

ZERBITZUAN

84

7 REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE PERSONAS CUIDADORAS OCULTAS O INVISIBILIZADAS
35 CONSECUENCIAS DEL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL **45** PERTSONARENGAN OINARRITUTAKO ARRETA-EREDUA BIZKAIKO PERTSONA ADINDUEN EGOITZETAN **57** ESTATUS SOZIOEKONOMIKOA, BAKARDADEA ETA DEPRESIOA HELDU NAGUSIEN ARTEAN: ZEHARKAKO AZTERKETA ESPAINIAN **73** LA RESPUESTA SOCIAL A LAS MUJERES MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI **85** EXPERIENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS PARA UNA SOCIEDAD COHESIONADA **107** LAS MESAS DE SALUD MENTAL, UNA HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS LOCALES EN SALUD MENTAL EN CATALUNYA **121** ESKOLA ETA KOMUNITATE INKLUSIBO BATERANTZ: ONGI ETORRI ESKOLARA PROIEKTUA ETA FAMILIA LAGUNA PROGRAMA



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERRONKA DEMOGRAFIKOAREN SAILA
DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
URTARRILA · ENERO 2025



Zerbitzuan gizarte-ongizateko gaietara dedikatzen den zientzia-aldizkari bat da. Bideratzen zaie arlo honetan jarduten duten eragile horiei guztiei —profesional, erakunde-arduradun, ikerlari, boluntario eta erabiltzaileei—, eta xede du ekarpenak eskaintzea politika eta gizarte-zerbitzuen hobekuntzarako eztabaidan. Lau hilez behingo aldizkakotasuna du, eta argitaratzen da bai paper bai formatu elektronikoa.

Zerbitzuan es una revista científica dedicada a las políticas de bienestar social. Se dirige a todos los agentes involucrados en este ámbito —profesionales, responsables institucionales, investigadores/as, voluntariado y usuarios/as— y tiene como objetivo contribuir al debate sobre la mejora de las políticas y los servicios sociales. Su periodicidad es cuatrimestral y se edita tanto en papel como en formato electrónico.

Egileen iritzia azaltzen dute aldizkari honetan argitaratutako kolaborazioek, eta ez da azaltzen derrigorrean *Zerbitzuan* edo SIISen iritzi propioa. Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de *Zerbitzuan* o la del SIIS.

EKOIZLEA ■ PRODUCE
SIIS Servicio de Información e Investigación Social
SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
Fundación Eguía Careaga Fundazioa
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
www.sis.net
publicaciones@sis.net

Tirada: 750 ale/ejemplares

© Euskadiko Autonomia Erkidegoko Administrazioa.
Ongizate, Gazteria eta Erronka Demografikoaren Saila
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Bienestar, Juventud y
Reto Demográfico

DISEINUA ■ DISEÑO
Estudio Lanzagorta

MAKETAZIOA ■ MAQUETACIÓN
Concetta Probanza

INPRIMATZEA ■ IMPRESIÓN
Gráficas Irudi S.L.

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <https://doi.org/10.5569/1134-7147.84>

© Eguía-Careaga Fundazioaren
SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
SIIS Servicio de Información e Investigación Social
de la Fundación Eguía-Careaga

Baimentzen da edonolako bidetik eginiko aldizkari honetako artikuluen erreprodukzio osoa edo partziala, betiere iturria, egile edo egileak alpatzen direnean. Está permitida la reproducción total o parcial por cualquier medio de los artículos contenidos en esta revista, siempre que se cite la fuente y el autor o autores.

Aldizkaria honako datu-baseetan zerrendatuta dago:
Esta revista está incluida en las siguientes bases de datos:

- CIRC, Dialnet, Dulcinea, Ebsco, Inguma, ÍNDICES CSIC, Journal Scholar Metrics, Latindex (directorio), MIAR, Scilit, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

Artikuluak Artículos

7

Revisión de la literatura sobre personas cuidadoras ocultas o invisibilizadas
Sara Peña Valderrama

35

Consecuencias del apoyo y acompañamiento en las familias de personas con problemas de salud mental
Irama Vidorreta Gutiérrez
Aimar Rubio Llona

45

Pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua Bizkaiko pertsona adinduen egoitzetan
Ainara Blanco Portela

57

Estatus sozioekonomikoa, bakardadea eta depresioa heldu nagusien artean: zeharkako azterketa Espainian
Esteban Sánchez-Moreno
Lorena Gallardo-Peralta
Ana Barrón López de Roda
Joaquín M. Rivera Álvarez

73

La respuesta social a las mujeres mayores víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Euskadi
Iratxe Herrero Zarate
Carlos Díaz de Argandoña Fernández

85

Experiencias y buenas prácticas para una sociedad cohesionada
Ainhoa Carcavilla

Esperientziak Experiencias

107

Las mesas de salud mental, una herramienta para el desarrollo de políticas locales en salud mental en Catalunya
Elisenda Ferrer

121

Eskola eta komunitate inklusibo baterantz: Ongi Etorri Eskolara proiektua eta Familia Laguna programa
Lola Boluda Guigo
Garazi Zarauz Pensado



Artikuluak
Artículos

Revisión de la literatura sobre personas cuidadoras ocultas o invisibilizadas

Sara Peña Valderrama

SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía-Careaga
spena@sis.net

Badira berariazko ezaugarriak eta zirkunstantziak dituzten zaintzaile talde batzuek kalteberatasun-egoeran jartzen dituztenak. Literatura zientifikoaren arabera, kolektibo horiei “ezkutuko edo ikusezin bihurtutako zaintzaileak” deitu izan zaie, zaintzaileek eskura dituzten zerbitzuak edo baliabideak eskuratzen ez dituzten neurrian, edo, gutxienez, beste pertsona batzuek eskura ditzaketen neurri berean eskuratzen ez dituzten neurrian. Sarbiderik ez izatearen arazoien artean daude, besteak beste, ezjakintasuna, egoera jasanezin bihurtu arte eskaera atzeratzea edo gizarte-estigmaren lotsa eta beldurra sentitzea. Literaturaren berrikuspen honen helburua da, lehenik eta behin, kalteberatasun handiena duten ezkutuko zaintzaileen profilak identifikatzea; eta bigarrenik, horiek ikusezin bihurtzean esku hartzen duten faktore nagusiak aztertzea, baita pertsona horiek haien zaintza-lanean aurre egin behar dieten premiak eta arazoak ere.

Gako-hitzak:

Zaintzaile informalak, premien ebaluazioa, zerbitzuen erabilera, irisgarritasuna, oztupoak, literatura zientifikoa.

Existen grupos de personas cuidadoras con características y circunstancias específicas que las colocan en situación de vulnerabilidad. Este colectivo ha sido denominado por la literatura científica como “personas cuidadoras ocultas o invisibilizadas”, en la medida en la que no llegan a acceder a los servicios o recursos disponibles para personas cuidadoras, o por lo menos, no acceden en la misma medida en que pueden hacerlo otras personas. Entre las razones de esa falta de acceso, están el desconocimiento, la postergación de la solicitud hasta que la situación se vuelve insostenible o los sentimientos de vergüenza y miedo al estigma social. Esta revisión de la literatura tiene por objetivos, en primer lugar, identificar aquellos perfiles de personas cuidadoras ocultas que presentan una mayor vulnerabilidad y, en segundo, analizar los principales factores que intervienen en su invisibilización, así como las necesidades y problemas que esas personas enfrentan en su labor de cuidado.

Palabras clave:

Personas cuidadoras informales, evaluación de necesidades, utilización de servicios, accesibilidad, barreras, literatura científica.

1. Contextualización, objetivos y metodología

Los antecedentes inmediatos de este estudio se sitúan en el marco de los presupuestos abiertos de la Diputación Foral de Gipuzkoa para 2021¹. En ese proceso participativo, la entidad foral propuso un puñado de iniciativas, comprometiéndose a implementar al año siguiente aquellas que recibieran mayor respaldo ciudadano. Una de las ideas seleccionadas consistía en la puesta en marcha de un “proyecto de transformación social para la puesta en valor del cuidado”. La propuesta se materializó en un estudio preliminar que analizaba la organización social de los cuidados en el citado territorio foral e identificaba las líneas prioritarias de actuación sobre las que cabría avanzar en ese ámbito (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2022).

Esa investigación, financiada por el Órgano para la Igualdad de Mujeres y Hombres de la Diputación Foral de Gipuzkoa, dio pie a varios estudios, entre ellos, uno dirigido a identificar los grupos de personas cuidadoras en el ámbito familiar que se enfrentan a una mayor vulnerabilidad y a examinar las necesidades, problemas y dificultades específicas que presentan desde una perspectiva de género (SIIS Servicio de Investigación e Información Social, 2024). Para alcanzar tales objetivos, se aplicaron dos metodologías complementarias. Por un lado, una revisión bibliográfica de la literatura internacional, y por otro, una investigación cualitativa basada en entrevistas en profundidad. El presente artículo recoge los resultados de esa revisión de la literatura, que sirvió de fundamento para el diseño metodológico de la segunda fase del estudio, es decir, para identificar los perfiles de las personas que participaron en las entrevistas.

Aunque el perfil más habitual de personas cuidadoras se ajusta al de una mujer de mediana edad que se responsabiliza de la atención y asistencia del cuidado de personas que conviven en el hogar —a veces con el apoyo de los servicios formales, públicos o privados, y a veces sin dichos apoyos—, existen otros grupos de personas cuidadoras con características y circunstancias específicas que las colocan en situación de vulnerabilidad. Este colectivo ha sido denominado por la literatura científica como “personas cuidadoras ocultas o invisibilizadas”, en la medida en la que no llegan a acceder a los servicios o recursos disponibles para personas cuidadoras, o por lo menos, no acceden en la misma medida en que pueden hacerlo otras personas. Entre las razones de esa falta de acceso, pueden encontrarse innumerables factores, como el mismo desconocimiento, la postergación de la solicitud hasta que la situación se vuelve insostenible o los sentimientos de vergüenza y miedo al estigma social. A pesar de ser un colectivo oculto o invisibilizado, cada vez son más los países

que han comenzado a desarrollar mecanismos para su detección y han empezado a incluir medidas concretas dentro de sus planes de apoyo dirigidas a detectar y visibilizar a estas personas cuidadoras.

Como ya se ha señalado, el objetivo del presente trabajo es, en primer lugar, identificar aquellos perfiles de personas cuidadoras ocultas que presentan una mayor vulnerabilidad y, en segundo, analizar los principales factores que intervienen en su invisibilización, así como las necesidades y problemas que esas personas enfrentan en su labor de cuidado. Para llevar a cabo esa revisión, se consultó el catálogo del SIIS, así como otras bases bibliográficas, a fin de seleccionar informes y estudios, tanto a escala estatal como internacional, que abordaran la situación de personas cuidadoras ocultas. Cabe señalar que este ámbito de estudio se ha desarrollado principalmente en países anglosajones, por lo que la literatura internacional proviene, mayoritariamente, del Reino Unido y, en menor medida, de los Estados Unidos, Australia o Canadá —además de los países nórdicos—. Es preciso señalar, también, que los estudios en este campo, al indagar sobre las experiencias de las personas cuidadoras, son de carácter eminentemente cualitativo y que la invisibilización de esos colectivos dificulta notablemente su cuantificación en muchos casos. Con todo, y a fin de proporcionar un análisis equilibrado, se han incluido, en la medida de lo posible, los estudios o informes de carácter cuantitativo más pertinentes.

El contenido del artículo se organiza en un primer apartado de marco teórico y cinco apartados posteriores en los que se aborda la situación específica de los siguientes grupos:

- Las personas que cuidan y no han alcanzado la mayoría de edad y las personas jóvenes cuidadoras.
- Las personas cuidadoras de edad avanzada, y en especial, los hombres mayores cuidadores y las personas mayores cuidadoras de un hijo o hija con discapacidad.
- Las personas cuidadoras en el medio rural.
- Las personas cuidadoras pertenecientes a colectivos minoritarios: minorías étnicas o personas de origen extranjero, personas de etnia gitana y el colectivo LGTBIQ+.
- Las personas cuidadoras en situación de sobrecarga, centrando la mirada en las familias monoparentales encabezadas por una mujer.

Resulta imprescindible destacar que la vulnerabilidad de algunas de estas personas cuidadoras puede verse agudizada por la intersección de múltiples ejes de invisibilidad o discriminación, lo cual da lugar a perfiles combinados y que presentan una mayor necesidad. Este puede ser el caso, por ejemplo, de una persona joven cuidadora perteneciente a una minoría étnica, o de una persona mayor cuidadora que reside en el ámbito rural.

¹ <https://www.gipuzkoa.eus/es/web/partaidetza/aurrekontu-irekiak2021>.

2. Principales elementos que contribuyen a la invisibilización de las personas cuidadoras

El análisis de la literatura permite establecer dos tipos de factores que intervienen en la invisibilización de las personas cuidadoras. Por un lado, se encuentran aquellos aspectos relacionados con las características de los servicios formales de apoyo y que se conforman como barreras u obstáculos de acceso y uso para las personas cuidadoras. Por otro, también intervienen elementos relativos a las propias personas cuidadoras, donde convergen sistemas de valores, normas sociales y actitudes personales, así como las circunstancias específicas en las que se desarrolla la labor de cuidado.

Así, la inadecuación de las vías de acceso a la información, la falta de conocimiento profesional sobre las características y necesidades específicas de estos colectivos, la ausencia de medidas específicas dirigidas hacia ellos o la existencia de experiencias pasadas negativas y percepciones de discriminación, figuran como algunos de los elementos de invisibilización que surgen de los propios servicios y recursos de apoyo a personas cuidadoras, y que se erigen como obstáculos o barreras de acceso a ellos (Carers UK, 2016; Greenwood *et al.*, 2019; Henwood, Larkin y Milne, 2017).

También se ha destacado el fundamental papel que las propias personas cuidadoras juegan a la hora de acceder y hacer uso de los recursos disponibles. En este sentido, una de las principales aportaciones de la literatura es la problematización del propio concepto de persona cuidadora (Molyneaux *et al.*, 2011) y de los procesos de autoidentificación y asunción de esta identidad (Beatie *et al.*, 2021). En efecto, se ha demostrado que la realización de tareas de cuidado y la asunción de la identidad de persona cuidadora son procesos diferenciados y no, necesariamente, paralelos (Beatie *et al.*, 2021; Carduff *et al.*, 2014).

Se apunta, de este modo, a la existencia de diversos motivos por los que una persona con responsabilidades de cuidado puede no reconocerse como persona cuidadora, o incluso rechace conscientemente esta identidad. Entre estos, destacan algunos factores personales, culturales o religiosos que insertan la naturaleza del cuidado dentro de las obligaciones morales de parentesco y obstaculizan la identificación como persona cuidadora. Al presentarse, en ocasiones, la enfermedad o la dependencia como un proceso gradual, algunas personas cuidadoras no reconocen el cambio en la naturaleza de la relación con la persona cuidada. Otras, por el contrario, se resisten a adquirir esa nueva identidad, prefiriendo mantener la identidad de parentesco, en ocasiones como mecanismo para salvaguardar la dignidad o percepción de independencia de la persona cuidada (Knowles *et al.*, 2016).

La ausencia de autorreconocimiento también puede verse influenciada por estereotipos sobre lo que

supone ser una persona cuidadora. En ocasiones, por ejemplo, la identificación solo se da cuando las personas cuidadoras reconocen en su propia experiencia algunos de los elementos que se asocian al cuidado más intensivo, como la soledad y la necesidad de proporcionar atención continuada (Knowles *et al.*, 2016). Esto supone un largo proceso en el que solo se acude a los servicios formales cuando la situación resulta insostenible (Morgan *et al.*, 2002). Por otro lado, algunas concepciones de la enfermedad, así como el estigma asociado a condiciones como la enfermedad mental o el abuso de sustancias, alejan a las personas cuidadoras de los servicios y recursos de apoyo formales (Carroll *et al.*, 2019).

A su vez, las propias circunstancias en las que se desarrolla la labor de cuidado también pueden impedir la autoidentificación como persona cuidadora. Este puede ser el caso de las situaciones de sobrecarga, en las que las responsabilidades de cuidado y laborales hacen que la persona cuidadora pase por alto sus propias necesidades, o de los cuidados proporcionados de forma intermitente o a distancia (NICE, 2020; White, Wray y Whitfield, 2020).

Algunos estudios de carácter crítico han sugerido, incluso, que el concepto de persona cuidadora, debido a las connotaciones de carga que conlleva, es inefectivo a la hora de captar a los colectivos de personas cuidadoras que mayores necesidades de atención presentan (Molyneaux *et al.*, 2011). Estos debates, en cualquier caso, exceden el alcance de esta revisión.

En las siguientes páginas se describen los perfiles de personas cuidadoras que la literatura ha identificado como invisibilizadas y que, por tanto, presentan un riesgo de vulnerabilidad mayor. En la medida de lo posible, se proporciona, para cada perfil identificado, una aproximación a las causas y magnitud del fenómeno, una identificación de los factores que intervienen en su invisibilización y que dan cuenta del bajo acceso a los servicios o recursos disponibles, y un análisis de las principales necesidades y problemas que las responsabilidades de cuidado conllevan para estas personas.

3. Personas adolescentes y jóvenes cuidadoras

Dentro de la literatura científica relativa a las personas cuidadoras ocultas, el colectivo que más atención ha recibido es el de las personas jóvenes cuidadoras. Debido a que presentan características y necesidades específicas, dentro de este grupo, la literatura a menudo establece diferencias entre los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años (personas jóvenes cuidadoras o *young carers*) y aquellas personas con edades comprendidas entre 18 y 25 años (personas jóvenes adultas cuidadoras o *young adult carers*)².

² Si bien en algunos países, notablemente Australia, la definición de persona joven cuidadora engloba a todas las personas me-

El término de persona cuidadora joven hace referencia a niños, niñas o adolescentes menores de 18 años que proporcionan cuidados de carácter sustancial y continuado a familiares con algún tipo de enfermedad, discapacidad o conducta de adicción o consumo de sustancias. A falta de una descripción oficial (y teniendo en cuenta que las tareas domésticas o de cuidados pueden darse en todo tipo de familias y no por ello suponer un riesgo de vulnerabilidad), la literatura establece que las personas jóvenes cuidadoras son aquellas que asumen responsabilidades de cuidado que exceden las que se considerarían apropiadas para un niño o niña, y se asemejan a las que generalmente se asignarían a una persona adulta (Aldridge y Becker, 2007; Becker, 2007). En este sentido, a menudo se ha utilizado el llamado "continuo del cuidado", concepto desarrollado por Becker (2007), en el que se diferencia entre la preocupación por una persona —del inglés *care about*— y el cuidado de esa persona —*care for*—. Mientras que el primer caso podría aglutinar tareas domésticas básicas y de atención a hermanos o hermanas, las dificultades, discapacidad o enfermedades familiares pueden empujar a una persona joven hacia el otro extremo del continuo, asumiendo cada vez mayores responsabilidades de cuidado, con un aumento en la intensidad y especialización de las tareas (como las tareas de higiene personal o las tareas médicas).

Pese a que no existen registros o métodos consolidados de medición de este fenómeno, se estima que entre el 2% y el 8% de la infancia y adolescencia de los países industrializados serían personas jóvenes cuidadoras (Dorard *et al.*, 2022; Joseph *et al.*, 2020; Leu y Becker, 2014). Uno de los estudios de cuantificación más recientes, elaborado en Suiza, establecía la prevalencia de las personas jóvenes cuidadoras en un 7,9% (Leu *et al.*, 2019). En Gipuzkoa, por el contrario, los datos que se desprenden de la Encuesta de Salud del País Vasco de 2018 sitúan la prevalencia de personas cuidadoras de entre 15 y 25 años en el 2%, lo que supondría alrededor de 1500 jóvenes (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2022).

Al igual que la cuantificación, y dado su carácter oculto y la consiguiente escasa atención recibida por parte de las políticas públicas, la caracterización sociodemográfica de este colectivo es difícil de determinar. En Inglaterra, un estudio realizado por la Oficina del Comisionado de la Infancia (Children's Commissioner for England, 2016) entre más de 28 000 personas cuidadoras jóvenes que habían accedido a los servicios ofrecidos por autoridades locales dibuja un perfil ligeramente feminizado (con un 56% de chicas, frente al 44% de chicos) y donde un 55% tenía entre 10 y 15 años. Cabe mencionar que este estudio detecta la existencia, si bien reducida, de menores de 5 años con responsabilidades de cuidado.

Anteriormente, si bien con una metodología poco contrastada, un estudio elaborado a partir de datos longitudinales de más de 15 000 escolares de 13 y 14 años recogidos entre 2004 y 2010 también aportaba algunos resultados de interés respecto a las características sociodemográficas de este colectivo en Inglaterra (Hounsell, 2013). El estudio ponía de manifiesto que las personas jóvenes cuidadoras tenían, frente a sus coetáneas sin responsabilidades de cuidados, una probabilidad 1,5 veces mayor de tener una discapacidad, enfermedad crónica o necesidades especiales de aprendizaje o de pertenecer a una minoría étnica, así como el doble de probabilidad de que el inglés no fuera su lengua materna. El estudio también destacaba que una de cada doce personas cuidadoras jóvenes proporcionaba cuidados familiares durante más de quince horas semanales y que el promedio de los ingresos anuales de un hogar con una persona joven cuidadora era hasta 5000 libras inferior al de los hogares sin ellas.

No obstante, existen importantes diferencias territoriales en lo que se refiere al perfil de las personas jóvenes cuidadoras. Un reciente estudio (Hanson *et al.*, 2022) realizado a través de una encuesta online dirigida a más de 2000 personas adolescentes cuidadoras de entre 15 y 17 años en seis países europeos (Italia, Países Bajos, Eslovenia, Suecia, Suiza y Reino Unido) sugiere que el perfil mayoritario sería el de una chica que cuida de su madre con una discapacidad física, si bien se observan notables diferencias entre países: en Italia, por ejemplo, una mayor proporción de personas (72,9%) proporcionaba cuidados a abuelos o abuelas, mientras que en Suecia la condición más común era la de un progenitor con enfermedad mental. De esta manera, se aprecia cómo los diferentes sistemas de organización social de los cuidados en Europa —un mayor familiarismo en los cuidados de larga duración en los países del sur, o una mayor cobertura de protección social para personas con discapacidad en países nórdicos— configuran también la organización social de los cuidados proporcionados por personas jóvenes.

En todo caso, la literatura apunta a que, en la mayoría de los casos, los niños, niñas y adolescentes cuidadores se ocupan principalmente de sus progenitores, y, en menor medida, de hermanos o hermanas o abuelos o abuelas. Las razones que llevan a estos niños, niñas y adolescentes o personas jóvenes a cuidar de familiares son diversas y multidimensionales. La literatura identifica como principales causas: la falta de disponibilidad de redes informales alternativas para el cuidado, la ausencia de cuidados en contextos formales adecuados, la existencia de vínculos de unión intrafamiliares de los que se desprenden obligaciones y responsabilidades filiales religiosas, o el rechazo de la persona que es cuidada a recibir ayuda externa (Joseph *et al.*, 2020; Saragosa *et al.*, 2022). Mientras que algunos estudios ponen de manifiesto que, a menudo, la experiencia de convertirse en personas cuidadora se vive a través

nores de 25 años con responsabilidades de cuidado.

de la ausencia de alternativas, en otras ocasiones se articula como una decisión propia y elegida (Saragosa *et al.*, 2022).

En lo que se refiere a las tareas realizadas, la literatura consultada describe una amplia diversidad que varía según la condición de la persona cuidada y de la presencia de hermanos o hermanas en el hogar. De acuerdo con una clasificación utilizada en un cuestionario de identificación de personas jóvenes cuidadoras (Joseph *et al.*, 2009), las tareas pueden clasificarse en seis ámbitos diferenciados: cuidado personal, cuidado a hermanos o hermanas, tareas domésticas, cuidado emocional, administración del hogar y apoyo económico o práctico. No todas las personas jóvenes llevan a cabo todas estas tareas y la literatura detecta una gran variación en el nivel de responsabilidad y dedicación horaria asumida, lo cual da lugar a situaciones diversas: mientras que algunos niños y niñas pueden dedicar un elevado número de horas a las tareas domésticas y gestión del hogar, otros quizás presenten una menor intensidad horaria pero realicen tareas de cuidado emocional o íntimo, con una mayor repercusión sobre su bienestar (Järkestig-Berggren *et al.*, 2019; Smyth, Blaxland y Cass, 2011).

3.1. Aproximación desde las políticas públicas

Son pocos los países que cuentan con políticas públicas específicas dirigidas a este colectivo. Un reciente estudio sitúa al Reino Unido como el único país con una respuesta avanzada a este fenómeno en el ámbito profesional y de las políticas públicas (Leu *et al.*, 2022). En efecto, desde que en los años noventa se identificara por primera vez a este colectivo en la literatura científica, el Reino Unido ha sido el territorio que mayor atención le ha prestado, dotándolo de reconocimiento explícito y de políticas públicas dirigidas al mismo. Así, en 2014, a través de la Ley de Infancia y Familias (*Children and Families Act*) y la Ley de Atención a la Dependencia (*Care Act*), se reconocían formalmente los derechos específicos de este colectivo y se establecían protocolos para su detección, evaluación y provisión de servicios de apoyo a través de las autoridades locales. De manera paralela, existe también una amplia red de organizaciones del tercer sector que trabajan en este ámbito y ofrecen servicios a los niños, niñas y adolescentes, así como a sus familias. Aunque con una trayectoria menos dilatada, Australia también cuenta con un reconocimiento expreso de este colectivo y un organismo específico para la dotación de servicios a personas jóvenes cuidadoras de entre 18 y 25 años. Más recientemente, países como Noruega y Suecia han comenzado a abordar este fenómeno y a reconocerlo en sus políticas públicas. En el caso de los países nórdicos, no obstante, las personas cuidadoras jóvenes se reconocen como colectivo a través de la figura del "familiar más próximo" (*next of kin* o *close relative*), y, dado el alto grado de cobertura de los sistemas de protección social en estos países, la atención se centra

mayoritariamente en situaciones relacionadas con problemas de salud mental o adicciones de las y los progenitores de estas personas jóvenes (Phelps, 2021).

Cabe mencionar, dada su importancia en el abordaje de este problema, un importante debate que se ha dado en el ámbito académico sobre la atención prestada hasta el momento a los hijos e hijas de personas con discapacidad. Según este nuevo enfoque crítico (Banks *et al.*, 2001; Henwood, Larkin y Milne, 2017), el paradigma de las personas jóvenes cuidadoras partía de una visión capacitista y discriminatoria que representaba a estas personas jóvenes como víctimas o personas afectadas por la discapacidad de sus progenitores. De la misma manera, esta corriente académica argumentaba que este paradigma, al situar el foco sobre las necesidades de las personas jóvenes cuidadoras, institucionalizaba sus responsabilidades de cuidado en vez de eliminarlas, puesto que desviaba la atención sobre la ausencia estructural de apoyos formales adecuados y transfería la responsabilidad del cuidado al ámbito informal. Esto es, se sostenía que la atención y recursos públicos se dirigían a desarrollar medidas paliativas de apoyo a estos niños y niñas, en vez de garantizar una atención adecuada a las personas con discapacidad o enfermedad que acabara con el papel de personas cuidadora joven.

A raíz de estos debates, desde la década de 2000, en el Reino Unido se viene trabajando con un enfoque holístico familiar (*whole family approach*), basado en el trabajo preventivo y la asignación de apoyos a las familias, con el fin de minimizar las responsabilidades de cuidado de las personas jóvenes cuidadoras (Carers Trust Scotland, 2020). A partir de una evaluación inicial realizada por un trabajador o trabajadora social, se establece si el trabajo de cuidado realizado por la persona joven es apropiado y se determinan las necesidades de apoyo individualizado requeridas para evitar los efectos negativos sobre su bienestar. Los servicios más comunes que se ofrecen a personas jóvenes cuidadoras en el Reino Unido son aquellos relacionados con el respiro, las oportunidades de ocio y socialización con otras personas jóvenes en su misma situación y los servicios de asesoramiento. A partir de los 16 años, existe también una dotación económica específica para los y las jóvenes cuidadoras, así como servicios de acompañamiento en la transición a la vida adulta y de acceso al mercado laboral. En cualquier caso, pese a la larga trayectoria de trabajo académico y de políticas públicas en este ámbito, su alcance podría ser limitado. Un informe llevado a cabo por la Oficina del Comisionado de la Infancia en Inglaterra en 2016 estimaba que cuatro de cada cinco personas jóvenes cuidadoras no estarían recibiendo el apoyo necesario por parte de las autoridades locales, en gran medida debido a que las actuaciones estarían principalmente enfocadas a la detección y evaluación, y no a la provisión de servicios (Children's Commissioner for England, 2016).

Desde un enfoque alternativo, la respuesta sueca al fenómeno de las personas jóvenes cuidadoras es

la de la protección a la infancia y la adolescencia frente a cualquier forma de trabajo, incluidos los cuidados informales, al entender que suponen una responsabilidad inapropiada para estos niños, niñas y adolescentes. Las medidas públicas desarrolladas en este contexto, por lo tanto, no estarían orientadas a proporcionar apoyos a estas personas sino a acabar, en primera instancia, con las responsabilidades de cuidado. Algunos estudios afirman que, paradójicamente, la función protectora del Estado de bienestar sueco puede derivar en una invisibilización reforzada de este colectivo, ya de por sí de difícil identificación, tal y como se expone en el siguiente epígrafe (Järkestig-Berggren *et al.*, 2019).

3.2. Identificación y utilización de recursos

De acuerdo con la literatura consultada, una de las principales razones por las que las personas jóvenes cuidadoras permanecen ocultas es la falta de autorreconocimiento o identificación como tales. Por un lado, al igual que con el resto de los colectivos de personas cuidadoras ocultas, se observa una tendencia a asumir las tareas de cuidado como una extensión de la relación con la persona cuidada, es decir, como algo natural inherente al papel de hijo, hija o, en su caso, hermano/a o nieto/a, que simplemente cumple con obligaciones familiares y “ayuda en casa” (Smyth, Blaxland y Cass, 2011). Esta situación parece darse de manera más notoria entre jóvenes de aquellas minorías étnicas o culturales para las que el cuidado se inserta de manera más intrínseca dentro del sistema moral que articula las relaciones de parentesco. Las barreras lingüísticas y culturales, a su vez (tal y como se expone en el apartado relativo a las minorías étnicas de esta revisión), podrían suponer un obstáculo añadido a la identificación y acceso a los servicios y recursos disponibles por parte de estos niños, niñas y adolescentes (Wayman, Raws y Leadbitter, 2016).

Por otro lado, la invisibilidad de este colectivo también se asocia a razones específicas relacionadas con las normas y expectativas sociales que establecen que los niños, niñas y adolescentes sean receptores, y no proveedores, de cuidados familiares (Aldridge y Becker, 2007; Becker, 2007; Smyth, Blaxland y Cass, 2011). En este sentido, se ha señalado cómo diversos servicios o recursos destinados a personas cuidadoras no contemplan a menores de edad en sus criterios de elegibilidad. Junto con ello, se destaca también el importante desconocimiento acerca de este fenómeno entre el personal profesional —como profesorado, personal de atención primaria o personal en los servicios de salud mental y adicciones— y que dificulta la detección de personas cuidadoras jóvenes, así como la ausencia de una adecuada estrategia de comunicación que permita a estas personas jóvenes reconocerse como cuidadoras y acceder a los servicios disponibles. Otro de los problemas fundamentales de la detección de estas personas es, tal y como exponen diversos estudios, el propio rechazo a reconocerse como cuidador o cuidadora,

pudiendo deberse a diversas razones como el miedo a la separación familiar, la lealtad hacia las personas cuidadas o a sentimientos de vergüenza y estigma, un hecho que se observa particularmente en el caso de aquellas personas que cuidan de algún progenitor con problemas de salud mental o abuso de sustancias (Banks *et al.*, 2002; Joseph *et al.*, 2020).

3.3. Principales dificultades

La literatura científica ha documentado los efectos que esta temprana asunción de responsabilidades ejerce sobre la salud física y mental, las oportunidades de formación, empleo, participación social, y la calidad de vida de estos niños, niñas y adolescentes. Al igual que ocurre en el ámbito de los cuidados informales proporcionados por mujeres, se ha descrito la existencia de una penalización (Stamatopoulos, 2018) —académica y social— entre las personas cuidadoras jóvenes frente a sus compañeros y compañeras sin responsabilidades de cuidado. En efecto, entre las principales necesidades y demandas de servicios señaladas por las propias personas jóvenes cuidadoras, se encuentran las oportunidades de ocio y participación social, de asistencia a la escuela y de respiro (Joseph *et al.*, 2020; Moore y McArthur, 2007).

En este sentido, diversos estudios de carácter cualitativo apuntan a que las personas jóvenes cuidadoras gozan de peor salud física y mental que sus compañeros y compañeras sin responsabilidades de cuidado (Järkestig-Berggren *et al.*, 2019; Lacey, Xue y McMunn, 2022). Entre las principales afecciones, se detectan preocupaciones, ansiedad, bajo estado de ánimo o problemas de sueño. Las situaciones más graves se dan especialmente entre aquellos chicos y chicas que deben hacerse cargo de un familiar con una enfermedad mental grave o abuso de sustancias, puesto que el estigma o vergüenza que rodea a este tipo de situaciones empujaría a estos menores a mantener la situación en secreto y ocultar sus necesidades emocionales (Saragosa *et al.*, 2022). También se ha señalado que los niños, niñas o adolescentes que asumen tareas de cuidado íntimas estarían expuestas a un mayor impacto, al tratarse de situaciones que transgreden las normas sociales establecidas sobre lo que es aceptable en una relación paternofamiliar (Joseph *et al.*, 2020). Cabe mencionar que esta evidencia resulta menos concluyente en los estudios de carácter cuantitativo que operan con muestras más grandes de población (Joseph *et al.*, 2009; Lacey, Xue y McMunn, 2022).

Junto con los efectos sobre la salud física y emocional de las personas jóvenes cuidadoras, se ha señalado también las importantes consecuencias que las responsabilidades de cuidado pueden tener sobre las trayectorias académicas y de participación social de estos niños, niñas y adolescentes. Estas consecuencias estarían principalmente relacionadas con la menor capacidad para dedicar tiempo al estudio debido a las demandas del cuidado, donde se alude a un bajo rendimiento escolar, dificultad

para concentrarse o pérdida de horas lectivas (Saragosa *et al.*, 2022). Un reciente estudio llevado a cabo en Australia entre niños y niñas cuidadoras de 8 a 14 años concluye que aquellos que cuidan de algún miembro familiar con una enfermedad mental o con problemas de abuso de sustancias, presentan una significativamente menor adhesión al proyecto educativo que el resto de los compañeros y compañeras (Hamilton y Redmond, 2020). A su vez, también se ha hecho referencia al aislamiento social que deriva de las responsabilidades de cuidado o del propio rechazo a la socialización con el grupo de pares por el sentimiento de vergüenza o miedo al estigma, para poder mantener oculta la situación familiar. Cabe destacar que, al coincidir en gran medida con el tránsito hacia la adolescencia, donde las relaciones sociales con iguales adquieren un papel fundamental, la pérdida de oportunidades de participación social puede interferir en el proceso madurativo de estos chicos y chicas y sobre sus trayectorias vitales (Becker y Sempik, 2019; Saragosa *et al.*, 2022).

Si bien estos datos se refieren a estudios de carácter cualitativo, la citada encuesta (Hanson *et al.*, 2022) realizada entre 2000 personas jóvenes cuidadoras de seis países europeos (Italia, Países Bajos, Eslovenia, Suecia, Suiza y Reino Unido) respaldaría estos resultados. En lo que respecta a las consecuencias educativas derivadas de las responsabilidades de cuidado, este estudio pone de manifiesto importantes efectos negativos, particularmente en el Reino Unido, donde hasta un 37 % afirmaba que su rendimiento académico se había visto afectado negativamente debido a estas. También el Reino Unido ostenta las peores cifras en lo que respecta a problemas de salud mental relacionados con las responsabilidades de cuidado (57%), seguido de Suiza (34%), Suecia (26%), Italia (19%), Eslovenia (15%) y los Países Bajos (12%). Un dato preocupante, de acuerdo con este estudio, es el de los problemas de salud mental graves derivados de la actividad de cuidado, donde casi tres de cada diez (28%) de las personas jóvenes encuestadas en Reino Unido referían pensamientos de autolesión.

Con todo, cabe señalar, que, además del conjunto de efectos negativos sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de estos niños, niñas y adolescentes, la literatura también ha descrito importantes efectos positivos relacionados con las responsabilidades de cuidado adquiridas. Estas estarían principalmente relacionadas con los procesos de aprendizaje vital y de desarrollo de la resiliencia que confiere el cuidar de un familiar enfermo, donde las personas jóvenes entrevistadas aluden a sentimientos de satisfacción, madurez y fortalecimiento del vínculo familiar (Evans y Becker, 2009; Joseph *et al.*, 2020).

En cualquier caso, resulta imprescindible resaltar que la experiencia de cuidado está mediada por las condiciones socioeconómicas de cada familia. Por lo tanto, las personas jóvenes cuidadoras pertenecientes a familias en situación de mayor vulnerabilidad, como las familias con bajos recursos, las monoparentales

o las minorías étnicas, enfrentan la situación desde una posición de mayor desventaja y limitación de oportunidades.

3.4. Personas jóvenes adultas cuidadoras

Tal y como se ha expuesto con anterioridad, la literatura establece una categoría diferenciada para las personas jóvenes adultas cuidadoras de entre 18 y 25 años (*young adult carers*). Si bien la naturaleza de las responsabilidades de cuidado es similar a la que asumen las personas jóvenes cuidadoras menores de 18 años, este colectivo presenta unas necesidades específicas derivadas del momento vital en el que se encuentra.

En efecto, la literatura señala que la etapa de la adultez emergente puede constituir un momento de especial dificultad para las personas cuidadoras, que deben compaginar el inicio de su emancipación y las necesidades de desarrollo personal, social y profesional con sus responsabilidades de cuidado en el hogar (Haugland, Hysing y Sivertsen, 2020). De este modo, mientras que para las personas jóvenes adultas este periodo supone una etapa de autonomía y posibilidad, para aquellas con responsabilidades de cuidado puede convertirse en un momento de aislamiento y preocupación (Day, 2015). En efecto, se ha constatado cómo la toma de decisiones acerca del futuro, en el caso específico de las personas cuidadoras jóvenes adultas, está fuertemente asociada a sus responsabilidades de cuidado. Así lo pone de manifiesto un estudio llevado a cabo en Australia entre personas jóvenes y jóvenes adultas cuidadoras (Hamilton y Adamson, 2013), que afirma que la principal diferencia entre estos dos colectivos reside en las aspiraciones de futuro: mientras que las personas más jóvenes encaran el futuro de manera optimista, aquellas con edades más avanzadas aluden a las barreras en su capacidad para la toma de decisiones, que estarían limitadas por las responsabilidades de cuidado adquiridas.

De esta manera, las experiencias de cuidado de las personas jóvenes adultas, al igual que en el caso de aquellas más jóvenes, estarían marcadas por una penalización (Stamatopoulos, 2018). Esta, sin embargo, no solo afecta a la consecución de los estudios y las oportunidades de participación social, sino también a las trayectorias laborales presentes y futuras. En consecuencia, las menores posibilidades de interacción social, los obstáculos al rendimiento académico, y las barreras de acceso al mercado laboral —decisivas en esta etapa vital— podrían suponer una pérdida de oportunidades para la adquisición de capital social que trunque las expectativas de futuro de estos y estas jóvenes (Day, 2015). En efecto, un reciente estudio constataba que, en el Reino Unido, las personas jóvenes adultas presentan niveles inferiores de empleabilidad y renta, frente a aquellas sin responsabilidades de cuidado (Brimblecombe *et al.*, 2020). Cabe mencionar, además, que, a medida que aumenta la edad de

las personas jóvenes cuidadoras y, particularmente entre aquellas de 18 a 24 años, la feminización de los cuidados comienza a ser más notable, tanto por la mayor prevalencia de mujeres cuidadoras en esa franja de edad, como por la mayor intensidad horaria que dedican frente a los jóvenes adultos cuidadores (Becker y Sempik, 2019). De manera similar, una investigación desarrollada a partir de datos extraídos de la Encuesta Nacional a Estudiantes de Noruega constataba una mayor prevalencia de mujeres jóvenes adultas cuidadoras, de origen migrante, provenientes de familias divorciadas y con dificultades económicas (Haugland, Hysing y Sivertsen, 2020).

Junto con el efecto que las responsabilidades de cuidado pueden ejercer sobre las trayectorias académicas, sociales y laborales de estas personas, la literatura, si bien escasa, también apunta al efecto sobre la salud física y mental de estas. En este sentido, se detectan problemas de ansiedad, depresión o insomnio, y peores estados de salud mental en general y satisfacción vital frente a las personas jóvenes adultas sin responsabilidades de cuidado (Becker y Sempik, 2019; Greene *et al.*, 2017; Haugland, Hysing y Sivertsen, 2020). A pesar de que las responsabilidades de cuidado no son necesariamente una causa directa de estas afecciones, más aún dado el escaso desarrollo de estas investigaciones, el estudio elaborado en Noruega sí pone de manifiesto una relación entre un mayor número de horas dedicado al cuidado y peores estados de salud mental y bienestar (Haugland, Hysing y Sivertsen, 2020).

4. Personas cuidadoras de edad avanzada

Si bien las personas cuidadoras jóvenes son las que, históricamente, mayor atención han recibido en el ámbito del estudio sobre las personas cuidadoras ocultas, las tendencias demográficas actuales sitúan a las personas mayores de 65 años y, especialmente, a aquellas mayores de 80, como uno de los perfiles emergentes con un crecimiento de mayor proyección, tanto en nuestro entorno como en contextos internacionales (Abellán *et al.*, 2018; Greenwood *et al.*, 2019; Henwood, Larkin y Milne 2017). En este colectivo, tal y como se expone a continuación, cabe destacar la presencia de los hombres mayores cuidadores, que componen un subgrupo de difícil captación y acceso a los recursos disponibles para personas cuidadoras, así como el perfil de las personas mayores que cuidan de hijos e hijas con discapacidad, y que viven una situación de gran vulnerabilidad. El presente apartado proporciona, en primer lugar, una visión general de la situación de las personas mayores cuidadoras que desarrollan su labor de cuidado, principalmente, en el núcleo conyugal, para detenerse después en la situación específica de los hombres mayores cuidadores y las personas mayores que cuidan de hijos e hijas adultas con algún tipo de discapacidad.

Efectivamente, la literatura que aborda los actuales cambios demográficos y su relación con los patrones

de cuidado informales apunta a que, frente a un descenso de los cuidados intergeneracionales, es decir, aquellos proporcionados entre generaciones (normalmente en flujo ascendente de hijas e hijos adultos a padres/madres), se observa un aumento de los cuidados intrageneracionales, o provistos por personas coetáneas, generalmente dentro del núcleo conyugal y entre personas de edad avanzada. Este fenómeno se tiende a explicar a través del aumento de la esperanza de vida y la fragmentación de los hogares intergeneracionales, que habría dado lugar al crecimiento de los hogares compuestos por una pareja de personas mayores (así como de los unifamiliares) (Abellán *et al.*, 2018; Diputación Foral de Gipuzkoa, 2022).

Dentro de estas tendencias, además, se ha destacado cómo el aumento de la longevidad masculina, junto con el mantenimiento de la feminización de la discapacidad a edades avanzadas, se traducen en la emergencia del perfil del cuidador mayor masculino (Gómez Redondo, Fernández Carro y Cámara Izquierdo, 2018). Estas tendencias comienzan a hacerse patentes en los datos demográficos que muestran cómo, en aquellos hogares compuestos por dos personas de edad avanzada, las diferencias de género en los cuidados se van acortando progresivamente hasta llegar a invertirse entre las personas de 80 o más años: mientras que los cuidados informales recaen mayoritariamente sobre las mujeres hasta los 65 años, a partir de los 80 años son los hombres quienes ejercen de cuidadores principales en mayor medida. Así, en el caso específico de los cuidados en la pareja en España, los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 muestran una prevalencia de un 4,7% entre los hombres, y del 1,8% entre las mujeres mayores de 80 años (Abellán *et al.*, 2018).

Tal y como expone el *Estudio sobre la organización social del cuidado en Gipuzkoa* (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2020), estas tendencias pueden observarse también en nuestro entorno. Así, los datos que se desprenden de la Encuesta de Salud de 2018 para este territorio muestran cómo la prevalencia de personas cuidadoras aumenta a medida que lo hace la edad, siendo del 6,7% entre las personas de 65 y 74 años y del 9% entre las de 75 o más, una prevalencia que supera en más del doble a la de la población cuidadora de entre 45 y 64 años (4,3%). De esta manera, en Gipuzkoa, habría casi 7500 personas mayores de 75 años con responsabilidades de cuidado, lo que supone una cifra más que significativa. También el perfil emergente del cuidador mayor masculino comienza a hacerse notar en nuestro entorno, si bien aún de manera incipiente: si en la franja etaria que va de los 65 y a los 74 años la prevalencia de personas cuidadoras en 2018 era del 8,3% entre las mujeres y del 4,8% entre los hombres, esta distribución se invierte en el caso de las personas mayores de 75 años, grupo donde la prevalencia de mujeres cuidadoras se sitúa en el 8,9% y la de los hombres alcanza el 9,2%. Además, mientras que se

observa un descenso de la prevalencia de cuidado informal entre 2013 y 2018, tanto para hombres como mujeres, en todos los grupos de edad, este no se da para el grupo de mayores de 75, lo que confirma la tendencia creciente de este fenómeno y las proyecciones a largo plazo.

4.1. Principales elementos de vulnerabilidad

El cuidado informal a edades avanzadas, particularmente aquel provisto en el núcleo conyugal, presenta una serie de características que confieren una especial vulnerabilidad a las personas mayores cuidadoras.

En primer lugar, cabe tener en cuenta que las personas mayores cuidadoras pueden presentar necesidades de cuidado propias, derivadas de problemas de salud característicos de su edad. Estas pueden verse agravadas conforme avanza la edad (tanto propia como de la persona cuidada), y aumenta la carga y las consecuencias del cuidado, por lo que estos hogares presentarían necesidades de cuidado y apoyo dobles: tanto las relativas a las personas dependientes como las de las propias personas cuidadoras (Gómez Redondo, Fernández Carro y Cámara Izquierdo, 2018; Milne y Hatzidimitriadou, 2003).

En segundo lugar, el proceso de envejecimiento se acompaña de una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas que pueden ser particularmente debilitantes y conllevar una gran pérdida de autonomía, resultando en una importante sobrecarga para las personas cuidadoras. Este factor es de especial relevancia entre las personas mayores cuidadoras que atienden a alguien con demencia, así como a personas con limitaciones de movilidad, y que requieren de tareas de cuidado de carácter intensivo. De la misma manera, a medida que avanza la edad, existe un mayor riesgo de que las necesidades de cuidado se complejicen, debido a los mayores niveles de comorbilidad presentes en este grupo etario (Carers UK y Age UK, 2015; Henwood, Larkin y Milne, 2017).

De manera similar, y, en tercer lugar, junto con la intensidad que se deriva de las afecciones más frecuentes entre las personas de edad avanzada, cabe destacar la gran intensidad y dedicación horaria que caracteriza al cuidado entre convivientes y que atañe, por tanto, al cuidado conyugal entre las personas mayores (Milne y Hatzidimitriadou, 2003). En efecto, se ha destacado cómo las responsabilidades de cuidado de las personas mayores, particularmente entre aquellas que conviven con la persona cuidada, desarrollan una labor de alta intensidad.

A modo de ejemplo, un estudio comparativo (Carmichael y Ercolani, 2014) sobre la intensidad del trabajo de cuidado realizado por personas mayores y menores de 65 años, con una muestra de cerca de 2000 participantes en el Reino Unido, concluye que es el cuidado proporcionado por las personas mayores el que mayor intensidad conlleva. En efecto,

es entre estas personas cuidadoras donde se aprecia una mayor dedicación horaria semanal al cuidado, así como una mayor probabilidad de proporcionar cuidado entre convivientes y de carácter íntimo —ambos elementos, indicadores de alta intensidad de cuidado—. En el Reino Unido, se ha estimado, a partir de datos de 2011, que casi la mitad (47 %) de las personas de entre 75 y 84 cuidadoras dedican más de 50 horas semanales al cuidado, cifra que asciende hasta el 55 % para aquellos mayores de 85 años (Carers Trust, 2015). Cabe señalar, a su vez, que, según datos de 2014, en el Reino Unido, más de un tercio (37 %) de las personas mayores cuidadoras afirmaban llevar entre 10 y 20 años al cuidado de alguien dependiente (Carers UK y Age UK, 2015).

También en España, los datos proporcionados por la Encuesta de Condiciones de Vida del INE ponen de manifiesto esta alta dedicación horaria entre las personas mayores cuidadoras, con más de dos tercios (68,25 %) que dedican más de 20 horas semanales al cuidado (Pérez Díaz *et al.*, 2019).

Junto con estos tres elementos de vulnerabilidad que caracterizan las experiencias de cuidado de las personas mayores —precarios estados de salud propios, alta incidencia de enfermedades o condiciones especialmente demandantes, y elevada intensidad del cuidado entre convivientes—, la literatura destaca la existencia de dificultades específicas en este colectivo a la hora de reconocerse como personas cuidadoras y de acceder a servicios formales de apoyo (Henwood, Larkin y Milne, 2017). Estas se abordan a continuación.

4.2. Identificación y acceso a servicios y recursos formales

La literatura consultada subraya algunos de los motivos principales por los que las personas mayores cuidadoras conforman un colectivo oculto o invisibilizado, y que se traducen en un bajo acceso y uso de los servicios y recursos disponibles. Tal y como ya se ha expuesto, estas dificultades de acceso pueden venir motivadas por las actitudes de la propia persona cuidadora o por las barreras y obstáculos presentes en los propios servicios.

De esta manera, y en el contexto de las enfermedades crónicas o de largo recorrido, se ha hecho referencia a cómo la falta de autoidentificación como persona cuidadora respondería a la gradualidad del proceso de desarrollo de la dependencia de la persona cuidada, donde la persona cuidadora asume esa función de manera naturalizada y progresiva (Knowles *et al.*, 2016). Este hecho podría amplificarse en el contexto del cuidado conyugal, donde las responsabilidades de cuidado emergen como un aspecto más del vínculo de compromiso adquirido —que, además, contiene connotaciones de “buen hacer” (Elizalde-San Miguel, 2017)— y de la cotidianidad de las parejas de edad avanzada. En efecto, se ha detectado que, en ocasiones, existe una

fuerte preferencia por mantener la identidad marital frente a la de cuidador o cuidadora (Carduff *et al.*, 2014), un elemento que puede ser utilizado como estrategia de protección de la identidad de la persona cuidada, al minimizar su grado de dependencia y los cambios en la situación vivida (Knowles *et al.*, 2016; Morgan *et al.*, 2021).

De manera similar, se ha puesto de manifiesto que, en ocasiones, el rechazo a la identidad de persona cuidadora y a los apoyos asociados a esta vendría motivado por un deseo de salvaguardar la propia identidad de la persona cuidadora: ya sea por el sentimiento de dignidad derivado del mantenimiento de la independencia, por un sentimiento de vergüenza a la hora de admitir incapacidad para realizar las tareas de cuidado o por la sensación de culpa o fracaso a la hora de solicitar ayuda (Greenwood *et al.*, 2019; Greenwood y Smith, 2016). También se detecta una cierta reticencia a solicitar ayuda externa por parte de la persona cuidadora cuando esta considera que es ella la que proporciona el mejor cuidado posible, o a raíz del rechazo de la persona dependiente a incorporar a una persona ajena a la relación en el hogar. En ocasiones, por último, el rechazo puede deberse al miedo a que el acceso a servicios de apoyo pueda suponer la institucionalización de la persona cuidada (Milne y Hatzidimitriadou, 2003).

Por todo ello, se ha destacado que la identificación de las personas mayores cuidadoras debe abordarse como un proceso más que como una actuación puntual, y debe llevarse a cabo con sensibilidad hacia las preocupaciones y miedos de estas personas. En este sentido, se recalca la importancia de las personas profesionales de atención primaria como agentes clave en la identificación de este colectivo (Carers Trust, 2015).

Por otro lado, tal y como ya se ha dicho, la invisibilización de este colectivo puede deberse a las barreras de acceso a la información sobre recursos de apoyo, así como a la ausencia de medidas específicas dirigidas a estas personas cuidadoras en concreto. En este sentido, se ha destacado cómo la alta dedicación horaria al cuidado, que transcurre en muchos casos dentro del hogar, junto con las dificultades de acceso a la información derivadas de la brecha digital entre las personas mayores (bien por falta de destreza digital o de conectividad) pueden suponer verdaderos obstáculos a la hora de acceder a la información relativa a los servicios de apoyo disponibles (Carers UK y Age UK, 2015; Greenwood *et al.*, 2019).

4.3. Efectos sobre la salud y el bienestar

Si las responsabilidades de cuidado intenso inciden negativamente sobre la salud y el bienestar físico y mental de las personas cuidadoras en general (Roger García, 2010), este hecho se amplifica especialmente entre las personas cuidadoras mayores, ya que, por un lado, pueden partir de situaciones de salud ya de por

sí precarias y, por otro, proporcionan un cuidado de carácter intensivo (The Princess Royal Trust for Carers, 2011).

Se destaca, en este sentido, el mal estado de salud física y mental de este colectivo, que presenta síntomas de falta de sueño, fatiga y dolencias físicas derivadas del levantamiento de la persona cuidada. Algunas de las condiciones de mayor dificultad se dan entre las personas que cuidan de alguien que padece demencia, situación ante la que sus cuidadores y cuidadoras refieren un alto grado de estrés e impacto emocional, debido a los cambios en la personalidad y el comportamiento que la enfermedad conlleva. A esto, cabe añadir las preocupaciones y ansiedad relativas a la planificación del cuidado en el futuro, algo que, junto con la idea de no ser capaz de hacerse cargo, genera especial preocupación entre aquellas personas mayores que cuidan de hijos e hijas con discapacidad (Carers Trust, 2015; Carers UK y Age UK, 2015; Greenwood *et al.*, 2019).

Uno de los aspectos más destacados en la literatura relativa a las personas mayores cuidadoras y su incidencia sobre su salud y el bienestar es el del aislamiento social, la soledad y la falta de oportunidades de descanso o respiro (Carers UK y Age UK, 2015; Greenwood *et al.*, 2019; The Princess Royal Trust for Carers, 2011). Esto es de especial relevancia entre las personas que cuidan de alguien con dificultades de movilidad, con deterioro cognitivo o enfermedades estigmatizadas, como las relacionadas con la salud mental. La alta intensidad de las responsabilidades de cuidado, que transcurren mayoritariamente dentro del hogar, y el progresivo debilitamiento del contacto social y las relaciones de amistad conllevan una importante pérdida de contacto social con el exterior. Este factor también incide de manera importante al fallecer la persona cuidada, ya que la persona cuidadora debe hacer frente a la soledad sobrevinida, que se ve agravada por la pérdida de relaciones y amistades durante los años dedicados al cuidado, lo que puede derivar en un aislamiento social grave (Greenwood y Smith, 2016).

En efecto, un elemento de especial vulnerabilidad en las experiencias de cuidado entre estas personas es el del fallecimiento de la persona cuidada. En estos casos, la persona mayor cuidadora debe hacer frente a un doble duelo: el de la pérdida de la persona querida y el de la pérdida de su identidad como persona cuidadora, ambas vividas como un gran vacío. Tanto la ausencia de la persona querida como la de las tareas, responsabilidades y redes relacionadas con el cuidado que se habían construido hasta el momento pueden dejar a la persona mayor cuidadora en una situación de aislamiento social y soledad y con necesidad de apoyo emocional (Greenwood *et al.*, 2019; Larkin, 2009).

De manera algo similar, el acceso a un recurso residencial por parte de la persona dependiente también puede desencadenar una situación de dificultad emocional para la persona cuidadora, al ver

reducida su labor de cuidador o cuidadora principal y cambiadas sus rutinas diarias. En este sentido, un estudio sobre el bienestar emocional de las personas mayores cuidadoras realizado en 2015 muestra que el final de las responsabilidades de cuidado, bien por fallecimiento de la persona dependiente o por su internamiento en una residencia, incrementaba las probabilidades de depresión de las personas cuidadoras (ILC-UK, 2015). En este sentido, algunos estudios sugieren que las responsabilidades de cuidado entre las personas mayores se viven como experiencias de múltiples pérdidas: de la vida más allá de los cuidados, de las oportunidades de ocio y compañía, así como de la pérdida del futuro compartido con la persona dependiente (Greenwood *et al.*, 2019).

4.4. Hombres mayores cuidadores

Una particularidad dentro del colectivo de personas mayores cuidadoras es —como se ha expuesto ya previamente— que, a medida que avanza la edad, la brecha de género en el cuidado informal tiende a desaparecer e, incluso, invertirse. En este sentido, cabe considerar a los hombres mayores cuidadores como una categoría especialmente oculta, en tanto que en ella intervienen dos ejes de invisibilización: la edad y el género.

En efecto, junto con las dificultades en la identificación y acceso a los servicios de apoyo que caracterizan la experiencia de las personas mayores cuidadoras, los cuidadores masculinos presentan algunas características propias que también los hacen menos proclives a reconocerse (o a ser reconocidos por los servicios formales) como cuidadores. A continuación, se presentan algunos de los elementos fundamentales que articulan las experiencias de cuidado de los hombres mayores cuidadores. Para ello, se ha consultado tanto la literatura específica sobre este subgrupo de cuidadores mayores como la relativa a la experiencia masculina del cuidado en términos generales.

Así, y de manera generalizada, la literatura destaca que las experiencias de los hombres mayores que cuidan dentro de la pareja se viven desde una óptica positiva en la que las responsabilidades de cuidado se asumen bajo el marco de las obligaciones y la reciprocidad conyugal (Ribeiro, Paúl y Nogueira, 2007; Soronellas-Masdeu, Comas d'Argemir y Alonso-Rey, 2021). En este sentido, los estudios que analizan las identidades masculinas en el ámbito del cuidado informal sugieren que, por lo general, la asunción de tareas comúnmente inscritas en la esfera doméstica y femenina no minan la identidad masculina en estos casos, sino que la imbuyen de un nuevo significado: los hombres asumen el papel de cuidador como una tarea práctica en la que tomar las riendas de la situación, una tarea dotada de alto valor social que contribuye a la autoestima o al orgullo del cuidador (Finn y Boland, 2021). En efecto, se ha apuntado a que el propio entorno social valoraría en mayor medida

el cuidado proporcionado por hombres mayores, al dotarlo de un significado heroico, frente al carácter naturalizado del cuidado proporcionado por mujeres mayores, que tendería a pasar inadvertido (Milne y Hatzidimitriadou, 2003).

En cualquier caso, el hecho de que las responsabilidades de cuidado se asuman a partir del vínculo conyugal y como muestra de reciprocidad por los cuidados proporcionados en el pasado implica, en muchos casos, una reticencia o rechazo explícito a reconocerse como persona cuidadora. De este modo, se ha constatado cómo la asunción de las tareas de cuidado no va necesariamente unida a una conciencia de ser un hombre cuidador, puesto que el cuidado de la persona dependiente se articula como algo inherente a las obligaciones morales de parentesco, y se resumiría en la afirmación “yo no soy un cuidador, soy su marido” (Comas d'Argemir y Chirinos, 2017: 78). De acuerdo con las opiniones del personal profesional, esta ausencia de identificación conlleva, a su vez, un bajo conocimiento de los recursos de apoyo disponibles o, incluso, su rechazo (Greenwood y Smith, 2015).

En efecto, un reciente metaanálisis etnográfico, en el que se analizan 28 investigaciones acerca de las experiencias de cuidado masculinas en relación con los servicios formales de apoyo concluye que la capacidad de sobrellevar la situación en solitario es a menudo vivida como motivo de orgullo y de masculinidad (Finn y Boland, 2021). De igual manera, en algunos casos, la solicitud de ayuda se experimenta como un signo de debilidad y vergüenza, lo que dificulta el acceso de estas personas a recursos de apoyo antes de que la situación se deteriore considerablemente (Finn y Boland, 2021; Greenwood y Smith, 2015).

Otro elemento de gran calado que caracteriza las vivencias de los hombres mayores cuidadores (o de los hombres cuidadores en general) es la falta de espacios o aptitudes para expresar sus emociones, lo cual se traduce en una necesidad de apoyo emocional no cubierta y en un alto grado de aislamiento social (Finn y Boland, 2021; Slack y Fraser, 2014). Algunos hombres mayores refieren importantes obstáculos a la hora de establecer conversaciones con sus iguales en las que abordar los aspectos emocionales del cuidado, algo que relacionan con las ideas de masculinidad que atraviesan las relaciones de amistad entre hombres.

De la misma manera, un asunto común que emerge en la literatura es la percepción de que los grupos de apoyo emocional que se ofrecen a través de los servicios formales están compuestos mayoritariamente por mujeres, lo que dificulta la participación de hombres, quienes no se sienten cómodos compartiendo detalles íntimos y emocionales en ellos. No obstante, los hombres entrevistados en diversos estudios refieren interés por encontrar espacios de comunicación y apoyo emocional (Finn y Boland, 2021; Greenwood y Smith, 2015).

4.5. Personas mayores cuidadoras de hijos e hijas adultas con discapacidad

Más allá del cuidado conyugal, la literatura sobre personas cuidadoras mayores también ha puesto el foco (si bien de manera muy limitada) sobre la situación de las personas mayores que cuidan de hijos o hijas adultas con algún tipo de discapacidad. Este colectivo tiene rasgos distintivos propios, derivados de la duración de la relación de cuidado y las preocupaciones acerca del futuro (Perkins y Haley, 2013), al ser padres o madres que han cuidado de sus hijos e hijas durante toda su vida y que se enfrentan a un proceso de envejecimiento que limita cada vez más su capacidad para cuidar. A su vez, más allá de los aspectos comunes ya expuestos en las experiencias de cuidado de las personas mayores, este colectivo presenta una serie de retos y dificultades específicas, relacionadas con la planificación de un futuro que se revela incierto y que conlleva un alto nivel de estrés y preocupación (Dillenburg y McKerr, 2010).

En primer lugar, cabe destacar que, en línea con lo que se viene exponiendo en el presente artículo sobre la asunción de la identidad de persona cuidadora, los padres y madres de un hijo o hija con discapacidad conforman uno de los colectivos que mayor dificultad presenta a la hora de identificarse como tal, prefiriendo mantener la identidad parental (Molyneaux *et al.*, 2011). Este fenómeno puede entenderse a través de la naturalización del cuidado inscrita en las relaciones filioparentales y que, en este caso, se extiende de manera significativa en el tiempo y puede constituir un importante elemento de rechazo a la identidad cuidadora. Cabe añadir que, una vez las personas cuidadoras alcanzan la vejez y comienzan a mostrar necesidades de cuidado propias, la literatura relativa al ámbito de la discapacidad intelectual apunta a que puede producirse un cambio de funciones o un cuidado mutuo, de manera que las personas con discapacidad asumen tareas de cuidado de su padre/madre (Perkins y Haley, 2013; Walker, 2015). El cuidado mutuo, en estos casos, puede dificultar aún más la asunción de la identidad de persona cuidadora, puesto que desdibuja los límites entre la provisión y recepción del cuidado.

En cualquier caso, el aumento de la esperanza de vida de las personas con discapacidad en las últimas décadas, unido a la prevalencia del cuidado informal, implica que cada vez más personas adultas con una discapacidad son atendidas por un padre o madre de edad avanzada (Forrester-Jones, 2019). Este proceso de envejecimiento, tanto de la persona cuidada como de la cuidadora, deriva en una gran vulnerabilidad puesto que, conforme aumentan las necesidades de cuidado del hijo o hija, también disminuye la capacidad para proveerlos de la persona cuidadora. Es más, en diversos grupos con discapacidad, el proceso de envejecimiento es más prematuro y acelerado que el de la población general, lo que intensifica su nivel de dependencia.

En este sentido, se ha destacado cómo la coincidencia de estos dos elementos intensifica y complejiza las necesidades de cuidado, una situación que, además, se ve agravada por el hecho de que el apoyo formal solo se proporciona cuando se alcanza un momento de crisis (Forrester-Jones, 2019). Junto con la vulnerabilidad derivada del deterioro de la salud, se han señalado también las dificultades económicas que estas familias atraviesan generalmente a consecuencia de la penalización laboral que supone atender a un hijo o hija con discapacidad, y que en muchos casos conlleva la salida del mercado laboral de un miembro de la pareja (Walker, 2015). Tal es así que un estudio llevado a cabo por el Princess Royal Trust of Carers (2011) sugería que, de todas las personas mayores cuidadoras analizadas, este colectivo se encontraba abrumadoramente agotado y preocupado y que sacrificaba su propia salud mental y física para proporcionar cuidados a sus hijos e hijas.

