló. Ya ves como todo es relativo. En muchas ocasiones, sobre todo en la niñez y juventud, nos sentimos inmortales con la impresión de que el tiempo aparentemente está detenido o transcurre demasiado lento. Esta sensación se va volatilizando a medida que cumplimos años y echamos la mirada atrás comprobando que aquellos versos de Jorge Manrique a la muerte de su padre que leímos y estudiamos en el colegio sin darles gran importancia, porque el escenario se divisaba en el infinito hoy, con el paso del tiempo cronológico, tienen si cabe algún sentido: "Recuerde el alma dormida, avive el seso y despierte contemplando cómo se pasa la vida, cómo se viene la muerte tan callando...".



## 5. CONCLUSIÓN

Estamos en el inicio cronológico para la aplicación de la iniciativa de la OMS denominada “Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)”. Un momento excepcional que, como señala la propia organización “ofrece la oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que vive”<sup>1</sup>. Esta propuesta es estratégica ya que todo lo que se desarrolle en estos diez años en relación a la longevidad puede ser definitivo de cara a la planificación de los nuevos escenarios para la vejez, por ello es ideal que las propuestas tengan carácter multidisciplinar y con capacidad de implicar a todo el espectro social, como prescriptores y beneficiarios en calidad de agentes activos de ese cambio, tanto para el momento presente como el futuro.

Contribuciones, como el primer “Informe mundial sobre el edadismo de la ONU”<sup>2</sup>, publicado en la primavera del 2021, son un ejemplo de cómo se ha comenzado a desarrollar todo un corpus teórico y de aplicación en torno a diferentes perspectivas sobre el universo que engloba el envejecimiento. Seguro que esta, como otras muchas contribuciones en la misma línea, marcarán un antes y un después en la puesta en valor de la longevidad con el fin de sacar de la circulación los estigmas y estereotipos asociados a la edad.

Así que sólo nos queda que, entre todos, militantes y unidos por la causa, podamos tomar las riendas para “que no nos roben el futuro a los mayores”, tanto a los viejos contemporáneos de hoy, como a los que se vayan incorporando.

---

1 <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

2 <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>



# ¿Cuánto de Ética en los últimos tiempos hay en atención geriátrica en España?

José Ramón Amor Pan

*Coordinador del Observatorio de Bioética y Ciencia de la Fundación Pablo VI (Madrid, España).*

Palabras clave: Bioética, pandemia, virtud, ley, comunidad

## RESUMEN

El objetivo del trabajo consiste en detectar las principales debilidades éticas que se dieron en el gobierno de la pandemia en nuestras residencias de ancianos. El autor intenta también proponer algunos ejes o vectores que guíen nuestros esfuerzos por remediar dichas debilidades y de este modo mejorar la asistencia que ofrecemos a las personas atendidas en nuestros geriátricos.

## 1. INTRODUCCIÓN

La respuesta a la pregunta que da título a esta intervención es, sencillamente, “depende” ... Depende de a dónde miremos, depende de quién mire, depende desde dónde mire, depende de con qué actitud mire, depende de la finalidad con la que mire, depende de los modelos o paradigmas con los que mire, depende de la calidad de los datos que utilice para hacer su juicio... Depende.

Pudiera parecer que estoy haciendo un canto al subjetivismo, al relativismo moral y al constructivismo social. Nada más alejado de mis intenciones. Me declaro un ferviente realista moral: existen valores morales objetivos, que podemos -y debemos- conocer. Ahora bien, esto no supone que necesariamente todo el mundo los vea, los conozca y -sobre todo- los practique en todo momento y de la misma manera.

Pero la realidad la observamos e intentamos gobernarla según un determinado esquema mental, que la mayoría de las veces funciona como un implícito. Por esa razón, no me cansaré de insistir en que la idea de cosmovisión, modelo, paradigma o marco me parece fundamental para entender los acontecimientos y tratar de gobernarlos: toda acción y toda reflexión acontecen dentro de una determinada manera de ver las cosas, en un contexto con un nivel micro y un nivel macro, local y global, dentro de un espacio y de un tiempo. Comprender esto resulta esencial. Porque no todo modelo es sólido ni coherente con la realidad, ni tiene las mismas consecuencias.

El problema, por tanto, es cómo miramos la realidad y cómo nos miramos a nosotros mismos, a lo que hay que añadir la pregunta por el futuro que queremos construir. Nuestras acciones más rutinarias incluyen ideas morales. Por eso hay que evaluar, discernir... para reconocer nuestros errores y así poder corregirlos, para alejarnos de todo aquello que deshumaniza, para construir sociedades más libres, iguales y fraternas. Lo cual es particularmente necesario cuando a nuestro cargo están personas en situación de mayor fragilidad y vulnerabilidad, como son las que viven en una residencia geriátrica. En nuestros días falta autocrítica y sobra autocomplacencia, en todos los niveles de la cadena de mando.



## 2. LA HORA DE LA BIOÉTICA

La historia de dolor que hemos vivido con la pandemia del COVID-19 no se sana fácilmente. Uno de los grandes errores que hemos cometido con empeñamiento es el de querer pasar página lo más rápido posible... Lo cierto es que las cosas pudieron hacerse de otra manera, pueden hacerse de otra manera, deben hacerse de otra manera. La complejidad y la incertidumbre no son una disculpa sino una exigencia ética de primer orden.

Como señalé en mi libro *Bioética en tiempos del COVID-19*, el coronavirus no fracturó ningún sistema, ni el sanitario ni el social: sólo puso en evidencia unos sistemas ya fracturados, necesitados y olvidados, a pesar de las grandes declaraciones, a pesar de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia del año 2006. Esto exige revisar en profundidad el actual sistema de cuidados de nuestro país, contemplando sus fortalezas, claro que las tiene, pero sin obviar o restar importancia a sus carencias, ahora más que nunca visibles, y así poder afrontar con valentía y decisión los principales retos pendientes. Por eso es tan importante poner en valor el cuidado como elemento vertebrador de la sociedad.

Pero no seamos ilusos, el utilitarismo como paradigma ético está muy extendido, es vigoroso y rema claramente en contra de esa afirmación. En muchos sitios, Países Bajos y Bélgica, sobre todo, hay expertos en Bioética que asocian el derecho de algunos a morir, por ejemplo, con la obligación de todos de terminar a tiempo con la propia vida a fin de dejar de ser un peso para la familia y para la sociedad... El vicegobernador de Texas, Dan Patrick, sugirió incluso que los ancianos de América tendrían que estar dispuestos a arriesgar su salud para hacer resurgir la economía en medio del brote de coronavirus. "Si alguien me propusiera que si como persona mayor estaría dispuesto a no sobrevivir a cambio de mantener la América que queremos para nuestros hijos y nietos, si este fuera el intercambio, estaría totalmente dispuesto". El republicano, de 70 años, se mostró convencido de que "habría muchas personas mayores que se decantarían por esta opción" (<https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52043274>).

Otro elemento a tener en cuenta fue la carta que en agosto de 2020 publicaron prestigiosos epidemiólogos y expertos en salud pública españoles, en *The Lancet*. En ella pedían un examen serio e independiente de lo que había pasado durante la pandemia en nuestro país. De inmediato varias sociedades médicas y científicas mostraron su apoyo a esta iniciativa, e incluso sólo cinco días después también se adhería a ella el Comité de Bioética de España al considerar "que dicha evaluación no sólo es científicamente necesaria, como señala el citado artículo, sino que, además, es éticamente exigible, en garantía fundamentalmente de los principios éticos de no maleficencia y justicia".

No se trata de una búsqueda partidista de reproches políticos, como aseguran los firmantes de la carta, sino de un análisis necesario para entender lo ocurrido y evitar que vuelva a suceder: "Ahora se necesita una evaluación integral de los sistemas de salud y asistencia social para preparar al país para nuevas oleadas de covid-19 o futuras pandemias, identificando debilidades y fortalezas, y lecciones aprendidas".

Como considero que la Bioética es un instrumento valioso en esa dirección, un faro potente para orientarnos en estos tiempos oscuros que nos ha tocado vivir, afirmo que ésta es la hora de la Bioética. Pero cuidado con los sucedáneos que algunos nos pretenden vender... De lo que yo hablo es de una Bioética global, afectiva y efectiva, perfectamente alineada con las intuiciones de quienes la alumbraron hace algo más de 50 años. Es, por consiguiente, una Bioética para todo el ser humano y para todos los seres humanos, en la que razones y sentimientos van de la mano; que no se detiene en polémicas ni disquisiciones vanas y estériles, lo cual no es



sinónimo de pragmatismo y mucho menos implica rehuir las tareas de fundamentación, siempre necesarias.

¿Para qué sirve la Bioética? A tenor de la poca relevancia institucional que tiene y de la poca proyección que tienen los diversos comités de Bioética, anida en mi corazón el desánimo y la tentación a responder a esa pregunta: para nada. Pero luego observo cómo la Bioética ha ido cambiando, poco a poco, algunas malas prácticas y cómo ha ido propiciando algunas otras que van en la buena dirección, y así consigo vencer la tentación de arrojar la toalla.

Creo que la Bioética sirve para forjarse un buen carácter, que aumenta la probabilidad de ser felices y justos, al ayudar a estimar los mejores valores y optar por ellos. Creo que la Bioética sirve para abaratar costes en dinero y sufrimiento en todo aquello que depende de nosotros, e invertirlo en lo que vale la pena, sabiendo priorizar. Creo que la Bioética sirve para recordar que los seres humanos necesitamos ser cuidados para sobrevivir y que estamos hechos para cuidar de los cercanos, pero también para recordar que tenemos la capacidad de llegar hasta los lejanos, creando vecindarios nuevos: para esto hace falta no sólo poder sino también querer hacerlo. Creo que la Bioética sirve para recordar que es más prudente cooperar que buscar el máximo beneficio individual, buscar aliados más que enemigos. Creo que la Bioética sirve para aprender a apostar por una vida feliz, por una vida buena, que integra como un sobrentendido las exigencias de la justicia y abre el camino a la esperanza.

Esta Bioética global, afectiva y efectiva nos ayudará a transitar del egoísmo estúpido a la cooperación inteligente; nos ayudará a conjurar la maldición del cortoplacismo; y, finalmente, fortalecerá en todos nosotros el coraje del bien. A este propósito, me van a permitir que les recomiende la antología de textos de la gallega Concepción Arenal que acaba de publicar la profesora Anna Caballé con el sugerente título *La pasión por el bien*. Ser amable y compasivo es mucho más que una buena idea: es algo que debemos hacer si queremos engrasar la convivencia social, si queremos construir sociedades verdaderamente humanas, en las que todos estemos a gusto.

Lo primero es creernos nosotros mismos estas ideas y comprometernos con ellas. Por ello, y aunque pueda sonar extraño, mi libro *Bioética en tiempos del COVID-19* ha sido pensado - con tanta modestia como ambición- como un itinerario interior, como un instrumento que ayude al crecimiento personal y comunitario en estos tiempos de oscuridad que nos ha tocado vivir. La Bioética no es un ejercicio academicista, es una militancia que tiene como eje central el bien común.

### **3. EL CARÁCTER MÁGICO DE LAS LEYES, GUÍAS Y PROTOCOLOS**

Resulta sorprendente el carácter performativo que hoy en día muchos otorgan a leyes, protocolos y guías de actuación, que raya incluso en la magia o el nominalismo, como si las palabras por sí solas tuviesen el poder de cambiar la realidad.

Las palabras y las declaraciones son importantes, qué duda cabe. Pero, como sabemos, la realidad es tozuda y por eso hay que subrayar, una vez más, que “para que una sociedad sea justa no bastan las leyes jurídicas (...) Las leyes pueden eludirse, manipularse y tergiversarse; sobre todo por parte de los poderosos. Por eso creo que la única garantía de que los derechos se respeten consiste en que las personas estén convencidas de que vale la pena hacerlo (...) Una convicción moral vale más que mil leyes. Por tanto, sin atender a la dimensión moral de las personas, es imposible que una sociedad sea justa” (CORTINA, A., 1996, p. 37).



No estoy diciendo que leyes, guías y protocolos no sean necesarios. Simplemente digo que no son suficientes, porque decir algo no es lo mismo que creérselo, y mucho menos es lo mismo que hacerlo. El cinismo y la hipocresía son dos pecados que acompañan al ser humano desde el principio de la Historia. A ellos hay que añadir las incoherencias propias de la lábil condición humana.

Por eso insisto en la necesidad de la evaluación y la autocrítica, con sinceridad, rigor, transparencia y honestidad. Por eso hace falta recuperar nociones tan básicas como la humildad, la prudencia y la integridad moral. En todo este proceso puede ayudar mucho un buen comité de ética asistencial.

Conviene recordar que la asistencia sanitaria a las personas mayores y la protección de quienes las cuidan en un geriátrico no son una opción: son una obligación médica, ética, social y normativa... Lo ocurrido sobre todo durante las dos primeras olas de la pandemia (se denegó la derivación hospitalaria a cientos de residentes enfermos, entre otras cosas), a pesar de los pronunciamientos en contra de dicha práctica fue un problema ético mayúsculo que a día de hoy todavía no se ha dilucidado.

Insisto: evitar que se repita lo sucedido en las residencias es una obligación médica, ética, social y legal de primer orden. La falta de entendimiento entre Administraciones de distinto signo pesó negativamente en la respuesta. "Desenmascarar la gerontofobia", tituló Adela Cortina un espléndido artículo suyo publicado el 22 de julio de 2020 en El País. El título del informe que publicó Médicos Sin Fronteras no podía ser más demoledor: Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España. "Esto ha sido un gerontocidio", afirmó el presidente de la Sociedad Gallega de Gerontología y Geriatría, el Dr. Miguel Ángel Vázquez, en una entrevista publicada por La Voz de Galicia el 6 de abril de 2021.

Una de las cuestiones en la que quiero incidir es en la preparación técnica de los gestores y trabajadores de nuestras residencias: hay mucho margen de mejora. Lo que nos hemos encontrado ha sido un personal sobrepasado, desorientado, desinformado y desprotegido. Es obligación de los titulares de los centros cuidar este aspecto, necesariamente unido al de una retribución salarial mucho más generosa; es deber de los poderes públicos fijar los parámetros adecuados para conseguir ese objetivo, junto con una adecuada labor de inspección y supervisión.

Faltó liderazgo, coordinación y transparencia orientada a acciones eficaces. Faltaron recursos humanos y materiales. Faltó formación y entrenamiento. Pero lo más terrible es que todo eso sigue faltando a día de hoy: buena parte de las dificultades durante la pandemia se debieron a deficiencias estructurales en el modelo de residencias que no han sido subsanadas dos años después.

Haríamos bien en no escamotear esta responsabilidad: la responsabilidad del cuidado de nuestros mayores corresponde a las Administraciones Públicas y al conjunto de la sociedad. No vale rasgarse las vestiduras: desde hace más de 25 años se conocían al dedillo cuáles iban a ser las necesidades de cuidados de nuestros mayores, y no se habían hecho los deberes. La mal llamada "ley de la dependencia" (porque su título exacto es ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia) nunca fue más que un bonito sueño porque jamás tuvo la dotación económica necesaria.

Esto convirtió el cuidado de las personas ancianas en un nicho de negocio, en el que entraron constructoras, fondos de inversión y personas físicas. Según los últimos datos del CISC disponibles, en España hay 5.417 centros residenciales de mayores, con un total de 372.985 plazas. El 72,8% son de titularidad privada (271.579, cifra en la que se incluyen las 49.832 privadas sin ánimo de lucro); el resto son plazas de titularidad pública (un

27,2%, es decir, 101.406 plazas). En términos de gestión de las plazas, el 84,8% de todas las plazas residenciales están gestionadas por empresas privadas (algunas residencias de titularidad pública están gestionadas por empresas privadas).

Quien monta una empresa lo hace para ganar dinero. Existe una preocupación generalizada por la disminución de los estándares de calidad como resultado de los esfuerzos para contener los costes y generar los márgenes de beneficio esperados.

En noviembre de 2021 el director general de Atención Integral y Sociosanitaria de la Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia explicó en un foro público que la Consellería - tras meses de trabajo con asesores y técnicos- ya tenía un plan nuevo para las residencias de ancianos de nuestra Comunidad. El proyecto pivota sobre cuatro grandes pilares: avanzar en la coordinación sociosanitaria; implementar innovación y tecnología en nuevos modelos de cuidados; cuidar aspectos más estructurales de circuitos y de unidades convivenciales dentro de las residencias; y, la formación continuada y los planes de calidad y humanización en la vida en las residencias. Para esto no hacían falta “meses de trabajo con asesores y técnicos”, se lo contaba yo en una tarde tomándonos un café, y hasta pagaba yo el café. Porque todo eso hace años que está bien estudiado y escrito. Lo que ha faltado hasta ahora ha sido financiación, no teoría. Y por eso los ciudadanos han tenido que recurrir bien a las organizaciones caritativas bien a la oferta privada, pagándosela de su bolsillo, con la connivencia de las autoridades competentes (en Galicia y en las otras 16 comunidades autónomas), tejiendo una urdimbre asistencial muy en clave neoliberal.

Lo que España necesita para atender con dignidad a sus ancianos es una financiación pública suficiente para, entre otras cosas, mejorar la tabla salarial del sector, porque con los actuales sueldos las residencias difícilmente van a encontrar el personal cualificado y motivado que tanto necesitan. Pero hay algo previo, sin lo cual todo lo demás serán meros parches. Debemos avanzar hacia una sociedad cuidadora. El Estado no es ni debe ser el único proveedor de cuidados; debe ser, eso sí, el promotor de un debate público en profundidad sobre la asignación de responsabilidades, de las cuales algunas deberán ser asumidas por sus instituciones, pero no todas.

#### **4. EL CUIDADO TIENE UN VALOR POLÍTICO**

Cuando se empezó a hablar de la Ética del cuidado allá por los años 1980 se la entendía como una Ética feminista, como un debate entre justicia y cuidado: recuérdese, a modo de ejemplo, el libro *In a different voice* de Carol Gilligan. Es más, la tríada patriarcado, género y cuidado serían el sostén del paradigma feminista.

Claramente yo me alejo de esa visión de las cosas. Nunca me gustó entender la historia en clave de dominación de unos sobre otros. Como afirmé, entre otros lugares, en mi libro *Bioética y dependencia*, el ser humano es una realidad frágil y vulnerable que, precisamente por ello, necesita ser cuidado para desarrollarse y mantenerse (pues no es autosuficiente). El cuidado es un derecho (y un deber) fundamental porque es la *conditio sine qua non* de la vida humana. Así de sencillo. Los cuatro principios básicos de la Bioética no hacen más que explicitar y dar cobertura a esa idea.

Las costuras del liberalismo han saltado con el COVID-19. No me refiero, ni mucho menos, al debate que se dio sobre libertad y seguridad y que motivó en algunos una dramática desobediencia civil respecto a las medidas contra el coronavirus, vacunas incluidas. Lo que yo trato de poner sobre la mesa de análisis es que la libertad



y la autonomía de la persona carecen de viabilidad si no es en un marco de relación. Algo que, por otra parte, ya intenta evidenciar la Bioética desde su aparición en la escena pública, al incluir la justicia como uno de sus principios básicos.

Se trata ahora de rehacer un traje a la medida no del individuo aislado, sino de la persona en relación. Y en esta tarea resulta indispensable la fraternidad, que ensancha el horizonte de la libertad, de la igualdad y de la justicia. Como afirmó hace ya algún tiempo Ángel Puyol, “sin fraternidad, la libertad individual conduce a la indiferencia por la suerte de los demás y la igualdad se mantiene ciega al deber de priorizar las necesidades de los más desafortunados. El derecho a la fraternidad supone un doble deber de justicia para las instituciones sociales: el de impedir que los poderosos abusen de los vulnerables y el de cubrir las necesidades básicas de los seres humanos” (PUYOL, 2017, p. 14).

A raíz de la pandemia esta lectura de la realidad se ha reavivado, aunque no con la fuerza necesaria. Son varios los autores que han publicado interesantes monografías al respecto: podemos mencionar, a modo de ejemplo, a Victoria Camps, Adela Cortina y Fareed Zakaria.

De la primera de ellas quiero compartir con ustedes las siguientes palabras: “Debemos avanzar hacia una sociedad cuidadora. Una sociedad donde los más desvalidos no se sientan abandonados, una sociedad menos arrogante, en la que sus miembros, sin excepciones ni dispensas de ningún tipo, estén dispuestos a hacerse cargo de la contingencia humana en todas sus manifestaciones” (CAMPS, 2021, p. 52).

Lo cual nos lleva a hablar de ciudades compasivas, ciudades cuidadoras... Corría el año 2005 cuando la Organización Mundial de la Salud comenzó a hablar de ciudades globales amigables con los mayores. Fue en el XVIII Congreso Mundial sobre Gerontología celebrado en Río de Janeiro (Brasil). Un par de años después la OMS publicó una guía al respecto. En nuestro país hay dos iniciativas en esa línea que merecen ser destacadas. Me refiero al proyecto “Ciudades compasivas” de la Fundación New Health, creada en el año 2013 por el Dr. Emilio Herrera Molina, médico paliativista; y al proyecto “Ciudades que Cuidan” puesto en marcha en 2019 por la Fundación Mémora.

De lo que se trata es de hacer realidad no sólo un modelo de atención integrada (sanitaria, social y comunitaria) para las personas ancianas, las personas con discapacidad, las personas con una enfermedad mental o las personas en última etapa de vida a causa de una enfermedad terminal, mejorando de esta manera la eficacia y eficiencia de las organizaciones que prestan servicio a estos colectivos y, como resultado final, garantizando el bienestar de estas personas. La cosa va mucho más allá: se trata de crear para nuestras sociedades un estilo de vida y de convivencia basado en la fraternidad, el ingrediente olvidado de la tríada revolucionaria. Esto no lo vamos a conseguir sin recuperar la Ética de la Virtud y sin revivir el sentido comunitario de la vida humana, aunque mucho me temo que esto no figura en las agendas públicas.

## 5. EXCELENCIA PROFESIONAL

La calidad asistencial es un asunto de personas y de estructuras, no depende únicamente de la voluntad y de las actitudes de los profesionales sociosanitarios. En los momentos más duros de la pandemia estos profesionales han tenido comportamientos muchas veces heroicos... que la sociedad no ha sabido recompensar (y no me refiero sólo al dinero).

Las limitaciones con las que cuentan nuestros profesionales para el desempeño de su trabajo, limitaciones

que pueden venir a matizar o disminuir la responsabilidad individual, son un factor de primer orden en todo proceso evaluativo. Me refiero a factores organizativos y estructurales, a la imposibilidad de discutir e influir las políticas de la organización, a la saturación de los centros, al bajo reconocimiento social de la profesión, al clima de trabajo, a la imposibilidad de dedicar a cada usuario el tiempo que necesita, etc. Estas exigencias se centran, por consiguiente, en el contexto concreto (el centro, la unidad) y amplio (el sistema, la profesión, la sociedad). Al profesional también hay que cuidarlo, mimarlo, darle la adecuada retribución y reconocimiento social: los necesitamos, nos necesitan.

Parece que los políticos no conocen ni la teoría de sistemas ni la teoría de la complejidad. También les debe de sonar a chino el apotegma evangélico “nadie pone remiendo de paño nuevo en vestido viejo; porque tal remiendo tira del vestido, y se hace peor la rotura”. Y mientras no interioricen ese acervo de conocimiento y lo pongan en práctica, todas las medidas que implementen para solucionar los graves problemas de nuestros sistemas sanitario y de protección social no sólo no valdrán para nada, sino que empeorarán las cosas. Y esto último no es una especulación, es una triste realidad.

Por eso hay tanto burnout, tanto desgaste profesional. Al finalizar la primera y la segunda ola hubo muchas promesas... a día de hoy, prácticamente ninguna realización. Y lo que es peor: esto no está en el debate, a nadie parece preocupar... Por ello, me atrevo a sugerir que sois vosotros, los que estáis trabajando en el sector, quienes debéis propiciar y liderar este debate, buscando sinergias y complicidades con otros colectivos.

La perfección moral sólo se consigue cuando la coherencia entre ideas y actos ha llegado a ser tan profunda y prolongada que los modos de obrar se han convertido en una especie de segunda naturaleza, en hábitos virtuosos que se ponen en práctica sin gran esfuerzo y hasta con placer. Como ya Aristóteles señaló, esto necesita formación y entrenamiento constante.

Una formación que hace uso de la mayéutica socrática como camino privilegiado para aumentar la competencia relacional, emocional y ética, como método que acompaña a sacar de dentro de sí lo que en realidad está, pero es desconocido, liberándonos del falso conocimiento, acompañándonos a desaprender estilos relacionales adquiridos del entorno, pero muchas veces poco centrados en las verdaderas necesidades de la persona a la que brindamos atención.

“Médico, cúrate a ti mismo” es una sentencia que procede, probablemente, por evolución de otra anterior, que decía “conócete a ti mismo”. Aquí la palabra médico ha de entenderse en un sentido amplio, como aquel que está cuidando de... Pues bien, para cuidarse o curarse a sí mismo resulta indispensable conocerse a sí mismo. No se trata de un simple consejo moral, por más que esto parezca obvio; el texto quiere decir algo mucho más profundo: nadie que no se conozca a sí mismo hasta el punto de no dejarse seducir por sus propios fantasmas interiores puede considerarse sano.

## 6. EPÍLOGO

No maleficencia y beneficencia han sido el santo y seña de la Ética médica desde sus orígenes hipocráticos. El principio de autonomía fue la gran novedad del Informe Belmont (1978) y puede decirse que marcó el desarrollo de la Bioética desde su nacimiento hasta el momento presente. Sin embargo, los principales problemas de la Bioética hoy día estriban en las injusticias estructurales y en las desigualdades sociales en salud y asistencia socio-sanitaria, algo que la pandemia ha puesto de manifiesto con absoluta crudeza.



No podemos pensar la Bioética sin partir del drama de la injusticia. Sin embargo, debemos reconocer que la injusticia como tal ha tenido muy poca atención en la reflexión bioética, incluso en estos tiempos de pandemia. Nadie ha pedido perdón por lo sucedido en los geriátricos españoles.

En los próximos años vamos a vivir situaciones muy duras, tremendamente duras: por la crisis económica derivada de la pandemia y de la guerra en Ucrania, pero no menos por el cambio climático y la digitalización del trabajo. También hay que tener en cuenta el progresivo envejecimiento de la población española, con edades cada vez más altas. Se avecina, por consiguiente, un escenario de recesión muy fastidiado, que va a incidir aún más en la desigualdad que estamos padeciendo. Tenemos que concienciar a las élites y a las no élites para que abandonen la cultura del sálvese quien pueda, porque esa manera de enfocar los retos siempre termina saltando por los aires para todos, es cierto, pero particularmente para los más frágiles y vulnerables. Y aquí hay que tener las ideas claras, no valen las medias tintas ni las componendas: el mercado por sí solo no resuelve todo, aunque una y otra vez nos quieran hacer creer este dogma de fe neoliberal; se trata de un pensamiento pobre y repetitivo, que no sólo no resuelve nada, sino que habitualmente lo emponzoña todo.

Con más frecuencia de la deseada, la superficialidad de nuestra cultura y el ambiente de la posverdad utilizan la Ética como añagaza, como pura apariencia o incluso como cobertor de las vergüenzas más extremas de la gestión política o empresarial. Desde aquí aprovecho para denunciar, una vez más, el desinterés institucional demostrado por la Bioética en nuestra Comunidad Autónoma y en España en general.

Debemos tomar partido y aceptar la apuesta. No soy optimista... pero sí tengo esperanza. Los tiempos de oscuridad no sólo no son nuevos, sino que no son en absoluto una rareza en la Historia. La convicción que constituye el trasfondo sobre el que estas páginas se han escrito es que, con palabras de Hannah Arendt, "incluso en los tiempos más oscuros tenemos el derecho de esperar cierta iluminación, y que esta iluminación puede llegarnos menos de teorías y conceptos que de la luz incierta, titilante y a menudo débil que irradian algunos hombres y mujeres en sus vidas y sus obras" (ARENDR, H., 2017, p. 11). Nosotros tenemos que formar parte de esos hombres y mujeres de luz incierta, titilante y a menudo débil... y la SGXX tiene que ejercer como cabeza tractora, como locomotora.

El hombre es un ser para la esperanza, destacué en mi Introducción a la Bioética como una de las características definitorias de la antropología; un animal esperante, en feliz expresión de Laín Entralgo. La esperanza está enraizada en lo profundo del ser humano. Nos habla de una sed, de una aspiración, de un anhelo de plenitud, de vida lograda, de un querer tocar lo grande, de lo que llena el corazón y eleva el espíritu hacia cosas grandes como la verdad, la bondad, la belleza, la justicia y el amor. Nos habla de sentido. La esperanza es audaz, sabe mirar más allá de la comodidad personal, de las pequeñas seguridades y compensaciones que estrechan el horizonte, para abrirse a grandes ideales que hacen la vida más bella y digna. Alimentemos lo bueno y pongámonos al servicio del bien. Es urgente.

Estoy seguro de haber tratado un tema importante, que tiene que ver con el sufrimiento de muchas personas, en el pasado cercano, en el presente y, sin duda, en el futuro, dimensión ésta que resulta mucho más imperativa, si cabe, porque ese sufrimiento todavía puede evitarse. Estoy seguro, también, de que he entrevistado las causas y las posibles soluciones, en medio de este maremágnum, con el concurso de tantos y tan valiosos autores como han acompañado y alimentado mi reflexión personal. Mi preocupación ahora es si habré aprovechado la ocasión que tengo de dirigirme a ustedes, si habré sido lo suficientemente convincente para animarlos a la acción... Confío en que no se fijen en mis incompetencias y defectos, sino en la nobleza del objetivo.