En efecto, tal y como expone la literatura consultada, uno de los aspectos más relevantes que caracteriza a este colectivo de personas cuidadoras es la gran preocupación y estrés que supone la planificación del cuidado en el futuro, particularmente una vez la persona cuidadora fallezca (Deville *et al.*, 2019; Dillenburg y McKerr, 2010; Forrester-Jones, 2019). En estos casos, las familias deben tomar decisiones acerca de si delegar el cuidado en hermanos o hermanas, si los hubiera, o planificar el traslado a entornos residenciales. Sin embargo, diversos estudios sugieren que el componente emocional de este aspecto es tan intenso que, en muchas ocasiones, las familias evitan pensar o hablar sobre ello, a pesar de que suponga un constante motivo de preocupación (Forrester-Jones, 2019; Taggart *et al.*, 2012). Esto, a su vez, conlleva una demora de la planificación que puede incrementar las dificultades en el futuro, debido a la pérdida de la habilidad o capacidad de la persona cuidadora para acceder a la información adecuada y manejarse en los distintos servicios de apoyo y atención.

En este sentido, la literatura es unánime acerca de la importancia de la intervención temprana para apoyar y acompañar la elaboración de un plan de futuro, antes de que surja la necesidad, y como herramienta de alivio de la angustia que este asunto genera en las familias (Deville *et al.*, 2019; Forrester-Jones, 2019). Un estudio llevado a cabo entre personas mayores cuidadoras que participaban en un programa sobre planificación del futuro en Reino Unido destaca la preferencia de las personas participantes por una planificación de futuro muy anterior a los 70 años establecidos por la estrategia inglesa (Deville *et al.*, 2019). Junto con el apoyo y acompañamiento a la planificación, otro reciente estudio en este colectivo señala que los apoyos más demandados por estas familias se referirían a los servicios de respiro, las actividades de fin de semana para los hijos e hijas y la necesidad de invertir en alojamientos alternativos para estos y estas (Forrester-Jones, 2019).

5. Personas cuidadoras en el medio rural

La literatura consultada identifica a las personas cuidadoras que desarrollan su actividad en el medio rural como otro de los colectivos ocultos o invisibilizados (Henwood, Larkin y Milne, 2017). En este caso, la invisibilización se asocia principalmente a la baja accesibilidad de los propios servicios y recursos destinados a personas cuidadoras en el ámbito rural, derivada de una infradotación y un escaso desarrollo respecto al ámbito urbano, así como de la distancia geográfica (L'Heureux *et al.*, 2022; Martín Gómez y Rivera Navarro, 2022; Winterton y Warburton, 2011).

Cabe tener en cuenta, no obstante, que la literatura desarrollada en este ámbito proviene de territorios con un medio rural muy distinto al de Euskadi o Gipuzkoa, caracterizados por grandes extensiones con una baja densidad poblacional, como los que existen en el Reino Unido, Canadá, los Estados Unidos o Australia. A modo de ejemplo, mientras que Escocia cuenta con una superficie diez veces superior a la de Euskadi, su densidad poblacional es cuatro veces menor. En este tipo de territorios, por lo tanto, la incidencia del aislamiento social y la distancia geográfica cobraría un peso mucho mayor que en nuestro entorno. En efecto, la ruralidad en Euskadi se caracteriza por una elevada interconexión entre los núcleos rurales y urbanos, que, al encontrarse distribuidos de manera extensa y continua por el territorio, producen menores diferencias demográficas entre el ámbito urbano y rural que las que se pueden apreciar en un contexto estatal (Camarero *et al.*, 2009). En cualquier caso, de acuerdo con los datos proporcionados por el INE algo más de 60 000 personas, alrededor del 8,5 % del total de la población de Gipuzkoa, residirían en un municipio de menos de 5000 habitantes, y, entre estas, algo más de la mitad lo harían en uno de menos de 2000.

En cualquier caso, y a pesar de las disparidades demográficas y geográficas, las dificultades derivadas de la baja accesibilidad de los servicios de apoyo para las personas cuidadoras en el medio rural también pueden incidir en nuestro entorno, tal y como se expone más abajo. Asimismo, la literatura señala la existencia de una serie de valores y normas sociales arraigadas en el medio rural que pueden disuadir de acceder a los apoyos formales (Carroll *et al.*, 2019; Martín Gómez y Rivera Navarro, 2018). Además, las tendencias demográficas en el medio rural plantean otra serie de dinámicas del cuidado con capacidad de incidir sobre la invisibilización de las personas cuidadoras. Tal y como se expone en algunos estudios de ámbito estatal, el envejecimiento poblacional, el descenso de la natalidad y los patrones de emigración campo-ciudad estarían resultando en una masculinización del entorno rural, que situaría a los hombres, si bien aún de manera incipiente, como actores emergentes en el cuidado informal en este medio (Elizalde-San Miguel, 2017; Martín Gómez y Rivera Navarro, 2018). Por otro lado, algunas de las estrategias adoptadas para atender las necesidades

de las personas dependientes en el medio rural, como el cuidado intermitente, el cuidado a distancia o el cuidado vecinal, también pueden obstaculizar la visibilización de las personas cuidadoras. A lo largo del siguiente epígrafe se desarrollan estos elementos y se esbozan las principales dificultades y necesidades que atraviesan las personas cuidadoras en el medio rural, de acuerdo con la literatura consultada.

5.1. Principales obstáculos en el acceso a servicios y recursos de apoyo al cuidado

La insuficiencia, infradotación y discriminación en el acceso a recursos y servicios de apoyo al cuidado en las zonas rurales ha sido ampliamente constatada en la literatura internacional (Brazil *et al.*, 2014; L'Heureux *et al.*, 2022). En el caso específico de los cuidados proporcionados a personas con demencia, por ejemplo, se apunta a que la baja accesibilidad se debería a un menor desarrollo de recursos frente al entorno urbano, en lo que a cobertura y especialización se refiere (Orpin *et al.*, 2014). Junto con la ausencia de servicios, también se detectan importantes obstáculos de acceso ligados a la distancia geográfica, entre ellos, el transporte y los costes asociados a este (Winterton y Warburton, 2011).

En el ámbito estatal, si bien existen diferencias territoriales significativas, la escasa literatura que aborda los cuidados informales en el medio rural ha puesto de manifiesto que existe una discriminación en el acceso a recursos de atención a la dependencia, en comparación con la ofrecida en los grandes núcleos urbanos, donde se observa un mayor despliegue de recursos y servicios (Martín Gómez y Rivera Navarro, 2018 y 2022). Así, y de manera generalizada, el ámbito rural estaría caracterizado por la inexistencia o inadecuación de las infraestructuras básicas para los servicios formales de cuidado, como son las residencias, los servicios de proximidad o los centros de día (Martín Gómez y Rivera Navarro, 2018). También en el País Vasco, se ha apuntado a la existencia de una tensión entre las zonas rurales y urbanas en términos de servicios, formas de acompañamiento y atención (Arin *et al.*, 2021). Estas deficiencias estructurales, por tanto, sitúan a las personas cuidadoras en el medio rural en una posición de mayor vulnerabilidad frente al efecto que el cuidado informal a personas dependientes puede ejercer sobre la salud y el bienestar.

Un reciente estudio llevado a cabo entre personas cuidadoras en Castilla y León (Martín Gómez y Rivera Navarro, 2022) pone de relieve algunas de las principales características de la provisión de cuidados informales en el ámbito rural y que repercuten sobre el acceso y utilización de recursos formales³. En lo

³ Cabe tener en cuenta, como ya se ha dicho, que las características del medio rural en Castilla y León difieren significativamente de las de Euskadi; por tanto, las circunstancias del cuidado informal en el medio rural de esta comunidad autónoma deben ser tomadas como una aproximación a la potencial situación de las personas cuidadoras en Euskadi.

que a las barreras estructurales se refiere, el estudio constata la reducida oferta de servicios formales a la que se ha hecho referencia. Fundamentalmente, se destaca que esta insuficiencia de recursos implica importantes dificultades para las personas cuidadoras a la hora de conciliar trabajo y cuidados. Así, el estudio apunta a la ausencia de centros de día, a la necesidad de realizar constantes desplazamientos —máxime en un contexto en el que, dentro del cuidado proporcionado por hijos o hijas adultas, estos no siempre comparten lugar de residencia con la persona dependiente— o a las dificultades que entraña la contratación de personal profesional, debido a una reducida oferta y a los bajos ingresos que caracterizan el medio rural en muchos casos.

Como ya se ha dicho con anterioridad, otro aspecto fundamental que interviene en el uso y aprovechamiento de los servicios disponibles es aquel relacionado con el acceso a la información. El estudio elaborado entre personas cuidadoras castellanoleonesas detecta importantes carencias en este ámbito, derivadas de la brecha digital que caracteriza al medio rural (Sánchez-Sierra Ramos y Flores Martos, 2022). Así, la baja conectividad y la menor disponibilidad de habilidades y dispositivos informáticos implicarían un mayor desconocimiento sobre la cartera de servicios disponibles.

Junto con las carencias en la infraestructura y dotación de servicios, este estudio también pone de relieve, en línea con la literatura internacional (Carroll *et al.*, 2019), la existencia de valores y normas sociales de especial arraigo en el medio rural que obstaculizan el acceso a los servicios formales de apoyo. Así, se destaca la diferente percepción sobre las necesidades que opera en el ámbito rural frente al urbano, y que surge de una cultura rural que sitúa la capacidad de sacrificio como valor social para sobrellevar las dificultades, entre las que se insertan las cargas asociadas al cuidado. De manera similar, se alude a la existencia de una penalización social por el uso de recursos formales que dificultan o retrasan el acceso a estos y que repercuten especialmente sobre las mujeres (cónyuges o hijas) con responsabilidades de cuidado. Las experiencias de cuidado de estas mujeres, tal y como constata este estudio, se caracterizarían a menudo por un bajo uso de los recursos formales a raíz del sentimiento de culpa que ello genera. En consecuencia, estas mujeres se exponen a un conflicto personal ligado a las dificultades que enfrentan a la hora de conciliar la vida familiar y laboral (Martín Gómez y Rivera Navarro, 2018 y 2022). A estas normas y valores sociales cabe sumarles el estigma asociado a ciertas enfermedades, como el Alzheimer o el Parkinson, y que, junto con la ausencia de anonimato que caracteriza el medio rural, pueden reducir tanto el uso de recursos formales como del espacio público. En efecto, el estigma asociado a condiciones de deterioro cognitivo se ha identificado en otros contextos rurales como una importante barrera en el acceso a recursos de apoyo (Morgan *et al.*, 2002).

5.2. Nuevos perfiles y fórmulas de ejercer el cuidado en el medio rural

Más allá de las deficiencias estructurales y las barreras socioculturales que se acaban de describir, la invisibilidad de las personas cuidadoras también está determinada por la asunción de la identidad de persona cuidadora, tal y como se viene señalando a lo largo de esta revisión. En este sentido, el desarrollo demográfico de las últimas décadas en el medio rural ha dado lugar a la emergencia de perfiles de personas cuidadoras y estrategias de cuidado que presentan mayores obstáculos para su identificación.

El modelo tradicional de la organización social del cuidado en nuestro entorno, que sitúa a la familia —y, dentro de esta, a las mujeres— en el centro de los cuidados a personas dependientes, tiene un especial arraigo en el ámbito rural (Martín Gómez y Rivera Navarro, 2018). Así, las mujeres de la llamada “generación soporte” —aquellas nacidas entre 1958 y 1977—, generalmente, hijas o cónyuges de las personas dependientes, se han posicionado como principales proveedoras del cuidado informal en el ámbito rural hasta hace poco (Camarero *et al.*, Souza, 2009). Las transformaciones sociales y demográficas experimentadas en el medio rural en las últimas décadas, no obstante, han comenzado a dar forma a nuevas dinámicas y estrategias de cuidados. De esta manera, se ha destacado cómo el acceso de la mujer al mercado laboral y las posibilidades de emancipación que la ciudad les ofrecía, junto con el envejecimiento poblacional y el drástico descenso de la natalidad, han ido perfilando un paisaje rural caracterizado, en términos demográficos, por la avanzada edad y la masculinización (Elizalde-San Miguel, 2017; Martín Gómez y Rivera Navarro, 2018). En este sentido, la literatura apunta a que el fenómeno del “neomayorazgo” (Camarero Rioja y Del Pino Artacho, 2014), en el que hijos solteros adultos continúan conviviendo con sus padres y madres y renuncian a su propia emancipación, estaría adquiriendo una cada vez mayor relevancia en el medio rural. En este contexto, por tanto, el hijo soltero cuidador comienza a perfilarse como un creciente proveedor de cuidado intergeneracional. Tal y como se ha expuesto con anterioridad, los hombres cuidadores presentan una menor tendencia a acceder a los recursos formales de apoyo (Greenwood y Smith, 2015), y ello, junto con las carencias estructurales que caracterizan el medio rural, puede desembocar en una importante invisibilización de este colectivo emergente de personas cuidadoras.

En cualquier caso, no debe obviarse que este es un fenómeno aún incipiente y que las mujeres continúan conformando el grueso de las personas cuidadoras, ya sea en el ámbito urbano como en el rural. Cabe señalar, a su vez, que, en Euskadi, mientras que sí se observa una ligera masculinización del ámbito rural (en 2020 había un 51% de hombres en el medio rural, frente a un 48% en el urbano), los datos sobre envejecimiento indican un fenómeno inverso, con un mayor índice de personas mayores de 65 años

en el medio urbano (Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente, 2020).

Además de las deficiencias estructurales de los servicios formales que se dan en el ámbito rural, y de los obstáculos que presentan los hombres a la hora de acceder a recursos de apoyo y de reconocerse como cuidadores, cabe mencionar un tercer factor de importante incidencia en la posible invisibilización de las personas cuidadoras en el ámbito rural: las particulares estrategias adoptadas por muchas familias para poder proporcionar cuidados informales en un contexto de distancia geográfica intergeneracional.

En este sentido, se ha aludido a la convivencia de tipo intermitente (en la que hijos o hijas se trasladan al medio rural de forma puntual, de acuerdo con necesidades de cuidado específicas), a la rotación entre personas cuidadoras (cuando el cuidado transcurre en diferentes hogares de manera rotativa) o a los desplazamientos de fin de semana como algunas de las herramientas más frecuentemente utilizadas, y que permiten combinar la distancia geográfica con la necesidad de cuidados y el deseo de las personas mayores de permanecer en sus domicilios (Elizalde-San Miguel, 2017; Martín Gómez y Rivera Navarro, 2018).

Cabe precisar que la distancia geográfica no tiene que conllevar, necesariamente, el cese de los cuidados. Al contrario, estos pueden configurarse como apoyo emocional telefónico o mediante nuevas tecnologías, o coordinando y monitorizando el cuidado en el lugar de residencia de la persona cuidada. En efecto, el perfil de persona cuidadora a distancia comienza a emerger en la literatura. Los gastos y tiempo invertido en desplazamientos, el efecto emocional derivado de preocupaciones y sentimiento de culpa por no poder estar presente o la ansiedad respecto a la imposibilidad de hacer frente a posibles situaciones de emergencia son algunos de los aspectos que articulan estas experiencias de cuidado (Carers UK, 2016; White, Wray y Whitfield, 2020).

Cabe mencionar, por último, el papel que la red vecinal puede jugar en la provisión de cuidados informales en el medio rural, a través del acompañamiento o supervisión a las personas dependientes, particularmente en un contexto compartido con personas cuidadoras principales que se encuentran en la distancia, y delegan algunas de sus tareas sobre la vecindad y amistades. En cualquier caso, la literatura ha destacado cómo la red vecinal o comunitaria del ámbito rural, tradicionalmente caracterizada por su solidez y cooperación, se encontraría hoy notablemente debilitada. Así, la idea de una red vecinal garante de cuidados informales correspondería más a una idea nostálgica de las relaciones sociales en el medio rural vistas desde un prisma urbano que a la realidad social que se da de manera efectiva en el ámbito rural (Martín Gómez y Rivera Navarro, 2022; Volckaert, Schillebeeckx y De Decker, 2021).

En cualquier caso, la literatura consultada califica a las personas cuidadoras a distancia, a aquellas que proporcionan cuidados intermitentes o a las personas cuidadoras pertenecientes a la red vecinal como colectivos de difícil identificación, dadas las circunstancias en las que llevan a cabo su labor de cuidado, que no se corresponden con la imagen de persona cuidadora intensiva con alta dedicación horaria y conviviente con la persona dependiente (Carers UK, 2016).

6. Minorías étnicas y personas de origen extranjero

La mayor parte de los estudios que abordan el cuidado informal entre personas pertenecientes a minorías étnicas o culturales provienen de países con una prevalencia relativamente elevada de esos grupos sociales. El ejemplo más significativo es el del Reino Unido, donde el acrónimo BAME (*black, asian and minority ethnic*) designa a ese 13 % de la población que es negra, asiática o perteneciente a una minoría étnica. A su vez, el fenómeno de la inmigración en este territorio cuenta con décadas de trayectoria, lo que ha favorecido la existencia de familias intergeneracionales pertenecientes a minorías étnicas o de personas de origen extranjero en edad avanzada. Los pocos estudios que se recogen en este ámbito se centran, pues, en familias de origen surasiático, chino o caribeño, y en las relaciones de cuidados intergeneracionales que en ellas se dan (Greenwood *et al.*, 2015; Katbamna *et al.*, 2004; Koo, 2012; Lawrence *et al.*, 2008).

En nuestro contexto, no obstante, el relativamente reciente despegue del fenómeno de la inmigración apunta a que los cuidados intergeneracionales no se encuentren aún consolidados en este colectivo. Por el contrario, si atendemos a la evolución de los flujos migratorios en Euskadi iniciados en los años noventa, donde se observa una progresiva feminización (Ikuspegi-Observatorio Vasco de Inmigración, 2022), cabría suponer que el perfil de persona cuidadora de origen migrante de mayor vulnerabilidad en nuestro entorno coincidiría, principalmente, con el de una mujer sola con hijos/as a cargo. En efecto, las transformaciones económicas y sociales que se han dado en nuestra sociedad durante las últimas décadas (especialmente, la incorporación de las mujeres al mercado laboral) han favorecido un tipo de inmigración de carácter femenino y vinculado también a la provisión de cuidados en el ámbito informal, en este caso, a través de la mano de obra de mujeres procedentes de Latinoamérica empleadas en el sector doméstico (Martínez-Buján, 2011). Las dificultades que enfrentan las mujeres solas de origen extranjero con hijos e hijas a cargo se explorarán en el apartado de esta revisión relativo a las familias monoparentales.

Con todo, la evolución durante las últimas dos décadas del fenómeno migratorio en Euskadi, donde el porcentaje de población de origen extranjero ha pasado del 2,6 % en 2002 al 11,5 % en 2022 (Ikuspegi-

Observatorio Vasco de Inmigración, 2022), apunta a la importancia de analizar la situación de este colectivo de manera prospectiva, con una mirada a medio y largo plazo. En efecto, algunos estudios comienzan ya a señalar como colectivo emergente a las personas de origen extranjero de más de 65 años que eligen envejecer en nuestro país y que presentan singularidades y dificultades propias (Moré, 2021).

A su vez, y de manera más fundamental, los elevados índices de exclusión social y pobreza entre las personas de nacionalidad extranjera —con una prevalencia de la exclusión cinco veces superior a la de las personas de nacionalidad española en Euskadi (Rodríguez de Blas *et al.*, 2022; Sanzo, 2022b)— refuerzan la necesidad de abordar su situación particular. Para comprender la manera en la que la desigualdad atraviesa tanto las necesidades de cuidado, como las condiciones en las que este se proporciona, cabe tener en cuenta tres aspectos interrelacionados destacados por la literatura:

- Por un lado, la pobreza y la exclusión social se articulan como potentes determinantes sociales de la salud, por lo que las personas en esta situación presentan, generalmente, peores estados de salud física y mental (Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, 2008; OMS y Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Este factor conlleva, potencialmente, una mayor demanda de cuidados en edades avanzadas o por discapacidad, junto con una mayor incidencia sobre la salud física y mental de las personas cuidadoras (Carers UK, 2011).
- La literatura también destaca que las minorías étnicas parecen ser más propensas a proporcionar cuidados de mayor intensidad que los colectivos mayoritarios (Greenwood *et al.*, 2015; MECOPP, 2020). A su vez, como ya se ha señalado, las personas pertenecientes a minorías étnicas presentan mayores probabilidades de contar con personas cuidadoras vulnerables, como las personas jóvenes cuidadoras (Hounsell, 2013).
- Por último, cabe añadir que diversos estudios constatan, en este colectivo, una menor tendencia a hacer uso de los servicios formales de atención, frente a los apoyos informales (Greenwood *et al.*, 2015; Katbamna *et al.*, 2004).

Combinados, estos elementos tienen la capacidad de situar a las personas cuidadoras pertenecientes a minorías étnicas o de origen extranjero en una posición de gran vulnerabilidad y sobrecarga. A su vez, las responsabilidades de cuidado, como la alta dedicación horaria o la necesidad abandonar el mercado laboral, pueden ahondar las situaciones de exclusión social y pobreza (Carers UK, 2011), por lo que un adecuado acceso a los recursos formales de apoyo se torna fundamental. Este, sin embargo, presenta importantes dificultades, tal y como se expone seguidamente.

6.1. Principales obstáculos en el acceso a recursos y servicios de apoyo formales

Algunos de los principales elementos identificados por la literatura como obstáculos en el acceso a los servicios de apoyo formal entre este colectivo son aquellos derivados de los propios recursos de atención, ya sea por su inadecuación o inexistencia.

De esta manera, se hace especial referencia a las barreras lingüísticas y culturales como elementos que inciden directamente sobre la capacidad de acceder a la información y la posibilidad de manejarse en los diversos itinerarios administrativos requeridos (Greenwood *et al.*, 2015; Katbamna *et al.*, 2004). De modo similar, se ha señalado que la inexistencia de servicios culturalmente apropiados, que no ofrezcan personal profesional de apoyo con el mismo perfil étnico o religioso o que carezcan de un enfoque de diversidad cultural pueden derivar en un menor uso o, incluso, en un rechazo de los recursos de apoyo disponibles.

Además de las barreras lingüísticas y culturales, la literatura consultada resalta la existencia de estereotipos y concepciones esencialistas de las culturas minoritarias dentro de los propios servicios profesionales. Estas ideas asignan un papel central a la familia extensa y a los fuertes lazos familiares y comunitarios entre las minorías étnicas, favoreciendo una visión de que “se cuidan entre ellos” (Katbamna *et al.*, 2004). Si bien es cierto que algunos colectivos ostentan una moral del cuidado basada en el parentesco más arraigada que la que se da en la sociedad mayoritaria, esto no implica, necesariamente, que las personas cuidadoras cuenten con un mayor apoyo de la familia extensa. En efecto, un estudio elaborado en Reino Unido en 2004 concluía que las personas cuidadoras de origen sudasiático, en su mayoría mujeres, no cuentan con apoyos familiares o comunitarios en mayor medida que el resto de la población cuidadora. Al contrario, la prevalencia de estos estereotipos entre los servicios de atención se mostraba como una barrera más en el acceso a servicios formales para estas personas, al desincentivar su identificación activa entre el personal profesional (Katbamna *et al.*, 2004). Desde un punto de vista más estructural, por otro lado, también se ha señalado cómo las actuales leyes de extranjería, que impiden en muchos casos la reunificación familiar, mantienen a estas personas cuidadoras sin acceso a un apoyo informal esencial (Henwood, Larkin y Milne, 2017).

Más allá de las barreras estructurales en el acceso a los recursos formales de apoyo, la literatura consultada también constata la existencia de barreras actitudinales derivadas de normas sociales y valores culturales específicos o de concepciones alternativas de la enfermedad, la discapacidad y el cuidado, donde figuran de manera prominente el estigma y la vergüenza. De este modo, el sentido de la obligación y la responsabilidad familiar se ha identificado como uno de los aspectos culturales que más interviene en el rechazo explícito a solicitar ayuda o hacer

uso de recursos disponibles, incluso en situaciones de sobrecarga (Somerville, 2001). En efecto, se ha constatado que el entendimiento del cuidado como una obligación moral inherente a las relaciones de parentesco se encuentra más arraigado entre algunas minorías étnicas (Lawrence *et al.*, 2008). Asimismo, la existencia del estigma hacia ciertas condiciones como la demencia, la enfermedad mental o la depresión, y valores como la dignidad o la vergüenza ante la necesidad de solicitar ayuda externa, también articulan las experiencias de cuidado de estas personas, y las alejan de los servicios formales de apoyo (Koo, 2012). Cabe hacer referencia, por último, a la mayor tendencia hacia la feminización en el cuidado entre este colectivo, donde también emergen patrones distintivos de personas jóvenes cuidadoras, tal y como ya se ha señalado en el apartado relativo a estos (Becker y Sempik, 2019; Hounsell, 2013).

Por todo ello, la literatura consultada pone de manifiesto la importancia de considerar las características culturales específicas de estos colectivos a la hora de programar intervenciones.

7. Personas cuidadoras de etnia gitana

Tanto en Escocia como en el conjunto del Reino Unido, las personas cuidadoras de etnia gitana o romaní (además de las comunidades de viajeros irlandeses o *travellers*) se han identificado como otro de los colectivos invisibilizados, sobre los que apenas se dispone de información y que permanecen fuera del alcance de los servicios formales de apoyo (MECOPP, 2020).

También en nuestro entorno la comunidad gitana se encuentra especialmente invisibilizada. Por un lado, no existe una cuantificación oficial de su presencia, debido a la imposibilidad legal de llevar a cabo censos de carácter étnico. En cualquier caso, la Estrategia Vasca con el Pueblo Gitano 2022-2026 (Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, 2022) cifra en 4000 el número de personas de etnia gitana o romaní residentes en Gipuzkoa. Del mismo modo, los datos relativos a la organización social del cuidado y a las experiencias de las personas cuidadoras entre las personas de etnia gitana son notablemente escasos. De manera generalizada, los informes o estrategias institucionales de intervención con población gitana, así como la literatura científica en este ámbito, se limitan a destacar, por un lado, la preponderancia casi exclusiva de los cuidados proporcionados en el seno familiar, y, por otro, el papel primordial asignado a la mujer como cuidadora principal, de acuerdo con los mandatos de género que operan en esta comunidad.

De esta manera, se ha puesto de manifiesto cómo el alto reconocimiento social que la comunidad gitana otorga a las personas mayores y a las relaciones de parentesco dentro de la familia extensa se traduce en un muy bajo acceso a los servicios formales de cuidado, el cual se proporciona casi de manera íntegra en el propio hogar (Fundación Secretariado

Gitano, 2012; Gobierno Vasco, 2022). Así lo atestiguan las reducidas tasas de institucionalización de personas gitanas dependientes o de familias que dicen hacer uso de los servicios de atención domiciliaria y centros de día para el cuidado de familiares dependientes (Dirección General de Salud Pública y Fundación Secretariado Gitano, 2004). En este contexto, los cuidados, tanto a familiares dependientes, personas enfermas o hijos e hijas, recaen casi exclusivamente sobre las mujeres, que además pueden asumir estas múltiples obligaciones de cuidado a edades muy tempranas, entre los 10 y los 16 años (Fundación Secretariado Gitano, 2012). Así, con datos de 2018, el 98% de las personas gitanas que afirmaban dedicarse principalmente al trabajo doméstico eran mujeres (De la Rica *et al.*, 2019). A su vez, cabe señalar los altos índices de exclusión social y pobreza que esta comunidad presenta, conformándose como el grupo de población con mayores niveles de exclusión social en España: casi el 70% de la población gitana se encontraba en 2018 en situación de exclusión social moderada o severa (Hernández Pedreño, García Luque y Gehrig, 2019). Los datos, además, apuntan una especial intensificación de la exclusión social entre este colectivo a raíz de la pandemia (Ruiz Villafraca, Soriano Segovia y Fresno García, 2022). Es ineludible, por último, hacer referencia a la discriminación y los prejuicios que operan en la sociedad mayoritaria respecto a este colectivo, y que derivan en el llamado "antigitanismo". Estos aspectos sitúan, por tanto, a las mujeres cuidadoras gitanas en una posición de múltiple discriminación y vulnerabilidad, por su condición de mujeres, pobres y pertenecientes a la etnia gitana.

7.1. Experiencias de cuidado entre las personas de etnia gitana

En lo que se refiere a la situación específica de las personas cuidadoras de etnia gitana, la información es verdaderamente escasa, tanto en el ámbito internacional como en el contexto estatal o guipuzcoano. A modo de excepción, dos recientes estudios llevados a cabo en Escocia (Lane *et al.*, 2021; MECOPP, 2020) ponen de manifiesto algunos de los aspectos principales que caracterizan las experiencias de cuidado en esta comunidad. El primer informe aborda, de manera general, el cuidado informal a través de las experiencias y necesidades que presentan las personas cuidadoras de etnia gitana, mientras que el segundo se centra específicamente en la situación de las personas de etnia gitana que atienden a un familiar con demencia y sus experiencias en los servicios sociales y de salud.

Así, y de manera general, se destaca el bajo uso que estas personas hacen de los recursos formales de apoyo, a pesar de que la proporción de personas de etnia gitana que proveen cuidados de alta intensidad (de más de 50 horas semanales) duplica la de la población general. Entre los principales elementos que inciden sobre este escaso acceso, se destaca: una baja identificación como persona cuidadora, al

considerar el cuidado una actividad normal y natural de la vida; una brecha digital que dificulta el acceso a la información sobre la disponibilidad de servicios; una gran desconfianza ante los servicios sociales, por la ausencia de un enfoque de diversidad cultural y la percepción de la existencia de estereotipos negativos y discriminación hacia la comunidad gitana en su conjunto; una falta de conocimiento acerca del valor esencial asignado a la estructura familiar, que se traduce en un rechazo a la intervención formal externa, y una concepción alternativa de la salud, que se entiende como algo circunscrito al ámbito privado (MECOPP, 2020).

Por otro lado, entre las personas cuidadoras de un familiar con demencia que sí habían accedido a los recursos formales de apoyo, la investigación muestra su insatisfacción a raíz de la ausencia de sensibilidad cultural hacia la comunidad gitana. También se señalan los conflictos familiares derivados del desacuerdo entre la familia extensa en los casos en los que se recurría a ayuda formal o el estigma cultural asociado a la demencia o el alzhéimer y que se traduce en una negación de la enfermedad (Lane *et al.*, 2021).

Por todo ello, la literatura incide en la importancia de desarrollar la competencia intercultural profesional en la atención sociosanitaria a este grupo poblacional (Arza Porrás y Rodríguez Camacho, 2019; Lane *et al.*, 2021).

8. Personas LGTBIQ+

Cabe, por último, analizar la situación de las personas cuidadoras del colectivo LGTBIQ+, que se encuentran, también, particularmente invisibilizadas en el ámbito del cuidado informal. Esta invisibilización se refleja tanto en la literatura científica, marcada por un escaso desarrollo, como dentro de los propios servicios de atención, en los que se da una notable ausencia de medidas dirigidas hacia este colectivo en concreto. A esta invisibilización estructural, además, se le sumaría aquella autoejercida por las propias personas LGTBIQ+, a través de la ocultación de su orientación sexual o identidad de género con motivo de la homofobia presente en la sociedad, y que se concreta en procesos discriminatorios, prejuicios y rechazo social hacia este colectivo.

Cabe señalar que la literatura pertinente analiza tanto la situación de las personas cuidadoras que pertenecen al colectivo LGTBIQ+, independientemente de la situación de la persona cuidada, como a aquellas que cuidan de personas LGTBIQ+. En este apartado se ha optado por hacer a alusión a las experiencias de cuidados entre el colectivo LGTBIQ+, de manera genérica, aunque se proporciona información específica de las distintas casuísticas siempre que sea pertinente.

Al igual que en el caso de las minorías étnicas, los procesos de discriminación atraviesan las

experiencias de cuidados de las personas LGTBIQ+, lo que supone una posición de partida de mayor vulnerabilidad. En este caso, la comunidad LGTBIQ+ presenta peores niveles de salud mental (Waling *et al.*, 2022) y, por lo tanto, potencialmente un mayor efecto sobre su salud y bienestar, ante la ausencia de apoyos al cuidado.

Uno de los principales aspectos que determinan las experiencias de cuidado en este colectivo es la mayor prevalencia de cuidados informales proporcionados fuera del contexto familiar de origen (Barrett y Cramerí, 2015; Croghan, Moone y Olson, 2014). Esto se debe al histórico rechazo que las personas LGTBIQ+ han sufrido, incluso en el seno familiar, y que se da de manera más notoria entre las personas de edades avanzadas. De esta manera, el cuidado entre este colectivo tiende a ser proporcionado por la pareja o las amistades (lo que se ha venido en llamar la "familia elegida").

Otro aspecto de gran calado en las experiencias de cuidado de las personas LGTBIQ+ es la necesidad de ocultar la propia identidad por rechazo social o familiar, normalmente en un contexto de cuidados intergeneracionales (Traynor, 2016; MECOPP, 2019). Las situaciones en las que la persona cuidada no conoce, reconoce o respeta la identidad LGTBIQ+ de la persona cuidadora, generalmente en un contexto de cuidados intergeneracionales proporcionados por hijos o hijas adultas a padres o madres dependientes, pueden suponer una fuente de gran estrés e impacto emocional. Este puede verse agravado por la imposibilidad de incorporar el apoyo de la pareja de la persona cuidadora a la hora de llevar a cabo las labores de cuidado, lo que resulta, nuevamente, en una posible situación de sobrecarga y aislamiento (MECOPP, 2019).

8.1. Barreras en el acceso a recursos formales

De manera generalizada, la literatura relativa a las experiencias de cuidado del colectivo LGTBIQ+ destaca que el menor acceso a los servicios formales de apoyo viene motivado por la percepción de la existencia de prejuicios y actitudes discriminatorias entre el personal profesional (Di Lorito *et al.*, 2022; Waling *et al.*, 2022). En efecto, al igual que en el caso de los colectivos pertenecientes a minorías étnicas o de la población de etnia gitana, las experiencias pasadas de discriminación condicionan de manera fundamental las expectativas sobre la atención en los servicios formales de apoyo, lo cual puede desembocar en un rechazo a su intervención. De esta manera, un estudio realizado en Australia en 2015 entre 54 personas mayores cuidadoras pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ mostraba que hasta un 43 % afirmaban haber experimentado discriminación como persona cuidadora por motivo de su orientación sexual o identidad de género, y casi tres de cada diez (28 %) manifestaban haber retrasado el acceso a servicios formales por miedo a la discriminación (Barrett y Cramerí, 2015).

Uno de los elementos que mayor malestar provoca entre las personas cuidadoras, en el caso del cuidado proporcionado dentro de la pareja de personas LGTBQ+ (generalmente mayores), es el de la ausencia o negación del reconocimiento como persona cuidadora principal a la pareja por parte de los servicios profesionales. Este malestar se agudiza en aquellos casos en los que esta situación desemboca en un conflicto con la familia de origen de la persona dependiente (Barrett y Cramer, 2015; Stewart y Kent, 2017).

Más allá de estas experiencias de discriminación directa, algunos estudios destacan la manera en la que la heteronormatividad de los entornos formales de cuidado, así como de los espacios sociosanitarios, actúa como un elemento disuasorio de su uso para este colectivo. En este sentido, se ha señalado cómo la ausencia de lenguaje o representación inclusiva en los recursos informativos para personas cuidadoras o la falta de información específica dirigida a este colectivo pueden obstaculizar que algunas personas LGTBQ+ se sientan interpeladas y se reconozcan como personas cuidadoras. La falta de un enfoque de diversidad, por tanto, dificulta el primer contacto con los servicios formales (Barrett y Cramer, 2015).

De manera similar, estudios de carácter cualitativo elaborados entre el colectivo de personas cuidadoras LGTBQ+ recogen dificultades similares a la hora de acceder a grupos de apoyo para personas cuidadoras (Barrett y Cramer, 2015). La falta de un enfoque de diversidad, mediante el que se contemplen las dificultades añadidas que enfrenta este colectivo, o la necesidad de mantener la identidad de género o la orientación sexual oculta por miedo a la discriminación, dificultan sobremanera el acceso de las personas cuidadoras LGTBQ+ a estos recursos. No obstante, tal y como ya se ha dicho, las experiencias específicas de cuidado entre este colectivo están marcadas por un alto grado de aislamiento social, por lo que los espacios en los que compartir experiencias se tornan fundamentales. Por todo ello, la literatura ha incidido en la importancia de crear recursos modificados o específicos para este colectivo, como pueden ser los grupos de apoyo exclusivos de personas cuidadoras LGTBQ+ (Stewart y Kent, 2017).

9. Personas cuidadoras en situación de sobrecarga

Un aspecto algo menos abordado en el ámbito de la literatura sobre personas cuidadoras ocultas o invisibilizadas es aquel relacionado con las situaciones de sobrecarga. Pese a que no se establece un perfil específico de persona cuidadora en situación de sobrecarga, algunos informes sí apuntan a que las dificultades para conciliar las demandas del cuidado y de la vida laboral pueden obstaculizar el acceso de las personas cuidadoras a los recursos y servicios disponibles. De esta manera, una reciente guía de apoyo a las personas adultas cuidadoras, elaborada por el Instituto Nacional por la Excelencia

de la Salud y el Bienestar Social del Reino Unido (NICE, 2020) afirma que las múltiples demandas de cuidados y de empleo pueden derivar en una situación de sobrecarga que impida a la persona cuidadora dedicarse atención a sí misma y acceder a los servicios disponibles.

La literatura científica relativa a la sobrecarga de las personas cuidadoras define esta como una "respuesta multidimensional a la percepción negativa y el estrés percibido derivados del cuidado de una persona dependiente" (Kim *et al.*, 2012, cit. en Lindt, Van Berkel, y Mulder, 2020: 2). La sobrecarga incide negativamente sobre la salud física y emocional de la persona cuidadora y este deterioro se ha observado en el mayor uso que las personas cuidadoras con altas cargas de cuidado hacen de los servicios sanitarios y de medicación. Algunos estudios apuntan a que las personas cuidadoras que padecen un alto nivel de estrés derivado de sus obligaciones de cuidado también refieren mayores niveles de depresión, mayores dificultades para sobrellevar la situación y peores niveles subjetivos de bienestar (Molyneux *et al.*, 2008; Serrano-Aguilar, Lopez-Bastida y Yanes-Lopez, 2006).

De manera generalizada, la literatura ha tendido a identificar a las personas cuidadoras de alguien con alzhéimer o demencia como aquellas más propensas a sufrir sobrecarga, debido a las características específicas que presentan estas condiciones —cambios en la personalidad, agresividad o alto grado de dependencia— y que pueden suponer una importante fuente de estrés (Henwood, Larkin y Milne, 2017). Una reciente revisión internacional de la literatura en este ámbito concluye que los predictores más importantes de sobrecarga para las personas cuidadoras son aquellos relacionados con la duración del cuidado y el grado de dependencia de la persona cuidada, tanto en términos físicos como cognitivos: a mayor duración de la relación de cuidado, o mayor dependencia de la persona cuidada, el estudio constata una mayor percepción de sobrecarga (Lindt, Van Berkel y Mulder, 2020). Junto con esto, el estudio detecta tres perfiles específicos que presentan una mayor probabilidad de sufrir sobrecarga: las mujeres, las personas que cuidan de un hijo o hija, y aquellas que cuidan de alguien con demencia.

Además de estos factores, cabría considerar también a aquellas personas con múltiples obligaciones de cuidado como perfiles de mayor vulnerabilidad ante una posible situación de sobrecarga. Destacan en este sentido las personas —generalmente, mujeres— con cargas tanto ascendentes como descendentes de cuidado: tanto la llamada "generación sándwich" (Miller, 1981), en referencia a aquellas mujeres de entre 45 y 65 años que cuidan simultáneamente de sus hijos e hijas, y padres y madres dependientes, o la "generación pivote" (Mooney, Statham y Simon, 2002), compuesta por personas mayores de 50 años que compaginan el cuidado de nietos y nietas con el de padres o madres envejecidos e, incluso, con el trabajo remunerado.

En cualquier caso, y debido a su especial vulnerabilidad, se ha considerado oportuno dedicar un apartado específico en esta revisión a la situación de las mujeres que encabezan una familia monoparental. Tal y como se expone a continuación, las familias monoparentales afrontan algunas de las tasas de pobreza y exclusión social más severas, tanto en nuestro entorno como en contextos internacionales. La existencia de una sola fuente de ingresos en el hogar —a menudo proveniente de empleos precarios—, la presencia de menores dependientes y las dificultades para compaginar la vida laboral y familiar sitúan a estas familias como uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2019).

9.1. Familias monoparentales encabezadas por una mujer

Los cambios demográficos (declive de la fecundación), económicos (incorporación de las mujeres al mercado laboral) y sociales (descenso de la nupcialidad, aumento de las rupturas conyugales) acaecidos en las últimas décadas han resultado en una fragmentación de las estructuras familiares tradicionales (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2010). A raíz de ello, el descenso de los hogares conformados en torno a un núcleo familiar ha ido acompañado de la extensión de nuevas fórmulas familiares, particularmente de los hogares unipersonales y las familias monoparentales (Sanzo, 2022a).

Tal y como refleja la tercera Encuesta de Pobreza y Exclusión Social de Gipuzkoa (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2019), en 2018 los hogares monoparentales —aquellos compuestos por dos o más personas en lo que una de ellas es una figura parental— representaban el 7,7 % del conjunto de hogares, donde se agrupaba el 8,7 % del total de la población guipuzcoana. De estos, un 37 % contaba, al menos, con una persona menor de 18 años.

Un reflejo de los cambios sociales experimentados en este ámbito puede observarse en la manera en la que tanto la definición de familia monoparental como su tratamiento en las políticas y el espacio público ha ido transformándose a lo largo de los años. De esta manera, si tradicionalmente existían dos modalidades de llegada a la monoparentalidad —la viudedad y la soltería, siendo la primera legítima y, la segunda, objeto de un alto grado de estigma social—, a día de hoy cabe incorporar las vías de la ruptura conyugal (divorcio, separación legal o de hecho, o abandono del núcleo familiar por parte de un/a progenitor/a) y la maternidad en solitario elegida.

Estos cambios se encuentran aún en proceso de incorporación a las políticas públicas, donde se ha señalado la persistencia de una histórica ausencia de consideración sobre la situación de estas familias (Federación de Asociaciones de Madres Solteras, 2021). Muestra de ello es que actualmente

no existe una única definición institucional de familia monoparental a escala estatal, ni todas las comunidades autónomas cuentan con un marco normativo específico. Este aspecto deriva en importantes desigualdades territoriales en lo que a acceso a recursos y servicios sociales se refiere (Federación de Asociaciones de Madres Solteras, 2021; Malgesini, 2018).

En cualquier caso, existen una serie de elementos clave en la caracterización de la monoparentalidad: la convivencia de un solo progenitor o progenitora en el hogar junto a hijos o hijas dependientes, su clara feminización —más del 80 % de estas familias estarían encabezadas por una mujer (Malgesini, 2018)— y la sobrerrepresentación de este tipo de hogar en la gran mayoría de indicadores de pobreza, privación material y exclusión social.

En efecto, la vulnerabilidad de las familias monoparentales con hijos o hijas dependientes a cargo tiene su claro reflejo en los indicadores de pobreza y exclusión social, tanto en nuestro entorno como en contextos internacionales. A modo de ejemplo, un reciente estudio del Reino Unido apunta a que estas familias son las que en mayor medida han sufrido en el actual periodo inflacionista y de aumento del coste de la vida, al constatar que hasta un tercio de las familias monoparentales han recurrido a saltarse comidas para poder llegar a fin de mes (Wood, 2022).

También a escala estatal, tal y como señala el último informe sobre el estado de la pobreza en España (EAPN-ES, 2022a), las familias monoparentales con hijos o hijas dependientes se sitúan como el tipo de hogar con mayor riesgo de sufrir situaciones de pobreza y exclusión social (ARPE): en 2021, más de la mitad de las personas en este tipo de hogares se encontraban en riesgo de pobreza y exclusión social (54,3 %), con una tasa que prácticamente doblaba la de los hogares compuestos por dos adultos con hijos o hijas dependientes (27,6 %).

De manera similar, los datos más recientes disponibles para Gipuzkoa, recabados a través de la Encuesta de Pobreza y Exclusión Social de Gipuzkoa realizada en 2018 (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2019), sitúan a la mitad (50,5 %) de las familias monoparentales con hijos o hijas menores de 18 años en riesgo de pobreza. A su vez, el 22,5 % se encontraba en riesgo de pobreza severa, mientras que hasta el 34,8 % de estas familias se encontraba en una situación de privación material severa.

A la hora de comprender el fenómeno de los procesos de empobrecimiento y exclusión social de las familias monoparentales, en cualquier caso, resulta imprescindible atender a la existencia de otros factores exclusógenos que acentúan la vulnerabilidad, como son la presencia de menores en el hogar y el origen de la persona que encabeza la familia. De esta manera, los estudios más recientes constatan que la pobreza infantil afecta desmesuradamente a los

niños, niñas y adolescentes que pertenecen a hogares monoparentales (Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil, 2021) y a aquellos de origen extranjero (Sanzo, 2022b; Save the Children, 2021).

9.1.1. Necesidades y dificultades de las familias monoparentales encabezadas por una mujer

Las principales necesidades y dificultades que presentan las familias monoparentales encabezadas por una mujer se articulan en torno a tres ejes: el económico-laboral, el del apoyo de la red social y el del bienestar.

En el ámbito económico-laboral, las dificultades derivan fundamentalmente de los bajos ingresos y de la precariedad laboral. Por un lado, al contar con una sola persona sustentadora de la unidad familiar, los hogares monoparentales con hijos o hijas a cargo deben hacer frente a los gastos derivados de la crianza con una sola fuente de ingresos. En este sentido, los gastos asociados a la vivienda suponen uno de los mayores factores de sobrecarga en la renta de estos hogares. Un reciente estudio elaborado entre 34 mujeres de familias monoparentales perceptoras de rentas mínimas señala que casi 2 de cada 3 manifestaba problemas para pagar el alquiler (63%), más de la mitad afirmaba tener recibos atrasados de los servicios o la comunidad (53%), y un 42% refería vivir en una casa con humedades, goteras, hongos o ventanas o puertas podridas (Malgesini, 2018). Este mismo estudio también constata que, en general, estos hogares presentan una tasa menor de vivienda en propiedad, una tasa más alta de alquiler a precio de mercado, una tasa más baja de alquiler a precio inferior al de mercado y una tasa más alta de vivienda cedida.

Tal y como destaca la literatura, uno de los principales problemas a los que se enfrentan las mujeres que encabezan hogares monoparentales es el de la conciliación de la vida laboral y familiar, y su repercusión sobre el empleo (Malgesini, 2018). La alta intensidad de cuidado que requieren los hijos e hijas y su incompatibilidad con la vida laboral se traduce en trayectorias laborales inconsistentes, con entradas y salidas del mercado laboral más frecuentes, una mayor prevalencia de empleos con jornadas parciales o reducidas, un acceso al mercado laboral a través de empleos en sectores precarizados o en la economía sumergida, así como elevadas tasas de desempleo de larga duración (Fernández-Martínez y Avilés-Hernández, 2020; Sastre, 2015). Cabe añadir que la crisis sanitaria ha golpeado de manera especial a las familias monoparentales, entre las que se ha constatado un notable empeoramiento de sus condiciones de vida, tanto en el contexto nacional como internacional (Avilés Hernández, 2021; Clery, Dewar y Papoutsaki, 2021). Así, se ha señalado cómo las dificultades de conciliación durante el confinamiento se tradujeron en una pérdida de oportunidades laborales, debido a la necesidad de cuidado intenso durante este periodo, que obligó

a muchas mujeres a retirarse del mercado laboral o a reducir su jornada laboral. Esta situación se vio recrudecida entre aquellas madres que trabajaban en la economía sumergida, que no podían acogerse a expedientes de regulación temporal de empleo, o de aquellas que no podían optar al teletrabajo.

Ante las dificultades de conciliación laboral y familiar, las redes de apoyo informales se convierten en un elemento clave para estas familias. En este sentido, se destaca el papel fundamental que juega la figura de la abuela como principal recurso de conciliación, y que proporciona un apoyo logístico, emocional y material (Fernández-Martínez y Avilés-Hernández, 2020). Cabe señalar, en este sentido, la precariedad en que viven las mujeres de origen migrante que encabezan una familia monoparental y que carecen de este tipo de recurso. En efecto, tal y como se ha apuntado (Orozco y Gil, 2011), estas mujeres enfrentan importantes obstáculos a la hora de ejercer el cuidado, como son: la ausencia de la familia extensa o de una red informal que facilite la conciliación, la falta de recursos económicos que permitan externalizar el cuidado de los y las menores, y la imposibilidad de ejercer derechos laborales con los que acceder a los recursos de conciliación cuando se encuentran empleadas de manera irregular. Algunos estudios vinculan esta ausencia de apoyo familiar con las mayores tasas de pobreza y exclusión que enfrentan los hogares monoparentales de origen extranjero (Fernández-Martínez y Avilés-Hernández, 2020).

Por otro lado, el apoyo proporcionado por las políticas públicas se ha calificado como puntual e insuficiente, útil en todo caso para aliviar algunas dificultades concretas (Fernández-Martínez y Avilés-Hernández, 2020). Así lo recoge un estudio cualitativo llevado a cabo entre diez mujeres usuarias de los servicios sociales de atención primaria en España y que encabezan un hogar monoparental con menores o dependientes a cargo. Un elemento que destacar del testimonio de estas mujeres, en cualquier caso, es el alto valor otorgado al apoyo emocional recibido de diversos recursos formales, que funcionan, así, como espacios de escucha y descarga (Fernández-Martínez y Avilés-Hernández, 2020).

En lo que respecta, por último, al bienestar de las mujeres que encabezan un hogar monoparental, la literatura señala la manera en la que las múltiples demandas laborales y de cuidados, junto con la ausencia de apoyo social, producen notables consecuencias sobre la salud física y mental de aquellas (Federación de Asociaciones de Madres Solteras, 2021; Fernández-Martínez y Avilés-Hernández, 2020). En los casos de divorcio, separación o fallecimiento de la pareja, el inicio de una monoparentalidad sobrevenida puede ir aparejado a un proceso de gran tensión y estrés, donde pueden aparecer episodios de depresión y ansiedad. A partir de entonces, y de manera fundamental, las mujeres que encabezan un hogar monoparental se enfrentan a una sobrecarga que puede desembocar en estrés y agotamiento (Fernández-Martínez y Avilés-

Hernández, 2020). La situación de estas mujeres, además, no puede entenderse sin atender al bienestar de sus propios hijos e hijas, que, según la literatura, presentan peores indicadores de salud mental, rendimiento académico y desarrollo social, así como mayores conductas de riesgo y comportamientos agresivos (Fernández-Martínez y Avilés-Hernández, 2020; López Mero y Pibaque-Tigua, 2018). Se ha

destacado, no obstante, que estas conductas no son siempre el efecto de la monoparentalidad en sí, sino el reflejo de los niveles de pobreza y exclusión social a los que se encontrarían expuestos estos niños, niñas y adolescentes. Por ello, se hace ineludible la necesidad de que las políticas públicas aborden la situación de estas familias.

- ABELLÁN, A.; AYALA, A.; PÉREZ, J.; PUJOL, R.; SÜNDSTROM, G. y RAMOS, M. (2018): "Los nuevos cuidadores", s. l., *El Observatorio Social. Fundación La Caixa*, <<https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/los-nuevos-cuidadores>>.
- ALDRIDGE, J. y BECKER, S. (2007): "Punishing children for caring: the hidden cost of young carers", *Children & Society*, vol. 7, n.º 4, pp. 376-387, <<https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.1993.tb00293.x>>.
- ALTO COMISIONADO CONTRA LA POBREZA INFANTIL (2021): *Madre no hay más que una: monoparentalidad, género y pobreza infantil*, s. l., Gobierno de España.
- ARIN, A.; BERASATEGUI, M.; MARTÍNEZ VIRTO, L.; MELITO, L.; TOÑA, Á. y ZALAKAIN, J. (2021): "Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria", *Zerbitzuan*, n.º 74, pp. 115-132, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.74.07>>.
- ARZA PORRAS, J. y RODRÍGUEZ CAMACHO, M.F. (2019a): "Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España", *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, n.º 26, pp. 59-82, <<https://doi.org/10.14198/ALTERN2019.26.03>>.
- AVILÉS HERNÁNDEZ, M. (2021): "El impacto de la Covid-19 sobre las condiciones de vida de los hogares monoparentales de España: una lectura preliminar a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2020", *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, n.º 42, pp. 21-38, <<https://doi.org/10.6018/areas.489311>>.
- BANKS, P.; COGAN, N.; DEELEY, S.; HILL, M.; RIDDELL, S. y TISDALL, K. (2001): "Seeing the invisible children and young people affected by disability", *Disability & Society*, vol. 16, n.º 6, pp. 797-814, <<https://doi.org/10.1080/09687590120083967>>.
- BANKS, P.; COGAN, N.; RIDDELL, S.; DEELEY, S.; HILL, M. y TISDALL, K. (2002): "Does the covert nature of caring prohibit the development of effective services for young carers?", *British Journal of Guidance & Counselling*, vol. 30, n.º 3, pp. 229-246, <<https://doi.org/10.1080/030698802100002281>>.
- BARRETT, C. y CRAMERI, P. (2015): *An extra degree of difficulty. An evidence based resource exploring the experiences and needs of older LGBTI carers and the carers of older LGBTI people*, Melbourne, Australian Research Centre in Sex, Health and Society.
- BEATIE, B. E.; MACKENZIE, C. S.; FUNK, L.; DAVIDSON, D.; KOVEN, L. y REYNOLDS, K. A. (2021): "Caregiver identity in care partners of persons living with mild cognitive impairment", *Dementia*, vol. 20, n.º 7, pp. 2323-2339, <<https://doi.org/10.1177/1471301221994317>>.
- BECKER, S. (2007): "Global perspectives on children's unpaid caregiving in the family: research and policy on 'young carers' in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa", *Global Social Policy*, vol. 7, n.º 1, pp. 23-50, <<https://doi.org/10.1177/1468018107073892>>.
- BECKER, S. y SEMPIK, J. (2019): "Young adult carers: the impact of caring on health and education", *Children & Society*, vol. 33, n.º 4, pp. 377-386, <<https://doi.org/10.1111/chso.12310>>.
- BRAZIL, K.; KAASALAINEN, S.; WILLIAMS, A. y DUMONT, S. (2014): "A comparison of support needs between rural and urban family caregivers providing palliative care", *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, vol. 31, n.º 1, pp. 13-19, <<https://doi.org/10.1177/1049909112474712>>.
- BRIMBLECOMBE, N.; KNAPP, M.; KING, D.; STEVENS, M. y CARTAGENA FARIAS, J. (2020): "The high cost

- of unpaid care by young people: health and economic impacts of providing unpaid care", *BMC Public Health*, vol. 20, 1115.
- CAMARERO, L. (coord.) (2009): *La población rural de España: de los desequilibrios a la sostenibilidad social*, Colección Estudios Sociales, n.º 27, Barcelona, Fundación La Caixa.
- CAMARERO RIOJA, L. y DEL PINO ARTACHO, J. A. (2014): "Cambios en las estructuras de los hogares rurales. Formas de adaptación y resiliencia", *Revista Internacional de Sociología*, vol. 72, n.º 2, pp. 377-401, <<https://doi.org/10.3989/ris.2012.12.27>>.
- CARDUFF, E.; FINUCANE, A.; KENDALL, M.; JARVIS, A.; HARRISON, N.; GREENACRE, J. y MURRAY, S. A. (2014): "Understanding the barriers to identifying carers of people with advanced illness in primary care: triangulating three data sources", *BMC Family Practice*, vol. 15, n.º 48.
- CARERS TRUST (2015): *Caring about older carers. Providing support for people caring later in life*, Londres, Carers Trust.
- CARERS TRUST SCOTLAND (2020): *Together: a whole family approach for young carers*, Glasgow, Carers Trust Scotland.
- CARERS UK (2011): *Half a million voices: improving support for BAME carers*, Londres, Carers UK.
- (2016): *Missing out. The identification challenge*, Londres, Carers UK.
- CARERS UK y AGE UK (2015): *Caring into later life. The growing pressure on older carers*, Londres, Carers UK.
- CARMICHAEL, F. y G. ERCOLANI, M. (2014): "Overlooked and undervalued: the caring contribution of older people", *International Journal of Social Economics*, vol. 41, n.º 5, pp. 397-419, <<https://doi.org/10.1108/IJSE-02-2012-0046>>.
- CARROLL, L.; CHIPPIOR, J.; KARMALI, S.; SRIRAM, D. y YSSELDYK, R. (2019): "We are caregivers: social identity is associated with lower perceived stress among rural informal caregivers", *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement*, vol. 38, n.º 1, pp. 59-75, <<https://doi.org/10.1017/S0714980818000430>>.
- CHILDREN'S COMMISSIONER FOR ENGLAND (2016): *Young carers. The support provided to young carers in England*, Londres, Children's Commissioner for England.
- CLERY, E.; DEWAR, L. y PAPOUTSAKI, D. (2021): *Caring without sharing. Single parents' journeys through the COVID-19 pandemic*, Londres, Gingerbread.
- COMAS D'ARGEMIR, D. y CHIRINOS, C. (2017): "Cuidados no pagados: experiencias y percepciones de los hombres cuidadores en contextos familiares", *Revista Murciana de Antropología*, n.º 24, pp. 65-86, <<https://revistas.um.es/rmu/article/view/310181>>.
- COMISIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (2008): *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- CROGHAN, C. F.; MOONE, R. P. y OLSON, A. M. (2014): "Friends, family, and caregiving among midlife and older lesbian, gay, bisexual, and transgender adults", *Journal of Homosexuality*, vol. 61, n.º 1, pp. 79-102, <<https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835238>>.
- DAY, C. (2015): "Young adult carers: a literature review informing the re-conceptualisation of young adult caregiving in Australia", *Journal of Youth Studies*, vol. 18, n.º 7, pp. 855-866, <<https://doi.org/10.1080/13676261.2014.1001826>>.
- DE LA RICA, S.; GORJÓN, L.; MILLER, L. y ÚBEDA, P. (2019): *Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza 2018*, serie Informes, n.º 2019/3, s. l., Fundación Iseak y Fundación Secretariado Gitano.
- DEPARTAMENTO DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOSTENIBILIDAD Y MEDIO AMBIENTE (2020): *Las mujeres en el medio rural vasco 2020*, s. l., Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE IGUALDAD, JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES (2022): *Estrategia Vasca con el Pueblo Gitano 2022-2026*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- DEVILLE, J.; DAVIES, H.; KANE, R.; NELSON, D. y MANSFIELD, P. (2019): "Planning for the future: exploring the experiences of older carers of adult children with a learning disability", *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 47, n.º 3, pp. 208-214, <<https://doi.org/10.1111/bls.12279>>.
- DI LORITO, C. et al. (2022): "Are dementia services and support organisations meeting the needs of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) caregivers of LGBT people living with dementia? A scoping review of the literature", *Aging & Mental Health*, vol. 26, n.º 10, pp. 1912-1921, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2008870>>.
- DILLENBURGER, K. y MCKERR, L. (2010): "How long are we able to go on? Issues faced by older family caregivers of adults with disabilities: older caregivers of adults with disabilities", *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 39, n.º 1, pp. 29-38, <<https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2010.00613.x>>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2022): *Estudio sobre la organización social de los cuidados en Gipuzkoa e identificación de las líneas prioritarias de actuación*, s. l., Diputación Foral de Gipuzkoa.
- DIRECCIÓN GENERAL DE DIVERSIDAD FAMILIAR Y SERVICIOS SOCIALES (2021): *Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA y FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO (2004): *Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación*, s. l., Ministerio de Sanidad y Consumo.
- DORARD, G.; VIOULAC, C.; MATHIEU, S.; ELLIEN, F.; BOURGEOIS, A. y UNTAS, A. (2022): "Profiles of French young carers taking part in an arts and respite care program", *Health & Social Care in the Community*, vol. 30, n.º 5, pp. e3253-e3264, <<https://doi.org/10.1111/hsc.13769>>.

- EAPN-ES (2022a): *El estado de la pobreza. Seguimiento de indicadores de la Agenda UE 2030. 2015-2022*, Madrid, EAPN España.
- ELIZALDE-SAN MIGUEL, B. (2017): "El cuidado informal en las zonas rurales. Nuevas formas, nuevos actores", *Social and Education History*, vol. 6, n.º 2, pp. 168-195, <https://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/hse/article/view/2705>.
- EVANS, R. y BECKER, S. (2009): *Children caring for parents with HIV and AIDS: global issues and policy responses*, Bristol, Bristol University Press, <https://doi.org/10.2307/j.ctt9qgvzh>.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MADRES SOLTERAS (2021): *Las familias monoparentales en España*, s. l., Instituto de la Mujer.
- FERNÁNDEZ-FEITO, A.; PESQUERA-CABEZAS, R.; GONZÁLEZ-COBO, C. y PRIETO-SALCEDA, M. D. (2019): "What do we know about the health of Spanish Roma people and what has been done to improve it? A scoping review", *Ethnicity & Health*, vol. 24, n.º 2, pp. 224-243, <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1315373>.
- FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, C. M. y AVILÉS-HERNÁNDEZ, M. (2020a): "Análisis de necesidades en familias monoparentales con jefatura femenina usuarias de servicios sociales de atención primaria en España", *Prospectiva*, n.º 30, pp. 145-173, <https://doi.org/10.25100/prts.v0i30.8855>.
- FINN, C. y BOLAND, P. (2021): "Male family carers' experiences of formal support - a meta-ethnography", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 35, n.º 4, pp. 1027-1037, <https://doi.org/10.1111/scs.12919>.
- FORRESTER-JONES, R. (2019): *Confronting a looming crisis. People with learning disabilities and/or autism and their carers getting older*.
- FUNDACIÓN ISEAK (2019): *Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza 2018*, serie Cuadernos Técnicos, Madrid, Fundación Secretariado Gitano.
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO (2012): *Guía de intervención social con población gitana desde la perspectiva de género*, Madrid, Fundación Secretariado Gitano.
- GÓMEZ REDONDO, R.; FERNÁNDEZ CARRO, C. y CÁMARA IZQUIERDO, N. (2018): *¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta*, serie Informes Envejecimiento en Red, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-finanresi-16.pdf>.
- GREENE, J.; COHEN, D.; SISKOWSKI, C. y TOYINBO, P. (2017): "The relationship between family caregiving and the mental health of emerging young adult caregivers", *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 44, pp. 551-563, <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9526-7>.
- GREENWOOD, N.; HABIBI, R.; SMITH, R. y MANTHORPE, J. (2015): "Barriers to access and minority ethnic carers' satisfaction with social care services in the community: a systematic review of qualitative and quantitative literature", *Health & Social Care in the Community*, vol. 23, n.º 1, pp. 64-78, <https://doi.org/10.1111/hsc.12116>.
- GREENWOOD, N.; POUND, C.; SMITH, R. y BREARLEY, S. (2019): "Experiences and support needs of older carers: a focus group study of perceptions from the voluntary and statutory sectors", *Maturitas*, vol. 123, pp. 40-44, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.02.003>.
- GREENWOOD, N. y SMITH, R. (2015a): "Barriers and facilitators for male carers in accessing formal and informal support: a systematic review", *Maturitas*, vol. 82, n.º 2, pp. 162-169, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.07.013>.
- (2016): "The oldest carers: a narrative review and synthesis of the experiences of carers aged over 75 years", *Maturitas*, vol. 94, pp. 161-172, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.10.001>.
- HAMILTON, M. y REDMOND, G. (2020): "Are young carers less engaged in school than non-carers? Evidence from a representative Australian study", *Child Indicators Research*, vol. 13, pp. 33-49, <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09647-1>.
- HAMILTON, M. G. y ADAMSON, E. (2013): "Bounded agency in young carers' lifecourse-stage domains and transitions", *Journal of Youth Studies*, vol. 16, n.º 1, pp. 101-117, <https://doi.org/10.1080/13676261.2012.710743>.
- HANSON, E. et al. (2022): "Research and innovation for and with adolescent young carers to influence policy and practice - The European Union funded 'ME-WE' Project", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n.º 16, 9932, <https://doi.org/10.3390/ijerph19169932>.
- HAUGLAND, B. S. M.; HYSING, M. y SIVERTSEN, B. (2020): "The burden of care: a national survey on the prevalence, demographic characteristics and health problems among young adult carers attending higher education in Norway", *Frontiers in Psychology*, vol. 10, 2859, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02859>.
- HENWOOD, M.; LARKIN, M. y MILNE, A. (2017): *Seeing the wood for the trees. Carer-related research and knowledge: a scoping review*, Londres, Social Care Institute for Excellence.
- HERNÁNDEZ PEDREÑO, M.; GARCÍA LUQUE, O. y GEHRIG, R. (2019): *Situación social de la población gitana en España: balance tras la crisis*, serie Documentos de Trabajo del VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España, n.º 3.12, s. l., Fundación Foessa.
- HOUNSELL, D. (2013): *Hidden from view: the experiences of young carers in England*, s. l., The Children's Society.
- IKUSPEGI-OBSERVATORIO VASCO DE INMIGRACIÓN (2022): *Población de origen extranjero en la CAE* [presentación], s. l., Ikuspegi, <https://ikuspegi.eus/es/migracion-y-asilo/ver/poblacion-de-origen-extranjero-en-la-cae-2022/14/>.
- ILC-UK (2015): *The emotional well-being of older carers*, Londres, International Longevity Centre-UK.
- JÄRKESTIG-BERGGREN, U.; BERGMAN, A.; ERIKSSON, M. y PRIEBE, G. (2019): "Young carers in Sweden - A pilot study of care activities, view of caring, and psychological well-being", *Child & Family Social*

Work, vol. 24, n.º 2, pp. 292-300, <<https://doi.org/10.1111/cfs.12614>>.