## REFERENCIAS

- Amo Usanos, R. y Montalvo Jääskeläinen, F. (2020). *La humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19*. Universidad Pontificia Comillas.
- Amor Pan, J.R. (2005). *Introducción a la Bioética*. PPC.
- Amor Pan, J.R. (2010). *Bioética y dependencia*. Caixa Galicia.
- Amor Pan, J.R. (2022). *Bioética en tiempos del COVID-19*. Vozesnavoz.
- Arenal, C. (2022). *La pasión por el bien*. Siglo XXI.
- Arendt, H. (2017). *Hombres en tiempos de oscuridad*. Gedisa.
- AA.VV. (2020). *The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain*. Accesible en <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931713-X>
- AA.VV. (2020). *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*. Médicos Sin Fronteras.
- Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados*. Arpa.
- Cortina, A. (1996). *El quehacer ético*. Santillana.
- Cortina, A. (2021). *Ética cosmopolita. Una apuesta por la cordura en tiempos de pandemia*. Paidós.
- Puyol, A. (2017). *El derecho a la fraternidad*. Los libros de la catarata.
- Zakaria, F. (2021). *Diez lecciones para el mundo de la postpandemia*. Paidós.





# Fragilidad y prevención de Caídas en Atención Primaria

José Ramón Saiz Llamosas

*Unidad de Fisioterapia. Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste. (SACYL). Valladolid. España*

Palabras clave (Keywords): Anciano, Anciano frágil, accidentes por caídas, Ejercicio Terapéutico, Fisioterapia.

## RESUMEN

Existe un elevado porcentaje de personas mayores tanto en España como en Galicia. Un elevado porcentaje de estas personas tienen problemas de movilidad y sufren consecuencias de las caídas. Existen intervenciones basadas en ejercicio terapéutico (elasticidad, fuerza y equilibrio) que se han demostrado eficaces en mejorar el equilibrio, la movilidad, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), y en la prevención de las caídas y las fracturas en las personas mayores. Para detectar a las personas mayores con problemas de movilidad y riesgo de caídas, se realiza un cribado basado en una anamnesis y en pruebas de desempeño físico. En las personas cuyos resultados sean positivos, se realiza una intervención basada en educación sanitaria y en ejercicio terapéutico. Dichas intervenciones han sido incorporadas a la fisioterapia de Atención Primaria en el sistema público de Castilla y León.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según el INE, en 2021, el porcentaje de la población española de 65 o más años es el 19,64%. (9.310.828 personas). El porcentaje de personas mayores es todavía mayor en las comunidades de Galicia (25,76%. 694.140 personas) y Castilla y León (25,74%. 613.511 personas).

El 34,1% de las personas mayores refieren tener problemas en la dimensión movilidad en un estudio realizado utilizando la encuesta de calidad de vida relacionada con la salud Euroqol-5D (Saiz-Llamosas et al, 2014).

La frecuencia de las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad varía del 14,9% al 66,2% (García et al, 2014). En personas mayores jóvenes la frecuencia de caídas es del 16,7% (Saiz-Llamosas et al, 2014). En las personas mayores de 75 años la frecuencia de caídas es del 50% (Gómez et al, 2002).

Además, un elevado porcentaje de las caídas tiene consecuencias físicas y funcionales, psicosociales y/o necesitan atención sanitaria (Silva et al, 2007).

## 2. INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA MOVILIDAD, EL EQUILIBRIO Y PREVENIR LAS CAÍDAS EN LAS PERSONAS MAYORES

¿Podemos hacer algo para mejorar la movilidad y prevenir las caídas en las personas mayores? ¿Podemos “entrenar” a los ancianos “frágiles” para que se conviertan en ancianos resistentes/robustos?



Según la evidencia científica Los programas de ejercicio físico, como única intervención, de larga duración, de al menos 3 horas a la semana, que incluyen ejercicios de equilibrio, obtienen una reducción en la tasa de caídas del 21%. Deben agregarse ejercicios de fuerza, a los ejercicios de equilibrio. El ejercicio de prevención de caídas se puede realizar en un entorno grupal o en el hogar. Es necesario continuar realizando los ejercicios, de lo contrario, los beneficios del ejercicio se perderán. El entrenamiento para la marcha puede incluirse además del equilibrio, pero a las personas de alto riesgo de caídas no se les debe prescribir programas de caminata rápida. Se deben tener en cuenta además otros factores de riesgo de caídas (Sherrington et al, 2017).

Según una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, los ejercicios de fuerza y equilibrio pueden reducir las caídas y las fracturas relacionadas con las caídas (Kam et al, 2009).

Los programas basados en ejercicio mejoran la movilidad, la CVRS y previenen las caídas en las personas mayores.

## 2.1. VALORACIÓN FISIOTERÁPICA (CRIBADO)

Se le realiza una anamnesis. ¿Ha sufrido alguna caída durante los últimos 12 meses? ¿Tiene alteración del equilibrio? ¿Presenta déficit de la marcha?

Se le realizan pruebas de desempeño físico: Timed Up and Go Test (Podsiadlo y Richardson, 1991), velocidad de la marcha, equilibrio en tándem, semitandem, un pie al lado del otro y prueba de levantarse de la silla 5 veces (Guralnik et al, 1994). La velocidad de la marcha se considera la valoración casi perfecta de las personas mayores (FisioTEDrapia 2018).

Se evalúa la calidad de vida con la encuesta de CVRS EuroQol-5D (Herdman et al, 2001).

## 2.2. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

### 2.2.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Consiste en consejos para la propia persona mayor, a tener en cuenta en su domicilio y a la hora de salir a la calle (Consejos para la prevención de caídas; Valoración de los riesgos en el hogar).

### 2.2.2. EJERCICIO TERAPÉUTICO

Intervenciones individuales o en grupo de ejercicio terapéutico de aproximadamente una hora de duración. Durante al menos 2 o preferiblemente 3 días a la semana (Saiz Llamosas et al, 2014 ; Thomas et al, 2010).

## 2.3. REEVALUACIÓN

Se recomienda un seguimiento a estas personas mayores durante al menos los 3, 6 y 12 meses de haber comenzado la intervención.

## 3. PROPUESTA DE NUEVA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

En la línea del trabajo de Serrano-Guzman et al. (2016), que realizaron en su ensayo clínico con una intervención de ejercicios basada en el flamenco y las sevillanas, se propone realizar una investigación con una intervención

con música y ejercicios basados en la Muñeira, con el objetivo de mejorar la movilidad, el equilibrio y prevenir las caídas para las personas mayores de Galicia que tengan riesgo de caídas y/o presenten fragilidad.

## 4. CONCLUSIONES

Intervenciones de fisioterapia, basada, en ejercicio terapéutico (flexibilidad, fuerza y equilibrio), mejoran la movilidad, el equilibrio, la CVRS, previenen las caídas, las fracturas en las personas mayores.

Se recomienda proponer realizar este tipo de intervenciones a personas mayores con riesgo de caídas o que presentan fragilidad junto con educación para la salud (consejos para la persona mayor, para su hogar y a la hora de salir a la calle).

Es conveniente que todo el equipo multidisciplinar que atiende a las personas mayores conozca estas intervenciones, para incluirlas dentro del plan de cuidados para dichas personas.

## AGRADECIMIENTOS

Por la invitación para participar como ponente en el 32 Congreso Anual Internacional de Xerontología e Xeriatria da Sociedade Galega de Xerontología e Xeriatria (SGXX), a dicha Sociedad, a la Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI) y al Colegio profesional de fisioterapeutas de Galicia (COFIGA).

## REFERENCIAS

García, P., Vela, J., Carrasco, G., Portillo, G., Moyano, G., Castán, R. y Belarre, A. (2015). Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada. *Rev Rol Enferm*, 38(11), 760–765.

Gómez, M.I., Plata, M.T., Bustamante, M.A., Ramos, R., Del Pino, B. y De Pareja, G. (2002). *Prevalencia de caídas en ancianos del EAP Los Ángeles (Área 11. Madrid)*.

de Castilla Y León, C. P. D. E. F. [UCzIJTLGaDCuC017BftKNrBQ]. (2019, enero 28). *FisioTEDrapia 2018. José Ramón Saiz*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=6xEwRokDZeg>

de Castilla Y León, C. P. D. E. F. [UCzIJTLGaDCuC017BftKNrBQ]. (2020, abril 13). *Fisioterapia y prevención de caídas en personas mayores. Equilibrio y fuerza*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=me310kg4xWM>

de Kam, D., Smulders, E., Weerdesteyn, V. y Smits-Engelsman, B.C. (2009). Exercise interventions to reduce fall-related fractures and their risk factors in individuals with low bone density: a systematic review of randomized controlled trials. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 20(12), 2111–2125. <https://doi.org/10.1007/s00198-009-0938-6>

Guralnik, J.M., Simonsick, E.M., Ferrucci, L., Glynn, R.J., Berkman, L.F., Blazer, D.G., Scherr, P. A. y Wallace, R.B. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85–M94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.m85>

Herdman, M., Badia, X. y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad



de vida relacionada con la salud en atención primaria [EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care]. *Atencion Primaria*, 28(6), 425–430. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)70406-4)

<https://www.ine.es/>

Podsiadlo, D. y Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>

*Prevención de caídas: Valoración de los riesgos del hogar.* (s/f). Saludcastillayleon.es. Recuperado el 13 de junio de 2022, de <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/prevencion-caidas.ficheros/1150315-Prevenci%C3%B3n%20de%20caidas.pdf>

Saiz-Llamosas, J.R., Casado-Vicente, V., Santamarta-Solla, N. y González-Rebollar, T. (2014). Prevalencia de caídas, consumo de fármacos, presencia de enfermedades y calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad. *Fisioterapia (Madrid. Ed. impresa)*, 36(4), 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.07.003>

Saiz-Llamosas, J.R., Casado-Vicente, V. y Martos-Álvarez, H.C. (2014). Impacto de un programa de fisioterapia en atención primaria en las personas mayores, con antecedentes de caídas. *Fisioterapia (Madrid. Ed. impresa)*, 36(3), 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.04.006>

Serrano-Guzmán, M., Aguilar-Ferrándiz, M.E., Valenza, C.M., Ocaña-Peinado, F.M., Valenza-Demet, G. y Villaverde-Gutiérrez, C. (2016). Effectiveness of a flamenco and sevillanas program to enhance mobility, balance, physical activity, blood pressure, body mass, and quality of life in postmenopausal women living in the community in Spain: a randomized clinical trial. *Menopause (New York, N.Y.)*, 23(9), 965–973. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000652>

Sherrington, C., Michaleff, Z.A., Fairhall, N., Paul, S.S., Tiedemann, A., Whitney, J., Cumming, R.G., Herbert, R.D., Close, J. y Lord, S.R. (2017). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 51(24), 1750–1758. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096547>

Silva, D., Gómez-Conesa, Z.A. y Sobral, A. (2007). Epidemiología de las caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Pública*, 82, 43–56.

Thomas, S., Mackintosh, S. y Halbert, J. (2010). Does the ‘Otago exercise programme’ reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 39(6), 681–687. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq102>

*YouTube.* (s/f). Youtube. Recuperado el 13 de junio de 2022, de [https://www.youtube.com/embed/x\\_KQao0PgtA?rel=0&wmode=transparent&proxia](https://www.youtube.com/embed/x_KQao0PgtA?rel=0&wmode=transparent&proxia)

*YouTube.* (s/f-b). Youtube. Recuperado el 13 de junio de 2022, de <https://www.youtube.com/embed/Tw7mQu2b0D0?rel=0&wmode=transparent&proxia>

# Farmacovigilancia de las vacunas frente a la Covid19 en mayores de 65 años en farmacias comunitarias

Laura León-Rodríguez, Xavier Martínez-Casal, Rocío Mera-Gallego, Mónica González-Blanco, José Antonio Fornos-Pérez y N. Floro Andrés-Rodríguez.

*Grupo Berbés de Investigación y Docencia del COF de Pontevedra*

Palabras clave (Keywords): Covid-19, Vacunas, Mayores de 65 años, Reacciones adversas, Farmacovigilancia.

## RESUMEN

Desde que se inició la infección por Covid19, los mayores son los que con más intensidad están sufriendo sus consecuencias en términos de morbilidad y mortalidad, aliviadas en parte gracias a la administración de las vacunas a partir de diciembre de 2020.

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de un estudio de Farmacovigilancia de las vacunas frente a la Covid19 en personas de 65 años y más y compararlos con los menores de esa edad.

Se realizó un estudio observacional prospectivo en 10 farmacias de Pontevedra y 2 de Ourense, que registraron las reacciones adversas (RA) manifestadas por 781 vacunados, 284  $\geq$  65.

El número de mayores con RA (117/83) y el número de estas (227/176) fueron menores significativamente con la 2ª dosis de vacuna que con la 1ª. El dolor en el punto de inyección y el cansancio/fatiga fueron con ambas dosis las más prevalentes.

El número reacciones adversas fue sinificativamente menor en los vacunados  $\geq$ 65 años que en los menores de esa edad y también lo fue la necesidad de atención profesional y la dificultad para realizar la vida diaria.

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde diciembre de 2019, la infección pandémica denominada enfermedad por coronavirus de 2019 (coronavirus disease 2019) (Covid19) ha provocado desde sus inicios 503.919.195 casos confirmados y 6.196.571 fallecidos a fecha de 16 de abril de 2022 en todo el mundo (JHU, 2022). En España el número de casos confirmados hasta 12 de abril de 2022 es de 11.662.214 y el de fallecidos de 103.266 según (Mº Sanidad, 2022a).

Los mayores están sufriendo las consecuencias de la enfermedad con especial intensidad. Las tasas de ingresos hospitalarios y de necesidad de atención en unidades de críticos son muy superiores a las de la población más joven. La letalidad alcanza en los de 60 años o más el 4,7%, más del doble que en la población general (2,2%) (Mº Sanidad, 2022a).



A comienzos de 2020, después de tres oleadas epidémicas sucesivas en un año, sin que las medidas de contención hubieran resultado efectivas y la capacidad del sistema sanitario nacional se hubiera visto desbordada en cada una de ellas, la disponibilidad de las vacunas adecuadas se convirtió en la única esperanza para este sector de población.

Los enormes recursos económicos y científicos puestos en marcha por estados, investigadores y laboratorios farmacéuticos permitieron poner a punto para su administración a la población, en un tiempo récord, diversas vacunas que demostraron su eficacia y seguridad ante las Agencias evaluadoras (M<sup>o</sup> Sanidad, 2020b). Así, en los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021 el Comité de Medicamentos de uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos tras una evaluación favorable de su balance beneficio/riesgo recomendó la autorización provisional de la primera vacuna frente a la Covid19: Comirnaty® (CO), de BioNTech-Pfizer (M<sup>o</sup> Sanidad, 2020c). En las semanas siguientes consiguieron el mismo resultado tras su evaluación por el CHMP la vacuna Spykevax® (SP), del laboratorio Moderna y Vaxzevria® (VZ) de Oxford-Astra-Zeneca, y algo más tarde la de Janssen (JA) con lo que en unos meses se estaban administrando a la población española cuatro vacunas frente a la Covid19 (European Commission, 2021).

No obstante, dado el corto período de estudio previo a su puesta en el mercado hace necesario reforzar los sistemas de farmacovigilancia (FV) que permitan un estrecho seguimiento de su seguridad, tanto de acontecimientos adversos infrecuentes, no detectados en los ensayos previos, como los que puedan aparecer a medio o largo plazo que permitan completar su perfil de eficacia y seguridad (M<sup>o</sup> Sanidad, 2020a; Xunta de Galicia, 2020). El farmacéutico comunitario es un profesional sanitario perfectamente capacitado para la identificación de potenciales reacciones adversas (RA) y existen referencias de su efectividad en esta actividad tanto en medicamentos recientemente comercializados (Lorenzo Veiga et al., 2015) o de especial vigilancia (Alonso Lovera, 2016), como mediante la creación de las redes de farmacias centinela (Acta Sanitaria, 2018, 2019, 2020).

En consecuencia, el Grupo Berbés de Investigación y Docencia, en colaboración con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Pontevedra y Ourense puso en marcha un proyecto de farmacovigilancia en un grupo de farmacias comunitarias con el fin de registrar las posibles reacciones adversas experimentadas por las personas vacunadas. En este trabajo se presentan resultados parciales correspondientes a los participantes de 65 años o más y se comparan con los de los menores de esa edad.

## 2. MÉTODOS

### 2.1. DISEÑO

Estudio observacional prospectivo, realizado en 10 farmacias de Pontevedra y 2 de Ourense, tras la administración de las vacunas frente al SARS-CoV-2 a partir de febrero de 2021.

### 2.2. SUJETOS

Usuarios de la farmacia vacunados, de 65 años y mayores que firmaron el consentimiento informado.

### 2.3. VARIABLES PRINCIPALES

Número y porcentaje de vacunados de 65 años o más que presentaban al menos una RA en relación al número

total de incorporados al estudio; su número, tipo y frecuencia. Necesidad o no de atención por profesionales sanitarios. Repercusión en su vida diaria.

## 2.4. PROCEDIMIENTO

Se realizó un muestreo oportunista, ofreciendo la participación en el estudio a personas que acudían a la farmacia y respondían positivamente al preguntarles si habían sido vacunados. La cumplimentación de la encuesta se realizaba mediante entrevista en la zona de atención personalizada. Para la recogida de datos se utilizó un cuaderno de registro que era cumplimentado por el farmacéutico junto con el paciente. Se hizo un seguimiento decenal presencial o telefónico después de la primera y segunda dosis de vacuna recibidas y mensual a partir del segundo mes de la segunda dosis. A los pacientes vacunados que habían sufrido una reacción que se podía considerar leve tras su evaluación por el farmacéutico, se les recomendaban medidas no farmacológicas adecuadas y si se consideraba necesario se les indicaba un medicamento sin receta apropiado para paliar o resolver el problema de salud originado por la reacción. En caso de que la RA no se considerase leve y requiriese una evaluación por el médico se le derivaba al centro de Atención Primaria.

## 2.5. TAMAÑO MUESTRAL

Para una precisión del 5,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza al 95% bilateral, asumiendo que el porcentaje de sujetos con al menos una reacción adversa sería del 20,0%, resultó necesario incluir 246 participantes.

## 2.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa G-Stat®. Las variables cualitativas se expresan como proporciones y las cuantitativas como media (m), desviación estándar (DE). Se utilizó el test t de Student y Mann-Whitney para variables cuantitativas. Chi-cuadrado para variables cualitativas. Para datos pareados, el test de Wilcoxon. La significación estadística se estableció en  $p < 0,05$ .

## 2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio recibió informe favorable del Comité Ético de Investigación con Medicamentos de Galicia. El procedimiento garantizaba que la cumplimentación, recogida de los datos, características y opiniones de los participantes llegase al grupo investigador para su análisis de manera totalmente anónima (seudonimización).

## 3. RESULTADOS

Participaron en el estudio 10 farmacias de Pontevedra y 2 de Ourense que registraron 781 vacunados, de los que 284 (36,4%) tenían 65 años o más, con una edad media de 76,3 (DE=6,8) años. De estos, 173 (60,9%) mujeres. 34 (12,0%) vivían solos. 10 (3,5%) se habían contagiado de Covid-19 antes de vacunarse.

La 1ª dosis de vacuna recibida por los 284 participantes de  $\geq 65$  años fue: Vaxzevria® 20 (7,0%), Janssen® 2 (0,7%), Spikewax® 37 (13,0%), Comirnaty® 225 (79,2%). En la 2ª dosis se produjo un único cambio, de VZ a CO. 275 (35,2%) fueron vacunados con la 2ª dosis, por lo que hubo 9 pérdidas (2 por haber sido vacunados con Janssen, 3 por haberse contagiado de Covid-19 después de la 1ª dosis, 4 por no haberse podido contactar con ellos), 164 (59,6%) eran mujeres.



Con la 1ª dosis, 117 (41,2%), 74 mujeres (42,8%) y 43 (38,7%) hombres refirieron al menos una RA. Con la 2ª dosis fueron 83 (30,2%), 56 mujeres (32,4%) y 27 (24,3%) hombres, significativamente menos que con la 1ª dosis (117) ( $p < 0,05$ ).

El número de RA referidas por los vacunados  $\geq 65$  con la 1ª dosis fue de 227, con máximo de 8 en una persona, con la 2ª dosis fue de 176, con un máximo de 6 por persona. La totalidad de sospechas de RA referidas por los vacunados se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Sospechas de reacciones adversas referidas por los vacunados*

| 1ª dosis                     |            |                         | 2ª dosis                     |            |                         |
|------------------------------|------------|-------------------------|------------------------------|------------|-------------------------|
| Reacción adversa             | Total      | % sobre total vacunados | Reacción adversa             | Total      | % sobre total vacunados |
| Dolor en punto inyección     | 91         | 32,0%                   | Dolor en punto inyección     | 48         | 17,5%                   |
| Cansancio/fatiga             | 18         | 6,3%                    | Cansancio/fatiga             | 25         | 9,1%                    |
| Dolor muscular               | 16         | 5,6%                    | Enrojecimiento punto inyecc. | 17         | 6,2%                    |
| Escalofríos                  | 16         | 5,6%                    | Dolor muscular               | 16         | 5,8%                    |
| Hinchazón local              | 15         | 5,3%                    | Hinchazón local              | 15         | 5,5%                    |
| Dolor cabeza                 | 14         | 4,9%                    | Fiebre                       | 11         | 4,0%                    |
| Enrojecimiento punto inyecc. | 13         | 4,6%                    | Dolor cabeza                 | 9          | 3,3%                    |
| Dolor articular              | 7          | 2,5%                    | Escalofríos                  | 8          | 2,9%                    |
| Fiebre                       | 6          | 2,1%                    | Dolor articular              | 5          | 1,8%                    |
| Vómitos                      | 4          | 1,4%                    | Diarrea                      | 3          | 1,1%                    |
| Malestar general             | 4          | 1,4%                    | Malestar general             | 3          | 1,1%                    |
| Dolor de estomago            | 3          | 1,1%                    | Dolor de estomago            | 2          | 0,7%                    |
| Reacción alérgica            | 2          | 0,7%                    | Mareo                        | 2          | 0,7%                    |
| Resfriado                    | 2          | 0,7%                    | Enlentecimiento/Apatía       | 2          | 0,7%                    |
| Mareo                        | 2          | 0,7%                    | Resfriado                    | 1          | 0,4%                    |
| Estómago revuelto            | 2          | 0,7%                    | Vómitos                      | 1          | 0,4%                    |
| Somnolencia                  | 2          | 0,7%                    | Somnolencia                  | 1          | 0,4%                    |
| Tos                          | 1          | 0,4%                    | Herpes en el cuello          | 1          | 0,4%                    |
| Diarrea                      | 1          | 0,4%                    | Hinchazón en las piernas     | 1          | 0,4%                    |
| Dolor de garganta            | 1          | 0,4%                    | Taquicardia                  | 1          | 0,4%                    |
| Náuseas                      | 1          | 0,4%                    | Debilidad en las piernas     | 1          | 0,4%                    |
| Temblor                      | 1          | 0,4%                    | Picor en el brazo            | 1          | 0,4%                    |
| Abombamiento de cabeza       | 1          | 0,4%                    | Bajada de tensión arterial   | 1          | 0,4%                    |
| Pesadez de cuerpo            | 1          | 0,4%                    | Sordera y ruido en un oído   | 1          | 0,4%                    |
| Taquicardia                  | 1          | 0,4%                    |                              |            |                         |
| Pérdida de apetito           | 1          | 0,4%                    |                              |            |                         |
| Piernas pesadas              | 1          | 0,4%                    |                              |            |                         |
| <b>Total</b>                 | <b>227</b> | <b>100%</b>             | <b>Total</b>                 | <b>176</b> | <b>100%</b>             |

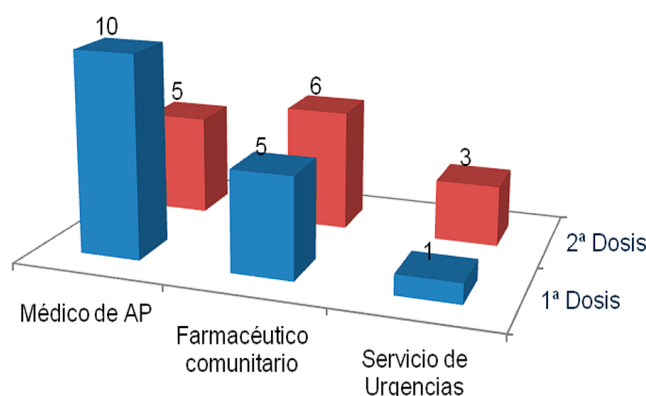
Los farmacéuticos comunicaron al Centro Autonómico de Farmacovigilancia las RA de 48 (41%) vacunados tras la 1ª dosis y de 47 (56,6%) tras la 2ª.



La actividad diaria habitual de las personas encuestadas se vio afectada de manera que no la pudieron realizar con normalidad en 20 (17,1%) casos con la 1ª dosis y en 8 (9,6%) casos con la 2ª. Diferencia significativa,  $p < 0,05$ .

De los vacunados que refirieron reactividad con la 1ª dosis, 15 (12,8%), 14 (20,3%) mujeres y 1 (2,3%) hombre necesitaron ayuda profesional y con la 2ª dosis fueron 14 (16,9%), 12 (21,4%) mujeres y 2 (7,4%) hombres. En la gráfica se muestra dónde acudieron a solicitarla (El paciente atendido en Urgencias con la 1ª dosis lo fue por derivación desde la farmacia).

Figura 1. Vacunados que necesitaron ayuda profesional y a quién acudieron.



Comparación de resultados 65 años o mayores frente a menores de 65 años

Relación significativa inversa entre "Número de RA" y edad: 1ª dosis, 378 (76,1%) en  $< 65$ , vs. 117 (41,2%) en  $\geq 65$ ,  $p < 0,001$ . 2ª dosis, 229 (33,5%) en  $< 65$  vs. 83 (30,2%) en  $\geq 65$ ,  $p < 0,001$ .

Relación significativa inversa entre "Necesidad de atención profesional" y la edad: 1ª dosis, 62 (12,5%) en  $< 65$ , vs. 15 (5,3%) en  $\geq 65$ ,  $p < 0,001$ . 2ª dosis, 37 (7,4%) en  $< 65$  vs. 14 (4,9%) en  $\geq 65$ ,  $p < 0,001$ .

Relación significativa inversa entre "Impidió actividad diaria" y edad: 1ª dosis, 98 (19,7%) en  $< 65$ , vs. 20 (7,0%) en  $\geq 65$ ,  $p < 0,001$ . 2ª dosis, 62 (12,5%) en  $< 65$  vs. 8 (2,8%) en  $\geq 65$ ,  $p < 0,001$ .

## 4. DISCUSIÓN

La detección de las reacciones adversas mediante el seguimiento de las personas vacunadas que acudían a la farmacia, fue el objetivo principal de este trabajo. La reactividad de nuestro organismo frente a una vacuna, representa la manifestación física de la respuesta inflamatoria que ocasiona la vacuna al ser administrada. En el caso de las vacunas frente al SARS-Cov-2 las RA más prevalentes, dolor en el punto de inyección, hinchazón y enrojecimiento local, y efectos sistémicos como escalofríos y fiebre, fatiga, mialgia y cefalea coinciden con las encontradas por Kaur et al., 2021, en su revisión sistemática y con las notificadas con más frecuencia al Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) (Mº Sanidad, 2022b).

Observamos diferencias significativas en la reactividad ante las vacunas en función de la dosis recibida, siendo mayor en la 1ª, con un 41,2% de los vacunados, en comparación con la 2ª dosis, con la que fueron el 30,2%. Esta reducción de los efectos secundarios en la segunda dosis coincide con lo publicado en otros trabajos



(Omeish, et al, 2022).

Tanto con la 1ª como con la 2ª dosis más mujeres que hombres experimentaron RA, dato en que coincidimos con Menni et al. (2021).

La reacción adversa mas común en ambas dosis fue el dolor en el lugar de la inyección, seguido de cansancio/fatiga dato que hay que destacar, ya que no coincide con el 15º informe de farmacovigilancia de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), donde la reacción adversa más común es la fiebre. En nuestro estudio la fiebre está en 9º lugar en las reacciones detectadas en la 1ª dosis, y en sexto lugar en las reacciones adversas de la 2ª dosis, sin embargo, coincide con otros trabajos publicados (Menni et al., 2021; Ganesan et al., 2022).

De los 117 participantes que en la primera dosis tuvieron alguna reacción adversa, el 13,6% necesitó ayuda profesional, y de los 83 con reacciones adversas en la segunda dosis, el 16,7% bien del médico de atención primaria, del servicio de urgencias o de la farmacia, lo que está en concordancia con otros estudios publicados en los que se describe que más del 80% de los pacientes tuvieron reacciones adversas leves que no necesitaron ayuda médica. (Ganesan et al., 2022)

Al comparar las RA en los diferentes grupos de edad observamos que los vacunados de 65 años o mayores, presentan significativamente menos reacciones adversas que los menores de 65 años como describen Ganesan et al. (2022). En el 15º Informe de FV, la AEMPS indica asimismo que las notificaciones de efectos adversos son mayoritarias en el grupo de edad 18-65 años (Mº de Sanidad, 2022b). En él se puntualiza que los datos que recogen las notificaciones recibidas en España de acontecimientos adversos ocurridos tras la vacunación frente a la COVID19, y no se pueden considerar reacciones adversas debidas a la vacuna hasta que no se confirme una relación causal con su administración. También fueron significativamente menores en los mayores la necesidad de atención médica y el impedimento de realizar su actividad diaria normal.

## 5. CONCLUSIONES

El número de vacunados de 65 años o más que manifestaron haber sufrido reacciones adversas fue alto, pero menor con la 2ª dosis de vacuna que con la 1ª. El dolor en el punto de inyección fue con ambas dosis la más prevalente.

El número de reacciones adversas fue menor en los vacunados de 65 años o más que en los menores de esa edad y también lo fue la necesidad de atención profesional y la dificultad para realizar la vida diaria.

Resaltamos el papel del farmacéutico comunitario en la asistencia y seguimiento a los vacunados que solicitaban atención ante la aparición de RA.