- JOSEPH, S.; BECKER, S.; BECKER, F. y REGEL, S. (2009): "Assessment of caring and its effects in young people: development of the Multidimensional Assessment of Caring Activities Checklist (MACA-YC18) and the Positive and Negative Outcomes of Caring Questionnaire (PANOC-YC20) for young carers", *Child: Care, Health and Development*, vol. 35, n.º 4, pp. 510-520, <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00959.x>>.
- JOSEPH, S.; SEMPIK, J.; LEU, A. y BECKER, S. (2020): "Young carers research, practice and policy: an overview and critical perspective on possible future directions", *Adolescent Research Review*, vol. 5, pp. 77-89, <<https://doi.org/10.1007/s40894-019-00119-9>>.
- KATBAMNA, S.; AHMAD, W.; BHAKTA, P.; BAKER, R. y PARKER, G. (2004): "Do they look after their own? Informal support for South Asian carers", *Health and Social Care in the Community*, vol. 12, n.º 5, pp. 398-406, <<https://doi.org/10.1111/1/j.1365-2524.2004.00509.x>>.
- KNOWLES, S.; COMBS, R.; KIRK, S.; GRIFFITHS, M.; PATEL, N. y SANDERS, C. (2016): "Hidden caring, hidden carers? Exploring the experience of carers for people with long-term conditions", *Health & Social Care in the Community*, vol. 24, n.º 2, pp. 203-213, <<https://doi.org/10.1111/hsc.12207>>.
- KOO, K. (2012): "Carers' representations of affective mental disorders in British Chinese communities: carers' representations of affective mental disorders", *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, n.º 8, pp. 1140-1155, <<https://doi.org/10.1111/1/j.1467-9566.2012.01461.x>>.
- LACEY, R.E.; XUE, B. y MCMUNN, A. (2022): "The mental and physical health of young carers: a systematic review", *The Lancet Public Health*, vol. 7, n.º 9, pp. e787-e796, <[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00161-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00161-X)>.
- LANE, P.; SPENCER, S.; SMITH, D.; MCCREADY, M.; CODONA, J. y BARRET, S. (2021): *Saying it as it is. Experiences of Gypsies and Travellers caring for family members living with dementia*, Cambridge y Chelmsford, Anglia Ruskin University.
- LARKIN, M. (2009): "Life after caring: the post-caring experiences of former carers", *British Journal of Social Work*, vol. 39, n.º 6, pp. 1026-1042, <<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn030>>.
- LAWRENCE, V.; MURRAY, J.; SAMSI, K. y BANERJEE, S. (2008): "Attitudes and support needs of Black Caribbean, south Asian and White British carers of people with dementia in the UK", *British Journal of Psychiatry*, vol. 193, n.º 3, pp. 240-246, <<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045187>>.
- LEU, A. y BECKER, S. (2014): "Young carers", en LEU, A. y BECKER, S., *Childhood Studies*, s. l., Oxford University Press, <<https://doi.org/10.1093/obo/9780199791231-0120>>.
- LEU, A. et al. (2019): "Counting young carers in Switzerland – a study of prevalence", *Children & Society*, vol. 33, n.º 1, pp. 53-67, <<https://doi.org/10.1111/chso.12296>>.
- LEU, A. et al. (2022): "The 2021 cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to 'young carers'", *Journal of Youth Studies*, vol. 26, n.º 5, pp. 619-636, <<https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2027899>>.
- L'HEUREUX, T. et al. (2022): "Rural family caregiving: a closer look at the impacts of health, care work, financial distress, and social loneliness on anxiety", *Healthcare*, vol. 10, n.º 7, 1155, <<https://doi.org/10.3390/healthcare10071155>>.
- LINDT, N.; VAN BERKEL, J. y MULDER, B. C. (2020): "Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review", *BMC Geriatrics*, vol. 20, 304, <<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>>.
- LÓPEZ MERO, P. y PIBAQUE-TIGUA, M. (2018): "Familias monoparentales y el desarrollo social en los adolescentes", *Revista Dominio de las Ciencias*, vol. 4, n.º 3, pp. 152-162.
- MALGESINI, G. (2018): *Estudio sobre las familias monoparentales perceptoras de rentas mínimas*, Madrid, Secretaría Técnica de EAPN-ES.
- MARTÍN GÓMEZ, A. y RIVERA NAVARRO, J. (2018): "Feminización, cuidados y generación soporte. Cambios en las estrategias de las atenciones a mayores dependientes en el medio rural", *Prisma Social: Revista de Investigación Social*, n.º 21, pp. 219-242.
- (2022): "Provisión de cuidados a personas mayores dependientes en los entornos rurales en España", *Ehquidad: Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, n.º 18, pp. 11-40, <<https://doi.org/10.15257/ehquidad.2022.0011>>.
- MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, n.º 1, pp. 93-123, <https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.4>.
- MECOPP (2019): *Informal caring within the LGBT community*, serie Briefing Sheets, n.º 13, s. l., LGBT Health and Wellbeing.
- (2020): *Hidden carers unheard voices. Informal caring within the Gypsy/Traveller community in Scotland*, Edimburgo, Minority Ethnic Carers of People Project.
- MILLER, D. (1981): "The 'sandwich' generation: adult children of the aging", *Social Work*, vol. 26, n.º 5, pp. 419-423, <<https://doi.org/10.1093/sw/26.5.419>>.
- MILLIGAN, C. y MORBEY, H. (2013): *Older men who care: understanding their support and support needs*, Lancaster University Centre for Ageing Research.
- MILNE, A. y HATZIDIMITRIADOU, E. (2003): "Isn't he wonderful? Exploring the contribution and conceptualization of older husbands as carers", *Ageing International*, vol. 28, pp. 389-407, <<https://doi.org/10.1007/s12126-003-1011-y>>.
- MIRZA, Z. (2016): "Sustainable development agenda 2030 thrives on health", *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 22, n.º 10, pp. 711-712.
- MOLYNEAUX, V.; BUTCHARD, S.; SIMPSON, J. y MURRAY, C. (2011): "Reconsidering the term 'carer': a critique of the universal adoption of the term 'carer'", *Ageing and Society*, vol. 31, n.º 3, pp. 422-437.

- MOLYNEUX, G. J.; MCCARTHY, G. M.; MCENIFF, S.; CRYAN, M. y CONROY, R. M. (2008): "Prevalence and predictors of carer burden and depression in carers of patients referred to an old age psychiatric service", *International Psychogeriatrics*, vol. 20, n.º 6, pp. 1193-1202, <<https://doi.org/10.1017/S1041610208007515>>.
- MOONEY, A.; STATHAM, J. y SIMON, A. (2002): *The pivot generation: informal care and work after fifty*, serie Transitions After 50, Bristol, Policy Press.
- MOORE, T. y MCARTHUR, M. (2007): "We're all in it together: supporting young carers and their families in Australia", *Health & Social Care in the Community*, vol. 15, n.º 6, pp. 561-568, <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00719.x>>.
- MORÉ, P. (2021): "Migration, ageing and transnational care arrangements of Ecuadorian care workers in Spain", *Population, Space and Place*, vol. 28, n.º 5, e2547, <<https://doi.org/10.1002/psp.2547>>.
- MORGAN, D. G.; SEMCHUK, K. M.; STEWART, N. J. y D'ARCY, C. (2002): "Rural families caring for a relative with dementia: barriers to use of formal services", *Social Science & Medicine*, vol. 55, n.º 7, pp. 1129-1142, <[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00255-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00255-6)>.
- MORGAN, T.; DUSCHINSKY, R.; GOTT, M. y BARCLAY, S. (2021): "Problematizing carer identification: a narrative study with older partner's providing end-of-life care", *SSM - Qualitative Research in Health*, vol. 1, 100015, <<https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2021.100015>>.
- NICE (2020): *Supporting adult carers*, s. l., National Institute for Health and Care Excellence, <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng150/resources/supporting-adult-carers-pdf-66141833564869>>.
- OMS y CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION (2014): *Social determinants of mental health*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- PÉREZ OROZCO, A. y GIL, S. L. (2011): *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y articulaciones políticas*, Madrid, ONU Mujeres.
- ORPIN, P.; STIRLING, C.; HETHERINGTON, S. y ROBINSON, A. (2014): "Rural dementia carers: formal and informal sources of support", *Ageing and Society*, vol. 34, n.º 2, pp. 185-208, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X12000827>>.
- PÉREZ DÍAZ, J.; ABELLÁN GARCÍA, A.; ACEITUNO NIETO, P.; RAMIRO FARIÑAS, D.; AYALA GARCÍA, A. y PUJI RODRÍGUEZ, R. (2019): *Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos*, serie Informes Envejecimiento en Red, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-finanresi-16.pdf>>.
- PERKINS, E. A. y HALEY, W. E. (2013): "Emotional and tangible reciprocity in middle- and older-aged carers of adults with intellectual disabilities: emotional and tangible reciprocity", *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, vol. 10, n.º 4, pp. 334-344, <<https://doi.org/10.1111/jppi.12061>>.
- PHELPS, D. (2021): "What changes for young carers? A qualitative evaluation of the impact of dedicated support provision for young carers", *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 38, pp. 547-558, <<https://doi.org/10.1007/s10560-021-00790-9>>.
- PRINCESS ROYAL TRUST FOR CARERS, THE (2011): *Always on call, always concerned. A survey of the experiences of older carers*, s. l., The Princess Royal Trust for Carers.
- RIBEIRO, O.; PAÚL, C. y NOGUEIRA, C. (2007): "Real men, real husbands: caregiving and masculinities in later life", *Journal of Aging Studies*, vol. 21, n.º 4, pp. 302-313, <<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.05.005>>.
- RODRÍGUEZ DE BLAS, D. (coord.) (2022): *Informe sobre exclusión y desarrollo social en Euskadi. Resultados de la Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales 2021*, Madrid, Fundación Foessa y Cáritas Española Editores, <<https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2022/02/Informes-Territoriales-2022.-EUSKADI.pdf>>.
- ROGERO GARCÍA, J. (2010): *Los tiempos del cuidado el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*, Madrid, lmserso.
- RUIZ VILLAFRACA, R.; SORIANO SEGOVIA y FRESNO GARCÍA, J. M. (2022): "La crisis de la COVID-19 aumenta los procesos de exclusión social", en AYALA CAÑÓN, L.; LAPARRA NAVARRO, M. y RODRÍGUEZ CABRERO, M. (coords.), *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*, colección Estudios, n.º 50, Madrid, Fundación Foessa y Cáritas Española Editores, pp. 99-113.
- SÁNCHEZ-SIERRA RAMOS, M. y FLORES MARTOS, R. (2022): "Brecha digital: reproducción virtual de las desigualdades sociales", en AYALA CAÑÓN, L.; LAPARRA NAVARRO, M. y RODRÍGUEZ CABRERO, M. (coords.), *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*, colección Estudios, n.º 50, Madrid, Fundación Foessa y Cáritas Española Editores, pp. 187-227.
- SANZO, L. (2022): "Precariedad y desigualdad en la población inmigrante extranjera en Euskadi: retos para una política de inclusión social", en SHRESHNEVA, J. y FOUASSIER, M. (coords.), *Tendencias y retos en la integración de la población inmigrante en Euskadi: análisis de la Encuesta de Población Inmigrante Extranjera (EPIE) 2018*, Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, pp. 11-35, <https://ikuspegi.eus/files/publicaciones/185_3.pdf>.
- (2022): "Estructura demográfica, pobreza y desigualdad en Euskadi: tendencias recientes y perspectivas de futuro", en VV. AA., *Servicios sociales y vulnerabilidad frente a la pandemia*, Donostia-San Sebastián, Fundación Eguía Careaga, pp. 11-29, <<https://doi.org/10.5569/978-84-09-39714-3>>.
- SARAGOSA, M.; FREW, M.; HAHN-GOLDBERG, S.; ORCHANIAN-CHEFF, A.; ABRAMS, H. y OKRAINEC, K. (2022): "The young carers' journey: a systematic review and meta ethnography", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n.º 10, 5826, <<https://doi.org/10.3390/ijerph19105826>>.

- SASTRE, A. (2015): *Más solas que nunca. La pobreza infantil en familias monomarentales*, s. l., Save the Children España.
- SAVE THE CHILDREN (ed.) (2021): *Acabemos con la normalidad de la pobreza infantil. Propuestas de políticas públicas para una reconstrucción en clave de infancia. Anexo Euskadi*, s. l., Save the Children.
- SCOTTISH GOVERNMENT, THE (2010): *Caring together: carers and young carers strategy for Scotland 2010-15*, Edimburgo, The Scottish Government.
- (2010): *Caring together. The Carers Strategy for Scotland 2010 - 2015*, Edimburgo, The Scottish Government.
- SERRANO-AGUILAR, P. G.; LOPEZ-BASTIDA, J. y YANES-LOPEZ, V. (2006): "Impact on health-related quality of life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease", *Neuroepidemiology*, vol. 27, n.º 3, pp. 136-142, <<https://doi.org/10.1159/000095760>>.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2010): *Análisis de los programas de conciliación orientados a las familias monoparentales en el País Vasco*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, <<https://www.siais.net/es/investigacion/ver-estudio/383/>>.
- (2019): *3ª Encuesta de pobreza y exclusión social de Gipuzkoa / Gipuzkoako pobrezia eta gizarte bazterketari buruzko 3. inkesta*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.siais.net/es/investigacion/ver-estudio/567/>>.
- SIIS SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL (2024): *Estudio sobre la situación y necesidades de personas, colectivos o familias que cuidan en una situación de especial vulnerabilidad / Zaintza-lanak zaurgarritasun bereziko egoeran egiten dituzten pertsona, talde eta familiei buruzko azterketa*, Donostia-San Sebastián, Área de la Diputada General de la Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.siais.net/es/investigacion/ver-estudio/641/>>.
- SLACK, K. y FRASER, M. (2014): *Husband, partner, dad, son, carer? A survey of the experiences and needs of male carers*, Londres, Carers Trust.
- SMYTH, C.; BLAXLAND, M. y CASS, B. (2011): "So that's how I found out I was a young carer and that I actually had been a carer most of my life! Identifying and supporting hidden young carers", *Journal of Youth Studies*, vol. 14, n.º 2, pp. 145-160, <<https://doi.org/10.1080/13676261.2010.506524>>.
- SOMERVILLE, J. (2001): "Palliative care: the experience of informal carers within the Bangladeshi community", *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 7, n.º 5, pp. 240-247, <<https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.5.15893>>.
- SORONELLAS-MASDEU, M.; COMAS D'ARGEMIR, D. y ALONSO-REY, N. (2021): "Hombres que deciden cuidar a personas adultas dependientes en el contexto familiar. Género y parentesco en transformación", *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, vol. 22, pp. 211-235, <<https://doi.org/10.17345/aec22.211-235>>.
- STAMATOPOULOS, V. (2018): "The young carer penalty: exploring the costs of caregiving among a sample of Canadian youth", *Child & Youth Services*, vol. 39, n.º 2-3, pp. 180-205, <<https://doi.org/10.1080/0145935X.2018.1491303>>.
- STEWART, B. y KENT, A. (2017): *Caregiving in the LGBT community. A guide to engaging and supporting LGBT caregivers through programming*, Nueva York, Sage.
- TAGGART, L.; TRUESDALE-KENNEDY, M.; RYAN, A. y MCCONKEY, R. (2012): "Examining the support needs of ageing family carers in developing future plans for a relative with an intellectual disability", *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 16, n.º 3, pp. 217-234, <<https://doi.org/10.1177/1744629512456465>>.
- TRAYNOR, P. (2016): *Young people caring out there: experiences of LGBT young adult carers in Scotland*, Glasgow, Carers Trust Scotland.
- VOLCKAERT, E.; SCHILLEBEECKX, E. y DE DECKER, P. (2021): "Beyond nostalgia: older people's perspectives on informal care in rural Flanders", *Journal of Rural Studies*, vol. 87, pp. 444-454, <<https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2020.07.006>>.
- WALING, A.; LYONS, A.; ALBA, B.; MINICHELLO, V.; BARRETT, C.; HUGHES, M.; FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K.; EDMONDS, S. y BATH, N. (2022): "Experiences of informal caregiving among older lesbian and gay adults in Australia", *Australasian Journal on Ageing*, vol. 41, n.º 3, pp. 424-430, <<https://doi.org/10.1111/ajag.13076>>.
- WALKER, C. (2015): "Ageing and people with learning disabilities: in search of evidence", *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 43, n.º 4, pp. 246-253, <<https://doi.org/10.1111/bld.12146>>.
- WAYMAN, S.; RAWLS, P. y LEADBITTER, H. (2016): *There's nobody is there - no one who can actually help? The challenges of estimating the number of young carers and knowing how to meet their needs*, s. l., The Children's Society.
- WHITE, C.; WRAY, J. y WHITFIELD, C. (2020): "A fifty mile round trip to change a lightbulb': an exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance", *Health & Social Care in the Community*, vol. 28, n.º 5, pp. 1632-1642, <<https://doi.org/10.1111/hsc.12988>>.
- WINTERTON, R. y WARBURTON, J. (2011): "Models of care for socially isolated older rural carers: barriers and implications", *Rural Remote Health*, vol. 11, n.º 3, 1678.
- WOOD, Z. (2022): "UK single parents skipping meals due to food price inflation, which? finds", *The Guardian*, 24-11-2022, <<https://www.theguardian.com/business/2022/nov/24/uk-single-parents-skipping-meals-due-to-food-price-inflation-which-finds>>.

Consecuencias del apoyo y acompañamiento en las familias de personas con problemas de salud mental

Irama Vidorreta Gutiérrez

EDE Fundazioa
ividorreta@edefundazioa.org

Aimar Rubio Llona

EDE Fundazioa
arubio@edefundazioa.org

Artikulu honek Euskadiko Osasun Mentala eta berau osatzen duten elkarteek (Agifes, Asafes, Asasam eta Avifes) egindako azterlan baten emaitza nagusiak aurkezten ditu, EDE Fundazioaren laguntzarekin. Euskadin osasun mentaleko arazoak dituzten pertsonak zaintzen dituzten familien errealitatea aztertzeraz bideratuta dago azterlana. Ikerketak familia horien profileen sakontzen du, eta ardurapean dituzten pertsonen ezaugarriak ere. Gainera, zaintzak familien bizitzako hainbat eremutan duen eragina aztertzen da, gizarte-harremanetatik ongizate ekonomiko eta enplegura. Osasun mentaleko elkarteek familiei ematen zaien arretari dagokionez duten zeregina ere aztertzen da, eta familia horien bizi-kalitatea hobetzeko gomendioak proposatzen dira.

Gako-hitzak:

Osasun mentala, familia zaintzaileak, zaintzaren eragina, bizi-kalitatea, politika publikoak.

Este artículo presenta los principales resultados de un estudio realizado por Salud Mental Euskadi y las asociaciones que la componen (Agifes, Asafes, Asasam y Avifes), con el apoyo de EDE Fundazioa, enfocado en el análisis de las familias cuidadoras de personas con problemas de salud mental en Euskadi. La investigación profundiza en el perfil de estas familias, así como en las características de las personas a su cargo. Además, explora las consecuencias del cuidado en diversos ámbitos de la vida de estas familias, desde las relaciones sociales hasta el bienestar económico y el empleo. Se examina también el papel de las asociaciones de salud mental en relación con la atención a las familias y se proponen recomendaciones para mejorar la calidad de vida de esas familias.

Palabras clave:

Salud mental, familias cuidadoras, consecuencias del cuidado, calidad de vida, políticas públicas.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2022) señala que una de cada ocho personas tendrá un problema de salud mental a lo largo de su vida. Los problemas de salud mental varían en función del sexo y la edad, siendo los trastornos de ansiedad y depresivos los más comunes en ambos sexos. El suicidio afecta a personas de todas las edades. A nivel global, se estima que hay veinte intentos de suicidio por cada fallecimiento atribuido a esta causa. A pesar de ello, el suicidio está detrás de más de una de cada cien muertes, siendo una de las principales causas de mortalidad entre las personas jóvenes (OMS, 2022).

El estigma y los prejuicios sociales hacia las personas con problemas de salud mental les afectan en todas las dimensiones de su vida. Habitualmente, se señala a estas personas como violentas y agresivas, con dificultades para estudiar, trabajar y vivir en comunidad. También se estigmatizan las causas desencadenantes de los problemas de salud mental, relacionándolos con una mala parentalidad o con las conductas adictivas (Fedeafes, 2013).

El estigma social no solo recae sobre las personas que padecen problemas de salud mental, sino que también afecta profundamente a sus familiares y personas cuidadoras. La sociedad a menudo atribuye a estas familias una carga emocional, lo que puede llevar a sentimientos de culpa, vergüenza y soledad. Esta estigmatización no solo limita el acceso a recursos y servicios, sino que también puede generar conflictos familiares y tensiones en las relaciones interpersonales, lo cual socava el papel esencial que desempeña la familia en la promoción del cuidado y del bienestar.

La familia constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y, en ese sentido, es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocia. En ella, se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, el fomento y la recuperación de la salud (Louro, 2003). En concreto, las funciones de la familia consisten en satisfacer las necesidades básicas para la supervivencia, proporcionar apoyo mutuo e instrumental (prestación de servicios o ayuda directa) entre las personas que la integran y transmitir valores y normas de comportamiento para participar en la sociedad. La familia también es el espacio en el que se facilita el clima emocional que permite la crianza y el desarrollo de las personas, adaptándose al momento del ciclo vital que corresponda, y facilita el desarrollo de la inteligencia emocional, fomentando la expresión de emociones y el aprendizaje de la mejor manera de gestionarlas (García Angosto, 2021).

Las familias de personas con problemas de salud mental a menudo enfrentan aislamiento, discriminación y una carga emocional considerable. Este estigma puede dificultar el acceso a recursos de apoyo y tratamiento adecuados, además de generar tensiones dentro del núcleo familiar. La falta

de comprensión y empatía por parte de la sociedad exige urgentemente programas de concienciación y apoyos tanto para las personas afectadas como para sus familias, con el fin de mejorar su calidad de vida y promover su integración plena en la comunidad.

Conscientes de ello, Salud Mental Euskadi y las asociaciones que la componen (Agifes, Asafes, Asasam y Avifes) han realizado un estudio que tiene como objetivo principal profundizar en la situación que enfrentan las familias de personas con problemas de salud mental en Euskadi¹. Para ello, dicho estudio ha planteado varios objetivos específicos:

- Conocer el perfil de las personas responsables de prestar apoyo y cuidados a las personas con problemas de salud mental, así como el perfil de estas últimas.
- Conocer las consecuencias que tiene asumir la responsabilidad del apoyo y cuidado en varios ámbitos (relaciones familiares y sociales, ocio y tiempo libre, estado de salud, economía doméstica).
- Identificar las principales preocupaciones de las familias en relación con el apoyo y cuidado de sus familiares con problemas de salud mental.
- Identificar mejoras que garanticen una atención efectiva para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las familias.
- Ofrecer un mapa de recursos para la atención de las necesidades de las familias implicadas en el cuidado de personas con un problema de salud mental.
- Ofrecer un catálogo de buenas prácticas e iniciativas remarcables identificadas en este ámbito a escala autonómica, nacional e internacional.

En este artículo, se resumen los principales resultados de dicho estudio. En primer lugar, se presenta el perfil que caracteriza a las familias cuidadoras, describiendo la edad, el sexo, la situación laboral, el nivel educativo y el tiempo que dedican las personas al cuidado de sus familiares. También se analizan las características de las personas con problemas de salud mental, tales como el diagnóstico psiquiátrico, la situación laboral y el lugar de residencia. En segundo lugar, se describen los efectos del cuidado en diversos aspectos de la vida de las familias cuidadoras, como las relaciones sociales, la salud física y emocional, el bienestar material y económico, y el empleo y la formación. En tercer lugar, se explora el papel de los recursos de apoyo disponibles para las familias, destacando el valor de las asociaciones en el acompañamiento y reducción de las consecuencias negativas del cuidado. Por último, se sugieren una serie de propuestas de mejora para la calidad de vida de las familias.

¹ Disponible en <https://saludmentaleuskadi.org/wp-content/uploads/2024/02/FEDEAFES_familias_04102023_CAST.pdf>.

2. Metodología

Esta investigación se ha concebido en el marco de un proceso participativo, para el que se ha constituido un grupo motor formado por representantes de la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Salud Mental Euskadi-Fedeafes), junto con representantes de la Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Avifes), la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Agifes), la Asociación Alavesa de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Asafes) y de la Asociación Ayalesa de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Asasam); se contó, además, con el apoyo técnico de EDE Fundazioa.

Para el desarrollo del estudio y la consecución de los objetivos planteados, se ha optado por combinar las metodologías cuantitativa y cualitativa. En concreto, se ha optado por utilizar las siguientes herramientas:

- Revisión documental: se han recopilados las principales referencias bibliográficas sobre el objeto de estudio de la investigación (investigaciones de otros ámbitos territoriales). Esto ha permitido contextualizar y enfocar el estudio adecuadamente.
- Consulta de fuentes estadísticas: se han consultado varias fuentes de datos, con vistas a recoger información cuantitativa de interés para el estudio.
- Encuesta: se ha llevado a cabo una consulta a las personas que se responsabilizan de los cuidados y apoyos a personas con problemas de salud mental, para recoger información cuantitativa sobre los efectos en la calidad de vida de ese apoyo y acompañamiento. Esta consulta se ha realizado a través de las asociaciones de personas con problemas de salud mental y sus familias. En total, se han recogido 261 cuestionarios en el conjunto de Euskadi.
- Grupos de discusión: se han realizado grupos de discusión con familiares de personas con problemas de salud mental que se responsabilizan de los cuidados y apoyos a su familiar con problemas de salud mental, para hacer una lectura compartida de los datos recogidos y enriquecer los resultados y conclusiones del estudio. Las sesiones se han organizado a través de las asociaciones y se desarrollado en los tres territorios históricos. En total, han participado más de 50 familiares.
- Seminario de trabajo con profesionales: se ha llevado a cabo un seminario de trabajo con profesionales de diferentes ámbitos (salud mental, recursos y servicios dirigidos a familias), para recoger propuestas y orientaciones de mejora de cara a intervenir con las familias de personas con problemas de salud mental.

Además, el estudio se complementa con:

- Una revisión exhaustiva de los servicios, programas y recursos para familiares, llevada a cabo en contraste con las asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental de Euskadi y la federación que las agrupa (en total, se han identificado 58 recursos de diversa naturaleza).
- Un rastreo web para identificar buenas prácticas de carácter autonómico, estatal e internacional, así como experiencias inspiradoras en el ámbito de la atención a familiares de personas con problemas de salud mental (en total, se han identificado once buenas prácticas).

3. Principales resultados

3.1. Perfil de las familias cuidadoras

En Euskadi, el 80 % de las personas que cuidan a familiares con problemas de salud mental tienen más de 50 años. El cuidado recae mayoritariamente en mujeres (75 %), siendo en su mayoría las madres quienes asumen esa responsabilidad. Estas cuidadoras suelen llevar más de cinco años brindando apoyo continuo a sus familiares. Además, un alto porcentaje (61,2 %) de las personas responsables de ese cuidado convive con el familiar que presenta problemas de salud mental, lo que refuerza las consecuencias del cuidado en la vida cotidiana de ambas partes.

En cuanto al lugar de residencia, el 39,9 % de los familiares de personas con problemas de salud mental viven en el Gipuzkoa, el 30,4 % en Bizkaia y el 28,1 % en Álava. Respecto al tamaño del municipio, el 43,2 % reside en alguna capital, el 42,4 % en municipios medianos, y el 14,4 % en municipios pequeños (menos de 10 000 habitantes).

En términos de nivel educativo, el 40 % de los familiares tienen estudios universitarios o de grado, mientras que un 30 % poseen estudios secundarios o formación profesional, y un 28 % cuentan con educación primaria. Un pequeño porcentaje (2,3 %) carece de estudios formales. En cuanto a la situación laboral, casi la mitad de las personas entrevistadas (47,2 %) se encuentran inactivas (jubiladas, prejubiladas, dedicadas a tareas domésticas), mientras que el 44,3 % están trabajando. Además, un 7,7 % se encuentran desempleadas y un 0,9 % están estudiando.

Por último, los ingresos de los hogares varían: el 35,4 % tiene ingresos mensuales netos de entre 1000 y 2000 euros, el 30,6 % percibe entre 2001 y 3000 euros, el 15,7 % tiene entre 3001 y 5000 euros, y el 4,4 %, más de 5000 euros. No obstante, un 9,2 % de los hogares reportan ingresos mensuales inferiores a 1000 euros.

3.2. Perfil de las personas con problemas de salud mental

En relación con el perfil de las personas con problemas de salud mental, los datos apuntan a que seis de cada diez son hombres. Por edad, no destaca un perfil determinado: casi la mitad (48,8 %) tiene más de 40 años y la otra mitad (51,2 %) tiene menos. Además, ocho de cada diez en la actualidad no tienen pareja. Casi cuatro de cada diez personas con problemas de salud mental residen en Gipuzkoa (38,8 %), un 29,8 % en Álava y un porcentaje similar (29,3 %) en Bizkaia. Respecto al tamaño del municipio, un 42,8 % reside en una capital de provincia, el 43,2 % en un municipio mediano y el 14 % en un municipio considerado pequeño (de menos de 10 000 habitantes). En lo relativo a su situación laboral, los datos señalan que el 23,4 % de estas personas tienen una incapacidad laboral permanente. Además, el 18,2 % se encuentra en desempleo o buscando trabajo, un 14,7 % trabaja en un empleo ordinario con apoyo, y el 10,8 % en un empleo protegido. Además, el 22,1 % de estas personas se encuentran en otra situación (están jubiladas o prejubiladas, no buscan empleo).

El diagnóstico más habitual es esquizofrenia (36,7 %), seguido de trastorno de personalidad (21,5 %). La edad media del diagnóstico ronda los 23 años y en torno al 70 % de estas personas conviven con el diagnóstico desde hace más de diez años. Así mismo, casi ocho de cada diez personas con problemas de salud mental consultadas siguen habitualmente un tratamiento farmacológico y el 32 % siguen un tratamiento o reciben apoyo psicológico en una asociación de familiares y personas con problemas de salud mental. Por último, es importante destacar que la presencia de diagnósticos adicionales a los problemas de salud mental es significativamente más alta entre las personas jóvenes (30 años o menos). Además, la patología dual —es decir, la coexistencia de un trastorno mental y una adicción— afecta principalmente a personas de 40 años o menos.

3.3. Las consecuencias de cuidar y apoyar a las personas con problemas de salud mental

El problema de salud mental de una persona le afecta tanto a ella misma como a su entorno familiar. Asumir los cuidados de una persona con problemas de salud mental supone una elevada dedicación en tiempo para las personas cuidadoras, si bien el coste de cuidar es mucho más profundo que la suma de horas dedicadas a realizar determinadas tareas, en tanto que la vida de la persona cuidadora se ve, en gran medida, condicionada por ese papel. Para las y los familiares, las consecuencias objetivas pasan por el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica y el posible deterioro de la economía; y las subjetivas, por el impacto en su bienestar emocional. Otras consecuencias son la dificultad para comunicarse con el familiar con problemas de salud mental y el sentimiento de agotamiento en la convivencia.

En un primer momento, las familias suelen reaccionar negando el trastorno y dificultando su aceptación en un clima de culpabilidad, sobreprotección, hipervigilancia y codependencia. En relación con la alteración de la rutina doméstica, se reducen las redes de apoyo, aumenta la dependencia de la persona con un problema de salud mental hacia la familia y se reduce la estabilidad familiar (García Angosto, 2021: 12). Así mismo, en función de la naturaleza del problema de salud mental, se pueden producir cambios en la división de las tareas del hogar, con un esfuerzo extra en la realización de las labores domésticas (Gradillas, 1998: 5).

Profundizando en el perfil de las personas cuidadoras, un estudio realizado por investigadores de la London School of Economics para la Federación Europea de Asociaciones de Familias de Personas con Enfermedad Mental, Eufami (McDaid y Park, 2020), revela que la calidad de vida de las personas cuidadoras es un 40 % más baja que la del resto de la población. Además, el índice de calidad de vida es menor entre las personas convivientes con familiares con problemas de salud mental, que presentan un índice de calidad de vida de 56,17 sobre 100 puntos², y, en especial, entre las y los cuidadores de personas con múltiples trastornos mentales, cuyo índice de calidad de vida se sitúa entre los 30 y 40 puntos sobre 100.

3.3.1. Incidencia en el tiempo disponible

En Euskadi, los familiares de personas con problemas de salud mental dedican de media unas 14 horas semanales al cuidado y apoyo de su familiar, si bien se percibe una amplia variabilidad en el tiempo invertido en función del momento vital en el que se encuentre la persona. Estos datos quedan muy por debajo de los resultados ofrecidos por el informe ya mencionado de McDaid y Park (2020), que estima que las personas cuidadoras dedican una media de 43 horas semanales a estas tareas.

Algunas variables condicionan el tiempo que estas personas dedican a las tareas de cuidado. Por ejemplo, las mujeres dedican un tiempo notablemente superior a los hombres (15,6 horas de media frente a 10,1 horas, respectivamente). También quienes conviven de manera estable con la persona con problemas de salud mental invierten significativamente más tiempo en esos cuidados que quienes no conviven con ellos o ellas (16,22 frente a 10,21 horas). En esta misma línea, los datos recogidos también apuntan a que las familias dedican más tiempo a los apoyos y cuidados (una media de 20 horas semanales) cuando las personas con problemas de salud mental son jóvenes (menores de 30 años), lo que se correspondería con media jornada laboral.

² En el caso de las personas cuidadoras no convivientes, el índice de calidad de vida se eleva hasta los 63,78 puntos.

Estos datos ponen de manifiesto que cuidar y apoyar a una persona con problemas de salud mental supone un importante sobrecoste de tiempo en el día a día de las familias. En muchos casos, el tiempo dedicado es muy superior al promedio que se presenta en este estudio, llegando incluso a ser "un trabajo a tiempo completo". De acuerdo las familias que han participado en los grupos de discusión, "el apoyo y el cuidado a las personas con un problema de salud mental abarca la práctica totalidad del día, y se intensifica cuando se da una situación de crisis o de descompensación".

Por último, cabe señalar que en torno a una de cada cuatro personas consultadas (23,3%) presta apoyo a más de una persona con problemas de salud mental, y que el 40% asume también la responsabilidad de prestar apoyos y cuidados a otras personas del entorno familiar (personas mayores, menores de edad).

3.3.2 Incidencia en las relaciones sociales

Responsabilizarse de los cuidados y apoyos de las personas con problemas de salud mental requiere de tiempo, lo que reduce el tiempo libre disponible de las personas cuidadoras e interfiere en sus posibilidades de establecer y mantener relaciones sociales, en la calidad de esas relaciones, así como en la participación en otro tipo de actividades. Parte de la pérdida en la calidad de vida de las y los familiares que asumen los cuidados está estrechamente relacionada con el sentimiento de soledad que les invade.

Algunos estudios realizados con personas cuidadoras de personas con problemas de salud mental concluyen que estas personas se encuentran más aisladas que la población en general (McDaid y Park, 2020). Así, responsabilizarse de los cuidados tiene importantes consecuencias en las relaciones sociales y el tiempo libre y de ocio de quien los asumen y, en general, de toda la familia, especialmente en los momentos de crisis o de inestabilidad.

En ocasiones, ese aislamiento y distanciamiento del entorno puede ser consecuencia directa de conflictos generados precisamente por la responsabilidad de cuidar al familiar con problemas de salud mental. En este sentido, los datos recogidos en el marco del presente estudio apuntan a que los conflictos familiares por la responsabilidad del apoyo resultan habituales: en torno a seis de cada diez personas consultadas aseguran haber tenido conflictos familiares (enfrentamientos, distanciamientos) relacionados con las responsabilidades de cuidado y, en torno a tres de cada diez han tenido enfrentamientos fuertes por este motivo (separaciones matrimoniales, rupturas familiares). Además, los conflictos entre las personas con problemas de salud mental y sus hermanas y hermanos son una de las situaciones que más tensionan a las familias.

Por lo que a las relaciones sociales respecta, el 40% de las familias reconocen haberse distanciado o haber perdido amistades (dejan de quedar, espacian progresivamente los encuentros) como consecuencia de sus responsabilidades para con su familiar con problemas de salud mental. En este caso, las mujeres acusan un mayor distanciamiento social en comparación con los hombres (42% y 32,8%, respectivamente).

En este contexto, algunas familias deciden no compartir con terceras personas la situación que están viviendo y las dificultades que enfrentan en el cuidado de la persona con problemas de salud mental, para intentar así evitar el aislamiento social. Según los datos recogidos en el estudio, tres de cada diez personas consultadas (27,5%) aseguran no hablar con nadie sobre los problemas de salud mental de su familiar. El desconocimiento, los prejuicios y el estigma asociados a los problemas de salud mental generan muchas veces la incompreensión de familiares y amistades, reduciendo las opciones de apoyo e incrementado la sensación de soledad.

El tiempo libre disponible para participar e implicarse en las actividades que les gustan es otro aspecto que se ve en gran medida comprometido al asumir estos cuidados. Un tercio de las personas consultadas considera que no cuenta con tiempo suficiente para realizar las actividades de ocio y tiempo libre que desea, y el 46,1% asegura que el tiempo de ocio de las y los familiares se ha visto reducido por el hecho de tener que proporcionar apoyos a su familiar con problemas de salud mental.

Por último, los datos indican que casi la mitad de las personas encuestadas se muestran insatisfechas con las actividades de ocio que realizan, y seis de cada diez muestran su insatisfacción con el clima y ambiente familiar. En relación con este último aspecto, hay que tener en cuenta que la estabilidad de la enfermedad mental determina en gran medida este aspecto, siendo más frecuente que el buen clima familiar se resienta en los momentos de crisis o descompensación.

3.3.3. Incidencia en la salud física y emocional

Cuidar a un familiar con problemas de salud mental también tiene una fuerte incidencia en la salud física y emocional de quienes se responsabilizan de ello, especialmente cuando llevan mucho tiempo asumiendo esos cuidados. Las principales consecuencias se producen en la esfera psicológica, con la aparición de estrés persistente y ansiedad, estado de ánimo bajo, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración. Igualmente, el cuidado también tiene repercusiones en la salud física de estas personas.

Según los datos recogidos en el marco de este estudio, casi seis de cada diez personas consultadas han tenido problemas vinculados a su salud

emocional (depresiones, episodios de ansiedad). Además, más de la mitad (55,4%) reconocen que se han visto superadas en alguna ocasión por la carga mental que supone prestar esos cuidados. Aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, los datos sí apuntan a que la carga mental que deriva del cuidado es muy superior entre las familias que conviven de manera habitual con la persona con problemas de salud mental (60,1% frente al 48,3% de quienes no conviven con el familiar). Del mismo modo, casi la mitad de los y las familiares consultados asegura sentirse estresada y sobrepasada por prestar ese apoyo, y el 44,4% se siente agotada y desanimada por la situación. De nuevo, quienes conviven con la persona con problemas de salud mental se ven en mayor medida perjudicados por el estrés, el agotamiento y el desánimo.

Los resultados del cuestionario también indican que casi el 12% de las y los familiares que asumen el cuidado de una persona con un problema de salud mental tienen actualmente algún problema de salud mental diagnosticado. El porcentaje de mujeres con algún diagnóstico duplica al de hombres (12,4% y 6,2% respectivamente). Esta cifra podría ser incluso superior si se tiene en cuenta que algunos estudios desarrollados a nivel internacional estiman que en torno al 27% de las personas cuidadoras de personas con problemas de salud mental presentan un diagnóstico de depresión o un trastorno de ansiedad (McDaid y Park, 2020).

Además, la mitad de las personas consultadas aseguran que en alguna ocasión han requerido de atención especializada, psicológica o psiquiátrica, como consecuencia del impacto emocional que el cuidado ha tenido sobre ellas o ellos, y casi cuatro de cada diez siguen en la actualidad un tratamiento o apoyo psicológico o farmacológico (36,1% en el caso de los hombres y 38,5% en el de las mujeres). Así mismo, el impacto emocional del cuidado también tiene consecuencias negativas en la salud física de las personas cuidadoras. Casi la mitad (47,9%) reporta efectos como pérdida de energía, fatiga, mareos y dolores, además de experimentar dificultades para conciliar el sueño (43,3%).

3.3.4. Incidencia en el bienestar material y económico

Apoyar y cuidar a un familiar con problemas de salud mental también tiene importantes consecuencias en la esfera económica de las familias, desde una doble perspectiva que deriva, por un lado, del sobrecoste económico que asumen para atender la enfermedad (profesionales, medicinas) y, por otro lado, de las renuncias que con frecuencia se ven obligadas a realizar en el ámbito laboral (retirada total o parcial del mercado laboral, reducciones de jornada). A este respecto, McDaid y Park (2020) ponen de relieve el valor económico estimado del tiempo de cuidado informal, que es significativamente mayor para las personas cuidadoras que conviven con la persona a

la que cuidan. Los cuidados informales tienen un valor económico estimado, según este estudio, de 61026 euros anuales (utilizando el enfoque de la voluntad de pagar³) y de 74907 euros anuales (utilizando el enfoque de la voluntad de aceptar⁴).

Los datos recogidos en el marco de este estudio señalan que, en Euskadi, seis de cada diez personas consultadas (61,9%) aseguran que la atención a su familiar con problemas de salud mental supone un coste extraordinario para su familia. La proporción de familias que asumen gastos extraordinarios como consecuencia de la enfermedad mental es diez puntos superior a la media (71,9%) cuando la persona con problemas de salud mental es más joven (menor de 30 años).

En la mayoría de los casos (43,4%), el sobrecoste que asumen estas familias se sitúa entre los 101 y 300 euros y, en menor medida (26,5%), entre 301 y 500 euros. Además, en torno al 15% invierte más de 500 euros mensuales a esta atención. De nuevo, las y los familiares de una persona joven con problemas de salud mental (menor de 30 años) son quienes más dinero destinan a la atención de su familiar. El 23,1% de estas familias invierten más de 500 euros mensuales en su atención.

En relación con los conceptos que determinan los gastos extraordinarios, se advierte que, en más de la mitad de los hogares vascos, los gastos vienen determinados por las medicinas o especialistas a los que visita la persona con problemas de salud mental (54,8%). En segundo lugar, un 24,7% lo destina al copago de los servicios que utiliza esa persona (programas de ocio y tiempo libre, entre otros) y, en tercer lugar, a las deudas generadas por la situación de cuidado (20,5%). El mantenimiento de la vivienda (17,1%), el refuerzo educativo (13%) y la atención domiciliaria (11,6%) son otros conceptos que determinan ese gasto extraordinario.

Es importante señalar que el sobrecoste económico puede convertirse en un obstáculo que limita la atención a las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias. Así, una cuarta parte de las personas consultadas asegura haber renunciado al menos en alguna ocasión a algún tratamiento o especialista para su familiar por no poder asumirlo económicamente y un porcentaje similar (25,2%) ha renunciado a algún otro recurso de apoyo por ese mismo motivo.

Además, el 43% de las y los familiares consultados aseguran que en alguna ocasión han tenido que costear una atención psicológica o psiquiátrica para sí mismos o mismas. La variable del sexo establece diferencias en esta cuestión, siendo las mujeres las que en mayor medida aseguran haber renunciado a

³ Precio máximo que una persona está dispuesta a sacrificar para conseguir un cambio positivo.

⁴ La compensación que una persona está dispuesta a recibir a cambio de renunciar a algún bien o servicio.

esos apoyos: el 46,5% de ellas ha renunciado a un tratamiento en alguna ocasión, frente al 31,7% de los hombres.

3.3.5. Incidencia en el empleo y formación

A pesar de los efectos económicos que los problemas de salud mental tienen en las familias, las renunciaciones en el ámbito laboral y formativo son relativamente comunes, lo que agrava aún más su situación y bienestar. Una de las consecuencias más habituales de prestar apoyos y cuidados es el abandono temporal o definitivo del trabajo remunerado de las personas cuidadoras. A esto hay que sumar los casos en los que la enfermedad ha impedido que la persona con problemas de salud mental mantenga o pueda acceder a un trabajo remunerado.

Los datos recogidos a través de la encuesta señalan que, en Euskadi, una de cada cinco personas consultadas (21,3%) aseguran que alguna persona de su familia ha reducido su jornada laboral como consecuencia de las responsabilidades del cuidado, y un 17,4% han dejado el trabajo por este motivo. Así mismo, un 23,7% manifiesta que algún miembro de la familia ha estado de baja laboral para atender a su familiar.

Dado que el peso de los cuidados de las personas con problemas de salud mental en el hogar recae fundamentalmente en las mujeres, son ellas quienes con mayor frecuencia se ven en la necesidad de renunciar a sus proyectos profesionales, lo cual compromete su bienestar presente y futuro. No obstante, del estudio también se desprende que algunas personas cuidadoras tratan por todos los medios de mantener sus empleos remunerados fuera del hogar para poder desconectar, al menos por un tiempo, de las tareas de cuidado.

Por último, en cuanto a las oportunidades de desarrollar una carrera y formarse para un futuro mejor, los resultados de la encuesta señalan que el 5,5% de las y los familiares de Euskadi han dejado sus estudios o la formación que estaban adquiriendo para dedicar más tiempo a prestar apoyos.

3.3.6. Valoración de los recursos de apoyo a las familias

Teniendo en cuenta las importantes consecuencias que tiene para las familias la provisión de apoyos y cuidados, las personas con problemas de salud mental y sus familias consideran fundamental el apoyo de las asociaciones de personas con problemas de salud mental y sus familias, ya que además de mostrarse sensibles a sus necesidades, les ofrecen una serie de servicios y programas que responden a muchas de esas necesidades. De todos los recursos que ofrecen las asociaciones, los grupos de ayuda son los más utilizados por las familias que cuidan de una persona con problemas de salud mental. Casi

cuatro de cada diez personas consultadas aseguran participar en este tipo de recurso. Entre los recursos más utilizados, le siguen la escuela de familias (18,8%), el servicio de acompañamiento social (16,9%) y la atención psicosocial (16,1%).

Las asociaciones también contribuyen a reducir las sensaciones de aislamiento y soledad, al representar un espacio de referencia y encuentro entre familias que viven circunstancias similares, y donde pueden encontrar una empatía y comprensión que muchas veces no perciben fuera.

Tal y como demuestran los resultados de la encuesta, las familias se muestran en gran medida satisfechas con el apoyo prestado desde las asociaciones, y valoran que su labor amortigua las consecuencias negativas del cuidado. Así, nueve de cada diez personas se declaran satisfechas con el apoyo que les prestan las asociaciones a la hora de afrontar la enfermedad de su familiar (88,9%) y un 84,5% consideran que, sin su apoyo, los efectos negativos del cuidado habrían sido mayores. También cabe señalar que las familias reconocen la labor de las asociaciones en el ámbito de la sensibilización social y en lucha contra el estigma y discriminación.

Por último, las familias señalan que es necesario seguir reforzando la labor de las asociaciones. De acuerdo con los resultados de la encuesta, seis de cada diez familiares aseguran que les gustaría mantener una mayor relación con otras familias que están en situaciones parecidas a la suya. En este sentido, algunas personas que han participado en los grupos de trabajo de este estudio señalan que el estigma social impide a muchas familias acercarse a las asociaciones, especialmente en los entornos rurales o municipios más pequeños.

4. Propuestas para mejorar la calidad de vida de las familias

A continuación, se señalan las principales recomendaciones o propuestas para mejorar la intervención con las familias de personas con problemas de salud mental.

Ámbito sociosanitario

- Revisar los protocolos de derivación desde la atención primaria a la red de salud mental para facilitar que las familias responsables del apoyo y cuidado puedan acceder a un tratamiento psicológico con la intensidad que requieran.
- Brindar mayor formación y sensibilización en salud mental de los profesionales (tanto de atención primaria como a los y las especialistas de la red de salud mental) que permita mejorar la calidad de la atención a las familias.
- Dar a conocer las asociaciones de personas usuarias y de familiares, así como los recursos y programas que ofertan, entre los y las

- profesionales de la red pública de salud vasca, para facilitar la derivación de los nuevos casos que se diagnostican.
- Modificar el modelo de atención en la red de salud mental de Osakidetza para que se incluya, cuando sea posible, a la familia en el proceso terapéutico de la persona con problemas de salud mental. En caso de no hacerlo, derivar a las familias a recursos con dotaciones para ello como las asociaciones.

Recursos de apoyo a las familias

- Promover más recursos de respiro para las familias (recursos residenciales temporales, apoyo domiciliario, ocio y tiempo libre) que les permitan tomar un tiempo de descanso y ocio para garantizar su bienestar psicológico.
- Incrementar apoyos profesionales para invertir la carga de los cuidados familiares (apoyo domiciliario).
- Impulsar programas de emancipación e independencia (viviendas con apoyos, impulso de empleo en sus diversas modalidades —ordinario, con apoyo, protegido—) para las personas con problemas de salud mental, a fin de aliviar las consecuencias negativas del apoyo y cuidado que proporcionan las familias.
- Impulsar modelos de vida independiente a través de prestaciones y servicios que promuevan la vida independiente mediante apoyos dirigidos a la persona.
- Ofrecer apoyos especializados para personas con patología dual, incluyendo apoyos dirigidos también a la familia.
- Aumentar la inversión en acciones de prevención de la salud mental dirigidas a la familia.
- Promover servicios de información, orientación, acompañamiento e intervención de carácter integral a las familias.
- Ofrecer a las familias formación más especializada (menos generalista) en relación con los diferentes trastornos.
- Disponer de un recurso que apoye y ayude a gestionar los conflictos que muchas veces surgen en las familias.
- Proporcionar ayudas económicas para cubrir los costes que supone la atención a las personas con problemas de salud mental (recursos privados cuando la red pública no llega, medicinas) y también, para aliviar la situación económica familiar en relación con la conciliación o el apoyo psicológico.
- Promover protocolos de derivación y otras herramientas jurídicas que permitan asegurar unos apoyos adecuados para la gestión del patrimonio de aquellas personas con problemas de salud mental que no puedan gestionar adecuadamente su patrimonio.
- Incrementar y facilitar las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar en el trabajo remunerado.
- Desarrollar políticas dirigidas al reconocimiento de la labor de cuidado de las familias.

Ámbito sociocomunitario

- Apoyar la labor de las asociaciones (en la sensibilización, la transformación social, la lucha contra el estigma) y poner en valor su trabajo para con el colectivo y sus familias.
- Continuar visibilizando la situación de las familias que cuidan, apoyan y acompañan a una persona con problemas de salud mental, con el objetivo de prevenir la discriminación y el estigma hacia ese colectivo.
- Fomentar las actuaciones de sensibilización en materia de salud mental dirigidas a las empresas y centros de trabajo, para mejorar la empatía en relación con este tipo de casos.

- FEDEAFES (2013): *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV*, Vitoria-Gasteiz, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, <http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2014/03/FEDEAFES_Estigma-Social-en-Euskadi_entre-las-personas-con-enfermedad-mental_estudio2013_web-reducido3.pdf>.
- GARCÍA ANGOSTO, B. (2021): *Familia y salud mental. Guía informativa y práctica para familiares de personas con problemas de salud mental*, Melilla, FEAFES Melilla, <https://feafesmelilla.com/wp-content/uploads/2021/06/Guia-Familia-y-Salud-Mental_-FEAFESMELILLA.pdf>.
- GRADILLAS, V. (1998): *La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría*, Madrid, Díaz de Santos.
- LOURO, I. (2003): "La familia en la determinación de la salud", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 29, n.º 1, pp. 48-51, <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21429107>>.
- MCDALD, D. y PARK, A. L. (2020): *Understanding the value and impacts of informal care for people living with poor mental health*, Londres, London School of Economics y Eufami, <<https://eufami.org/sites/default/files/2023-10/The%20Value%20of%20Caring%20Report.pdf>>.
- OMS (2022): *World mental health report: transforming mental health for all*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5>.
- SALUD MENTAL EUSKADI-FEDEAFES (2023): *Las familias de personas con problemas de salud mental en la CAE*, Llodio, Salud Mental Euskadi, <https://saludmentaleuskadi.org/wp-content/uploads/2024/02/FEDEAFES_familias_04102023_CAST.pdf>.

Pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua Bizkaiko pertsona adinduen egoitzetan*

Ainara Blanco Portela

Santa Ageda Egoitza (Barakaldo, Bizkaia)
ainara.blanco@opendeusto.es

126/2019 Dekretua, uztailaren 30ekoa, Euskal Autonomia Erkidegoko pertsona adinduentzako egoitza-zentroei buruzkoa, nahitaez bete behar dute EAEko egoitzek 2021eko irailetik. Lehendik ere araudi interesgarria den arren, funtsean pertsonarengan oinarritutako arreta-ereduan oinarritzen baita, ezarpen erreala eta eraginkorra zailtzen duten hainbat elementu ditu; baita ere duen beraren kontra dauden elementuak ere. Artikulu horrek araudi horren zenbait alderdi kritikatzeko ditu, eta antolamendu-gaiak aztertzen ditu, hala nola zentroyen titulartasuna, egitura edo baldintza profesionalak, eta arreta berezia ematen die lehenengo mailako arreta zuzeneko langileen arreta-ratioei eta prestakuntzari, baita aipatutako puntuekin zerikusia duten koordinazio soziosanitarioaren zenbait zailtasuni ere.

Gako-hitzak:

Pertsona adinduak, egoitzak, pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua, araudia, Bizkaia.

El Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de Euskadi, es de obligado cumplimiento para las residencias de la comunidad autónoma desde septiembre de 2021. A pesar de resultar *a priori* una normativa interesante, pues se basa fundamentalmente en el modelo de atención centrada en la persona, contiene varios elementos que dificultan una implantación real y efectiva, e incluso hay elementos que contradicen el propio modelo. Este artículo critica algunos aspectos de dicha normativa, examinando cuestiones organizativas como la titularidad de los centros, la estructura o las condiciones profesionales, y presta especial atención a las ratios de atención y la formación del personal de atención directa de nivel 1, así como a algunas dificultades de la coordinación sociosanitaria que tienen que ver con los puntos mencionados.

Palabras clave:

Personas mayores, residencias, modelo de atención centrada en la persona, normativa, Bizkaia.

* Testu honek artikulua formaturatu egokitzen du egileak argitaratutako izenburu bereko kapitulua, eta ondoko hau da haren erreferentzia bibliografikoa:

Blanco Portela, A., "El modelo de atención centrada en la persona en las residencias para personas mayores en Bizkaia", in Inza-Bartolomé, A. eta Izaola Argüeso, A. (ed.), *Ética, vulnerabilidad y cuidados en el ámbito social y sanitario*, l. g., Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua, 2024, 115.-134. or.

© 2024 Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua.

1. Sarrera

Iraupen luzeko zainketetan pertsonarengan oinarritutako arreta-eredu bat modu eraginkorrean ezartzeko beharra eztabaida ezina da. Hala ere, eredu horrek behar bezala antolatuko duen araudia behar du, eta, horrez gain, borondatea, prestakuntza eta malgutasuna behar ditu kudeaketan, beste baldintza askoren artean. Beraz, anbizio handiko ereduak da, eta, aldi berean, ezinbestekoa arreta integrala eta kalitatezkoa emateko. Pertsona adinduen egoitza-eremuan, funtsezkoa da pertsonen eskubideak urratzea saihesteko.

Artikulu honetan, gatazkan dauden edo eredu hori Bizkaiko egoitza-zentroetan behar bezala integratzea oztopa dezaketen alderdietako batzuk aztertzen dira. Horretarako, eredu eraginkortasunez aplikatzeko oso garrantzitsuak diren antolaketa-alderdi batzuk aztertuko dira. Horri dagokionez, Teresa Martínez Rodríguez-ek (2022: 17) ondoko erronka hau aipatu du:

Zainketa profesionalean antolaketa-faktoreak duen garrantzia ezagutzea, pertsonen arteko harremanak zaintzeari eta zerbitzuak, taldeak eta pertsonak laguntzeari eta gainbegiratzeari ahalik eta garrantzi handiena ematea. Tamalez, sektore publikoa eta pribatua nahiko axolagabeak dira, eta ebidentzia zientifikoak zaintzaren kaliterako funtsezko elementu gisa ere nabarmentzen du. Zaintzan inplikaturako eragileen arteko pertsonen arteko harremanak zaintzaren pieza angeluarretako bat dira, tratu egokiaren esparru etikotik.

Pertsonarengan eta, zehazki, arreta gerontologikoan oinarritutako arreta-ereduaren funtsezko elementuak deskribatu ondoren, araudiaren azaleko azterketa egingo da. Ondoren, eredu ezartzea zailtzen duten puntuak nabarmenduko dira, eta azaldukoak buruzko gogoeta egingo da.

2. Pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua

Pertsonarengan oinarritutako arreta-ereduak eredu humanistikoan du jatorria, eta eredu horretan pertsonen arteko harremanak eta tratu egokia nabarmentzen dira. Bai Eusko Jaurlaritzak bai Bizkaiko Foru Aldundia saiatu dira zentroak dibulgazio-materialez hornitzen, iraupen luzeko zainketa-eredu hori artikulatuko duen araudi espezifiko hartzea errazteko. Bi erakunde horiek Martínez Rodríguezi egiten diote erreferentzia, Espainiako Estatuan ereduaren sustatzaile nagusietako bati. Zehazki zertaz ari garen zehazteko, ikus ditzagun ereduaren printzipio gidariak, egile honek deskribatzen dituen moduan (Martínez Rodríguez, 2013b). Alde batetik, pertsonarengan zentratutako arretaren oinarriak aurkituko ditugu:

- Abiapuntua pertsonen lehentasunak eta nahiak entzutea da, baita autodeterminazio-eskubidea aitortzea ere.

- Etikak berretsi egiten du, pertsonen duintasunaren aintzatespenetik abiatuta eta bioetikaren printzipioak erreferentziatzen hartuta.
- Bat dator nazioarteko araudietatik eta adostasunetatik datozen adierazpen eta gomendio nagusiekin.
- Ezagutza zientifikoa orientatzen eta elikatzen du, eta pertsonen lehentasunak eta horiekiko errespetua txertatzen ditu pertsona adinduentzako onura terapeutikoa erakutsi duten ebidentzian oinarritutako esku-hartzeekin.

Eredu horren dimentsioei eta osagaiak dagokienez, uste dugu oinarritutako direla pertsona adinduen egoitza-zentroetan integratzeko (1. koadroa).

1. koadroa. Pertsonarengan zentratutako arreta gerontologikoko ereduaren dimentsioak eta osagaiak	
Dimentsioak	Osagaiak
Pertsonen arreta	<ul style="list-style-type: none"> • Pertsona ezagutzea. • Pertsona errespetatzea eta aitortzea. • Autonomia sustatzea. • Tratu pertsonalizatua. • Ongizate fisikoaren babesa. • Independentzia sustatzea. • Intimitatea babestea.
Ingurune positiboa	<ul style="list-style-type: none"> • Espazio fisikoa eta ingurune esanguratsua. • Gizarte-harremanak.

Iturria: Martínez Rodríguez (2013a: 14).

Egileak dokumentu berean dimentsioen osagaiak garatzen baditu ere, eskema honek ereduarekiko hurbilketa bat eskaintzen du, pertsona adinduentzako egoitza-zentroetan aurrera egin ahal izateko oinarritutako diren alderdiak azaltzen dituena. Halaber, Eusko Jaurlaritzak argitaratutako pertsonari arreta gerontologikoa emateko gidan (Martínez Rodríguez, 2011: 41-42), ereduaren aplikazioan ondoko "gai garrantzitsu" batzuk nabarmentzen dira:

- Arreta pertsonalizatua autonomiatik eta independentziatik.
- Pribatua, intimoa eta konfidentziala.
- Norberarena, esanguratsua, egunerokoa.
- Familien rola.
- Antolaketa eta profesionalen rol berriak.

Gida horrek banaka garatzen ditu gai horiek, eredu argitzeko eta egoitza-zentroi eredu integratzeko tresnak emateko.

3. Pertsonarengan oinarritutako arreta-ereduari buruzko araudi espezifikoaren analisia

Erakundeek eredu gida eta araudi espezifikoaren bitartez sustatzen duten arren, nabarmendu nahi dugu jarraibide batzuk ez datozela bat ereduarekin eta eragotzi egiten dutela eredu Bizkaiko adinekoentzako egoitza-zentroetan ezartzea. Horren ondorioz, hemen

zehazten dira funtsezkotzat jotzen ditugun araudietako alderdi batzuk, zehazki, 126/2019 Dekretua, uztailearen 30ekoa, Euskadiko pertsona adinduentzako egoitzazentzoi buruzkoa, eta 119/2021 Foru Dekretua, abuztuaren 24koa, Bizkaiko Foru Aldundiarena, mendekotasun-egoeran dauden pertsona adinduentzako egoitza-zerbitzu foralaren horniduran bizikidetzaren unitateen artikulazioa arautzen duena.

126/2019 Dekretuak funtsezkotzat jotzen diren alderdien garapenarekin zerikusia duten hainbat puntu jasotzen ditu. 3.2. artikulua ondoko hau adierazten du:

Intentsitate handiko zentroak dira, eta ondoko hauek bermatzen dituzte: a) zaintzaileen etengabeko presentzia —egunean 24 orduz—; b) zerbitzu medikoa eta erizaintzako; c) ongizate fisiko, psikologiko eta sozialera bideratutako arreta integrala emateko profil egokiak dituzten diziplina anitzeko profesionalen taldearen laguntza.

Diziplina anitzeko talde baten laguntza-premia identifikatzen badu ere, arreta sanitarioa (medikua eta erizaintza) nabarmentzea pertsonarengan oinarritutako arreta-eredutik urrun dagoen eredu sanitario baten ondorio da. Hemen aurkitzen dugu, beraz, kontraesanetako lehena.

Pertsona ardatz duen arreta-ereduan, egoitzan sartzen den pertsona adindua bizilekua aldatzen du, baina ez du eskubiderik galtzen (edo ez luke behar); are gehiago, zentroa pertsonaren etxea izatea nahi bada, edo ahalik eta antzekoena, egoiliarrek etengabe behar dituen laguntzek izaera soziala izan behar dute (eguneroko bizitzako jarduerekin lotuta egon behar dute), eta, beraz, harreman-loturak behar dituzte, zainketetan parte hartzen duten gainerako profesional teknikoek esku-hartze gehiago edo gutxiago eginez. Ezin dugu ahaztu horrelako baliabideak mendekotasuna duten adinekoei ematen zaien arreta profesionalean sartzen direla, hau da, eguneroko bizitzako oinarritzako jardueretarako laguntza behar duten pertsonen egoera iraunkorrean.

Horri dagokionez, 126/2019 Dekretuaren 4. artikulua nabarmendu nahi dugu, egoitza-arretaren ondoko helburu hauek aipatzen baititu:

- a) Erabiltzaileei eguneroko bizitzako jarduerak egiteko beharrezko zaintza eta laguntza pertsonala bermatzea, haien autonomia pertsonalari eusten saiatuz eta, ahal den neurrian, autonomia horren garapena sustatu eta hura hondatzea saihestuta.
- b) Erabiltzaileek, beharrezko laguntzarekin, ingurune komunitarioarekin dituzten harremanak mantentzeko eta ingurune komunitarioan parte hartzeko jarduerak izatea edo garatzea.
- c) Erabiltzaileek familiarekiko eta egoitzatik kanpoko edo bertan bizi diren beste pertsona batzuekiko harremanak mantentzea eta zabaltzea, eta, ahal den neurrian, zentroko bizitzan parte hartzea.
- d) Segurtasun-sentimendua bideratzea.

Ikus dezagun helburu horiek gizarte-eremuan kokatzen direla, eta harreman-arlokoak, laguntzekoak eta zainketen jarraitutasunekoak direla, giro erraztaile batean. Aitzitik, esku-hartze sozialaren nahikotasuna ez dator bat 126/2019 Dekretuaren 43. artikuluan ezarritako laguntza-intentsitatearekin, ratio profesionalari dagokionez. Azkenik, 27. artikulua ondoko moduan definitzen du erreferentziako profesionalaren figura:

Egoiliarrek esleituta izango duten figura da, eta haien eta haien familiaren esanetara egon behar du, ahalik eta ongizaterik handiena erraztuko duten alderdi garrantzitsuenak bideratu ahal izateko; eta erakundearen ikuspegi globala izan behar du. Zentro bakoitzaren ardura da harrera gertatzen den unetik pertsona zehazki nor den erabakitzea, egoiliarren hasierako balorazioan erreferentziako pertsonaren izen-abizenak idatziz jasota utzita.

Idea horrek ez die jaramonik egiten arauaren beraren ereduari eta hainbat printzipiori (7. artikulua), hala nola autonomiari, parte-hartzeari, arreta pertsonalizatuari eta integralari eta autodeterminazioari. Zentroak ez du aukeratu behar pertsonarentzat erreferente izango den profesionala; pertsona da zentroko profesionalekin harremanak ezartzen dituen eta haren erreferentia nor den erabakitzen duena. Oso akats arrunta da, baina kezagarria, zentroek erreferentziako profesionalak esleitzea pertsona sartu zenetik; izan ere, zer irizpideri egokitzen zaio aukeraketa? Zentroan integratu eta gainerako profesionalak ezagutu ondoren, aldatu al dezake pertsonak erreferentia?

Arau hori nahitaez bete behar dute Euskadiko adinekoentzako egoitza-zentro berriek, baina neurri batean aplikagarria da funtzionamenduan dauden egoitza-zentroetan. Hala ere, egoera hori aldatu egiten da bizikidetzaren unitateen artikulazioak 119/2021 Foru Dekretuan, unitate horien baldintza materialak ezartzen dituenean (II. kap., 17. art.). Zer ondorio ditu horrek? Bizkaiko Foru Aldundiak eredu hori sustatu nahi du, bizikidetzaren unitateak deiturikoak artikulatuz. Kontua da martxan dauden egoitza-zentroek hainbat dimentsio eta egitura dituztela, eta, beraz, zaila dela helburu hori lortzea.

Azkenik, Gizarte Zerbitzuei buruzko 12/2008 Euskal Legetik funtsezko hiru alderdi nabarmentzen dira gizarte-zerbitzuen sistemaren barruan:

1. Printzipioak (7. art) Horien artean, ondoko hauek aipatzen dira: hurbiltasuna, arreta pertsonalizatua eta integrala eta arretaren jarraitutasuna, eta esku-hartzearen koordinazioa eta lankidetzaren.
2. Arretaren eta esku-hartzearen eredu (8. art), bertan, esku-hartzearen hurbiltasuna eta jarraitutasuna aipatzen dira.
3. Zioen azalpenean, gizarte-langileak aipatzen dira gizarte-zerbitzuetako erreferentziako profesional gisa, baina esku-hartzean diziplina anitzeko talde baten garrantzia azpimarratzen da.

Atal nabarmenetan, esku-hartzearen eredu integrala eta hurbiltasuneko aipatzen da. Egoitza-zentroak Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren barruan daudenez, gizarte-arloko lanbideen presentzia handiagoa espero daiteke ereduaren antolaketan, baina hori ez da horrela.

4. Pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua behar bezala integratzea eragozten duten alderdiak

Artikulu honetan, *Hauskortasun- edo mendekotasun-egoeran dauden adinekoei arreta emateko zentro eta zerbitzuetan esku-hartze profesionala egiteko gidan* jorratutako antolamendu-elementu batzuk aztertuko ditugu, 2. koadroan zehaztutakoak (Martínez Rodríguez, 2011: 180-181).

126/2019 Dekretuari eta 119/2021 Foru Dekretuari jarraituz, ikus ditzagun Bizkaiko bizikidetz-unitateen ezaugarriak esku-hartzearen edo laguntzaren tamainari eta intentsitateari dagokienean.

4.1. Egoitzen tamaina

Literaturan irizpide gehiago daude (Martínez Rodríguez, 2022), eta 119/2021 Foru Dekretuan, berriz, bizikidetz-unitate bakoitzeko gehienez 25 pertsona egoiliar ezartzen dira. Irizpide horiek

egokiak izan litezke eraikuntza berriko zentroetarako, baina arbitrarioak izan daitezke dagoeneko martxan dauden egoitza-zentroen aniztasuna kontuan hartzen ez dutelako. Hurrengo atalean, puntu hori argitzen saiatuko gara, eta egoitza-zentro moten azterketa txiki bat egingo dugu, titulartasunaren eta tamainaren arabera (1. taula).

Lan honetan alderdi hori azpimarratzen ez bada ere, garrantzitsutzat jotzen da ohe individualen eta bikoitzen ehunekoa berrikustea, aurreko araudiarekin alderatuta. Bizikidetzako zentro edo unitate bateko egoitza-oheen %75 bakarkakoak izateko betebeharra ezartzen du berriak; lehen, ordea, ehunekoa %25ekoa zen. Zer balio daude irizpide-aldaketa horren azpian? instituzionalizatutako adinekoei edo plazaren zain dauden beren etxeetan jarraitzen dutenei gela nahiago izateari buruz galdetu da? intimitatea individualismoarekin nahasten ari ala? zer neurritan?

Galdera horiei erantzuteko, kontuan izan behar da egoitzetan sartzen diren pertsona adinduen profila aldatu egin dela azken urteotan. Balibrea-ri jarraituz (2022: 16).

Erakundetutako heldu nagusiaren gaur egungo profila 80 urteko batez besteko emakumeak izan ohi dira, hezkuntza-maila baxukoak eta egoera zibilekoak, batez ere alargunak (%60 inguru) edo ezkongabeak (%29), eta hori bere gogoaldatean gandi daiteke, tristura- edo bakardadesentimendua azalduz.

2. koadroa. Antolamendu-elementuak	
Pertsonarengan oinarritutako arreta bultzatzen dutenak	Pertsonarengan oinarritutako arreta zailtzen dutenak
Edukiera txikiko egoitzak.	Egoitza handiak.
Diseinu modularrak, langileak eta funtzionamendu propioa dituztenak (karteldegi propioa, modulua berezko ordutegiak eta jarduerak, etab.).	Funtzionamendu orokorren arabera arautzen diren espazio modularren diseinuak (moduluen, karteldegi orokorren, jarduera eta zeregin komun ordu egien eta abarren artean txandakatzen diren ekipoak).
Langileek erabiltzaile berekin jarraitzea.	Langileak zentroan edo zerbitzuan maiz txandakatzea edo aldatzea.
Lan-egonkortasuna, kontratu mugagabeak.	Aldi baterako kontratuak, ohiko aldaketak.
Langile balioaniztunak, haien kualifikazioaren barruan.	Lan-funtzio zurrnak.
Erabiltzaileen beharrei lehentasuna ematen dieten karteldegiak.	Enpresaren edo langileen interesetatik diseinatutako lan-karteldegiak.
Partaidetza mistoko espazioak: profesionalak/erabiltzaileak/familiak.	Profesionalak soilik parte hartzeko espazioak.
Erabiltzaileen beharrei eta eskubideei lehentasuna ematen dieten erabakiak hartzea.	Erabakiak hartzea enpresako edo laneko irizpideetan soilik oinarrituta.
Zuzeneko arretaren ratio nahikoak.	Zuzeneko arretako ratio urriak.
Zuzeneko arreta jarraituko profesionalak (1. maila), arreta-plan pertsonalez arduratzen direnak.	Zuzeneko arretako profesionalak (1. maila), espezializazio handiagoko (2. maila) beste profesional batzuek agindutako jarraibideak "betetzera" mugatzen direnak, baina gehiago inplikatu gabe.
2. mailako profesionalak, 1. mailako profesionalak aholkatzen, laguntzen, prestatzen eta gainbegiratzen dituztenak.	2. mailako profesionalak, trebatutako 1. mailako profesionalak egin ditzaketen zuzeneko arretak beren gain hartuz.
Segurtasuna pertsona bakoitzaren autonomiarekin eta ongizatearekin eta egoera bakoitzaren arabera harmonizatu nahi duten adostasunetan oinarritutako banakako jarraibideak.	Pertsonen segurtasunean soilik oinarritutako arau orokorrak.
Bizikidetzako egokirako beharrezkoak diren arauak baino ez daude. Maltgut egiten da eta hautaketa errazten da.	Zailtasun edo egoera bakoitzerako arauak sortzeko joera. Maltgut gtxi eta aukeratzeko aukera gtxi (ordutegiak, jarduerak...).

Iturria: Martínez Rodríguez (2011: 180-181).

4.2. Langileen ratioak

25 pertsonako bizikidetz-unitate bati gutxieneko langile-ratioak aplikatzea interesgarria da. Ratio horiek kalkulatzeko, Bizkaiko pertsona adinduentzako egoitza pribatuen hitzarmenean jasotako lanorduak hartu dira kontuan. Mendekotasun-mailari dagokionez, II. eta III. graduak kalkulatzea erabaki da, bizikidetz-unitatean dauden bakarrak baitira. Horrela, esku-hartzean profil desberdinetako profesionalen proportzioa 3. koadroan jasotzen da.

Arauk gutxieneko arreta-ratioak definitzen dituela ulertzen da, baina hainbat kontu sortzen dira: Bizkaiko zentrozen titulartasuna kontuan hartuta, gutxieneko ratio horiek balia daitezke; ratio horiek kontuan hartzen al dute pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua?, zer lan-baldintza dituzte kontratazio-mota hori duten profesionalak? eta, azkenik, bermatu al daiteke arreta pertsonalizatu egokia, bizikidetz-unitatean bizi den pertsona bakoitzak jasotako arreta-orduen emaitza ikusita?, gehiago edo gutxiago behar al dira?

Langileen nahikotasuna presentzialtasunarekin lotuta dago, nahiz eta kontuan izan asistentziaren kalitatea ez dela soilik profesional kopuruaren araberakoa. Eguneroko bizitzako jardueretan laguntzen duten langileei dagokienez, eguneroko etengabeko arretan oinarritutako kalkulu alternatibo bat egin daiteke, bizikidetz-unitatean bizi diren 25 pertsoneri behar adina laguntza emateko. Gutxienez hiru profesional

ezar daitezke goizeko txandan, beste hiru arratsaldeko txandan eta bi gaueko txandan. Horiek laguntza emango diete 25 pertsoneri. Hala ere, ezarritako ratioaren kalkulura itzuliz, horrek 0,52 suposatuko luke, hitzartutako 0,295aren aldean, ia bikoitza: Kontuan hartzen al da egoitza-plazaren kostua gutxieneko ratioarekiko, eredia aplikatzeko eskatzen denarekiko edo erakunde kudeatzaile bakoitzak izatea aurreikusten duen ratioarekiko? nahikoa al da egoiliarren beharrei behar bezala erantzuteko, laguntza jasotzeko, esku-hartzea profesionalizatzeko, prestatzeko edo pertsona ezagutzeko, erreferentziazko profesionalari dagozkion funtzioak betetzeko? 0,52ko ratioaren arabera, profesional batek 8,3 pertsona artatzen ditu: profesional gutxiagorekin esku-hartze egokia egin al daiteke?

4.3. Alderdi teknikoaren gogoeta

4.3.1. Egungo egoitza-zentroak

126/2019 Dekretuak egoitza berriek bete beharreko baldintza materialak ezartzen baditu ere, ikusi dugunez, dagoeneko martxan daudenak ezarritako irizpide berrietara egokitu behar dira, neurri handiagoan edo txikiagoan. Araudi horrek Bizkaiko adinekoentzako egoitza-zentroetan nola eragin dezakeen ulertzeko, ikus dezagun lurraldean dauden zentrozen aniztasuna, baimendutako plazen tamaina, titulartasuna eta banaketa kontuan hartuta.

3. koadroa. Arreta profesionalaren ratioak			
Esku-hartze mota	Urteko esku-hartze globaleko orduak	Profesionalen kopurua eta kontratazioaren %	Urteko arreta zuzeneko orduak egoiliar bakoitzeko*
Eguneroko bizitzako jardueren laguntza	11.593,5	<ul style="list-style-type: none"> 7,375 profesional 7 profesional lanaldi osoan eta bat lanaldiaren %37,5ekin 	463,74
Gizarte Langintza	235,8	<ul style="list-style-type: none"> 0,15 profesional Profesional 1, %15eko kontratuarekin 	9,43
Erizaintza	1257,6	<ul style="list-style-type: none"> 0,8 profesional Profesional 1 lanaldiaren %80arekin 	50,30
Okupazionala	432,3	<ul style="list-style-type: none"> 0,275 profesional Profesional 1 lanaldiaren %27,50arekin 	17,29
Psikologikoa, pedagogikoa edo psikopedagogikoa	117,9	<ul style="list-style-type: none"> 0,075 profesional Profesional 1 lanaldiaren %7,5arekin 	4,72
Medikua	353,7	<ul style="list-style-type: none"> 0,225 profesional Profesional 1 lanaldiaren %22,5arekin 	14,15
Fisioterapeutikoa	157,2	<ul style="list-style-type: none"> 0,1 profesional Profesional 1 lanaldiaren %10arekin 	6,29

* Hainbat profesionalen aldetik.
Iturria: lanketa propioa.

1. taula. Bizkaiko egoitza-zentrozen zerrenda

Titulartasuna	Kudeaketa-ezaugarriak	Egoitza-kopurua
Merkataritzakoak	Irabazi-asmoa duten zentro pribatuak: <ul style="list-style-type: none"> • 79 sozietate mugatu. • 15 sozietate anonimo. • 7 kooperatiba. • Elkarte 1. 	102
Fundazioak	Irabazi-asmorik gabeko zentro pribatuak	13
Erljio-kongregazioak	Askotariko egoitza pribatuak	3
Azpiegiturak*	Kudeaketa pribatuko egoitza publikoak	15
Udaletakoak	Eudelek kudeatutako egoitzak	15
Gizarte Urgazpenerako Foru Erakundeak	Egoitza publikoak	3
Gutzizkoa		151

* Bizkaiko Foru Aldundiaren enpresa publikoa, Bizkaian enpresa-, gizarte- eta kirol-azpiegiturak proiektatu, eraiki, kontserbatu eta kudeatzen dituen.

Iturria: Lanketa propioa, Bizkaiko Foru Aldundiaren baimendutako egoitza-zerrendan oinarrituta (2021).

Bizkaiko Foru Aldundiaren 2022ko urriko zerrendaren arabera, gaur egun Bizkaian martxan dauden 151 zentroak 1. taulan adierazten den moduan banatzen dira.

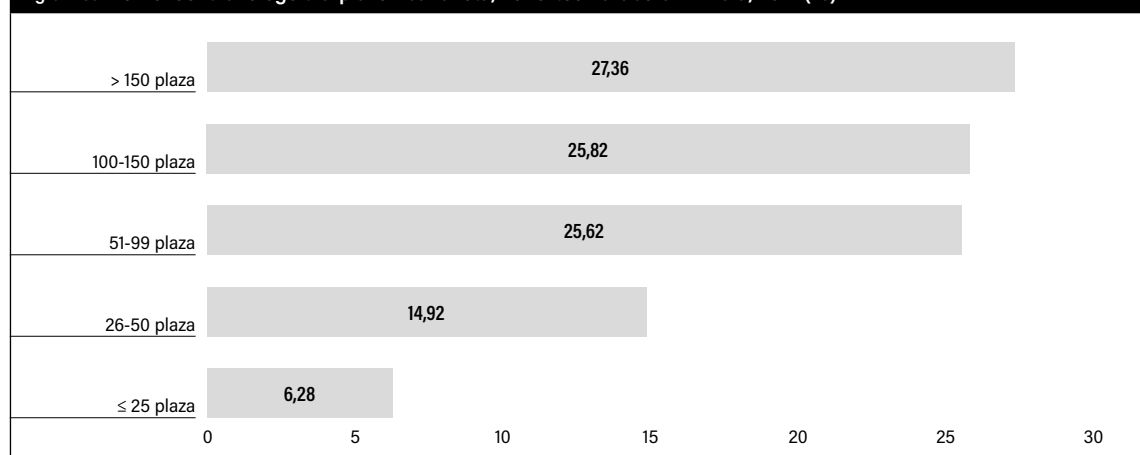
Bizkaiko egoitza-zentro gehienak enpresa pribatuek kudeatzen dituzte, Eudelek kudeatutako udal-zentroak eta Gizarte Urgazpenerako Foru Erakundeak zuzenean kudeatutako egoitza publikoak izan ezik. Baina nola banatzen dira plaza guztiak? Pertsona adinduak bizi diren egoitza-zentroei buruzko ideia bat egiteko, zerrenda horren datan baimendutako 10.657 plazak, erdia baino gehiago 100 plaza edo gehiago dituzten zentroetan daude.

Azterketan sakontzeko, bost kohorte egin dira, plaza-kopuruaren arabera. Horrela, egoitza txikitat har daitezke 50 plaza edo gutxiago dituztenak (horrek bizikidetzaren unitate bat edo bi ekarriko lituzke); egoitza ertainak, 99 plaza dituztenak; eta, azkenik, handienak, Portugaleteko Aspaldiko egoitza 100 plaza izatetik 307 plaza izatera iristen direnak. 1. grafikoa ikus daitekeenez, plazak aipatu ditugun taldeen arabera irudikatu dira, eta plazak %78 baino gehiago zentro ertain eta handietan daude, eta azken horietan kontzentratzen dira Bizkaian bizi diren pertsonen %53,8.

Hortaz, nola egokitu daitezke egoitzak araudi berrira? Ikus ditzagun, gutxienez, egokitzapen hori beharrezkoa den bi gai. Lehenengoa zaintza-eredua aldatzea da, eta ez da nahitaez baldintza tekniko edo estrukturalen mende egongo. Adibidez, zaintza pertsonalizatuko eredu egoki bat (ereduari berari dagokionez aurreratua) eman liteke edozein tamainatako egoitzetan, nahiz eta araudiak eskatutako zehaztapen teknikoak ez bete. Edo gerta liteke baldintza material horiek betetzen dituzten baina pertsonarengan zentratutako zainketa-eredua eraginkortasunez integratzen ez duten egoitzak izatea, gainerako dimentsioak behar bezala ez artatzeagatik edo garatzeagatik.

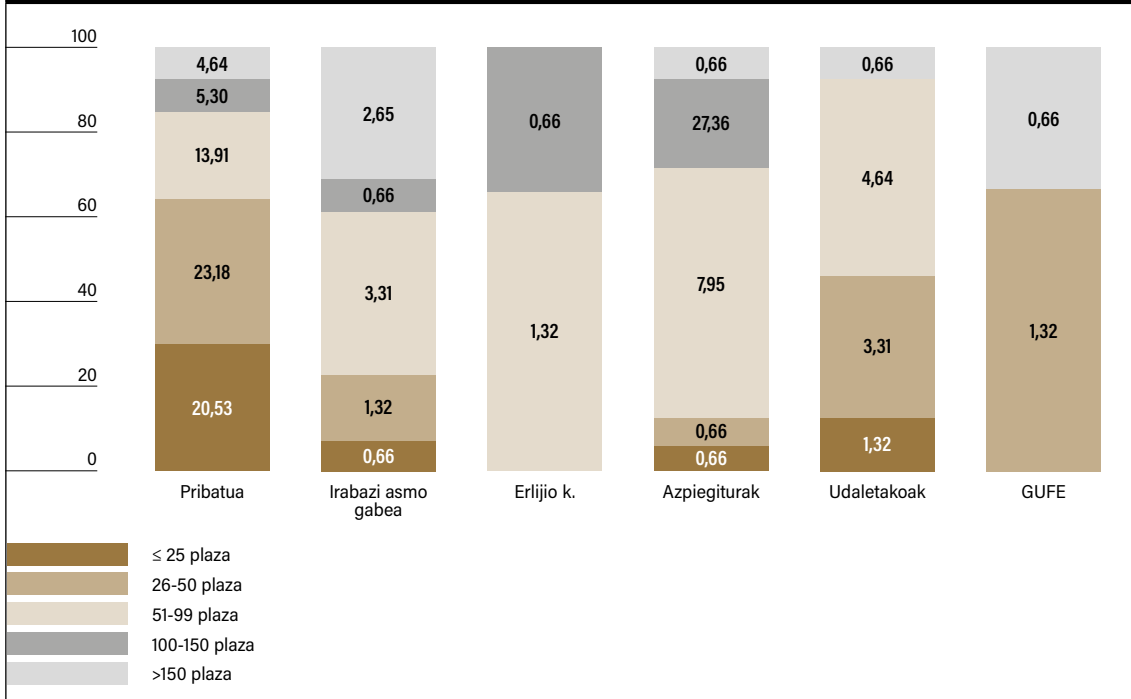
Bigarren gaiak plazak ituntzeari egiten dio erreferentzia: egoitza bakoitzak modu egokiagoan edo ez hain egokian egin badezake aurrera eremuan, baina baldintza teknikoak ez badira betetzen, plaza horiek ezin izango dira bizikidetzaren unitateen modalitatean itundu, 126/2019 Dekretuan eta 119/2021 Foru Dekretuan arautzen diren moduan; azken batean, hori da Bizkaiko Foru Aldundiak sustatu nahi duena.

1. grafikoa. Adinekoentzako egoitza-plazen banaketa, kohorteen arabera. Bizkaia, 2021 (%)



Iturria: lanketa propioa, Bizkaiko Foru Aldundiaren baimendutako egoitza-zerrendan oinarrituta (2021).

2. grafikoa. Egoitza-zentroen banaketa, titulartasunaren, tamainaren eta plaza-kopuruaren arabera. Bizkaia, 2021 (%)



GUFÉ: Gizarte Urgazpenerako Foru Erakundea.

Iturria: lanketa propioa, Bizkaiko Foru Aldundiaren baimendutako egoitza-zerrendan oinarrituta (2021).

Azken batean, nori eragiten dio horrek guztiak? Are modu malkartsuagoan, arau-izaera hori lortzen ez duten egoitza pribatuetan bizi diren pertsoneri (dela bizikidetzaren unitate bakar gisa, dela egoitza berean integratutako bat baino gehiago); izan ere, pertsona horiek bizikidetzaren modalitate hori duten beste egoitza batzuetara lekualdatu ahal izango dira, eta, beraz, inguruan zaintzaren jarraitutasuna urratzen da berriro (lehenengo haustura egoitza-zentro batean sartzeko ohiko bizilekua uztea izango da).

Azkenik, ikus dezagun egoitza-zentroak nola banatzen diren Bizkaiko plazen titulartasunaren, tamainaren eta banaketaren arabera (2. grafikoa).

Egoitza-zentro ugari daude funtzionamenduan:

- Alde batetik, zentro pribatu gehienek (%43,7) tamaina txikia dute, kohorteak markatzen dituen 15 plazetatik 50etara; hau da, 102 zentroetatik 66 txikiak dira. 100 plaza (15) baino gehiagoko egoitzak ia aurkitzen ez ditugun bitartean, tamaina ertaineko egoitzak (21) edukiera txikiagoko egoitzen ia antzekoak dira.
- Bestalde, fundazio eta kongregazio erlijiosoen egoitzak ertainen artean daude gehienbat (51-99 plaza), eta handien artean (>151) fundazioen kasuan, eta 307 plazako egoitzetara iristen dira. Azpiegiturarako egoitzen kasuan, gehienek 100 eta 150 plaza artean dituzte. Udal-egoitzek, fundazioen menpekoek bezala, egoitza ertainak (% 4,6) edo txikiak dituzte—26 eta 50 plaza bitartekoak—, nahiz

eta 120 plazako bat dagoen Santurtzin. Eudelek kudeatzen ditu udal-egoitzak. Azkenik, kudeaketa publikoko egoitzei dagokionez, ikusten da hiru egoitza-zentroetatik bik tamaina ertaina dutela (51 eta 99 plaza), eta Leioakoak, berriz, 212 plaza.

Titulartasunari dagokionez, kudeaketa-ereduarekin eta tamainarekin, egiturarekin eta pertsonarengan oinarritutako arreta-eredura materialki egokitzeko aukerarekin zerikusia duen egoitzen aniztasuna kontuan hartuta: nola aplika dakieke eredu hori egoitza horiei? prest al daude egoitza pribatuak egiturazko aldaketa egiteko? egin al dezakete? Egoitza txikieneko (egoitza guztien ia % 51 dira eta enpresa pribatuek kudeatzen dituzte gehienbat) jasan al dezakete araudian planteatutako egiturazko aldaketa?, hobetuko al luke egoitza horien arreta?, zenbat aurreratu dute eredu? Egoitza horietan erantzun positibo bat handiagoa bada egoitza handienetan baino, egitura neurritzko justifikazioa al da bizikidetzaren unitateetan itundutako egoitza-plazak lortzeko aukerarik ez izateko? Gure ustez, plaza horiekin bat ez egiteak esan nahi du egoitzetan sartzen diren pertsonen ezin dutela zaintzaren jarraipena bermatu.

Eta, beraz, etikoa al da arrazoi horregatik beste egoitza batzuetara lekualdatzea? Pertsona adinduen egoitza-zentro batean nahigabe sartzeko agindu judiziala behar bada, Administrazioak lekuz alda al ditzake egoitzatik bere baimenik gabe? Erantzuna baiezkoa da. Baina etikoa al da? Kasu honetan, erantzuna ezezkoa da.

4.3.2. Profesionalen profila

Ereduaren balioak eta EAEko araudiaren helburuak kontuan hartuta, espero izatekoa da gizarte-izaerako lanbideek presentzia handiagoa izatea erakundeek bultzatutako erduan. Hori ez da horrela arreta-mailei, ratioei, prestakuntzari eta gaitasunei dagokienez. Arreta-mailei dagokienez, profesionalak bi mailatan garatzen dute haien esku-hartzea (Martínez Rodríguez, 2011: 181). Lehenengo mailako profesionalak (zaintzaile profesionalak edo gerokultoreak) garrantzi handiagoa dute arretan (eguneko 24 orduak betetzen dituzte, etengabeko arretan), eta instituzionalizatutako adinekoei bizi-garapenari laguntzeko balio dute, betiere bigarren mailako profesionalen laguntzarekin, gainbegiratzearrekin eta prestakuntzarekin. Bigarren mailako profesionalak (teknikariak), berriz, lehenengo mailako profesionalak laguntzen dute, egiten dituzten zuzeneko esku-hartzeak alde batera utzita. Garrantzitsua da azpimarratzea literaturan ez dela onartu arreta-intentsitatea berez bereizi behar denik esku hartzeko eremuen artean, ulertzen baita arreta horren garrantzia zuzenean lotuta dagoela pertsona egoiliarrek eskatzen dituzten beharrek edo laguntzekin.

Ratioei dagokienez, arauaren indarguneetako bat arreta-ratioak direla adierazi behar da, esku-hartzeen intentsitatearekin zuzenean lotuta daudenak. Horiek Euskadiko adinekoentzako egoitza-zentroei buruzko uztailaren 30eko 126/2019 Dekretuan ezartzen dira (2. taula).

2. taula. Langileen/egoiliarren gutxieneko ratioa, esku-hartze motaren arabera

	0 eta I graduak	II eta III graduak
Eguneroko bizitzako jardueren laguntza	0,180	0,295
Gizarte Langintza	0,006	0,006
Erizaintza	0,027	0,032
Okupazionala	0,011	0,011
Psikologikoa, pedagogikoa edo psikopedagogikoa	0,003	0,003
Medikua	0,006	0,009
Fisioterapeutikoa	0,002	0,004
Guztizkoa	0,235	0,360

Iturria: 126/2019 Dekretua: 32. or.

Kasu honetan, elkarrekin lotuta dauden bi gai nabarmendu nahi ditugu. Lehenengo ratio horiek ezartzeko irizpidea da, kontuan hartuta mendetasunaren balorazioak ez duela bereizten bere irizpenean maila jakin batek eremu funtzionalak, kognitiboak edo bestelakoak galtzarekin zerikusia duenik. Mendekotasun-mailaren araberrako arreta-ratioak ezartzean, eten egin daiteke zainketen

jarraitutasuna, eta, horrez gain, zaildu egin daiteke konfidentzialtasun-zirkuluetan ezartzen diren pertsonen arteko harremanetan oinarritutako hurbiltasun-arreta.

Bestalde, harrigarria da arreta-ratioak handitu egiten direla mendekotasun-mailarekin alderatuta arreta-modalitate gehienetan, baina ez gizarte-arreta hutsean —gizarte-lana—, okupazionalan, psikologikoan, pedagogikoan edo psikopedagogikoan. Kontuan hartuta pertsonarengan oinarritutako arreta-ereduak gizartean duen garrantzia, euskal araudiaren helburuak eta Gizarte Zerbitzuen Legean bertan gizarte-lanari buruz egiten den erreferentzialtasuna, nola da posible gizarte-jarduerak hain neurritz kanpo baloratzea?, gutxiegi ordezkaturik daude?, uler genezake egungo ratioen ezarpena defizitetik abiatuta egiten dela, eta ez gaitasunak indartuta?, konfiantzako harremanak ezar al daitezke bizikidetzaren batean bizi den pertsona bakoitzaren mendekotasun-maila bezain maiz aldatzen den langileekin?

Prestakuntzari eta gaitasunei dagokienez, lehenengo mailako profesionalen prestakuntza da oraindik behar bezala definitu ez den alderdietako bat. Zaintzaile profesionalak eskatzen zaien prestakuntza aldatu egiten da intentsitateari dagokionez, sarbidearen arabera. Kontratazioan, gutxienez, profil horren egokitzapena baliozkotzen duten hiru prestakuntza-mota aurkitzen ditugu:

1. Erizaintzako zainketa osagarrien tituluari dagokion erdi-mailako prestakuntza-zikloa (1.400 ordu), osasun-profilekoa.
2. Mendekotasun Egoeran dauden Pertsonen Arreta Emateko tituluari dagokion erdi-mailako prestakuntza-zikloa (2.000 ordu), mendekotasuna duten pertsonen arreta emateko egoitzetan jardun profesionalerako baliagarria, baina ez beste eremu batzuetan, hala nola kliniketan edo ospitaleetan, lortutako profil sanitario txikiagatik.
3. Profesionaltasun-ziurtagiria (360 ordu): jatorrian, bide hori artikulatzen duen araudiak sektorean esperientzia duten profesionalak titulazioa eman nahi zuten arren, egia esan, hasieran ezarritako baldintzek (pisurik handienekoak, antzinatasun frogagarriak) ez dute mugatzen ziurtagiri hori eskuratzea. Gainera, laneratzeko tresna gisa erabiltzen da, eskakizun txikia duelako. Laneratzeko egokirako mekanismoak beharrezkoak direla ulertzen bada ere, pertsona horiek jasotzen duten prestakuntza eskasak zalantzarik gabe eragiten du asistentziaren kalitatean.

Nahikoa al da profesionaltasun-ziurtagiriaren prestakuntza? Lanbide sanitarioei ematen zaien garrantzia kontuan hartuta, mendekotasun-egoeran dauden pertsonen arreta emateko teknikariaren prestakuntza sanitarioa nahikoa al da? Eta, aitzitik, nahikoa al da erizaintzako zaintza osagarrietako teknikariaren dimentsio sozial, erlazional eta psikoafektiboko prestakuntza?

4.3.3. Koordinazio soziosanitarioa

Koordinazio horrek erakundeek sustatu nahi duten prestakuntzarekin, eskumenekin eta arretaren proportzionaltasunarekin lotura zuzena du. Zentroetako laguntzaileak zainketen jarraitutasunean, egoiliarren bizi-proiektua garatzeko beharrezko laguntza gisa funtsezkoak dira; beraz, profesional horiek zaintzen duten pertsonaren historia soziosanitarioa egiten modu aktiboan parte hartu behar dute. Horretarako, gainerako profesionalekin iritziak trukatzeko prestakuntza egokia izan beharko lukete, direla zentrotako, ospitalekoak, lehen-mailako arretakoak edo zainketetan inplikaturako beste edozein laguntza-modalitatetakoak.

Profesional horiek, eguneroko bizitzako oinarritzko jarduerai laguntzen dietenak (gerokultoreak, beren prestakuntza-maila alde batera utzita), ez dute historia soziosanitariorako sarbiderik Osakidetzak egoitza-zentroetan ezarritako INTEGRA tresnaren bitartez, tresna horrek instituzionalizatutako adinekoen zainketa-plana jasotzen duen arren. Gizarte-langileen kasuan, gauza bera gertatzen da: ezinezkoa da historia soziosanitarioan oinarritutako datuen koordinazioa eta trukea. Egindako esku-hartzeak, diagnostikoak, ebaluazioak edo jarraipenak, zentroetako datu-baseetan jasotzen dira. Zenbat istorio ditu instituzionalizatu dagoen pertsona adinduak?

Argudiatu daiteke ez direla lanbide sanitarioak, Lanbide Sanitarioen Antolamenduari buruzko azaroaren 21eko 44/2003 Legean xedatzen den bezala (erizaintzako zaintza osagarrietako teknikak halakotzat hartzen badira ere, bereizketa bat dago ospitale batetik edo egoitza batetik datuetarako sarbidea izatearen artean, bertatik ezin baitute inolako informaziorik eskuratu). Lege horrek berak salbuespen bat 2.3 artikuluan aurreikusten du, oraindik aplikatu ez bada ere:

Jardueraren ezaugarriengatik, zerbitzu sanitarioen eraginkortasuna hobetzeko edo prebentzio- edo laguntza-egitura aurrerapen zientifiko eta teknologikora egokitzeko beharrezkoa denean, formalki deklaratu ahal izango da aurreko paragrafoan aurrekusi gabeko jarduera jakin bat lanbide sanitarioa dela, tituluduna eta arautua, lege-mailako arau baten bitartez.

Hemen hainbat gogoeta egin behar dira. Lehenik eta behin, historia hori, egiazki, soziosanitarioa da, eta ez soilik sanitarioa, martxoaren 13ko 38/2012 Dekretuak, historia klinikoari eta osasun-arloko paziente eta profesionalek dokumentazio klinikoaren arloan dituzten eskubide eta betebeharreri buruzkoak, adierazten duen bezala. Dekretu horren 6. artikulua "osasun-laguntzarako egokiak diren datu sozialak" aipatzen ditu, nahiz eta datu horien beharra esku-hartze sanitarioarako soilik aurreikusten den. Era berean, garrantzitsua da zainketetan inplikaturako profesionalek (lehenengo eta bigarren mailak) beste arlo batzuetan jarduten duten profesionalekin

komunikatu ahal izatea (adibide argi bat zentroan esku-hartze psikologiko bat izan liteke, neurologia edo psikiatriarekin koordinatzea eskatzen duena, eta INTEGRA tresnak profil desberdinetako profesionalen arteko balorazioak trukatzeko aukera ematen du —kontsultartekoak—). Eta, azkenik, datu sanitarioen eta soziosanitarioen arteko bereizketa hori egoiliarrek berak egin beharko lukeela, haren historiaz eta datuez hitz egiten dugulako, eta, agian, zentzu handiagoa izango luke, bere autonomiarekiko errespetutik, hark erabaki ahal izatea nor osatzen duen konfidentzialtasun-zirkulua, eta, beraz, datu sentikorrek egunero laguntzen diotenekin partekatzeo aukera definitzea.

Konfiantza-zirkuluei dagokienez, Bizkaiko Esku-hartze Sozialeko Etika Batzordeak (2017: 17) gizarte-zerbitzuetako informazio- eta baimen-prozesuari buruz egindako gomendioen gidak, informazioari, asistentzia-koordinazioari eta konfidentzialtasunari buruzko atalean, honako hau gomendatzen du:

Erabiltzaileari ezartzea eta jakinaraztea zein den "konfidentzialtasun-zirkulua" informazioa dabilen gune gisa, pertsonarekin hartutako konpromisoa hautsi gabe, eta, beraz, ez da baimenik beharko zirkulu horretako pertsonen artean informazioa partekatzeo.

Erabiltzaileari ezartzea eta jakinaraztea zein den "konfidentzialtasun-zirkulua" informazioa dabilen gune gisa, pertsonarekin hartutako konpromisoa hautsi gabe, eta, beraz, ez da baimenik beharko zirkulu horretako pertsonen artean informazioa partekatzeo. Gidak defendatzen du pertsona bera dela protagonista, eta, beraz, hari dagokio identifikatzea zein pertsonak osatzen duten zirkulu hori, profesionalak, senideak, lagunak edo berak erabakitzen duena. Hala ere, zentroetan zaintza ematen duten profesionalek egoera hori izan dezaten, irabazi egin behar dute. Eta konfiantza harremanen bidez ezartzen da, eta horretarako, egoiliarrekin eta haien senide eta lagunekin harremanak izateko aukera izan eta jakin behar da.

5. Ondorioak

Artikulu honetan ikusi dugunez, euskal araudiaren alderdi batzuk ez datoz bat pertsonarengan oinarritutako arreta-ereduarekin, nahiz eta eredu hori Euskadiko pertsona adinduentzako egoitza-zentroetan garatu nahi izan. Jarraian, funtsezko ideia batzuk nabarmentzen dira, baita eruditik bertatik egindako ekarpen gehigarri batzuk ere.

5.1. Funtzionamenduan dauden egoitzen aniztasuna

Bizikidetzaren unitateak artikulatzen dituen foru-dekretuak dagoeneko martxan dauden zentroetara atxikitzea mugatzen badu ere, Martínez Rodriguezek (2022: 19) ohartarazi du ereduaren egoitzetan ezartzeak:

Zaintzak jasotzen dituzten pertsonen begirada aldatzearekin, mantentzen den harreman motarekin eta bilatzen eta bultzatzen den eguneroko bizitza motarekin du zerikusia. Gainera, zerbitzuaren eta antolaketaren kontzeptuarekin berarekin du zerikusia, non pertsonak, pluralean, erdigunea diren. Horretarako, erakundeak apustu argia egin behar du, eta egoitza osoa pertsonengan oinarritutako zaintza-kulturaz busti behar da.

Espazio fisikoa eraldaketa-prozesu horien bideratzaile argia da, baina ez da aldaketaren funtsa, ezta esku hartu behar den faktore bakarra ere. Era berean, egoitzen titulartasunak zaildu egin dezake eredia Bizkaiko egoitzetan integratzea, kontuan hartuta egoitza gehienak erakunde pribatuaren bitartez kudeatzen direla eta kudeaketa-eredua egoitzak berak bezain anitzak direla.

Bizikidetzaren unitatearen koordinazioaz arduratzen den lanbide-profilarri dagokionez, ez arauan ez ereduari buruzko literaturan ez da definituta aurkitu. Komenigarritzat jotzen diren arreta-ratioekin eta esku-hartze mailarekin zerikusia izan dezake. Hala ere, gizarte-lana lanbiderik prestatuena izan daiteke zeregin horretarako. Ondorengo moduan airtortzen du Yusta-k (2017: 27):

Pertsonarengan Oinarritutako Arretaren teknika sakonki aztertzen badugu, ikusiko dugu hitzaurrean bertan Pertsonarengan Oinarritutako Arreta metodoak oso balio sozial garrantzitsua duela, eta horrek, zentzu guztietan, bateragarri egiten duela Gizarte Lanaren berezko balioekin.

Beraz, zentzurik izango luke beste profil profesional batek egitea? Gizarte-laneko profesionalak ez badute lekurik zentroetan eredia aldatzeko, zer beste lanbide-profilek bermatuko luke egoiliarren eskubideak betetzea, eta pertsonaren eta haren ingurunearen ikuspegi integrala eta integratzailea izango luke?

5.2. Rol profesional berriak

Ereduak lehenengo mailako langileen balio-aniztasunaren garrantzia nabarmentzen badu ere, prestakuntzak, txandakatzeak eta ezarritako ratioek rol profesional berriak sartzeko zaildu dezakete. Martínez Rodríguez jarraikiz (2022: 19):

Zuzeneko arreta jarraituaren ratioak ez luke 6/7 erabiltzaileko laguntzaile 1 (edo antzeko kategoria) baino txikiagoa izan behar, pentsatuz unitate mota horretan funtsean II. eta III. mendekotasun-graduak dituzten pertsonak bizi direla.

Artikulu honetan, 25 egoiliar dituen bizikidetzaren unitate bateko esku-hartze maila aztertu da, eta ratio desiragarria edo minimoa ez litzateke ezarriko egungo araudiaren arabera. Lehenengo mailako profesionalen 0,52ko emaitzarekin (1 profesional 8,33 egoiliar bakoitzeko), eta horrek ia bikoiztu egiten du minimoen irizpide arauemailea, hemen haratago joatearen alde

gaude, 6/7 egoiliar bakoitzeko profesional 1 gutxienez izan beharko litzatekeela baieztatuz.

5.3. Koordinazio soziosanitarioa

Aipatu den bezala, profesionalen eta sistemen arteko koordinazioa oso mugatua da egoitzetan, baita gizarte-profesional gehienentzat iristezina ere, nahiz eta Eusko Jaurlaritzaren 2013-2016ko ildo estrategiko soziosanitarioen ebaluazio-txostenean (2017: 22) zehazten den historiara sartzeko aplikazioaren ezarpenak honetarako balio duela:

Tresna bat identifikatzea eta baliozkotzea, gizarte- eta osasun-esparruen artean hizkera komuna ezartzea ahalbidetuko lukeena eta profesionali behar soziosanitarioak dituzten pertsonen balorazio bateratua egitea erraztuko liekeena.

Hala ere, Euskadiko Arreta Soziosanitarioko Estrategian (2021-2024) ez da aplikazioan hobekuntzarik aurreikusten, eta mendekotasuna duten pertsonen dagokien ezarpen garatu beharreko ekintza bakarra "mendekotasun-egoeran dauden pertsonen etxetik arreta erraztea da, prebentzio-, arreta- eta zaintza-eredu iraunkor berrietan oinarrituta" (Eusko Jaurlaritza, 2021: 70).

Horri dagokionez, *Koordinazio soziosanitarioaren liburu zuriak* (Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa, 2011: 232) atzematen du, mendetasunaren arretari dagokionez, 39/2006 Legeak aukera ematen diola gizarte-sistemari "bere esku-hartzea bere profesionalak eta bere esku-hartzearen xede diren kolektibo eta taldeek historikoki eskatu duten mailatik eskuratu eta profitatzeko". Hala ere, osasun-arloaren garrantzia gehiegizkoa da ratioei, historia soziosanitarioan sartzeko eta parte hartzeko aukerari edo zainketa-plana egiteari dagokienez, besteak beste.

Eta, azkenik, gogoeta labur bat. Zaintza-ereduak egoitzak eta etxea parekatu nahi baditu, bizikidetzaren unitate txikiak sustatzen baditu edo sistema soziosanitarioen koordinazioa sustatzen badu, adibidez, nola da posible arauditik (eta eredutik bertatik) kanpo utzi izana etxebizitza komunitarioak, berez 12 plaza edo hortik beherako edukiera dutenak? Eta egoitza txikiak (lehen kohortekoak, 25 plaza edo gutxiago dituztenak) nolakoak dira aruari atxikitzen bazaizkio? Dekretu berriko banakako logelen kalkuluarri jarraituz, eta aurreko kalkulura zehatz-mehatz egokitzen zirela oinarri hartuta, egoitza horiek lau plaza gutxiago izango zituztela ikusten dugu, dagoen gela-kopurua horixe baita. Horrek esan nahi du 16 plaza arteko zentroek 12 plaza mantenduko litzaketela. Zalantzan jartze ekonomikoaz gain, etxebizitza komunitario gisa sailkatuko lirateke, eta horrek ondorioak ditu ratioetan (ez hain zorrotzak), zentroan inplikaturako profesionaletan edo soldadutauletan. Kasu horietan arreta hobetuko litzateke? Gogora dezagun etxebizitza komunitarioei ez zaiela aplikatzen pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua sustatu nahi duen araudia; gainera, egoitza

horiek ez dute plazarik hitzartzen Bizkaiko Foru Aldundiarekin, udalekin baizik, zainketa-intentsitate txikiko dispositiboak direlako, hau da, 0 eta I. mailetara bideratuta daudelako. Eta orduan, zer egingo dugu?

Arau-mailan hobekuntza-arloak identifikatzea premiazkoa da, egoiliarrentzat, senideentzat eta lagunentzat nahiz neurri handiagoan edo

txikiagoan laguntza ematen parte hartzen duten profesionalentzat beharrezkoa eta baliotsua den zaintza-eredu bat behar bezala integratzeko ezintasuna saihesteko, pertsonak beren arreta-eta bizitza-eredu propioa gara dezaten, Bizkaiko adinekoentzako egoitza-zentroetan dituzten eskubideak errespetatuz.

Aipatutako bibliografia

- BALIBREA, L. (2022): "El perfil biológico del adulto mayor", *Revista ROL de Enfermería*, 44. bol., 10. zb., 553.-561. or.
- BIZKAIA (2021): "Bizkaiko Foru Aldundiaren 119/2021 Foru Dekretua, abuztuaren 24koa, bizikidetzako unitateen antolaketa arautzen duena mendekotasuna duten adinekoentzako egoitzen foru zerbitzua ematean", *Bizkaiko Aldizkari Ofiziala*, 167. zb., 21-8-31, <https://www.bizkaia.eus/lehendakaritza/Bao_bob/2021/08/31/l-700_eus.pdf>.
- BIZKAIKO GIZARTEAN ESKU-HARTZEKO ETIKA BATZORDEA (2017): *Gizarte zerbitzuetan informazio eta baimena emateko prozesua. Gomendio etikoen gida*, l. g., Bizkaiko Foru Aldundia, <<https://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPT03/Temas/Pdf/PDF%20Guia%20Recomendacion%20Etica%20EUS.pdf>>.
- ESPAINIA (2003): "Ley 442/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias", *Boletín Oficial del Estado*, 280. zb., 3-11-22, 41442.-41458. or., <<https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44>>.
- EUSKADI (2008): "12/2008 Legea, abenduaren 5ekoa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa", *Euskal Herriko Aldizkari Ofiziala*, 246. zb., 8-12-24, 31840.-31924. or., <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/l/2008/12/05/12/dof/eus/>>.
- (2012): "38/2012 Dekretua, martxoaren 13koa, historia klinikoari eta osasun-arloko paziente eta profesionalen dokumentazio klinikoaren arloan dituzten eskubide eta obligazioei buruzkoa", *Euskal Herriko Aldizkari Ofiziala*, 65. zb., 12-3-29, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2012/03/13/38/dof/eus/>>.
- (2019): "126/2019 Dekretua, uztailaren 30ekoa, Euskal Autonomia Erkidegoko adinekoentzako egoitzazentzari buruzkoa", *Euskal Herriko Aldizkari Ofiziala*, 170. zb., 19-9-9, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2019/07/30/126/dof/eus/>>.
- EUSKO JAURLARITZA (2017): *Euskadiko arreta soziosanitarioaren ildo estrategikoak 2013-2016*, Gasteiz, Eusko Jaurlaritza, <https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c1/eu_def/adjuntos/c1_eu.pdf>.
- GIZARTE EKINTZA SAILA (2021): *Jarduteko baimena eta behar diren udal lizentziak dituzten egoitzak*, l. g., Bizkaiko Foru Aldundia, <https://www.bizkaia.eus/Gizartekintza/Registro_Foral/pdfSortze.asp?tipo=egoitzak&idioma=EU>.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2011): *Pertsonarengan oinarritutako arreta gerontologikoa Makaltasun-edo mendekotasun-egoeran dauden adinekoei arreta emateko zentro eta zerbitzuetan esku-hartze profesionala gauzatzeko gida*, Gasteiz, Eusko Jaurlaritza, <https://www.euskadi.eus/web01-a2aznscp/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=050216&N_EDIC=0001&C_IDIOM=eu&FORMATO=.pdf>.
- (2013a): *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros. Manual*, <<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/AvanzarAGCPManual2.pdf>>.
- (2013b): *La atención centrada en la persona: sus fundamentos*, <<http://www.acpgerontologia.com/acp/susfundamentosdocs/susfundamentos.htm>>.
- (2022): *Las unidades de convivencia modelo hogareño, una alternativa a las residencias de personas mayores institucionales*, Informes ACPGerontología saila, 8. zb., l. g., ACPGerontología, <<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/docACPGERONTOLOGIA8.pdf>>.
- OSASUN, GIZARTE POLITIKA ETA BERDINTASUNA MINISTERIOA (2011): *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, l. g., Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasuna Ministerioa, <https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf>.
- YUSTA, R. (2017): "El Trabajo Social y el método de atención centrada en la persona en el ámbito de la Gerontología", *Trabajo Social Hoy*, 81. zb., 19.-28. or., <http://www.trabajosocialhoy.com/documentos_ver.asp?id=238>.

Estatus sozioekonomikoa, bakardadea eta depresioa heldu nagusien artean: zeharkako azterketa Espainian*

Esteban Sánchez-Moreno

Soziologia Departamentua: Metodoak eta Teoria, Madrilgo Unibertsitate Konplutentsea

Lorena Gallardo-Peralta

Gizarte Laneko eta Gizarte Zerbitzuetako Departamentua, Gizarte Laneko Fakultatea, Madrilgo Unibertsitate Konplutentsea
logallar@ucm.es

Ana Barrón López de Roda

Gizarte Psikologia, Antolaketa eta Diferentzial Departamentua, Madrilgo Unibertsitate Konplutentsea

Joaquín M. Rivera Álvarez

Gizarte Laneko Fakultatea, Madrilgo Unibertsitate Konplutentsea

Azterketa honetan estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko erlazioa aztertzen da, baita lotura horrek bakardadean eraginik duen ere. Zeharkako diseinu bat erabili da, eta Espainian beren etxeetan edo egoitzetan bizi ziren 887 adineko parte hartu dute. Depresioa izateko arriskua nabarmen handiagoa zen lehen-hezkuntza amaitu ez zuten artean, nabarmen txikiagoa unibertsitate-ikasketak zituzten artean eta nabarmen handiagoa hilaren amaierara iritsi ezin zirenen artean. Bakardadea zuten artean, % 57,5ek zuen depresio-arriskua, eta % 19k, berriz, bakardadearen berri ematen ez zuten artean. Hala ere, bakardade-neurriaren puntuazioak gehitu zirenean, hezkuntzari eta zailtasun ekonomikoei buruzko koefizienteak ez ziren esanguratsuak izan, edo nabarmen murrizten ziren. Emaitzek erakusten dutenez, bakardadeak azal dezake zer zeregin duten desberdintasun sozioekonomikoei heldu nagusien depresioan.

Gako-hitzak:

Bakardadea, osasun mentala, osasunaren baldintzatzaile sozialak, hezkuntza, zailtasun ekonomikoak, bizikidetzaren erregimena.

Este estudio examina la relación entre el estatus socioeconómico y la depresión y si esa asociación se ve afectada por la soledad. Se utilizó un diseño transversal en el que participaron 887 mayores residentes en sus hogares o en residencias en España. El riesgo de sufrir depresión era significativamente mayor entre quienes no habían completado la educación primaria, significativamente menor entre quienes tenían estudios universitarios y significativamente mayor entre quienes no podían llegar a fin de mes. Entre quienes experimentaban soledad, el 57,5% corría riesgo de depresión, en comparación con el 19% de quienes no informaban de soledad. Sin embargo, cuando se incorporaron las puntuaciones de la medida de soledad, los coeficientes relativos a la educación y las dificultades económicas dejaron de ser significativos o se redujeron significativamente. Los resultados muestran que la soledad puede contribuir a explicar el papel que desempeñan las desigualdades socioeconómicas en la depresión entre las personas adultas mayores.

Palabras clave:

Soledad, salud mental, determinantes sociales de la salud, educación, dificultades económicas, régimen convivencial.

* Testu hau Aitortu 4.0 Nazioarteko Creative Commons lizentziarekin editatutako itzulpena da, artikulu honena, hain zuzen:

Sánchez-Moreno, E.; Gallardo-Peralta, L.; Barrón López de Roda, A. eta Rivera Álvarez, J. M. (2024): "Socioeconomic status, loneliness, and depression among older adults: a cross-sectional study in Spain", *BMC Geriatrics*, 24. bol., 361 zb., <<https://doi.org/10.1186/s12877-024-04978-3>>.

Jatorrizko edukiari doikuntza gutxi batzuk egin zaizkio, aldizkari honen formatura egokitzeko.
© 2024 Egileak.

1. Sarrera

Depresioa funtsezko arazoa da zahartzean. Europan, depresioa ohikoagoa da 64 urtetik gorakoen artean beste adin talde batzuetan baino (Arias-De la Torre *et al.*, 2021). Depresioak adinekoren bizi-kalitatea murrizten du (Wels, 2020) eta osasuna eta funtzionaltasuna eskasteko arriskua handitzen du (Curran *et al.*, 2020; Rodda, Walker eta Carter, 2011). Literaturak berretsi egin du heldu nagusien artean estatus sozioekonomikoak osasun mentalerako duen garrantzia. Zehazki, proba enpirikoek adierazten dutenez, gradiente sozioekonomiko bat dago depresioaren kasuan (Lorant *et al.*, 2003). Osasunari buruzko bibliografian, estatus sozioekonomikoaren bi adierazle nagusi daude: hezkuntza eta diru-sarrerak (Schnittker, 2004). Hainbat ikerketak frogatu dute hezkuntza depresioaren prebalentzia txikiagoarekin lotuta dagoela (Mohebbi *et al.*, 2019) eta babes-faktore garrantzitsua izan daitekeela (Murchland *et al.*, 2019). Hala ere, beste ikerketa batzuek ez dute hezkuntzaren eta sintoma depresiboen arteko lotura esanguratsurik identifikatu (Rutland-Lawes, Wallinheimo eta Evans, 2021), eta ikerketa batzuek depresio-puntuazio altuagoak eman dituzte hezkuntza-maila altuenak dituzten pertsonen artean (Nyberg *et al.*, 2019). Laburbilduz, Lik eta Zhaok (2021) adierazi bezala, helduaroko hezkuntzaren eta depresioaren arteko harremanari buruzko frogak enpirikoak ez dira erabakigarriak.

Zahartzeari buruzko literaturak ere diru-sarreraren eta depresioaren arteko harreman ez-erabat daezin baten berri ematen du, izan ere, ikerketa batzuek lotura esanguratsua baitute eta beste batzuek ez (Brinda *et al.*, 2016; Freeman *et al.*, 2016; Hoebel *et al.*, 2017). Izan ere, hezkuntzarekin gertatzen den bezala, diru-sarreraren eta depresioaren arteko loturan eragin handia dute adineko helduak babesteko politikekin lotutako testuinguru-aldagaiak (estatukoak, nazionalak) (Lorant *et al.*, 2003), eta, bereziki, pentsio-eta osasun-sistemekin lotutakoak. Azterlan horietan adierazten den bezala (Willson eta Shuey, 2007), diru-sarrerak estatus sozioekonomikoaren neurri gisa erabiltzea zaila izan daiteke adineko helduen kasuan, kasu gehienetan diru-sarrera horiek lan-jarduera utzi ondoren erretiro-sistemek ezarritako arauen ondorio baitira. Ildo beretik, zailtasun ekonomikoak ikuspegi zehatzagoa izango lirateke diru-sarrerak heldu nagusien ongizate psikologikoan duten zeregina aztertzeko, eta, bereziki, depresio-sintomei dagokienean. Pobrezia ekonomikoaren kontzeptuak egoera bat deskribatzen du, non norbaitek ez duen diru-sarrera nahikorik bere eguneroko behar sozioekonomikoei erantzuteko. Prozesu hori faktore gizabanakoentzat estresagarria da (finantza-tentsioa), eta oinarritzko beharrak asetzeko gaitasuna mehatxatzen du. Depresioarekin duen harremana ikerketa askotan deskribatu da (Cheruvu eta Chiyaka, 2019; Pudrovska *et al.*, 2005; Mendes de Leon, Rapp eta Kasl, 1994; Marshall *et al.*, 2021). Zehazkiago, ikerketek azken aldiko zailtasun ekonomikoek betetzen duten rola azpimarratzen dute, depresio-sintometan eragin handiagoa baitute iragan urrunagoan izandako

zailtasunek baino (Kahn eta Pearlin, 2006). Azkenik, Sun *et al.*-ek (2009), estres ekonomikoak osasun mentalari eragiten jarraitzen diola aurkitu zuten bezala, baita familiaren diru-sarrerak kontrolatzen dutenean ere, eta horrek iradokitzen duenez, estres horren eragin potentziala neurri batean bakarrik egon omen daiteke diru-sarrerekin lotuta.

Laburbilduz, argitaratutako proba enpirikoen azterketa batek erakusten du heldu nagusien artean depresiorako estatus sozioekonomikoaren gradienteak beste adin-talde batzuekin alderatuta elementu espezifikoak dituela ezaugarri. Berez, mota horretako desberdintasunak murriztu egiten direla heldu nagusien kasuan zenbait artikuluk iradokitzen dute. Beste era batera esanda, zahartzearen berezko prozesuek murriztu egiten dute gradiente soziala osasunean, eta horrek gazteenen edo adin ertainekoen artean duen eraginarekin alderatuta estatus sozioekonomikoa ez dela hain erabakigarria esan nahi du (Robert *et al.*, 2009). Hipotesi hori adinaren hipotesi gisa defini daiteke nibelatzaile gisa, eta osasunean dauden desberdintasun sozioekonomikoak handitu egiten direla helduaroen iradokitzen du, eta metatu egiten direla adin ertainean osasunari eragiteko. Aitzitik, adin aurreratuagoetan, ondoko faktore hauek sartzen dira jokoan:

a) ahultasun handiagoa eragiten duten prozesu biologikoak, eta b) bereziki adinekoei zuzendutako gizarte-, ekonomia- eta osasun-politikak. Bi prozesu horiek estatus sozioekonomiko baxuak osasunean dituen ondorioak murrizten laguntzen dute, eta hezkuntzako gradienteak eta diru-sarrerak ahultzen dituzte adinean aurrera egin ahala (Seeman *et al.*, 2008).

Zahartzeari estu lotutako prozesu psikosozialen ondorioak ere kontuan hartu behar dira osasun mentalaren kasuan, eta, bereziki, depresioaren kasuan. Lan honetan, bakardadea faktore horietako bat dela proposatzen dugu. Zentzu horretan, ikerketa honen helburua estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko harremana aztertzea izan da, baita bakardadeak elkarte horretan eraginik ote duen aztertzea ere. Abiapuntua bakardadea funtsezko prozesutzat hartzea izan da, heldu nagusien artean depresioan estatus sozioekonomikoak betetzen duen zeregina ulertzeko. Horren arabera, bakardadearen azterketa heldu nagusien ongizateari buruzko funtsezko ikerketa-ildoetako bat bihurtu da berriki (Gallardo-Peralta *et al.*, 2023). Lehendik zeuden frogak egiaztatu zuten adineko pertsonen artean depresioa izateko harremanek eta gizarte-babesak duten garrantzia (Russell eta Cutrona, 1991). Froga horiek erakutsi zuten hainbat iturritatik datorren gizarte-laguntzaren alderdi funtzionalak indargetzaileak direla bizi-esperientzia negatiboan aurrean, eta, horrela, murriztu egiten dutela esperientzia horiek depresioa eragiteko duten ahalmena (Antonucci eta Akiyama, 1987). Bakardadea aztertzen duen literatura ikerketa-ildo horretan oinarritu da. Zahartze-prozesuaren ezaugarri nagusiak laguntza-sareak estutzea eta bakardade-egoerak areagotzea dira (Sánchez Rodríguez, De Jong Gierveld eta Buz,

2014). Bakardadea esperientzia desatsegina da, gizarte-harremanak kantitate eta kalitate eskasekoak direnean gertatzen dena (Perlman eta Peplau, 1981). Ildo horretan, De Jong Gierveldek (1998: 73-74) honela definitu zuen bakardadea: "dagoen harreman kopurua nahi baino txikiagoa den egoera, baita nahi den intimitatea gauzatu ez den egoerak ere". Zenbait egilek kontzeptu honen izaera multidimentsionala deskribatu dute (Perlman eta Peplau, 1998). Ildo horretan, bakardade emozionala eta bakardade soziala bereiztea ohikoa da. Lehenengoa hurbileko harremanek ematen duten babes emozionalaren faltatik sortzen da; bigarrena, berriz, sare sozial egokirik ez edukizetik. Eskuragarri dagoen ebidentzia empirikoak bakardadea pertsona nagusien artean sintoma depresiboak garatzeko arrisku-faktore bat dela erakutsi du (Domènech-Abella *et al.*, 2019; Rokach, 2019). Berrikuspen sistematikoaren zati gisa, Van As *et al.*-ek (2022) ondorioztatu zuten argitaratutako bibliografiak erakusten duela bakardadearen eta sintoma depresiboen arteko luzetarako lotura dagoela, baita bakardadeari lotutako depresioaren bilakaera kaltegarria ere.

Lehen esan bezala, ikerketa honen helburua bakardadeak estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko harremanean betetzen duen papera aztertzea da. Ikerketa berrien aurkikuntzek iradokitzen dutenez, bakardadea eta estatus sozioekonomikoa elkarri lotutako prozesuak dira, eta finantza-neurri objektiboak (hala nola diru-sarrerak, koiuntura ekonomiko kaltegarria eta diru-sareren desorekak) bakardade-maila handiagoeekin lotuta daude (De Jong Gierveld, Keating eta Fast, 2015; Macdonald, Nixon eta Deacon, 2018; Tskanen eta Anttila, 2016). Zailtasun ekonomiko subjektiboak bakardade-maila handiagoeekin lotzen dira, eta lotura hori zailtasun ekonomiko objektiboekiko lotura baino ere handiagoa izan daiteke (Drost *et al.*, 2022). Froga empiriko kontrajarriak daude hezkuntzaren kasuan. Ikerketa batzuek bakardadea biziagoa edota ohikoagoa dela hezkuntza-maila baxuagoa duten pertsonen artean iradokitzen dute (Aung, 2017; Aylaz *et al.*, 2012; Elsayed, Etreby eta Ibrahim, 2019), baina beste batzuek ez dute loturarik aurkitu (Frenkel-Yosef, Maytles eta Shrira, 2020; González Ortega *et al.*, 2023), eta, are gehiago, azterlan batzuen emaitzen arabera, kualifikazio handiagoa bakardade-esperientzia handiagoeekin lotzen da (Choi *et al.*, 2023).

Beraz, estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko harremana empirikoki aztertzeak garrantzitsua dirudi, bakardadeak harreman horretan betetzen duen rola kontuan hartuta. Zehazkiago, azterlan honek honako helburu partikular hauek lortu nahi ditu: a) estatus sozioekonomikoaren eta bakardade-esperientzien arteko lotura aztertzea; b) estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko lotura aztertzea; c) estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko lotura-ereduaren aldaketak identifikatzea, azterketetan bakardadea (emozionala eta soziala) sartzearen ondorioz, eta d) estatus sozioekonomikoaren eta bakardadearen arteko elkarrekintza aztertzea depresioaren kasuan.

2. Materialak eta metodoak

2.1. Parte-hartzaileak eta prozedura

Espanian bizi diren 887 pertsonak parte hartu dute azterlanean. Gizarteratzeko irizpideak ondoko hauek izan dira: a) 65 urteko gutxieneko adina; b) bikotean bizitzea (etxean beste pertsonarik gabe) edo bakarrik bizitzea, edo pertsona adinduen egoitza batean sei hilabete baino gehiagoz bizitzea; c) narriadura kognitibo larririk ez izatea, eta d) komunikatzeko gai izatea. Komunitatean bizi ziren parte-hartzaileen kasuan, prozedurak barne hartzen zuten Mini-Mental State Examination proba aplikatzea soilik narriadura kognitibo larriaren zantzuak detektatzen ziren kasuetan (narriadura kognitibo arina ez zen baztertzeko irizpide bat), parte-hartzaileei azterketaren helburuei buruzko informazioa emateko eta haien baimena eskatzeko unean. Bestalde, ikertzaileek zaharren egoitzetako profesionalekin lan egin zuten, azterketarako inklusio-irizpideak betetzen zituzten parte-hartzaileak identifikatzeko. Parte hartutako bategi besteko adina $\bar{x} = 78,5$, $\sigma = 8,7$ izan zen. Parte-hartzaileen %62 emakumeak izan ziren.

Prestakuntza jasotako langileek administratutako inkesta baten bitartez jaso ziren datuak. Parte-hartzaile posibleekin hasierako harremana izan ondoren eta haien baimen informatua lortu ondoren, inkestak parte hartzea onartu zutenek aukeratutako baldintzetan aplikatu ziren. Pertsona adinduen egoitzetan bizi direnen kasuan, inkestak egoitzako eremu batean aplikatu ziren, elkarriketaren konfidentzialtasuna bermatzeko. Azterketaren prozedura guztiak Unibertsitate Konplutentseko (Madril) Etika Batzordeak onartu zituen (erreferentziako txostena: CE_20220217-14_SOC).