## AGRADECIMIENTOS

A todos los usuarios de las farmacias que aceptaron amablemente participar en el estudio. A los farmacéuticos de las farmacias colaboradoras, sin cuya ayuda no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

## REFERENCIAS

- Acta Sanitaria (2018). *El COFM reconoce la labor de los integrantes de la Red de Farmacias Centinela de Madrid*. Actualizado: 2018. [Consultado 17/4/2022]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/cofm-reconoce-integrantes-red-farmacias-centinela/>
- Acta Sanitaria (2019). *Castilla-La Mancha pone en valor el papel de la Red de Farmacias Centinela*. Actualizado: 2019. [Consultado 17/4/2022]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/castilla-la-mancha-pone-valor-papel-la-red-farmacias-centinela>
- Acta Sanitaria (2020). *Farmacias centinela de Castilla y León detectan más de un millar de problemas con fármacos*. Actualizado: 2020. [Consultado 17/4/2022]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/farmacias-centinela-de-castilla-y-leon-detectan-mas-de-un-millar-de-problemas-con-farmacos/>
- Agencia Europea del Medicamento (2020a). *Ficha técnica Comirnaty®*. [Acceso 22/10/21]. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_es.pdf).
- Agencia Europea del Medicamento (2020b). *Ficha técnica Spikevax®*. [Acceso 22/10/21]. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_es.pdf).
- Agencia Europea del Medicamento (2020c). *Ficha técnica Vaxzevria®*. Actualizado 22/10/2021. [Acceso 22/10/21]. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_es.pdf)
- Alonso Lovera, P. Farmacovigilancia de psicofármacos en una farmacia de A Coruña (España). *Farmacéuticos Comunitarios*, 8(1), 5-12. DOI: 10.5672/FC.2173-9218 (2016/Vol8).001.02
- European Commission. (2021). *EU Vaccines Strategy. Authorised Vaccines 2021*. [Consultado 16/4/2022]. Disponible en [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy\\_en#authorised-vaccines](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_en#authorised-vaccines)
- Ganesan, S., Al Ketbi, L., Al Kaabi, N., Al Mansoori, M., Al Maskari, N.N., Al Shamsi, M.S., et al. (2022). Vaccine Side Effects Following COVID-19 Vaccination Among the Residents of the UAE-An Observational Study. *Frontiers in public health*, 10, 876336. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.876336>
- Johns Hopkins University (JHU) (2022). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)*. 16/4/2022. [Consultado 16/4/2022]. Disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
- Kaur RJ, Dutta S, Bhardwaj P, Charan J, Dhingra S, Mitra P, et al. (2021). Adverse Events Reported From COVID-19 Vaccine Trials: A Systematic Review. *Indian Journal Clinical Biochemistry*, 36(4), 427-439. Doi: 10.1007/s12291-021-00968-z
- Lorenzo Veiga, B., Marcos González, L., Acuña Ferradanes, A., Mera Gallego, R., Vérez Coteló, N., Andrés Iglesias, JC, et al. (2015). Farmacovigilancia en farmacia comunitaria de medicamentos recientemente comercializados. *Pharmaceutical Care España*, 17(3), 360-75.
- Menni, C., Klase, K., May, A. Polidori, L., Capdevila, J., Louca, P., et al. (2021). Vaccine side-effects and SARS-CoV-2



infection after vaccination in users of the COVID symptom study app in the UK: a prospective observational study. *Lancet Infect Dis*, 21, 939–49. Doi: 10.1016/S1473-3099(21)00224-3

Ministerio de Sanidad. (2020a). *Vigilancia de la Seguridad de las vacunas frente a la COVID-19 V-6*. 17/12/2020. [Consultado 17/4/2022]. Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/vacunas/docs/vigilancia\\_seguridad\\_vacunas\\_COVID-19.pdf?x54046&x95597](https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/vacunas/docs/vigilancia_seguridad_vacunas_COVID-19.pdf?x54046&x95597)

Ministerio de Sanidad. (2020b). *La AEMPS lanza una campaña sobre las garantías de las vacunas frente a la COVID-19*. [Nota informativa]. 21/12/2020. [Consultado 23/12/2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/laaemps/2020-laaemps/la-aemps-lanza-una-campana-sobre-las-garantias-de-las-vacunas-frente-a-la-covid-19/>

Ministerio de Sanidad. (2020c). *La EMA recomienda la autorización de la primera vacuna frente a la COVID-19*. [Nota informativa]. 21/12/2020. [Consultado 16/4/2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/laAEMPS/2020/docs/NI-AEMPS-38-2020-vacuna-HMA.pdf?x54046>

Ministerio de Sanidad. (2022a). *Actualización nº 590. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*. 12.04.2022. [Consultado 16/4/2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_590\\_COVID-19.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_590_COVID-19.pdf)

Ministerio de Sanidad. (2022b). *15º Informe de Farmacovigilancia sobre Vacunas COVID-19. Actualizado 18/5/2022*. [Consultado 6/6/2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/boletines-aemps/boletin-fv/2022-fv/15o-informe-de-farmacovigilancia-sobre-vacunascovid-19/>

Omeish, H., Najadat, A., Al-Azzam, S., Tarabin, N., Abu Hameed, A. Al-Gallab, N., et al. (2022). Reported COVID-19 vaccines side effects among Jordanian population: a cross sectional study. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(1), Article: 1981086. DOI: 10.1080/21645515.2021.1981086

Xunta de Galicia. (2020). *Dirección Xeral de Saúde Pública. Plan galego de vacinación fronte ao SARS-CoV-2*. 23/12/2020. [Consultado 17/4/2022]. Diponible en: <https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/679/PLAN%20GALEGO%20DE%20VACINACI%c3%93N%20COVID.pdf>

# Impacto de la COVID-19 en la calidad de vida de personas mayores: percepciones en el trato recibido por su entorno.

Trinidad de Lorenzo Otero<sup>1</sup>, Lorena López Rodríguez<sup>1</sup>, Pedro Giménez Domínguez<sup>1</sup>, Fidel Martínez Roget<sup>2</sup>, Belén Vázquez Sampayo<sup>2</sup> y Marcos Gómez Paz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>*Cruz Roja, A Coruña, España.*

<sup>2</sup>*Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.*

Palabras clave (Keywords): calidad de vida, auto-percepción, entorno social, personas mayores.

## RESUMEN

En un escenario de crisis sanitaria mundial por SARS-CoV-2 la Cátedra Cruz Roja (Universidad de Santiago de Compostela) para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores observó relevante abordar una investigación en torno al impacto de la COVID-19 sobre un colectivo especialmente vulnerable, siendo objetivos del estudio 1) investigar y establecer la existencia de grupos homogéneos de personas mayores a partir de las percepciones obtenidas al analizar su Calidad de Vida (CdV) y 2) analizar el trato recibido por el entorno, familiares y amistades durante el confinamiento por razones sanitarias. Para ello, se realizó un estudio transversal sobre la influencia de la pandemia sanitaria sobre aspectos de la CdV en personas mayores de Galicia. Se consideró como universo la población con 65 y más años, y respetando las cuotas de control que garantizan la representatividad de la muestra, la selección de participantes se materializó a partir del perfil heterogéneo de personas mayores de Cruz Roja (Galicia: personas usuarias, voluntarias y/o socias). A las variables propias del cuestionario WHOQOL-BREF, se añadieron otras concretas que permitieron conocer la impresión de las personas mayores sobre el trato recibido por parte de su entorno cercano. Se obtuvieron 411 entrevistas válidas. El trabajo de campo se desarrolló en noviembre de 2020. Los resultados nos permitieron establecer 4 tipos de perfiles de personas mayores a partir de su eje de valoración de la CdV: vulnerables, sociales, autónomas y resilientes. Los datos recopilados a través de una escala de Likert (1 “muy mal” a 5 “muy bien”) indicaron que el trato recibido por parte del entorno cercano, además del recibido por familiares y amistades, son aspectos muy bien valorados con una puntuación de 4,16 y 4,12 respectivamente. Sin embargo, las personas entrevistadas valoraron con una puntuación media de 2,4 la imagen que los medios de comunicación ofrecieron de las personas mayores en los medios de comunicación. Además, evaluaron las medidas aprobadas para su grupo etario durante el confinamiento con un 2,9. Aunque las percepciones de las personas mayores en Galicia en relación con su red de apoyo y la solidaridad durante la pandemia son positivas, debido en parte al trato dispensado por dicha red, será esencial continuar evaluando la CdV de las personas mayores a través de análisis longitudinales que nos permitan relacionar el contexto social y su relación con la CdV, e incluso eliminar el posible sesgo producido por una pandemia sanitaria.



## 1. INTRODUCCIÓN

La CdV de las personas mayores cobra relevancia a raíz del cambio demográfico surgido con el envejecimiento de la población ya que hay indicios de que los conceptos y las preocupaciones relacionados con la CdV en las personas con 65 y más años son diferentes de los de la población general (Netuveli & Blane, 2008). Aunque existe una gran cantidad de afirmaciones sobre la CdV, éstas tienden a ser descriptivas más que definitorias. La mayor parte de las investigaciones en este campo se dedican a la medición de la CdV; por lo tanto, la definición de CdV, por necesidad, tiene que considerarse junto con su medición (Netuveli & Blane, 2008).

Una de las conceptualizaciones más influyentes de la CdV es la realizada por Lawton (1991) quien la describe como "la evaluación multidimensional, con criterios tanto intrapersonales como socio-normativos, del sistema persona-entorno de un individuo en el tiempo pasado, actual y previsible" (p. 6). Sus dimensiones se organizaron en un continuo de dimensiones objetivas (entorno objetivo, competencia conductual) y subjetivas (CdV percibida, bienestar psicológico).

La Organización Mundial de la Salud (The World Health Organization Quality of Life Assessment [WHOQOL] Group, 1998), por su parte, define la CdV como "la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones" (p. 11). Es un concepto amplio que incorpora de forma compleja la salud física de las personas, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con las características más destacadas del entorno (WHOQOL Group, 1998).

El concepto de CdV es pues, un concepto complejo y disperso, a menudo confuso y que suele identificarse con otras nociones relacionadas como el bienestar, la satisfacción con la vida o la felicidad (Moons, Budts y De Geest, 2006; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Parece pues haber cierto consenso en torno a que la CdV es un concepto multidimensional que incorpora percepciones relacionadas con el estado físico, el estado psicológico, el nivel de independencia, las creencias personales, la autoestima, las relaciones sociales o las condiciones del entorno en las que viven las personas (Cummins, 2005; Fernández-Mayoralas y Rojo-Pérez, 2005; Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2011; Skevington et al., 2004; WHOQOL Group, 1995), que incluye elementos objetivos y subjetivos (Gabriel y Bowling, 2004; Verdugo et al., 2010), que varía a lo largo del tiempo y es, al mismo tiempo, diferente en función de la cultura y de los valores de las sociedades en las que viven los individuos (Carr et al., 2001).

La incidencia de la COVID-19 en Galicia La incidencia de la enfermedad causada por COVID-19 en España durante el año 2020 ha sido heterogénea en las comunidades autónomas (CCAA). El tamaño y la densidad poblacional, los flujos entre territorios afectados o la estructura de la actividad empresarial y comercial son algunas de las variables explicativas del contagio y de la expansión de la enfermedad (Martínez Roget et al., 2021).

Tomando como referencia el periodo de realización del trabajo de campo de este estudio (3 al 12 de noviembre de 2020) se observa que más del 90% de las personas que fallecieron en Galicia a raíz del coronavirus SARS-CoV-2 eran personas con 65 y más años (Martínez Roget et al., 2021).

Observados estos datos, se contextualiza la necesidad de profundizar en las particularidades de este colectivo,

dado el peso del mismo dentro de la población general. En Galicia, durante el periodo de estudio, el Índice de Envejecimiento fue de 202,2% (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021).

Por estos motivos, los objetivos de este trabajo, enmarcado en una investigación social más amplia (Martínez Roget et al., 2021), fueron 1) investigar y establecer la existencia de grupos homogéneos de personas mayores a partir de las percepciones obtenidas al analizar su CdV y 2) analizar la CdV de las personas mayores en Galicia y su impacto desde la perspectiva del trato recibido por su entorno, familiares y amistades durante el confinamiento por razones sanitarias.

## 2. MÉTODOS

El trabajo de campo se desarrolló entre el 3 y el 12 de noviembre de 2020. En el informe de campo resultante no se recogen incidencias destacables en el desarrollo del mismo. Durante la realización del trabajo de campo se supervisaron el 5% de las entrevistas completas y al 100% de los entrevistadores, revisando la congruencia en las respuestas facilitadas por los entrevistados/as. La realización del trabajo de campo se hizo de acuerdo con las Normas UNE- ISO 20252 e ISO 9001.

### 2.1. PROCEDIMIENTO Y PARTICIPANTES

Mediante la metodología CATI de entrevistas telefónicas asistidas por ordenador se realizó una encuesta sometida a los correspondientes procesos de ajuste (para garantizar la representatividad estadística en cuanto a sexo, edad, provincia y tipo de hábitat) de la que se obtuvieron un total de 411 entrevistas válidas.

La duración media del cuestionario alcanzó los 14,8 minutos, sin observarse limitaciones por parte de las personas mayores en cuanto a la duración ni comprensión del mismo.

Considerando como universo la población con 65 y más años residente en Galicia y respetando las cuotas de control que garantizan la representatividad de la muestra, la selección de participantes se materializó entre el perfil heterogéneo de personas mayores vinculadas de diversos modos a Cruz Roja en Galicia, (personas usuarias, voluntarias y/o socias), aprovechando así el registro existente y las facilidades que genera en la identificación y localización de participantes en esta investigación social.

Para un nivel de confianza del 95% y la máxima indeterminación ( $p=q=0,5$ ), el margen de error se situó en el  $\pm 4,8\%$ .

### 2.2. INSTRUMENTOS

Todas las personas participantes fueron evaluadas usando un test estandarizado y validado en lengua española. La CdV se midió con el instrumento de medición de la CdV de la Organización Mundial de la Salud, versión breve (WHOQOL-BREF) (WHOQOL Group, 1998), adaptada a la población española (Lucas- Carrasco 1998). El cuestionario utilizado en el marco del trabajo incorporó además, preguntas adicionales para obtener un perfil sociodemográfico de las personas mayores y el grado de satisfacción con distintos aspectos vinculados con la pandemia derivada del COVID-19 (evaluadas mediante escala de Likert: 1 “muy mal” a 5 “muy bien”): las amistades íntimas o familiares con las que cuenta, las distintas medidas que se han aprobado para las personas mayores durante el confinamiento, la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación y el trato recibido por parte de su entorno social más cercano (vecindario, centro de salud,



comercio de proximidad, etc.).

### 2.3. ANÁLISIS DE DATOS

Se elaboró un Plan de Análisis en el que se reflejó, para los resultados que se incluyen en esta comunicación, la adecuación de realizar un análisis clúster con el objetivo de identificar grupos homogéneos de personas mayores en relación con las percepciones relacionadas con la CdV. El análisis de fiabilidad efectuado reveló la existencia de una elevada consistencia interna en las cuatro dimensiones de la CdV (alfa de Cronbach de 0,9 para el conjunto de ítems y superior a 0,7, excepto en la dimensión social).

Las puntuaciones medias de los ítems que conforman las dimensiones se usaron como inputs en el análisis clúster. Se realizó un análisis clúster jerárquico para identificar dichos grupos homogéneos.

Finalmente, se realizó un análisis descriptivo para observar el impacto de la CdV en el trato recibido por su entorno desde el punto de vista de las personas entrevistadas.

Las comparaciones se realizaron mediante análisis ANOVA y test chi-cuadrado (para variables cualitativas).

## 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del total de personas mayores entrevistadas, el 57,4% fueron mujeres, con una media de edad de 76,6 años. En cuanto al estado civil, del total de participantes un 43,2% estaban casados/as actualmente, un 37% eran personas viudas, mientras que un 11,7% eran solteros/as.

En relación con los grupos homogéneos de personas mayores de acuerdo a su percepción de la CdV según el cuestionario WHOQOL-BREF y su perfil sociodemográfico, se obtuvieron 4 clúster de tamaño similar, incluyendo el clúster 1 y el clúster 2 alrededor del 20% de los casos cada uno.

En la tabla 1 se muestra la caracterización de cada uno de los clústers según los 2 ítems globales de CdV y los 24 ítems que forman los 4 dominios. El clúster 1 estaba conformado por las personas mayores con una percepción más negativa de su CdV en las diferentes dimensiones. Se denominó a este grupo "Vulnerables". Por el contrario, el clúster 4 lo integran las personas mayores que se mostraron altamente satisfechas con los distintos aspectos de sus vidas, aún en un contexto de pandemia. Por ello, se denominó a este grupo "Resilientes".

Las personas mayores incluidas en el clúster 2 manifestaron, por lo general, valoraciones superiores a las del clúster 3 en la dimensión ambiental, psicológica y sobre todo, en las relaciones sociales. Se denominó a este grupo "Sociables". Por el contrario, las personas mayores del grupo 3 ofrecieron, por lo general, valoraciones superiores en la dimensión física- funcional y más concretamente, manifestaron, en comparación con los del clúster 2, una independencia mayor en la toma de medicamentos. Se nombró a este grupo como "Autónomos".

Se evaluaron también las percepciones de las personas entrevistadas en relación con el trato recibido por su entorno social, al apoyo con el que cuentan, la valoración de las medidas de confinamiento para su colectivo y su imagen en los medios de comunicación (Figura 1).



**Figura 1**

Valoración del trato recibido  
por el entorno durante la pandemia



**Tabla 1**

Caracterización de los clústers

|   | Vulnerables<br>(N=89) | Sociables<br>(N=100) | Autónomos<br>(N=141) | Resilientes<br>(N=81) | p     |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------|
| Valoración global de la calidad de vida | 2,5                   | 3,4                  | 3,4                  | 4,0                   | 0,000 |
| Satisfacción con el estado de salud     | 2,4                   | 3,5                  | 3,4                  | 4,1                   | 0,000 |
| <i>Dimensión Física-Funcional</i>       |                       |                      |                      |                       |       |
| Dolor limitante                         | 2,5                   | 3,7                  | 3,8                  | 4,4                   | 0,000 |
| Dependencia de las medicinas            | 1,8                   | 2,7                  | 3,4                  | 3,9                   | 0,000 |
| Energía                                 | 2,3                   | 3,4                  | 3,5                  | 4,3                   | 0,000 |
| Sueño                                   | 2,5                   | 3,3                  | 3,0                  | 4,0                   | 0,000 |
| Actividad diaria                        | 2,1                   | 3,4                  | 3,3                  | 4,2                   | 0,000 |
| Capacidad de trabajo                    | 2,0                   | 3,2                  | 3,2                  | 4,0                   | 0,000 |
| Movilidad                               | 2,3                   | 3,7                  | 3,7                  | 4,6                   | 0,000 |
| <i>Dimensión psicológica</i>            |                       |                      |                      |                       |       |
| Sentido de la vida                      | 2,7                   | 4,1                  | 3,9                  | 4,7                   | 0,000 |
| Disfrute de la vida                     | 1,9                   | 3,1                  | 3,0                  | 4,1                   | 0,000 |
| Apariencia física                       | 2,7                   | 4,0                  | 3,5                  | 4,4                   | 0,000 |
| Autoestima                              | 2,8                   | 3,8                  | 3,4                  | 4,4                   | 0,000 |
| Concentración                           | 2,7                   | 3,6                  | 3,4                  | 3,8                   | 0,000 |
| Sentimientos negativos                  | 3,0                   | 3,8                  | 3,8                  | 4,1                   | 0,000 |
| <i>Relaciones sociales</i>              |                       |                      |                      |                       |       |
| Relaciones personales                   | 3,2                   | 4,3                  | 3,4                  | 4,5                   | 0,000 |
| Apoyo de amigos/as                      | 3,2                   | 4,4                  | 3,4                  | 4,6                   | 0,000 |
| Vida sexual                             | 2,3                   | 3,5                  | 2,8                  | 3,6                   | 0,000 |
| <i>Dimensión ambiental</i>              |                       |                      |                      |                       |       |
| Seguridad                               | 2,5                   | 3,3                  | 3,3                  | 4,1                   | 0,000 |
| Ambiente físico saludable               | 2,9                   | 3,9                  | 3,5                  | 4,3                   | 0,000 |
| Dinero                                  | 2,4                   | 3,2                  | 3,0                  | 3,8                   | 0,000 |
| Disponibilidad de información           | 2,9                   | 3,7                  | 3,4                  | 4,3                   | 0,000 |
| Oportunidades de ocio                   | 1,7                   | 2,5                  | 2,4                  | 3,8                   | 0,000 |
| Condiciones del lugar                   | 3,6                   | 4,3                  | 3,9                  | 4,7                   | 0,000 |
| Acceso servicios sanitarios             | 3,1                   | 3,7                  | 3,2                  | 4,2                   | 0,000 |
| Servicios de transporte                 | 2,9                   | 3,5                  | 3,0                  | 3,9                   | 0,000 |



Los resultados mostraron que el trato recibido por parte del entorno cercano, junto con familiares y amistades con quien contar para sobrellevar la pandemia, fueron aspectos muy bien valorados. Se reforzó la importancia que adquiere la dimensión de relaciones personales en la CdV y en la superación de la crisis sanitaria, y se apuntaló la idea de que el intercambio interpersonal resultó imprescindible para las personas mayores.

En la parte contraria de la balanza se situaron la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación, y las medidas aprobadas para personas mayores durante el confinamiento. Las personas mayores no se sintieron cómodas bajo esa etiqueta que aglutina y homogeneiza sus capacidades y posibilidades, más en circunstancias como las de la pandemia donde una imagen de vulnerabilidad y riesgo ante la COVID-19 podría justificar un tratamiento próximo al paternalismo y a la sobreprotección que afectó a los derechos de la población en general, y al de las personas de edades más avanzadas en particular.

Los resultados mostraron una percepción de la CdV global, y una satisfacción con el estado de salud, bien valoradas por parte de las personas mayores. No obstante, las percepciones estuvieron condicionadas por algunas características específicas y por el hecho de padecer, o no, alguna enfermedad. Otros aspectos como el aislamiento y el confinamiento domiciliario en la muestra participante pudieron influir negativamente en el bienestar psicológico, resultante en una pérdida de CdV (Armitage y Nellums, 2020; Nguyen et al., 2020). Estudios previos también indicaron una mayor presencia de emociones negativas en las personas que no disponen de espacios exteriores (Rodríguez- González et al., 2020).

Al centrar la atención en la dimensión física- funcional de la CdV, se observa el peso que otorgan las personas mayores a su independencia funcional, al mantenimiento de componentes cognitivos, así como a su participación significativa en las actividades ocio y participación social en la comunidad (Van Leeuwen et al., 2019). Las condiciones del hogar y el entorno físico son también características de la CdV altamente valoradas por las personas entrevistadas. La literatura científica atribuye un papel relevante al hábitat de residencia en las vivencias y en los cuidados de las personas mayores y que acaban determinando su forma de envejecer (Agulló-Tomás et al., 2019). Sin embargo, del análisis derivado de esta investigación. No obstante, los análisis llevados a cabo en el ámbito de esta investigación no han revelado diferencias significativas en las percepciones relacionadas con la calidad de vida en función del tipo de hábitat (rural, intermedio o urbano) ni en función de la provincia en la que reside la persona mayor.

Como limitación a este estudio señalar que el

trabajo de campo se realizó en un contexto de pandemia sanitaria y de confinamiento domiciliario lo que probablemente influyó en las percepciones de las personas mayores.

## 4. CONCLUSIONES

Aunque las percepciones de las personas mayores en Galicia en relación con la red de apoyo y la solidaridad durante la pandemia son positivas, debido en parte a estar red de apoyo, será esencial continuar evaluando la CdV de las personas mayores a través de análisis longitudinales que nos permitan relacionar el contexto social y su relación con la CdV, e incluso eliminar el posible sesgo producido por una pandemia sanitaria.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecer sinceramente la colaboración de todas las personas con 65 y más años que participaron en este estudio de manera desinteresada, así como a las personas que colaboraron con la Cátedra Cruz Roja USC para la realización de este trabajo.

## REFERENCIAS

- Agulló Tomás, M.S., Zorrilla Muñoz, V. y Gómez García, M.V.P. (2019). Aproximación socio-espacial al envejecimiento ya los programas para cuidadoras/es de mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 211-228.
- Carr, A., Gibson, B. y Robinson, P. (2001). Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, 322, 1240-1243.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
- Fernández-Mayoralas, G. y Rojo-Pérez, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris (Monográfico sobre Geografía de la Salud)*, 5, 117-135.
- Gabriel, Z. y Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24, 675-691.
- INE. (2021). Estadística del Padrón Continuo (noviembre). <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis>
- van Leeuwen, K.M., van Loon, M.S., van Nes, F.A., Bosmans, J.E, de Vet, H.C.V, Ket, J. C.F, Widdershoven, G.A.M. y Ostelo, R.W.J.G. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PloS one*, 14(3), e0213263.
- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders en J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe y D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). Academic Press.
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Ediciones Ergon.
- Martínez Roget, F., Gandoy Crego, M., López Rodríguez, L y Vázquez Sampayo, B. (2021). *Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en la calidad de vida de las personas mayores*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Moons, P., Budts, W. y De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901.
- Netuveli, G. y Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126.
- Rodríguez-González, R., Facal, D., Martínez- Santos, A.E. y Gandoy-Crego, M. (2020). Psychological, social and health-related challenges in Spanish older adults during the lockdown of the COVID-19 first wave. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 588949.



Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (2011). Introducción. Población mayor y calidad de vida desde la perspectiva individual en F. Rojo-Pérez y G. Fernández- Mayoralas (Eds.), *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Fundación BBVA.

Skevington, S.M., Lotfy, M. y O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

Urzúa, M.A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.

Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez, L. E. y Schalock, R. L. (2010). Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: Reliability and validity in Spain. *International Journal of clinical and health psychology*, 10(1), 105-123.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF Quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.

# Impacto emocional en trabajadores de centros residenciales de la Comunidad Autónoma de Galicia durante el Covid-19

Carlos Dosil Díaz<sup>1</sup>, David Facal<sup>1</sup>, Arturo X Pereiro<sup>1</sup>, Sacramento Pinazo-Hernandis<sup>2</sup> y Cesar Bugallo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>*Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad de Santiago de Compostela, España.* <sup>2</sup>*Departamento de Psicología Social. Universitat de Valencia, España.* <sup>3</sup>*AFAFES Alzheimer. Asociación de Familiares de Alzheimer e outras demencias de Fisterra e Soneira.*

Palabras clave (keywords): Covid-19, centros residenciales, profesionales e impacto emocional.

## RESUMEN

El Covid-19 ha tenido un gran impacto en los centros residenciales con consecuencias en la salud mental y física de los trabajadores. En el presente trabajo se lleva a cabo un estudio con 150 profesionales de centros residenciales de las cuatro provincias de la Comunidad Autónoma de Galicia, durante la pandemia del Covid 19. Se analizan variables sociodemográficas y laborales, así como la sintomatología depresiva, balance emocional o Síndrome de quemarse por el trabajo.

## 1. INTRODUCCIÓN

Con este trabajo, nos proponemos analizar de una forma descriptiva como está afectando el COVID-19 a la salud mental y física de los trabajadores de centros residenciales de la Comunidad Autónoma de Galicia. Estudios recientes como el de Blanco Donoso y col. (2020) demuestran que en centros de trabajo donde se detectaron casos de COVID-19, los trabajadores experimentaron mayores niveles de estrés traumático secundario. Alcalá Cerrillo (2020), en un trabajo realizado con terapeutas ocupacionales de residencias de mayores de Extremadura, encontró que un porcentaje elevado de dichos trabajadores presentaban síntomas de nerviosismo y fatiga. Otros estudios como el de Navarro y col. (2021) ponen de manifiesto los altos niveles de ansiedad que presentan los trabajadores. Los estudios ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando sobre las consecuencias que está provocando el Covid-19 en la salud mental de los trabajadores de centros residenciales.



## 2. MÉTODOS

### 2.1 PARTICIPANTES

La muestra está compuesta por 150 profesionales de la Comunidad Autónoma de Galicia, siendo un 87,3% mujeres y un 12,7% hombres.

El 5,3% de los profesionales pertenecen a la provincia de A Coruña, 41,3% a Lugo, 11,3% a Ourense y el 42% a la de Pontevedra.

**Tabla1**

*Distribución de los profesionales por sexo y provincias.*

| <b>Sexo</b> | <b>n</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-------------|----------|-------------------|
| Mujer       | 131      | 87,3%             |
| Hombre      | 19       | 12,7%             |
|             | 150      | 100%              |

| <b>Provincias</b> | <b>n</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-------------------|----------|-------------------|
| A Coruña          | 8        | 5,3%              |
| Lugo              | 62       | 41,3%             |
| Orense            | 17       | 11,3%             |
| Pontevedra        | 63       | 42,0%             |
| Total             | 150      | 100%              |

### 2.2 INSTRUMENTOS

Se llevó a cabo una recogida de variables demográficas como la edad, sexo o provincia de residencia, además de variables laborales como antigüedad en la empresa, puesto de trabajo, formación de los trabajadores, existencia o no de casos de Covid-19 en el centro, fallecimientos de residentes y bajas de trabajadores.

Se aplicó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT) (Gil-Monte, 2011), el Cuestionario de Emociones Positivas y Negativas PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988), la batería UNIPSIPO (Gil-Monte, 2016) y la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS) (Zung, 1965).

### 2.3 PROCEDIMIENTO

La distribución de los cuestionarios se gestionó a través de las direcciones de los centros y con una supervisión por parte del equipo de investigación. La distribución fue electrónica, usando Microsoft Office Forms a través de las herramientas electrónicas de la Universidade de Santiago de Compostela, y se enviaron los cuestionarios a los trabajadores que estaban en activo durante toda la pandemia.