2.2. Neurriak

2.2.1. Emaitza-aldagaia

- Depresioa. Depresio Geriatrikoaren Eskalako (GDS-5) bost itemen bertsioa erabili zen. Depresio Geriatrikoaren Eskalaren bertsio laburrak jatorrizko eskalaren eraginkortasunari eusten dio, eta, aldi berean, administratzeko erraztasuna hobetzen du (Hoyl *et al.*, 1999). Tresna hau bost sintoma depresibo daudela erregistratzeko erabiltzen da, eta 0 eta 5 arteko puntuazioa lortzen da. Espainiako bost item-en bertsioaren balidazioak (Ortega Orcos *et al.*, 2007) sentsibilitate-maila egokiak eta bi bertsio luzeenen antzekoak erakutsi zituen. ≥ 2 ko ebaketa-puntua erabili zen, Hoyl *et al.*-ek (1999) gomendatutako balizko kasuak identifikatzeko. Cronbachen σ koefizientea 0,701ekoa izan zen.

2.2.2. Esposizio-aldagaiak

- Bakardadea. De Jong Gierveld-en (2006) bakardade-eskalako sei itemen bertsioa erabili

zen. Eskala hori Ayala *et al.*-ek (2012) baliozkotu zuten Espainian, adineko helduen lagin batekin. Bakardadeari buruzko ikerketan erabili ohi den tresna laburra da, eta puntuazio globala eta bakardade sozial eta emozionalerako bi azpi-puntuazio eragiten ditu. Ikuspegi multidimentsional horren ondorioz, ikerketa honen helburuak lortzeko tresna hori egokiena da. Itemak 0tik 2ra bitarteko eskalan puntuatzen dira, baina gero dikotomiko gisa birkodetzen (0 edo 1). Eskalak alderantzizko puntuazioa eskatzen duten itemak barne hartzen ditu, hala nola "Pertsona askorengan konfiantza osoa izan dezaket". Birkodetze-prozesuak erantzunen norabidearen koherentzia bermatzen du. Guztizko eskalako puntuazio altuenek bakardade-sentimendu indartsuagoak adierazten dituzte (0tik 6ra bitarteko tartea). Bakardadearen eskala bi modutan erabili da artikulu hau oinarritzen den analisietarako. Lehenik eta behin, bi azpieskalen guztizko puntuazioak (bakardade emozionala eta soziala) emaitza-aldagaien balioak iragartzeko aldagai gisa erabili dira. Bigarrenik, guztira 3 puntu edo gehiago lortu dituzten parte-hartzaileak sailkatu dira, bakardade-arriskua eragiten duten egoeretan bezala. Normalean, hiru ebaketa-puntu erabiltzen dira eskala honetarako (0-1: bakarrik; 2-4: nahiko bakarrik; 5-6: oso bakarrik). Aitzitik, De Jong Gierveldek eta Van Tilburg-ek (2023: 12) adierazten dutenez, "arazo bat dago: bakardade emozionalerako eskalak lotura handiagoa du bakardadearen auzi zuzenarekin bakardade sozialerako eskalak baino. Halaber, ikusten da

bi azpieskaletarako eten-puntu berdin batek ez duela antzeko puntuaziorik ematen laburtutako eskalan". Azterlan honetan, Rodríguez-Blázquez *et al.* enpresaren estrategiari jarraiki, bakar-arriskua (arriskurik ezaren aurrean) identifikatzeko eten-puntua ezarri da. (2021). Análisiak bereizita egin dira, kolinealtasun-arriskuak saihesteko. Cronbachen σ koefizientea 0,751 izan da.

- Estatus sozioekonomikoa. Estatus sozioekonomikoa neurtzeko bi adierazle hautatu dira. Lehenik eta behin, hezkuntza-maila erabili da, osasunaren baldintzatzaila sozialei buruzko bibliografian estatus sozioekonomikoaren adierazle gisa duen balioa aintzat hartuta (Schnittker, 2004). Ikerketa honetan, hezkuntza lau kategoria handitan sailkatu da: lehen-hezkuntza osatugabea (kualifikatu gabeko pertsonak barne); lehen-hezkuntza osoa; bigarren-hezkuntza, eta unibertsitate-hezkuntza. Bigarren adierazle gisara, zailtasun ekonomikoak erabili dira (hilaren amaierara iristeko zailtasunak egotea). Adierazle hau maiz erabiltzen da diru-sarreraren mailatik eratorritako mugak zeharka neurtzeko. Ondoko berariazko item hau erabili da: "Zure etxeko diru-sarrerak alde batera utzita eta zure hileko diru-sarrera guztiak kontuan hartuta, hilaren amaierara irits zaitezkeela esango zenuke?". Lau erantzun-kategoria eskaini dira: 1) erraz; 2) nahiko erraz; 3) nahiko zail, eta 4) oso zail. 1. eta 2. kategoriak, 3. eta 4. kategoriak bezala, aldagai dikotomiko bat sortzeko konbinatu dira (1 = hilaren amaierara iristeko zailtasunak).

1. taula. Depresioa eta parte-hartzaileen ezaugarri sozial eta demografikoak (%)

Aldagaia	Guztizkoa	Bakarrik bizi diren pertsonak	Bikotean bizi diren pertsonak	Pertsona adinduen egoitzetan bizi diren pertsonak
Depresioa (arriskua, ebaketa-puntua = 2)	29,9	29,5	18,1	54,3
Bakardadea (arriskua, ebaketa-puntua = 3)	26,2	29,1	15,4	44,5
Emakumezkoak	62,1	66,3	53,4	72,3
Seme-alabak izatea	80,6	76,2	90,6	68,5
Eguneroko bizitzako jarduera-mugak				
Mugagabea	54,1	53,5	62,3	39,8
Mugatua	34,5	38,4	29,9	37,6
Oso mugatua	10,9	8,1	7,8	22,6
Hezkuntza				
Lehen Hezkuntza osatu gabea	23,7	25,5	15,6	37,0
Lehen Hezkuntza osatua	44,8	45,5	46,4	40,3
Bigarren Hezkuntza	15,0	15,7	16,2	11,1
Unibertsitate-hezkuntza	16,6	13,3	21,8	11,6
Zailtasun ekonomikoak	26,7	28,6	27,9	19,6
Bizikidetzaren erregimenak				
Bakarrik bizizea	37,4	—	—	—
Bikotearekin bakarrik bizizea	41,8	—	—	—
Pertsona adinduen egoitza	20,7	—	—	—

Iturria: Ianketa propioa.

2.2.3. Kontrol-aldagaiak

Ondoko aldagai hauek sartu dira: sexua (1 = emakumea), adina, seme-alabak (1 = seme-alabarik gabe) eta osasun-arazoan ondorioz eguneroko bizitzako jardueretan dauden mugak. Azken aldagai hori Jarduera Mugatzearen Adierazle Globalaren (GALI) bidez ebaluatu da (Robine, Jagger eta Euro-REVES Group, 2003). GALI item bakarra da ("Gutxienez azken sei hilabeteetan, mugatuta egon al da jendeak egin ohi dituen jardueretan osasun-arazo bat izateagatik?"), hiru erantzun-kategoriarekin (bai, oso mugatua; bai, mugatua; ez, ez mugatua). GALI jardueraren muga orokorra ebaluatzeko tresna erabilgarria eta balagarria da, bai inkesta sanitarioetan, bai ez-sanitarioetan.

Bizikidetzaren erregimena kontrol-aldagai gisa erabili da emaitza-aldagaia iragartzen zuten artean bakardadea sartzen zuten ereduetan. Erabaki hori azterketa honetan kontuan hartutako hiru egoerek (bikotekidearekin bakarrik bizitzea, bakarrik bizitzea, zaharren egoitza batean bizitzea) adineko helduek beste bizikidetzaren erregimen batzuekin alderatuta izandako bakardade-mailetan duten eragin nabarmenari buruz eskura dagoen ebidentzia empirikoan oinarritu da (Greenfield eta Russell, 2011; Jansson *et al.*, 2020).

2.3. Analisia

Lehenik eta behin, azterlanaren aldagaien estatistikari deskribatzaileak eta bi aldaeretakoko elkartze-estatistikoak lortu dira. Bigarrenik, erregresio logistikoko analisi bat egin da, bost modeloren doikuntza egiaztatzeko. Oinarritako ereduak kontrol-aldagaiak baino ez ditu barne hartzen. Ondoren, estatus sozioekonomikoaren adierazleak sartu dira ekuazioan (2. ereduak: "estatus sozioekonomikoa"). Hirugarren ereduak ("bakardadea") azterlanean aintzat hartutako bakardadearen dimentsioak bildu ditu. 4. eta 5. ereduak elkarrekintzak txertatu dituzte hurrenez hurren estatus sozioekonomikoarekin eta bakardadearekin lotutako aldagaien artean. Hirugarrenik, 3-5 ereduaren erregresio logistikoko ekuazioak kalkulatzeko, bakardadearen bi dimentsioen (emozionala eta soziala) puntuazioen ordean aldagai bat erabili da, eten-puntu baten arabera bakardade-arriskua dagoela kalkulatzeko duena (aurreko atalean deskribatu den bezala).

3. Emaitzak

1. taulak azterlanaren aldagai nagusien banaketa erakusten du. Depresioaren eta bakardadearen prebalentzia handia laginaren konposizioaren ondorio da. Izan ere, azterlan honetan bakarrik, bikotekidearekin edo zaharren egoitza batean bizi diren parte-hartzaileak sartu dira, hain zuzen ere bizikidetzaren erregimen horiek bereziki garrantzitsuak direlako bakardadea aztertzeko. Ildo horretan, egoera bakoitzaren laginean behar adina pertsona daudela

ziurtatu behar izan dira, bereziki egoitza batean bizi diren pertsonen kasuan (parte-hartzaileen %20,7). 1. taulan, informazioa bizikidetzaren erregimenen arabera banakutzen da. Espero bezala, osasun-arazoengatik eguneroko bizitzako jardueretan mugak dituzten pertsonen ehunekoa handiagoa da egoitza batean bizi diren artean. Emakumeen eta seme-alabarik gabeko pertsonen ehunekoa ere handiagoa da. Bestalde, zailtasun ekonomikoak ez dira hain ohikoak talde horretan. 2. taulak azterlanaren aldagai kuantitatiboaren estatistika deskriptiboak eta korrelazio-koefizienteak erakusten ditu. Ikus daitekeenez, koefiziente guztiak esanguratsuak dira, adinaren eta gizarte-bakardadearen arteko lotura neurtzen duena izan ezik.

Aldagai kualitatiboari buruzko analisi bibariantean emaitzek (ikus 3. taula) erakutsi duten GDS-5aren eten-puntuaren ginetik egoteko arriskua (depresioarentzat) handiagoa da emakumeen kasuan ($\chi^2 = 10,45$; $p < 0,001$) eta txikiagoa gaixotasunagatik mugikortasun-mugarik ez dutenen kasuan ($\chi^2 = 10,45$; $p < 0,001$) muga arin edo larriari aurre egin behar dietenen kasuan baino. Gainera, depresio-arriskua duten parte-hartzaileen ehunekoa nabarmen handiagoa da lehen-hezkuntza amaitu ez dutenen artean (%45,5), eta nabarmen txikiagoa unibertsitateko titulazioa lortu dutenen artean (%16,4) ($\chi^2 = 40,25$; $p < 0,001$). Bien bitartean, hilabete amaierara iristeko zailtasunak dituzten parte-hartzaileek depresio-arrisku handiagoari aurre egin behar zioten ($\chi^2 = 23,62$; $p < 0,001$). Bizitegi-estatusa depresio-arriskuarekin ere modu esanguratsuan lotu da. Zehazki, zaharren egoitzetan bizi diren pertsonen %54,3k eta bakarrik bizi diren %29,5ek ezarritako eten-puntua gainditzen dute, eta bikotean bizi diren kasuan, berriz, %18,1ek. Nabarmendu behar da bakarrik bizi diren %57,5ek depresio-arriskua zutela, eta %19k, berriz, depresiorik ez dutenen artean ($\chi^2 = 120,04$; $p < 0,001$).

Bi aldaerako analisiak egin dira bakardadearentzat eta gainerako aldagaientzat (3. taula), bakardadeak azterketa honetarako duen garrantzia dela-eta. Emaitzek ez dute desberdintasunik erakutsi gizonen eta emakumeen artean, eta bakardade-esperezia ohikoena seme-alabarik ez duten parte-hartzaileen artean izan dira ($\chi^2 = 17,77$; $p < 0,001$) eta eguneroko jarduerari eragiten dieten mugei aurre egin behar izan dietenen artean ($\chi^2 = 42,24$; $p < 0,001$). Bakarrik bizi diren ehunekoa nabarmen txikiagoa da unibertsitateko titulazioa dutenen artean (%15,2), eta nabarmen handiagoa (%38,4) titulurik ez dutenen artean ($\chi^2 = 10,45$; $p < 0,001$). Deigarriki, hilaren amaierara iristeko zailtasunak dituzten pertsonen %39,9k bakardadea bizi izan dute, eta %19,6k, berriz, zailtasun ekonomikoari aurre egin behar ez dietenen kasuan ($\chi^2 = 34,84$; $p < 0,001$). Azkenik, zaharren egoitzetan bizi diren parte-hartzaileen %44,5ek eta bakarrik bizi zirenen %29,1ek bakardadearen eten-puntua gainditzen zuten. Ehuneko hori %15,4ra jaisten zen bikotekidearekin bizi zirenen artean ($\chi^2 = 51,95$; $p < 0,001$).

4. taulan, bakardadearen bi dimentsioak (emozionala eta soziala) aldagai kuantitatibo gisa barne hartzen dituen erregresio logistikokoaren analitiko lortutako

emaitzak laburbiltzen dira. Ikus daitekeenez, 2. ereduaren estatus sozioekonomikoarekin lotutako aldagaien lotura estatistikoki esanguratsua izan dute emaitza aldagaiarekin, eta, beraz, unibertsitate-ikasketak izateak depresio-probabilitatea % 47 murriztea ekartzen du. Aitzitik, depresio-probabilitatea % 86 handiagoa da zailtasun ekonomikoak dituztenen artean. Bizikidetzaren erregimenen garrantzia 4. taulak erakusten du, depresio-potentziala % 103 handiagoa baita zaharren egoitzetan bizi direnen artean. Hala ere, 3 ereduak aldaketa nabarmena adierazten du depresio-neurketarekin (GDS-5) nabarmen lotutako aldagaien tartean. Eredu horrek azterketan aintzat hartutako bakardadearen bi dimentsioak barneratzen ditu: emozionala eta soziala. Bietatik, lehenengoak bakarrik erakutsi du lotura positiboa eta estatistikoki

esanguratsua emaitza-aldagaiarekin, eta horrek esan nahi du depresio-kasu bat identifikatzeko probabilitatea handitu egiten dela bakardade emozionala dagoenean. Gizarte-bakardadea ereduaren sartzek ez du ekarri elkarte esanguratsurik $p < 0,05$ baterako; hala ere, aipatu behar da elkarte hori egon dela $p < 0,1$ baterako. Bereziki, bakardadearen bi dimentsioak 3. ereduaren sartzek esan nahi du hezkuntzarako koefizienteak eta zailtasun ekonomikoak ez direla esanguratsuak izan, nahiz eta zaharren egoitza batean bizitzeak rol bera izaten jarraitu duen. Estatus sozioekonomikoaren eta bakardadearen arteko elkarrekintzak barne hartzen dituzten ereduaren batek ere (4. eta 5. ereduak) ez du hobekuntzarik ekartzen 3. ereduarekin alderatuta.

2. taula. Pearsonen batezbestekoa (desbiderapen tipikoa) eta korrelazio-koefizienteak azterlanaren aldagai nagusietarako

	Adina	Bakardadea	Depresioa	Bakardade emozionala	\bar{x} (σ)
Adina	—				78,5 (8,7)
Bakardadea	0,100**	—			1,63 (1,69)
Depresioa	0,181**	0,556**	—		1,03 (1,3)
Bakardade emozionala	0,140**	0,802**	0,568**	—	0,84 (0,92)
Bakardade soziala	0,040	0,867**	0,379**	0,398**	0,79 (1,1)

Iturria: lanketa propioa.

3. taula. Bi aldaeraren analisisia aldagai sozial eta demografikoen eta depresio eta bakardadearen artean

	Depresioa (arriskua, ebaketa-puntua = 2)	χ^2 eta p	Bakardadea (arriskua, puntu-mozketa = 3)	χ^2 eta p χ^2 eta p
Sexua				
Emakumezkoak	% 23,5	$\chi^2 = 10,46$ $p = 0,001$	% 25,9	$\chi^2 = 0,018$ $p = 0,892$
Gizonezkoak	% 33,8		% 26,3	
Haurrak				
Seme-alabak izatea	% 29,2	$\chi^2 = 0,73$ $p = 0,392$	% 23,1	$\chi^2 = 17,77$ $p < 0,001$
Seme-alabarik ez izatea	% 32,6		% 39,3	
Eguneroko bizitzako jarduera-mugak				
Mugagabea	% 16,0	$\chi^2 = 106,34$ $p < 0,001$	% 17,6	$\chi^2 = 42,24$ $p < 0,001$
Mugatua	% 41,8		% 33,6	
Oso mugatua	% 59,8		% 44,2	
Hezkuntza				
Lehen Hezkuntza osatu gabea	% 45,5	$\chi^2 = 40,25$ $p < 0,001$	% 38,4	$\chi^2 = 26,91$ $p < 0,001$
Lehen Hezkuntza osatua	% 28,9		% 26,2	
Secundaria	% 22,7		% 20,0	
Universidad	% 16,4		% 15,2	
Dificultades económicas				
Bai	% 41,2	$\chi^2 = 23,62$ $p < 0,001$	% 39,9	$\chi^2 = 34,85$ $p < 0,001$
Ez	% 23,9		% 19,6	
Bizikidetzaren erregimenak				
Bakarrik bizitzea	% 29,5	$\chi^2 = 77,34$ $p < 0,001$	% 29,1	$\chi^2 = 51,95$ $p < 0,001$
Bikotearekin bakarrik bizitzea	% 18,1		% 15,4	
Pertsona adinduen egoitza	% 54,3		% 44,5	

Iturria: lanketa propioa.

4. taula. Erregresio logistikoaren analisen laburpena, depresio-arriskua (kasu potentziala) aurreikusteko, estatus sozioekonomikotik eta bakardade emozional eta sozialetik abiatuta

	1. eredua. Kontrol-aldagaiak		2. eredua. Estatus sozioekonomikoa		3. eredua. Bakardadea		4. eredua. Estatus sozioekonomikoaren eta bakardadearen arteko elkarreaginak (hezkuntza)		5. eredua. Estatus sozioekonomikoaren eta bakardadearen arteko elkarreaginak (zailtasun ekonomikoak)	
	B (σ)	Exp(B)	B (σ)	Exp(B)	B (σ)	Exp(B)	B (σ)	Exp(B)	B (σ)	Exp(B)
Sexua (emakumezkoa)	0,29 (0,18)	1,335	0,09 (0,19)	1,101	0,17 (0,21)	1,192	0,20 (0,21)	1,230	0,20 (0,21)	1,230
Adina	0,01 (0,01)	1,015	-0,006 (0,01)	0,994	-0,001 (0,01)	0,999	-0,001 (0,01)	0,999	-0,001 (0,01)	0,999
Seme-alabarik gabe	0,45 (0,21)*	1,568	0,20 (0,23)	1,225	0,006 (0,25)	1,006	-0,003 (0,26)	0,997	-0,003 (0,26)	0,997
Eguneroko bizitzako jarduerak (erreferentzia: ez mugatua)										
Mugatua	1,35 (0,19)***	3,865	1,26 (0,19)***	3,526	1,11 (0,21)***	3,033	1,16 (0,22)***	3,195	1,16 (0,22)***	3,204
Oso mugatua	2,16 (0,27)***	8,689	1,97 (0,28)***	7,168	1,78 (0,31)***	5,941	1,85 (0,31)***	6,406	1,85 (0,31)***	6,408
Hezkuntza (erreferentzia: lehen-hezkuntza osatu gabe)										
Lehen Hezkuntza			-0,33 (0,21)	0,719	-0,25 (0,24)	0,778	0,19 (0,43)	1,212	0,19 (0,43)	1,218
Bigarren Hezkuntza			-0,27 (0,30)	0,759	-0,03 (0,34)	0,967	0,43 (0,54)	1,551	0,45 (0,54)	1,579
Unibertsitate-hezkuntza			-0,65 (0,32)**	0,522	-0,38 (0,35)	0,681	-0,26 (0,59)	0,767	-0,23 (0,60)	0,787
Zailtasun ekonomikoak			0,62 (0,19)***	1,861	0,39 (0,22)†	1,486	0,39 (0,22)†	1,490	0,45 (0,38)	1,578
Bizikidetzaren erregimenak										
Bikotearekin bizitzea			-0,57 (0,20)**	0,565	-0,11 (0,23)	0,893	-0,11 (0,23)	0,891	-0,11 (0,23)	0,891
Pertsona adinduen egoitzetan bizitzea			0,71 (0,24)**	2,035	0,62 (0,26)*	1,866	0,65 (0,27)*	1,921	0,65 (0,27)*	1,918
Bakardadea (emozionala)					1,05 (0,11)***	2,874	1,20 (0,23)***	3,346	1,23 (0,26)***	3,434
Bakardadea (soziala)					0,17 (0,09)†	1,193	0,26 (0,16)	1,306	0,26 (0,18)	1,300
Hezkuntzarekiko elkarreaginak (erreferentzia: lehen-hezkuntza osatu gabe)										
Lehen Hezkuntza * bakardade soziala							-0,12 (0,21)	0,884	-0,12 (0,21)	0,884
Bigarren Hezkuntza * bakardade soziala							-0,62 (0,34)†	0,537	-0,62 (0,35)†	0,538
Unibertsitate Hezkuntza * bakardade soziala							0,21 (0,29)	1,234	0,21 (0,30)	1,239
Lehen Hezkuntza* bakardade emozionala							-0,25 (0,29)	0,773	-0,26 (0,29)	0,770
Bigarren Hezkuntza* bakardade emozionala							0,11 (0,39)	0,773	0,09 (0,40)	1,105
Unibertsitate Hezkuntza * bakardade emozionala							-0,18 (0,40)	1,118	-0,21 (0,42)	0,809
Zailtasun ekonomikoak * bakardade soziala									0,01 (0,20)	1,011
Zailtasun ekonomikoak * bakardade emozionala									-0,05 (0,26)	0,943
Konstantea	-3,24 (0,80)***	0,039	-1,16 (0,98)	0,313	-2,93 (1,14)***	0,053	-3,30 (1,17)**	0,830	-3,33 (1,18)	0,036
Cox eta Snell R ²	0,132***		0,174***		0,291***		0,296		0,296	
Nagelkerke R ²	0,190***		0,251***		0,420***		0,428		0,428	

***p < 0,001. **p < 0,01. *p < 0,05. †p < 0,1. Exp(B) = odds ratio.

Iturria: lanketa propioa.

5. taulak ereduaren egokitasunaren kalkularen emaitzak erakusten ditu, bakardade emozionalaren eta sozialaren aldagai kuantitatiboen ordez bakardade kasu baten identifikazio potentziala jasotzen duen aldagai bat erabiliz. Metodologiaren atalean deskribatzen den bezala, 3 ebaketa-puntu ezarri dira. Horrela, 5. taulak azterketa honetarako definitutako ereduaren logika errepikatzen du, eta aukera ematen du bakardade-egoera potentzialak dituzten (edo ez dituzten) pertsonen artean depresio-kasu bat identifikatzeko probabilitatean dagoen aldea kalkulatzeko. Espero bezala, emaitzak 4. taulan adierazitakoekin koherenteak izan ziren. Hala ere, nabarmendu behar da 3. ereduaren bakardadearen eta depresioaren arteko lotura esanguratsuak % 300etik gorako probabilitate-aldea ekarri duela, potentzialki bakardade-egoeran ez daudenen aldean. Gainera, eredu horrek koefiziente esanguratsua mantentzen du zailtasun ekonomikoaren neurketarako, depresioaren probabilitatea % 51 handitzen baitu. Azkenik, lehen-hezkuntzaren eta bakardadearen presentzia potentzialaren arteko elkarrekintzak bakarrik eragin duen koefiziente esanguratsua (4. eta 5. ereduak), nahiz eta kontuan izan behar den horiek sartzeak ez duela adierazitako bariantza nabarmen hobetzen.

Ondorioen sendotasuna berresteko, 3. eredurako lortutako emaitzak *bootstrapping* analisi baten bidez baliozkotu ziren (ausazko laginketa, $n = 1.000$). Emaitzak 6. taulan ageri dira. Ereduaren sartutako aldagai guztietarako, analisian lortutako % 95eko *bootstrap* konfiantza-tarteek jatorrizko analisian lortutako emaitzak errepikatzen dituzte. Oro har, emaitza horiek egonkortasuna eta koherentzia iradokitzen dute azterlan honetan lortutako ondorioetan.

4. Eztabaida

Azterlan honetan lortutako emaitzek frogatu enpirikoak gehitzen dituzte, pertsona adinduen estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko loturari buruzkoak. Azterketa bialdagarriek eta erregresio logistikoko azterketaren 1. eta 2. ereduak iradokitzen dute hezkuntza-maila baxuak eta zailtasun ekonomikoaren presentzia depresio-neurriko puntuazio handiekin lotzen direla (Bielderma *et al.*, 2015; Xue *et al.*, 2021). 3. eta 4. taulek erakusten dutenez, erregresio logistikoko gure analisen 2. ereduaren estatus sozioekonomikoa sartzeak asoziazio-koefiziente estatistikoki esanguratsuak ekarri ditu. Horren arabera, unibertsitate-tituludunek depresio-kasu potentzial gisa identifikatzeko probabilitate txikiagoa dute, eta zailtasun ekonomikoak dituztenek, berriz, kontrako egoeran daude. Emaitzaren aldagairako azalduko bariantza (depresioa) % 32 handitu da 2. ereduaren, 1. ereduarekin alderatuta (azken eredu horrek kontrol-aldagaiak, sexua, adina, seme-alabak eta mugikortasunari eragiten dioten mugak baino ez ditu barne hartzen). Horrek esan nahi du depresio-puntuazioei dagokien estatus sozioekonomikoaren aurreratuko gaitasun neurritsua baina esanguratsua dagoela.

Hala ere, azterlan honen ekarpen nagusia bakardadeak heldu nagusien estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko lotura betetzen duen zereginaren analisia izan da. Ildo horretan, 3. ereduak erregresio logistikoko azterketari gehitu zaizkio: a) bakardade emozionalaren eta sozialaren puntuazioak, depresioa aldagaiaren puntuazioak aurreikusteko (3. taula); eta b) bakardade-kasu potentzial baten identifikazioa eta horrek depresio-kasu potentzial batekin duen lotura (4. taula). Emaitza horiek, zehazki, ikerketaren helburu nagusiari egiten diote erreferentzia: bakardadeak estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko harremanean betetzen duen zeregina aztertzea. Lehenik eta behin, 3. taulako emaitzek adierazten duten lotura esanguratsua dagoela bakardade emozionalaren eta depresio-kasu potentzial baten artean, baina ez bakardade sozialaren kasuan. Gainera, eta hori bereziki esanguratsua da, elkarrekin hori sartzeak ekarri duen hezkuntza-mailarako erregresio-koefizienteak eta zailtasun ekonomikoak esanguratsuak izateari uztea. Antzeko emaitzak lortu dira bakardadea aldagaia 3. ereduaren aldagai dikotomiko gisa sartzean (presentzia/absentzia) (4. taula). Aldaketa bakarra zailtasun ekonomikoek lotura handia izan dutela depresioarekin izan da, baina garrantzitsua da adieraztea lotura horren intentsitatea nabarmen murriztu dela.

Emaitza horiek erakusten dute estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko erlazioaren eragin nabarmena izan duela beren bakardade-esperientziak. Bestela modu batean esanda, desabantaila sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko lotura positiboa zeharka bakardadearekin duen harremanaren ondorioz sor liteke. Gure emaitzek iradokitzen dute azalpen hori onargarria dela, gure laginean bakardadea nabarmenki ohikoagoa baita kualifikaziorik gabeko pertsonen artean unibertsitate-ikasketak dituztenen artean baino. Gainera, bakardadea ohikoagoa izan da zailtasun ekonomikoak dituzten parte-hartzaileen artean. Emaitza horiek bat datoz aurreko ikerketetan lortutakoekin (Macdonald, Nixon eta Deacon, 2018; Pinquart eta Sorensen, 2001; Solmi, Veronese eta Galvano, 2020). Ildo horretan, zailtasun sozioekonomikoek adineko helduen harremanak murriztu ditzakete beren bizitza sozialari dagokionez, jarduera soziokulturetan parte hartzeko aukerak mugatuz eta bakardadeari aurre egiteko baliotsuak diren baliabide komunitarioetarako sarbidea murriztuz (Aylaz *et al.*, 2012). Horrela, zahartze-prozesuan maila sozioekonomiko baxuak lotura sozialak galtzea eragin dezake (De Jong Gierveld, Keating eta Fast, 2015). Are gehiago, estatus sozioekonomiko txikia izateak (hau da, hezkuntza gutxiago eta gabezia ekonomiko gehiago) zerkusua izan dezake pertsonen sozializazio- eta intimitate-beharrak zahartu ahala babesten ez dituzten gizarte-, ekonomia-, kultura- eta ingurumen-baliabideak eskaintzen dituzten testuinguruetan bizitzearekin —auzoetan edo pertsona adinduen egoitzetan—. Bestela modu batean esanda, zahartze-garaiko desberdintasun sozioekonomikoak bizitokia osatzen duten baliabideetan islatzen

dira, eta horrek esan nahi du posizio sozial pribilegiatuetan dauden pertsonen gehiago gozaten dutela adinekoei egokitutako komunitateez, "adin handieneko egoiliarren eta komunitatearen premien eta baliabideen arteko egokitzapenik onena aurkitzen ahalegintzen baitira" (Keating, Eales eta Phillips, 2013: 330). Egoera horietan, baliabide psikosozialak

sar daitezke, diru-sarrera txikiak eta hezkuntza-maila txikiak autoestimuan, autoeraginkortasunean eta nagusitasun-sentsazioan eragin baitezakete (Pudrovska *et al.*, 2005; Drost *et al.*, 2022). Prozesu horiek estuki lotuta daude bakardade emozionalaren esperientziarekin, alde batetik, eta depresioarekin, bestetik (Mirowsky eta Ross, 1990).

5. taula. Erregresio logistikoaren analisisen laburpena, depresio-arriskuaren egoera (arriskua, kasu potentziala) aurreikusteko, estatus sozioekonomikotik eta bakardade-arriskutik abiatuta

	1. eredia. Kontrol-aldagaiak		2. eredia. Estatus sozioekonomikoa		3. eredia. Bakardadea		4. eredia. Estatus sozioekonomikoaren eta bakardadearen arteko elkarreagin (hezkuntza)		5. eredia. Estatus sozioekonomikoaren eta bakardadearen arteko elkarreagin (zailtasun ekonomikoak)	
	B (DE)	Exp(B)	B (SE)	Exp(B)	B (SE)	Exp(B)	B (SE)	Exp(B)	B (SE)	Exp(B)
Sexua (emakumezkoa)	0,29 (0,18)	1,335	0,09 (0,19)	1,101	0,21 (0,19)	1,238	0,20 (0,20)	1,230	0,20 (0,20)	1,231
Adina	0,01 (0,01)	1,015	-0,006 (0,01)	0,994	0,001 (0,01)	1,001	0,001 (0,01)	1,001	0,001 (0,01)	1,001
Seme-alabarik gabe	0,45 (0,21)*	1,568	0,20 (0,23)	1,225	0,01 (0,24)	1,015	-0,001 (0,24)	0,999	-0,004 (0,24)	0,996
Eguneroko bizitzako jarduerak (erreferentzia: ez mugatua)										
Mugatua	1,35 (0,19)***	3,865	1,26 (0,19)***	3,526	1,14 (0,20)***	3,142	1,17 (0,20)***	3,244	1,17 (0,20)***	3,239
Oso mugatua	2,16 (0,27)***	8,689	1,97 (0,28)***	7,168	1,81 (0,29)***	6,154	1,87 (0,30)***	6,515	1,87 (0,30)***	6,517
Hezkuntza (erreferentzia: lehen-hezkuntza osatu gabe)										
Lehen Hezkuntza			-0,33 (0,21)	0,719	-0,28 (0,22)	0,754	0,07 (0,28)	1,075	0,06 (0,29)	1,072
Bigarren Hezkuntza			-0,27 (0,30)	0,759	-0,14 (0,31)	0,864	0,18 (0,38)	1,200	0,17 (0,39)	1,188
Unibertsitate-hezkuntza			-0,65 (0,32)**	0,522	-0,45 (0,33)	0,634	-0,25 (0,40)	0,778	-0,26 (0,40)	0,769
Zailtasun ekonomikoak			0,62 (0,19)***	1,861	0,41 (0,20)*	1,511	0,42 (0,21)*	1,523	0,39 (0,26)	1,478
Bizikidetzaren erregimena (erreferentzia: bakarrik bizitzea)										
Bikotearekin bizitzea			-0,57 (0,20)**	0,565	-0,38 (0,21)†	0,679	-0,40 (0,21)†	0,667	-0,40 (0,21)†	0,668
Pertsona adinduen egoitzetan bizitzea			0,71 (0,24)**	2,035	0,61 (0,25)*	1,843	0,62 (0,25)*	1,860	0,62 (0,25)*	1,862
Bakardadea					1,40 (0,20)***	4,083	2,02 (0,37)***	7,584	1,98 (0,42)***	7,310
Hezkuntzarekiko elkarreaginak (erreferentzia: lehen-hezkuntza osatu gabe)										
Lehen Hezkuntza * bakardadea							-0,95 (0,47)*	0,386	-0,94 (0,47)*	0,389
Bigarren Hezkuntza * bakardadea							-0,90 (0,65)	0,404	-0,89 (0,65)	0,409
Unibertsitate hezkuntza * bakardadea							-0,48 (0,69)	0,616	-0,45 (0,71)	0,636
Zailtasun ekonomikoak * bakardadea									0,07 (0,42)	1,081
Konstantea	-3,24 (0,80)***	0,039	-1,16 (0,98)	0,313	-2,19 (1,05)*	0,111	-2,39 (1,06)*	0,091	2,38 (1,06)†	0,092
Cox eta Snell R ²	0,132***		0,174***		0,224***		0,228		0,228	
Nagelkerke R ²	0,190***		0,251***		0,323***		0,329		0,330	

Iturria: lanketa propioa.

6. taula. 3. ereduaren sendotasun-egiaztapenak. *Bootstrap* analisisa ($n = 1000$)

	Eredua: bakardade soziala eta emozionala			Eredua: bakardadea (arriskua, ebaketa-puntua = 3)		
	B (SE)	IC % 95		B (SE)	IC % 95	
Sexua (emakumezkoa)	0,17 (0,23)	-0,27	0,64	0,21 (0,21)	-0,20	0,66
Adina	-0,001 (0,01)	-0,03	0,03	0,001 (0,01)	-0,02	0,02
Seme-alabarik gabe	0,006 (0,28)	-0,63	0,50	0,01 (0,26)	-0,53	0,51
Eguneroko bizitzako jarduera-mugak (erreferentzia: ez mugatua)						
Mugatua	1,11 (0,22)***	0,68	1,57	1,14 (0,22)***	0,75	1,60
Oso mugatua	1,78 (0,33)***	1,18	2,48	1,81 (0,32)***	1,21	2,48
Hezkuntza (erreferentzia: lehen-hezkuntza osatu gabe)						
Lehen Hezkuntza	-0,25 (0,25)	-0,74	0,24	-0,28 (0,23)	-0,75	0,18
Bigarren Hezkuntza	-0,03 (0,36)	-0,74	0,66	-0,14 (0,33)	-0,83	0,48
Unibertsitate-hezkuntza	-0,38 (0,36)	-1,15	0,31	-0,45 (0,34)	-1,19	0,19
Zailtasun ekonomikoak	0,39 (0,23)	-0,04	0,86	0,41 (0,20)*	0,02	0,80
Bizikidetzaren erregimena (erreferentzia: bakarrik bizitzea)						
Bikotearekin bizitzea	-0,11 (0,24)	-0,57	0,36	-0,38 (0,22)	-0,83	0,03
Pertsona adinduen egoitzetan bizitzea	0,62 (0,30)	0,05	1,25	0,61 (0,28)*	0,07	1,20
Bakardadea (emozionala)	1,05 (0,12)***	0,86	1,34			
Bakardadea (soziala)	0,17 (0,09)	-0,02	0,37			
Bakardadea (arriskua)				1,40 (0,20)***	1,03	1,86
Konstantea	-2,93 (1,27)*	-5,75	-0,57	-2,19 (1,09)*	-4,41	-0,22

*** $p < 0,001$. ** $p < 0,01$. * $p < 0,05$.

Iturria: lanketa propioa.

Nolanahi ere, estatus sozioekonomikoaren balizko eraginean eragitera mugatu baino gehiago, bakardadeak zeregin espezifikoak izan du azterlan honen emaitzetan (hortik dator aldagai hori gure ereduatan sartzean azalduko bariantzaren % 67ko igoera, estatus sozioekonomikoa soilik jasotzen duen ereduarekin alderatuta). Kontuan izan behar da duela gutxi egindako ikerketek erakutsi dutela adineko helduen depresioan desberdintasun sozioekonomikoek duten eragina nabarmen aldatzen dela herrialde batetik bestera. Richardson *et al.* komunikatutako emaitzen arabera (2020), Ipar Amerika, Hego Amerika, Europa, Asia eta Ekialde Ertaineko 18 herrialdeetako datuak erabiliz, herrialde bakoitzaren ezaugarri espezifikoekin lotutako aldakortasun nabarmena iradokitzen dute, eta, beraz, edozein eskualde-ezaugarri baino esanguratsuagoak dira. Europako testuinguruan, Sanchez-Moreno eta Gallardo-Peralta (2021) ikusi duten estatus sozioekonomikoaren eta depresioaren arteko harremanean eragin handiena duen testuinguru-faktoreetako bat hautemandako gizarte-laguntzaren maila da. Horri dagokionez, herrialde batetik bestera aldaketak ikusi dira hautemandako gizarte-laguntza depresioaren aurkako faktore babeslea den mailari dagokionean.

Illo horretan, bakardadearen eta depresioaren arteko lotura bereziki esanguratsua izan daiteke bizi-egoera zailetan laguntza eta laguntza nagusiki laguntza-sareei, oro har, eta familiei, bereziki, dagokien gizarteetan. Hori da Espainiaren kasua,

non familiaren laguntza funtsezko faktore kulturala baita babes sozialerako eta laguntza psikosozialerako mekanismo gisa (Dumitrache, Rubio eta Cordón-Pozo, 2019). Bi norabideko harreman intimoak eta elkarrekiko harremanak sortzeko zailtasunek zahartze-prozesuan bakardadearen eragina areagotu dezakete ongizatearen nariaduran (Reynolds *et al.*, 2020). Aldi berean, harreman hori areagotu egin liteke baliabide gutxiagoko testuinguruetan, non estatus sozioekonomikoa (eta, bereziki, hezkuntza eta diru-sarrerak) esanguratsuagoa izango litzatekeen bakardadeak depresioan dituen ondorio negatiboak aurre egiteko (Li eta Zhao, 2021). Testuinguru horietan, hezkuntza eta diru-sarrera gehien dituzten pertsonak ez lirateke hain sentikorrek izango bakardadearen ondorio kaltegarrietarako.

Azterlan honen muga nagusia zeharkako diseinuari dagokio, bakardadearen aldaketek depresioan duten eragina aztertzea eragozten baitu, kontuan hartutako estatus sozioekonomikoaren dimentsioek kontrolatuta (hezkuntza eta zailtasun ekonomikoak). Testuinguru horretan, gainera, kontuan izan behar da bakardade-mailek denboran zehar gorabeherak izan ditzaketela. Awad, Shamay-Tsoory eta Palgi (2023) autoreek aldaketa hori astero gerta daitekeela iradokitzen dute. Azkenik, azterlan honetan erabilitako bakardade-eskala, oro har, neurri fidagarria eta baliozkoa da hainbat herrialdeetan. Hala ere, oraindik ere batzuek diote genero- edota kultura-desberdintasunek eragina izan dezaketela eskalako itemen erantzunean (Buz eta Pérez-Arechaederra, 2014).

5. Ondorioa

Muga horiek alde batera utzita, azterlan honek iradokitzen du bakardadeak —bereziki, bakardade emozionalak— azal dezakeela zer rol betetzen duten desberdintasun sozioekonomikoek heldu nagusien depresioan. Beraz, esku hartzeko planak diseinatzerakoan kontuan hartzea lagungarria izan daiteke kolektibo horrentzako osasun mentaleko gradiente soziala murrizteko. Ildo horretan, etorkizuneko ikerketek bakardadeak zahartze-prozesuan osasun-arloko desberdintasun sozialei buruzko eztabaidan jokatzeko duen rola hobeto uler dezakete, eta, bereziki, adinaren hipotesian, berdintzaile gisa.

Egileen ekarpenak

Egile guztiak nabarmen lagundu dute dokumentu hau egiterakoan. Gallardo-Peraltak, Sánchez-Morenok eta Barrón López de Roda-k azterlan honen plangintza eta garapenean parte hartu zuten. Sánchez-Morenok, Rivera Álvarezek eta Gallardo-Peralta-k laginak biltzen eta datuak aztertzen parte hartu zuten. Sanchez-Morenok eta Gallardo-Peralta-k eskuizkribuaren hasierako eta amaierako zirriborroa idatzi zuten. Egile guztiak lagundu zuten artikuluan, azken zirriborroa berrikusi zuten eta eskuizkribuaren bertsioa onartu zuten.

Finantzazioa

Lan honek Espainiako Gobernuaren, Estatuko Ikerketa Agentziaren, laguntza izan du. RandD + i Estatuko programa. Proiektuaren erreferentzia: PID2020-115993RB-I00.

Datuen erabilgarritasuna

Azterlan honetan sortutako edota aztertutako datu-multzoak oraingoz ez daude jendearen eskura, aldi baterako murrizketak direla eta, baina dagokion egileari eska dakizkioke.

Azalpenak

Interes-gatazkak

Egileek adierazten dute ez dutela interes-gatazkarik.

Onespen etikoa

Azterketaren protokoloa, prozedurak eta gogoetak barne, Unibertsitate Konplutentseko (Madril) Etika Berrikuspenerako Batzordeak onartu du (CE_20220217-14_SOC txostenaren erreferentzia). Parte-hartzaileei banaka jakinarazi zaie proposatutako azterlanaren izaera, arriskuak eta onurak, eta baimen informatuko inprimakiak sinatzeko eskatu zaizkie.

Argitaratzeko baimena

Ez da aplikatzen.

Aipatutako bibliografia

- ANTONUCCI, T. C. eta AKIYAMA, H. (1987): "An examination of sex differences in social support among older men and women", *Sex Roles*, 17. bol., 737.-749. or., <<https://doi.org/10.1007/BF00287685>>.
- ARIAS-DE LA TORRE, J. *et al.* (2021): "Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study", *Lancet Public Health*, 6. bol., 10. zb., e729.-e738. or., <[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00047-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00047-5)>.
- AUNG, K. (2017): "Loneliness among elderly in nursing homes", *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly and Disabled*, 2. bol., 72.-79. or.
- AWAD, R.; SHAMAY-TSOORY, S. G. eta PALGI, Y. (2023): "Fluctuations in loneliness due to changes in frequency of social interactions among older adults: a weekly based diary study", *International Psychogeriatrics*, 35. bol., 6. zb., 293.-303. or., <<https://doi.org/10.1017/S1041610223000133>>.
- AYALA, A. *et al.* (2012): "Psychometric properties of the functional Social Support Questionnaire and the loneliness scale in non-institutionalized older adults in Spain", *Gaceta Sanitaria*, 26. bol., 4. zb., 317.-324. or., <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.009>>.
- AYLAZ, R.; AKTÜRK, Ü.; ERCI, B.; ÖZTÜRK, H. eta ASLAN, H. (2012): "Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55. bol., 3. zb., 548.-554. or., <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>>.
- BIELDERMAN, A.; DE GREEF, M. H.; KRIJNEN W. P. eta VAN DER SCHANS, C. P. (2015): "Relationship between socioeconomic status and quality of life in older adults: a path analysis", *Quality of Life Research*, 24. bol., 7. zb., 1697.-1705. or., <<https://doi.org/10.1007/s11136-014-0898-y>>.
- BRINDA, E. M. *et al.* (2016): "Health, social, and economic variables associated with depression among older people in low and middle income countries: World Health Organization Study on Global AGEing and Adult Health", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24. bol., 12. zb., 1196.-1208. or., <<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.07.016>>.
- BUZ, J.; PÉREZ-ARECHAEDERRA, D. (2014): "Psychometric properties and measurement invariance of the Spanish version of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale", *International Psychogeriatrics*, 26. bol., 9. zb., 1553.-1564. or., <<https://doi.org/10.1017/S1041610214000507>>.
- CHERUVU, V. K. eta CHIYAKA, E. T. (2019): "Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample", *BMC Geriatrics*, 19. bol., 1. zb., 192, <<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1203-2>>.
- CHOI, E. Y.; FARINA, M. P.; ZHAO, E. eta AILSHIRE, J. (2023): "Changes in social lives and loneliness during COVID-19 among older adults: a closer look at the sociodemographic differences", *International Psychogeriatrics*, 35. bol., 6. zb., 305.-317. or., <<https://doi.org/10.1017/S1041610222001107>>.
- CURRAN, E.; ROSATO, M.; FERRY, F. eta LEAVEY, G. (2020): "Prevalence and factors associated with anxiety and depression in older adults: gender differences in psychosocial indicators", *Journal of Affective Disorders*, 267. bol., 114.-122. or., <<https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>>.
- DE JONG GIERVELD, J. (1998): "Review of loneliness: concept and definitions, determinants and

- consequences", *Reviews in Clinical Gerontology*, 8. bol., 1. zb., 73.-80.or., <<https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>>.
- DE JONG GIERVELD, J.; KEATING, N. eta FAST, J. E. (2015): "Determinants of loneliness among older adults in Canada", *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, 34. bol., 2. zb., 125.-136. or., <<https://doi.org/10.1017/S0714980815000070>>.
- DE JONG GIERVELD, J. eta VAN TILBURG, T. (2006): "A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: confirmatory tests on survey data", *Research on Aging*, 28. bol., 5. zb., 582.-598. or., <<https://doi.org/10.1177/0164027506289723>>.
- (2023): *Manual of the Loneliness Scale*, Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, <<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/U6GCK>>.
- DOMÈNECH-ABELLA J.; MUNDÓ, J.; HARO, J. M. eta RUBIO-VALERA, M. (2019): "Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: longitudinal associations from the Irish longitudinal study on Ageing (TILDA)", *Journal of Affective Disorders*, 24. bol. 6. zb., 82.-88. or., <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>>.
- DROST, M. A.; SNYDER, A. R.; BETZ, M. eta LOIBL, C. (2022): "Financial strain and loneliness in older adults", *Applied Economics Letters*, 31. bol., 9. zb., 845.-848. or., <<https://doi.org/10.1080/13504851.2022.2152421>>.
- DUMITRACHE, C. G.; RUBIO, L. eta CORDÓN-POZO, E. (2019): "Successful aging in Spanish older adults: the role of psychosocial resources", *International Psychogeriatrics*, 31. bol., 2. zb., 181.-191. or., <<https://doi.org/10.1017/S1041610218000388>>.
- ELSAYED, E. B. M.; ETREBY, R. R. E. eta IBRAHIM, A. A. W. (2019): "Relationship between social support, loneliness, and depression among elderly people", *International Journal of Nursing Didactics*, 9. bol., 1. zb., 1. art., <<https://doi.org/10.15520/ijnd.v9i01.2412>>.
- FREEMAN, A. *et al.* (2016): "The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe)", *BMC Public Health*, 16. bol., 1. zb., 1098, <<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3638-0>>.
- FRENKEL-YOSEF, M.; MAYTLES, R. eta SHRIRA, A. (2020): "Loneliness and its concomitants among older adults during the COVID-19 pandemic", *International Psychogeriatrics*, 32. bol., 10. zb., 1257.-1259. or., <<https://doi.org/10.1017/S1041610220003476>>.
- GALLARDO-PERALTA, L. P.; SÁNCHEZ-MORENO, E.; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. eta GARCÍA MARTÍN, M. (2023): "Studying loneliness and social support networks among older people: a systematic review in Europe", *Revista Española de Salud Pública*, 97. bol., e202301006.
- GONZÁLEZ ORTEGA, E.; PINEDO GONZÁLEZ, R.; VICARIO-MOLINA, I.; PALACIOS PICOS, A. eta ORGAZ BAZ, M. B. (2023): "Loneliness and associated factors among older adults during COVID-19 lockdown in Spain", *Journal of Applied Developmental Psychology*, 86. bol., 101547, <<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2023.101547>>.
- GREENFIELD, E. A. eta RUSSELL, D. (2011): "Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: evidence from the U.S. National Social Life, Health, and Aging Project", *Journal of Applied Gerontology*, 30. bol., 4. zb., 524.-534. or., <<https://doi.org/10.1177/0733464810364985>>.
- HOEBEL, J.; MASKE, U. E.; ZEEB, H. eta LAMPERT, T. (2017): "Social inequalities and depressive symptoms in adults: the role of objective and subjective socioeconomic status", *PLoS One*, 12. bol., 1. zb., e0169764, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169764>>.
- HOYL, M. T. *et al.* (1999): "Development and testing of a five-item version of the geriatric Depression Scale", *Journal of the American Geriatrics Society*, 47. bol., 7. zb., 873.-878. or., <<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb03848.x>>.
- JANSSON, A. H.; SAVIKKO, N.; KAUTIAINEN, H.; ROITTO, H. M. eta PITKÄLÄ, K. H. (2020): "Changes in prevalence of loneliness over time in institutional settings, and associated factors", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89. bol., 104043, <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104043>>.
- KAHN, J. R. eta PEARLIN, L. I. (2006): "Financial strain over the life course and health among older adults", *Journal of Health and Social Behavior*, 47. bol., 1. zb., 17.-31. or., <<https://doi.org/10.1177/002214650604700102>>.
- KEATING, N.; EALES, J. eta PHILLIPS, J. E. (2013): "Age-friendly rural communities: conceptualizing 'Best-Fit'", *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, 32. bol., 4. zb., 319.-332. or., <<https://doi.org/10.1017/S0714980813000408>>.
- LI, Y. eta ZHAO, D. (2021): "Education, neighbourhood context and depression of elderly Chinese", *Urban Studies*, 58. bol., 16. zb., 3354-3370. or., <<https://doi.org/10.1177/0042098021989948>>.
- LORANT, V. *et al.* (2003): "Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis", *American Journal of Epidemiology*, 157. bol., 2. zb., 98.-112. or., <<https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>>.
- MACDONALD, S. J.; NIXON, J. eta DEACON, L. (2018): "'Loneliness in the city': examining socioeconomics, loneliness and poor health in the North East of England", *Public Health*, 165. bol., 88.-94. or., <<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.09.003>>.
- MARSHALL, G. L.; KAHANA, E.; GALLO, W. T.; STANSBURY, K. L. eta THIELKE, S. (2021): "The price of mental well-being in later life: the role of financial hardship and debt", *Aging and Mental Health*, 25. bol., 7. zb., 1338.-1344. or., <<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758902>>.
- MENDES DE LEON, C. F.; RAPP, S. S. eta KASL, S. V. (1994): "Financial strain and symptoms of depression in a community sample of elderly men and women: a longitudinal study", *Journal of Aging and Health*, 6. bol., 4. zb., 448.-468. or., <<https://doi.org/10.1177/089826439400600402>>.
- MIROWSKY, J. eta ROSS, C. E. (1990): "Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes", *Journal of Health and Social Behavior*, 31. bol., 1. zb., 71.-86. or.

- MOHEBBI, M. *et al.* (2019): "Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34. bol., 8. zb., 1208-1016. or., <<https://doi.org/10.1002/gps.5119>>.
- MURCHLAND, A. R.; ENG, C. W.; CASEY, J. A.; TORRES, J. M. *et al.* MAYEDA, E. R. (2019): "Inequalities in elevated depressive symptoms in middle-aged and older adults by rural childhood residence: the important role of education", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34. bol., 11. zb., 1633-1641. or., <<https://doi.org/10.1002/gps.5176>>.
- NYBERG, A. M.; PERISTERA, P.; MAGNUSSON HANSON, L. L. *et al.* WESTERLUND, H. (2019): "Socio-economic predictors of depressive symptoms around old age retirement in Swedish women and men", *Aging & Mental Health*, 23. bol., 5. zb., 558-565., <<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1430741>>.
- ORTEGA ORCOS, R.; SALINERO FORT, M. A.; KAZEMZADEH KHAJOU, A.; VIDAL APARICIO, S. *et al.* DE DIOS DEL VALLE, R. (2007): "Validation of 5 and 15 items Spanish version of the Geriatric Depression Scale in elderly subjects in primary health care setting" *Revista Clínica Española*, 207. bol., 11. zb., 559-562. or., <<https://doi.org/10.1157/13111585>>.
- PERLMAN, D. *et al.* PEPLAU, L. A. (1981): "Toward a social psychology of loneliness", in GILMOUR, R. *et al.* DUCK, S. (ed.), *Personal relationships in disorder*, Londres, Academic, 83-95. or.
- (1998): "Loneliness", in FRIEDMAN, H. S. (ed.), *Encyclopedia of Mental Health*, 2. bol., San Diego, Academic Press, pp. 571-581.
- PINQUART, M. *et al.* SORENSEN, S. (2001): "Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis", *Basic and Applied Social Psychology*, 23. bol., 4. zb., 245-266. or., <https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2>.
- PUDROVSKA, T.; SCHIEMAN, S.; PEARLIN, L. I. *et al.* NGUYEN, K. (2005): "The sense of mastery as a mediator and moderator in the association between economic hardship and health in late life", *Journal of Aging and Health*, 17. bol., 5. zb., 634-660. or., <<https://doi.org/10.1177/0898264305279874>>.
- REYNOLDS, R. M.; MENG, J. *et al.* DORRANCE HALL, E. (2020): "Multilayered social dynamics and depression among older adults: a 10-year cross-lagged analysis", *Psychology and Aging*, 35. bol., 7. zb., 948-962. or., <<https://doi.org/10.1037/pag0000569>>.
- RICHARDSON, R. A.; KEYES, K. M.; MEDINA, J. T. *et al.* CALVO, E. (2020): "Sociodemographic inequalities in depression among older adults: cross-sectional evidence from 18 countries", *Lancet Psychiatry*, 7. bol., 8. zb., 673-681. or., <[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30151-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30151-6)>.
- ROBERT, S. A. *et al.* (2009): "Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the national health measurement study", *The Journals of Gerontology: Series B*, 64. bol., 3. zb., 378-389. or., <<https://doi.org/10.1093/geronb/gbp012>>.
- ROBINE, J. M.; JAGGER, C. *et al.* EURO-REVES GROUP (2003): "Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project", *European Journal of Public Health*, 13. bol., 1. hegh., 6-14. or., <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.6>.
- RODDA, J.; WALKER, Z. *et al.* CARTER, J. (2011): "Depression in older adults", *BMJ*, 343. bol., d5219, <<https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>>.
- RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C.; AYALA-GARCÍA, A.; FORJAZ, M. J. *et al.* GALLARDO-PERALTA, L. P. (2021): "Validation of the De Jong Gierveld Loneliness Scale, 6-item version, in a multiethnic population of Chilean older adults", *Australasian Journal on Ageing*, 40. bol., 2. zb., e100-e108. or., <<https://doi.org/10.1111/ajag.12893>>.
- ROKACH, A. (2019): *The psychological journey to and from loneliness: development causes, and effects of social and emotional isolation*, Londres, Academic Press.
- RUSSELL, D. W. *et al.* CUTRONA, C. E. (1991): "Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model", *Psychology and Aging*, 6. bol., 2. zb., 190-201. or., <<https://doi.org/10.1037//0882-7974.6.2.190>>.
- RUTLAND-LAWES, J.; WALLINHEIMO, A. S. *et al.* EVANS, S. L. (2021): "Risk factors for depression during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study in middle-aged and older adults", *BJPsych Open*, 7. bol., 5. zb., e161, <<https://doi.org/10.1192/bjo.2021.997>>.
- SÁNCHEZ RODRIGUEZ, M. M.; DE JONG GIERVELD, J. *et al.* BUZ, J. (2014): "Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands", *Ageing & Society*, 34. bol., 2. zb., 330-354. or., <<https://doi.org/10.1017/S0144686X12000839>>.
- SÁNCHEZ-MORENO, E. *et al.* GALLARDO-PERALTA, L. P. (2021): "Income inequalities, social support and depressive symptoms among older adults in Europe: a multilevel cross-sectional study", *European Journal of Ageing*, 19. bol., 3. zb., 663-675. or., <<https://doi.org/10.1007/s10433-021-00670-2>>.
- SCHNITTKER, J. (2004): "Education and the changing shape of the income gradient in health", *Journal of Health and Social Behavior*, 45. bol., 3. zb., 286-305. or., <<https://doi.org/10.1177/002214650404500304>>.
- SEEMAN, T. *et al.* (2008): "Education, income and ethnic differences in cumulative biological risk profiles in a national sample of US adults: NHANES III (1988-1994)", *Social Science & Medicine*, 66. bol., 1. zb., 72-87. or., <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.027>>.
- SOLMI, M.; VERONESE, N. *et al.* GALVANO D, *et al.* (2020): "Factors associated with loneliness: an umbrella review of observational studies", *Journal of Affective Disorders*, 271. bol., 131-138. or., <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.075>>.
- SUN, F.; HILGEMAN, M. M.; DURKIN, D. W.; ALLEN, R. S. *et al.* BURGIO, L. D. (2009): "Perceived income inadequacy as a predictor of psychological distress in Alzheimer's caregivers", *Psychology and Aging*, 24. bol., 1. zb., 177-183. or., <<https://doi.org/10.1037/a0014760>>.

- TANSKANEN, J. eta ANTTILA, T. (2016): "A prospective study of social isolation, loneliness, and mortality in Finland", *American Journal of Public Health*, 106. bol., 11. zb., 2042.-2048. or., <<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303431>>.
- VAN AS, B. A. L.; IMBIMBO, E.; FRANCESCHI, A.; MENESINI, E. eta NOCENTINI, A. (2022): "The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review", *International Psychogeriatrics*, 34. bol., 7. zb., 657.-669. or., <<https://doi.org/10.1017/S1041610221000399>>.
- WELS, J. (2020): "Assessing the impact of partial early retirement on self-perceived health, depression level and quality of life in Belgium: a longitudinal perspective using the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)", *Ageing & Society*, 40. bol., 3. zb., 512.-536. or., <<https://doi.org/10.1017/S0144686X18001149>>.
- WILLSON, A. E.; SHUEY, K. M. eta ELDER, G. H. (2007): "Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health", *American Journal of Sociology*, 112. bol., 6. zb., 1886.-1924. or., <<https://doi.org/10.1086/512712>>.
- XUE, Y. et al. (2021): "The relationship between socioeconomic status and depression among the older adults: the mediating role of health promoting lifestyle", *Journal of Affective Disorders*, 285. bol., 22.-28. or., <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.085>>.

La respuesta social a las mujeres mayores víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Euskadi

Iratxe Herrero Zarate

Y-logika, Investigación Social Aplicada
iratxe@y-logika.com

Carlos Díaz de Argandoña Fernández

Y-logika, Investigación Social Aplicada
carlos@y-logika.com

Genero-indarkeriaren biktima diren 65 urteko eta gehiagoko emakumeak ez dira oso agerikoak gizartean, eta ez dute presentzia handirik arreta-baliabideetan. Opakutasun horrek biktima gisa duten berezitasuna ezagutzea oztopatzen du, eta zaurgarritasun bereziko egoeran jartzen ditu. Testuinguru horretan, ikusten dugu gizarte-sistemaren erantzuna ez dagoela behar bezala egokituta adineko biktima horien berezitasunera. Hainbat faktorek eragiten dute egoera hori, hala nola, emakume horiek ez dituztela baliabideak ezagutzen, haien kasuak antzematea zailagoa dela, eta, biktima gazteagoekin alderatuta, baliabideetara iristea eta arreta-prozesuan mantentzea ere zailagoa egiten zaiela. Era berean, identifikatu dugu elkarteek zeregin garrantzitsua dutela adineko biktima horiei emandako gizarte-erantzunean.

Gako-hitzak:

Genero-indarkeria, biktima, adineko emakumeak, zaurgarritasuna, biktimentzako arreta-arloko baliabideak, gerontokriminologia.

Las mujeres víctimas de violencia de género de 65 y más años son un grupo poco visible en la sociedad y su presencia en los recursos de atención es escasa. Esta opacidad favorece el desconocimiento de su singularidad como víctimas, lo que las sitúa en una situación de especial vulnerabilidad. En este contexto, se observa que la respuesta del sistema social no está suficientemente adaptada a la singularidad de estas víctimas mayores, por diferentes factores, por ejemplo, que los recursos son desconocidos para ellas, que sus casos son más difíciles de detectar, y que acceder a los recursos y mantenerse en el proceso de atención les supone más dificultades en comparación con víctimas más jóvenes. Se detecta también que las asociaciones tienen un papel relevante en la respuesta social dada a estas víctimas mayores.

Palabras clave:

Violencia de género, víctima, mujeres mayores, vulnerabilidad, recursos de atención a la víctima, gerontocriminología.

1. Presentación

Este artículo es un extracto del informe *Violencia de género y mujeres mayores en la Comunidad Autónoma de Euskadi: visibilizando una vulnerabilidad opaca*, correspondiente a la investigación realizada por el equipo que firma este artículo para Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer en el marco de las becas de investigación de la convocatoria de 2021¹. En concreto, se enmarca en la beca destinada a analizar situaciones y desigualdades en los colectivos de mujeres en riesgo de discriminación múltiple, especialmente en el acceso a recursos sociales, económicos y de seguridad.

La investigación se centra en el análisis de la violencia de género entendida como la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de los hombres en un contexto de pareja o expareja, en los términos que recoge la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. La población objeto de estudio son las mujeres mayores víctimas de violencia de género de Euskadi. A efectos de esta investigación, se entiende por mujeres mayores aquellas que tienen 65 y más años.

El objetivo de este artículo es presentar los resultados más relevantes de la respuesta social dada al fenómeno de la violencia de género hacia las mujeres mayores en Euskadi. Para ello, se sigue la estructura del capítulo correspondiente del informe y se complementa con las propuestas de actuación específicamente relacionadas con dicha respuesta social. Dada la diferencia entre la fecha de realización de la investigación y la de esta publicación, conviene mencionar que la información presentada en este artículo corresponde a la analizada en el citado informe.

Asimismo, para enmarcar la información sobre esta respuesta social en el conjunto de la investigación, se presenta también en este artículo una breve contextualización en lo que respecta a su pertinencia, enfoque y metodología, así como una breve descripción de las características más relevantes de las mujeres mayores víctimas de violencia de género.

2. Contextualización de la investigación: pertinencia, enfoque y metodología

La violencia de género es un fenómeno social que genera un interés social creciente; sin embargo, las mujeres mayores víctimas todavía son poco visibles en los registros, en el imaginario colectivo, en los recursos de atención, en las políticas públicas y en los medios de comunicación. Esta opacidad

coloca a estas mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad social en comparación con las víctimas más jóvenes; por esta razón, el análisis de su victimización resulta imprescindible para dar una respuesta adecuada a sus necesidades singulares como víctimas, garantizando su seguridad y su calidad de vida. Asimismo, en el momento de plantear la investigación no se identificaron estudios específicos de esta naturaleza en Euskadi entre la producción científica publicada, lo que supuso una razón añadida para reforzar la pertinencia de este análisis.

La investigación se orienta a estudiar los tres factores que confluyen en este fenómeno, la violencia, el género y la edad, desde el enfoque innovador de la gerontocriminología² con perspectiva de género. Este concepto se define como “el estudio del delito en relación con las personas mayores, tanto cuando son víctimas del mismo como cuando lo cometen” (Herrero Zarate, 2016: 35-36). Desde este enfoque, se analiza, en el caso concreto de la violencia de género, el carácter específico de dicho fenómeno en el grupo de mujeres de 65 y más años, entendiéndose que esta especificidad viene dada por que dichas mujeres se encuentran en una etapa vital —la vejez— en la que confluyen factores asociados a la dimensión biológica de aquella (la edad, la salud) y factores asociados a ese grupo etario como generación y desde una perspectiva de género, entre otros, la socialización recibida, así como sus valores, expectativas y estilos de vida. Estos aspectos, en su conjunto, son los que proporcionan a estas mujeres mayores una singularidad victimológica que las diferencia de otras víctimas más jóvenes y que las sitúa en una posición de especial vulnerabilidad.