## 2.4 ANÁLISIS DE DATOS

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de frecuencias y tablas cruzadas utilizando el programa informático SPSS.

## 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Utilizando datos normativos españoles encontramos que la puntuación media en SQT es de 1,86 (S.D.=0,96) presentando el 54% de los sujetos una puntuación en SQT muy bajo, el 5,3% bajo y el 40,7% medio.

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en SQT.*

|          | <b>n</b> | <b>%</b> |
|----------|----------|----------|
| Muy bajo | 81       | 54,0%    |
| Bajo     | 8        | 5,3%     |
| Medio    | 61       | 40,7%    |
| Total    | 150      | 100%     |

|     | <b>n</b> | <b>Rango</b> | <b>Media(S.D.)</b> |
|-----|----------|--------------|--------------------|
| SQT | 150      | 1-3          | 1,86(0,96)         |

En cuanto a los resultados en la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, nos encontramos con una puntuación media de 40,99 (S.D.=10,25), presentando un 44,6% de los sujetos síntomas de depresión leve, 46,8% depresión moderada-grave y un 8,6% ausencia de depresión.

**Tabla 3**

*Estadísticos descriptivos de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung.*

|                          | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--------------------------|----------|----------|
| Sin depresión            | 12       | 8,6%     |
| Depresión leve           | 62       | 44,6%    |
| Depresión moderada-grave | 65       | 46,8%    |
| Total                    | 139      | 100%     |

|           | <b>n</b> | <b>Rango</b> | <b>Media(S.D.)</b> |
|-----------|----------|--------------|--------------------|
| Depresión | 139      | 21-70        | 40,99(10,25)       |

Los resultados obtenidos en la prueba del PANAS, que evalúa el balance emocional, nos indican una puntuación media de 1,82 (S.D.=0,46) obteniendo un 75,3% de los profesionales un balance emocional positivo, siendo un 21,3% los que puntúan en balance emocional negativo.



**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de la Escala de Balance emocional PANAS*

|             | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------|----------|----------|
| Panas -     | 32       | 21,3%    |
| Panas +     | 113      | 75,3%    |
| Mismo Panas | 5        | 3,3%     |
| Total       | 150      | 100%     |

| Balance emocional | <b>n</b> | <b>Rango</b> | <b>Media (S.D)</b> |
|-------------------|----------|--------------|--------------------|
|                   | 150      | 1-3          | 1,82(0,46)         |

Se compararon las distribuciones por sexo, edad, años de experiencia y puesto en los distintos subgrupos de edad así como la relación entre balance emocional y subgrupos en sintomatología depresiva, donde encontramos que la única variable que interactúa de forma significativa con los subgrupos de depresión es la variable de balance emocional con ( $\text{Chi-cuadrado}=31,046$ ,  $p \leq 0,05$ ), con mayores puntuaciones en balance emocional positivo en sujetos con baja sintomatología depresiva y un balance emocional negativo en sujetos con sintomatología depresiva moderada y grave.

## 4. CONCLUSIONES

La pandemia por Covid-19 está incidiendo en la salud mental de los trabajadores de residencias y, muy especialmente, en las trabajadoras ya que un alto porcentaje de la muestra son mujeres.

Los resultados indican que un alto porcentaje de la muestra presenta puntuaciones elevadas en sintomatología depresiva moderada-grave.

Por el contrario, en cuanto a síntomas asociados a estar quemado, un porcentaje muy elevado puntúan muy bajo, mientras que menos de la mitad de la muestra puntúan de forma media y no hay sujetos que presenten puntuaciones elevadas.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el esfuerzo, profesionalidad y dedicación realizado por todos los trabajadores durante el Covid-19 y el haber participado en este estudio que tiene como objetivo identificar las variables que han afectado a la salud mental de los profesionales.



## REFERENCIAS

- Alcalá Merrillo, M. (2020). Calidad de vida laboral de los terapeutas ocupacionales durante la pandemia covid-19. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Infad Revista de Psicología*, 2, 101-112.
- Blanco-Donoso L.M., Moreno-Jiménez, J., Amutio A., Gallego-Alberto, L., MorenoJiménez B. y Garrosa, E. (2020). Stressors, job resources, fear of contagion, and secondary traumatic stress among nursing home workers in face of the COVID-19: The case of Spain. *J Appl Gerontol*, 7. doi: 10.1177/0733464820964153.
- Gil-Monte, P. (2011). *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). The Spanish Burnout Inventory (CESQT)*. TEA Ediciones
- Navarro, A.B., Jiménez, S. y Meléndez, J.C. (2021). Sense of coherence and Burnout in nursing home workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Health and Social Care in the Community*. 2022;30:244–252 .DOI: 10.1111/hsc.13397.
- Pereiro, A.X., Dosil-Díaz, C., Mouriz-Corbelle, R., Pereira-Rodríguez, S., Nieto-Vieites, A., Pinazo-Hernandis, S. Pinazo-Clapés, C. y Facal, D. (2021). Impact of the COVID-19 Lockdown on a Long-Term Care Facility: The Role of Social Contact. *Brain Sci.*, 11,986.<https://doi.org/10.3390/brainsci11080986>.
- Zung, WW (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12, 63-70.



# Calidad de vida, burnout y engagement en profesionales de centros gerontológicos de Galicia: Diferencias entre centros diurnos y residenciales.

Estela Alonso Posada<sup>1</sup>, José María Faílde Garrido<sup>2</sup>, María Dapía Conde<sup>2</sup> y Javier Martínez Torres<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Dependencia y Autonomía Personal - Xunta de Galicia* <sup>2</sup>*Facultad de Educación y Trabajo Social - Universidad de Vigo* <sup>3</sup>*Escuela Superior de Ingeniería - Universidad de Vigo*

Palabras clave (Keywords): calidad de vida, burnout, engagement, profesionales, gerontología

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo consiste en evaluar los niveles de calidad de vida (relacionada con la salud y profesional), burnout y engagement en profesionales de centros gerontológicos de Galicia en función del tipo de centro: residencial versus diurno.

La muestra estaba integrada por 350 profesionales de centros gerontológicos y residenciales de Galicia. La edad media se situó en 37,95 (SD=9,95), siendo el 88,6% mujeres, con una experiencia laboral de 7,51 años (SD=6,01), de los cuales el 46,00% trabajan en centros residenciales y el 54% en centros de día.

En general los profesionales de Centros diurnos presentan niveles más elevados de calidad de vida relacionada con la salud, engagement y calidad de vida profesional. Por el contrario, los profesionales de centros residenciales muestran mayores niveles de burnout.

## 1. INTRODUCCIÓN

Asociado al proceso de envejecimiento que está experimentando la sociedad actual, se han ido desarrollando múltiples recursos gerontológicos de atención a las personas mayores. Entre estos recursos, dos han sido los que han experimentado un crecimiento exponencial en las últimas décadas: los centros residenciales y los centros de día. A la vez, también ha crecido el número de profesionales que trabajan en ellos.

En el ámbito asistencial gerontológico los profesionales están expuestos a una serie de estresores específicos, esto puede provocar que, con el tiempo, el profesional se desmotive y se incremente el estrés laboral favoreciendo entonces el desarrollo de burnout, deteriorándose la calidad de vida que puede, finalmente, afectar a la calidad del servicio prestado.

Según Maslach y Leiter (2016) el burnout es un "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con personas". Se describe clásicamente en 3 dimensiones interrelacionadas (Maslach y Leiter, 2016 y Ortega y López, 2004):



- a) Agotamiento o cansancio emocional, definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o físicamente.
- b) Despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
- c) La baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Los factores que pueden llevar al agotamiento profesional pueden ser de varios tipos, tanto organizacionales como personales (Harrad y Sulla, 2016). A nivel organizacional se engloban las tareas monótonas, la presión en cuanto a los tiempos en los que realizar tareas, etc. A nivel individual predominan los rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento (Garrosa et al, 2010).

En una revisión realizada Sánchez y sus colaboradores (2015) se establece cierto consenso internacional que estima que entre un 25 y 30% de los profesionales que trabajan en entornos geriátricos padecen burnout, siendo este especialmente frecuente en el personal de enfermería y con personas que padecen demencia.

El burnout tiene consecuencias tanto a nivel de bienestar emocional como físico (Harrad y Sulla, 2018), que consecuentemente repercutirá en la calidad asistencial prestada (Neuberg et al, 2017).

Junto al Burnout comienza a explorarse también el engagement como un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo y constituido también por tres dimensiones: Vigor (altos niveles de energía y resistencia mientras se trabaja), dedicación (alta implicación laboral) y Absorción (máxima concentración en las tareas laborales) (Schaufeli, Salanova, González- Romá y Bakker, 2002). Altos niveles de engagement se relaciona con bajas probabilidades de desarrollar burnout.

Inicialmente se consideró el burnout como un constructo opuesto al engagement o compromiso en el trabajo, considerando que ambos se podían evaluar con un mismo cuestionario. A medida que se fue estudiando el tema se consideró que tenían patrones de correlación diferentes en cuanto a las variables de personalidad, para finalmente concluir que son constructos diferentes, pero que se pueden describir de forma muy relacionada. (Maricutoiu et al, 2017).

El trabajo en los centros residenciales y centros de día tienen características diferentes que afectarán de modo desigual a los profesionales. Habitualmente, las personas institucionalizadas en centros residenciales suelen ser más dependientes que aquellas que son usuarias de centros de atención diurna. Serán personas con más dificultades a nivel físico y cognitivo, lo que favorecerá la carga física en los profesionales que trabajan en ellos. El objetivo terapéutico principal difiere como consecuencia directa de lo anterior, siendo más asistencial en los centros residenciales, frente al enfoque estimulador de los centros de día. En los centros residenciales el horario de atención es de 24 horas, por lo que es preciso el trabajo a turnos, incluyendo noches y festivos y fines de semana, frente al trabajo en centros de día, donde el servicio se presta de lunes a viernes en horario diurno. Las residencias tienden a una menor flexibilidad en los horarios de cuidado y se establecen lazos emocionales más intensos entre los trabajadores y los usuarios de los mismos.

El presente trabajo pretende evaluar calidad de vida profesional, calidad de vida relacionada con la salud y el continuo burnout-engagement en cuidadores formales de personas mayores en recursos gerontológicos gallegos, atendiendo al tipo de recurso donde se presten servicios, así como la relación existente entre la Calidad de Vida y los aspectos mentales negativos y positivos del bienestar psicológico.

## 2. MÉTODOS

### a) PARTICIPANTES

El ámbito de estudio lo formaron los profesionales que trabajan en centros de atención a las personas mayores de la Comunidad Autónoma de Galicia. Los criterios de inclusión fueron aquellos que tuvieran contacto directo con los usuarios de los servicios.

### b) INSTRUMENTOS

A todos los participantes le fueron administradas las siguientes pruebas:

- Encuesta ad hoc de datos sociodemográficos y laborales.
- Inventario de Burnout de Servicios Generales MBI-GS (Shaufeli et al., 1996), en la adaptación española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000).
- Utrecht Work Engagement Scale UWES (Shaufeli et al., 2002) en la adaptación española de Salanova et al. (2000).
- Cuestionario de Calidad de Vida Profesional-35 (QVP-35 en su denominación original). Este cuestionario está basado en el modelo de control de demanda de Karasek y esta validado en el idioma español (Cabezas, 2000, Martin et al., 2004).
- Cuestionario de Salud MOS SF-36, versión adaptada al español por Alonso, Prieto y Antó (1995) y Alonso, Regidor, Barrio et al. (1998).

### c) PROCEDIMIENTO

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio, que tiene en cuenta otros factores como la autoestima, la resiliencia o la calidad de sueño de los participantes como factores protectores o favorecedores de la percepción de la calidad de vida laboral y la salud en el ámbito del trabajo en entornos gerontológicos.

Para obtener la muestra se contactó telefónicamente con los centros de atención a personas dependientes. Una vez establecido el contacto y después de aceptar la participación en el trabajo, se conviene el procedimiento de entrega y recogida de cuestionarios. Previamente, se informó a los participantes acerca del objetivo de la investigación y se garantizó la confidencialidad y anonimato.

Se enviaron a cada centro el número de cuestionarios indicado por el responsable del mismo, en función del número de trabajadores. En total fueron 672, de los cuales se recogieron 350, lo que supone una participación en el estudio del 52,08%.

### d) ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, tales como tendencia central y dispersión (medias y desviaciones típicas), análisis de frecuencia, porcentajes y contrastes analíticos mediante análisis de varianza (ANOVA). El programa estadístico empleado para el análisis de datos fue el SPSS-22 (Statistical Package for Social Sciences, versión 22). El nivel de significación establecido fue de  $\alpha=0.05$ .



### 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra estaba integrada por 350 profesionales de centros gerontológicos y residenciales de Galicia. La edad media (tabla 1) se situó en 37,95 (SD=9.95), siendo el 88,6% mujeres, con una experiencia laboral de 7,51 años (SD=6,01), de los cuales el 46% trabajan en centros residenciales y el 54% en centros de día (tabla 2).

**Tabla 1**

*Edad, años trabajados en el mismo puesto y años en el mismo centro en función del recurso gerontológico.*

| Variables                      | Residencias<br>(n=161) |       | Centros de día<br>(n=189) |       | F     | Sig.  |
|--------------------------------|------------------------|-------|---------------------------|-------|-------|-------|
|                                | Media                  | Sd    | Media                     | Sd    |       |       |
| <b>Edad</b>                    | 39,093                 | 9,944 | 36,984                    | 9,878 | 3,939 | 0,048 |
| <b>Años mismo puesto</b>       | 7,627                  | 6,359 | 7,408                     | 5,696 | 0,113 | 0,736 |
| <b>Años en el mismo centro</b> | 3,087                  | 1,481 | 2,952                     | 1,191 | 0,888 | 0,347 |

**Tabla 2**

*Perfil profesional en función del recurso gerontológico*

|                    |             | Residencias<br>(n=161) | Centros de día<br>(n=189) |
|--------------------|-------------|------------------------|---------------------------|
| Perfil profesional | Sanitario   | 88,80%                 | 63,50%                    |
|                    | Psicosocial | 11,20%                 | 36,50%                    |

Se observó un índice de respuesta ligeramente superior en los trabajadores de centro de día (56,70%), frente a los de residencias (47,88%). En cuanto a la participación en función de la provincia, fueron los trabajadores de Lugo (65,22%) los que muestran mayor participación en el estudio, seguidos por los de las provincias de Pontevedra (57,24%), A Coruña (52,52%) y Ourense (37,50%).

Se ha observado que, en general, los profesionales de centros residenciales presentan peores niveles de calidad de vida relacionada con la salud. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en varios dominios de la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36, tabla 3), así como en el índice sumario Salud Física (F=6,09, p=,014) y en la puntuación total del SF-36 (F=5,11, p=,024). De este modo, se observa que los profesionales de centros residenciales tienen una valoración personal del estado de salud inferior a aquellos que desempeñan su trabajo en centros de atención diurna. Sus problemas de salud física o emocional interfieren en mayor grado en la vida social habitual, obteniendo también peores puntuaciones en cuanto a su salud mental general. Perciben su salud general peor que la que tenían un año antes de realizar el cuestionario.

**Tabla 3**

*Cuestionario de Salud MOS SF-36. Comparativa de 2 grupos en función del tipo de recurso gerontológico*

| Dimensiones<br>SF-36 | Residencias<br>(n=161) |        | Centros de día<br>(n=189) |        | F     | Sig.  |
|----------------------|------------------------|--------|---------------------------|--------|-------|-------|
|                      | Mean                   | Sd     | Mean                      | Sd     |       |       |
|                      | SF36_SG                | 67,422 | 18,684                    | 71,508 |       |       |
| SF36_FF              | 91,813                 | 13,867 | 93,280                    | 11,977 | 1,126 | 0,289 |
| SF36_DF              | 81,522                 | 32,778 | 87,831                    | 27,484 | 3,836 | 0,051 |
| SF36_DL              | 59,472                 | 10,095 | 61,429                    | 9,967  | 3,311 | 0,070 |
| SF36_VT              | 57,826                 | 21,879 | 60,714                    | 17,607 | 1,871 | 0,172 |
| SF36_FS              | 79,115                 | 23,501 | 83,995                    | 20,951 | 4,216 | 0,041 |
| SF36_DE              | 75,155                 | 36,946 | 78,836                    | 35,548 | 0,899 | 0,344 |
| SF36_SM              | 70,907                 | 18,836 | 74,709                    | 16,236 | 4,114 | 0,043 |
| SF36_CT              | 64,286                 | 24,481 | 70,238                    | 17,785 | 6,900 | 0,009 |
| PCS                  | 75,164                 | 14,092 | 78,512                    | 11,257 | 6,083 | 0,014 |
| MCS                  | 70,751                 | 21,910 | 74,564                    | 18,860 | 3,061 | 0,081 |
| MOS SF36<br>TOTAL    | 73,013                 | 16,463 | 76,538                    | 12,633 | 5,110 | 0,024 |

En la misma línea, se detectaron niveles más altos en burnout (Tabla 4) en los profesionales de centros residenciales, tanto en las dimensiones como en la puntuación total ( $F=16,77$ ,  $p=,000$ ), lo que será compatible con profesionales más agotados, tendentes a percibirse a sí mismos menos eficaces y competentes, con actitudes más frías y tratos más distantes hacia los usuarios de los recursos asistenciales residenciales.

**Tabla 4**

*Inventario de Burnout de Servicios Generales. Comparativa de 2 grupos en función del tipo de recurso gerontológico*

| Dimensiones                              | Residencias<br>(n=161)       |        | Centros de día<br>(n=189) |        | F      | Sig.  |
|--|------------------------------|--------|---------------------------|--------|--------|-------|
|  | Mean                         | SD     | Mean                      | SD     |        |       |
|  | <b>Agotamiento emocional</b> | 10,311 | 7,819                     | 7,709  |        |       |
| <b>Cinismo/<br/>despersonalización</b>   | 5,050                        | 5,765  | 3,450                     | 3,725  | 9,771  | 0,002 |
| <b>Falta de eficacia<br/>profesional</b> | 8,638                        | 6,276  | 7,037                     | 5,094  | 6,912  | 0,009 |
| <b>MBI TOTAL</b>                         | 23,844                       | 14,515 | 18,196                    | 11,227 | 16,769 | 0,000 |

Los profesionales de centros de día, obtienen mejores puntuaciones en cuanto a la medición del engagement (Tabla 5), con especial atención a la dimensión "dedicación" ( $F=4,15$ ,  $p=,042$ ), mostrando así mejores niveles



de implicación, con mayor entusiasmo y orgullo por la labor que realizan, sentimientos de reto por el trabajo y significación del mismo.

**Tabla 5**

*Utrecht Work Engagement Scale. Comparativa de 2 grupos en función del tipo de recurso gerontológico*

| Variables         | Residencias<br>(n=161) |       | Centros de día<br>(n=189) |       | F     | Sig.  |
|-------------------|------------------------|-------|---------------------------|-------|-------|-------|
|                   | Mean                   | SD    | Mean                      | SD    |       |       |
|                   | UWES                   |       |                           |       |       |       |
| <b>Vigor</b>      | 21,460                 | 6,322 | 22,175                    | 4,857 | 1,428 | 0,233 |
| <b>Dedicación</b> | 22,273                 | 6,082 | 23,476                    | 4,965 | 4,148 | 0,042 |
| <b>Absorción</b>  | 20,826                 | 6,516 | 21,335                    | 5,190 | 0,659 | 0,417 |

Son estos profesionales los que reflejan mejores niveles de calidad de vida profesional (Tabla 6), observándose diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones: "apoyo directivo" (F=14,17, p=,000), "carga de trabajo" (F=18,96, p=,000) y "motivación intrínseca" (F=6,14, p=0,14). Las personas que trabajan en centros de atención diurna refieren tener más apoyo directivo, mayor motivación intrínseca y menor carga de trabajo.

**Tabla 6**

*Cuestionario de Calidad de Vida Profesional-35. Comparativa de 2 grupos en función del tipo de recurso gerontológico*

| Dimensiones                  | Residencias<br>(n=161) |        | Centros de día<br>(n=189) |        | F      | Sig.  |
|------------------------------|------------------------|--------|---------------------------|--------|--------|-------|
|                              | Mean                   | SD     | Mean                      | SD     |        |       |
|                              | CVP-35                 |        |                           |        |        |       |
| <b>Apoyo directivo</b>       | 82,450                 | 27,239 | 92,111                    | 20,634 | 14,172 | 0,000 |
| <b>Carga de trabajo</b>      | 67,012                 | 18,835 | 58,984                    | 15,551 | 18,963 | 0,000 |
| <b>Motivación intrínseca</b> | 72,832                 | 10,942 | 75,492                    | 9,132  | 6,144  | 0,014 |

### 3. CONCLUSIONES

En general, los profesionales de centros diurnos presentan niveles más elevados de calidad de vida relacionada con la salud, engagement y calidad de vida profesional. Por el contrario, los profesionales de centros residenciales muestran mayores niveles de burnout.

Los profesionales de los centros gerontológicos, dadas las características de su desempeño laboral, están especialmente expuestos a sufrir el denominado por Maslach síndrome de burnout, posteriormente designado como síndrome de desgaste profesional.

El estrés laboral crónico suele aparecer en los profesionales que mantienen una relación de ayuda constante y



directa con otras personas, tras soportar una sobrecarga de trabajo duradera y, normalmente, tras poner unas expectativas y una dedicación considerables en su trabajo. Esto ocurre con más frecuencia en los centros residenciales, donde observamos los niveles más elevados en este estudio.

El estrés laboral está relacionado con la insatisfacción profesional y con la percepción de peor calidad de vida en el trabajo.

Por el contrario, altos niveles de engagement se relacionan con baja probabilidad de desarrollar burnout, tal como se evidencia en el estudio, correlacionándose con mejores niveles de calidad de vida profesional y de salud.

Se presta atención y se invierte en modelos de atención, decoración, innovación, tics... con la intención de que mejoren la calidad asistencial, pero quizás se esté descuidando la situación de los equipos de atención directa, responsables últimos de dicha calidad.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a todos los responsables de los centros gerontológicos participantes por habernos abierto las puertas y facilitarnos la recogida de información, así como a todos los profesionales de los mismos, que han hecho posible el estudio.

## REFERENCIAS

- Alonso, J., Prieto L. y Anto J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*, 104, 771- 776.
- Alonso J., Regidor, E., Barrio G., Prieto L., Rodríguez C. y De la Fuente L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin*, 111, 410-416.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *FMC*, 7, 53-68.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jimenez, B., Monteiro, MJ. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *Int J Nurs Stud*, 47(2), 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014>
- Harrad, R. y Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Bio Med Atenei Parmensis*, 89, 60–69. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7830>.
- Maricuțoiu, L., Sulea, C. y Iancu, A. (2017). Work engagement or burnout: Which comes first? A meta-analysis of longitudinal evidence. *Burnout Research*, 5, 35-43. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.001>
- Martín, J., Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. y Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit* 18(2), 129-136.
- Maslach C, Leiter, MP. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>.
- Neuberg, M., Zeleznik, D., Mestrovic, T., Ribic, R., Kozina, G. (2017). Is the burnout syndrome associated with



elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study among nurses. *Arch Ind Hyg Toxicol*, 68(3), 190–197. [https://doi.org/ 10.1515/aiht-2017-68-2982](https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2982).

Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1),137-160.

Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M. y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134.

Sanchez, S., Mahmoudi, R., Moronne, I., Camonin, D., Novella, J.L. (2015). Burnout in the field of geriatric medicine: review of the literature. *Eur Geriatr Med*, 6(2), 175–183. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.04.014>.

Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C. y Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory General Survey. En Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M.: *The Maslach Burnout Inventory Test Manual* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press.

Schaufeli, WB., Salanova, M., González-Romá, V. y Bakker, A.B. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.

# Calidad de vida y resiliencia en profesionales de centros gerontológicos de Galicia. Diferencias en función del perfil profesional.

Estela Alonso Posada<sup>1</sup>, José María Faílde Garrido<sup>2</sup>, María Dapía Conde<sup>2</sup> y Javier Martínez Torres<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Dependencia y Autonomía Personal - Xunta de Galicia* <sup>2</sup>*Facultad de Educación y Trabajo Social - Universidad de Vigo* <sup>3</sup>*Escuela Superior de Ingeniería - Universidad de Vigo*

Palabras clave (Keywords): calidad de vida, resiliencia, profesionales, gerontología

## RESUMEN

El presente estudio pretende evaluar en cuidadores formales de personas mayores, los niveles de calidad de vida y resiliencia, en función del perfil profesional: sanitario o psicosocial.

La muestra estaba integrada por 350 profesionales de centros gerontológicos y residenciales de Galicia. La edad media se situó en 37,95 (SD=9,95), siendo el 88,6% mujeres, con una experiencia laboral de 7,51 años (SD=6,01), de los cuales el 75% son profesionales con perfil sanitario y el 25% tienen un perfil psicosocial. El 46% trabajan en centros residenciales y el 54% en centros de día.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del perfil sanitario o psicosocial de los profesionales en varios dominios del SF-36. En todos ellos, son los trabajadores de perfil sanitario los que obtienen niveles más bajos. Asimismo, es este perfil el que muestra características más resilientes.

Los resultados indican peores niveles de salud en los profesionales sanitarios de instituciones gerontológicas. Sin embargo, parece ser un colectivo más resiliente, con mayor capacidad de superación y logro de objetivos. Los profesionales de ámbito psicosocial obtienen mejores puntuaciones en salud, que se corresponde también con los datos obtenidos en cuanto a la calidad de vida profesional.

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional, que es ya una realidad a nivel estatal y mundial, unido al aumento de la esperanza de vida, supone un incremento en la necesidad de centros de atención gerontológica, así como el número de profesionales especializados en este campo. Por este motivo, así como por el modo en el que la salud de los trabajadores y su bienestar incide directamente en la calidad de servicios prestados a los receptores finales, cabe prestar especial atención al impacto que tiene el trabajo en el ámbito gerontológico sobre los profesionales del mismo.



En el ámbito asistencial gerontológico los profesionales están expuestos a una serie de estresores específicos, los recogen en su trabajo Ortega y López (2003): el exceso de estimulación aversiva (expuestos al sufrimiento y muerte del usuario así como al dolor por la pérdida padecida por los familiares), contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda, frustración por no poder curar (objetivo para el que han sido entrenados), proporción muy alta de usuarios a los que atender, escasez de formación en habilidades de control de emociones, horario de trabajo irregular (turnos), conflicto y ambigüedad de rol, falta de cohesión en los equipos multidisciplinares y burocratización e individualismo en las instituciones sociosanitarias. Ésto puede provocar que, con el tiempo, el profesional se desmotive y se incremente el estrés laboral, deteriorándose la calidad de vida y consecuentemente la calidad del servicio.

Como factor protector contra el desarrollo del estrés laboral, podemos encontrar la resiliencia, la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido, con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave (Rutter, 1985). Los factores protectores que promueven conductas resilientes proceden, según Grotberg (1995) de tres posibles fuentes: a) de los atributos personales como inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas o competencia social; b) de los apoyos del sistema familiar; y c) del apoyo social derivado de la comunidad.

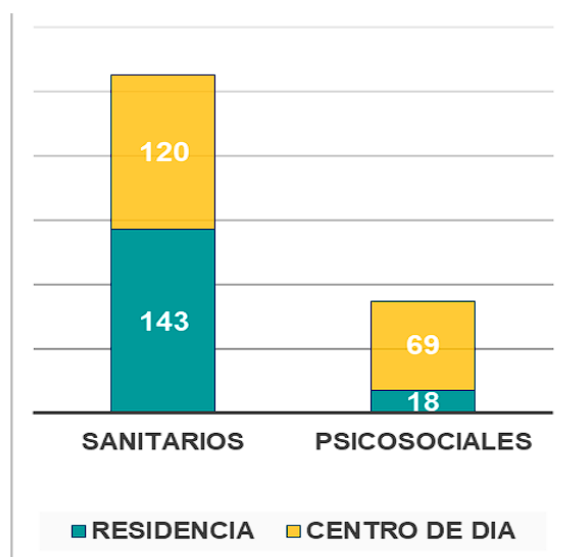
Se ha estudiado muy poco en cuanto a la calidad de vida de los profesionales del sector gerontológico, siendo la escasez de estudios todavía más patente en la investigación sobre las relaciones entre calidad de vida relacionada con la salud y burnout. Contrasta con el amplio estudio que existe en pacientes geriátricos y en cuidadores informales de ancianos. (Faílde et al, 2016).

A la vista de lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta el aumento continuo de los recursos gerontológicos, así como el aumento de los profesionales de los mismos, resulta necesario el estudio profundo de cómo afecta el trabajo con personas mayores institucionalizadas a los profesionales. El presente estudio pretende evaluar en cuidadores formales de personas mayores, los niveles de Calidad de Vida y resiliencia, en función del perfil profesional: sanitario o psicosocial.

## 2. MÉTODOS

### 2.1 PARTICIPANTES

La muestra estaba integrada por 350 profesionales de centros gerontológicos y residenciales de Galicia. La edad media se situó en 37,95 (SD=9,95), siendo el 88,6% mujeres, con una experiencia laboral de 7,51 años (SD=6,01), de los cuales el 75% son profesionales con perfil sanitario y el 25% tienen un perfil psicosocial (Grafico 1). El 46% trabajan en centros residenciales y el 54% en centros de día (tabla 1).



Se han considerado perfil sanitario a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y gerocultores y fisioterapeutas. El perfil psicosocial está compuesto por trabajador social, educador social, animador sociocultural, terapeuta ocupacional y psicólogo.