La metodología empleada ha sido fundamentalmente cualitativa, complementada con metodología cuantitativa en lo referido a los datos estadísticos. La hipótesis de trabajo se ha planteado de este modo: las mujeres de 65 y más años víctimas de violencia de género tienen unos procesos específicos de victimización, como resultado de la interacción del género y la edad, que las sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad ante el fenómeno de la violencia de género en comparación con otras víctimas más jóvenes. Asimismo, se han determinado los siguientes objetivos generales:

- Caracterizar el fenómeno de la violencia de género contra las mujeres mayores.
- Conocer la respuesta social dada a las víctimas mayores de violencia de género.
- Establecer propuestas de actuación que reduzcan la vulnerabilidad de las mujeres mayores víctimas de violencia de género.

¹ Informe disponible en la página web de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer (<https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_bekak/es_def/adjuntos/beca_2021_3.pdf>).

² Neologismo acuñado por Iratxe Herrero Zarate en 2015, premiado en 2016 con la Mención Especial del I Premio a la Innovación Criminológica otorgado por la Sociedad Española de Criminología.

3. Las mujeres mayores víctimas de violencia de género en Euskadi

Se estima³ que, aproximadamente, una de cada cuatro mujeres de 65 y más años (23,4%) son o han sido víctimas de violencia de género a lo largo de su vida; en cifras absolutas, ello supondría en Euskadi 67.559 mujeres mayores. Asimismo, un 5,7% de las mujeres de 65 y más años siguen siendo víctimas de esta violencia, situación en la que se encontrarían 16.456 mujeres de esta franja de edad de Euskadi.

La confluencia de los factores biológicos y generacionales —anteriormente identificados desde el enfoque gerontocriminológico— otorga a estas mujeres una singularidad que puede describirse, entre otras, a través de las siguientes características que las diferencian de víctimas más jóvenes:

- Asumen y normalizan la violencia, cronicada tras largas historias de victimización, desarrollando diferentes estrategias para adaptarse a esta experiencia y mantener la relación de pareja que, en la mayoría de los casos, finaliza cuando la víctima o el maltratador fallecen.
- No se identifican con el papel de víctima, situación retroalimentada por que su figura no está tan presente en las campañas públicas y en los medios de comunicación, como sucede con las víctimas más jóvenes.
- Visibilizan menos su situación y solicitan menos ayuda en los recursos, lo que, entre otros efectos, provoca que sean en su mayoría víctimas poco conocidas para el sistema de atención.
- Encuentran más obstáculos para cesar la relación de pareja, por diferentes motivos, entre los que adquieren especial relevancia los siguientes: su estado de salud física, psicológica y social está más deteriorado; tienen más dificultades para lograr independencia económica y acceder a una vivienda; es más frecuente que se encuentren en situaciones de dependencia —tanto cuando ellas mismas son las personas a cuidar como cuando son ellas las cuidadoras de sus parejas maltratadoras—; su socialización como generación les ha inculcado la denominada “cultura del aguantar” y, desde la perspectiva de género, les ha asignado el papel de esposa y madre, vinculado al mantenimiento de la familia para lograr su prestigio social como mujeres.

³ Las estimaciones se han realizado tomando como referencia los datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019, con las cautelas metodológicas necesarias por razón geográfica y temporal, tal y como se explica con más detalle en el informe de la investigación.

4. La respuesta social a las mujeres mayores víctimas de violencia de género en Euskadi

El análisis de esta respuesta social se centra en los aspectos más destacados de estas mujeres como usuarias de los recursos de la red formal de atención, en la respuesta dada por estos recursos —incluyendo los dirigidos a la población general, a las víctimas de violencia de género y a las personas mayores— y en el papel desempeñado por las asociaciones.

4.1. Las mujeres mayores víctimas usuarias de los recursos de la red formal de atención

4.1.1. Las mujeres mayores usuarias en cifras

La presencia de las mujeres mayores víctimas de violencia de género en los diferentes recursos de la red formal de atención se analiza con datos del número de mujeres usuarias en cada recurso, de su distribución por edad y de la proporción que representan sobre el total de usuarias (tabla 1).

En general, se observa que el número de estas mujeres mayores en los diferentes recursos es muy escaso en comparación con la cifra teórica estimada de víctimas en Euskadi que se ha señalado anteriormente. Los aspectos más relevantes en cuanto a la distribución de estas mujeres usuarias en estos recursos son los siguientes:

- El servicio de información y atención a mujeres víctimas de violencia doméstica o por razón de sexo es el recurso en el que se observa una mayor presencia de estas víctimas (216 mujeres), si bien es necesario indicar que la información ofrecida por este servicio corresponde a un intervalo de edad más amplio que el acotado en la investigación, al incluir a las mujeres de 60 y más años.
- Otros recursos con mayor presencia de estas mujeres son, por este orden, el servicio de atención a la víctima (102 mujeres), la atención sanitaria primaria (80 mujeres), la Ertzaintza (55 victimizaciones⁴) y el servicio de teleasistencia (45 mujeres).
- La menor presencia de estas mujeres se registra en los recursos relacionados con la economía y el empleo: intermediación laboral (6 mujeres), renta de garantía de ingresos (5 mujeres), ayuda económica de pago único (4 mujeres) y pensión complementaria de vivienda (2 mujeres).

Complementando la información anteriormente analizada, y en relación con los datos específicos de victimizaciones, se observa que del total de mujeres de 65 y más años en los que se conoce el daño recibido

⁴ Las victimizaciones son los casos conocidos, no el número de víctimas.

Tabla 1. Mujeres de 65 y más años víctimas de violencia de género usuarias de recursos: total, datos de edad y proporción sobre el total de víctimas de violencia de género usuarias de recursos. Euskadi, 2021

	Mujeres víctimas 65 y más años	Distribución por grupos edad (%)		Edad media (años)	Proporción sobre total de mujeres víctimas (%)
		65-79 años	≥ 80 años		
Ámbito psicosocial					
Servicio de información y atención a mujeres víctimas de violencia doméstica o por razón de sexo-SATEVI ^a	216	—	—	—	10,0
Teleasistencia	45	46,6	53,4	77,0	—
Programa de intervención familiar a mujeres víctimas de violencia doméstica	8	100,0	0,0	—	9,8
Servicio Foral Esnatu de atención psicológica en supuestos de maltrato y agresiones sexuales ^b	30	83,3	16,6	—	6,6
Ámbito sanitario					
Atención primaria	80	81,5	18,5	74,4	11,1
Atención especializada	5	80,0	20,0	72,8	7,1
Urgencias hospitalarias	10	90,0	10,0	70,8	2,2
Ámbito policial					
Ertzaintza ^c	55	81,8	18,2	—	1,4
Policía Local de Vitoria-Gasteiz ^d	18	70,8	29,1	75,8	4,9
Policía Local de Bilbao ^d	1	100,0	0,0	75,0	0,5
Ámbito jurídico y judicial					
Servicio de atención a la víctima	102	71,6	28,4	—	5,4
Procedimiento abierto ^e	33	57,6	42,4	—	1,9
Ámbito económico y laboral					
Ayuda económica de pago único ^f	4	100,0	0,0	73,2	1,4
Renta de garantía de ingresos ^g	5	100,0	0,0	65,4	0,4
Intermediación laboral ^g	6	100,0	0,0	65,4	0,3
Pensión complementaria de vivienda ^g	2	100,0	0,0	66,5	0,3

—: datos no disponibles. ^a Datos de mujeres de 60 y más años. ^b Programas de la Diputación Foral de Bizkaia. ^c Datos de victimizaciones. No se calcula la edad media, al no corresponder al número de mujeres. ^d Datos de casos que llevan estas Policías directamente. ^e Mujeres con algún procedimiento abierto. ^f Datos de número de ayudas concedidas a víctimas de 65 y más años y edad media de las mujeres. ^g Datos de Lanbide. **Fuente:** elaboración propia a partir de datos recibidos de los recursos. Las fuentes de los datos que aparecen en esta tabla se detallan en el capítulo de fuentes consultadas del informe del que se extrae la información de este artículo.

registrados por la Ertzaintza en 2021, el 82,2% son casos en los que la víctima ha resultado ilesa y el 17,8% restante son casos con resultado de heridas leves, sin que se hayan registrado casos de lesiones graves o con resultado de muerte. En cuanto a las víctimas mortales, también la proporción de mujeres mayores es notablemente menor en comparación con víctimas más jóvenes: entre 2002 y 2022, fueron asesinadas 2 mujeres mayores, lo que representa el 5,8% del total de las mujeres víctimas mortales del mismo periodo. Estas cifras pueden deberse a que, en la vejez, la violencia cambia en cuanto a su tipología, intensidad y frecuencia, adquiriendo un carácter más psicológico y menos físico.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, se han diferenciado dos intervalos: de 65 a 79 años, también denominado tercera edad; y de 80 años en adelante, denominado cuarta edad. Los resultados más destacados son los siguientes:

- La mayor proporción de mujeres usuarias de estos recursos corresponde al intervalo etario más joven, de 65 a 79 años. Su presencia es más destacada en los recursos económicos y de empleo —en los que suponen el total de las mujeres mayores usuarias— y en los recursos sanitarios y policiales, con porcentajes iguales o superiores al 70%.

- La distribución por grupos de edad es más equilibrada en el servicio de teleasistencia, en el que las mujeres de la tercera edad representan el 46,6% y las de la cuarta edad el 53,4%.
- La edad media de estas mujeres usuarias oscila entre los 65,4 y los 77 años, lo cual refleja el mayor peso del grupo de la tercera edad en el conjunto de los recursos.
- La mayor presencia de mujeres de la tercera edad es una tendencia creciente en los últimos años, posiblemente porque representan a una generación con una mayor conciencia sobre su situación de víctimas, que también ha recibido una socialización diferente a las mujeres de la cuarta edad en los aspectos referidos a la relación de pareja.
- La menor presencia de las mujeres de la cuarta edad podría deberse a la influencia de la socialización recibida y la cronificación de la violencia, que dificulta su capacidad de identificarse como víctimas y de solicitar ayuda. Otro factor explicativo sería el hecho de que, a esta edad, y por la mayor esperanza de vida de las mujeres, es más frecuente que sean viudas, por lo que, al no existir el vínculo de pareja, ya no sentirían la necesidad de recurrir a estos recursos, aunque siguieran sufriendo las consecuencias de

la victimización a la que han estado expuestas a lo largo de su vida.

Finalmente, por lo que respecta a la proporción que estas víctimas mayores representan sobre el total de las mujeres víctimas que acuden a estos recursos⁵, se observan los siguientes resultados:

- La presencia de estas mujeres es notablemente inferior a las víctimas de edades más jóvenes. Esta menor presencia es una tendencia sostenida en el tiempo, observada en el análisis evolutivo realizado en la investigación con datos⁶ referidos al intervalo comprendido entre 2015 y 2021.
- Estas víctimas mayores están más presentes en recursos de salud —de manera más destacada, en la atención sanitaria primaria (11,1%)— y en aquellos de tipo psicosocial y de asesoramiento jurídico. Por el contrario, los recursos en los que su presencia es menor corresponden a los recursos policiales y, de manera más notoria, a aquellos del

ámbito económico y de empleo, con porcentajes inferiores al 3%.

La distribución geográfica de estas mujeres mayores víctimas se analiza en función de su proporción en cada territorio histórico y sobre el total de víctimas de cada uno de ellos (tabla 2).

Los resultados más relevantes son los siguientes:

- La distribución por territorio histórico coincide mayoritariamente con el reparto de la población general, siguiendo este orden, de mayor a menor proporción: Bizkaia, Gipuzkoa y Álava.
- No se observan diferencias de relevancia en cuanto a la proporción de mujeres mayores víctimas en cada territorio histórico.
- Las diferencias observadas en el servicio de atención a la víctima y en la atención sanitaria primaria requerirían de un estudio más específico para identificar sus causas.

Tabla 2. Mujeres de 65 y más años víctimas de violencia de género usuarias de recursos: distribución por territorio histórico y porcentaje sobre total de víctimas de violencia de género usuarias de recursos de cada territorio histórico. Euskadi, 2021 (%)

	Distribución por territorio ¹			Distribución sobre el total de víctimas en cada territorio ⁹		
	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa
Ámbito psicosocial						
SATEVI ¹⁰	17,6	62,0	20,4	10,6	10,5	8,3
Teleasistencia	15,5	55,5	29,0	—	—	—
Ámbito sanitario						
Atención primaria	5,0	61,3	33,7	6,1	13,6	9,8
Atención especializada	0,0	60,0	40,0	0,0	6,5	15,3
Urgencias hospitalarias	22,2	44,4	33,4	2,2	1,6	3,1
Ámbito policial						
Ertzaintza ¹¹	16,4	61,8	21,8	1,6	1,6	1,0
Ámbito jurídico y judicial						
Servicio de atención a la víctima	18,6	47,1	34,3	6,1	3,9	9,7
Procedimiento abierto ¹²	15,1	66,6	18,3	1,9	2,2	1,5
Ámbito económico y laboral						
Ayuda económica de pago único ¹³	75,0	0,0	25,0	5,2	0,0	1,3
Renta de garantía de ingresos ¹⁴	20,0	80,0	0,0	0,5	0,5	0,0
Intermediación laboral ¹⁵	16,6	66,8	16,6	0,3	0,4	0,2
Pensión complementaria vivienda ¹⁶	0,0	100,0	0,0	0,0	0,6	0,0

¹ Servicio de información y atención a mujeres víctimas de violencia doméstica o por razón de sexo. ² Datos de mujeres de 60 y más años. ³ Datos de victimizaciones. ⁴ Mujeres con algún procedimiento abierto. ⁵ Datos del número de ayudas concedidas a víctimas de 65 y más años. ⁶ Datos de Lanbide. ⁷ Porcentaje horizontal sobre el total de víctimas de 65 y más años de Euskadi. ⁸ Porcentaje de víctimas de 65 y más años sobre el total de víctimas de cada territorio histórico.

Fuente: elaboración propia a partir de datos recibidos de los recursos. Las fuentes de los datos que aparecen en esta tabla se detallan en el capítulo de fuentes consultadas del informe del que se extrae la información de este artículo.

⁵ Esta información no se muestra en el servicio de teleasistencia, debido a que la población de referencia son las personas mayores en conjunto, no solo las mujeres víctimas, por lo que no pueden obtenerse porcentajes comparables con el resto de cifras.

⁶ Esta información hace referencia al cuadro 4 del capítulo 5 del informe, donde pueden consultarse los datos detallados.

4.1.2. Algunas características de estas mujeres mayores víctimas como usuarias

La solicitud de ayuda es una decisión especialmente complicada para las víctimas mayores, porque la influencia de algunos factores es más intensa en este grupo de edad. Estos factores son, principalmente, la socialización recibida, la cronificación de la violencia y su normalización, así como ciertas dificultades asociadas a la etapa de la vejez, por ejemplo, en relación con el acceso a una vivienda o al mercado laboral como vía para conseguir su independencia económica, o en lo que respecta a la propia imagen de la vejez asociada a una etapa en la que socialmente no se espera que las personas realicen cambios vitales significativos. En este contexto, las mujeres de 65 y más años víctimas de violencia de género que deciden solicitar ayuda requieren de un proceso de adaptación que no siempre deriva en el acceso al sistema de atención, siendo frecuente que su recorrido alcance únicamente la fase de solicitud de información.

La demanda de ayuda supone un cambio cualitativo significativo en la vida de estas víctimas mayores, que les provoca un importante coste emocional —especialmente si el acceso al sistema de atención se realiza por el procedimiento de urgencia—, en un momento vital en el que son especialmente vulnerables. Asimismo, una vez que han iniciado el proceso, para muchas de ellas resulta complicado mantenerse en dicho proceso, por los efectos que la cronificación de la violencia ha generado en su autoestima y en su capacidad de tomar decisiones, lo que les dificulta realizar cambios en su vida.

Aquellas que solicitan ayuda muestran una mayor dificultad de lo observado en víctimas de menor edad a la hora de verbalizar de manera explícita su situación de víctimas y sus necesidades. También son más intensos en estas víctimas mayores los sentimientos de culpa y fracaso vital, al sentir que no han cumplido las expectativas sociales asignadas en la socialización a su papel de mujeres.

Durante este proceso de ayuda, para estas mujeres mayores es fundamental sentirse escuchadas —posiblemente por el silencio al que esta generación ha sido abocada en el entorno social y familiar—, necesidad que priorizan frente a otros aspectos relacionados con el proceso de salida de la violencia. De algún modo, para ellas, la escucha es un reconocimiento, por lo que resulta un aspecto clave en la respuesta dada a estas víctimas que requiere de una relación de confianza con estas mujeres construida con tiempo de atención y con espacios adecuados para la comunicación.

Las demandas más frecuentes de estas mujeres se orientan a la mejora de su bienestar físico y psicológico, a lograr una mayor independencia emocional y a recuperar el espacio vital. Resulta destacable que muchas de ellas quieren conseguir estos objetivos sin romper el vínculo de pareja; por

esa razón, también suele ser frecuente en las víctimas de esta edad que demanden ayuda para cambiar el comportamiento del maltratador y que manifiesten una especial preocupación por las consecuencias que pudiera tener en sus parejas las decisiones que ellas tomen si solicitan, por ejemplo, atención policial o judicial. Este deseo de mantener la relación es uno de los aspectos más destacados en los que necesitan ser comprendidas. Se identifican varios factores explicativos de este comportamiento, entre los que destacan las dificultades económicas para iniciar una nueva etapa sin pareja o la necesidad de mantener la relación y la familia para cumplir con el papel aprendido sobre su identidad como mujeres y de mantenerse en su vivienda, su hogar, que para ellas representa su espacio vital.

4.2. Los recursos de la red formal de atención

4.2.1. Medidas y recursos específicos para mujeres mayores víctimas

En el marco normativo que ampara a las víctimas de violencia de género, no existe legislación específica para estas víctimas mayores, pero sí se han desarrollado algunas medidas en diferentes normas estatales y autonómicas que consideran a estas mujeres mayores colectivos vulnerables y promueven el desarrollo de estudios, medidas y recursos adaptados a sus necesidades tanto en el ámbito de la violencia como en los servicios sociales. Asimismo, se las considera un grupo prioritario en el acceso a recursos de vivienda, tanto en el caso de las viviendas protegidas como en las residencias de personas mayores.

En el ámbito de la intervención social, se han identificado dos programas específicos para mujeres mayores víctimas de violencia de género:

- El programa "Las mayores tenemos voz"⁷. Sus objetivos son la prevención, detección e intervención dirigido principalmente a mujeres mayores de 60 años que sufran o hayan sufrido violencia de su pareja o expareja.
- El programa "Sare morea"⁸. Sus objetivos son, entre otros, identificar y conocer el alcance de las violencias cometidas contra las mujeres mayores.

4.2.2. La atención a mujeres mayores víctimas: aspectos relevantes

El análisis de la atención ofrecida por la red formal de atención a las mujeres de 65 y más años víctimas de violencia de género muestra que las cuestiones más relevantes se relacionan con el grado de

⁷ Programa desarrollado desde 2018, promovido por EDE-Suspergintza, que cuenta con el apoyo del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.

⁸ Programa desarrollado desde 2017, gestionado por Cruz Roja y subvencionado por Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.

conocimiento de los recursos, la identificación de los casos y ciertos aspectos referidos al proceso de atención. Las conclusiones más destacadas en cada uno de estos ámbitos son las siguientes:

1. Conocimiento de los recursos

- Estas víctimas mayores tienen un alto grado de desconocimiento de los recursos, tanto de los de carácter general como de los específicos en materia de violencia de género, así como de la labor realizada por las asociaciones.
- Son varias las razones que explicarían este desconocimiento; principalmente, el aislamiento social en que viven estas mujeres, el hecho de que la comunicación de los recursos no se realice en los espacios frecuentados por ellas y que se utilicen para dicha comunicación las nuevas tecnologías, con las que estas víctimas mayores no están familiarizadas.
- El desconocimiento de los recursos provoca un efecto más negativo cuando se trata de recursos generales que suponen la puerta de entrada al sistema de atención. Este asunto es especialmente relevante si el desconocimiento afecta a los servicios sociales de base, por su función clave en el acceso al resto de los recursos generales y especializados. En el caso de los recursos de atención especializada, el efecto del desconocimiento inicial no es tan relevante, ya que en los propios recursos de atención general se informa sobre ellos.

2. Identificación de casos

La identificación de casos —fundamental para comenzar la atención y derivar a las mujeres víctimas a los recursos correspondientes— resulta notablemente más compleja en el caso de las mujeres mayores víctimas que en el caso de las más jóvenes y presenta una serie de características singulares asociadas a los siguientes aspectos:

- a. Los recursos en los que se detectan los casos**
- Las víctimas mayores de violencia de género no acuden a los recursos identificándose como víctimas, por lo que, para la detección de los casos en este grupo etario, resulta fundamental el papel desempeñado por los equipos profesionales de los recursos a los que acuden estas mujeres mayores por razones diferentes a las situaciones de violencia (necesidad de cuidados para ellas o sus parejas, problemas de salud).
 - Entre estos recursos a los que las mujeres mayores acuden con más frecuencia, adquieren una relevancia especial los centros de salud de atención primaria y los recursos de atención directa para personas mayores, como es el caso del servicio de ayuda a domicilio o el servicio de teleasistencia, que resultan espacios

idóneos para establecer una relación de confianza que facilite la detección de los casos.

- Por el contrario, no suele ser tan habitual la identificación de casos en otros recursos específicos para personas mayores, como los centros de día o las residencias, o cuando estas personas están cuidadas en su hogar por familiares o por personas contratadas de manera privada. Los posibles factores explicativos requerirían de un análisis más exhaustivo, que no ha podido realizarse durante la investigación debido a las dificultades para acceder a este tipo de recursos y de perfiles de personas cuidadoras.
- b. Las dificultades para identificar los casos**
- La narración que realizan estas mujeres mayores de su experiencia como víctimas no es tan explícita ni tan estructurada en su exposición como la que realizan las mujeres más jóvenes. Asimismo, tienden a normalizar la violencia y a minimizar sus efectos, con un relato más emocional que ordenado en el tiempo. La dificultad que este estilo narrativo supone para establecer una identificación del caso adquiere especial relevancia en situaciones que requieren precisión expositiva, como es el caso, por ejemplo, del contexto policial o judicial.
 - Los efectos de la cronificación de la violencia en la salud de estas mujeres suelen confundirse con los propios del envejecimiento.
 - Las situaciones de dependencia incrementan la dificultad de identificar casos, especialmente si no se conoce la experiencia de victimización previa. Cuando la mujer víctima es la persona dependiente y el hombre maltratador su cuidador, se tiende a asociar los efectos de la violencia con los propios de la negligencia en el cuidado asociados al “síndrome de cuidador quemado”. En el caso contrario, se tiende a confundir la violencia ejercida por el hombre hacia su cuidadora con un comportamiento derivado de su situación de dependencia.
 - Hay una mayor dificultad para encontrar las pruebas necesarias a la hora de identificar los casos, entre otras razones porque en esta etapa vital la violencia física suele reducirse en frecuencia e intensidad.
 - Los equipos profesionales no siempre están formados para identificar la singularidad de estos casos y, en muchas ocasiones, disponen de escaso tiempo de atención, lo que dificulta establecer la confianza necesaria con la mujer mayor y profundizar en las causas de los síntomas observados.

- c. Las consecuencias que provoca la dificultad de identificar estos casos
- Por una parte, se tiende a ofrecer respuestas farmacológicas que generan la hipermedicación de estas víctimas.
 - Por otra parte, al ser mujeres mayores, se resuelven estas situaciones con recursos orientados a la atención a la dependencia y a la población mayor, en lugar de derivar los casos al sistema de atención especializada en violencia de género. Este enfoque también se aplica con la persona maltratadora, lo que puede legitimar su comportamiento y enmascarar la victimización.
 - Hay una mayor dificultad para emitir informes técnicos —imprescindibles para el acceso a los recursos especializados y en los procesos judiciales— y para activar los protocolos de actuación, que quedan restringidos a los casos más graves donde hay evidencias (físicas, económicas) más fácilmente demostrables que las psicológicas. Asimismo, la ausencia de un informe técnico o de un protocolo dificulta que la información del caso quede registrada en el historial clínico o social de la víctima si fuera necesaria para futuras intervenciones.
- d. El proceso de atención
- Existen situaciones que resultan favorables para las mujeres mayores víctimas de violencia de género durante el proceso de atención:
 - Los recursos residenciales para personas mayores pueden ofrecer una respuesta complementaria y más cercana a estas mujeres que los pisos de acogida para víctimas de violencia de género. También resultan una opción para que el hombre maltratador acuda a ellos, especialmente si se encuentra en situación de dependencia, lo que supondría un espacio de respiro para la víctima.
 - Los criterios de acceso a algunos recursos —como la vivienda de protección oficial en régimen de alquiler— favorecen a estas mujeres por razón de edad, además de por su situación de víctimas.
 - La condición de persona mayor en situación de especial vulnerabilidad es, en ocasiones, un motivo para ofrecer una mayor atención por parte de algunas y algunos profesionales.
 - También existen otras situaciones que, por el contrario, dificultan que estas mujeres mayores víctimas reciban una respuesta adecuada y que se mantengan en el sistema de atención:
 - Los recursos no están suficientemente adaptados a la singularidad de estas víctimas mayores, especialmente en lo referido al tiempo de atención y al espacio en que se las atiende, en ocasiones, con poca privacidad. Otras veces, es su ubicación geográfica —mayoritariamente urbana— la que dificulta el acceso, especialmente a las mujeres de entornos rurales y a las de más edad.
 - Los trámites resultan excesivamente complejos —por ejemplo, en relación con los procedimientos, el lenguaje o las gestiones telemáticas— especialmente para las mujeres con menor formación o con una mayor dependencia, lo que sucede con mayor frecuencia en la cuarta edad.
 - La atención ofrecida está, en ocasiones, mediatizada por el edadismo y los estereotipos asociados a las personas mayores, que puede generar actitudes proteccionistas que infantilizan a estas mujeres mayores o, también, pueden reducir el interés hacia ellas.
 - El efecto de las dificultades que se observan en esta atención es especialmente relevante en los procesos judiciales. Al coste emocional que supone para ellas la denuncia, se une la dificultad de demostrar la historia de violencia. Asimismo, los tiempos de duración de los procesos, junto con la complejidad de los trámites o los tecnicismos empleados, son otros factores de especial relevancia cuando las víctimas son mayores y, en muchos casos, presentan un importante deterioro de su salud. En consecuencia, la vía judicial no es un camino muy habitual para estas mujeres, ni tan siquiera cuando quieren cesar la convivencia. Se observa también que sentirse obligadas a optar por esta vía suele ser un motivo para no querer acceder al sistema de atención o para abandonarlo.
 - La falta de coordinación entre los recursos y los equipos profesionales ralentiza los tiempos de respuesta y dificulta la atención.
 - Los criterios de acceso a ciertos recursos no están adaptados a la singularidad de estas mujeres mayores, como, por ejemplo, los referidos al modo de acreditar su condición de víctima mediante un procedimiento judicial o un informe técnico, o a la condición necesaria de no convivir con el hombre maltratador ni de continuar manteniendo relaciones de pareja con él.

4.2.3. El papel de las asociaciones

Las asociaciones juegan un papel relevante en el proceso de atención a estas víctimas mayores, ya que suponen un espacio de carácter informal y cercano facilitador de vínculos de confianza generados en

torno a un nexo común —ser mayor, ser mujer o ser víctima— que ayudan tanto a prevenir como a identificar casos de violencia de género. En este sentido, podrían suponer el primer paso para iniciar el camino de salida de la relación de violencia. Diferentes estudios, como los de Teresa del Valle, reconocen la importancia de las asociaciones como espacio puente entre los espacios público y privado (Del Valle, 2009), que resultan de especial relevancia en el caso de las mujeres (Del Valle, 1997).

La red informal de apoyo —las amistades, el vecindario o la familia— puede resultar clave para dar a conocer la existencia de estas asociaciones y facilitar el acceso a ellas, pues en ocasiones son desconocidas tanto por las propias mujeres víctimas como por los equipos profesionales de la red formal de atención.

En el conjunto del movimiento asociativo, es relevante la importancia adquirida por las asociaciones de mujeres, en general, y de mujeres víctimas de violencia de género, en particular, como fuentes de información de los recursos existentes en la red formal de atención y del procedimiento de acceso a aquellos, así como por su labor de acompañamiento durante el proceso de atención. También es destacable la respuesta que ofrecen estas asociaciones, con servicios de atención psicológica, jurídica, cultural y social desarrollados a través de actividades de diferente naturaleza, en un espacio de confianza que facilita la detección y atención de las situaciones de violencia. En este sentido, el hecho de que se trate de asociaciones específicamente de mujeres las convierte en espacios de respiro para estas víctimas mayores.

Siendo relevante la función desempeñada por estas asociaciones de mujeres y de víctimas, se observa que resulta muy escasa en ellas la presencia de mujeres de 65 y más años víctimas, al menos de aquellas mujeres que se identifican como tales. Una posible explicación podría deberse a que es una generación que, por su educación, no ha estado orientada a la participación social, sino más bien al espacio privado. De hecho, hay mujeres mayores que, cuando se incorporan al movimiento asociativo, lo hacen a través de asociaciones de personas mayores, a las que se unen por razón de edad y no de género. Por este motivo, también este tipo de asociaciones adquieren una relevancia destacada en la respuesta social dada a estas víctimas mayores. En ellas, también se pueden desarrollar actividades de sensibilización, prevención e información que faciliten a las víctimas el acceso a los recursos de atención de la red formal o de otras asociaciones orientadas específicamente a la violencia de género. Asimismo, al tratarse de organizaciones mixtas, estas asociaciones son espacios adecuados para incluir a los hombres en las actividades de sensibilización en relación con este tipo de violencia.

Sucede, sin embargo, que estas asociaciones de personas mayores han centrado tradicionalmente

su labor en actividades culturales o lúdicas, manteniéndose más alejadas de ámbitos como la igualdad entre mujeres y hombres, en general, y del fenómeno de la violencia de género en particular. Aunque algunas han ido incorporando recientemente actividades orientadas a estos dos ámbitos, todavía falta un mayor desarrollo de tales actividades, de manera más notoria en lo referente a la violencia de género. Precisamente, las propias actividades culturales o lúdicas podrían configurarse como un marco adecuado para facilitar el abordaje de aspectos relacionados con estos ámbitos de la igualdad y la violencia de género.

5. Conclusiones

- La presencia de las mujeres mayores víctimas en los recursos de atención es muy escasa, lo que hace de ellas un perfil de víctima poco conocido por dichos recursos, y retroalimenta la dificultad del sistema para identificar sus necesidades y darles una respuesta adecuada.
- La respuesta social dada a las mujeres mayores víctimas de violencia de género en Euskadi por el sistema de atención formal no está suficientemente adaptada a su singularidad victimológica por diferentes razones, entre las cuales se observa que, en comparación con víctimas más jóvenes, en este grupo de mujeres mayores hay un mayor desconocimiento de los recursos, es más difícil identificar los casos y los efectos negativos de ciertos aspectos del proceso de atención son más notorios en ellas, lo cual incrementa su vulnerabilidad.
- Las asociaciones —tanto las de mujeres, como las de mujeres víctimas de violencia de género y las de personas mayores— se configuran como espacios adecuados y de especial relevancia para la detección y atención de casos, así como para realizar acciones de prevención y sensibilización en el ámbito de la igualdad entre mujeres y hombres y de la violencia de género. Son también un complemento necesario a la atención ofrecida por la red formal de atención.

6. Propuestas de actuación

Con el objetivo de mejorar la respuesta social y adaptarla a la singularidad de estas mujeres mayores víctimas de violencia de género se han establecido, entre otras, las siguientes propuestas de actuación:

- Mejorar el conocimiento del fenómeno, diseñando procesos de sensibilización y formación en violencia de género hacia estas mujeres mayores destinados a los diferentes actores implicados en la respuesta a estas víctimas.
- Mejorar el diseño de las políticas públicas, integrando el enfoque gerontológico y el de

género en el diseño de los recursos dirigidos tanto a las mujeres mayores víctimas de violencia de género como a las personas mayores.

- Mejorar el acceso al sistema de atención, con medidas orientadas a dar a conocer los recursos de un modo proactivo y a mejorar los procesos de detección de casos.
- Mejorar los procesos de atención, desarrollando, entre otras, medidas destinadas a mejorar los protocolos de atención, a fortalecer la coordinación entre los recursos y a adaptar los requisitos y procesos a la singularidad de estas víctimas.
- Potenciar el papel de las asociaciones en el proceso de atención a las situaciones de violencia de género, favoreciendo el asociacionismo de las mujeres mayores.

7. Reflexión final

Ofrecer una respuesta social adecuada a las mujeres mayores víctimas de violencia de género es una deuda histórica que la sociedad tiene con ellas. Son mujeres supervivientes de largos procesos de victimización, pero están doblemente olvidadas como víctimas. En su juventud y madurez, el olvido era resultado de la invisibilidad social del fenómeno de la violencia de género y, ahora en su vejez y en un contexto cada vez más sensible ante esta violencia, factores como el edadismo contribuyen a mantener de nuevo ocultas a estas mujeres en el conjunto de las víctimas. Reconocer su existencia y responder adecuadamente a sus necesidades requiere de un acercamiento a sus historias para escuchar sus demandas y comprender su singularidad victimológica, resultante de la confluencia de factores como su socialización o la etapa vital en la que se encuentran.

Bibliografía referenciada

DEL VALLE, T. (1997): *Andamios para una nueva ciudad*, Madrid, Alianza.

– (2009): "Personas mayores y ciudad: vivencias y significados del espacio", en MARTÍNEZ, A.; GIL, L.; SERRANO, P. y RAMOS, J (coords.), *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*, Madrid, Imsero, pp. 271-294.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (2020): *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*, Madrid, Ministerio de Igualdad.

HERRERO ZARATE, I. (2016): "Gerontocriminología: el espacio donde gerontología y criminología se dan la mano", *Polibea*, n.º 118, pp. 35-38.

HERRERO ZARATE, I. y DÍAZ DE ARGANDOÑA FERNÁNDEZ, C. (2022): *Violencia de género y mujeres mayores en la Comunidad Autónoma de Euskadi: visibilizando una vulnerabilidad opaca*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, <https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_bekak/es_def/adjuntos/beca_2021_3.pdf>.

Experiencias y buenas prácticas para una sociedad cohesionada

Ainhoa Carcavilla

SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía-Careaga
acarcavilla@sis.net

Artikulu honek gizarte-kohesioaren arloko zenbait esperientzia eta jardunbide egoki aurkezten ditu, *Esteka Sarearen* oinarri-dokumentuan identifikatuak. *Kohesioatutako gizarte baterako Bizkaiko estrategia komunitarioa*, SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzuak Bizkaiko Foru Aldundiko Enplegu, Gizarte Kohesio eta berdintasun sailerako egina 2024ko ekainean. Literaturaren berrikuspen batetik abiatuta, artikuluak nazioko eta nazioarteko hainbat ekimen deskribatzen ditu, eta gizarte-kohesioaren arloko ekintza-ildoak sailkapen bat proposatzen du.

Gako-hitzak:

Bakardadea, gizarteratzea, gizarte-kohesioa, komunitate-lotura, jardunbide egokiak, esku-hartzea.

Este artículo presenta una serie de experiencias y buenas prácticas en materia de cohesión social, identificadas en el documento de bases *Esteka Sarea. Estrategia comunitaria de Bizkaia para una sociedad cohesionada*, realizado por el SIIS Servicio de Información e Investigación Social para el Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia en junio de 2024. A partir de una revisión de la literatura, el artículo describe un puñado de iniciativas del ámbito nacional e internacional, y propone una clasificación de líneas de acción en materia de cohesión social.

Palabras clave:

Soledad, inclusión social, cohesión social, conexión comunitaria, buenas prácticas, intervención.

1. Introducción

Tanto en el marco de estrategias e iniciativas de prevención y afrontamiento de las situaciones de soledad como en otros, alrededor de conceptos como comunidad, cuidados, agenda urbana, amigabilidad, bienestar emocional, promoción de la salud, activación, buen trato, fomento del voluntariado, inclusión, vida plena, prevención de la despoblación, intergeneracionalidad o desinstitucionalización, podría estar emergiendo el concepto de conexión comunitaria para denominar un bien necesario y valioso para todas las personas y que podría llegar a ser tratado como un bien público, un objeto político o un derecho social que el Estado del bienestar aspirase a proteger, promover y, en definitiva, garantizar a toda la población (Fantova, 2024).

Procesos como la digitalización de la economía, la secularización de la sociedad, el aumento de las diversidades (sexuales, generacionales, funcionales o culturales), los cambios en la dinámica, tamaño y estructura de las familias, el incremento de las desigualdades y segregaciones o la individualización de las trayectorias de las personas ha llevado a la sociedad a un punto en el que la escasez o carencia de relaciones primarias significativas ha pasado de ser concebida meramente como una circunstancia que afecta a determinadas personas a ser percibida como un problema social, como un fenómeno que pone en riesgo la sostenibilidad de la propia sociedad. El concepto de conexiones comunitarias se referiría a lazos como los siguientes:

- Vínculos familiares o similares fuertes (por compromiso moral de ayuda mutua) con convivencia en el mismo domicilio.
- Vínculos familiares, de amistad o similares fuertes (por disponibilidad efectiva para el apoyo recíproco) con notable proximidad, intensidad o frecuencia.
- Relaciones secundarias (mediadas por organizaciones formalizadas públicas, privadas o solidarias, por ejemplo, el caso de compañeras de trabajo o militancia, clientes o destinatarias) con proximidad, intensidad o frecuencia considerables y cierto grado de primarización (confianza, afecto, reciprocidad).
- Relaciones de buena vecindad, amistad, familiares o similares de compromiso, proximidad, intensidad, frecuencia o disponibilidad medias.
- Relaciones débiles de reconocimiento, personas conocidas, que se saludan mutuamente.

Las personas con responsabilidades políticas, las profesionales de la intervención, la ciudadanía activa y, en general, todas las personas interesadas en la conexión social hemos de reconocer que vivimos tiempos de incertidumbres, intentos, ensayos, experimentos y búsquedas. Necesitamos, como individuos y como sociedad, más y mejor conexión comunitaria, pero sabemos muy poco acerca de

cómo lograrla y de cómo será en el futuro, es decir, de qué infraestructuras, estructuras, acciones, valores y saberes nos ayudarán más a construirla. Para ello, el Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia ha puesto en marcha Bizkaisare, una iniciativa para tejer red y reforzar el ámbito comunitario.

Es ese contexto en el que se gesta el documento de bases *Esteka Sarea. Estrategia comunitaria de Bizkaia para una sociedad cohesionada*, realizado por el SIIS, donde se incluyen experiencias y buenas prácticas orientadas hacia una sociedad cohesionada. A partir de una revisión documental realizada en la base de datos del SIIS y de la consulta de páginas web de entidades y proyectos relevantes en este ámbito, se han identificado varias líneas de actuación en materia de cohesión social y una serie de experiencias concretas tanto a escala nacional e internacional. El objetivo de este artículo consiste en presentar dichas líneas de actuación, así como las iniciativas concretas para la construcción de una comunidad conectada.

2. Acciones para la construcción de una comunidad cohesionada: propuesta de clasificación

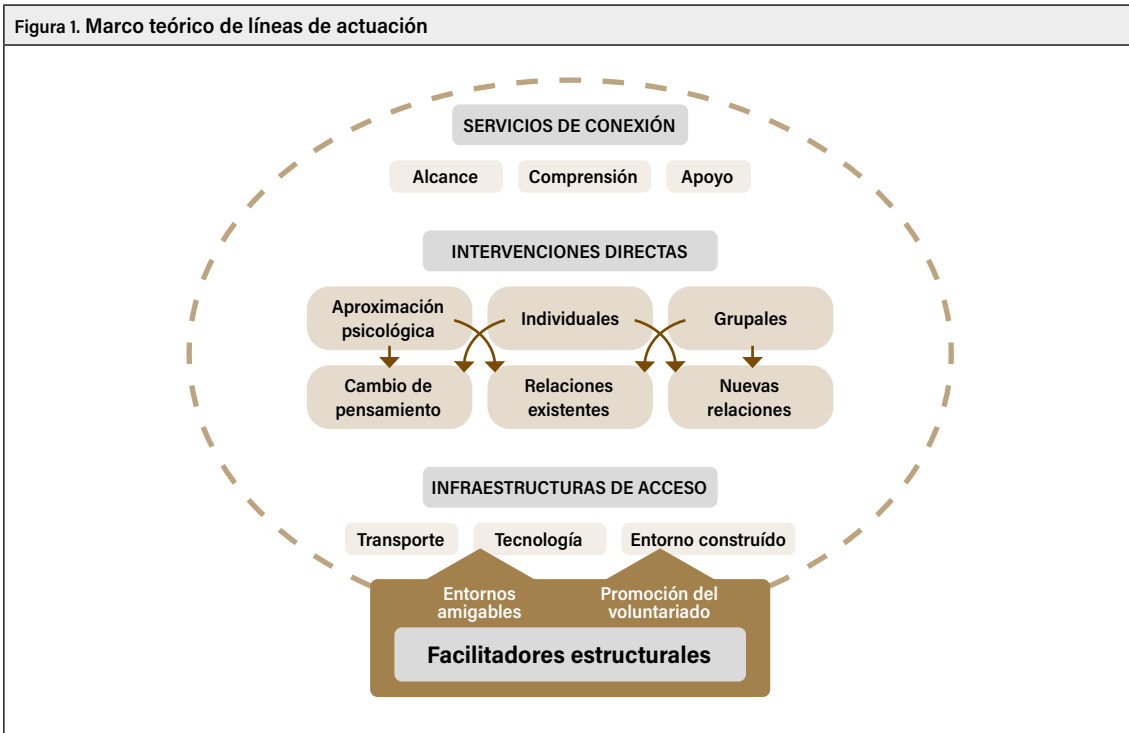
Más allá de clasificar las líneas de acción para la promoción de la cohesión social a partir de un único criterio —nivel de intervención, grupo objeto, formato, medios utilizados—, se ha optado por sistematizar las acciones de acuerdo con el marco teórico de Jopling (2020), que combina diferentes categorías:

- Conexiones,
- intervenciones directas —individuales, grupales o psicológicas—,
- infraestructuras de acceso y
- facilitadores estructurales.

A partir de este modelo, en primer lugar, en la base, se ubicarían las actuaciones destinadas a garantizar la conexión entre los servicios y programas existentes y las personas que los necesitan. En esta categoría, se enmarcarían las siguientes iniciativas:

- La prescripción social.
- La figura del conector o conectora comunitaria.
- La mentoría social.

El siguiente nivel estaría compuesto por los propios servicios o intervenciones destinados a prevenir o reducir los niveles de soledad, fortaleciendo las conexiones sociales, esto es, las intervenciones directas. Estas intervenciones pueden estar orientadas a apoyar y mantener las relaciones existentes; a fomentar y permitir nuevas conexiones o, por último, a cambiar la forma de pensar sobre las relaciones sociales. En esta categoría, se incluyen:



Fuente: elaboración propia a partir del marco teórico de Jopling (2020).

- Los programas intergeneracionales.
- Las actividades de tiempo libre y ocio dirigidas a tejer redes sociales.

Otro plano de este modelo teórico es el relacionado con las acciones destinadas a garantizar infraestructuras que permitan las relaciones entre las personas, así como el acceso a los servicios, programas y equipamientos disponibles en la comunidad. En esta categoría, se incluyen aquellas acciones que inciden en:

- El transporte accesible.
- La brecha digital.
- Los equipamientos urbanos.

Finalmente, el último nivel agrupa las líneas de actuación orientadas a crear el ambiente o entorno social adecuados, los denominados facilitadores estructurales. Con ellos, se favorece el desarrollo de nuevas estructuras dentro de las comunidades en diferentes planos. Entre estos, destacan los enfoques centrados en:

- Los entornos amigables.
- La promoción del voluntariado.

El cuadro 1 recoge los cuatro ejes y las diez líneas de actuación formulados para prevenir y afrontar las situaciones de soledad, mediante la promoción de los vínculos comunitarios y las interacciones sociales.

Cuadro 1. Ejes y líneas de actuación	
Ejes	Líneas de actuación
Conexión	Prescripción social
	Conector/a comunitario/a
	Mentoría social
Intervenciones directas	Programas intergeneracionales
	Tiempo libre y ocio
Infraestructuras de acceso	Transporte accesible
	Brecha digital
	Equipamientos urbanos
Facilitadores estructurales	Entornos amigables
	Promoción del voluntariado

Fuente: elaboración propia.

Cabe señalar que las agrupaciones no son excluyentes, de manera que, tal y como se verá, las actuaciones pueden combinar varios enfoques.

3. Líneas de acción y experiencias de interés para una comunidad cohesionada

Se describen seguidamente los posibles itinerarios de acción para prevenir las situaciones de aislamiento y soledad mediante la promoción de las conexiones comunitarias, según la clasificación anterior.

3.1. Garantizar la conexión entre los servicios y programas existentes y las personas que los necesitan

3.1.1. Prescripción social

La atención social y sanitaria personalizada se destaca como una de las piezas fundamentales del abordaje de las soledades en lugares como el Reino Unido y los Países Bajos. La prescripción social, también conocida como derivación comunitaria, es un medio para permitir que el personal sanitario de atención primaria derive a las y los pacientes a una variedad de servicios y recursos comunitarios no clínicos, acordes con los apoyos que requieren, a través del establecimiento de profesionales de referencia para la detección y derivación. Este instrumento parte de la premisa de que la salud de las personas está determinada por una serie de factores sociales, económicos y ambientales, de manera que la prescripción social pretende cubrir las necesidades de las personas de una manera integral, mediante un abordaje holístico. También pretende ayudar a las personas a adquirir mayor conciencia y control sobre su salud.

La prescripción social constituye un elemento clave tanto en la identificación como derivación de los casos, dado que puede contribuir en gran medida a aliviar el aislamiento social y la soledad, permitiendo que las personas sigan viviendo de forma independiente en sus comunidades y participando en la sociedad de forma significativa. En términos generales, los esquemas basados en la prescripción social han demostrado efectos significativos en la reducción de la soledad o el aislamiento social, si bien su influencia se ve condicionada por la variedad y calidad de los recursos disponibles de la comunidad a los que se deriva a las personas (Reinhardt *et al.*, 2021).

Cabe destacar aquí, por su trayectoria y resultados, el modelo desarrollado por el centro londinense Bromley by Bow. Desde 1997, el Bromley by Bow Centre trabaja conjuntamente con el Bromley by Bow Health Partnership con el objetivo de crear un modelo de provisión de servicios basado en una atención primaria holística, que supuso el primer *healthy living centre* (HLC) del Reino Unido gestionado por una comunidad local. Este nuevo modelo de atención primaria pone el foco en los determinantes sociales de la salud. Ofrece apoyo integral, unificando la atención primaria, la salud pública, la atención social y los servicios no médicos que abarcan desde oportunidades para la creación de

pequeños negocios a clases de formación, actividades artísticas, asesoramiento financiero o programas de empleabilidad. Estos servicios están diseñados para satisfacer las necesidades más inmediatas y crear resiliencia a largo plazo. Los servicios incluyen:

- Programas para construir relaciones sociales y reducir el aislamiento social.
- Asesoramiento para las prestaciones y coberturas del sistema de protección social.
- Programas para prevenir la pobreza energética y el endeudamiento económico.
- Servicios que promueven los estilos de vida saludables.
- Provisión de servicios sanitarios comunitarios para la salud mental.
- Programas de formación para jóvenes y personas adultas.
- Programas de empleabilidad.
- Apoyo al emprendimiento social.

Las personas son derivadas a los programas sociales a través del servicio de prescripción social (*social prescribing*). La mayoría de la población está registrada en un centro de atención primaria, de manera que el modelo Bromley by Bow parte de la idea de que los centros sanitarios juegan un papel fundamental en contactar con las personas. A partir del sistema sanitario, que constituye la principal puerta de acceso de las personas al sistema de atención en general, el modelo ofrece un abordaje sociosanitario mediante el esquema de prescripción social.

Las derivaciones del personal médico o sanitario se realizan mediante un formulario que se envía al coordinador o coordinadora de prescripción social (*social prescribing coordinator*, SPC), figura también conocida como *link worker*, que se encargará de asignarle un programa o servicio determinado. El SPC realiza un seguimiento permanente de la información relativa de cada paciente del servicio y esta información es transmitida todos los meses a la prescriptora o prescriptor social.

Con relación a los resultados, se han llevado a cabo varias evaluaciones del modelo, tanto por parte del propio centro como de agentes externos. Una de las más extensas, la realizada en 2018 por la Public Health England (una agencia del Departamento Salud y Servicios Sociales del Reino Unido), puso de manifiesto efectos positivos en los siguientes aspectos:

- Necesidades cubiertas: las personas usuarias del centro Bromley by Bow sienten que sus necesidades básicas quedan cubiertas.
- Conexión con las demás personas: las personas usuarias se sienten conectadas con el resto de las personas usuarias, así como con el personal del centro y la comunidad.

- Confianza y autoestima: las personas usuarias mejoran en confianza y autoestima.
- Conexión con el apoyo y los servicios: las personas usuarias sienten que conocen los servicios y se sienten involucradas en la intervención del centro.
- Sentirse conocido/a: sentimiento de reconocimiento y pertenencia de las personas usuarias del programa.
- Contribución: reciprocidad y sentimiento de ofrecer algo al resto de la comunidad.

Por su parte, la evaluación del servicio de prescripción social realizada por la asociación sociosanitaria Tower Hamlets Together y el University College London (Ferguson y Hogarth, 2018), evidencia, entre otros resultados, mejoras en la salud y el bienestar de las personas usuarias del servicio.

En un entorno más cercano, en Cataluña, se están llevando a cabo varias iniciativas en esta misma línea, como es el caso de la desarrollada en Prat de Llobregat, donde la prescripción social¹ es uno de los proyectos tractores del Plan Local de Salud, junto con la estrategia local de salud mental comunitaria, el aula de salud, los programas de alta incidencia y el Observatorio para la Calidad de los Servicios Sanitarios. Para garantizar el éxito de la iniciativa, se han generado redes de trabajo comunitario y de confianza con todos los agentes implicados: las administraciones públicas, los equipos de atención primaria, las entidades comunitarias y otros agentes municipales. Con este espíritu, las principales entidades y asociaciones municipales están presentes en el proyecto, desde complejos deportivos y centros cívicos hasta farmacias, pasando por la Cruz Roja, el Punto de Voluntariado y la Gente Mayor, el Espacio de Apoyo y el Centro de Promoción Social Francesc Palau y la Asociación Sao Prat.

3.1.2. Conector/a comunitario/a

Acceder a los servicios y recursos comunitarios puede resultar difícil a determinadas personas, debido a diversos factores —salud, accesibilidad, falta de conocimiento—, lo que implica que es necesario impulsar mecanismos que garanticen la equidad en el acceso y uso de los recursos comunitarios disponibles por parte de toda la población. Desde esta perspectiva, se han desarrollado en los últimos años programas basados en la figura del conector o navegador comunitario, que hace de enlace entre la población y los recursos comunitarios existentes (Ouellet *et al.*, 2022).

Las y los conectores comunitarios ofrecen un apoyo personalizado, actuando como vínculos entre diferentes personas, grupos o recursos dentro de una comunidad. Esta figura tiene la capacidad de facilitar

el intercambio de información, el acceso a los recursos de la comunidad y la generación de vínculos entre personas de diferentes contextos sociales o culturales. El trabajo sobre el terreno, el conocimiento de los servicios existentes y de los recursos comunitarios, así como las competencias profesionales caracterizan el perfil de esta figura. El/la conector/a comunitario/a trabaja para asegurar la inclusión y fomentar la cohesión social de un territorio concreto de manera transversal en los proyectos que se llevan a cabo allí, siempre a diferentes escalas y dimensiones, proyectos que implican a la comunidad, a los servicios sociales, a agentes públicos y privados y a las instituciones. Su objetivo último es crear redes y comunidades resilientes vinculadas a necesidades específicas. La figura del conector comunitario debe bajar al terreno, ayudar a pasar de la teoría a la práctica, de lo abstracto a lo concreto. Debe servir de bisagra entre la comunidad y las administraciones públicas. Se encarga de crear y empoderar redes sociales para apoyar y dar respuesta a las narrativas percibidas e interiorizadas por la comunidad (Building Capacity for a Sustainable Society, 2022).

De manera paralela, la figura del navegador o conector comunitario debe actuar hacia el exterior, creando sinergias con proyectos ya existentes en el territorio, en territorios colindantes o incluso en otros países, importando y exportando proyectos, ideas, metodologías y formas de hacer. En definitiva, esta figura trabaja desde fuera hacia adentro, para crear redes sociales y comunidades resilientes; desde dentro hacia fuera, para crear sinergias con otras redes y así fortalecer la red interna; desde abajo hacia arriba, partiendo de las necesidades y narrativas de la comunidad para llegar a agentes públicos, privados e instituciones, y de arriba hacia abajo, para que los agentes públicos (y privados) puedan llegar realmente a la comunidad.

Un ejemplo de esta práctica la constituye la red de conectores de Gales. La estrategia galesa para prevenir las situaciones de aislamiento y soledad mediante la promoción de las conexiones sociales establece, entre sus prioridades, “crear oportunidades para que las personas se conecten a través de un mejor acceso a información sobre qué servicios y apoyos están disponibles, compartiendo y ampliando buenas prácticas, promoviendo y facilitando el voluntariado y la actividad física y deportiva, y apoyando a las personas para que puedan participar en comunidades a través de programas de prescripción social y los conectores comunitarios” (Welsh Government, 2020: 11).

En este marco, a lo largo del territorio galés se está implementando un modelo de servicio de conectores comunitarios liderado por las autoridades locales en colaboración con las entidades del tercer sector. Este modelo ofrece, fundamentalmente, los siguientes servicios:

- Orientación, destinado a las personas que no requieren de grandes apoyos.

¹ <https://www.elprat.cat/persones/viure-en-salut/la-prescripcio-social>.

- Elaboración de un plan personalizado, en el que se identifican las necesidades y aspiraciones de las personas y el apoyo que necesitan para lograrlas.
- Acompañamiento para acceder a los servicios o recursos comunitarios.
- Apoyo en las actividades diarias, tales como la gestión de la medicación, higiene o alimentación.
- Asesoramiento legal.

El servicio realiza un seguimiento a través de encuentros presenciales en los que, mediante entrevistas, se valora el progreso de la persona, así como la adecuación del plan.

En nuestro entorno más cercano, la iniciativa Getxo Zurekin (cfr. Agirre Lehendakaria Center, 2019), impulsada por el Ayuntamiento de Getxo y el Departamento de Igualdad, Justicia y Servicios Sociales del Gobierno Vasco, incorpora como uno de los elementos centrales la figura del conector o conectora comunitaria, denominada, en el marco de este proyecto, *social broker* o *innovation broker*. La iniciativa Getxo Zurekin se centra en la construcción de una plataforma de innovación abierta para conectar agentes e iniciativas comunitarias. Pone en el centro a la figura de la conectora comunitaria para el desarrollo de una nueva red social que genera un sistema complementario a los servicios existentes, descentralizado y con posibilidad de autoorganización. Esta iniciativa ha incorporado un sistema de mapeo sistemático y escucha para capturar las narrativas de las comunidades en tiempo real, a la vez que las empodera en un proceso de co-creación y prototipado en múltiples niveles de intervención.

Getxo Zurekin pretende generar un modelo de atención integrada sanitaria, social y comunitaria que mejore la eficacia y eficiencia de las organizaciones y el bienestar de las personas en procesos de enfermedad avanzada, situación de dependencia o al final de la vida. Mediante enfoques de innovación social se aborda la complejidad para promover una acción comunitaria adecuada y transformadora. Los objetivos de la iniciativa son:

- Entender cómo la comunidad responde a las necesidades de las personas y obtener una visión relevante de las percepciones y oportunidades de mejora.
- Identificar una narrativa subyacente de cambio que esté alineada con las características socioculturales de la comunidad.
- Hacer que las comunidades se involucren más en los cuidados paliativos integrales y al final de la vida.
- Obtener una comprensión de las redes sociales en términos de capital social y teorías de desarrollo.

3.1.3. Mentoría social

Los programas de mentoría social han cobrado protagonismo en el panorama de los servicios sociales europeos en los últimos años. Su gran flexibilidad y cercanía permite responder a necesidades que muchas veces superan la capacidad de los dispositivos convencionales de los Estados del bienestar. La mentoría o tutoría social puede definirse como “una relación afectiva privilegiada, de carácter voluntario, que se establece entre dos personas [...], por la cual una ofrece a la otra atención, apoyo moral, orientación para la toma de decisiones, asistencia educativa, o ayuda para adquirir o desarrollar habilidades sociales o laborales” (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2006: 138).

Las dos partes pueden tener la misma edad, aunque a menudo no suele ser así, pues se supone que la experiencia y la capacidad de ejercer como mentor/a aumentan con los años. Si bien la relación es beneficiosa para ambas partes, es importante notar que una persona ofrece ayuda y otra la recibe, rasgo que distingue a la mentoría de la ayuda mutua o entre iguales (*peer support*), en la que ambas personas dan y reciben en la misma medida. También debe distinguirse de la tutela, una figura legal que implica la capacidad de decidir por la otra persona.

La tutoría o padrinazgo abarca relaciones muy diversas, que pueden clasificarse de acuerdo con los siguientes criterios:

- Origen: puede darse de manera espontánea o informal en la comunidad, o estar organizada a través de entidades del tercer sector o de los Servicios Sociales.
- Finalidad: el padrinazgo puede perseguir metas fácilmente objetivables (mejoras en el empleo, la inclusión o cambios de hábitos), o fines de carácter más subjetivo (aumento de la autoestima, desarrollo personal).
- Lugar o ámbito en el que se desarrolla: un entorno de ocio, un lugar de trabajo o un contexto comunitario (barrio), entre otras posibilidades.
- Personas apadrinadas: en general, cualquier colectivo que precisa de atención social: personas adultas con problemas de salud mental, jóvenes sin hogar, menores de edad necesitados (en riesgo de exclusión, en acogida, tutelados) o personas adultas en situación de vulnerabilidad.
- Relación entre padrino y ahijado: la relación puede establecerse entre dos individuos, o entre una persona y un grupo. Los agentes pueden pertenecer a grupos de edad diferentes (un adulto y un joven o adolescente; u adulto y una persona mayor) o al mismo grupo de edad (padrinazgo entre iguales).

La mentoría se basa en la confianza, cualidad imprescindible para tomar a otra persona como guía, modelo o referente. A fin de propiciar el surgimiento y mantenimiento de ese vínculo afectivo, los programas

de mentoría proponen encuentros frecuentes y en contextos de ocio, lo que proporciona múltiples oportunidades para que ambas puedan conocerse y empatizar.

Las evaluaciones consultadas muestran resultados satisfactorios entre las personas destinatarias de los programas de mentoría (Feu *et al.*, 2016):

- Mejoras en el desarrollo emocional: mayor autoconfianza, autoestima y motivación.
- Reformulación de las expectativas laborales: fomenta una revalorización de las propias capacidades.
- Incremento del capital social, mediante las redes que los mentores proporcionan, lo cual facilita la inserción social y laboral.

Pero, además, se ha constatado que esta clase de intervenciones benefician también a las personas que ejercen como mentores o mentoras, a quienes aportan:

- Un mayor conocimiento del entorno de procedencia de la persona tutelada.
- Una mejor comprensión de fenómenos sociales.
- Oportunidades para la adquisición o afianzamiento de conocimientos y habilidades útiles para el ejercicio profesional (competencia, habilidades comunicativas, liderazgo).
- Certificados acreditativos de participación o créditos académicos en el caso de estudiantes universitarios.

Dentro de esta categoría de iniciativas, cabe destacar el proyecto Mentor², aún en fase de desarrollo, impulsado por Cáritas Orihuela-Alicante y la Agencia Valenciana de Innovación. Esta plataforma virtual de conexión social persigue fomentar la vida activa y las relaciones sociales a través de juegos grupales y de la "mentorización" de las personas mayores residentes en la Comunidad Valenciana, objetivo extensible al resto del territorio nacional y europeo. Para ello, la plataforma contará con varios módulos que, conectados entre sí, abordarán los objetivos previstos, a través de:

- La mentoría: espacios de formación donde las personas mayores actuarán como mentores en asuntos en los que sean expertos, donde se favorecerá el aprendizaje personalizado de competencias entre iguales y entre diferentes generaciones. Se trata de una herramienta que aportará valor y generará beneficios para todas las partes implicadas. Una forma de sentirse útil, de cambiar los papeles, ya que la experiencia que tienen las personas mayores, que ya no forman parte de la población activa, pero que acumulan años de experiencia y sabiduría, puede ponerse al servicio de la sociedad.

² https://caritasoa.org/accion_social/proyecto-mentor/.

- El *chatbot*, basado en inteligencia artificial, se convertirá, dentro del proyecto, en ese "compañero virtual" encargado de responder dudas o proporcionar informaciones básicas, ayudar en el manejo de la plataforma y facilitar conexiones con otras personas. Podrá recomendar, incluso, productos formativos concretos, de acuerdo con los intereses de la persona usuaria, así como fomentar el uso de juegos grupales que propicien momentos de diversión en los que compartir y estar con otras personas.
- La comunicación entre personas usuarias, a través de la creación de espacios de interacción donde sientan que son escuchadas y que todavía son importantes para la sociedad. Esa comunicación hará posible compartir experiencias y dificultades, y que, al hacerlo, se sientan acompañadas. De esta manera, se favorecerá el sentido de pertenencia, estimulando, motivando y ayudando a las personas mayores a mejorar su calidad de vida.
- El ocio social y grupal: el entorno de juego favorecerá la consolidación de redes sociales, la comunicación y el contacto intergeneracional.

En esta misma línea, pero con un enfoque diferente, se enmarca el programa estadounidense Foster Grandparent. Este programa de corte tutorial ofrece a menores y jóvenes la posibilidad de establecer una relación de confianza con una persona de mayor edad y experiencia, que les apoye en su crecimiento personal, sus estudios o su incorporación al mundo laboral. El objetivo de esta iniciativa es, pues, que el tutor o tutora se convierta en una figura de referencia para la persona tutorizada.

El programa, en el que participan como mentoras personas mayores de 55 años, se caracteriza por incorporar procesos de formación de las y los tutores, así como de seguimiento y apoyo continuo a su labor. Las evaluaciones realizadas (Frazier *et al.*, 2019) ponen de manifiesto que el proyecto logra en las y los menores participantes:

- Mejoras en el desarrollo emocional, que se traducen en mayor autoconfianza, autoestima y motivación.
- Mejoras en la educación, aumentando las aspiraciones y expectativas educativas, y evitando el abandono escolar.
- Mejoras en la competencia lingüística, en el caso de niñas, niños y jóvenes de origen extranjero.

Según las mismas evaluaciones, las personas adultas que ejercen como mentoras también obtienen una serie de beneficios personales, a saber:

- Disminución de la ansiedad, la depresión y la soledad. El 84 % del personal voluntario afirma tener una mejor salud al año de integrar el proyecto.
- Fortalecimiento de los vínculos con la comunidad. El 88 % de las personas que participan en el

programa como mentoras aseguran sentirse menos solas y más acompañadas tras su ingreso.

3.2. Intervenciones directas

3.2.1. Programas intergeneracionales

Los programas intergeneracionales propician experiencias de relación y cooperación entre personas de diferentes edades, orientadas a favorecer la transmisión e intercambio de conocimientos, competencias y valores, favoreciendo el enriquecimiento personal y grupal y contribuyendo a la cohesión y desarrollo comunitarios (EDE Fundazioa, 2015). Desde esta perspectiva, sus elementos centrales son los siguientes:

- Relación, cooperación e intercambio: este tipo de programas van más allá de juntar a personas de distintas edades o generaciones, ya que implican interacción e influencia mutua.
- Participación, experiencia: suponen una participación activa, ya que es el carácter experiencial de los programas lo que facilita que el intercambio de conocimiento sea significativo.
- Finalidad específica: tienen la intención de provocar un cambio y, por tanto, no deben confundirse con situaciones surgidas de manera fortuita, requieren de una cierta planificación.
- Competencias, desarrollo comunitario: generan valor tanto para las personas que participan en ellos como para la comunidad en la que viven. El aprendizaje que suponen permite el desarrollo de competencias básicas —integrando capacidades, habilidades, conocimientos y valores— que activan la ciudadanía responsable.

La práctica intergeneracional puede considerarse heterogénea en relación con su grado de complejidad, que abarca desde actuaciones de bajo nivel, como la sensibilización sobre envejecimiento, hasta intervenciones de alto nivel, donde las actividades intergeneracionales se integran en entornos comunitarios como parte natural de su estructura social.