### Gráfico 1

Profesionales según centro y perfil profesional

### Tabla 1

*Datos sociodemográficos y laborales en función del perfil profesional.*

|                           | <b>SANITARIO<br/>(n=263)</b> | <b>PSICOSOCIAL<br/>(n=87)</b> |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <b>Media edad</b>         | 39,24                        | 34,07                         |
| <b>Sector profesional</b> | 75,0%                        | 25,0%                         |
| <b>Hombre</b>             | 11,4%                        | 11,5%                         |
| <b>Mujer</b>              | 88,6%                        | 88,5%                         |
| <b>Residencia</b>         | 54,4%                        | 20,7%                         |
| <b>Centro de día</b>      | 45,6%                        | 79,3%                         |



## 2.2 INSTRUMENTOS

A todos los participantes le fueron administradas las siguientes pruebas:

- Encuesta ad hoc de datos sociodemográficos y laborales.
- Connor-Davidson Resilience Scale (CD- RISC, Connor y Davidson, 2003).
- Cuestionario de Calidad de Vida Profesional-35 (QVP-35 en su denominación original). Este cuestionario está basado en el modelo de control de demanda de Karasek y está validado en el idioma español (Cabezas, 2000, Martín et al., 2004).
- Cuestionario de Salud MOS SF-36, versión adaptada al español por Alonso, Prieto y Antó (1995) y Alonso, Regidor, Barrio et al. (1998).

## 2.3 PROCEDIMIENTO

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio, que tiene en cuenta otros factores como la autoestima, el continuo burnout-engagement, o la calidad de sueño de los participantes como factores protectores o favorecedores de la percepción de la calidad de vida laboral y la salud en el ámbito del trabajo en entornos gerontológicos.

Para obtener la muestra se contactó telefónicamente con los centros de atención a personas dependientes. Una vez establecido el contacto y después de aceptar la participación en el trabajo, se conviene el procedimiento de entrega y recogida de cuestionarios. Previamente, se informó a los participantes acerca del objetivo de la investigación y se garantizó la confidencialidad y anonimato.

Se enviaron a cada centro el número de cuestionarios indicado por el responsable del mismo, en función del número de trabajadores. En total fueron 672, de los cuales se recogieron 350, lo que supone una participación en el estudio del 52,08%.

## 2.4 ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, tales como tendencia central y dispersión (medias y desviaciones típicas), análisis de frecuencia, porcentajes y contrastes analíticos mediante análisis de varianza (ANOVA). El programa estadístico empleado para el análisis de datos fue el SPSS-22 (Statistical Package for Social Sciences, versión 22). El nivel de significación establecido fue de  $\alpha=0.05$ .

## 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del perfil sanitario o psicosocial de los profesionales en varios dominios del SF-36: Salud General ( $F=7,30$ ,  $p=0,007$ ), Función Física ( $F= 8,09$ ,  $p=0,005$ ), Rol Físico ( $F=4,408$ ,  $p=0,036$ ), Transición de Salud ( $F=5,530$ ,  $p= 0,019$ ) y Salud Física General ( $F=5.835$ ,  $P=0,016$ ) (tabla 2).

**Tabla 2**

*Cuestionario de Salud MOS SF-36. Comparativa de 2 grupos en función del perfil profesional.*

| Variables            | Perfil sanitario<br>(n=263) |       | Perfil psicosocial<br>(n=87) |       | F     | Sig.  |
|----------------------|-----------------------------|-------|------------------------------|-------|-------|-------|
|                      | Mean                        | SD    | Mean                         | SD    |       |       |
|                      | SF36_SG                     | 68,23 | 17,39                        | 73,85 |       |       |
| SF36_FF              | 91,49                       | 14,08 | 95,98                        | 7,35  | 8,094 | 0,005 |
| SF36_DF              | 83,17                       | 31,72 | 90,23                        | 24,22 | 3,605 | 0,058 |
| SF36_DL              | 60,97                       | 10,08 | 59,20                        | 9,92  | 2,04  | 0,154 |
| SF36_VT              | 59,56                       | 20,18 | 58,85                        | 18,31 | 0,085 | 0,771 |
| SF36_FS              | 81,70                       | 22,61 | 81,90                        | 21,29 | 0,005 | 0,944 |
| MOS SF- 36 SF36_DE   | 79,47                       | 34,47 | 70,11                        | 40,36 | 4,408 | 0,036 |
| SF36_SM              | 73,31                       | 18,18 | 71,91                        | 15,56 | 0,415 | 0,52  |
| SF36_CT              | 65,97                       | 22,52 | 72,13                        | 16,36 | 5,53  | 0,019 |
| Salud física general | 76,04                       | 13,39 | 79,81                        | 10,03 | 5,835 | 0,016 |
| Salud Mental         | 73,51                       | 20,21 | 70,69                        | 20,85 | 1,25  | 0,264 |
| MOS SF36 TOTAL       | 74,81                       | 14,92 | 75,25                        | 13,67 | 0,059 | 0,808 |

Atendiendo al estudio de la resiliencia, los datos relevantes se observan en la dimensión “capacidad de superación y logro de objetivos” ( $F=5,088$ ,  $p=0,025$ ). Las diferencias etarias han sido estadísticamente significativas, siendo el grupo de profesionales sanitarios los que ostentan las edades más elevadas ( $F=18,540$ ,  $p=0,000$ ) (tabla 3).

**Tabla 3**

*Connor-Davidson Resilience Scale en función del perfil profesional.*

| Dimensiones  | Perfil sanitario<br>(n=263)  |       | Perfil psicosocial<br>(n=87) |       | F     | Sig.  |
|--|------------------------------|-------|------------------------------|-------|-------|-------|
|  | Mean                         | SD    | Mean                         | SD    |       |       |
|  | Afrontamiento y persistencia | 23,08 | 4,88                         | 22,20 |       |       |
| CD-RISC Capacidad de superación y logro de objetivos | 15,97                        | 3,15  | 15,14                        | 2,48  | 5,088 | 0,025 |
| Valoración positiva                                  | 17,73                        | 3,90  | 18,11                        | 4,62  | 0,593 | 0,442 |
| Confianza  | 6,29                         | 1,65  | 6,20                         | 1,61  | 0,231 | 0,631 |

En cuanto a la calidad de vida profesional, se observan diferencias significativas en la dimensión “apoyo directivo” ( $F= 6,855$ ,  $p=0,009$ ) (tabla 4).



**Tabla 4**

*Cuestionario de Calidad de Vida Profesional-35. Comparativa de 2 grupos en función del perfil profesional*

| Variables                | Perfil sanitario<br>(n=263) |       | Perfil psicosocial<br>(n=87) |       | F     | Sig.  |
|--------------------------|-----------------------------|-------|------------------------------|-------|-------|-------|
|                          | Mean                        | SD    | Mean                         | SD    |       |       |
|                          | Apoyo directivo             | 85,73 | 24,95                        | 93,55 |       |       |
| CVP-35 Carga de tra-bajo | 62,64                       | 18,49 | 62,87                        | 14,63 | 0,011 | 0,915 |
| Motivación intrínseca    | 74,16                       | 10,40 | 74,61                        | 9,08  | 0,132 | 0,717 |

Los perfiles sanitarios, parecen tener más resiliencia, más capacidad para afrontar la adversidad en términos de mayor capacidad de superación y logro de objetivos que sus compañeros de ámbito psicosocial. Sin embargo, también perciben peor su estado de salud general, así como su salud física. Sienten que su salud limita sus actividades físicas de la vida diaria o su cuidado personal. Asimismo, su percepción de salud en el momento de la realización del cuestionario, ha sido considerada peor que un año antes. Por el contrario, los profesionales con perfiles psicosociales refieren peores valoraciones en cuanto a la dimensión emocional, considerando que los problemas emocionales afectan a su trabajo y otras actividades de la vida diaria, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo. Son también los perfiles psicosociales los que perciben mayor apoyo directivo, así como valores más altos en las dimensiones de calidad de vida profesional.

## 4. CONCLUSIONES

Los resultados indican peores niveles de salud general, función física y emocional y salud física general en los profesionales sanitarios de instituciones gerontológicas, percibiendo peor su salud cada año con respecto al anterior. Sin embargo, parece ser un colectivo más resiliente, con mayor capacidad de superación y logro de objetivos. Los profesionales de ámbito psicosocial refieren mejor calidad de vida relacionada con la salud correlacionándose con mejores niveles de calidad de vida profesional.

En este grupo, han predominado los auxiliares o gerocultores, quienes se responsabilizan en este tipo de centros de las labores más físicas relacionadas con los cuidados (aseo, transferencias, movilizaciones...), en contraposición a las características de las tareas más técnicas de los perfiles psicosociales. Esto podría explicar la mayor incidencia a nivel físico de los primeros en contraposición a la afectación más emocional de los segundos.



## REFERENCIAS

- Alonso, J., Prieto L. y Anto J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*, 104, 771-776.
- Alonso J., Regidor, E., Barrio G., Prieto L., Rodríguez C. y De la Fuente L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin*, 111, 410-416.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *FMC*, 7, 53-68.
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82
- Faílde J.M., Carballo J.A.S., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2013). Personalidad resistente, calidad de vida y burnout en profesionales de la salud de centros gerontológicos. *Salud i Ciencia*, 19(7), 599-606.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: streng - hening the human spirit. The International Resilience Project*. Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda.
- Martín, J., Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. y Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit* 18(2), 129-136.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1(47), 598-611



# O que pensam estudantes e profissionais de Educação Social sobre as pessoas mais velhas? Um estudo comparativo entre o antes e o depois da pandemia.

Lia Araújo<sup>1,2</sup>, Maria João Amante<sup>1,3</sup>, Susana Fonseca<sup>1,3</sup> y Paula Xavier<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>*Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal*

<sup>2</sup>*CINTESIS, Porto, Portugal*

<sup>3</sup>*CI&DEI, Viseu, Portugal*

Palabras clave (Keywords): Educação Social, Idadismo, Perceções, Envelhecimento

## RESUMO

Objetivos: conocer la percepción de los estudiantes y profesionales de Educación Social sobre las personas mayores y la etapa avanzada de la vida y las posibles influencias de la pandemia en la discriminación por la edad. Material y métodos: un total de 272 participantes respondieron a un cuestionario con 15 preguntas de verdadero y falso sobre hechos y mitos sobre el envejecimiento, basado en el Palmore Facts on Aging Quiz. Los datos fueron recolectados antes (febrero de 2018 y 2019) y después del inicio de la pandemia (febrero de 2021 y 2022), en un contexto de aula, con estudiantes del 1º año de el grado de Educación Social (n = 229; edad media de 19 años) y también tras el inicio de la pandemia (febrero de 2022) con Educadores Sociales (n = 43; edad media de 27 años) mediante el envío del mismo cuestionario por correo electrónico. Los datos se analizaron mediante análisis descriptivo. Resultados: se nota una existencia generalizada de percepciones falsas y negativas en la mayoría de los ítems considerados, con porcentajes más elevados entre los estudiantes. En ocho de los 15 ítems se encuentra el mayor porcentaje de ideas estereotipadas en 2021. La comparativa entre estudiantes y profesionales muestra que los profesionales tienen menos estereotipos sobre las personas mayores, aunque un porcentaje superior al 50% asocia a personas mayores a los 65 años, depresión, soledad y pobreza. Conclusiones: los datos de este estudio permiten percibir que, en general, los estudiantes y profesionales de la Educación Social tienen percepciones negativas respecto a la etapa avanzada de la vida, algo que, a pesar de ser transversal a todo el período considerado, se acentúa en los estudiantes que ingresaron el curso en el período pospandemia, que también puede estar relacionado con la imagen de fragilidad y vulnerabilidad que difundió la sociedad, asociada al COVID-19. El hecho de que los profesionales tengan percepciones menos negativas puede significar que la formación que tuvieron, así como la experiencia profesional, influyeron positivamente en la imagen social de las personas mayores, en línea con varios estudios internacionales que sugieren la educación sobre el envejecimiento y el contacto con personas mayores, en particular en actividades intergeneracionales, como estrategias imprescindibles en la lucha contra la discriminación por edad.



## 1. INTRODUÇÃO

Para todos nós existe um antes e um depois da pandemia COVID-19. Apesar de na sua origem estar um problema de saúde pública, as consequências da pandemia expandiram-se a outros domínios da nossa vida de forma significativa e permanente. Em fase de rescaldo, importa analisar essas consequências, identificando a sua gravidade e impacto bem como medidas de combate e minimização dos danos. Das várias mudanças ocorridas, sabe-se que aumentou significativamente a exclusão e o preconceito contra as pessoas mais velhas.

Para além da apresentação da COVID-19 como um “problema dos idosos”, muitos países optaram por impor restrições mais rígidas em função da idade, como a ordem de permanecer dentro de casa ou de não receberem visitas quando institucionalizados. Não obstante a intenção de proteção destas medidas, esta narrativa paternalista veio homogeneizar ainda mais este grupo populacional, contribuindo para acentuar as ideias estereotipadas já existentes dos mais velhos como vulneráveis e sem direito à opinião (Fraser et al. 2020), e para criar tensões entre gerações ao definir como é que os mais velhos se deveriam comportar durante a pandemia e ao desconsiderar a sua contribuição para a sociedade (Swift & Chasteen, 2021).

Mas o idadismo não é um fenómeno novo. Está identificado há praticamente 50 anos, desde que Robert Butler o apresentou pela primeira vez, como “a process of systematic stereotyping of and discrimination against people because they are old” (Butler, 1975, p. 12). De acordo com Levy (2009), este processo de internalização dos estereótipos em relação à idade começa durante a infância e continua ao longo da vida, podendo ser observado em todas as faixas etárias, desde as crianças pequenas até às próprias pessoas idosas.

O interesse e a investigação em torno do idadismo tem aumentado muito nos últimos anos, pela junção dos seguintes fenómenos: o crescente envelhecimento da população, ainda mais significativo em Portugal e Espanha enquanto países mais envelhecidos da Europa e até do Mundo (United Nations, 2019); o reconhecimento das graves interferências do idadismo na participação das pessoas mais velhas e na sua contribuição para a sociedade (Marques et al., 2020); e o exacerbar do idadismo que ocorreu durante a pandemia (Swift & Chasteen, 2021). Uma simples pesquisa na Web of Science (realizada em março de 2022) com a palavra “Ageism” encontrou 2510 resultados, dos quais 411 tinham sido publicados até ao ano de 2009, 1128 entre 2010 e 2019 e 726 desde 2020, sendo que só nos primeiros meses de 2022 já tinham sido publicados 31 artigos sobre este tema. Outra prova da sua crescente importância é a recente publicação da World Health Organization (2021) que, reconhecendo o idadismo como um desafio global e emergente, apresenta uma estrutura de ação para reduzir o preconceito em relação à idade, incluindo recomendações específicas para diferentes campos (e.g., governos, organizações da sociedade civil, sector privado), juntamente com evidências sobre a natureza e magnitude desta problemática.

No que toca a futuros profissionais de intervenção gerontológica, este assunto não podia ser mais premente. Já há evidências de que os preconceitos baseados na idade podem levar a uma relutância em trabalhar com a população mais velha e a decisões tendenciosas ou tratamento inadequado para com as mesmas (Simkins, 2007; Skirbekk & Nortvedt, 2014), com prejuízo para a sua dignidade e autonomia (Pritchard-Jones, 2017). Estes estudos, oriundos maioritariamente da área da saúde, têm vindo a demonstrar resultados preocupantes, no sentido de existirem preconceitos em relação à idade em contexto hospitalar. A evidência na área da intervenção social não é tão extensa e expressiva, mas há já alguns estudos que demonstram que também os trabalhadores sociais não são isentos de crenças estereotipadas acerca das pessoas mais velhas (Araújo

et al., 2017). A maioria dos estudos existentes são desenvolvidos em contextos acadêmico, com futuros profissionais, e para além de demonstrarem a existência de idadeísmo, revelam a sua influência no desejo futuro de trabalhar na área do envelhecimento (Chonody, 2015) e a importância que as estratégias educativas podem ter na sua diminuição (Baik & Davitt, 2022; Even-Zohar & Werner, 2020).

## 2. MÉTODOS

De forma a aprofundar o conhecimento existente sobre esta temática, o presente estudo procurou conhecer a perceção de estudantes e profissionais de Educação Social sobre as pessoas mais velhas e a fase avançada de vida e as possíveis influências da pandemia no idadeísmo.

### 2.1 PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 229 estudantes do 1º ano do curso de Licenciatura em Educação Social, com uma média de idades de 19 anos e, sendo, maioritariamente mulheres. Destes, 64 participaram em 2018, 60 em 2019, 46 em 2021 e 59 em 2022. E 43 profissionais de Educação Social, com uma média de 27,4 anos, todas do sexo feminino, que terminaram o curso entre 2009 e 2022, das quais 51,2% depois de 2019. A maioria encontra-se empregada (65,1%) e as restantes a estudar (18,6%), a estagiar (9,3%) ou desempregadas (9,3%). Das que se encontram a trabalhar, 22 (51,1%) estão a trabalhar na área, 13 com pessoas idosas, nomeadamente em estruturas residenciais (n=4), centros e dia (n=4), serviços de apoio domiciliário (n=3) e projetos comunitários (n=3).

### 2.2 INSTRUMENTOS

Utilizou-se um questionário com 15 itens (Figura 1), construído com base no Palmore Facts on Aging Quiz, o qual é reconhecido como o instrumento mais utilizado para avaliar conhecimentos gerais, factos e mitos sobre a fase avançada de vida (Palmore, 1977). Para cada item o/a participante tinha de assinalar verdadeiro ou falso.



## Figura 1

### Questionário

- Q1 Um idoso é todo aquele que tem 65 anos ou mais de vida.
- Q2 A personalidade altera-se fortemente com a idade.
- Q3 A depressão é um problema muito comum na velhice.
- Q4 Os sentimentos de solidão produzem-se quando não há família e/ou as pessoas vivem sozinhas.
- Q5 A maioria das pessoas idosas torna-se senil durante a velhice.
- Q6 Com a idade perde-se a capacidade para se ter relações sexuais.
- Q7 A maior parte das pessoas idosas tende a estar preocupada com a morte.
- Q8 A velhice pode ser encarada como uma segunda infância.
- Q9 Durante a velhice é difícil prevenir doenças.
- Q10 A maioria das pessoas idosas diz que está feliz a maior parte do tempo.
- Q11 As pessoas idosas são incapazes de aprender novas informações.
- Q12 As pessoas idosas parecem-se mais entre si que as jovens.
- Q13 A velhice deve ser um período de descanso.
- Q14 A maior parte das pessoas idosas vive num limiar abaixo da pobreza.
- Q15 Raramente alguém depois dos 65 anos produz um trabalho de grande mérito e reconhecimento.

## 2.3 PROCEDIMENTO

Estudantes do 1º do curso de Licenciatura em Educação Social de uma Instituição de Ensino Superior da zona centro de Portugal foram convidados a responder ao questionário na primeira aula de uma unidade curricular sobre Psicologia do Adulto e Idoso. Para este estudo foram consideradas as respostas de duas turmas que responderam ao questionário antes da pandemia (2018 e 2019) e de duas turmas que responderam depois do início da pandemia (2021 e 2022). No início de 2022 enviou-se o mesmo questionário online a todos os ex-estudantes que já tinham terminado o curso, tendo-se considerado as respostas obtidas num espaço de duas semanas após o envio do questionário.

## 2.4 ANÁLISE DE DATOS

Os dados recolhidos foram tratados com recurso à análise quantitativa descritiva (frequências), comparando-se por anos (antes e depois do início da pandemia) e por grupo (estudantes ou profissionais).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Numa análise mais geral aos dados, é de assinalar que, entre todos os anos, quer em estudantes quer em profissionais, a concordância com as ideias estereotipadas é superior a 50% para a maioria dos itens. Começando com as respostas dos estudantes, em nove das 15 questões, a maioria concorda com as afirmações, no sentido de considerar as pessoas mais velhas pela sua idade cronológica, como deprimidas, que se sentem sós quando estão sozinhas, com problemas cognitivos, sem capacidade sexual, preocupadas com a morte, semelhantes a crianças, pobres e muito parecidas entre si. A comparação entre anos permite identificar o ano de 2021 como o que tem as percentagens mais elevada de concordância (em oito dos 15 itens considerados), verificando-se mesmo, neste ano, concordâncias superiores a 90% (algo que não acontece nos restantes anos) nas questões 4 (Os sentimentos de solidão produzem-se quando não há família e/ou as pessoas vivem sozinhas) e 5 (A maioria das pessoas idosas torna-se senil durante a velhice). Números tão elevados de concordância com estes esterótipos podem estar relacionados com a ideia de que as pessoas mais velhas foram forçadas ao isolamento durante a pandemia e com a ideia de fragilidade pois a maioria das notícias transmitidas sobre pessoas idosas eram de contextos institucionais, onde se encontram pessoas com maior comorbilidade e dependência.

Em todos os anos as percentagens mais reduzidas verificam-se na questão 10 (A maioria das pessoas idosas diz que está feliz a maior parte do tempo), que é a única que representa uma ideia verdadeira sobre o processo de envelhecimento, e sobretudo na questão 11 (As pessoas idosas são incapazes de aprender novas informações) com percentagens inferiores a 11%. Este último resultado justifica-se pela natureza da formação em Educação Social, onde são trabalhados desde cedo conteúdos sobre a formação de adultos.

A comparação entre estudantes e profissionais permite identificar que, globalmente, os profissionais têm menos ideias erradas e preconceituosas. Ainda assim, a concordância é superior a 50% em quatro das 15 questões, relacionadas com a definição de pessoas idosa pela idade cronológica, o facto da depressão ser muito comum, das pessoas que vivem sozinhas sentirem-se sós e da maioria das pessoas mais velhas estarem abaixo do limiar da pobreza. Estas perceções podem estar relacionadas com os locais de intervenção socioeducativa, por norma junto de públicos mais fragilizados, quer do ponto de vista económico e social quer do ponto de vista físico e cognitivo. É também de notar que nenhum profissional concorda que as pessoas mais velhas são incapazes de aprender novas informações e que para 1/3 das questões, a percentagem de concordância é mesmo inferior a 30%, o que não acontece no grupo de estudantes. Estas questões, em que os profissionais demonstram menos perceções idadistas, são sobre perda de capacidade sexual, associação entre velhice e infância, dificuldades em prevenir doenças, homogeneização das pessoas mais velhas e ausência de trabalho de mérito e reconhecimento por pessoas idosas. Também na questão sobre o facto das pessoas idosas sentirem-se felizes a maior parte do tempo, a percentagem foi inferior a 30%, o que aqui já não é considerado positivo pois significa que cerca de 70% discorda.



**Tabela 1**

*Respostas afirmativas aos factos e mitos do envelhecimento*

| Q  | Estudantes    |               |               |               | Prof.         |
|----|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|    | 2018<br>n (%) | 2019<br>n (%) | 2021<br>n (%) | 2022<br>n (%) | 2022<br>n (%) |
| 1  | 42 (65,6)     | 41 (68,3)     | 33 (71,7)     | 31 (52,5)     | 25 (58,1)     |
| 2  | 29 (45,3)     | 42 (70,0)     | 26 (56,5)     | 42 (71,2)     | 13 (30,2)     |
| 3  | 33 (51,6)     | 45 (75,0)     | 31 (67,4)     | 38 (64,4)     | 24 (55,8)     |
| 4  | 43 (67,2)     | 47 (78,3)     | 43 (93,5)     | 33 (55,9)     | 29 (67,4)     |
| 5  | 46 (71,9)     | 47 (78,3)     | 42 (91,3)     | 46 (78,0)     | 16 (37,2)     |
| 6  | 41 (64,1)     | 39 (65,0)     | 32 (69,6)     | 38 (64,4)     | 11 (25,6)     |
| 7  | 51 (79,7)     | 48 (80,0)     | 34 (73,9)     | 46 (78,0)     | 21 (48,8)     |
| 8  | 44 (68,8)     | 49 (81,7)     | 33 (71,7)     | 47 (79,7)     | 11 (25,6)     |
| 9  | 36 (56,3)     | 40 (66,7)     | 26 (56,5)     | 21 (35,6)     | 10 (23,3)     |
| 10 | 5 (7,9)       | 5 (8,3)       | 9 (19,6)      | 14 (23,7)     | 11 (25,6)     |
| 11 | 1 (1,6)       | 1 (1,7)       | 5 (10,9)      | 5 (8,5)       | 0 (0,0)       |
| 12 | 34 (53,1)     | 31 (51,7)     | 30 (65,2)     | 36 (61,0)     | 10 (23,3)     |
| 13 | 40 (62,5)     | 27 (45,0)     | 30 (65,2)     | 39 (66,1)     | 18 (41,9)     |
| 14 | 39 (60,9)     | 34 (56,7)     | 30 (65,2)     | 30 (50,8)     | 25 (58,1)     |
| 15 | 25 (39,1)     | 25 (41,7)     | 21 (45,7)     | 16 (27,1)     | 8 (18,6)      |

## 4. CONCLUSÕES

Os dados aqui apresentados, pela elevada concordância com ideias erradas e discriminatórias sobre o envelhecimento, devem ser alvo de preocupação. Partindo do conhecimento atual sobre o impacto do idadismo na qualidade com que se vive a fase avançada de vida, importa tomar medidas urgentes.

Aumentar a conscientização, estimular a ação e combater o preconceito em relação à idade devem passar a fazer parte dos currículos de cursos de ensino superior, nomeadamente de Trabalho e Educação Social, pelo importante contributo que estes profissionais podem ter na promoção individual e social de um envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido. Com base nos resultados apresentados, mais precisamente na elevada percentagem de preconceitos e na influência positiva que a frequência no curso e a experiência profissional podem ter, é importante prestar atenção às estratégias que já deram provas positivas em outros estudos internacionais e que demonstram, unanimemente, a mais-valia das atividades educativas, sobretudo quando aliadas à intergeracionalidade (Burnes et al., 2019). As atividades pedagógicas intergeracionais que promovam aprendizagens e relacionamentos significativos entre estudantes e pessoas mais velhas, tal como demonstram as experiências desenvolvidas em contextos de ensino superior por Gardner e Alegre (2019), Branson (2022) e Levy (2018), intituladas “intergenerational service learning”, “speed dating” e “positive education about aging and contact experiences”, respetivamente. Aliás, numa recente revisão sistemática, o contacto com pessoas mais velhas foi identificado como o determinante mais importante do idadismo, com os autores a alertarem



para a necessidade de considerar a qualidade e o teor desse contacto (Marques et al., 2020). Devem ser fomentadas interações positivas, que permitam aos estudantes constatarem as capacidades das pessoas mais velhas, nomeadamente em atividades com partilha de experiências de envelhecimento produtivo e ativo, resiliência e adaptação aos desafios do envelhecimento.

A literatura também tem vindo a demonstrar a influência dos meios de comunicação social na construção destes estereótipos, como o estudo de Jimenez-Sotomayor e colegas (2020), que identificou que a maioria dos tweets relacionados com a COVID-19 e adultos mais velhos continha opiniões pessoais e piadas, com 25% tendo mesmo conteúdo idadista ou potencialmente ofensivo para os mais velhos. É por isso importante, melhorar a representação das pessoas idosas e da fase avançada de vida em conteúdos de media, onde a apresentação de imagens mais positivas de idosos oferece um caminho promissor para combater o envelhecimento (Oró-Piqueras & Marques, 2017). Ainda, evitar a ideia divisiva do “nós” vs. “eles” ou “os novos” vs. “os idosos”, pois divide a sociedade e tem um impacto malicioso para os mais velhos mas também para os mais novos, nomeadamente através de projetos intergeracionais com apresentação de histórias de vida, que permitam fomentar esta ideia de curso e ciclo de vida. E evitar uma linguagem que fomenta a ideia dos “idosos” serem todos iguais ou serem definidos pela sua idade, enquanto “sexagenários”, “septuagenários”, ..., preferindo termos como “pessoas mais velhas” (Centre for Ageing Better, 2021).

## AGRADECIMENTOS

A todos e a todas os/as estudantes e profissionais de Educação Social que responderam ao questionário.

## REFERÊNCIAS

- Araújo, L., Amante, M. J. y Fonseca, S. (2017). Factos e mitos sobre envelhecimento em alunos no início de licenciatura em educação social. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, Extr*, 08. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.08.2328>.
- Baik, S. y Davitt, J. (2022). Factors Associated With Attitudes Toward Older Adults in Social Work Students: A Systematic Review. *Journal of Gerontological Social Work*, 65(2), 168-187. doi: 10.1080/01634372.2021.1944946
- Branson, D. (2022). Speed Dating with Older Adults: Reducing Ageism in Social Work Students. *Journal of Social Work Education*. doi: 10.1080/10437797.2021.2019645
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C., Wassel, M., Cope, R., Barber, C. y Pillemer, K. (2019). Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 109(8), 1-9. doi:10.2105/AJPH.2019.305123
- Butler, R. N. (1975). *Why Survive? Being Old in America*. Harper and Row.
- Center for Ageing Better. (2021). *Challenging ageism: A guide to talking about ageing and older age*. <https://ageing-better.org.uk/publications/challenging-ageism-guide-talking-about-ageing-and-older-age>
- Chonody, J. M. (2015). Addressing ageism in students: A systematic review of the pedagogical intervention literature. *Educational Gerontology*, 41(12), 859–887. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1059139>
- Even-Zohar, A. y Werner, S. (2020). The Effect of Educational Interventions on Willingness to Work with Older



Adults: A Comparison of Students of Social Work and Health Professions. *Journal of Gerontological Social Work*, 63, 114-132. doi: 10.1080/01634372.2020.1712511

Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L. y Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49, 692–695. doi: 10.1093/ageing/afaa097

Gardner, P. y Alegre, R. (2019). "Just like us": Increasing awareness, prompting action and combating ageism through a critical intergenerational service learning project. *Educational Gerontology*, 45(2), 146-158. doi: 10.1080/03601277.2019.1584976

Jimenez-Sotomayor, M., Gomez-Moreno, C. y Soto-Perez-de-Celis, E. (2020). Coronavirus, Ageism, and Twitter: An Evaluation of Tweets about Older Adults and COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68, 1661-1665.

Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to ageing. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332–336.

Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Peixeiro, F. y Martins, D. (2020). Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2560. doi:10.3390/ijerph17072560

Oró-Piqueras, M. y Marques, S. (2017). Images of old age in YouTube: Destabilizing stereotypes. *Continuum*, 31, 257–265.

Palmore, E. (1977). Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist*, 17(4), 315-320.

Pritchard-Jones, L. (2017). Ageism and autonomy in health care: Explorations through a relational lens. *Health Care Analysis*, 25(1), 72–89. <https://doi.org/10.1007/s10728-014-0288-1>

Simkins, C.L. (2007). Ageism's influence on health care delivery and nursing practice. *Journal of Student Nursing Research*, 1(1), 24–28. <https://repository.upenn.edu/josnr/vol1/iss1/5>

Skirbekk, H. y Nortvedt, P. (2014). Inadequate treatment for elderly patients: Professional norms and tight budgets could cause "ageism" in hospitals. *Health Care Analysis*, 22(2), 192–201. <https://doi.org/10.1007/s10728-012-0207-2>

Swift, H. y Chasteen, A. (2021). Ageism in the time of COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(2) 246–252. doi: 10.1177/71/3163688443300220983452

United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

World Health Organization. (2021). *Global Report on Ageism*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

# Reflexões sobre a formação dos Educadores Sociais nas conceções sobre a demência

Maria João Amante<sup>1,3</sup>, Lia Araújo<sup>1,2</sup>, Susana Fonseca<sup>1,3</sup> y Paula Xavier<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>*Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal*

<sup>2</sup>*CINTESIS, Porto, Portugal*

<sup>3</sup>*CI&DEI, Viseu, Portugal*

Palabras clave (Keywords): Educación Social, Demencia, Edadismo, Estigma

## RESUMEN

Objetivos: Comprender cuáles son las concepciones sobre la demencia en estudiantes de Educación Social que cursan el último año de la graduación, identificar el miedo futuro de tener esta enfermedad y reflexionar sobre su formación. Material y métodos: Estudio exploratorio utilizando un cuestionario adaptado de Karasik (2018), compuesto por 15 ítems, con una escala de respuesta de 5 puntos, con el objetivo de comprender las concepciones sobre la demencia de una muestra de 104 estudiantes, en el último año de la graduación de Educación Social, de una institución politécnica en el centro de Portugal. También se utilizó una lista de ocho enfermedades para clasificar según el miedo a contraerlas. Os participantes son todas mujeres, con una edad promedio de alrededor de 21 años. Los datos se recogieron en cuatro clases de los años académicos 2019/20 y 2020/21. Resultados: En el análisis global de los resultados del cuestionario adaptado de Karasik (2018), para una mejor comprensión de las respuestas, los ítems fueron analizados en tres Categorías, considerando conjuntamente los dos niveles de desacuerdo y los dos niveles de acuerdo. En la categoría Características o Comportamientos de las personas con demencia se encontraron conocimientos adecuados y menos estereotipos. En los Comportamientos y Competencias de los encuestados, las habilidades comunicativas emergen consolidadas, pero en los comportamientos de intervención hay un número muy considerable de opiniones que demuestran poca consistencia de conocimientos adecuados. Hubo unanimidad sobre la posibilidad de intervención. No hubo diferencias entre años académicos, lo que apunta a una consistencia en el impacto de la formación. Aun así, es preocupante el número de respuestas que indican concepciones inadecuadas sobre la demencia. Respecto al miedo a contraer enfermedades, la demencia aparece en tercer lugar, tras el cáncer y el accidente vascular cerebral. Conclusiones: El alumnado de Educación Social que ha participado en el estudio manifiesta mayoritariamente algún conocimiento sobre la demencia al final de su formación, aún existe, sin embargo, un porcentaje considerable de indecisión en algunos temas y, en algunos casos, de cierto estigma y edadismo. Aunque la capacitación parece haber tenido un impacto positivo y consistente en algunos aspectos, se necesita una mayor inversión en algunos temas específicos de este problema para garantizar que los futuros profesionales sean agentes potenciales para la deconstrucción del estigma y edadismo asociados con él. Además, será cada vez más probable que trabajen con esta población, dado su aumento exponencial previsto.



## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2017) estima que em todo o mundo existam 47.5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75,6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 13,5 milhões tornando-a, conseqüentemente, um problema sério de saúde pública. Nos países com elevado rendimento, as demências representam a quarta causa de morte (World Health Organization [WHO], 2012) e são a segunda doença crónica que mais contribui para anos vividos com incapacidade nas pessoas com 60 e mais anos (Alzheimer's Disease International [ADI], 2019). A previsão da Alzheimer Europe (2019) para 2050 é de 18846286 casos na Europa, estimando que em 2050 a percentagem de população com demência em Itália (4,13), Espanha (3,99), Grécia (3,95) e Portugal (3,82) seja a mais elevada da Europa.

As pessoas que vivem com demência sofrem um duplo estigma, o idadismo associado à maior prevalência em idade avançada e a baixa literacia sobre estas doenças (Perel-Levin, 2019). Efetivamente o maior fator de risco é a idade e o risco duplica a cada 6,3 anos de vida (Prince et al., 2013).

A baixa literacia leva à construção de estereótipos considerando que todas as pessoas que vivem com demência são: um fardo para a família; um fardo para o sistema de saúde; delirantes; sem esperança; incapaz de falar por si mesmo; incompetente; invariavelmente velho; no caminho da inevitável morte; incapaz de contribuir para a sociedade; inconsciente de suas habilidades ou limitações e não confiável (Young, 2019).

As atitudes idadistas associadas ao estigma da doença podem ter um impacto negativo na formação dos profissionais e no pessoal de saúde e apoio social e conseqüentemente no desenvolvimento da sua prática. Por outro lado, essas atitudes contribuem para um pessimismo persistente e derrotista que caracteriza muitos dos serviços para pessoas idosas e especialmente os que se destinam a pessoas com demência (Perel-Levin, 2019).

Assim, torna-se urgente avaliar e refletir sobre a formação dos profissionais para que também eles possam contribuir, com a sua prática, para a diminuição de estereótipos idadistas e de estigma o que poderá potenciar mudanças na comunidade em geral. De acordo com o World Alzheimer Report 2019 "(...) attitudes to dementia, and specifically stigma, are still a major barrier to people seeking out information, help, advice, support and even a diagnosis; preventing or delaying people from putting plans in place; progressing to a stage of acceptance and being able to adjust to live with dementia" (ADI, 2019, p. 13).

## 2. MÉTODOS

Foi realizado um estudo exploratório para perceber quais as conceções sobre a demência em estudantes de Educação Social que frequentam o último ano da licenciatura, identificar o receio futuro de ter esta doença de entre um conjunto de problemas de saúde proposto e refletir sobre os resultados da sua formação no que se refere aos estereótipos associados à demência.

### 2.1 PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 104 estudantes, do último ano do curso de licenciatura em Educação Social, numa instituição politécnica do centro de Portugal, todas do género feminino, com uma média de idades de cerca de 21 anos. Estas estudantes têm no seu plano curricular três unidades curriculares que abordam questões

relacionadas com o envelhecimento e também questões específicas das demências, a saber: Psicologia do Adulto e do Idoso (1.º ano), Intervenção Socioeducativa com Pessoas Idosas (2.º ano) e Intervenção Socioeducativa na Demência (3.º ano).

## 2.2 INSTRUMENTOS

Com o objetivo de perceber as concepções sobre a demência utilizou-se um questionário com 15 itens (Figura 1), adaptado de Karasik (2018), com escala de resposta de 5 pontos, que vão de 1 (Discordo Completamente), 2 (Discordo um pouco), 3 (Não concordo nem discordo), 4 (Concordo um pouco) e 5 (Concordo completamente).

Foi ainda utilizada uma lista de oito doenças para ordenar de acordo com o receio de as contrair ao longo da sua vida e que incluía doenças do coração, gripe, cancro, diabetes, demência, depressão, VIH/sida e acidente vascular cerebral. As alunas deveriam atribuir 1 à que tinham mais receio de contrair e 8 à que tinham menos receio.

### Figura 1

#### *Itens do Questionário*

- Q1 - É normal as pessoas com demência gritarem e chorarem sem razão.
- Q2 - As pessoas com demência não se importam com o que fazes ou dizes.
- Q3 - Nunca se deve mentir a uma pessoa com demência.
- Q4 - É importante corrigir uma pessoa com demência quando diz alguma coisa que não seja verdade.
- Q5 - Estou sempre desconfortável próximo de uma pessoa com demência.
- Q6 - Se uma pessoa com demência não responde imediatamente, deve-se ajudar a pessoa fazendo os dois lados da conversação.
- Q7 - Não é o que se diz, mas a forma como se diz que é o mais importante.
- Q8 - Sinto-me frustrado quando não entendo o que alguém está a tentar dizer-me.
- Q9 - As pessoas com demência frequentemente conseguem perceber mais do que conseguem dizer.
- Q10 - Uma vez que uma pessoa já não consiga falar também já não está capaz de comunicar.
- Q11 - Eu não sei o que dizer quando estou perante uma pessoa com um comprometimento físico.
- Q12 - Eu não sei o que dizer quando estou perante uma pessoa com um comprometimento cognitivo.
- Q13 - Mudar a forma como eu comunico pode ajudar uma pessoa com demência a perceber-me melhor.
- Q14 - Mudar a forma como comunico pode ajudar-me a perceber melhor uma pessoa com demência.
- Q15 - Na verdade, não existe muito que se possa fazer para ajudar uma pessoa com demência.



## 2.3 PROCEDIMENTO

Estudantes do terceiro ano do curso de Licenciatura em Educação Social de uma Instituição de Ensino Superior da zona centro de Portugal foram convidados a responder ao questionário no decurso das aulas das unidades curriculares lecionadas pelos autores. Para este estudo foram consideradas as respostas de duas turmas nos anos letivos de 2019-2020 e de duas turmas no ano letivo de 2021-2022.

## 2.4 Análise de dados

Os dados recolhidos foram tratados com recurso à análise quantitativa descritiva global (frequências) e comparando por anos letivos (2019/20 e 2021/22).

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciando a análise dos resultados pelo questionário adaptado de Karasik (2018), para uma melhor compreensão e análise das respostas, organizámos os itens em três Categorias e consideramos conjuntamente os dois níveis de discordância (1 - Discordo Completamente; 2 - Discordo um pouco) e os dois de concordância (4 - Concordo um pouco; 5 - Concordo completamente).

Na primeira categoria colocámos os itens que dizem respeito a Características ou comportamentos das pessoas com demência (Itens 1, 2, 9 e 10). Aqui verificou-se uma percentagem mais elevada de respostas nos níveis que refletem conhecimento adequado e menos estereótipos nos itens 2 (85%), 9 (48%) e 10 (89%) (Tabela 1). Isto é, os participantes discordam maioritariamente de que “As pessoas com demência não se importam com o que fazes ou dizes” e de que “Uma vez que uma pessoa já não consiga falar também já não está capaz de comunicar”. No entanto, embora concordando que “As pessoas com demência frequentemente conseguem perceber mais do que conseguem dizer”, existe alguma dúvida refletida nos 40% que selecionam o nível central (Não concorda, nem discorda). Nesta categoria apenas o item 1, “É normal as pessoas com demência gritarem e chorarem sem razão” revela preocupação e carece de atenção porque 45% concorda e 28% não tem posição. Apenas 27% afirma discordar. Na segunda Categoria consideramos os itens que se referem aos Comportamentos e Competências do respondente, organizados em duas sub-categorias de análise. Na primeira foram colocados os itens que fazem menção às competências comunicacionais (itens 7, 11, 12, 13, e 14). O conhecimento das competências comunicacionais no que refere a si próprio (item 7 - Não é o que se diz, mas a forma como se diz que é o mais importante; item 13 - Mudar a forma como eu comunico pode ajudar uma pessoa com demência a perceber-me melhor; item 14 - Mudar a forma como comunico pode ajudar-me a perceber melhor uma pessoa com demência) estão maioritariamente consolidadas com 79%, 92% e 87%, respetivamente, dos participantes a concordar com a afirmação, verificando-se sentido idêntico quando se trata da interação comunicacional com a pessoa com demência (item 11 - Eu não sei o que dizer quando estou perante uma pessoa com um comprometimento físico; item 12 - Eu não sei o que dizer quando estou perante uma pessoa com um comprometimento cognitivo) com apenas 15% a concordar com as afirmações (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Respostas ao Questionário de Karasik (2018)*

| <b>itens</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>1</b>     | n=9      | n=19     | n=29     | n=37     | n=10     |
|              | 2        | 18%      | 28%      | 35%      | 10%      |
| <b>2</b>     | n=52     | n=36     | n=5      | n=7      | n=3      |
|              | 4        | 35%      | 5%       | 7%       | 3%       |
| <b>3</b>     | n=3      | n=13     | n=30     | n=17     | n=39     |
|              | 6        | 13%      | 29%      | 16%      | 38%      |
| <b>4</b>     | n=13     | n=28     | n=24     | n=27     | n=12     |
|              | 8        | 27%      | 23%      | 26%      | 12%      |
| <b>5</b>     | n=73     | n=15     | n=10     | n=5      | n=0      |
|              | 10       | 15%      | 10%      | 5%       | 0        |
| <b>6</b>     | n=20     | n=22     | n=21     | n=21     | n=19     |
|              | 12       | 21%      | 20%      | 20%      | 18%      |
| <b>7</b>     | n=3      | n=10     | n=7      | n=30     | n=52     |
|              | 14       | 10%      | 7%       | 29%      | 50%      |
| <b>8</b>     | n=14     | n=22     | n=16     | n=37     | n=14     |
|              | 14%      | 21%      | 15%      | 36%      | 14%      |
| <b>9</b>     | n=5      | n=8      | n=41     | n=33     | n=17     |
|              | 5%       | 8%       | 40%      | 32%      | 16%      |
| <b>10</b>    | n=75     | n=18     | n=4      | n=3      | n=2      |
|              | 72%      | 17%      | 4%       | 3%       | 2%       |
| <b>11</b>    | n=45     | n=32     | n=10     | n=14     | n=1      |
|              | 43%      | 31%      | 10%      | 14%      | 2%       |
| <b>12</b>    | n=33     | n=43     | n=12     | n=13     | n=2      |
|              | 32%      | 41%      | 12%      | 13%      | 2%       |
| <b>13</b>    | n=2      | n=0      | n=4      | n=21     | n=75     |
|              | 2%       | 0        | 4%       | 20%      | 72%      |
| <b>14</b>    | n=2      | n=2      | n=9      | n=26     | n=64     |
|              | 2%       | 2%       | 9%       | 25%      | 62%      |
| <b>15</b>    | n=93     | n=9      | n=1      | n=0      | n=1      |
|              | 90%      | 9%       | 1%       | 0        | 1%       |



Na segunda sub-categoria foram analisados os itens que se referem a Comportamentos do respondente na intervenção com a pessoa com demência (itens 3, 4, 5, 6 e 8). Nos itens 3, 4 e 6 (Nunca se deve mentir a uma pessoa com demência; É importante corrigir uma pessoa com demência quando diz alguma coisa que não seja verdade; Se uma pessoa com demência não responde imediatamente, deve-se ajudar a pessoa fazendo os dois lados da conversação), embora as opiniões, na sua maioria, sejam no sentido correto, 54%, 40% e 40%, respetivamente, existe um número muito considerável de opiniões que demonstram pouca consistência de conhecimento adequado das questões em análise (Tabela 1). Relativamente às emoções perante uma pessoa com demência (Item 5 - Estou sempre desconfortável próximo de uma pessoa com demência; Item 8 - Sinto-me frustrado quando não entendo o que alguém está a tentar dizer-me) constata-se que 85% sente-se confortável na relação com pessoas com demência, mas 50% referem frustração nas dificuldades de comunicação (Tabela 1).

Os resultados na terceira categoria, apenas com o item 15, Perspetiva Global sobre a Intervenção, permite concluir que, pese embora algumas dificuldades ou desconhecimento em algumas áreas, a quase totalidade dos alunos (99%) considera “existir muito que se possa fazer para ajudar uma pessoa com demência” (Tabela 1), afastando-se dos resultados do World Alzheimer Report 2019 (ADI, 2019) que apontou para 1 em cada 4 pessoas que consideraram não haver nada a fazer relativamente à demência.

Analisando por ano letivo, 2019/20 e 2020/21, não se verificam diferenças de opinião a assinalar na maioria dos itens, com tendências de resposta muito semelhantes, revelando que a formação e informação acerca desta temática, em termos de impacto nas opiniões dos alunos, aparenta ter sido idêntica.

Relativamente ao questionário de ordenação do receio de contrair uma doença, a demência surge em terceiro lugar, após o cancro e o acidente vascular cerebral, indo no sentido do relatório anteriormente referido, da World Alzheimer (ADI, 2019) que aponta para 78% das pessoas revelarem receio de vir a ter demência em qualquer altura da sua vida (Tabela 2).

## **Tabela 2**

### *Ordem do medo de contrair doenças*

| Doenças        | Ordem |
|----------------|-------|
| Coração        | 6     |
| Gripe          | 8     |
| Cancro         | 1     |
| Diabetes       | 7     |
| Demência       | 3     |
| Depressão      | 5     |
| VIH/sida       | 4     |
| A. V. Cerebral | 2     |



## 4. CONCLUSÕES

A primeira conclusão que queremos salientarmos deste trabalho é que se verifica uma perspetiva muito positiva das alunas face à importância da intervenção com pessoas com demência, por considerarem que há muito a fazer por essas pessoas. Esta perspetiva afasta-se dos resultados da World Alzheimer no seu Relatório de 2019 (ADI, 2019) que apontou 25% das pessoas inquiridas a considerarem não haver nada a fazer. Assim, leva-nos a colocar a hipótese de que a formação possa estar a contribuir para que, neste aspeto, as futuras profissionais possam ir com uma atitude menos pessimista e contribuam para melhores e mais eficazes serviços de apoio a pessoas com demência (Perel-Levin, 2019).

O conhecimento relativo a competências comunicacionais são os que revelam estar melhor adquiridos. Não deve ser alheia a este resultado a ênfase colocada nesta questão, quer nas unidades curriculares referenciadas, e que abordam questões relativas ao envelhecimento e à demência, quer noutras que discutem do ponto de vista geral a comunicação e as suas implicações nas relações interpessoais. Deste modo, aqui a formação deve ser mantida uma vez que parece estar consolidada.

No entanto, existem alguns temas que terão que ser mais aprofundados, nomeadamente no que se refere aos comportamentos das pessoas com demência. Pensamos que tal se deve a que, dada a natureza destes conteúdos, não será suficiente apenas uma abordagem teórica. É aqui que existem mais estereótipos quer relativos à idade quer relativos à demência. Ora, tendo em conta que este processo de internalização dos estereótipos em relação à idade começa durante a infância e continua ao longo da vida, podendo ser observado em todas as faixas etárias, desde as crianças pequenas até às próprias pessoas idosas (Levy, 2009; Young, 2019), a sua mudança e desconstrução é mais resistente, exigindo, do nosso ponto de vista, que a formação proporcione experiências de contacto direto, enquanto metodologia que contribua para que alguns estereótipos que sustentam o estigma sejam modificados.

É indispensável que as instituições de formação dos técnicos de intervenção nestas áreas, os currículos e as metodologias favoreçam a redução do estigma, contribuindo para que os alunos, futuros técnicos, possam ser agentes de mudança.

A redução das atitudes ageistas e do estigma perante as pessoas com demência, terá impacto nas práticas e na cultura organizacional das instituições que cuidam destas pessoas (Perrel-Levin, 2019)

## AGRADECIMENTOS

A todas as estudantes de Educação Social que responderam ao questionário.

Ao CI&DEI, pelo apoio a algumas das autoras.



## REFERÊNCIAS

- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019, Estimating the prevalence of dementia in Europe*. [https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer\\_europe\\_dementia\\_in\\_europe\\_yearbook\\_2019.pdf](https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf)
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019. Attitudes to dementia*. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>
- Karasik, R. (2018). Dementia. In H. Baker, T. Kruger, & R. Karasik (Eds.), *Teaching about aging* (pp. 41-62). Springer.
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to ageing. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Perel-Levin, S. (2019). Stigma, dementia and age. In Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia* (pp. 90-92). Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
- World Health Organization (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Young, J. (2019). What is stigma? In Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia* (pp. 17-20). Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>

# Importância das competências de mediação de conflitos na intervenção socioeducativa com pessoas idosas.

Susana Fonseca<sup>1,2</sup>, Maria João Amante<sup>1,2</sup>, Lia Araújo<sup>1,3</sup> y Paula Xavier<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal*

<sup>2</sup>*CI&DEI, Viseu, Portugal*

<sup>3</sup>*CINTESIS, Porto, Portugal*

Palabras clave (Keywords): Mediação de conflitos, Intervenção socioeducativa, Pessoas idosas

## RESUMEN

Objetivos: Los cambios sociales de las últimas décadas han intensificado los retos a los que se enfrentan los trabajadores sociales, especialmente en el ámbito de las relaciones interpersonales, requiriendo el uso de habilidades, entre las que destaca la mediación de conflictos. Estas acciones son aún más urgentes y desafiantes en la intervención con personas mayores. Los objetivos de este estudio son identificar las percepciones de los alumnos de Educación Social sobre la mediación de conflictos en sus contextos de prácticas, haciendo hincapié en los que trabajan con personas mayores. Material y métodos: Estudio exploratorio mediante un cuestionario diseñado a tal efecto, con preguntas de caracterización personal y de la intervención, sobre la importancia de la mediación y sobre el uso de la mediación de conflictos en el contexto de las prácticas. Han participado 28 alumnas, de un instituto politécnico del centro de Portugal, con una edad media de 25,1 años. La mayoría de los contextos de prácticas de los encuestados son institucionales y la intervención se dirige principalmente a personas mayores. Se realizó un análisis descriptivo (SPSS 27) y un análisis cualitativo (Nvivo 20) de los datos. Resultados: El análisis, en cuanto a la percepción sobre la importancia de utilizar la mediación de conflictos, revela que se atribuye mucha importancia (M=4,7; contextos personas mayores M=4,6), a su(s) contexto(s) de intervención (M=4,6; contextos personas mayores M=4,4) y con los destinatarios de su intervención (M=4,6; contextos personas mayores M=4,4). Las principales razones son promover una mejor interacción y potenciar la gestión/resolución de conflictos. En cuanto al uso de habilidades de mediación de conflictos en sus prácticas, los encuestados informaron de que utilizaban la mediación con frecuencia (M=2,9; contextos de personas mayores M=2,8), utilizando mayoritariamente los roles de facilitador de la comunicación y legitimador y la escucha activa y empática. Conclusiones: Estos resultados refuerzan el reconocimiento de la importancia de la mediación en la intervención socioeducativa y de los conocimientos y habilidades de mediación que los Educadores Sociales deben adquirir y poner en práctica en el desempeño de sus funciones. En lo que respecta específicamente a la mediación de los conflictos con las personas mayores, cabe señalar que ésta tendrá un papel determinante en la promoción de formas saludables de vivir la longevidad, considerando el impacto de su uso en el fortalecimiento y/o mantenimiento de los vínculos sociales y humanos, indispensables para el bienestar emocional de las personas mayores.



## 1. INTRODUÇÃO

As últimas décadas têm introduzido desafios significativos aos trabalhadores sociais, decorrentes das alterações sociais e societárias vivenciadas. Pretende-se, por isso, que a área de intervenção do Educador Social inclua uma série de competências de intervenção, relacionadas com áreas específicas que são hoje consideradas fundamentais, para além daquelas que a sua evolução e identidade têm abarcado (Carvalho & Baptista, 2004; Martins, 2020). De acordo com Martins (2020), essas áreas específicas são, por exemplo, a educação escolar de adultos, gerontológica e intergeracional; o empreendedorismo social; a educação ambiental e ecológica; a gestão e promoção da cultura, do património e do turismo ecológico/rural; o apoio aos imigrantes, os refugiados e os grupos étnicos; a promoção da mulher; e a mediação (escolar, social).

A mediação é atualmente um conceito transversal a vários discursos em várias áreas de interesse. Ouvimos falar cada vez mais de mediação familiar, socioeducativa, mediação de conflitos, mediação de seguros, mediação laboral, mediação intercultural, entre outras e as formações ao nível do ensino superior, de nível pós-secundário e de cursos profissionais procuram preparar os estudantes para o exercício da mediação, reconhecendo a sua instrumentalidade no âmbito da intervenção profissional (Vieira, 2013).

As práticas de mediação de conflitos têm vindo a fortalecer os seus fundamentos conceituais e empíricos, na medida em que se lhe reconhece maior potencial social e educacional e se reconhece também um alto grau de fragilidade da sociedade atual, em relação à estabilidade, conveniência e coesão social (Silva, 2012).

Segundo Vieira (2013), quando falamos em mediação, referimo-nos a uma competência transversal a várias profissões, que assume a comunicação interpessoal e intercultural como a “tradução sistemática de interesses das partes numa interação e por vontade dos implicados” (p. 103). Neste sentido, o trabalhador social emerge como mediador entre pessoas e grupos sociais, tendo em vista a concretização dos direitos e interesses das pessoas e grupos em causa na interação, tendo como finalidade a autonomia/empowerment dessas pessoas e grupos (Vieira, 2013).

Segundo vários autores, estas práticas de mediação de conflitos são ainda mais prementes e desafiantes na intervenção com pessoas idosas, considerando os problemas e desafios que surgem com o avançar da idade (Jamaluddin et al., 2021; Ma, 1992; Schmitz, 1998).

Considerando, também, as alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas, que se têm traduzido não só num aumento do número de pessoas idosas (World Health Organization [WHO], 2017), mas também numa identificação de novas necessidades e interesses por parte dessas pessoas, a reconfiguração da intervenção dos profissionais da área social será ainda mais importante e desafiante (Jóia et al., 2008; Martínez et al., 2016). Por isso, a intervenção dos profissionais da área social deve ter em consideração as políticas do estado de bem-estar, fundada nos direitos e dignidade humana e num paradigma de desenvolvimento social (Martínez, et al., 2016), assente em processos de empowerment das pessoas idosas (Bermejo, 2006). Devendo salvaguardar-se não apenas maior longevidade, mas também felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal das pessoas idosas (Bermejo, 2006; Bermejo, 2009; Jóia et al., 2008).

Neste sentido, de acordo com Schmitz (1998), as pessoas idosas necessitam de mediadores que os entendam, sendo as duas questões mais importantes para os mediadores que trabalham com idosos, a competência e a comunicação e devendo estes profissionais assumir que o idoso é competente e capaz de participar de

forma significativa na mediação. Os mediadores bem-sucedidos terão, portanto, em consideração os valores, necessidades e interesses dos idosos, na gestão de potenciais conflitos Schmitz (1998).

## 2. MÉTODOS

Foi realizado um estudo exploratório com os objetivos de conhecer a percepção de estagiários de Educação Social acerca da importância da utilização da mediação de conflitos e de averiguar a utilização das competências de mediação de conflitos nos seus contextos de estágio, enfatizando os que trabalham com pessoas idosas.

### 2.1 PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 28 estagiárias do curso de licenciatura em Educação Social (ano letivo 2021/2022), de um instituto politécnico do centro de Portugal, com média de idades de 25.1 anos e que se encontravam a realizar estágio em contexto institucional (n= 20), em contexto comunitário (n= 5) e em ambos os contextos em simultâneo (n= 3). Das 28 estagiárias, 12 realizaram intervenção tendo como público-alvo pessoas idosas.

### 2.2 INSTRUMENTOS

Para responder aos objetivos do presente estudo, foi construído um questionário online (formulários do google), constituído por um conjunto de questões sociodemográficas (sexo/género, idade) e sobre as características da intervenção, e um conjunto de questões sobre a importância da mediação (importância atribuída à utilização da mediação de conflitos pelos Educadores Sociais; importância atribuída à utilização da mediação de conflitos para o(s) contexto(s) de intervenção; e importância atribuída à utilização da mediação de conflitos com o(s) público-alvo(s) da intervenção; Razões subjacentes à importância atribuída) e sobre a utilização da mediação de conflitos no(s) contexto(s) de estágio (regularidade; papel(eis) de mediação de conflitos adotados no(s) contexto(s) de estágio; e competência(s) de mediação de conflitos utilizadas no(s) contexto(s) de estágio), com diferentes opções de resposta, adequadas a cada pergunta (escolha múltipla, checkboxes, escala de tipo likert de 5 pontos e questões abertas).

### 2.3 PROCEDIMENTO

Os estagiários do curso de Licenciatura em Educação Social, de uma Instituição de Ensino Superior da zona centro de Portugal, foram convidados a responder ao questionário online, através do link cedido pelos docentes, em contexto de sala de aula.

### 2.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos foram tratados com recurso à análise descritiva (frequências), através do software SPSS 27 e análise de conteúdo através do software Nvivo 20.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DA MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

Os estagiários consideraram muito importante a utilização da mediação de conflitos pelos Educadores Sociais (M=4,7; contextos pessoas idosas M=4,6), com uma percentagem significativa de respostas situadas no muito



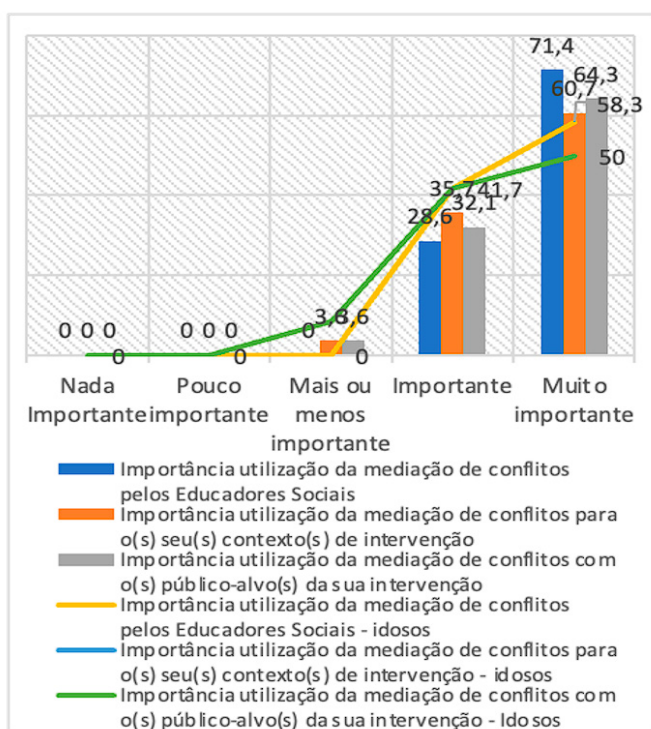
importante (71,4%, 58,3% nos contextos com pessoas idosas) (Figura 1).