A pesar de la dificultad para extraer resultados concluyentes sobre la eficacia de los diferentes tipos de intervención, los programas en los que se fomenta el intercambio de experiencias entre personas de distintas generaciones son considerados prometedores por la literatura especializada. En este sentido, un informe del Parlamento británico sobre la brecha generacional concluye que “una sociedad en la que las diferentes generaciones disfrutan de conexiones más fuertes y significativas entre sí reduce la soledad y mejora el bienestar de todo el conjunto de la ciudadanía, al mismo tiempo que construye los cimientos sociales para una política mejor y más comprensiva” (Dalton, 2019: 50). En esta misma línea, un documento encargado por el Gobierno de Gales señala que, si bien las evaluaciones de este tipo de

intervenciones son limitadas, estas prácticas suelen tener efectos positivos en la creación y fortalecimiento de vínculos entre personas de distintas generaciones (Bryer, 2019).

En el territorio de Bizkaia, se están llevando a cabo iniciativas intergeneracionales de diversa naturaleza, entre las que se hallan:

- Programa Güre Aiton Amonak (Ayuntamiento de Güeñes)³: la iniciativa surgió a partir de Gugaz, un proyecto municipal de juventud con varios años de trayectoria, que en 2014 empezó a organizar actividades para fomentar la interacción entre generaciones. Gugaz disponía de un movimiento de voluntariado sólido, denominado Gugaz Bolunta, y se pensó que podía ser un buen recurso para dinamizar los hogares de jubilados con una perspectiva intergeneracional y de fomento de la participación y el voluntariado en el ámbito local, de forma que las personas que participaban en el proyecto se comprometieran libremente a realizar actividades de interés social. El primer objetivo de Güre Aiton Amonak fue dinamizar los cuatro hogares de jubilados existentes en Güeñes, de características muy diferentes entre sí, pero después el proyecto se fue ampliando a otras actividades del municipio, siempre promoviendo las relaciones intergeneracionales y la integración social.
- Proyectos fílmicos (Portugaleta): la asociación Hartu-Emanak organiza mesas de trabajo donde grupos de mayores y jóvenes debaten sobre los hechos mostrados en películas (Martínez del Amo, 2021). En el diálogo que se entabla, se exponen las opiniones de ambos grupos etarios, lo que da lugar a un aprendizaje mutuo. En contra de lo que podría pensarse, las opiniones suelen confluír finalmente en puntos comunes, hecho que es recogido por un/a director/a especialista en cuestiones intergeneracionales que coordina las sesiones. La persona asignada como directora del encuentro —normalmente, profesorado de los centros educativos de las y los chavales, o bien educadores/as sociales— prepara un cuestionario sobre la película que se va a visionar. La película la visionan separadamente las personas mayores y las personas jóvenes. Posteriormente, se celebra el encuentro entre unas y otras y, a partir del cuestionario común, se entabla la conversación en torno a la película, en grupos de cuatro a ocho personas.

En el conjunto de Euskadi, cabe destacar la experiencia de Kuvu⁴, integrada en la red HomeShare⁵, de la que forman parte las principales universidades vascas. Consiste en una plataforma que pone en contacto personas mayores de 55 años que tienen

³ <https://gugaz.guenes.eus/gure-aiton-amonak/>.

⁴ <https://kuvu.eu/>.

⁵ Su página web (<<https://homeshare.org>>) recopila los principales programas de alojamiento intergeneracional existentes en más de dieciséis países.

una habitación libre, con personas jóvenes que buscan un alquiler a precios asequibles. De este modo, las personas mayores obtienen unos ingresos extra y dejan de vivir solas, mientras que las y los jóvenes que desean independizarse y no tienen los medios para hacerlo, o bien prefieren hacerlo en un entorno tranquilo y familiar, pueden conseguirlo por un precio asequible.

A diferencia de otros modelos europeos, en los cuales el alojamiento es gratuito para la persona joven a cambio de tareas de cuidados, el modelo de Kuvu implica una transacción económica y sitúa a las personas implicadas en una relación de igualdad de condiciones y de responsabilidades, dado que se trata de personas autónomas que simplemente buscan compañía y compartir el día a día. Kuvu persigue generar relaciones de convivencia y acompañamiento similares a las que surgen entre compañeros/as de piso. Ambas personas pueden tener una vida independiente, pero comparten algunos momentos del día con la otra persona. No hay un número de horas establecido que los participantes tengan que pasar juntos, porque se considera que la relación tiene que surgir de forma natural.

Para asegurar que la convivencia será viable, en el momento de registrarse en la plataforma hay que llenar un formulario con información sobre los hábitos de convivencia, a fin de emparejar a las personas que son más compatibles para vivir juntas. Además, Kuvu hace un seguimiento personalizado de las convivencias que genera para intentar que sean lo más satisfactorias posibles.

Kuvu es la organización responsable de la gestión de los siguientes programas:

- Alojamiento Compartido entre Generaciones: programa de convivencia impulsado por el Gobierno Vasco entre personas mayores y jóvenes que viven juntas, comparten y se enriquecen mutuamente.
- Alojamiento Pirinioa Bizirik Belaunaldiz-belaunaldi: programa de convivencia impulsado por el Gobierno de Navarra entre personas mayores y jóvenes que viven juntas, comparten y se enriquecen mutuamente. El objetivo es apoyar a las personas mayores que viven en la zona del Pirineo y aumentar la oferta alojativa para repoblarlo.

3.2.2. Tiempo libre y ocio educativo

Educación en y para el tiempo libre se concibe como un medio para la mejora de la calidad de vida de las personas; esto es, el ocio emerge como un ámbito necesario para el desarrollo humano y, por tanto, adquiere mayor relevancia educativa. En este sentido, el ocio —tanto en la infancia como en edades posteriores— tiene un sentido de realización, aprendizaje e incidencia en los territorios en los que se lleva a cabo (Cuenca Cabeza, 2004). Al mismo

tiempo, por su arraigo en el territorio y su capacidad de construir la cultura local y participar en ella, las iniciativas de ocio educativo y las actividades de tiempo libre favorecen la construcción de relaciones y redes vecinales, potenciando así una mejora de la convivencia entre personas de diferentes orígenes, generaciones, formas de pensamiento y referencias (Dasil-Santamaría *et al.*, 2023).

A pesar de su elevado número, son pocos los programas de este tipo que muestran una efectividad real. Dentro de las intervenciones dirigidas a desarrollar habilidades o aumentar el tiempo de ocio, Toepoel (2013) distingue dos grupos: por un lado, aquellas actividades productivas (como, por ejemplo, las relacionadas con la lectura o la participación en pasatiempos), que se asocian con una reducción de la soledad, y por otro, aquellas actividades pasivas (como ver la televisión o escuchar la radio), que no están asociadas a la reducción de la soledad. En este sentido, la revisión de la evidencia realizada por Mansfield *et al.* (2019) sobre las actividades participativas de ocio (fundamentalmente, artísticas y deportivas) concluye que este tipo de acciones favorecen la validación y afirmación de la identidad, y facilitan las conexiones sociales positivas y los sentimientos de pertenencia entre las personas participantes. De lo anterior se desprende que participar en actividades de ocio mejora el bienestar de las personas y reduce el aislamiento social, así como el sentimiento de soledad.

Cabe señalar en esta categoría la experiencia impulsada por la entidad sin ánimo de lucro londinense Open Age⁶, que trabaja con personas adultas mayores en los distritos londinenses de Kensington y Chelsea, Westminster, Hammersmith y Fulham, y Brent, para ofrecer actividades grupales de alta calidad y bajo coste en tres áreas principales:

- Actividad física: desde balé hasta boxeo, así como programas más clínicos para personas mayores frágiles.
- Aprendizaje comunitario para adultos.
- Arte y cultura: un programa de actividades artísticas y culturales en colaboración con organizaciones como la Galería Saatchi, la Tate Modern y el Museo de la Ciencia.

Además de trabajar en sus propios tres centros, Open Age hace uso de una amplia gama de espacios y recursos comunitarios, ofreciendo 350 actividades por semana que alcanzan a 1,500 personas mayores. La organización tiene una membresía activa de 4500 personas mayores. La entidad cobra una tarifa estándar de 1 libra por hora para la mayoría de las actividades. El único criterio para participar es tener 50 años o más (en la práctica, la mayoría de los miembros tienen entre 70 y 80 años). La mayoría de los participantes llegan a través del boca a boca; sin embargo, la entidad cuenta con un equipo de enlace encargado de identificar

⁶ <https://www.openage.org.uk/>.

posibles participantes del programa y elaborar un plan de actividades basado en sus intereses.

En esta misma línea, se enmarca el proyecto catalán Vacaciones Amigas⁷, iniciativa organizada y subvencionada por Amics de la Gent Gran para luchar contra la soledad de las personas mayores en verano. Estas vacaciones constan de una salida en grupo de seis días a un municipio de Cataluña. El verano es una de las épocas del año en las que la soledad se incrementa, ya que ese sentimiento contrasta aún más con las vacaciones del resto de la ciudadanía.

Estas salidas, que tienen lugar entre julio y septiembre, son un espacio de convivencia, ocio y recuperación anímica y física muy satisfactoria. El programa permite a las personas mayores salir de sus domicilios, disfrutar de excursiones, talleres y actividades diarias y establecer nuevos vínculos de amistad tanto con personas mayores como voluntarias. Todo esto con alojamiento con pensión completa, atención constante, una persona enfermera y una auxiliar de geriatría, además del transporte, siempre a cargo de la entidad. Las personas mayores beneficiarias tan solo pagan un precio simbólico adaptado a sus ingresos, normalmente entre 50 y 70 euros para toda la salida, que representa menos del 10 % del coste total. Para poder cubrir los gastos que implica este proyecto, se ha lanzado una campaña de captación de fondos donde se apela a la solidaridad de la comunidad para hacer posible que las personas mayores disfruten de un verano en compañía.

En un entorno más cercano, en el territorio de Bizkaia, encontramos la iniciativa Nagusi Kafegunean⁸, adaptación del modelo Chatty Café, ampliamente implementado a escala internacional. Fundado originalmente en Manchester por Alexandra Hoskyn, el programa Chatty Café se creó para poner en contacto a personas de todas las profesiones y condiciones sociales que se sentían solas y que desearan conocer nuevas caras y disfrutar de nuevas conversaciones. Costa Coffee adoptó el programa y se convirtió así en la primera y única cadena de cafeterías del Reino Unido en adoptarlo a escala estatal.

El Grupo SSI, en colaboración con el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao, puso en marcha el proyecto Nagusi Kafegunean, que trata de dar un paso más en la búsqueda de soluciones para aquellas personas que han ido perdiendo contacto social y se encuentran en una situación de soledad no deseada o de riesgo social. Busca promover redes de relaciones amigables entre aquellas personas que presentan limitaciones para desenvolverse de forma autónoma en la vida social o para aquellas otras con escasos contactos sociales. El proyecto tiene tres formatos:

- **Café en tu Casa:** dirigido a aquellas personas que no puedan salir a la calle por limitaciones físicas, psicológicas, de aislamiento social o barreras arquitectónicas, y con el pretexto de un café u otra actividad similar, acompañar y conversar con la persona mayor.
- **Café a Tres:** para aquellas personas que, pudiendo salir de casa, no son amigas de espacio grandes y prefieren disfrutar de un café u otra actividad en el domicilio de otra persona mayor que afronta limitaciones para salir de su domicilio.
- **Café en Espacios Amigables:** para aquellas personas que deseen encontrarse en grupo con otras personas, en cafeterías de asociaciones de mayores previamente identificadas como "espacios amigos con las personas mayores", con el fin de promover así la construcción de redes estables.

Este tipo de iniciativas se están extendiendo a otros municipios vizcaínos, como Barakaldo, donde el Ayuntamiento ha impulsado Nagusi Kafe Guneak.

3.3. Garantizar infraestructuras que permitan las relaciones entre las personas, así como el acceso a los servicios, programas y equipamientos disponibles en la comunidad

3.3.1. Fomentar el transporte accesible

Existe evidencia sólida sobre la importancia del transporte para mantener a las personas socialmente conectadas. La existencia de una red de transporte seguro, accesible y asequible permite conectar a las personas con todas las actividades y servicios de la comunidad, lo que les permite mantener sus conexiones existentes, así como fomentar el establecimiento de nuevas relaciones. La cuestión del transporte, y su papel en la promoción de vínculos, experiencias y conexiones comunitarias, se relaciona también, fundamentalmente, con la política seguida para el establecimiento de tarifas. En ese sentido, la reciente introducción de medidas tendentes a la cuasigratuidad de determinados trayectos en transporte público debe considerarse un avance de importancia en lo que se refiere a las conexiones sociales, tanto en sentido literal como figurado.

En todo caso, las estrategias contra el aislamiento y la soledad abogan por servicios de transporte accesibles, inclusivos y que apoyen las conexiones sociales, por su papel fundamental en mantener a las personas socialmente activas, sobre todo a las que viven en zonas rurales y a las más mayores o con dificultades de movilidad, así como a las aquellas que no se implican en determinadas actividades por el alto coste que supone el traslado en transporte público. La revisión realizada en 2021 por la Universidad de St Andrews (Williams McHale y Chow, 2021) sobre la relación entre el transporte y los vínculos sociales, concluyó lo siguiente:

⁷ <https://amigosdelosmayores.org/es/actualidad/blog/conoces-vacaciones-amigas>.

⁸ <https://grupossi.es/reflexiones/nagusi-kafegunean-personas-mayores/>.

- En ausencia de un automóvil, el transporte público y comunitario se vuelven más importantes. Varios estudios documentan una reducción de los sentimientos de soledad entre las personas mayores que utilizan el transporte público con más regularidad. Por ello, es esencial garantizar una red de transporte público que sea segura, sostenible y accesible, que satisfaga las necesidades de las personas usuarias, independientemente de su situación socioeconómica.
- La red de transporte público puede constituirse como un "tercer espacio" en el que encontrarse con otras personas.
- Las personas que se desplazan caminando o en bicicleta conocen a más personas y sienten una mayor cohesión social que quienes lo hacen conduciendo automóviles.

En esta categoría de iniciativas, se enmarca Bus Buddies, uno de los servicios ofrecidos por la Asociación de Organizaciones de Transporte Público de Pembrokeshire (PACTO), una organización galesa que reúne a los pequeños operadores de transporte comunitario rural de ese condado⁹. Proporciona apoyo y compañía a personas adultas que necesitan ayuda adicional para utilizar el transporte comunitario y salir a la calle. Esta iniciativa comenzó en 2016 como respuesta a la creciente preocupación por quienes no podían acceder al transporte comunitario o estaban en riesgo de perderlo debido a su frágil estado de salud. A esas personas, el servicio les asigna una persona voluntaria que le acompaña en los trayectos, así como durante la realización de actividades en destino.

Otro ejemplo de este tipo de iniciativas lo constituye el británico Let's Chat!¹⁰, liderado por Transport for West Midlands, que utiliza el transporte público para conectar a las personas con la comunidad local y, de este modo, abordar la soledad en el transporte. Financiado por el Departamento de Transporte, el proyecto cuenta, fundamentalmente, con personal voluntario. Su objetivo es abordar y reducir el aislamiento y la soledad en las comunidades locales, proporcionando lugares donde las personas puedan charlar, socializar, establecer nuevos vínculos y conexiones, y ser dirigidas a otros servicios comunitarios. El proyecto se puede encontrar en tres tipos de espacios:

- Centros comunitarios que están ubicados en estaciones de autobuses.
- Transporte público de pasajeros: ofrece viajes puerta a puerta a grupos de personas con ganas de conocer a gente.
- Mobile Hubs: espacios móviles donde coincidir con personas con las que conversar.

⁹ <https://www.pacto.org.uk/BusBuddies.php>.

¹⁰ <https://www.tfwm.org.uk/campaigns/let-s-chat/>.

Por último, en los Estados Unidos y América Latina se lleva a cabo la iniciativa denominada Ciclovías Recreativas u Open Streets¹¹, destinada a reconfigurar temporalmente las calles de las ciudades para convertirlas en espacios libres de automóviles para caminar, montar en bicicleta y otras actividades de ocio mediante la programación de actividades complementarias. Los objetivos de estos programas incluyen fomentar la actividad física, la participación ciudadana, el desarrollo de economías locales, el desarrollo comunitario, la recuperación y revitalización de espacios públicos y el cambio de comportamientos relacionados con el transporte, a través de la incidencia política. Evaluaciones realizadas han mostrado que, cuando las Ciclovías Recreativas se implementan con regularidad, los beneficios que ofrecen son múltiples:

- Proveen oportunidades para que personas adultas, niñas y niños puedan cumplir con las recomendaciones de actividad física;
- mejoran mediciones de calidad de vida;
- promueven el capital social;
- fomentan un aumento en el uso de la bicicleta como medio de transporte;
- reducen la polución y los niveles de ruido en las calles; y
- aumentan la actividad de los negocios locales.

3.3.2. Incidir en la brecha digital

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) permiten el acceso a la información, la salud, la atención médica y la participación socioeconómica, así como a otros factores que promueven el compromiso y la participación en el entorno. La desigualdad en el acceso a internet y a esas tecnologías se conoce como brecha digital. A medida que se incorporan más actividades y servicios en el espacio digital, algunas personas tienen dificultades para acceder a dichas actividades y servicios, y, por lo tanto, ven reducido su derecho a participar plenamente en la sociedad (Nagusi Intelligence Center, 2023).

Si bien la tecnología puede permitir que las personas mayores mantengan, y en menor medida, desarrollen sus conexiones sociales (Stupple-Harris, 2021), el grueso de la literatura especializada alerta del riesgo de exclusión que provoca el uso creciente de la tecnología, especialmente entre las personas mayores, al estar menos familiarizadas en su manejo. Ante este reto, organismos públicos y privados están desarrollando iniciativas para minimizar la brecha digital, que consisten, fundamentalmente, en:

- Ofrecer formaciones que mejoren el conocimiento de las tecnologías.
- Prestar soporte tecnológico por diferentes canales, combinado tanto la atención virtual (por teléfono,

¹¹ <https://openstreetsproject.org/>.

videoconferencia o correo electrónico) como la presencial.

- Adaptar los canales y las herramientas digitales a las necesidades de los colectivos más vulnerables frente a la brecha digital.
- Desarrollar estrategias de comunicación y divulgación que permitan dar a conocer las acciones que se están llevando a cabo.

Las acciones formativas y de capacitación son las más frecuentes y la dimensión intergeneracional cuenta con gran presencia en este tipo de actuaciones. En este sentido, la participación de las generaciones más jóvenes puede constituir una forma de apoyo complementaria a la formación. La iniciativa Digital Heroes¹², desarrollada en Gales, se enmarca entre esas iniciativas de formación intergeneracional y consiste en organizar grupos de estudiantes que enseñan a las personas mayores a utilizar las herramientas digitales. Tras recibir una formación, las y los jóvenes voluntarios son derivados a una residencia, centro de día u hospital para formar a residentes y pacientes mayores en el uso de la tecnología.

En el mismo sentido, cabe destacar la iniciativa británica Sky Up¹³, que tiene como objetivo prevenir y minimizar la brecha digital entre los dos colectivos más afectados por este fenómeno: los jóvenes menores de 25 años de zonas desfavorecidas y las personas mayores de 65 años. Iniciado en 2022, Sky Up se compone de tres programas:

- Centros digitales: cien centros físicos en las comunidades, en los que se trabaja en colaboración con el resto de las entidades de la zona. Se trata de espacios donde las personas usuarias pueden reunirse para formarse y hacer uso de la tecnología. Cuentan con personal voluntario que ofrece formaciones personalizadas, basadas en las necesidades de las personas usuarias.
- Subvenciones destinadas a menores que han salido del sistema de protección, para proporcionarles formación y dispositivos tecnológicos.
- Academia Sky Up: el programa ofrece 20 000 plazas anuales a jóvenes para formarse en industrias creativas.

Por otro lado, las acciones en las que las personas participantes se sienten involucradas como co-productoras obtienen resultados más positivos. En este sentido, cabe señalar las dinámicas colaborativas que está organizando la Diputación Foral de Bizkaia en el marco del diseño de la Estrategia Digital de Bizkaia¹⁴. A través del Gabinete de Estrategia Digital y Corporativa y del Departamento de Acción Social,

la Diputación Foral de Bizkaia ha organizado dos dinámicas colaborativas con la asociación Nagusiak y con el Consejo de Personas Mayores de Bizkaia. Estas dinámicas colaborativas han buscado identificar las necesidades del colectivo de personas mayores en su relación con las nuevas tecnologías, y obtener iniciativas que minimicen su brecha digital.

Las conclusiones y los ejes de acción identificados en las dinámicas colaborativas celebradas el 21 de mayo y 8 de junio se presentaron el 24 de noviembre, en una sesión celebrada en la sede de Lantik S.A.M.P y en la que participaron miembros de varios grupos de trabajo del Consejo de Personas Mayores de Bizkaia, así como de asociaciones de personas mayores, el Gabinete de Estrategia Digital y Corporativa de la Diputación Foral de Bizkaia y la propia Lantik. En esa sesión, se acordó la constitución de un equipo de trabajo para abordar las siguientes acciones específicas vinculadas a los ejes tractores y la hoja de ruta:

- Formación y capacitación en nuevas tecnologías para las personas mayores: programa formativo práctico en modalidad presencial.
- Bizkaia.eus: revisión conjunta de la usabilidad de la sección Atención Ciudadana y del formulario de quejas y sugerencias de la web de la Diputación Foral de Bizkaia.
- BizkaiUP¹⁵: revisión de usabilidad y co-diseño de nuevos espacios para las personas mayores.
- WhatsApp: gestionar este medio como nuevo canal de comunicación y atención.
- Revisión del servicio de canales de atención presencial.

3.3.3. Los equipamientos urbanos como espacios para la interacción

Los equipamientos urbanos o las infraestructuras sociales proporcionan espacios y oportunidades para que las personas tengan interacciones sociales y construyan conexiones. Estos espacios son importantes, ya que pueden incidir directamente en el capital social, es decir, en la generación y desarrollo de conexiones sociales. Las relaciones con otras personas a escala local son cruciales para el bienestar de las personas y representan una fuente de apoyo social que puede reducir el aislamiento social (Yarker, 2019).

Esas infraestructuras son múltiples, abarcando edificios públicos como escuelas y servicios de salud, edificios cívicos como bibliotecas, espacios públicos como parques y plazas, así como lugares privados y comerciales como tiendas y cafeterías. Siguiendo la clasificación de Gardner (2011), estos espacios sociales se agrupan en dos grandes categorías según el tipo de relaciones que proporcionan, a saber:

¹² <https://www.digitalcommunities.gov.wales/digital-heroes/>.

¹³ <https://www.campaigntoendloneliness.org/making-connections-in-a-digital-world/>.

¹⁴ <https://www.bizkaia.eus/es/estrategia-digital>.

¹⁵ <https://www.bizkaia.eus/es/bizkaiup/>.

- Infraestructuras de vinculación (*bonding*), cuando facilitan relaciones entre personas que comparten identidad social y que son similares sociodemográficamente. Aquí se incluirían, por ejemplo, los espacios religiosos o las asociaciones que giran en torno a un interés o experiencia común.
- Infraestructuras de puente (*bridging*), cuando facilitan relaciones entre gente de perfiles sociodemográficamente distintos: tiendas, restaurantes o espacios abiertos seguros, entre otros.

Más allá de los beneficios individuales, desde un punto de vista colectivo, las infraestructuras sociales influyen de forma positiva en las comunidades:

- Pueden mejorar la cohesión social mediante la provisión de espacios de intercambio intercultural e intergeneracional.
- Pueden mejorar los servicios y recursos comunitarios y la acción voluntaria.
- Pueden ejercer de palancas para el cambio social.

Para que los equipamientos urbanos faciliten las conexiones sociales, Oldenburg (1999) señala que deben tener las siguientes características:

- Ser acogedores.
- Facilitar la conversación.
- Tener un coste mínimo.
- Disponer de un amplio horario.
- Ser inclusivos.
- Ser comunitarios.

Desde esta perspectiva, la literatura apunta al papel clave de las bibliotecas públicas como espacios con un considerable potencial social. En este sentido, son numerosas las iniciativas que se están desarrollando en el ámbito de las bibliotecas públicas como, por ejemplo, las que se recogen a continuación:

- Línea de financiación a proyectos destinados a combatir la soledad mediante las bibliotecas públicas (Inglaterra)¹⁶. El programa es parte del fondo Conoce Tu Vecindario, un paquete de ayudas de 29 millones de libras del Departamento de Cultura, Medios de Comunicación y Deporte diseñado para promocionar el voluntariado y abordar la soledad en 27 áreas desfavorecidas de Inglaterra. Ejemplos de proyectos que podrían ser financiados en bibliotecas incluyen contratar coordinadores/as de voluntariado, proveer actividades adicionales para preescolares, ofrecer juegos para personas mayores o extender las horas de apertura para brindar actividades sociales. Un enfoque clave del programa será generar y compartir aprendizajes sobre cómo se puede fomentar que las personas en áreas

desfavorecidas se ofrezcan como voluntarias y mejoren, así, sus conexiones sociales.

- Las bibliotecas bajo prescripción (Atenas): la biblioteca pública de Atenas ha puesto en marcha un programa de prescripción social para personas con problemas de salud mental, que se sienten solas o pertenecen a minorías o grupos vulnerables (Tsene y Ntziora, 2023).
- Espacio Personas Mayores (Biblioteca Zona Nord "Mària Sánchez", Barcelona)¹⁷: Espacio Personas Mayores es un grupo de encuentro semanal, dirigido a personas mayores de 55 años. El objetivo de este proyecto es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores de los barrios de Ciutat Meridiana, Torre Baró y Vallbona, y reforzar su red social, mediante el tratamiento de la soledad y el aislamiento, con la promoción de la participación en actividades de tipo cultural como base para un envejecimiento activo y el refuerzo de ejercicios de memoria como complemento al taller de memoria que se hace en el centro de atención primaria Ciutat Meridiana. Se llevan a cabo las siguientes actividades:
 - Charlas y tertulias de temas de interés para las personas mayores.
 - Taller de memoria el tercer lunes de mes.
 - Tertulias sobre salud el último lunes de mes.

Asimismo, la revisión realizada ha permitido identificar iniciativas orientadas a facilitar el acceso a determinados recursos a los grupos poblacionales que pueden tener más dificultades para su disfrute. De este modo, aprovechando lo que ya ofrecen, se fomenta que estos equipamientos o recursos puedan convertirse en centros comunitarios para provocar conexiones entre las personas, al objeto de promover la cohesión social. En esta línea, se enmarca la experiencia piloto Receta Cultura¹⁸, puesta en marcha por la Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, y Las Naves, centro de innovación del Ayuntamiento de Valencia. Esta iniciativa pretende mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de aquellas personas que sufren soledad no deseada o tienen problemas derivados de la inactividad física. El proyecto, en fase piloto, consiste en la prescripción de visitas guiadas a museos por parte de los centros de salud.

En la puesta en marcha del proyecto han participado seis museos de la ciudad de Valencia de diferentes titularidades, que es donde se realizan las doce visitas gratuitas adaptadas a lo largo del primer semestre de 2020. Estos museos son Bombas Gens Centre d'Art, el Museu de Ciències Naturals, el Museu d'Història de València, el Museu Faller de València, el Museo Nacional de Cerámica y de las Artes Suntuarias "González Martí" y el Museu Valencià d'Etnologia.

¹⁶ <https://www.librariesconnected.org.uk/news/public-libraries-secure-%C2%A325-million-tackle-loneliness-increase-volunteering>.

¹⁷ <https://ajuntament.barcelona.cat/biblioteques/es/bibzona-nord/colleccions/espacio-personas-mayores-1420767>.

¹⁸ <https://comunica.gva.es/es/detalle?id=360800705&site=174859789>.

De esta manera, se pone en valor la función social de los museos, democratizando el acceso a estos al favorecer la participación de población vulnerable.

La prescripción se hace en las consultas de atención primaria de los centros de salud Miguel Servet, Azucena, Serrería I, República Argentina, Salvador Pau-CA Chile y Font de Sant Lluís. En cuanto al desarrollo de la actividad, las visitas son de carácter grupal, puesto que uno de los objetivos del proyecto es, precisamente, favorecer las relaciones sociales entre personas que sufren soledad no deseada. Las visitas están guiadas por personal de cada uno de los museos. La previsión es realizar dos visitas a uno de los museos, cada una de las cuales servirá para descubrir determinados aspectos o zonas de la entidad. La actividad tiene una duración de 50 minutos y las personas participantes pueden acceder de forma gratuita presentando la papeleta correspondiente del talonario que previamente les habrá hecho entrega su centro de salud.

De momento, Receta Cultura es un proyecto piloto que se llevará a cabo en la ciudad de Valencia, pero, según sus resultados, será implementada en otros municipios. A partir de un procedimiento de evaluación exhaustivo, que implicará tanto a las personas participantes como a las y los profesionales de los centros de salud y los museos, será posible expandir la experiencia a toda la Comunidad Valenciana e incorporar la cultura como un elemento capaz de mejorar la salud y el bienestar.

Más allá de estas iniciativas, también se han identificado experiencias que pivotan en torno al efecto positivo del acceso a parques y otros espacios verdes en el bienestar de las personas residentes en entornos urbanos. En concreto, en el caso de las personas mayores (con mayores limitaciones de movilidad) contar con espacios verdes en su entorno disminuye los sentimientos de soledad y aumenta las oportunidades de establecer conexiones sociales. En esta línea, se enmarca la iniciativa europea Recetas (Re-imagining Environments for Connection and Engagement: Testing Actions for Social Prescribing in Natural Spaces)¹⁹. Se trata de un proyecto de investigación e innovación europeo que llevará a cabo un consorcio formado por trece instituciones de nueve países bajo la coordinación del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal).

El proyecto abordará la soledad y la calidad de vida relacionada con la prescripción social basada en la naturaleza, en la que se creará y mantendrá la infraestructura social y tecnológica necesaria para favorecer la cohesión y el apoyo social y comunitario. La prescripción social basada en la naturaleza será el nexo entre las personas, los espacios y las instituciones que forman redes y conexiones sociales con las inversiones existentes en las soluciones basadas en la naturaleza y las infraestructuras verdes

(como parques, azoteas y jardines) y los espacios azules (como lagos y ríos), para reducir los efectos de la contaminación, el clima extremo (como el calor) y otros factores ambientales estresantes. El enfoque en las personas que sufren la soledad como beneficiarias de las soluciones basadas en la naturaleza y las infraestructuras verdes es una nueva aplicación de estas intervenciones.

Uno de los principales activos de Recetas es su planteamiento interdisciplinar, que unirá a profesionales de campos tan diversos como la salud pública, la psicología, la medicina clínica, la sociología, el diseño paisajístico, la planificación urbana, la economía de la salud, la ingeniería, los negocios o el derecho, entre otras. El proyecto, que dio comienzo en abril de 2021, cuenta con un presupuesto de cinco millones de euros, financiado por la Unión Europea a través de su programa marco Horizonte 2020, y tendrá una duración de cinco años.

Para conseguir sus objetivos, Recetas llevará a cabo tres estudios observacionales y otros tantos ensayos controlados aleatorios en seis ciudades del mundo: Barcelona, Marsella, Praga, Helsinki, Cuenca (Ecuador) y Melbourne. Estos estudios harán contribuciones importantes al pequeño pero creciente cuerpo de evidencia sobre el potencial de las intervenciones sociales basadas en la naturaleza para ayudar a crear salud y bienestar. Al mismo tiempo, tienen como objetivo reducir la presión sobre los sistemas médicos ya estresados.

3.4. Impulsar los facilitadores estructurales

3.4.1. Promoción de los entornos amigables

El diseño tanto del entorno (los barrios o la comunidad) como de las viviendas es fundamental para vivir de forma más activa, comprometida, independiente y saludable. En 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el programa de Ciudades y Comunidades Amigables con la Edad que tiene por objetivo mejorar la relación entre el entorno y las personas que viven en él, independientemente de su edad. Se trata de una iniciativa centrada en la acción local, que aborda de manera integral los aspectos que afectan al día a día de pueblos y ciudades y lo hace promoviendo la participación de las personas mayores, teniendo en cuenta sus necesidades, opiniones y propuestas en el proceso de análisis y mejora de los municipios en diversos ámbitos, con el fin último de promover un envejecimiento saludable y activo.

Un entorno amigable con las personas mayores reorganiza sus estructuras y servicios para que sean accesibles y adaptados a las necesidades y capacidades individuales, fomentando la participación. Para conseguir un entorno así, la OMS establece un ciclo de mejora continua de cuatro fases (diagnóstico, planificación, intervención y evaluación), que se aplica a ocho áreas de intervención:

¹⁹ <https://www.recetasproject.eu/about>.

- Espacios al aire libre y edificios: fomento del uso de los espacios públicos (parques, jardines, polideportivos, plazas), contribuyendo a su mejora y compartiendo los lugares favoritos con los demás.
- Transporte: facilitar la movilidad dentro y fuera de pueblos y ciudades.
- Vivienda: adaptar las viviendas a las necesidades.
- Participación y tejido social: fomento de la ayuda vecinal mutua.
- Participación ciudadana y empleo: promoción de un sentimiento de ciudadanía y un empleo flexible, adaptado a las necesidades de las personas.
- Respeto e inclusión: trabajo conjunto de todas las generaciones.
- Comunicación e información.
- Servicios sociales y de salud: fomento del envejecimiento activo y saludable.

En nuestra comunidad autónoma, destaca la iniciativa Euskadi Lagunkoia²⁰, promovida por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y puesta en marcha por la Fundación Matia. Se basa en la iniciativa Age-friendly Environments Programme impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su principal objetivo es incentivar la participación de las personas mayores y de la ciudadanía en general para la mejora de barrios y entornos en los municipios del País Vasco, de forma que sea posible seguir con la propia vida a medida que se envejece:

- Aprovechar el potencial que representan las personas mayores en la vida de los pueblos y ciudades de Euskadi como generadoras de bienestar.
- Crear y fomentar procesos de participación comunitaria.
- Crear una red de iniciativas amigables en Euskadi.
- Facilitar la introducción de cambios en los entornos a fin de mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.

Entre las iniciativas puestas en marcha en el marco de Euskadi Lagunkoia, cabe desatacar las siguientes:

- Establecimientos Amigables (área de Respeto e Inclusión): este programa consiste en hacer que los negocios sean más amigables para su clientela, adecuándolos a las necesidades de las personas mayores, para que puedan seguir desarrollando su vida en el entorno habitual de la forma más autónoma posible. Gracias a este programa, el establecimiento obtiene gratuitamente la posibilidad de conocer pautas para mejorar la amigabilidad del negocio; de mejorar la atención al cliente y a las personas mayores mediante la sensibilización del personal; de realizar una

autoevaluación para identificar áreas de mejora; de conseguir el sello Somos Amigables, que le permitirá difundir su compromiso, y, finalmente, de ser promocionado a través de la Red Euskadi Lagunkoia, del Mapa de Lugares Amigables y de la Guía de Establecimientos Amigos.

- Banco del tiempo (área de Participación y Tejido Social): cualquier persona o entidad puede darse de alta como usuaria en el banco del tiempo específico de Euskadi Lagunkoia, definiendo la oferta o demanda de servicios que ofrece o precisa.
- Auzokoa Lagun (área de Vivienda): consiste en una iniciativa ciudadana que trabaja por el fomento del tejido social de los barrios y la ayuda mutua entre el vecindario de un mismo edificio. Se trata de crear redes solidarias para intentar paliar las necesidades que surgen tanto de los cambios en las familias como en los vecindarios y comunidades. Se concreta en el intercambio de ayuda entre vecinos para tareas cotidianas en el hogar (cambio de enchufes o bombillas, compras, riego de plantas). Los destinatarios son comunidades de vecinos, personas desempleadas, personas mayores, personas que viven en soledad, personas con diversidad funcional y ciudadanía en general. En el proyecto, se implican como agentes las comunidades de vecinos, las asociaciones de barrio y el ayuntamiento correspondiente.

Igualmente, los espacios amigables favorecen el desarrollo de programas basados en las redes de cercanía entre grupos de personas que residen en el mismo barrio, ampliando y fortaleciendo los vínculos relacionales de la comunidad y de las personas que viven en ella. En esta línea se encuentra la experiencia denominada Grandes Vecinos²¹, que se basa en Voisin-Âge, iniciativa francesa impulsada por la asociación Les Petits Frères des Pauvres con el fin de recrear la solidaridad vecinal y poner en contacto a personas mayores con sus vecinos. Este proyecto es una forma innovadora de tejer redes sociales y de posicionar a las personas mayores en el corazón del barrio, paliando las situaciones de soledad.

Grandes Vecinos tiene como objetivo la prevención de la soledad de las personas mayores, a través de la puesta en contacto con vecindario de su mismo barrio inscrito en el proyecto, con el que las personas participantes pueden compartir actividades cotidianas e intercambiar apoyos en momentos puntuales. Se trata de una iniciativa que pretende involucrar a la ciudadanía en el cuidado de las personas mayores, fomentando las relaciones y los intercambios intergeneracionales. El proyecto se articula a través de una página web y de las redes sociales, mediante las cuales una o varias personas del vecindario se ponen en contacto con una persona mayor cercana a su domicilio. El objetivo es compartir momentos juntos: que se llamen por teléfono o se escriban cartas, que queden a tomar algo, que una persona lleve el pan a la otra o que participen conjuntamente en actividades culturales.

²⁰ <https://euskadilagunkoia.euskadi.eus/web/gk00-quees/es/>.

²¹ <https://www.grandesvecinos.org/>.

3.4.2. Promoción del voluntariado

La última línea de actuación recogida en el informe hace referencia a la promoción del voluntariado.

El voluntariado se define como un trabajo no remunerado, consciente y autoimpuesto en beneficio de otras personas, una sociedad o una organización (Elche y Cervigón, 2022), y se puede concretar de diversas maneras (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2017):

- A través de fórmulas que podrían llamarse "de persona a persona" en el sentido de que implican una relación más directa entre la persona voluntaria y la persona usuaria, y una menor intervención de las estructuras de la entidad: grupos de autoayuda, intervenciones de pares, fórmulas de tutoría o padrinazgo. Su denominador común es que la acción voluntaria tiene una base fundamentalmente individual, con relaciones personales de mayor intensidad y autonomía de acción por parte de la persona voluntaria; también, que la dependencia respecto a la organización es menor.
- Mediante fórmulas de voluntariado denominadas "de la experiencia" o "de las competencias", que consisten en ofrecer a una entidad de voluntariado un saber hacer específico y especializado para la realización de una actividad o misión determinada. Estas fórmulas se caracterizan, así, por el desarrollo por parte del voluntariado de tareas relativamente especializadas que requieren una capacitación profesional media o alta, y que responden a necesidades concretas de las entidades.
- Otra fórmula novedosa de articulación de la acción voluntaria, aunque no siempre se haya considerado como tal, es el intercambio de actividades de voluntariado, que toma a menudo la forma de bancos del tiempo. Si bien es cierto que no se trata de actividades completamente altruistas o carentes de compensación (en la medida en que existe una compensación recíproca por las actividades realizadas), los bancos del tiempo pueden considerarse como una extensión de la actividad voluntaria.

El voluntariado se constituye como un agente fundamental en la provisión de intervenciones efectivas para la promoción de las relaciones y las conexiones sociales, tal y como se desprende de las iniciativas recogidas en este apartado. A modo de ejemplo, la estrategia para afrontar la soledad del Reino Unido (Department for Digital, Culture, Media and Sport, 2018) destina 11,5 millones de libras (de los 20 millones dedicado a su puesta en marcha) al Building Connections Fund, para promover la acción voluntaria. En cuanto a su efecto sobre las soledades, si bien no existe suficiente evidencia sobre la vinculación directa entre el voluntariado y la superación del sentimiento de soledad, la comunidad de conocimiento en esta materia es unánime al afirmar que el voluntariado puede ayudar a prevenir la soledad al permitir que las personas voluntarias mantengan sus conexiones sociales (Locke y Grotz, 2022).

Basándose en lo anterior, han surgido múltiples intervenciones destinadas a promover y apoyar el voluntariado desde varios enfoques:

- Impulsar el desarrollo de las iniciativas existentes a través de la capacitación y la formación, como es el caso de BizkaiaGara²², un espacio para la acción ciudadana, voluntariado y trabajo comunitario al servicio de personas, instituciones y organizaciones del territorio. Este proyecto, impulsado por la Diputación Foral de Bizkaia, EDE Fundazioa y BBK, contempla entre sus acciones el desarrollo de actividades formativas destinadas al ecosistema que conforma la red voluntaria del territorio.
- Fortalecer las entidades voluntarias que operan en el territorio. En esta línea, se enmarca el Fondo de Apoyo al Voluntariado²³, una línea de ayudas directas que el Gobierno de Gales proporciona al sector del voluntariado con el objetivo de apoyar la infraestructura nacional y local. En cuatro años (2017-2020), se destinaron 3,8 millones de libras a este fondo, que concede subvenciones de hasta 10 000 libras.

²² <https://www.bizkaiaagara.eus/>.

²³ <https://www.gov.scot/policies/third-sector/volunteering/>.

- AGIRRE LEHENDAKARIA CENTER (2019): *Getxo Zurekin: informe 2019*, s. l., Fundación Doble Sonrisa, <<https://fundaciondoblesonrisa.com/getxozurekin/wp-content/uploads/2020/09/Fundacion-DS-Getxo-Zurekin.pdf>>.
- AJUNTAMENT DEL PRAT DE LLOBREGAT (s. f.): *Prescripció social: la recepta del benestar*, <<https://www.elprat.cat/persones/viure-en-salut/la-prescripcio-social>>.
- AMIGOS DE LOS MAYORES (2019): *¿Conoces las Vacaciones Amigas?*, 26-6-2019, <<https://amigosdelosmayores.org/es/actualidad/blog/conoces-vacaciones-amigas>>.
- ÀREA DE CULTURA (s. f.): *Espai Gent Gran, Biblioteca Zona Nord*, s. l., Diputació de Barcelona, <<https://ajuntament.barcelona.cat/biblioteques/bibzonanord/es/canal/espai-gent-gran>>.
- ÀREA DE JUVENTUD DEL AYUNTAMIENTO DE GÜEÑES (s. f.): *Gure Aiton Amonak*, <<https://gugaz.guenes.eus/gure-aiton-amonak/>>.
- BIBLIOTECA ZONA NORD - MÀRIA SÁNCHEZ (s. f.): *Espacio Personas Mayores*, Barcelona, Ayuntamiento de Barcelona, <<https://ajuntament.barcelona.cat/biblioteques/es/bibzonanord/colleccions/espacio-personas-mayores-1420767>>.
- BIZKAIA GARA (s. f.): <<https://www.bizkaiagara.eus/>>.
- BRYER, N. (2019): *Review of key mechanisms in intergenerational practices, and their effectiveness at reducing loneliness/social isolation*, serie Government Social Research, n.º 24/2019, Cardiff, Welsh Government, <<https://www.gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-05/review-key-mechanisms-intergenerational-practices-their-effectiveness-reducing-loneliness-social-isolation.pdf>>.
- BUILDING CAPACITY FOR A SUSTAINABLE SOCIETY (2022): *Mapeo del ecosistema de innovación social en España*, Bruselas, Building Capacity for a Sustainable Society.
- CAMPAIGN TO END LONELINESS (2023): *Making connections in a digital world*, <<https://www.campaigntoendloneliness.org/making-connections-in-a-digital-world/>>.
- CÁRITAS DIOCESANA DE ORIHUELA-ALICANTE (s. f.): *Proyecto Mentor: una respuesta a la soledad a través de las TIC*, <https://caritasoa.org/accion_social/proyecto-mentor/>.
- CUENCA CABEZA, M. (2004): *Pedagogía del ocio: modelos y propuestas*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- DALTON, S. (2019): *Healing the generational divide. Interim report on intergenerational connection*, Londres, All Party Parliamentary Group on Social Integration, <<https://socialintegrationappg.org.uk/wp-content/uploads/2023/02/Healing-the-Generational-Divide2.pdf>>.
- DEPARTMENT FOR DIGITAL, CULTURE, MEDIA AND SPORT (2018): *A connected society: a strategy for tackling loneliness*, Londres, British Government, <<https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness>>.
- DIGITAL COMMUNITIES WALES (s. f.): *Digital Heroes host online safety workshop for ClwydAlyn residents*, s. l., Welsh Government, <<https://www.digitalcommunities.gov.wales/digital-heroes/>>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (s. f.): *Estrategia digital*, <<https://www.bizkaia.eus/es/estrategia-digital>>.
- DOSIL-SANTAMARÍA, M. et al. (2023): "Impulsar el desarrollo comunitario desde el ocio educativo: algunas claves, dificultades, oportunidades y retos",

- Zerbitzuan, n.º 80, pp. 101-110, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.80.07>>.
- EDE FUNDAZIOA (2015): *Hacia una sociedad intergeneracional: ¿cómo impulsar programas para todas las edades? Guía práctica / Belaunaldiarteko gizartea lortzeko norabidean: nola bultzatu adin guztientzako programak? Gida praktikoa*, Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia.
- ELCHE, M. D. y CERVIGÓN, R. (coords.) (2022): *El voluntariado como medio para mejorar la calidad de vida de los mayores. Guía innovadora para formadores*, Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, <<https://www.siiis.net/documentos/ficha/579469.pdf>>.
- EUSKADI LAGUNKOIA (s. f.): *¿Qué es Euskadi Lagunkoia?*, <<https://euskadilagunkoia.euskadi.eus/web/gk00-quees/es/>>.
- FANTOVA, F. (2024): *Las políticas sobre soledad y su relación con el bienestar emocional, la conexión comunitaria y la inclusión social*, <<https://www.fantova.net/2024/02/19/las-politicas-sobre-soledad-y-su-relacion-con-el-bienestar-emocional-la-conexion-comunitaria-y-la-inclusion-social/>>.
- FERGURSON, K. y HOGARTH, S. (2018): *Social prescribing in Tower Hamlets: evaluation of borough-wide roll-out, 1 December 2016 – 31 July 2017*, s. l., Tower Hamlets Together y University College London, <<https://towerhamletstogether.com/resource-library/2/download>>.
- FRAZIER, R. S.; BIRMINGHAM, C.; WHEAT, V. y GEORGES, A. (2019): *A systematic review of Senior Corps' impact on volunteer and program beneficiaries*, North Bethesda, JBS International.
- GABINETE DE COMUNICACIÓN (2020): "Sanidad recetará visitas gratuitas a museos para personas que padecen soledad no deseada o inactividad física", s. l., Generalitat Valenciana, <<https://comunica.gva.es/es/detalle?id=360800705&site=174859789>>.
- GARDNER, P. J. (2011): "Natural neighborhood networks. Important social networks in the lives of older adults aging in place", *Journal of Aging Studies*, vol. 25, n.º 3, pp. 263-271, <<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.007>>.
- GRANDES VECINOS (s. f.): <<https://www.grandesvecinos.org/>>.
- GRUPO SSI (s. f.): *Nagusi Kafegunean: un café solo, café a tres, café en grupo*, <<https://grupossi.es/reflexiones/nagusi-kafegunean-personas-mayores/>>.
- HOMESHARE (s. f.): <<https://www.openage.org.uk/>>.
- JOPLING, K. (2020): *Promising approaches revisited: effective action on loneliness in later life*, s. l., Campaign to End Loneliness, <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising_Approaches_Revisited_FULL_REPORT.pdf>.
- KUVU (s. f.): <<https://kuvu.eu/>>.
- LIBRARIES CONNECTED (s. f.): *Public libraries secure £2.5 million to tackle loneliness, increase volunteering*, <<https://www.librariesconnected.org.uk/news/public-libraries-secure-ps25-million-tackle-loneliness-increase-volunteering>>.
- LOCKE, M. y GROTZ, J. (eds.) (2022): *Volunteering, research and the test of experience: A critical celebration for the 25th anniversary of the Institute for Volunteering Research*, s. l., UEA Publishing Project.
- MANSFIELD, L. et al. (2019): *A qualitative evidence review of space and place, intangible assets and volunteering and participatory arts and sport or physical activity for enhancing wellbeing or alleviating loneliness across the adult life course (16+ years), what works wellbeing. A synthesis of qualitative studies: intangible assets*, s. l., What Works Wellbeing, Economic and Social Research Council y Brunel University, <https://whatworkswellbeing.org/wp-content/uploads/2020/07/proofedQUALSYN_IA_3.20.pdf>.
- MARTÍNEZ DEL AMO, A. (2021): "Proyectos fílmicos", en ASOCIACIÓN HARTU-EMANAK (ed.), *X Encuentro Intergeneracional Jóvenes y Personas Mayores, ¿dos mundos separados más incluso en el escenario COVID-19? 29 de abril 2021*, serie Las Personas Mayores en el Umbral del Siglo XXI, n.º 19, Bilbao, Asociación Hartu-Emanak, pp. 27-29, <https://www.hartuemanak.org/wp-content/uploads/2021/07/X-Encuentro_compressed.pdf>.
- NAGUSI INTELLIGENCE CENTER (2023): *¿Cómo mejorar la usabilidad de las tecnologías digitales para las personas mayores?*, Urduliz, Nagusi Intelligence Center, <<https://www.bizkaia.eus/documents/9027320///8f03e783-49e0-1b2a-f35f-1285ae5ea397>>.
- OLDENBURG, R. (1999): *The great good place: cafes, coffee shops, bookstores, bars, hair salons, and other hangouts at the heart of a community*, s. l., Berkshire.
- OPEN STREETS PROJECT (s. f.): *Open Streets Project*, <<https://openstreetsproject.org/>>.
- PACTO (s. f.): *Bus Buddies*, <<https://www.pacto.org.uk/BusBuddies.php>>.
- RECETAS (s. f.): *What is Recetas? The objectives and approach of the project*, <<https://www.recetasproject.eu/about>>.
- SCOTTISH GOVERNMENT (s. f.): *Volunteering*, <<https://www.gov.scot/policies/third-sector/volunteering/>>.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2006): *II Informe del Observatorio Social de Gipuzkoa. Algunas tendencias e innovaciones en el ámbito de los servicios sociales*, San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://katalogoa.siiis.net/Record/151083>>.
- (2017): *Activación comunitaria y solidaridad vecinal. Tendencias y buenas prácticas / Aktibazio komunitarioa eta auzo-elkartasuna. Joerak eta jardunbide egokiak*, San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.siiis.net/documentos/ficha/532562.pdf>>.
- STUPPLE-HARRIS, L (2021): *Tech in the dock. Should AI chatbots be used to address the nation's loneliness problem?*, Londres, Nesta, <<https://www.nesta.org.uk/feature/tech-dock/>>.
- TRANSPORT FOR WEST MIDLANDS (s. f.): *Let's Chat*, <<https://www.tfwm.org.uk/campaigns/let-s-chat/>>.

- TOEPOEL, V. (2013): "Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people?", *Social Indicators Research*, vol. 113, n.º 1.
- TSENE, L. y NTZIORA, D. (2023): *Libraries on prescription*, Atenas, Athens Comics Library y Refugee Week Greece for The Europe Challenge, <<https://theuropechallenge.eu/wp-content/uploads/2023/09/Athens-Comics-Library-Refugee-Week-Greece-Libraries-on-Prescription.pdf>>.
- WELSH GOVERNMENT (2020): *Connected communities: a strategy for tackling loneliness and social isolation and building stronger social connections*, s. l., Welsh Government, <<https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2020-02/connected-communities-strategy-document.pdf>>.
- WILLIAMS, A. J.; MCHALE, C. y CHOW. C. (2021): *Final report on loneliness and transport systematic review*, <<https://www.sustrans.org.uk/media/11359/sustrans-loneliness-and-transport-systematic-review-final-report-21-06-30.pdf>>.
- YARKER, S. (2019): *Social infrastructure: how shared spaces make communities work*, Ambition for Ageing y University of Manchester, <<https://www.gmcvo.org.uk/system/files/publications/Social%20Infrastructure%20Report.pdf>>.



Esperientziak
Experiencias

Las mesas de salud mental, una herramienta para el desarrollo de políticas locales en salud mental en Catalunya

Elisenda Ferrer

Salut Mental Catalunya

elisenda.ferrer@salutmental.org

Osasun mentaleko mahaiak tresna bat dira osasun mentalean tokiko politikak garatzeko. Hausnarketarako, baliabideak trukatzeko eta elkarlanerako guneak dira, lurralde jakin batean osasun mentalaren arreta integrala sustatzeko. Adostasunean, horizontaltasunean eta funtzionatzeko autonomian oinarritzen dira. 2004an, Katalunian lehenengoa sortu zen, eta 20 urte eman ondoren, dagoeneko 46 dira herrialde osoan funtzionatzen dutenak. Zailtasunak dituzten arren, eta aurrekonturik ez duten arren kasu gehienetan, sendotu egin dira tokiko osasun mentala hobetzeko koordinazioa eta kohesioa eskaintzen dituen eragile gisa. Testu honek historia, egitura eta funtzionamendua errebasatzen ditu, eta egungo egoera eta etorkizuneko erronkak aztertzen ditu, gutxi ez direnak.

Gako-hitzak:

Osasun mentala, osasun mentaleko mahaiak, lurraldea, tokiko politikak, lankidetzak.

Las mesas de salud mental son una herramienta para el desarrollo de políticas locales en salud mental. Se definen como espacios de reflexión, intercambio de recursos y trabajo colaborativo para promocionar la atención integral de la salud mental en un territorio determinado. Se apoyan en el consenso, la horizontalidad y la autonomía para su funcionamiento. En 2004, se creó la primera en Catalunya y, tras sus 20 años de vida, son ya 46 las que funcionan en todo el país. A pesar de sus dificultades y la falta de presupuesto en la mayoría de los casos, se han consolidado como un actor que aporta coordinación y cohesión para la mejora de la salud mental a nivel local. Este texto repasa su historia, estructura y funcionamiento, y analiza la situación actual y los retos de futuro, que no son pocos.

Palabras clave:

Salud mental, mesas de salud mental, territorio, políticas locales, colaboración.

1. Introducción

Las mesas de salud mental son una herramienta para el desarrollo de políticas locales en salud mental. Se definen como espacios de reflexión, intercambio de recursos y trabajo colaborativo para promocionar la atención integral de la salud mental en un territorio determinado. Se apoyan en el consenso, la horizontalidad y la autonomía para su funcionamiento. En 2004, se creó la primera en Catalunya y, tras sus 20 años de vida, son ya 46 las que funcionan en todo el país. A pesar de sus dificultades y la falta de presupuesto en la mayoría de los casos, se han consolidado como un actor que aporta coordinación y cohesión al trabajo para la mejora de la salud mental a nivel local. Este texto repasa su historia, estructura y funcionamiento, y analiza la situación actual y los retos de futuro, que no son pocos.

2. Algunos antecedentes

Tras la reforma psiquiátrica de los años ochenta en el Estado español, la situación de la ciudadanía con problemas de salud mental empezó a mejorar, pero no de la forma esperada por sus familias, que se encontraron sin los apoyos y recursos necesarios para acompañar a sus familiares adecuadamente. Por eso, en esa década es cuando se empieza a forjar el movimiento social en pro de la salud mental, inicialmente abanderado, sobre todo, por las familias. De esos años son las primeras asociaciones de familiares de personas con problemas de salud mental en varios lugares del Estado español, también en Catalunya. En 1996, once de esas asociaciones pioneras se unen para crear una entidad de segundo nivel que las agrupe y las haga más fuertes para hacer llegar sus demandas a las administraciones públicas. Así nace la Federación Catalana de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FECAFAMM)¹. A los pocos años, el movimiento social se amplía a entidades lideradas por las propias personas directamente afectadas, cada vez más numerosas en el país. En 2013, después de un largo período de reflexión, la Federació cambia de nombre, porque ya no se siente cómoda con la nomenclatura de "enfermos mentales" y pasa a ser Salut Mental Catalunya. El cambio de nombre explicita también un cambio de visión que llevaba tiempo gestándose y que supone hablar de la salud mental en términos positivos, más allá de lo problemas de salud. También constata una ampliación de la mirada en la salud mental, para incluir todo el abanico de trastornos mentales (desde los más severos a los más leves) y el malestar emocional.

Desde los orígenes del movimiento social a favor de la salud mental en Catalunya, la atención a las personas con problemas de salud mental del país ha ido mejorando poco a poco, pero todavía estamos lejos de dar una respuesta integral y comunitaria a la salud mental que contribuya a la recuperación

de las personas. Nos encontramos con grandes carencias presupuestarias y de estrategia para dar una respuesta adecuada no solo a las necesidades de soporte sanitario, sino también sociales, educativas, de inclusión social y laboral. Esto es primordial si tenemos en cuenta que el 80% de los problemas de salud tienen su origen en los determinantes sociales (Marmot *et al.*, 2010).

3. La salud mental como prioridad

La Organización Mundial de la Salud (s. f.) señala que no podemos hablar de salud si no hay salud mental. Ayudar a las personas a recuperarse de los problemas de salud mental requiere mucho más que la mera prestación de servicios. Es necesario desplegar intervenciones integrales y eficaces para las personas y sus familias. Acciones que permitan generar oportunidades y que estén pensadas para las personas y con las personas, dentro del contexto en el que viven. Está claro que la salud mental debe convertirse en una prioridad para el territorio, para la comarca o el municipio. Y que debe trabajarse a partir de un modelo que incorpore el concepto de empoderamiento y de recuperación, de ciudadanía y de inclusión. Toda la comunidad, por tanto, debe participar en la construcción de la salud mental y debe hacerlo desde una concepción amplia de salud pública.

El Plan de Acción Europeo en Salud Mental 2013-2020 (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2015) ya instaba a todos los países y gobiernos a proteger y fortalecer la salud mental y el bienestar psicológico de la ciudadanía, mediante la mejora de los servicios, la eliminación de barreras y estigma, la colaboración entre todos los sectores implicados, y poniendo a las personas en el centro, promoviendo su participación. La irrupción de la pandemia de la covid-19 en 2020 hizo que el mundo entero experimentara los efectos de una emergencia de salud mundial sin precedentes, que también afectó fuertemente la salud mental de millones de personas, ante un panorama previo de salud mental ya grave y sin una financiación suficiente y ajustada a las necesidades de la población considerando la prevalencia, la magnitud y la complejidad del problema. Tal y como ya alertó a la OMS en su día, la covid-19 tuvo una gran incidencia sobre la salud emocional y la salud mental de la población. El confinamiento, el aislamiento social, la pérdida de personas queridas, los eventos traumáticos y la crisis económica supusieron un reto enorme desde un punto de vista de bienestar emocional. En ese momento, Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, señaló que era crucial tratar las necesidades en salud mental como un elemento central de la respuesta a la pandemia y de la recuperación. Y añadía que "si no nos tomamos en serio el bienestar emocional de las personas, los costes sociales y económicos para la sociedad serán prolongados" (OMS, 2020).

A este reto de gran magnitud, se han sumado los cambios provocados por la irrupción de las

¹ <https://www.salutmental.org/qui-som/>.

tecnologías en la vida de las personas, las cuales han modificado formas de comportamientos y relaciones impensables hace solo pocas décadas. Todo ello ha tenido un impacto sin precedentes, especialmente entre los más vulnerables emocionalmente, los niños y jóvenes, afectados por un aislamiento social y una crisis socioeconómica, donde algunos factores de protección, como la escuela, el ocio y la socialización, han quedado relegados por las tecnologías y redes sociales.

Sin embargo, la pandemia permitió dar una mayor visibilidad a los problemas de salud mental y definir nuevas estrategias de afrontamiento.

4. La importancia de la atención local y de proximidad a la salud mental

La atención a la salud mental a nivel local es fundamental por varias razones:

- **Acceso a servicios:** la salud mental a menudo se ve afectada por la disponibilidad de recursos. A nivel local, es más fácil garantizar que las personas tengan acceso a servicios de salud mental, como terapias, grupos de apoyo y atención psiquiátrica.
- **Prevención:** la intervención precoz en problemas de salud mental puede prevenir que se agraven. Programar actividades de sensibilización y educación sobre salud mental puede ayudar a detectar y tratar problemas antes de que sean graves.
- **Apoyo comunitario:** las comunidades locales pueden ofrecer un importante sistema de apoyo para las personas con problemas de salud mental. Esto incluye a familiares, amistades y grupos comunitarios que pueden proporcionar ayuda emocional y práctica.
- **Reducción del estigma:** trabajar a nivel local permite abordar el estigma asociado a trastornos mentales. Campañas de información y formación pueden ayudar a cambiar las percepciones y fomentar una cultura de aceptación.
- **Adaptación cultural:** las necesidades de salud mental pueden variar en función de la cultura y el contexto local. Los servicios adaptados a las características específicas de una comunidad son más efectivos.
- **Mejora del bienestar general:** una población con buena salud mental contribuye al bienestar general de la comunidad, mejora la productividad, reduce el absentismo laboral y fomenta las relaciones sociales saludables.
- **Colaboración intersectorial:** la atención a la salud mental puede integrarse con otros servicios locales (educativos, sanitarios, sociales) y crear un enfoque holístico que beneficia a los individuos y la comunidad en su conjunto.

Atender la salud mental a nivel local no solo beneficia a las personas afectadas, sino que también enriquece

a toda la comunidad, promoviendo un entorno más saludable y resiliente.

5. El surgimiento de las mesas de salud mental

Ante todos estos retos en la atención a la salud mental de la ciudadanía, y la necesidad de tener una mirada centrada en el territorio, en 2004 nacieron en Catalunya las mesas de salud mental, las cuales definimos como espacios de reflexión, intercambio de recursos y trabajo colaborativo para promocionar la atención integral de la salud mental de un territorio concreto. Uno de los elementos clave de las mesas es el enfoque comunitario, que contempla la concepción social de la salud, una perspectiva que tiene en cuenta el ámbito social en el que se producen los fenómenos de salud-enfermedad y aplica un abordaje integral, teniendo en cuenta los niveles macro y microsociales y la participación de todos los agentes de la comunidad. Las mesas saben que la responsabilidad de la promoción y la atención a la salud debe ser compartida entre los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud y del ámbito social, las instituciones de servicios a la ciudadanía y los Gobiernos. Bajo ese paradigma, se trabaja de forma conjunta hacia una atención que contribuya a preservar la salud.

Las mesas requieren unos principios que favorezcan la participación activa de sus miembros, la toma de decisiones basada en los puntos en común y dinámicas que permitan un buen trabajo colaborativo. Por eso hablamos de tres principios básicos que es indispensable que las mesas alcancen:

- **El consenso:** la mesa toma sus decisiones buscando el consenso de todas las personas y entidades participantes.
- **La horizontalidad:** la opinión y las propuestas de todas las personas y entidades que participan son equivalentes y tienen el mismo peso en los procesos de toma de decisiones.
- **La autonomía:** una vez constituida, la mesa se convierte en autónoma en su funcionamiento y toma de decisiones. Es interesante destacar este último principio, porque el modelo de mesas de salud mental de Catalunya no está regido por ningún tipo de normativa, decreto o reglamento. Cada mesa establece su funcionamiento y estilo de gobernanza, lo que permite adaptarse fácilmente a las particularidades de cada territorio. No estar sujetos a ningún tipo de normativa da una libertad y una flexibilidad a las mesas que juega mucho a su favor.

Sin embargo, es verdad que algunas mesas municipales dependen, a criterio de su consistorio, del Consejo Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento. Es el caso, por ejemplo, de la mesa de salud mental de l'Hospitalet de Llobregat (la segunda población en habitantes de Catalunya, limítrofe con Barcelona), que

ha establecido, para el mandato de los próximos cuatro años, el objetivo de trabajar propuestas de prevención y cuidado por el bienestar emocional en el ámbito comunitario. En este caso, el Consejo Municipal ha decidido que la mesa tenga una presidencia y una vocalía, cargos que no existen en la gran mayoría de las mesas (Salut Mental Catalunya, 2024a).

Además, también se propone centrar el trabajo de las mesas de salud mental en tres ejes de trabajo, que serán los que guiarán sus acciones. Estas acciones se pueden dividir en tres grandes ámbitos:

1. Conocimiento y red. El primer eje de trabajo se refiere a la generación de conocimiento, el intercambio de recursos y la coordinación de todos los agentes. En esta línea de trabajo, se incluye la detección de las necesidades del territorio en el ámbito de la salud mental, el incremento del trabajo en red de todos los agentes implicados y la mejora de la coordinación de estos agentes en la atención integral de la salud mental en el territorio.
2. Educación y sensibilización. Este segundo eje de trabajo incluye todas las acciones para comunicar públicamente qué hace la mesa y fomentar la educación de la ciudadanía, también las que desarrollan iniciativas de sensibilización y promoción de la salud mental o fomentan acciones de lucha contra el estigma en salud mental.
3. Promoción de políticas. El último eje de trabajo hace referencia a la influencia política que debe buscar la mesa para mejorar la atención integral de la salud mental de su territorio. Por tanto, incluye líneas de trabajo para promover la creación de programas y servicios dirigidos a la integración comunitaria de las personas con un trastorno mental y sus familias, y para colocar las necesidades y propuestas de mejora en la atención integral de la salud mental en la agenda política del territorio.