No que se refere ao(s) seu(s) contexto(s) de intervenção, os estagiários também consideram muito importante a utilização da mediação (M=4,6; contextos pessoas idosas M=4,4), situando-se as respostas maioritariamente no muito importante (60,7%, 50% nos contextos com pessoas idosas) (Figura 1).

Também, no que se refere ao(s) público-alvo(s) da sua intervenção, os estagiários consideram muito importante a utilização da mediação (M= 4,6; contextos pessoas idosas M=4,4), na medida em que as respostas se situam maioritariamente no muito importante (64,3%, 50% nos contextos com pessoas idosas) (Figura 1).

Estes resultados reforçam os resultados encontrados por Padrão (2020) e por Silva (2012), que salientam o reconhecimento da importância das atividades de mediação, tendo subjacente a definição de uma identidade social e profissional percebida pelos Educadores Sociais, estando estes mais preocupados e orientados para uma intervenção dialógica, mediadora, empoderadora, preventiva e transformadora.

**Figura 1**



As principais razões apontadas para a importância da utilização da mediação de conflitos, referidas pelos estagiários, são “promover melhores interações”, “potenciar a gestão/resolução de conflitos”, “melhorar a intervenção socioeducativa” e “facilitar a comunicação” (Tabela 1).

Estas razões demonstram o reconhecimento de que a utilização da mediação permite reduzir a conflitualidade, através de técnicas e estratégias adequadas, conseguindo que as partes em conflito dialoguem sobre o que está na origem do conflito, se entendam e cheguem a um acordo. Reforçando o reconhecimento da capacidade/competência do Educador Social para o exercício da profissão de mediador (Padrão, 2020).

**Tabela 1**

*Razões subjacentes à importância atribuída*

| <b>Categorias</b>                       | <b>Subcategorias</b>       | <b>n</b> | <b>Ref.</b> | <b>n.</b> | <b>Ref.</b> |
|---|----------------------------|----------|-------------|-----------|-------------|
| Facilitar a comunicação                 |                            |          |             | 2         | 2           |
|   | Apoio a grupos vulneráveis | 3        | 3           |           |             |
| Melhorar a intervenção socioeducativa   | Intervenção comunitária    | 1        | 1           | 7         | 7           |
|   | Intervenção pedagógica     | 1        | 1           |           |             |
|   | Promoção da inclusão       | 1        | 1           |           |             |
| Potenciar gestão/resolução de conflitos |                            |          |             | 12        | 13          |
| Promover melhores interações            |                            |          |             | 13        | 14          |

### 3.2 UTILIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

Relativamente à utilização das competências de mediação de conflitos nos seus contextos de estágio, os respondentes referem utilizar frequentemente a mediação (M=2,9), com percentagens de respostas de 32,1% na opção frequentemente, 25% na resposta muito frequentemente e 3,6% na resposta sempre (Figura 2).

Quando analisamos especificamente as respostas dos estagiários a intervir com pessoas idosas, as respostas também se situam, em média, no frequentemente (M=2,8), contudo, neste caso, a percentagem de respostas divide-se entre o pouco frequentemente (50%) e as respostas frequentemente (25%) e muito frequentemente (25%) (Figura 2).

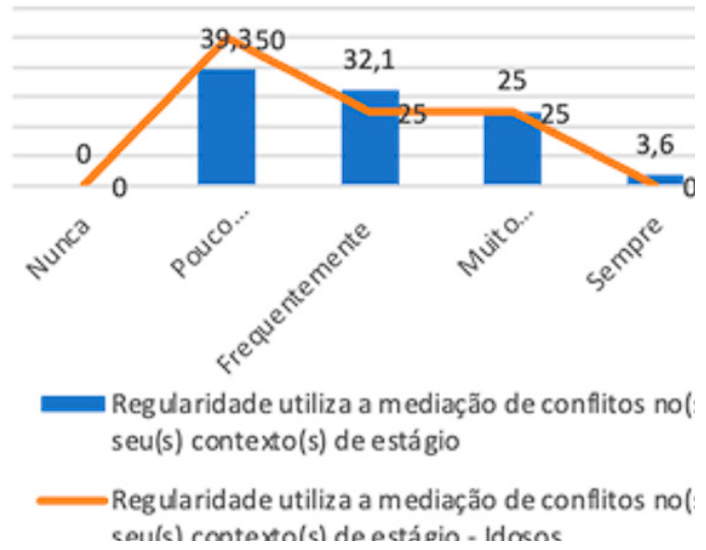
A frequente utilização manifestada demonstra o reconhecimento dos benefícios que lhe são inerentes, nomeadamente o reconhecimento do seu potencial social e educacional de forma geral (Silva, 2012) e, de forma mais específica, no âmbito de processos de empowerment na intervenção com pessoas idosas (Bermejo, 2006).

Foi, ainda, referido maioritariamente pelos participantes no estudo que utilizam os papéis de facilitador da comunicação (n=27; n=12 em contextos pessoas idosas) e de legitimador (n=15; n=8 em contextos pessoas idosas) (Figura 3) e que utilizam a escuta ativa e empática (n=26; n=12 em contextos pessoas idosas) como competência de mediação de conflitos (Figura 4).



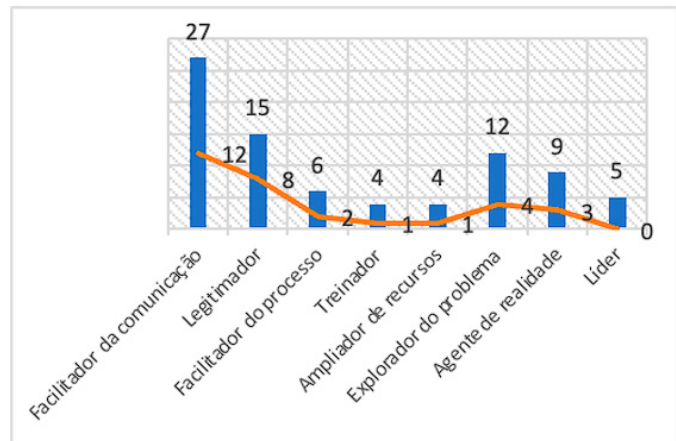
**Figura 2**

Utilização das competências de mediação de conflitos nos contextos de estágio



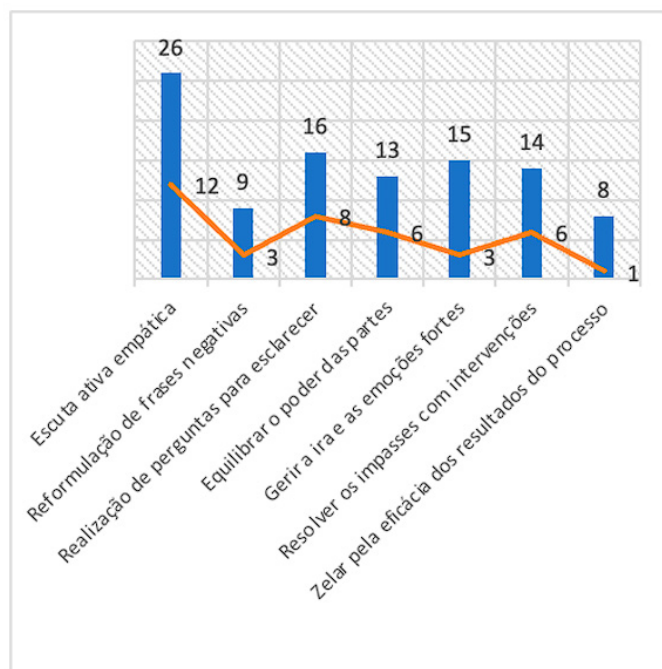
**Figura 3**

Papel(eis) de mediação de conflitos adotados no(s) contexto(s) de estágio



**Figura 4**

Competência(s) de mediação de conflitos utilizadas no(s) contexto(s) de estágio





Estes papéis e competências reforçam que as pessoas idosas necessitam de mediadores que os entendam, sendo as duas questões mais importantes para os mediadores que trabalham com idosos, a competência e a comunicação e devendo estes profissionais assumir que o idoso é competente e capaz de participar de forma significativa na mediação (Schmitz, 1998).

## 4. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no nosso estudo reforçam a importância da mediação de conflitos na intervenção socioeducativa e dos papéis e competências de mediação que os Educadores Sociais devem adquirir e pôr em prática no desempenho das suas funções. Os futuros Educadores Sociais que participaram no nosso estudo, destacam a importância de uma intervenção mediadora, que deverá ser empoderadora e transformadora, na medida em que destacam o papel de facilitador da comunicação e a escuta ativa e empática como competência fundamental no processo de mediação de conflitos.

No que diz respeito, especificamente, à intervenção com pessoas idosas, a utilização da mediação também foi destacada, reforçando-se que estas pessoas necessitam de mediadores que entendam as pessoas idosas e atendam às suas necessidades e interesses. Neste sentido, tal como destaca Schmitz (1998), as duas questões mais importantes na mediação de conflitos com pessoas idosas são a competência e a comunicação. Os mediadores devem, assim, assumir que a pessoa idosa é competente e capaz de participar de forma significativa e ativa no processo de mediação dos seus conflitos. Os mediadores, que efetivamente o consigam fazer, tornar-se-ão parte da rede das pessoas idosas, educarão sobre mediação, aprenderão sobre idosos e desenvolverão fontes de referência para a intervenção com pessoas idosas (Jamaluddin et al., 2021; Schmitz, 1998).

Estas considerações reforçam a necessidade da formação de Educadores Sociais potenciar o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e instrumentais, no âmbito da mediação de conflitos, em conformidade com o perfil de funções preconizado por entidades de referência na área como, por exemplo, a Associação Internacional de Educadores Sociais (AIEJI, 2006). Até porque, como demonstram os nossos resultados, existe já um reconhecimento da importância da utilização da mediação de conflitos pelos alunos que estão a concluir a sua formação, o que poderá indiciar que na sua prática futura irão procurar utilizar estas ferramentas e competências na sua intervenção socioeducativa.

## AGRADECIMENTOS

A todas as estudantes de Educação Social que responderam ao questionário.

Ao CI&DEI, pelo apoio a algumas das autoras.



## REFERÊNCIAS

- Asociación Internacional de Educadores Sociales. [AIEJI] (2006). *The Professional Competences of Social Educators. A Conceptual Framework*. <http://aieji.net/wp-content/uploads/2010/12/A-conceptual-framework.pdf>
- Bermejo, L. (2006). Aportación de las actividades socioeducativas a la promoción del envejecimiento activo y el “empowerment” de los mayores. Estrategias pedagógicas para la intervención con personas mayores. In T. Rodríguez, B. Pérez, & C. Caballero (Coords.), *Los Centros Sociales de Personas Mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social* (pp. 76-109). Gobierno del Principado de Asturias.
- Bermejo, L. (2009). *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores: Guía de buenas prácticas*. Editorial Médica Panamericana.
- Carvalho, A. D., & Baptista, I. (2004). *Educação Social. Fundamentos e estratégias*. Porto Editora.
- Jamaluddin, S., Taher, M., & Siang, W. (2021). *Proposing the Application of Mediation in Resolving Elderly Family Issues in Malaysia: Lessons from Other Jurisdictions*. [http://web.usm.my/km/earlyView\\_Nov2021/48\\_KM-OA-02-21-0016.R2.pdf](http://web.usm.my/km/earlyView_Nov2021/48_KM-OA-02-21-0016.R2.pdf)
- Jóia, L. C., Ruiz, T., & Donalísio, M. R. (2008). Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu. *Epidemiol Serv Saúde*, 17(3), 187-94.
- Ma, R. (1992). The Role of Unofficial Intermediaries in Interpersonal Conflicts in the Chinese Culture. *Communication Quarterly*, 40(3), 269-278.
- Martínez, S., Escarbajal, A., & Aroca, J. A. (2016). El planteamiento socioeducativo en el trabajo com personas mayores. El punto de vista de Los profesionales. *Revista Electrónica Interuniversitaria e Formación del Profesorado*, 19(2), 315-328.
- Martins, E. (2020). Social education in the new spaces and times: The intertwined realities of social and educational intervention. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 15(n. esp. 3), 2167-2187.
- Padrão, A. (2020). *O educador social como mediador de situações de rutura familiar*. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23138/1/Ant%c3%b3nio%20Padr%c3%a3o.pdf>
- Schmitz, S. (1998). Mediation and the elderly: What mediators need to know. *Mediation Quarterly*, 16(1), 71-84.
- Silva, A. M (2012). Education, Citizenship and Mediation. *Citizenship, Social and Economics Education*, 11(1), 2-10.
- Vieira, A. M. (2013). *Educação Social e Mediação Sociocultural*. PROFEDIÇÕES, Lda/Jornal a Página.
- World Health Organization. (2017). *Fact Sheet: Mental Health of Older Adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

# EL OCIO EN LAS PERSONAS MAYORES: PATRONES Y ACTITUDES

Rivera Nieto, A., Dapía Conde, M.D. y Faílde Garrido, J.M.

*Universidad de Vigo, Ourense, España.*

Palabras clave (Keywords): personas mayores, ocio, patrones, actitudes.

## RESUMEN

La población mundial está envejeciendo más rápidamente que en los años precedentes; de acuerdo con el Informe de Envejecimiento en Red (2020) entre los años 2019 y 2068 la población de más de 65 años aumentará de un 19,3% a un 29,4%. En el marco del envejecimiento activo, la satisfacción con el ocio es considerada uno de los principales factores que inciden sobre la calidad de vida, siendo por ello necesario profundizar en el estudio de los beneficios del ocio en el colectivo de las personas mayores.

El principal objetivo de la siguiente investigación es aproximarse a los patrones de ocio de las personas mayores; así como a sus actitudes, comparando las personas de 65 a 75 años y las de 76 o más años. Para ello se ha reclutado una muestra de 287 participantes de la comunidad autónoma de Galicia.

Los resultados muestran que el grupo de mayores de 65 a 75 tiene una mayor tendencia a realizar actividades de ocio culturales y físicas; sin embargo, a medida que envejecen las actividades cambian y predomina el ocio pasivo. También con el transcurso de los años cambian las actitudes hacia el ocio, disminuyendo su componente cognitivo.

## 1. INTRODUCCIÓN

Son diversos los estudios que, en los últimos años y de modo reiterado, destacan la tendencia de crecimiento de la población mayor de 65 años, situando el envejecimiento como uno de los asuntos clave actuales.

La OMS (2002) difundió el documento “Envejecimiento activo: un marco político” y desde entonces se ha tratado de promover una visión de la vejez que elimine los estereotipos relacionados con las representaciones sociales de deterioro, enfermedad o inutilidad.

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (Ministerio de Sanidad, 2011) destaca la necesidad de enriquecer el mundo social y de integrar a la ciudadanía a través de la autonomía, la creatividad y la libertad para la promoción de buenas prácticas en el marco del envejecimiento activo que se inspiren, a su vez, en la solidaridad intergeneracional.

Diferentes investigaciones (Adelirad et al., 2022) demuestran que en el envejecimiento no existe un periodo en el que predomine o se haga inevitable el deterioro de las capacidades mentales y físicas, ya que si las personas tienen la intención y motivación de mantener estilos de vida activos y productivos, además de las condiciones



necesarias para el desarrollo de las experiencias, se incrementa la probabilidad de un envejecimiento saludable.

El periodo vital que se inicia a partir de los 65 años es especialmente importante pues, en él, el trabajo deja de tener un papel significativo y el ocio ocupa el primer plano, adquiriendo una significación especial (Carpenter y Patterson, 2004). Este nuevo rol del ocio puede ayudar a afrontar con mayor optimismo una nueva situación social (Post, 2005).

Al envejecer, no todos los tipos de actividades de ocio producen los mismos efectos. Son las actividades de ocio activo (Bum et al., 2020), sociales y artísticas (Zhang et al., 2017), sociales, emocionales, activas y productivas (Jeong y Park, 2020), físicas (Kepic, 2019), viajes (Lee y Heo, 2021) o actividades al aire libre (Cha, 2018) las que arrojan mayores niveles de beneficio.

La gestión del ocio es clave también en otras etapas del ciclo vital, como pueden ser la adolescencia y la juventud; pero se trata de conocer su importancia en el contexto del envejecimiento. Concretamente debemos entender el ocio como valor experiencial que subyace al ocio humanista y tiene incidencia en la calidad de vida de las personas y se asume entre las condiciones necesarias para un envejecimiento satisfactorio (Oliver et al., 2016).

En este contexto, nos hemos planteado analizar los patrones y actitudes de ocio de las personas mayores comparando las de 65 a 75 años con las de 76 o más años.

## 2. MÉTODOS

### 2.1 PARTICIPANTES

En el presente estudio tomaron parte 283 participantes mayores de 65 años.

Para el análisis de datos esta población se dividió en dos categorías: las personas mayores de 65 a 75, que representaron el 51,9% con 147 participantes; y la categoría de personas mayores de 76 y más, el 48,1% con 136 participantes.

### 2.2 INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se utilizaron el cuestionario “Escala de actividades de ocio” de Scarmeas et al. (2003) en el que se les pedía a los participantes que indicaran la frecuencia con que realizaban cada una de las 18 actividades de ocio propuestas. Para efectos de análisis, las actividades de ocio fueron agrupadas en cinco categorías: cultural, pasivo, social, físico, artístico-manual.

En segundo lugar, se administró la “Escala de motivaciones de ocio” (Freire y Fronte, 2007) compuesta por 18 items, que permiten obtener las puntuaciones de los tres componentes actitudinales –cognitivo, afectivo y comportamental.

Además, fueron recabados datos sociodemográficos (edad, género, nivel de estudios, estado civil, situación laboral, nivel profesional, lugar de residencia).

## 2.3 PROCEDIMIENTO

A los y las participantes se les facilitó el cuestionario de forma individual, teniendo en consideración las normas éticas del protocolo de Helsinki, para estudio con humanos: informando de los objetivos de la investigación, solicitando el consentimiento e informando de la confidencialidad de los datos.

## 2.4 ANÁLISIS DE DATOS

En el análisis de datos se han empleado técnicas estadísticas univariadas incluyendo estadísticos de tendencia central y dispersión (medias y desviaciones típicas), análisis, frecuencias y porcentajes. Los contrastes analíticos se efectuaron mediante análisis de varianza (ANOVA).

Los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales IBMSPSS.

## 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el análisis de las categorías de ocio en función del grupo de edad se detectaron diferencias en tres de las cinco categorías (ver Tabla 1).

En la clasificación de ocio cultural los análisis muestran que el grupo de jóvenes mayores refiere practicarlo con una mayor asiduidad que el grupo de mayores ( $F=11,67$ ,  $p=,001$ ); al igual que el ocio físico ( $F=5,14$ ,  $p=,024$ ). Por otra parte, es el grupo de mayores el que refiere realizar con mayor frecuencia actividades de ocio pasivo ( $F=14,57$ ,  $p=,000$ ).

Sin embargo, en el ocio social y artístico manual no encontramos diferencias significativas entre los dos grupos de edad.

**Tabla 1**

*Patrones de ocio*

|                              | 65 a 75 años<br>Media<br>(SD) | 65 a 75 años<br>Media<br>(SD) | F      | Sig  |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------|------|
| <b>Ocio cultural</b>         | 1,90<br>(0,54)                | 1,69<br>(0,54)                | 11,669 | ,001 |
| <b>Ocio pasivo</b>           | 2,10<br>(0,36)                | 2,23<br>(0,40)                | 14,568 | ,000 |
| <b>Ocio social</b>           | 1,89<br>(0,46)                | 1,93<br>(0,47)                | 0,470  | ,494 |
| <b>Ocio físico</b>           | 2,06<br>(0,53)                | 1,92<br>(0,48)                | 5,143  | ,024 |
| <b>Ocio artístico manual</b> | 1,80<br>(0,56)                | 1,67<br>(0,53)                | 3,838  | ,050 |

Por otra parte, al analizar las actitudes de los dos grupos de mayores en relación al ocio (ver Tabla 2); solo encontramos diferencias significativas en el componente cognitivo ( $F=3,96$ ,  $p=,048$ ); el grupo de menos edad presenta una mayor motivación que el de mayor edad.



**Tabla 2**

*Actitudes hacia el ocio*

|                       | <b>65 a 75 años<br/>Media<br/>(SD)</b> | <b>65 a 75 años<br/>Media<br/>(SD)</b> | <b>F</b> | <b>Sig</b> |
|-----------------------|--|--|----------|------------|
| <b>Cognitiva</b>      | 26,70<br>(4,62)                        | 25,53<br>(5,22)                        | 3,960    | ,048       |
| <b>Afectiva</b>       | 25,92<br>(4,69)                        | 24,83<br>(6,00)                        | 2,908    | ,089       |
| <b>Comportamental</b> | 20,70<br>(7,67)                        | 21,00<br>(7,50)                        | 0,100    | ,752       |
| <b>Total</b>          | 73,32<br>(14,86)                       | 71,35<br>(16,91)                       | 1,084    | ,299       |

## 4. CONCLUSIONES

Dentro de las categorías analizadas, hemos podido comprobar que el grupo mayores con menos edad (65 a 75 años), tiene una mayor tendencia a realizar actividades de ocio cultural y físicas; sin embargo a medida que envejecen las actividades cambian y predomina el ocio pasivo. Estos patrones los podemos encontrar en otras investigaciones (Dapía y Faílde, 2020) donde el ocio de las personas mayores se reduce y delimita en actividades de ocio pasivo.

Si relacionamos estos datos con los de actitudes hacia el ocio, podemos comprobar que el componente cognitivo tiene un peso importante en el cambio comportamental.

Los estereotipos hacia el envejecimiento han creado un pensamiento colectivo sobre la capacitación de las personas mayores. Este componente cognitivo que disminuye pasados los 75 años se relaciona con la interpretación que se le da al ocio y a su relación con la vejez.

Las actividades de ocio evolucionan hacia una baja intensidad y la disminución de la presencia física, dejando al margen la diversidad y reduciendo la oferta; sin atender a la capacidad humana de adaptación a los cambios (Faílde, Dapía, Vazquez y Vazquez, 2021).

Teniendo en cuenta el potencial del ocio para la mejora de la satisfacción con la vida, y atendiendo a otras investigaciones como la de Cuenca y San Salvador (2016), que refiere que las actitudes hacia el mismo serán esenciales para la valoración y participación, es necesario seguir trabajando tanto en la educación sobre el envejecimiento, rompiendo los estereotipos negativos hacia la vejez; a la vez que en materia de ocio, para no caer en una interpretación simplista del ocio como actividad física o actividad "juvenil" limitada a una parte de la población.

## REFERENCIAS

- Adelirad, F., Salimi, M.M., Dianat, I., Asghari-Jafarabadi, M., Chattu, V.K., & Allahverdipour, H. (2022). The relationship between cognitive status and retained activity participation among community-dwelling older adults. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(4), 400-416. doi:10.3390/ejihpe12040029
- Boudiny, K. (2013). "Active ageing": from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing Sooc*, 33, 1077-1098.
- Bum, C.H., Johnson, J.A. & Choi, C. (2020). Healthy Aging and Happiness in the Korean Elderly Based upon Leisure Activity Type. *Iranian Journal of Public Health*, 49(3), 454-462.
- Carpenter, G. & Patterson I. (2004). The leisure perceptions and leisure meanings of a mid-life couple around the time of retirement. *World Leisure Journal*, 46(2), 13–25.
- Cha, Y.J. (2018). Correlation between Leisure Activity Time and Life Satisfaction: Based on KOSTAT Time Use Survey Data. *Occupational Therapy International*. <https://doi.org/10.1155/2018/5154819>
- Cuenca-Amigo, M. & San Salvador del Valle Doistua, R. (2016). La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2),79-84. [fecha de Consulta 6 de Julio de 2022]. ISSN: 1132-239X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235149102013>
- Dapía Conde, M. y Faílde Garrido, J. (2020). Ocio y personas mayores visto por distintos grupos etarios. En Díez Gutiérrez, E.J. y Rodríguez Fernández, J.R. (Dirs.), *Educación para el Bien Común. Hacia una práctica crítica, inclusiva y comprometida socialmente*. (pp.909-918). Octaedro.
- Faílde Garrido, J., Dapía Conde, M., Vázquez Vázquez, M., & Vázquez Rodríguez, L. (2021). Are Older Adults' Leisure Patterns Consistent with the Active Ageing Model? The Influence of the Ageist Stereotypes. *Social Policy and Society*, 1-22. doi:10.1017/51474746421000221
- IMSERSO y Ministerio de Sanidad (2011). *Libro blanco del envejecimiento Activo*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Jeong, E.H. y Park, J.H. (2020). The Relationship Among Leisure Activities, Depression and Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Koreans. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6. <https://doi.org/10.1177/2333721420923449>
- Kepic, M. (2019). Life Satisfaction after Spousal Loss: The Potential Influence of Age, Gender, and Leisure. *Adultspan Journal*, 18(2), 85-98.
- Lee, H. y Heo, S. (2021). Benefits of leisure activities for the quality of life of older South Korean adults. *Leisure Studies*, 40(2), 199-211.
- Ming-Ching, Y., Jen-Son, Ch. y Shu-Wen, Y. (2012). Leisure lifestyle and health-related quality of life of taiwanese adults. *Social Behavior and Personality*, 40, 301–317.
- Oliver A, Gutiér M, Tomás JM, Galiana L, Sancho P. (2016). Validation of an explicative model of the successful aging process with psychological, physical, relational, and leisure variables. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(1):47-56.



OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española en Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74–105

Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioural Medicine*, 12(2), 66–77.

Rodríguez, V., Fernández, G. y Rojo, F. (2012). Actividades de ocio y participación como base de una vejez activa. En D. Ramiro (Ed.) *Una vejez activa España. Informe del Grupo de Población del CSIC* (pp. 53–80). EDIMSA Editores Médicos, S.A



# Patrones de ocio en función del grupo etario

Rivera Nieto, A., Dapía Conde, M.D. y Faílde Garrido, J.M

*Universidad de Vigo, Ourense, España.*

Palabras clave (Keywords): ocio, calidad de vida, personas mayores.

## RESUMEN

Desde hace décadas diversos estudios han revelado el potencial del tiempo de ocio para el desarrollo personal y social. Un tiempo que posee un carácter desarrollador, por los niveles de participación y actualización que genera; siendo considerado uno de los principales factores que inciden en la calidad de vida.

Esta investigación tiene por objetivo analizar los patrones de ocio en tres grupos etarios (jóvenes, mediana edad y personas mayores). Para ello se ha seleccionado una muestra de 1026 participantes de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Los resultados muestran que el grupo de jóvenes (18 a 35 años) prefiere actividades de ocio cultural; las personas de mediana edad (36 a 64 años) muestra una tendencia hacia actividades de ocio físico y las personas mayores (+65 años) prefieren actividades de ocio pasivo, social o artístico manual.

## 1. INTRODUCCIÓN

Para Argyle (1996), el ocio es el conjunto de actividades que una persona realiza en su tiempo libre, porque desea hacerlas, sin presiones externas, con el objetivo de divertirse, entretenerse y desarrollarse a si misma.

Hace referencia a la libertad para poder visitar y disfrutar de lugares a donde van otras personas, donde participan en actividades como una más, con la percepción de sentirse parte y “estar incluidas”, sin distinciones.

Ese sentimiento será imprescindible para la autonomía de la persona, pues significará una vía de acceso directo a las relaciones sociales. A su vez, según Montero y Bedmar (2010), el ocio será la mejor forma en la que el ser humano sea autónomo de su propio tiempo, debido a su carácter voluntario, demostrando el valor de la vida, un modo de ser y percibir en un contexto las experiencias productivas; se considera, una evolución de valores, conocimientos, habilidades y actitudes que dan lugar al goce de ocio enriquecedor.

Sarrate (2008) expone que el concepto del ocio tiene gran relevancia en el desarrollo vital de las personas, pasando de tiempo de reposo, como se entendía en la época antigua, hasta llegar a la actualidad donde se pone en valor el beneficio de este tiempo a nivel personal y comunitario.

No es irrelevante este valor añadido al tiempo de ocio, pues actualmente se recalca su condición de vivencia incondicional para la autorrealización y a su vez para el envejecimiento activo satisfactorio (Liechty y Genoe, 2013). Pues las experiencias de ocio valiosas se enmarcan dentro de una experiencia vital satisfactoria que se forja en la infancia cruza la adolescencia, se consolida en la juventud y madurez, alcanzando de forma plena la vejez. En este transcurso las actividades cambian, cambian los tiempos y los espacios, pero se adquieren



valores, experiencias y recursos para forjar la experiencia de ocio vital y significativa (Monteagudo y Cuenca, 2012).

Distintas investigaciones (Mhaka y Wright, 2022) que tratan de conocer los factores que influyen en la mejora de la calidad de vida de las personas han demostrado que el ocio es uno de los factores que inciden de manera directa en la mejora de la misma, siempre acompañado de otros componentes como pueden ser la salud autopercebida o el nivel de ingresos.

Por ello, en esta investigación nos hemos propuesto conocer cuales son los patrones de ocio, en tres grupos etarios -jóvenes, mediana edad y personas mayores- y analizar si se producen cambios a lo largo del ciclo vital.

## 2. MÉTODOS

### 2.1 PARTICIPANTES

Mediante un muestreo multietápico, estratificado por grupos etarios (jóvenes, mediana edad y personas mayores) se seleccionó una muestra de 1026 participantes de la comunidad autónoma de Galicia, categorizada en jóvenes (de 18 a 35) representando el 32,9% con 338 participantes; la categoría mediana edad (de 36 a 64 años) el 39,5% con 405 participantes; y la de personas mayores (27,6%) con 283 participantes.

### 2.2 INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario “Escala de actividades de ocio” de Scarneas et al. (2003). Cada participante debía responder indicando la frecuencia que dedicaba a diferentes actividades de ocio.

Además, fueron recabados datos sociodemográficos (edad, género, nivel de estudios, estado civil, situación laboral, nivel profesional, lugar de residencia).

### 2.3 PROCEDIMIENTO

A los y las participantes se les facilitó el cuestionario de forma individual, teniendo en consideración las normas éticas contempladas en el protocolo de Helsinki, para el estudio con humanos: informando del carácter de la investigación, solicitando el consentimiento y garantizando la confidencialidad de los datos.

### 2.4 ANÁLISIS DE DATOS

En el análisis de datos se han empleado técnicas estadísticas univariadas incluyendo estadísticos de tendencia central y dispersión (medias y desviaciones típicas), análisis, frecuencias y porcentajes. Los contrastes analíticos se efectuaron mediante chi cuadrado para variables categóricas y análisis de varianza (ANOVA).

Los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales IBM-SPSS, en su versión 24.

### 3. RESULTADOS

Al analizar las actividades de ocio de los distintos grupos etarios, encontramos diferencias intergrupales en 13 de las 18 actividades (ver Tabla 2).

En la actividad “Ver la televisión o escuchar la radio” encontramos que el grupo de personas mayores refiere dedicar más tiempo que el grupo de jóvenes ( $p=,002$ ) y que el grupo de mediana edad ( $p=,024$ ). Otra de las actividades en la que el grupo de personas mayores refiere dedicar una mayor frecuencia es “Hacer trabajos de jardinería”; aunque únicamente en relación con el grupo de jóvenes ( $p=,000$ ) en el que también encontramos diferencias significativas por una menor frecuencia en relación con el grupo de mediana edad ( $p=,000$ ). Tanto los mayores ( $p=,034$ ) como los jóvenes ( $p=,000$ ) refieren una mayor frecuencia “Pasando tiempo estando solos” en relación con el grupo de mediana edad. La última de las actividades en la que el grupo de mayores señala una mayor frecuencia en relación al grupo de jóvenes ( $p=,000$ ) y de mediana edad ( $p=,033$ ) es “Participar en la iglesia o actividades religiosas”; aunque también encontramos diferencias significativas entre el grupo de jóvenes y mediana edad, siendo este último ( $p=,000$ ) el que refiere una mayor participación.

Por otra parte, entre las actividades que realiza el grupo de mediana edad con mayor frecuencia encontramos “Leer libros, revistas o periódicos”, donde refieren diferencias significativas con el grupo de jóvenes ( $p=,000$ ); y a su vez, los jóvenes con el grupo de personas mayores ( $p=,002$ ); “Ir al teatro o al cine”, donde refieren una mayor frecuencia en relación al grupo de personas mayores ( $p=,000$ ); sin embargo es el grupo de jóvenes en relación al de mediana edad el que señala una mayor frecuencia ( $p=,004$ ), al igual que con el de personas mayores ( $p=,000$ ). Sucede lo mismo con la actividad “Viajar o hacer excursiones”, donde el grupo de mediana edad presenta una mayor frecuencia en relación al grupo de mayores ( $p=,000$ ); sin embargo, es el grupo de jóvenes el que prefiere realizar esta actividad en comparativa con los de mediana edad ( $p=,012$ ) y con las personas mayores ( $p=,000$ ). A su vez, en actividad de “Hacer voluntariado y disponer de tiempo para uno mismo”, encontramos que el grupo de mediana edad tiene una mayor tendencia en relación al grupo de personas mayores” ( $p=,020$ )

En las actividades de “Salir a pasear o correr” y “Participar en deportes, bailar o hacer ejercicio” son tanto el grupo de jóvenes como el de mediana edad los que refieren una mayor frecuencia en relación con el grupo de personas mayores con  $p=,000$  en todos los casos.

Por último, entre las actividades preferidas por los jóvenes en relación a los otros grupos encontramos “Jugar a las cartas u otros juegos” donde refieren una mayor frecuencia en relación al grupo de mediana edad ( $p=,000$ ), y al grupo de personas mayores ( $p=,012$ ); sin embargo, el grupo de mediana edad también muestra diferencias significativas con el grupo de personas mayores, señalando este último una mayor frecuencia ( $p=,000$ ). En la actividad “Ir a conferencias o conciertos” encontramos una mayor participación por parte del grupo de jóvenes en relación a mediana edad ( $p=,004$ ) y a personas mayores ( $p=,008$ ); sin embargo, el grupo de mediana edad refiere a su vez una mayor frecuencia en relación al grupo de personas mayores ( $p=,000$ ). La última de las actividades en la que encontramos diferencias significativas es “Visitar o haber sido visitado por amigos, parientes o vecinos” donde nuevamente es el grupo de jóvenes el que señala una mayor frecuencia en relación a los grupos de mediana edad ( $p=,028$ ) y al grupo de personas mayores ( $p=,022$ ).



**Tabla 1**

*Patrones de ocio en función del grupo etario*

|           | <b>Edad 18-35</b> | <b>Edad 36-64</b> | <b>Edad &gt;65</b> |          |            |
|-----------|-------------------|-------------------|--------------------|----------|------------|
|           | <b>Media (SD)</b> | <b>Media (SD)</b> | <b>Media (SD)</b>  | <b>F</b> | <b>Sig</b> |
| <b>1</b>  | 2,65 (0,50)       | 2,62 (0,52)       | 2,76 (0,45)        | 6,157    | ,002       |
| <b>2</b>  | 2,27 (0,67)       | 1,91 (0,68)       | 2,11 (0,72)        | 26,073   | ,000       |
| <b>3</b>  | 2,33 (0,62)       | 2,50 (0,62)       | 2,42 (0,72)        | 6,056    | ,002       |
| <b>4</b>  | 1,82 (0,78)       | 1,65 (0,69)       | 1,48 (0,70)        | 16,976   | ,000       |
| <b>5</b>  | 2,05 (0,72)       | 1,77 (0,70)       | 1,56 (0,72)        | 36,851   | ,000       |
| <b>6</b>  | 2,21 (0,69)       | 2,01 (0,66)       | 1,74 (0,71)        | 39,278   | ,000       |
| <b>7</b>  | 2,51 (0,62)       | 2,54 (0,58)       | 2,37 (0,65)        | 7,244    | ,001       |
| <b>8</b>  | 2,36 (0,71)       | 2,19 (1,62)       | 1,78 (0,78)        | 19,133   | ,000       |
| <b>9</b>  | 1,34 (0,64)       | 1,88 (0,77)       | 1,83 (0,76)        | 57,922   | ,000       |
| <b>10</b> | 2,26 (0,69)       | 2,07 (0,65)       | 2,20 (0,73)        | 7,606    | ,001       |
| <b>11</b> | 1,69 (0,78)       | 1,70 (0,75)       | 1,74 (0,79)        | ,396     | ,673       |
| <b>12</b> | 1,88 (0,78)       | 2,01 (0,80)       | 1,99 (0,82)        | 2,490    | ,083       |
| <b>13</b> | 1,36 (0,67)       | 1,45 (0,70)       | 1,46 (0,65)        | 2,197    | ,112       |
| <b>14</b> | 1,53 (0,74)       | 1,44 (0,68)       | 1,47 (0,71)        | 1,488    | ,226       |
| <b>15</b> | 2,51 (0,59)       | 2,40 (0,59)       | 2,38 (0,61)        | 4,536    | ,011       |
| <b>16</b> | 1,57 (0,94)       | 1,60 (0,78)       | 1,62 (0,98)        | ,339     | ,713       |
| <b>17</b> | 1,26 (0,63)       | 1,39 (0,63)       | 1,92 (0,78)        | 80,442   | ,000       |
| <b>18</b> | 1,62 (0,75)       | 1,65 (0,73)       | 1,50 (0,72)        | 3,723    | ,024       |

1. Ver a televisión o escuchar la radio; 2. Jugar a las cartas u otros juegos; 3. Leer libros, revistas o periódicos; 4. Ir a conferencias o conciertos; 5. Ir al teatro o al cine; 6. Viajar o hacer excursiones; 7. Salir a pasear o correr; 8. Participar en deportes, bailar o hacer ejercicio; 9. Hacer trabajos de jardinería; 10. Pasar tiempo estando solo; 11. Hacer manualidades o actividades artísticas como hobby; 12. Cocinar o preparar comida como pasatiempo; 13. Coleccionar cosas como un hobby; 14. Cantar o tocar un instrumento musical; 15. Visitar o haber sido visitado por amigos, parientes o vecinos; 16. Participar como miembro de un club u organización; 17. Participar en la iglesia o actividades religiosas; 18. Hacer voluntariado y disponer de tiempo para uno mismo.

## 4. CONCLUSIONES

En síntesis, en esta investigación se han confirmado la existencia de patrones de ocio diferenciados entre los tres grupos etarios.

El grupo de jóvenes presenta una mayor predisposición a realizar actividades vinculadas con el ocio cultural; en el grupo de mediana edad se refleja una tendencia hacia actividades de ocio físico, mientras que el grupo de personas mayores presenta una mayor tendencia a realizar actividades de ocio pasivo y religioso (Faílde, Dapía, Vazquez y Vazquez, 2021).

Es interesante analizar como a lo largo del ciclo vital los patrones de ocio cambian o evolucionan; sobre todo

cuando queremos enmarcarlo dentro del envejecimiento activo; pues existe una tendencia a asociarlo, en lo referente al ocio, con terminos de actividades “juveniles”, con fuerte énfasis en la salud y en la independencia. Esta conceptualización genera estereotipos y “miedo” hacia el envejecimiento, discriminando a las personas dependientes o con diversidad funcional (Angus y Reeve, 2006).

Para cambiar esto y fomentar que las personas puedan mantener actividades de ocio satisfactorias en su proceso evolutivo, será necesario partir de la diversidad, considerando que la vida activa evoluciona y se adapta; pues las personas mayores pueden desarrollar habilidades sustitutivas, nuevas relaciones y estrategias que les permitirán supercar los cambios (Hansson, Robson y Limas, 2008).

Los presentes resultados son de interés para el análisis del envejecimiento activo y la influencia del ocio en la trascendencia vital de las personas mayores, como generador de satisfacción, asociado a factores sociodemográficos de salud, estado emocional y relaciones sociales.

## REFERENCIAS

- Angus, J. y Reeve, P. (2006) Ageism: a threat to ‘aging well’ in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 37-52.
- Argyle, M. (1996). *The social psychology of leisure*. New York: Penguin Books.
- Boudiny, K. (2013). “Active ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing Sooc*, 33.1077-1098.
- Faílde Garrido, J., Dapía Conde, M., Vázquez Vázquez, M., & Vázquez Rodríguez, L. (2022). Are Older Adults’ Leisure Patterns Consistent with the Active Ageing Model? The Influence of the Ageist Stereotypes. *Social Policy and Society*, 21(4), 575-596. . doi:10.1017/S147474642100022.
- Hansson, R.O., Robson, S.M. y Limas, M.J. (2008). Stress and coping among older workers. *Work*, 17(3),.47-56.
- Liechty, T. y Genoe, M.R. (2013). Older men’s perceptions of leisure and aging. *Leisure Sciences*, 35, 438–454.
- Mhaka-Mutepfa, M. y Wright, T.C. (2022). Quality of Life of Older People in Botswana. *The International Journal of Community and Social Development*, 4(1), 104–126. <https://doi.org/10.1177/25166026211064693>
- Monteagudo, M.J. y Cuenca, M. (2012) Los itinerarios de ocio desde la investigación: tendencias, retos y aportaciones. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 20, 103–135.
- Montero García, I., & Bedmar Moreno, M. (2010). Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. *Polis (Santiago)*, 9(26), 61-84. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682010000200004>
- Sarrate Capdevila, M.L. (2008). Ocio y tiempo libre en los centros educativos. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 60(4), 51–61.



# Fisioterapia en pacientes con TNC's y demencias. Nuevos abordajes y actualizaciones.

**Vanesa López Miguens**

*Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid, España.*

Palabras clave: Trastornos neurocognitivos, dolor, demencia, ejercicio terapéutico, fisioterapia.

## RESUMEN

La Fisioterapia en trastornos neurocognitivos (TNC's) y demencias neurodegenerativas (DN) está en constante evolución. El abordaje es multidimensional e interdisciplinar y es fundamental dar a conocer el trabajo desarrollado por los y las fisioterapeutas en este ámbito a todas las profesiones vinculadas de un modo u otro a la geriatría y gerontología.

Los objetivos de este artículo son dar visibilidad a investigaciones relevantes que pueden ser precursoras de cambio en el método de trabajo diario, inspirar, impulsar e incentivar mayor investigación, así como reflejar inquietudes y reflexiones que surgen de la experiencia clínica diaria, en dónde la fisioterapia emerge como fórmula no farmacológica para mejorar la calidad de vida de las personas en este ámbito.

Se abordan tres aspectos condicionantes en el tratamiento y bienestar diario de las personas que padecen estos trastornos:

### 1. Criterios diagnósticos.

La evolución y sintomatología de algunas demencias neurodegenerativas es variable, y en la práctica clínica existen dificultades en la elaboración del diagnóstico diferencial. Estudios referentes a la valoración de marcha y realidad virtual señalan nuevas líneas de investigación que apoyan este diagnóstico diferencial.

### 2. Percepción del dolor.

La percepción del dolor en personas con demencia está alterada e infradiagnosticada, a lo que se le añaden dificultades de expresión y comunicación vinculadas con la propia enfermedad. Por ello, detectarlo y tratarlo adecuadamente debe ser prioritario para los profesionales sanitarios. Si la prevalencia de patología osteoarticular es similar, a igualdad de edad y sexo, en pacientes sin demencia o con ella (Álvaro, 2015), los y las fisioterapeutas contamos con un sinnúmero de técnicas no farmacológicas óptimas para reducir y/o eliminar el dolor.

### 3. Fragilidad y sarcopenia.

Son síndromes con gran prevalencia en la población mayor, generadores de caídas e inmovilidad que conllevan un alto coste personal, sanitario, psicológico, social e institucional.



La prevención es la primera vía de actuación y el tratamiento a través del ejercicio teraéutico caracterizado por estar adaptado a las condiciones de salud y centrado en la persona, mayoritariamente pluripatológica y polimedicada, potencia la movilidad y previene las caídas que permite tener mayor independencia durante un periodo más largo de tiempo.

Otra vía de actuación es a través de la tecnología de realidad virtual (VRT) cuya accesibilidad favorece una rápida expansión como técnica de rehabilitación para mejorar la movilidad funcional y reducir caídas.

## 1. INTRODUCCIÓN

La fisioterapia mantiene y mejora la capacidad funcional, autonomía y bienestar de la persona con TNC y demencia y conlleva una disminución de costes sanitarios.

Es clave en el abordaje de la dependencia, en prevención, valoración e intervención terapéutica y efectiva desde las fases más leves a las más avanzadas de la enfermedad, cada una de ellas con unos objetivos específicos a nivel institucional, comunitario y domiciliario. Familiares, cuidadores/as informales, profesionales y amigos/as habitualmente se ven sometidos/as a un sobreesfuerzo mental y físico continuado en el tiempo, que derivan en lesiones añadidas.

Por este motivo, formar al cuidador/a en prevención de lesiones, movilizaciones y transferencias, así como mantener las máximas capacidades físico-funcionales de la persona con demencia es primordial.

El abordaje es complejo, y la Valoración Geriátrica Integral (VGI) indispensable en este campo, hermana a todos los profesionales sanitarios que forman parte del equipo inter, multi y transdisciplinar.

Afortunadamente, el constante avance científico permite aplicar conocimientos más específicos que derivan en mayor especialización. En la fisioterapia geriátrica, es necesario tener conocimientos de fisioterapia respiratoria, neurológica, músculoesquelética, oncológica, cardiovascular, urogenital, traumatológica y reumatológica y salud mental.

### 1.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

La Asociación Americana de Psiquiatría ha publicado el DSM-5 (5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), con nuevos criterios diagnósticos que engloban el término trastorno neurocognitivo menor y mayor, "con la intención de identificar a personas con alto riesgo de progresar a enfermedades neurodegenerativas e incidir de forma temprana, enlenteciendo el proceso. En el deterioro cognitivo leve (DCL) se podría conservar la capacidad de aprender nueva información, ya que existen evidencias de plasticidad cognitiva". (González Palau et al, 2015).

Por ello, la intervención precoz, retarda su evolución. En este aspecto, estudios que se mencionan a continuación muestran una conjunción de sinergias que señalan que el análisis de la marcha puede aportar datos significativos de apoyo al diagnóstico clínico.

1- Parámetros cinemáticos de la marcha pueden discriminar a los pacientes con DCL de los individuos cognitivamente sanos (Fuentes- Abolafio et al., 2020).

2- El rendimiento motor diferencia a las personas con LBD (demencia por Cuerpos de Lewy, Parkinson y EA

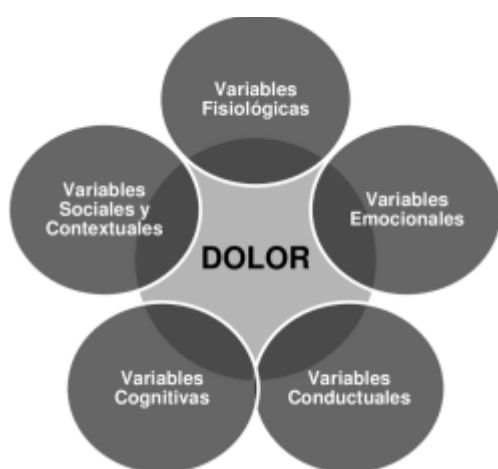


(enfermedad de Alzheimer),(Fritz et al., 2016).

3-Existe evidencia preliminar de señales patológicas discretas de la marcha en EA y LBD, (Andle et al., 2019).

## 1.2.PERCEPCIÓN DEL DOLOR.

Según la International Association for Study of Pain (IASP) el dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Subjetiva y multidimensional tal y como muestra Luciana Moretti en el modelo bio- psico-social que se muestra a continuación. (Ver Figura 1).



**Figura 1**

*Modelo bio- psico- social del dolor crónico. Moretti.*

“El tratamiento del dolor debe considerarse un derecho humano fundamental, ya que se trata de uno de los principales problemas médicos que afecta a la población”. IASP, SED (Sociedad Española del dolor).

Según datos que revela el estudio Pain in Europe, aproximadamente uno de cada cinco adultos europeos sufre dolor de larga duración, que aumenta un 49-83% en centros gerontológicos. Hay un 61% de residentes sin demencia (29% de intensidad grave, 64% de frecuencia diaria) frente al 22% de residentes con demencia.

La percepción del dolor en personas con demencia está alterada.

A grandes rasgos, en Enfermedad de Alzheimer (EA) el umbral de dolor agudo se mantiene, la información nociceptiva está enlentecida y el placebo no es efectivo.

En DV (Demencia Vacular) el componente afectivo del dolor está más afectado, existe un incremento de la experiencia dolorosa y la cefalea se presenta como un Síndrome doloroso crónico. En la Demencia frontotemporal (DF) está comprometido el componente motivacional y afectivo del dolor y existe una reducción en la expresión del dolor. El uso de analgésicos está reducido y las lesiones de las demencias asientan áreas comunes con las vías nociceptivas (Alabal et al., 2011).



El dolor puede incapacitar, afectar a la funcionalidad de la persona, y generar episodios de agitación y alteraciones conductuales.

“El dolor amenaza la dignidad humana, en la demencia amenaza a la humanidad” COSTAction TD1005”

La comunicación no verbal y el contacto manual como trasmisor de calor y de sensaciones, secretor de oxitocina y regulador del sistema nervioso es el gran aliado de la fisioterapia.

Cuando la demencia cursa con afasia, así como en aquellos estadios más moderados- avanzados en las que existen alteraciones de comprensión y percepción, la valoración del dolor con escalas como PACSLAC, PAINAD, y DOLOPLUS-2, con buenos niveles de homogeneidad, validez y fiabilidad, pueden ser de utilidad. Sin descartar la Pictórica, Abbey Pain, PADE, RAPID, CNPI, NOPPAIN, EVA, EDAD, de gran utilidad dependiendo del perfil a valorar.

## 2.FRAGILIDAD Y SARCOPENIA.

Según la OMS en el año 2050 cerca de 140 millones de personas vivirán con uno u otro tipo de demencia. La recomendación central en el plan de acción global sobre la respuesta de salud pública a la demencia es la rehabilitación. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que necesitan atención médica (OMS).

Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. En Galicia, el 50% de la dependencia funcional en mayores de 65 años es debida a una disfunción de la movilidad. (INE).

El alto índice de caídas anual, conlleva consecuencias en muchos casos graves.

La fragilidad, predictora de la discapacidad, es un síndrome de causas múltiples caracterizada por la pérdida de fuerza y resistencia, disminución de la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o fallecer.

Como comentamos previamente es necesario hacer una valoración geriátrica integral (VGI) y conocer a la población de riesgo y el índice de fragilidad para prevenir su avance.

Cuestionarios como el de Frail, Velocidad de la marcha, Timed up and go, Short Physical, Performance Battery son de gran utilidad en la actualidad.

Por otra parte, cabe mencionar la sarcopenia, enfermedad progresiva y generalizada del músculo esquelético, caracterizada por una disminución de la fuerza muscular, masa muscular y rendimiento físico. Se produce pérdida de unidades motoras de la médula espinal, y se asocia al envejecimiento fisiológico y cambios en el estilo de vida.

El Test Alusti, aporta una valoración de rendimiento físico en población geriátrica novedosa en la que se tiene en cuenta el uso de ayudas técnicas en la marcha y de fácil aplicación en personas demencias más severas.

La evidencia sobre los beneficios del ejercicio terapéutico es múltiple; no solamente con respecto a la fragilidad y la sarcopenia, sino que mejora la capacidad ventilatoria, movilidad, flexibilidad, agilidad, tono, fuerza muscular y sistema inmunitario. Además, regula la tensión arterial, disminuye el estrés, la agresividad, la rigidez física y

mental y el dolor, protegiendo y mejorando la cognición en el adulto mayor. Según revisiones sistemáticas con evidencia científica 2015-2019, el ejercicio terapéutico disminuye síntomas de enfermedades psiquiátricas, metabólicas, neurológicas, cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos, sin olvidar que los efectos físicos, psicológicos y sociales de la inmovilidad son devastadores.

Se basa en la historia de vida, habilidades, capacidades y necesidades de las personas. Es una herramienta fundamental para el y la fisioterapeuta, que condicionados/as por las condiciones de salud del individuo a través de la promoción, prescripción y seguimiento de programas de ejercicio tienen como objetivo de obtener la máxima movilidad funcional, disminuir el dolor, reduciendo en la medida de lo posible medicación.

Se puede aplicar de modo individual y grupal, este último tiene la ventaja de que aumenta la autoeficacia, motivación, diversión y socialización.

Se conoce que a través de la música y el baile, especialmente bailes de salón, se mejora la amplitud del paso en demencia por cuerpos de Lewy y Parkinson, que tienen trastornos motores similares tales como bradicinesia, rigidez, temblor y marcha congelada generados por los depósitos de Sinucleína que son más extensos en Demencia por cuerpos de Lewy (Rojo et al., 2019).

“La inactividad promueve la degeneración” (Pelaez Hervás, 2022).

Cabe mencionar los trastornos del movimiento asociados a los TNC's y caracterizados por ser hipercinéticos o hipocinéticos (rígido- acinéticos) en los que técnicas de activación neuromuscular y ejercicio neuroactivo muestran efectividad. Se ha demostrado además, que la tecnología de realidad virtual (VRT) mejora la calidad de la marcha y la resistencia en personas mayores sanas y que el entrenamiento BRU (Unidad de Rehabilitación del Equilibrio) indujo una reducción significativa en el número de caídas por sujeto y disminución del síndrome post-caída en comparación con el grupo control no entrenado.

### 3. MÉTODOS

Para realizar esta breve revisión, se consultaron distintas fuentes bibliográficas; Pubmed, Medes. Medline y Cochrane. Asimismo, se solicitó información a fisioterapeutas expertos en geriatría:

- Miembros del grupo de trabajo de Fisioterapia de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Comisión de Geriatría del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia.

### 4. CONCLUSIONES

Valorar el dolor de una persona que tiene dificultades o barreras en la comunicación debe ser una prioridad y un reto (debido a su complejidad) para todos/as los/as profesionales sanitarios.

Lesiones y/o enfermedades generadoras de dolor están presentes en personas con demencia, pueden ser causa de alteraciones conductuales y la fisioterapia es una gran aliada en los tratamientos no farmacológicos para tratarlo.

El ejercicio terapéutico es clave en la prevención y tratamiento de la fragilidad y la sarcopenia.



El análisis de la marcha puede ser un apoyo en el diagnóstico diferencial de personas sin afectación cognitiva y trastorno cognitivo leve y entre enfermedad de Parkinson, EA y Demencia por cuerpos de Lewy.

Es necesaria más investigación para continuar evolucionando en este campo, tan importante para la mejora de la calidad de vida de las personas con trastornos neurocognitivos mayores y menores.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento al Dr. Miguel Angel Vázquez, a la Sociedad Gallega de Gerontología y Geriátrica, a la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y al grupo de trabajo de Fisioterapia de La SEGG, especialmente a Iván José Fuentes- Abolafio y Pau Ferrés Godayol y a la Comisión de geriatría del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia.

## REFERENCIAS

Alabal, J., Arriola, E., Navarro, A., González, M. F., Buiza, C., Hernández, C. y Zulaica, A. (2011). Dementia and pain. *Rev. Soc. Esp. Dolor* (18)3.

Álvaro González, L.C. (2015). The neurologist facing pain in dementia. *Neurología*, 30(9), 574-585

Imirizaldu Garralda, M. y Calvo Sáez, J.I (2009). Prevalencia y valoración del dolor. *Revista Rol de Enfermería*, 32(6), 414-420.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. *Arlington, VA*. pag 319- 358.

Calvo Aguirrey J.J., Alustiza Navarro, J., Uranga Zaldúa, J., Sarasqueta Eizaguirre, C. y Bueno Yáñez, O. (2018). Test Alusti: nueva escala de valoración del rendimiento físico para la población geriátrica. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 53(5), 251-261.

Corregidor- Sánchez, A.I., Segura- Fragoso, A, Rodríguez- Hernández, M, Jiménez- Rojas, C, Polonio- López, B. y Criado- Álvarez, J.J. (2021). Effectiveness of virtual reality technology on functional mobility of older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 50(2), 370-379.

Duque, G., Boersma, D. y Loza- Díaz G. et al. (2013). Effects of balance training using a virtual-reality system in older fallers. *Clin Interv Aging* 8, 257-63.

Fuentes-Abolafio I.J., Brendon Stubbs, Pérez-Belmonte, L.M., Bernal-López, M.R., Gómez-Huelgas, R. y Cuesta-Vargas, A. (2021). Parámetros objetivos funcionales que pueden discriminar a los pacientes con deterioro cognitivo leve de los individuos cognitivamente sanos: una revisión 50(2), 380–39

Fritz, N., Kegelmayer, D., Kloos, A., Linder, S., Park, A., Katakai, M., Adeli, A., Agrawal, P., Scharre, D. y Kostyk, S. (2016). Motor performance differentialtes individuals with Lewy body dementia, Parkinson's and Alzheimer's disease. *Gait & Posture*. 50, 1-7.

Gasca Tizné, G., Pes Rey, B., Reyes López, A., Martínez Sampedro, P., Miranda Cebrián, N. y Salas García, A. (2021). Efecto del ejercicio físico sobre la función cognitiva en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve. Una revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*.



- Giménez Llord, L. (2016). Valoración clínica del dolor en el deterioro cognitivo. *Informaciones psiquiátricas* 224.
- González, F., Palau, F., Buenanotte, M. y Cáceres, M. (2015). From mild cognitive impairment to mild neurocognitive disorder: Progression of the clinical construct. *Neurología Argentina. Neurolg.arg* 7(1), 51-58.
- Gupta, A., Prakash, N. y Sannyasi, G. (2021). Rehabilitation in Dementia. *Indian J Psychol* 43(5 Suppl): S37-S447.
- Mc Andle, R., Galna, B., Donaghy, Thomas, A. y Rochester, L. (2019). Do Alzheimer's and Lewy body disease have discrete pathological signatures of gait? *Alzheimers & Dementia*, 15(10), 1367-1377.
- Moretti, L. (2019). Dolor y cogniciones: ¿reciprocidad e influencia? Una aproximación al estudio científico del dolor crónico y su relación con las cogniciones. *Editorial Académica Española*.
- Papiol Espinosa, G. y Abades Porcel, M. (2015). Valoración del dolor en demencia avanzada: revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 26(3).
- Parodi, J.F., Nieto- Gutierrez, W., Tellez, G.A., Ventocilla- Gonzales, I., Runzer –Colmentares, F.M. y Taype-Roldan, A. (2017). Velocidad de la marcha y desarrollo de trastornos neurocognitivos en adultos mayores; resultados de una cohorte peruana. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(2), 73-76.
- Rojo Sebastian, A., Ayuso Peralta, L., García Soldevilla, M. y González Robles, C., (2019). Otras demencias degenerativas. Demencia con cuerpos de Lewy, demencia en la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencia vascular. Programa de formación médica continuada. *Ed. Elsevier*, 12(74), 4347-4356.
- Velazquez-Pérez, J.M. y Marsall-Alonso, C. (2009). Trastornos del movimiento inducidos por fármacos. *Revista de neurología*; 48 (Supl. 1), 57-60.
- Vidal, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 27(4), 232-233.