6. Los agentes participantes

Las mesas buscan la implicación de todos los agentes relacionados con la atención a la salud mental en su territorio, con una visión muy amplia: las entidades del tercer sector (asociaciones o entidades de personas con problemas de salud mental y sus familias), las entidades proveedoras de servicios de salud mental, la administración pública local (concejalías, servicios y recursos), la administración comarcal, las diputaciones o la representación territorial de consejerías u organismos de la Generalitat de Catalunya. También participan otros agentes que de un modo u otro tienen relación con la mejora de la salud mental en el territorio. Así pues, las mesas de salud mental tienen una composición flexible, adaptada al contexto local, pero que de forma genérica incluye (Federació Salut Mental Catalunya y Spora Consultoria Social, 2015a):

- Servicios sociales.
- Dispositivos sanitarios especializados: centros de salud mental de adultos, centros de salud mental infantojuvenil, centros de detección y atención precoz, hospital de día, entre otros.
- Dispositivos de vivienda: hogares con apoyo, residencias, Programa de Apoyo a la Autonomía en el Propio Hogar, entre otros.
- Dispositivos laborales: servicios prelaborales, centros especiales de empleo, Oficina Técnica Laboral, entre otros.
- Dispositivos de educación: Equipo de Asesoramiento y Orientación Pedagógico, Unidad de Apoyo a la Educación Especial, entre otros.
- Atención primaria: áreas básicas de salud.
- Hospital de referencia de la zona.
- Centros de atención y seguimiento de las drogodependencias.
- Asociación o entidades sociales del territorio (asociaciones de familiares o personas con problemas de salud mental).
- Clubes sociales.
- Administración local: ayuntamientos.
- Administración comarcal: consejos comarcales.
- Administración provincial: diputaciones.
- Administración autonómica: delegaciones territoriales de diversos departamentos de la Generalitat de Catalunya (Salud, Educación, Derechos Sociales, Justicia, entre otros).

Muchas mesas también incorporan las fuerzas y cuerpos de seguridad, así como el Servicio de Emergencias Médicas, porque están fuertemente implicados en la atención a las personas con problemas de salud mental. Alguna también incorpora la Sindicatura de Greuges (defensoría del pueblo) de la localidad. Así, constatamos de nuevo cómo cada mesa acaba constituyéndose con los agentes que el propio territorio considera prioritarios y relevantes para la salud mental. Además, según los objetivos y líneas de trabajo de cada mesa, se pueden invitar a otros agentes a que participen de forma puntual.

Si un espacio de trabajo sobre salud mental de un territorio no reúne a todos los agentes implicados, no será una mesa de salud mental propiamente dicha, y la podremos llamar comisión o de otras formas. Sería el caso, por ejemplo, cuando en un ayuntamiento se coordinan los servicios sociales y los de salud, pero sin que participen las entidades sociales u otros agentes. La participación de empresas privadas es objeto de debate. Será la propia mesa la que decida al respecto, pero la gran mayoría no las incluyen, por los posibles conflictos de intereses que puedan surgir. Por último, debe destacarse que las personas que participan en la mesa lo hacen en nombre de una entidad, un servicio o un recurso, y no a título personal. Los participantes en las mesas lo hacen de forma voluntaria o dentro de las tareas propias como profesional de una entidad, servicio o recurso.

7. La creación de la primera mesa de salud mental

Todo esto, que ahora está tan consolidado en Catalunya, nació hace veinte años, en 2004, cuando las técnicas de servicios sociales del Ayuntamiento de Sant Adrià del Besòs, una ciudad junto a Barcelona de más de 30 000 habitantes y una gran densidad de población, dio un paso adelante del que no podían prever las consecuencias. Joana Aloy, responsable en ese momento de servicios sociales específicos del Ayuntamiento, y Maria Tena, técnica del servicio hoy todavía en activo, proponen crear un espacio para abordar los asuntos relativos a la salud mental a nivel municipal (Salud Mental Catalunya, 2024a). Pidieron apoyo a la Federació Salut Mental Catalunya para ver cómo materializar la idea. De este modo es como Sant Adrià del Besòs sentó en una misma mesa a todos los agentes implicados en la salud mental de su municipio, con una visión amplia. "Una de las primeras cosas que hicimos fue definir a los agentes que queríamos que participaran. Queríamos invitar a todos los servicios y todas las entidades que tenían que ver de alguna manera con la salud mental en Sant Adrià", explica Maria Tena (Salud Mental Catalunya, 2024a). Su objetivo era, sobre todo, que los recursos y las entidades se conocieran entre sí, mejoraran la coordinación y trabajaran conjuntamente: "En Sant Adrià, tenemos el municipio dividido en dos regiones sanitarias. Algunos servicios están en Badalona [una ciudad limítrofe], [y] por tanto, queríamos coordinar las dos redes de salud mental y la red de atención social" (Salud Mental Catalunya, 2024a). Desde sus inicios, tuvieron claro que sería una mesa exclusivamente de salud mental.

8. El apoyo de Salud Mental Catalunya

Desde entonces, la Federació Salut Mental Catalunya ha trabajado para impulsar y acompañar a las mesas en todo el país, con el objetivo de hacer crecer esta manera de trabajar a nivel local y ofrecer a todas las mesas que lo han deseado un apoyo que se ha concretado en:

- Asesoramiento a demanda. Se hacen asesoramientos personalizados en las mesas que lo deseen, para resolver dudas o situaciones de estancamiento, o para valorar cómo adaptar aquella situación concreta al modelo de mesas de la Federació. En el pasado 2023, se realizaron 60 asesoramientos personalizados (con una media de 5 asesoramientos al mes) en 27 mesas diferentes; algunos, en mesas en funcionamiento, y otros, en mesas en proceso de constitución. En lo que llevamos de año, se han alcanzado unas cifras similares.
- Apoyo y acompañamiento. Si es necesario, se asiste a las sesiones de forma puntual para favorecer su funcionamiento a través de la dinamización o el intercambio de información, para establecer objetivos a inicio de año, concretar

el plan anual o dar herramientas para facilitar el trabajo conjunto. Cuando hace falta, se generan dinámicas grupales con el plenario de la mesa y después se hace una devolución en forma de pequeño informe que ayuda a definir las líneas de trabajo que la propia mesa ha priorizado.

- Espacio de intercambio de experiencias de éxito. El papel central de la Federació Salut Mental Catalunya en el seno de las mesas hace que esta entidad detecte cuáles son las experiencias o prácticas de éxito que vale la pena replicar en otros territorios, y fomenta espacios de intercambio de conocimiento.
- Impulso y creación de mesas. Los agentes de territorio que quieren iniciar el proceso de creación de una mesa de salud mental pueden contactar con la Federació Salut Mental Catalunya, que les facilita el modelo de gobernanza y les acompaña en la labor de impulso y creación de la mesa.
- Formación específica e intercambio de conocimiento. La Federació Salut Mental Catalunya detecta necesidades y propone tanto actividades formativas que pueden ser de interés para las mesas o para algunos de sus agentes integrantes, como jornadas sobre temas específicos o generales que puedan resultar útiles.
- Visión global y unificación de criterios. Gracias a todo este conocimiento fruto del seguimiento y la participación en gran parte de las mesas del país, la Federació Salut Mental Catalunya tiene una visión general del funcionamiento, el trabajo y los ámbitos de intervención. Esto le permite realizar un análisis más global de sus necesidades y evolución, elaborar propuestas de mejora globales y fomentar el intercambio de conocimiento, iniciativas y experiencias entre las mesas.

9. Las publicaciones

Todo ese trabajo dio sus frutos, porque en 2015 ya había más de una docena de mesas en funcionamiento, entre las que resaltaba su heterogeneidad. Con la intención de dar un marco teórico y ofrecer unos criterios para homogeneizar algunos aspectos del funcionamiento de las mesas de salud mental que ya estaban en marcha, la Federació Salut Mental Catalunya publicó, con el apoyo de la consultora social Spora, un dossier bajo el título *Una herramienta para el desarrollo de políticas locales en salud mental* (2015b) como propuesta de modelo de creación, gestión y mantenimiento de las mesas de concertación en el ámbito de la salud mental. También un segundo dossier, titulado *Algunos ejemplos desde la práctica en el territorio*, que pretendía recoger experiencias de acciones concretas de algunas de las mesas, con el fin de ilustrar de forma tangible el trabajo de las mesas (2015a). Estos dossieres sentaron las bases de la propuesta metodológica que hoy seguimos recomendando.

10. Un modelo reconocido

En 2007, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) recogía las entonces todavía incipientes mesas de salud mental de Catalunya como ejemplo de buenas prácticas de coordinación entre entidades y recursos de un territorio determinado.

En diciembre de 2018, se presentó el modelo de las mesas de salud mental en una jornada celebrada en Pasai Donibane (Gipuzkoa), organizada por las asociaciones Arraztalo y Aldura y por el SIIIS Centro de Documentación y Estudios, bajo el título "Diagnóstico sobre las necesidades sociales y atención a las personas con enfermedad mental grave que residen en la comarca de Oarsoaldea". La presentación también contó con el testimonio de Foix Sogas, miembro de la asociación El Turó Salut Mental-Associació de Familiars i Amics, que participaba en la mesa de salud mental de l'Alt Penedès (provincia de Barcelona), una de las 24 que había en aquel entonces en Catalunya.

11. El funcionamiento de las mesas

Tal y como se ha comentado, cada mesa de salud mental se organiza según su propia idiosincrasia y establece su propio estilo de gobernanza, pero Salut Mental Catalunya recomienda seguir el dossier de propuesta metodológica (Federació Salut Mental Catalunya y Spora Consultoria Social, 2015a), porque se ha visto que es lo suficientemente flexible como para adaptarse a todas las realidades, y lo suficientemente concreta para ayudar en la gestión propia y en la consecución de objetivos.

Por lo general, distinguimos los siguientes tipos de reuniones o encuentros:

- Reuniones plenarias: congregan a todos los miembros de la mesa. Suelen hacerse entre tres y cuatro al año, de media, pero algunas se reúnen solo una vez al año, mientras que otras lo hacen de forma mensual.
- Mesa institucional: es una reunión plenaria en la que se suma la representación política de la administración local, la administración comarcal, la diputación o la representación territorial de la Generalitat de Catalunya de las consejerías que se considere adecuado. Tiene la función de ofrecer apoyo político e institucional a la mesa, a la vez que es la vía para que esta pueda comunicar el trabajo realizado a los representantes políticos y expresar sus demandas. Este encuentro se realiza una vez al año. Muchas mesas no tienen esta figura, bien porque en la plenaria ya hay representación institucional, bien porque son de carácter más técnico.
- Comisiones o grupos de trabajo: son los distintos grupos de trabajo que se crean para ejecutar las acciones acordadas por la plenaria. Son las

encargadas de definir la metodología y calendario de las tareas asignadas, para que se cumplan los objetivos previstos. Normalmente, las diferentes comisiones explican cómo avanza su labor y rinden cuentas en las reuniones plenarias. Es importante que la comisión tenga una duración concreta y, una vez conseguido el objetivo, se disuelva para crear una nueva. Excepcionalmente, puede haber grupos de trabajo de vida indefinida, por su propia naturaleza, como un grupo de trabajo sobre casos complejos, por ejemplo. Se recomienda que cada comisión o grupo de trabajo tenga una portavocía que realiza la convocatoria, recoge el acta y actúa de enlace con el grupo motor.

En cuanto a la gestión de las mesas de salud mental, es muy recomendable que exista una figura de coordinación, que se escoge entre todos los miembros de la plenaria. La coordinación será la responsable de proponer el calendario, dinamizar los encuentros, enviar las convocatorias, realizar las actas de las reuniones y controlar la ejecución del plan de trabajo establecido por las comisiones o grupos de trabajo. La forma de escoger la coordinación la elige la propia mesa, pero está claro que quien la asuma debe tener la voluntad de hacerlo, porque si no, la mesa no funcionará.

Es muy recomendable que también exista la figura del grupo motor, un grupo pequeño, habitualmente de entre 3 y 8 miembros de la plenaria como máximo, que apoyan la coordinación en las propuestas y decisiones. Su tamaño puede ser proporcional al de la plenaria. Es bueno que el grupo motor sea lo más heterogéneo posible. El grupo motor es la demostración de que la mesa es de todos y de que la coordinación no tiene un poder superior al del resto de miembros. Si el grupo motor no existe, a menudo los miembros de la mesa atribuyen todas las responsabilidades a la coordinación y se pierde la horizontalidad.

En este punto, es muy importante destacar la necesaria renovación de la coordinación y del grupo motor de forma periódica (por ejemplo, cada dos años). Es una buena práctica para no cargar el liderazgo excesivamente una sola entidad y favorecer la corresponsabilidad de todos los participantes.

Cada vez más mesas optan por incorporar la figura de la secretaría técnica, que es un apoyo técnico a la coordinación que es ejecutada por una entidad externa subcontratada (a través de licitación, contrato o convenio). En este caso, la secretaría técnica asume gran parte de las tareas de la coordinación, ejerciendo también de apoyo estratégico. Además, dado que la entidad subcontratada suele tener experiencia en la gestión y dinamización de este tipo de espacio, aporta un grado de experiencia que revierte en la eficiencia de la mesa y la consecución de sus objetivos.

Cada mesa establecerá su procedimiento a la hora de incorporar nuevos miembros si, después de un

tiempo de funcionamiento, quiere incluir nuevos agentes o bien si recibe la propuesta de alguien que quiere formar parte de ella. El procedimiento puede incluir o no alguna cuestión más o menos burocrática y también decidirá si la aprobación la da el grupo motor o bien debe hacerlo la plenaria. Lo habitual, es que la coordinación lo proponga al grupo motor. Este puede decidir entrevistarse con el nuevo agente para valorar su idoneidad. Si el grupo motor lo considera, puede elevar la decisión a la siguiente plenaria. Si se aprueba, la entidad solicitante firmará el documento de adhesión como el resto de los miembros ya hicieron en el momento de la creación. Normalmente se considera condición necesaria que la entidad solicitante actúe en el ámbito territorial de la mesa. Hay mesas que invitan como oyente al agente que quiere entrar en una sesión y se valora mutuamente el interés de la incorporación.

12. La clave de compartir conocimiento

Desde que nació la primera mesa de salud mental, la Federació Salut Mental Catalunya ha tenido como objetivo crear espacios de trabajo y organizar jornadas en las que los miembros de las diferentes mesas de todo el país pudieran compartir conocimiento y experiencias. Repasaremos ahora los diferentes espacios que han tenido lugar en estos veinte años a tal fin.

- En 2015, se organizó una jornada en el CaixaForum de Barcelona titulada "Salud mental y territorio: las mesas de salud mental, una visión desde la proximidad" (Salut Mental Catalunya, 2015a), a la que asistieron casi 200 personas interesadas en conocer en profundidad esta herramienta de trabajo en red. A lo largo de la jornada, se presentaron los dossieres con la propuesta metodológica creada, se compartieron experiencias significativas de algunas mesas ya en funcionamiento y se invitó a un representante de los consejos locales de salud mental de Francia (Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale, s. f.) para conocer la experiencia del modelo francés, con bastantes puntos en común con las mesas de salud mental de Catalunya²:

² Los consejos locales se presentan como un espacio de consulta y coordinación entre los electos locales, la psiquiatría pública, los representantes de las personas con problemas de salud mental y los profesionales del territorio. Permiten un enfoque local y participativo de la prevención y el itinerario asistencial, aglutinan a los agentes sanitarios y sociales y a cualquier persona interesada del territorio y establecen objetivos estratégicos y operativos. Su objetivo general es definir políticas y actuaciones locales para mejorar la salud mental de la población. Sus objetivos más operativos son:

- Definir prioridades según las necesidades de la población local.
- Definir una estrategia de prevención, acceso, continuidad asistencial e inclusión social.
- Desarrollar el trabajo intersectorial y la colaboración necesaria y eficaz para implementar las acciones que se hayan propuesto.
- Implementar colectivamente acciones que den respuesta a

- Dos años más tarde, en 2017, en respuesta a las demandas de las propias mesas, que ya eran más de 20 en todo el país, se organizó una nueva jornada en la Casa del Mar de Barcelona, con más de 150 asistentes. Bajo el título "Las mesas de salud mental: intercambio de experiencias y presentación de los indicadores para mejorar su eficacia" (Salut Mental Catalunya, 2017), se presentó el documento de trabajo sobre evaluación (Federació Salut Mental Catalunya y Spora Consultoria Social, 2017) y se compartieron algunas buenas prácticas que se estaban llevando a cabo.
- En 2018, se creó un boletín electrónico bajo el título de *InterTaules*³, que se ha enviado de forma regular hasta la actualidad, a través del cual se comparten recursos, buenas prácticas y noticias sobre el trabajo que están llevando a cabo las mesas en toda Catalunya.
- Un año más tarde, en 2019, cuando ya existían 26 mesas en el país, la Federació Salut Mental Catalunya ofreció una formación especializada dirigida exclusivamente a los miembros de su red asociativa para mejorar sus competencias relacionadas con la capacidad de influencia en la política pública y el desarrollo de procesos grupales y participativos, así como de proyectos de intervención.
- En noviembre de 2020, se organizó un seminario web destinado a las personas interesadas en las mesas de salud mental bajo el título "La salud mental comunitaria como reacción hacia la pandemia"⁴. La jornada, que debió desarrollarse *on line* y contó con más de 140 participantes, tuvo un doble objetivo: compartir experiencias sobre cómo las mesas se enfrentaban a los nuevos retos planteados por la pandemia y reflexionar sobre el papel y el potencial de las mesas en la atención a la salud mental comunitaria.
- En junio de 2021, se realizó otro seminario web para compartir experiencias, dificultades, retos y necesidades entre las entidades federadas participantes en las mesas, debido a que algunas de las asociaciones se sentían inseguras y demandaban mayor acompañamiento, así como oportunidades para compartir su vivencia de participación en las mesas⁵. La finalidad última de la sesión era empoderar y clarificar el papel

las necesidades detectadas y crear las estructuras necesarias para hacerlo posible.

La idea que está detrás de los consejos locales de salud mental franceses es que solo con la participación de todos los actores implicados se puede desarrollar y aplicar con éxito una política local de salud mental.

³ <https://www.salutmental.org/incidencia/taules-de-salut-mental/#headingpix-tab-0bd2480-ea8b4b1>.

⁴ Información y ponencias: <<https://www.salutmental.org/la-resposta-a-la-pandemia-des-de-les-taules-de-salut-mental/>>. Documento de resumen y conclusiones: <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/05/Conclusions_webinar_Taules_20201125.pdf>.

⁵ Documento de resumen, ideas y retos: <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/09/Resum_sessio_compartir_20210614.pdf>.

de las asociaciones, recordando su lugar dentro de las mesas como espacio de participación estratégico donde las asociaciones se posicionan, potenciando el trabajo en red con el resto de las entidades participantes en las mesas y convirtiéndose en la voz de las personas con problemas de salud mental y de sus familias.

- En julio de 2022, tuvo lugar en Barcelona en formato híbrido un encuentro bajo el título "Mesas de salud mental: compartimos experiencias y retos de futuro"⁶, con más de 60 asistentes presenciales y más de 100 *on line*. La jornada despertó un alto interés y permitió compartir conocimientos, buenas prácticas y preocupaciones comunes de las diferentes mesas de todo el país. También se constató que la gran mayoría de mesas que habían detenido o disminuido su funcionamiento durante la pandemia ya estaban volviendo a su funcionamiento habitual.
- En abril de 2024, la comarca del Baix Llobregat (con mucha población y cercana a la capital catalana) hizo un encuentro de mesas de su territorio⁷. A esta jornada, se invitó también a las poblaciones de la comarca que no tenían mesa, pero habían mostrado su interés, para así reflexionar conjuntamente sobre cómo trabajar la salud mental desde el modelo de las mesas de salud mental. En una primera parte, las seis mesas existentes expusieron sus logros, dificultades y retos individuales, y después se debatió y reflexionó en torno a los retos a escala comarcal. Se comentó la importancia de encontrar un espacio específico para la salud mental, a fin de que no quede diluida en las mesas de salud, y se evidenció que muchos de las cuestiones que ocupan y preocupan en relación con la salud mental son comunes a muchos municipios y, por tanto, era necesario compartir y trabajar de manera más conjunta y transversal.
- En mayo de 2024, se celebró un segundo encuentro de mesas de la provincia de Lleida, como continuación del primer encuentro que había tenido lugar *on line* a finales de 2023⁸. El objetivo era compartir necesidades y detectar puntos en común a fin de elaborar un informe de demandas para elevar a las administraciones y hacer incidencia política. En la jornada, se acordó organizar encuentros periódicos de todas las mesas de las comarcas de Lleida, una provincia muy rural.

⁶ Información y ponencias: <<https://www.salutmental.org/salut-mental-catalunya-trobada-taules-salut-mental/>>. Documento de resumen y conclusiones: <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/09/Resum-i-conclusions_Trobada_Taules_2022_v2.pdf>.

⁷ Información y ponencias: <<https://www.salutmental.org/debat-i-reflexio-sobre-les-taules-de-salut-mental-al-baix-llobregat/>>. Documento de resumen y conclusiones: https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/07/RESUMT_1.pdf.

⁸ Información y ponencias: <<https://www.salutmental.org/les-taules-de-salut-mental-de-la-provincia-de-lleida-comparteixen-necessitats-i-propostes/>>. Documento de resumen y conclusiones: <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/07/RESUMI_1.pdf>.

13. El informe de 2021

A principios de 2021, fruto de las conclusiones del seminario web de 2020, la Federació Salut Mental Catalunya se planteó echar la vista atrás para redefinir los retos de las mesas, especialmente frente a las grandes incertidumbres que planteaba la pandemia. El resultado fue el documento titulado *Las mesas de salud mental en Catalunya: informe 2021*. Con la intención de tomar el pulso a las situaciones particulares ellas sin perder de vista la visión general, se contactó con todas y cada una de las mesas de salud mental del país, conversando con la persona coordinadora de la mesa y también con la entidad federada en la Federació Salut Mental Catalunya que participaba, si la había. Se realizaron 56 entrevistas, algunas telefónicas y la gran mayoría por videollamada, y se asistió a 22 reuniones y plenarios de forma virtual.

El resultado de este trabajo de campo puso de manifiesto que, a finales de 2021, había 39 mesas en funcionamiento: 2 en la provincia de Tarragona, 2 en la de Girona, 7 en la de Lleida y 28 en la de Barcelona. También se comprobó que, en todo el país, había otros espacios de coordinación que, aunque no podían llamarse mesas de salud mental por su naturaleza, también trabajaban para la mejora de la salud mental de la ciudadanía. Igualmente, se constató que había territorios donde se estaban dando pasos hacia la constitución de nuevas mesas.

El informe de 2021 nos ofrece datos cuantitativos muy interesantes sobre la heterogeneidad de las mesas, su alcance, sus agentes o el tipo de entidad que se encarga de la coordinación. Además, también permite extraer algunas reflexiones y conclusiones que ayudaron a marcar los retos del programa de apoyo y acompañamiento a las mesas de salud mental de Catalunya. Entre estas, cabe destacar las siguientes:

- Trabajo desigual en los distintos ejes. Una parte importante de las mesas han focalizado su labor en torno a la educación y la sensibilización, y concretamente se han volcado en desarrollar iniciativas de sensibilización y promoción de la salud mental, y en fomentar acciones de lucha contra el estigma en salud mental. Estas tareas son, evidentemente, un trabajo muy necesario, pero no el único. Las mesas que no llevan a cabo acciones de los otros ejes olvidan líneas de actuación muy relevantes, como la mejora de la coordinación entre los agentes o la promoción de las políticas de la salud mental en el territorio. Las mesas que se dedican a desarrollar acciones de sensibilización o lucha contra el estigma a menudo se plantean objetivos que les llevan a desarrollar tareas de las que no son expertos (comunicación, organización de eventos, publicidad, captación de recursos) y para las que tampoco disponen de recursos económicos, lo que puede generar frustraciones o resultados poco lucidos en relación con el esfuerzo realizado.
- Dudas en torno a las mesas comarcales. El informe aflora el hecho de que hay mesas de gran alcance,

que incluyen un territorio de varias comarcas, con miles y miles de habitantes (como el caso paradigmático del Camp de Tarragona, con más de medio millón de habitantes), lo que implica perder el foco del territorio y el valor de la proximidad que suponen las mesas de salud mental. Se aconseja que el ámbito tenga una dimensión adecuada a la capacidad de acción de la mesa. En lugares con una población mayor, puede ser más adecuado realizar mesas municipales, y en lugares con menos población, pueden ser más apropiadas las mesas comarcales. Sin embargo, es interesante tener en cuenta las situaciones de cada territorio para establecer el ámbito territorial más acertado en cada caso.

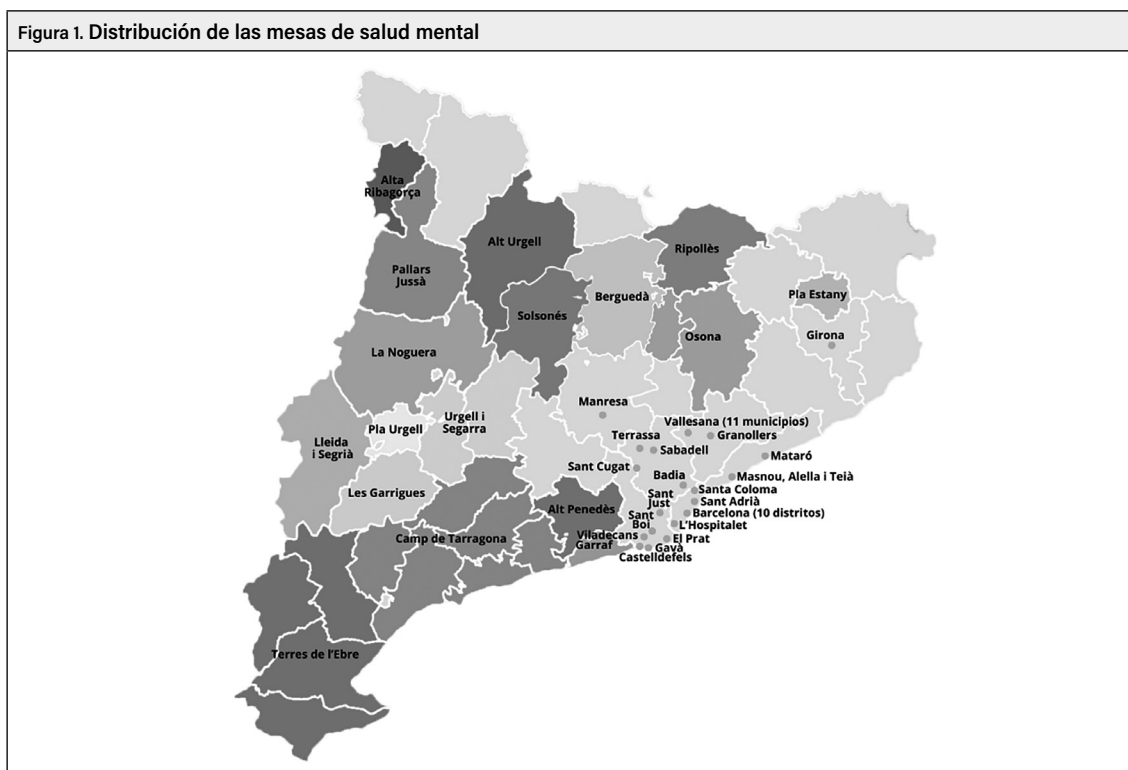
- Mesas intermunicipales. Algunas mesas no siguen ni el modelo municipal ni el comarcal, sino que agrupan a varios municipios. Es el caso de la mesa de salud mental de El Masnou, Alella y Teià, tres poblaciones del Maresme (comarca costera al norte de Barcelona) que han creado una mesa conjunta, dado que ya trabajaban otras cuestiones de forma mancomunada. También tenemos el ejemplo de la mesa Vallesana, que se inició como una mesa municipal de Mollet del Vallès y, al cabo de once años de funcionamiento, amplió su territorio de actuación incorporando diez municipios limítrofes que comparten el mismo hospital de referencia⁹.

- Visión positiva de los propios agentes. A pesar de las múltiples dudas y problemas observados en la recogida de información del trabajo de campo de 2021, una de las conclusiones más interesantes que se extrajo es la percepción positiva que los agentes consultados hacen de las mesas. Se valoran muy positivamente, pues el mero hecho de reunirse alrededor de una mesa y conocerse ya mejora la coordinación entre dispositivos de atención.

14. Las mesas hoy

Actualmente, hay 46 mesas de salud mental en funcionamiento en el país (Figura 1). Como se ha dicho, su heterogeneidad es destacable, pero tienen suficientes puntos en común para que podamos considerarlas mesas de salud mental. Esta variabilidad se constata sobre todo en:

- El alcance territorial. Mientras que las mesas de la provincia de Tarragona incluyen varias comarcas y una gran cantidad de población, las de Lleida tienen un alcance comarcal y son más pequeñas. En cambio, las del área metropolitana de Barcelona son, en su mayoría, municipales y muchas de ellas se ubican en ciudades grandes. Existen también otras singularidades, dado que



Fuente: elaboración propia.

⁹ Se trata de municipios que, por sus reducidas dimensiones, difícilmente podrían tener una mesa de salud mental propia, y de este modo, se benefician de la mesa de Mollet y trabajan de forma más coordinada.

- hay una mesa en la que participan tres municipios y otra que une a once municipios. Y está el caso de la Ciudad de Barcelona, con más de un millón y medio de habitantes, que tiene una mesa por distrito y, por tanto, una mesa de la ciudad que incluye diez mesas de salud mental.
- Los agentes participantes. La lista puede variar significativamente por la realidad de cada territorio, por el simple hecho de disponer o no de ese recurso o entidad, y porque algunas mesas invitan (de forma puntual o permanente) a agentes que no son estrictamente gestores de salud mental. Su composición es bastante similar, aunque la cantidad de participantes es bastante variable. Hay mesas integradas por unas 8 o 10 personas mientras que hay otras con más de 60 o 70 integrantes. También es importante destacar que las asociaciones o entidades de personas con problemas de salud mental que participan en más del 80% de mesas del país.
- Agente coordinador. Otro aspecto variable entre las mesas es quién se encarga de su coordinación. En un 70% de casos, es la administración (local o comarcal) la que coordina la mesa. En el resto, lo hacen, en la gran mayoría, entidades del tercer sector. Solo un 5% de las mesas son coordinadas por entidades proveedoras de servicios de salud mental.

Tabla 1. Tipología de las mesas de salud mental según su ámbito territorial

	n	%	Donde se ubican
Distrito	10	22	Ciudad de Barcelona
Municipio	17	38	Provincias de Barcelona y Girona
Varios municipios	2	4	Provincia de Barcelona
Comarca	14	29	Provincias de Lleida (y Barcelona y Girona)
Varias comarcas	3	7	Provincia de Tarragona (y Lleida)
Total	46	100	

Fuente: elaboración propia.

Actualmente se están acompañando cinco comarcas que trabajan en la constitución de su mesa de salud mental, alguna de las cuales seguramente quedará constituida antes de terminar 2024.

15. Una iniciativa innovadora

El modelo de las mesas de salud mental aporta una serie de ingredientes innovadores: se pasa de la jerarquía a las redes, de la competencia a la colaboración, de la especialización a la visión conjunta, de la desconfianza a la confianza, de la eficiencia tecnocrática a la inteligencia deliberativa, de la mirada homogeneizadora al trato personalizado, de las garantías y la rigidez a la flexibilidad y, sobre todo, de la distancia a la proximidad (Federació Salut

Mental Catalunya, 2015). Así, las mesas de salud mental representan una transformación a fondo de las formas de trabajar, en las que hace falta paciencia y perseverancia. Es, evidentemente, un cambio político difícil, pero imprescindible, y que no tiene sentido si no se mantiene de forma sostenida en el tiempo. Para incrementar sus posibilidades de éxito, sería ideal contar con el apoyo de las administraciones.

En el caso de la provincia de Barcelona, las mesas contamos desde hace años con el apoyo de la Diputación de Barcelona. Por un lado, esta institución subvenciona el trabajo de impulso y acompañamiento que hace la Federació Salut Mental Catalunya y, por otro, con el fin de brindar apoyo técnico a los entes locales, la Diputación ofrece elaborar diagnósticos locales y diseñar planes de actuación local en el ámbito de la salud mental. Hay que decir que cada año varias mesas de la provincia de Barcelona se acogen y benefician de este servicio.

Más recientemente, la Diputación de Lleida también ha querido apoyar a las mesas de salud mental de su provincia, firmando un convenio con la Coordinadora de Salud Mental de las Terres de Lleida¹⁰ (una entidad que constituye el brazo de la Federació Salut Mental Catalunya en la provincia). Gracias a este acuerdo, todas las mesas de las comarcas de Lleida, que actualmente ya son nueve, pueden disfrutar de la secretaría técnica que ofrece el apoyo de los profesionales de la Coordinadora.

16. Fortalezas y dificultades

Por todo lo que se ha explicado, podemos deducir que las mesas de salud mental de Catalunya cuentan con un montón de fortalezas muy destacables:

- Son muy creativas y llevan a cabo proyectos innovadores con una mirada comunitaria.
- Significan una gran mejora en la coordinación en el territorio y aportan una visión interdisciplinar.
- Son capaces de detectar las necesidades de forma muy directa, abogando por la prevención y la promoción.
- Son espacios horizontales donde todo el mundo participa y tiene la misma voz y voto.
- Algunas cuentan con grandes liderazgos, a menudo compartidos.

Las mesas de salud mental se han consolidado como espacios válidos para abordar la salud mental de forma mancomunada en un territorio. Han aportado mejor coordinación y trabajo en red, identificación de necesidades compartidas y ámbitos de mejora, creación de servicios, elaboración de materiales y herramientas de prevención y promoción de la salud mental, articulación de diversos sectores, y un largo etcétera. Todo esto ha revertido en mejoras en el

¹⁰ <https://salutmentalterresdelleida.org/>.

modelo de atención y a la ciudadanía en general. En sus veinte años de historia, se han creado 48 y solo dos han dejado de funcionar, una de las cuales actualmente está dando pasos para volver a constituirse.

Sin embargo, no podemos obviar las dificultades, que también están ahí. Entre ellas podemos citar:

- La voluntariedad. Dependemos de un liderazgo y una participación voluntarias
- Algunas de las mesas en funcionamiento tienen dinámicas poco operativas y planes de acción poco definidos, con resultados poco concretos.
- La heterogeneidad del modelo y del alcance territorial de las mesas.
- La falta de financiación para ejecutar algunas de las acciones planificadas y disponer de una estructura mínima para realizar un seguimiento de la mesa.

Sin obviar, pues, estas y otras dificultades, las mesas de salud mental son una herramienta que la gran mayoría de agentes de la salud mental del país valora positivamente.

17. Retos a corto plazo

Gracias a la recogida de las aportaciones y conclusiones de los diferentes espacios de encuentro y de trabajo con todas las mesas, y a la documentación disponible, en Salut Mental Catalunya nos hemos planteado algunos retos más a corto plazo:

- a. Incrementar la participación de las personas con experiencia propia**
Una de las cuestiones que las mesas de salud mental reclaman de forma recurrente es la participación de las personas con experiencia propia en salud mental en unos espacios que suelen estar llenos de profesionales. En los últimos años, y debido a esta inquietud, Salut Mental Catalunya ha fomentado la incorporación de asociados de las entidades del movimiento social en pro de la salud mental, así como de personas usuarias de los servicios de salud mental. Las mesas que tienen la suerte de contar con su participación pueden escuchar, de primera mano, las reivindicaciones, necesidades y puntos de vista de las personas directamente afectadas y así enriquecen la visión comunitaria de los objetivos que se plantean. Aunque muchas mesas podrían incorporar este punto de vista, la visión desde el mundo profesional es aún mayoritaria.
- b. Obtener financiación para las mesas**
Desde sus orígenes, las mesas trabajan con un presupuesto que, en su gran mayoría, suele ser cercano a cero. Algunas administraciones (consejos comarcales o ayuntamientos) han

destinado una parte de su presupuesto a subcontratar— mediante distintas fórmulas— una secretaría técnica profesional que se ocupe de los aspectos más administrativos y estratégicos de la gestión, con el objetivo de facilitar el día a día de la entidad. Esta opción está cada vez más extendida: mientras que en 2021 solo el 10% de las mesas contaban con una secretaría técnica externa y profesionalizada, en 2024 ya son más del 30%. Además, desde 2023 todas las mesas de la provincia de Lleida disponen de una secretaría que ejerce la coordinación de las entidades de salud mental y adicciones de las Terres de Lleida, gracias a la aportación económica de la Diputación de Lleida.

A pesar de este incremento, la mayoría de las mesas todavía funcionan gracias al voluntariado de profesionales y otras personas que quitan tiempo a su trabajo o su ocio para asistir a las reuniones y participar en los grupos de trabajo. Los últimos cálculos indican que hay unas 2000 personas implicadas directamente en las mesas de salud mental en todo el país. Algunos de los agentes participantes (a menudo, administraciones locales o comarcales) asumen los costes de determinados proyectos de las mesas, como la impresión de una guía de recursos o acciones relacionadas con campañas o actos de sensibilización.

- c. Establecer alguna herramienta de evaluación**

A pesar de que en 2017 se presentó un dossier para abordar la evaluación, con una propuesta de indicadores de seguimiento (Federació Salut Mental Catalunya y Spora Consultoria Social, 2017), la gran mayoría de las mesas no lo utilizan debido a su extensión ya la dificultad de aplicarlo en el día a día. Actualmente, se está trabajando en una herramienta más sencilla y *on line* para la evaluación de las mesas de salud mental. Se están estudiando sus resultados y se prevé que las conclusiones estén listas a principios de 2025, lo que permitiría seguir avanzando en este aspecto.

18. Una propuesta de gobernanza a nivel de país

El Parlamento de Catalunya celebró, en diciembre de 2021, un pleno monográfico sobre salud mental. El hemiciclo aprobó, por unanimidad, la creación de un programa base sobre el cual elaborar el Pacto Nacional de Salud Mental vigente durante la XIII legislatura (Departament de la Presidència, s. f.), recogiendo ideas y propuestas de la ciudadanía, las entidades y las asociaciones, las familias y las personas afectadas por un problema de salud mental. El Pacto Nacional de Salud Mental es, pues, una iniciativa del Gobierno de la Generalitat de Catalunya para dar respuesta como país a las necesidades de las personas en un contexto de problemas de salud emocional y mental de elevada complejidad, que se vio agravado a causa de los efectos de la pandemia. Entre los objetivos estratégicos del Pacto, se cita la consecución de la equidad

territorial, el refuerzo de la gobernanza participativa y la construcción de una red de personas que vivan o hayan vivido la enfermedad mental, para que contribuyan a la toma de decisiones de alto nivel.

Todos estos aspectos son abordados ampliamente por las mesas de salud mental, por lo que, en febrero de 2023, Salut Mental Catalunya elaboró una propuesta de gobernanza de las mesas de salud mental a nivel de país, a petición del propio Pacto Nacional de Salud Mental, para que fuera estudiada. Este documento propone que las mesas sean un eslabón territorial dentro del engranaje de la atención a la salud mental del país, tal y como ya se ha hecho en países como Francia, con los consejos de salud mental citados anteriormente. Pero para hacer todo esto posible, las 46 mesas territoriales actuales necesitan un espacio y un presupuesto propios, que les permita disponer de una secretaría técnica profesionalizada y establecer espacios de encuentro y coordinación superiores que hagan de enlace entre las mesas territoriales, el Pacto Nacional y el Gobierno. Y, evidentemente, también el compromiso de las diferentes administraciones

del país (ayuntamientos, consejos comarcales, diputaciones y Gobierno de la Generalitat), que deberían asumir los costes de la gestión y las secretarías técnicas correspondientes. Es por ello por lo que las mesas territoriales actuales deberían tener una fuerza y un reconocimiento institucional que todavía no tienen.

En Salut Mental Catalunya, creemos firmemente en el modelo y queremos continuar el trabajo para acompañar e impulsar las mesas de salud mental en toda Catalunya, con el objetivo de que mejoren su eficacia y participación y lleguen a ser un elemento imprescindible en la salud mental del país. Veinte años después de la creación de la primera mesa de salud mental en Catalunya, y con 46 en funcionamiento en todo el país, resulta necesario disponer de este instrumento para avanzar coordinadamente en la mejora de la atención a la salud mental a nivel local. Habrá, pues, que seguir destinando esfuerzos para mejorarlas y hacerlas más efectivas, mientras se impulsa la creación de nuevas mesas en los territorios donde no las hay.

- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES ET D'APPUI AUX CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (s. f.): *Qu'est ce qu'un conseil local de santé mentale (CLSM)?*, s. l., Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale, <<https://ressources-clsm.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>>.
- CONSELL COMARCAL DEL BAIX LLOBREGAT, CONSELL DE SALUT BAIX LLOBREGAT y FEDERACIÓ SALUT MENTAL CATALUNYA (s. f.): *Jornada "Reptes de les taules de salut mental del Baix Llobregat"*, s. l., Salut Mental Catalunya, <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/07/RESUMT_1.pdf>.
- DEPARTAMENT DE LA PRESIDÈNCIA (s. f.): *Pacte Nacional de Salut Mental*, s. l., Generalitat de Catalunya, <https://presidencia.gencat.cat/ca/ambits_d_actuacio/pacte-nacional-de-salut-mental/>.
- FEDERACIÓ SALUT MENTAL CATALUNYA (2015a): "La jornada 'Salut mental i territori' destaca la importància de les polítiques de proximitat en salut mental", Barcelona, Salut Mental Catalunya, 6-11-2015, <<https://www.salutmental.org/jornada-taules-salut-mental/>>.
- (2015b): *Governança a nivell territorial* [presentació], serie Jornada "Salut mental i territori", Salut Mental Catalunya, Barcelona, 6-11-2015, <<https://www.slideshare.net/slideshow/jornada-salut-mental-i-territori-ponncia-quim-brugu/54949042>>.
- (2017): "Les taules de salut mental presenten experiències d'èxit i indicadors per avaluar resultats", Barcelona, Salut Mental Catalunya, 7-11-2017, <<https://www.salutmental.org/les-taules-de-salut-mental-presenten-experiencies-dexit-i-indicadors-per-avaluar-resultats/>>.
- (2020a): "La resposta a la pandèmia des de les taules de salut mental", Barcelona, Salut Mental Catalunya, 27-11-2020, <<https://www.salutmental.org/la-resposta-a-la-pandemia-des-de-les-taules-de-salut-mental/>>.
- (2020b): *Taules de Salut Mental Catalunya. Webinar "La salut mental comunitària com a reacció envers la pandèmia": document de resum i conclusions*, Barcelona, Salut Mental Catalunya, <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/05/Conclusions_webinar_Taules_20201125.pdf>.
- (2021a): *Document de resum, idees i reptes fruit de la sessió per compartir experiències entre les taules de salut mental de Catalunya*, Barcelona, Salut Mental Catalunya, 14-6-2021, <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/09/Resum_sessio_compartir_20210614.pdf>.
- (2021b): *Las mesas de salud mental en Catalunya: informe 2021*, Barcelona, Salut Mental Catalunya, <<https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/05/Informe-Taules-2021.pdf>>.
- (2022a): "Salut Mental Catalunya celebra la primera trobada de taules de salut mental presencial des de la pandèmia", Barcelona, Salut Mental Catalunya, 6-7-2022, <<https://www.salutmental.org/salut-mental-catalunya-trobada-taules-salut-mental/>>.
- (2022b): *Document de resum i conclusions de la trobada de taules de salut mental Catalunya "Compartim experiències i reptes de futur"*, Barcelona, Salut Mental Catalunya, <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/09/Resum-i-conclusions_Trobada_Taules_2022_v2.pdf>.
- (2024a): *Boletín InterTaules*, n.º 15: <<https://sh1.sendinblue.com/altgoljsslpfe.html?t=1715596219>>.
- (2024b): "Debat i reflexió sobre les taules de salut mental al Baix Llobregat", Barcelona, Salut Mental

Catalunya, 2-5-2024, <<https://www.salutmental.org/debat-i-reflexio-sobre-les-taules-de-salut-mental-al-baix-llobregat/>>.

- (2024c): “Les taules de salut mental de la província de Lleida comparteixen necessitats i propostes”, Barcelona, Salut Mental Catalunya, 14-5-2024, <<https://www.salutmental.org/les-taules-de-salut-mental-de-la-provincia-de-lleida-comparteixen-necessitats-i-propostes/>>.
- (2024d): *Trobada intertaules*, Barcelona, Salut Mental Catalunya, <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/07/RESUMI_1.pdf>.
- (s. f.): “Qui som”, Barcelona, Salut Mental Catalunya, <<https://www.salutmental.org/qui-som/>>.

FEDERACIÓ SALUT MENTAL CATALUNYA y SPORA CONSULTORIA SOCIAL (2015a): *Taules de salut mental: una eina per al desenvolupament de polítiques locals en salut mental*, s. l., Federació Salut Mental Catalunya, <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/05/TaulesSM_model.pdf>.

- (2015b): *Taules de salut mental: alguns exemples des de la pràctica en el territori*, s. l., Federació Salut Mental Catalunya, <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2024/05/TaulesSM_exemples.pdf>.
- (2017): *Taules de salut mental: indicadors de seguiment i avaluació*, s. l., Federació Salut Mental Catalunya, <<https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2020/05/indicadors-taules2017.pdf>>.

MARMOT, M. *et al.* (2010): *Fair society, healthy lives: the Marmot review executive summary. Strategic review of health inequalities in England post-2010*, Londres, Marmot Review, <<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-exec-summary-pdf.pdf>>.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007): *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EUROPA (2015): *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*, Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175672/9789289050951-eng.pdf>>.

OMS (2020): “Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental”, s. l., Organización Mundial de la Salud, <<https://www.who.int/es/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>>.

- (s. f.): “The Global Health Observatory: health and well-being”, s. l., Organización Mundial de la Salud, <<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>>.

Eskola eta komunitate inklusibo baterantz: Ongi Etorri Eskolara proiektua eta Familia Laguna programa

Lola Boluda Guigo

Elkarrekin Koop. Elk. Txikia

Garazi Zarauz Pensado

Elkarrekin Koop. Elk. Txikia
elkarrekin.kooptxiki@gmail.com

XXI. mendeko testuinguru globalean, beste herrialde batzuetatik Europarako immigrazioa fenomeno sozial nabarmenetako bat da. 2010 urteaz geroztik, immigrazioa geroz eta nabariagoa da Euskadiko gizartean, baita bertako eskoletan ere, aldaketa eta erronka anitzen aurrean kokatu dituelarik hauek. Erronka hauei kulturarteko ikuspegi batekin begiratzuz gero, heziketa ekarpen positiboa izan daitezke ikastetxeetarako. Betiere, beste herrialdeetako ikasleengan azaldu daitezkeen desabantailei hezkuntza-aukera berdintasunetik erantzuten bazaie, hezkuntza komunitate osotik. Idazki honetan, 10 urteko bilakaera duen eta Haur eta Lehen Hezkuntzako Gipuzkoako 19, Bilboko 2 eta Gasteizeko 2 ikastetxeetan martxan dagoen Ongi Etorri Eskolara proiektuaren esperientzia jasotzen da, baita honen baitan aurrera eramaten den gizarte- eta hezkuntza-akonpainamendurako Familia Laguna programa, eta honek duen eragina aztertzeko aurrera eramandako ikerketa baten emaitzak. Emaitzetan, Familia Laguna programa, familien arteko konfiantza-harremanak sustatzen, eskola eta komunitatera etorri berri diren familia etorkinen hezkuntzaren eta komunitatearen esparruko oinarritzko premiak eta bizi-baldintzak hobetzen, jarrera arrazisten prebentzioan, kulturatrukeak sortzen, euskararekiko motibazioan eta komunitatean parte-hartzea areagotzen laguntzen duela konprobatzen dute.

Gako-hitzak:

Eskola, aniztasun kulturala, familia, taldeen arteko harremanak, inklusioa.

La inmigración extraeuropea es cada vez más visible en Euskadi. Un enfoque intercultural de los retos que plantea puede representar una valiosa contribución cultural y educativa a los colegios siempre y cuando las desventajas que puedan aparecer en el alumnado originario de otros países se aborden desde la igualdad de oportunidades educativas, desde toda la comunidad educativa. Este texto recoge la experiencia del proyecto Ongi Etorri Eskola —con una trayectoria de 10 años e implementado en 19 centros de Educación Infantil y Primaria de Gipuzkoa, 2 de Bilbao y 2 de Vitoria-Gasteiz—, así como del programa de acompañamiento socioeducativo Familia Laguna, que se lleva a cabo en el marco de aquel. La evaluación realizada constata que Familia Laguna contribuye a fomentar relaciones de confianza entre las familias, satisfacer las necesidades básicas y mejorar la situación educativa y comunitaria de las familias inmigrantes recién llegadas, prevenir actitudes racistas, generar intercambios culturales, incrementar la motivación frente al euskera y a aumentar la participación comunitaria.

Palabras clave:

Escuela, diversidad cultural, familia, relaciones entre grupos, inclusión.

1. Sarrera

XXI. mendeko testuinguru globalean, beste herrialde batzuetatik Europarako immigrazioa fenomeno sozial nabarmenetako bat da. Herrialde batzuk migrazio-tradizio luzea dute, eta beste batzuek aurrekaririk gabeko hazkundea izan dute azken hamarkadetan. Mendebaldeko testuinguruan, gure existentziaren esparru guztiak biltzen dituen iraultza baten aurrean gaude, bai pentsatzeko eta jarduteko moduan eta bai besteekin harremantzeko moduan. Beste hainbat arrazoiaren artean, gertatzen ari den fenomeno hau Europako gizartea gero eta pluralagoa eta konplexuagoa bihurtzen ari delako da, migrazioaren eta kultura osatzen duten osagaien arteko aniztasunaren handitzearen ondorio (Giddens, 2000).

Kultura-aniztasuna ezaugarri duen gizarte bat eratzen laguntzen duen fenomeno hau agerian geratzen da euskal gizartean ere. Ikuspegi, Immigrazioaren Euskal Behatokiaren arabera, Euskal Autonomia Erkidegoari dagokionez, biztanleriara osoaren erroldatutako %12,4 atzerritar jatorriko pertsonak dira. Azken bi hamarkadei begiratuz gero hazkundea jasan duen zifra bat da. 1998 urtean atzerritar jatorriko 26.334 pertsona zeuden erroldatuta Euskadin. 2023ko urtarrilaren 1ean, 274.142 pertsona gehiago zeuden erroldatuta. Bi hamarkadetan, atzerritar jatorriko 247.808 pertsona gehiago erroldatu direlarik Euskadin (Ikuspegi, 2023).

Hainbat autore bat datoz, Europako gizartean, oro har, eta Espainian, bereziki, migrazio-fenomenoak dakartzan gizarte-erronka nagusiak honako hauek direla: gizartearen barne-kohesioa garatzea; arrazismoaren eta xenofobiaren aurkako borroka, nortasun berriak eraikitzea pertenezia anizkoitzetik abiatuta; eta kulturarteko herritartasuna eraikitzea (besteak beste, Ruiz-Bernardo, 2018). Hezkuntza-sistema eta ikastetxeak, gizartearen parte diren heinean, erronka eta aldaketa berrien aurrean daude baita ere, hezkuntza ikuspegi, eredu, praktika eta tresna berriak sortzeko beharra azaleratuz.

Esku-hartzeko paradigma teorikoen artean, kulturarteko ereduak da gaur egun teorialariek ondoen baloratzen dutena, hala nola, Carlos Giménez Romero (2015) eta Catherine Walsh (2010). Honako ereduak, kulturalki bereizitako subjektuen arteko eragin-truke positiboari erreparatzearen berezitasuna dakar eta trukeen kalitatea eta harremanetarako simetria hobetzea bilatzen du (Giménez Romero, 2015). Berezitasun hau ordea, ez da berez ematen den zerbait, sustatu beharra dago, eta bidean, taldeen edota pertsonen arteko gatazkak sortu ohi dira (Barquín, 2006).

Paradigma horren baitan, 2014an, Aitor Ikastolan (Donostiako Egia auzoko ikastetxe publikoa), gizarte-arloko ama profesionalen talde bat, gerora Ongi Etorri Eskolara izenez ezagutuko zen proiektuko hainbat ekintza antolatzen hasi zen, ikastetxean kulturarteko ikuspegia txertatzeko helburuarekin. Lehenik, bolondres, eta, 2016tik, profesional gisa, Elkarrekin ikerketa eta gizarte-ekintzako kooperatiba txikiaren bitartez.

Kooperatiban aurrera eramaten dugun lanak helburu zehatz bat du: gure eskolek, auzoek eta udalerriek osatzen duten kultura-aniztasuna komunitatearentzat abantaila izan dadin lan egitea. Honako lana, kulturarteko ikuspegi batetik abiatzen dugu, Maza Bustamantek (2020) jasotzen duen moduan, kulturartekotasuna onartu beharreko eta modu proaktiboan jorratu beharreko aukerak eta konplexutasunak planteatzen dituen errealitate estrukturaltzat ulertuta, eta justizia sozialaren, aukeraberdintasunaren, askatasun individualaren eta balio demokratikoen oinarriko irizpideetatik abiatuta. Kulturarteko lanketa hau, gure kasuan, partaidetza-ekintzako prozesuen bidez gauzatzen da. Prozesu hauek, alde batetik, kultura-aniztasuna ikusarazten eta balioan jartzea dute helburu, eta, bestetik, herritarrak kulturarteko harremanak sustatzearen garrantziaz sensibilizatzea, eskola-eremuan eta komunitate-eremuan. Prozesu hauek, aldi berean, arrazakeriaren aurkako pedagogia eta bizikidetzajarrerak sustatzen laguntzen dute.

Kooperatibaren proiekturik ezagunena Ongi Etorri Eskolara da. Proiektu honen parte da, aurrerago azalduko dugun Familia Laguna gizarte- eta hezkuntza-akonpainamendu programa. Euskadiko 23 ikastetxetan dago martxan: Gipuzkoako Haur eta Lehen Hezkuntzako 19 ikastetxetan, Arabako 2 ikastetxetan eta Bizkaiko 2 ikastetxetan.

2. Ongi Etorri Eskolara proiektua ikastetxeetan

Ongi Etorri Eskolara proiektuak¹, izenak adierazten duen bezala, beste herrialde batzuetatik iritsitako familia immigrante guztiei ongietorria eman nahi die, eta prozesuak sortu nahi ditu familia horien egokitzapena egokia izan dadin eta eskola-komunitate osoa inplikatu dadin eskola inklusibo baterantz aurrera egiteko, eskola inklusibo horrek, aldi berean, komunitatea ere hezi dezan. Ikuspegi integrala duen proiektua da, eta hezkuntza-komunitateko eragile guztiekin batera lan egiten du: ikasleak, irakasleak, irakasle ez diren profesionalak, familiak eta eragile komunitarioak.

Proiektuaren bidez aurrera eramaten den lana sei ekintza-arlotan banatzen da. Honako arloak, praxian identifikatutako beharren arabera zehazten joan gara eta elkarrearen esku-hartzeko metodologia gidatu dute:

- **Ikerketa**

Proiektua ikastetxe bakoitzaren testuinguru eta beharretara egokitzeko, aurrera eramaten ditugun lehendabiziko lanak, beharren diagnostikoa eta ikastetxeetako kulturarteko ikerketak dira. Hauen bidez, ikastetxeetako kultura-aniztasunaren osaeraren argazki bat burutzen da, ikastetxeetako familien (haur eta heldu) jatorriari, hizkuntzei,

¹ <https://www.ongietorrieskolara.org>.

migrazio-ibilbideei eta euskararen ezagutzari buruzko datuak jasotzen dira. Datu horiek, aurrera eramango den kulturarteko lanaren oinarri izango dira.

- **Ikastetxeetako harrera-jarraibideak diseinatzea**

Ikastetxera iritsi berri diren eta jatorri immigrantea duten ikasleei eta haien familiei harrera egokia egiteko jarraibide eraginkorrak izatea funtsezkoa da, honakoak eskolara egokitzeko eta ikasle horien eskola-arrakasta bermatzeko. Beharrezkoa da, halaber, jarraibide horiek modu bateratuan abian jartzea, eta harrera, ez dadila profesional edota agente bakoitzaren irizpidearen edo sentsibilitatearen arabera izan, baizik eta abian jarriko diren jarduera-ildo argi batzuei erantzutea. Ikastetxeek ez dute beti behar adina denbora edo baliabide jarraibide horiek berrikusi eta antolatzeke. Horregatik, Ongi Etorri Eskolara proiektutik laguntza eta akonpainamendua eskaintzen diegu ikastetxeei zentzura egokitutako harrera-protokoloak diseinatzen, abian jartzen eta garatzen. Honako planak, partaidetza-prozesuen bidez osatzen ditugu.

- **Hezkuntza-komunitatearen sentsibilizazioa eta formakuntza**

Irakasleen hasierako eta etengabeko prestakuntza eskola inklusibo baterantz urratsak emateko gakoetako bat da:

“Hezkuntza inklusibo batera bidea egiteko, eztabaida eskolatik bertatik abiatu behar da, komunitate osoan, irakasleen prestakuntzan bertan, curriculumean, materialak eta baliabideak prestatu eta aurkeztean, eskolan eta gizartean arrakasta izateko espektatibak zabalitzean, emaitzak ebaluatu eta kontrolatzean, erabiltzen den lengoaiaren eta eskolan sustatzen diren balioetan eta jarreretan dauden jarrera eta praktika baztertzailuez kontzientziatzeko” (Essomba, 2012: 132).

Proiektua abian jartzen den ikastetxeetako irakasleen beharren inguruan gehien errepikatzen den eskaeretako bat ikasgelan eta egunerokotasunean kulturarteko tresna eta praktika egokiak abian jartzeko prestakuntzarena da. Hala, proiektuan parte hartzen duten ikastetxeetako irakasleei eta familiei zuzendutako saioak aurrera eramaten ditugu. Ikasleriari dagokienez, sentsibilizazio saioak egiten ditu ikasgeletan. Dinamika parte-hartzaileen bidez, aniztasun kulturala ezagutzea eta balioan jartzea, zurrumurruen, aurreiritzien eta estereotipoen aurkako estrategiak, eta arrazakeriaren aurkako pedagogia lantzen ditugu.

- **Gizarte- eta hezkuntza-akonpainamenduaren bidezko esku-hartzea: Familia Laguna programa**

Lan-gainkargagatik eta baliabide faltagatik, ikastetxeek aukera gutxi dituzte familiekin lan egiteko eta hauek eskola-prozesuan parte hartzeko edo gehitzeko estrategiak diseinatzeko. Programa

honen bidez, erantzuna eman nahi zaie seme-alabak eskolan matrikulatzen dituzten beste herrialde batzuetatik etorri berri diren familien beharriari eta hezkuntza-komunitatearen beharriari batzuei (eremu komunitarioa hezkuntza-komunitate horren zati gisa ulertuta), elkarrekin komunikatzen diren bi gune horietan kulturartekotasuna eta bizikidetzaren sustatzeko.

- **Elkarte eta mugimendu komunitarioarekin lankidetzaren**

Elkarrekin kooperatibaren eskolaren eta eskolaren ingurune komunitarioaren arteko loturaz arduratzen dugu. Urte hauetan zehar, auzoen eta ezaugarri ezberdinak dituzten udalerrien aniztasuna ikusarazteko eta balioesteko hainbat ekintza aurrera eramaten ditugu proiektuan.

Askotan artea kulturarteko lotura gisa erabiliz egin dugu. “Lamiak eta lloronak” (2020) ekimenaren kasuan, pinturaren bidez, elkarrizketa bat sortu genuen Donostia, Zarautz, Ordizia eta Andoaingo hainbat jatorritako pintoreen eta bizilagunen artean. “Gure lurra” ekimenean berriz (2021), jatorri ezberdinetako Donostiako hamar argazkilariren parte hartzearen bidez, migrazioa eta identitatearekin lotutako gaia jorratu genuen, erakusketa ibiltari bat osatuz. Harrera ona izan duen beste ekimen komunitario bat “Su artean, gure artean” izan da. Ekimen honek hirugarren edizioa du eta 2022tik aurrera egiten da elkarte gastronomikoekin elkarlanean. Gastronomiaren bidez, proiektuan parte hartzen duten auzo eta udalerrien kultura-aniztasuna ikusarazi eta balioetsi nahi da, eta dagoeneko mila pertsonak baino gehiagok hartu dute parte.

Hainbat ekintza antolatzearekin batera, proiektuan eragile komunitarioekin lankidetzaren sareak ehuntzeko lana egiten dugu, auzo edo udalerririk bakoitzean egiten diren ekimenak aprobetxatzeko, elkarlanean aritzeko eta aurrera eramaten diren ekintzetan kulturarteko ikuspegia txertatzen saiatzeko. Hala nola, jai batzordeekin, aisialdi taldeekin, auzo-elkarteekin eta euskararen aldeko batzordeekin.

3. Familia Laguna programa

3.1. Abiapuntua

Familia Laguna hezkuntza- eta komunitate-esparruan garatzen den kulturarteko familia-akonpainamendu programa bat da². Programa honen bidez, harremanetan jartzen ditugu beste herrialde batzuetatik etorri berri diren familiek adin bereko seme-alabak dituzten tokiko familiekin, eta prestakuntza, orientazioa, tresnak, topaketak eta jarduerak eskaintzen dizkiegu, gizarte- eta hezkuntza-akonpainamendua abiapuntu hartuta, familia berriek

² <https://www.ongietorrieskolara.org/zertan-datza-familia-laguna/>.

(jatorri immigrantea dutenek) harrera egokia jaso dezaten, haien arteko harreman-eredu berriak sor ditzaten (kulturarteko harremanak) eta iritsi berri diren familiak euskarara eta euskal kulturara hurbil daitezen.

Harrera eta akonpainamendua eskaintzerako orduan, eskoletara eta udalerrietara iritsi berri diren familia etorkinen honako beharrezane bide eman nahi zaie:

- **Oinarrizko baliabideak eskuratzeko informazioa eta aukerak**

Beste herrialde batzuetatik etorri berri diren familiek aurre egin beharrek hainbat alderdi dituzte. Lehenengoa oinarrizko premiak betetzearekin lotuta dago, hala nola elikadura, atsedena, eta osasun ona izatea. Premia horien asebetetzea, lana, etxebizitza eta osasun- eta hezkuntza-sistemarako sarbide bat lortzearen mende dago. Familia horietako asko ezaugarri soziopolitiko desberdinak dituzten herrialdeetatik datoz, eta ez dituzte harrera-gizartearen ezaugarriak ezagutzen; horrek zaildu egiten die baliabide horiek eskuratzeko. Adibidez, nora jo behar den enplegu-eskatzaile gisa agertzeko, zer egin ikasketak homologatzeko, zein urrats eman behar diren seme-alabak eskolaratzeko eta abar. Aurrekoari hainbat diskriminazio-sistema gehitzen zaizkio, gure gizartean nagusi direnak eta pertsona horiek baliabide horiek eskuratzeko are gehiago zailtzen dutenak. Hala nola, beren legezko egoera erregularizatzeko bete behar dituzten baldintzak (atzeritarrei buruzko legea).

- **Komunitate berria ezagutzea eta bertara egokitzea**

Familia iritsi berriek egokitu behar duten beste aldaketa bat errealitate soziokultural/komunitario berria da, beste kultura batek (elikadura, ohiturak, erlijioa, balioak), hizkuntzak eta funtzionamendu sozialak osatzen dutena, jatorrizko herrialdeaz bestelakoa. Egokitzapen horretan funtsezkoa izango da komunitate hartzaileak egingo duen harrera. Kulturarteko ereduaren arabera, ezinbestekoa da ahalegina bi noranzko izatea. Hau da, komunitateak familia horiei arreta ematea, ongietorriak sentiaraztea, komunitatearen kultura, tokiko hizkuntza eta gizarte-funtzionamendua erakustea, eta bakoitzak dituen pribilegioez jabetzea, familia iritsi berri askoren zailtasun-egoerekin enpatizatzeko. Era berean, beharrezkoa da familia iritsi berriak interesa agertzea eta komunitate berrira egokitzeko ahalegina egitea, bere nortasuna, kultura eta jatorrizko hizkuntza alde batera utzi gabe.

Hizkuntza ikastea familiek komunitate berria ezagutzeko eta bertara egokitzeko duten behar nagusietako bat da. Askok ez dakite euskara existitzen denik Euskal Herrira iristen diren arte, eta askok zailtasun gisa bizi dute. Horregatik garrantzi handikoa da familia horiei hizkuntzaren historia eta hizkuntza ikastearen garrantzia transmititzea, familia eta haien seme-alaben inklusiorako tresna gisa.

- **Pertsonen arteko eta taldeen arteko harreman berriak garatzea**

Harremanak izatea pertsonen oinarrizko beharra da. Bizi behar duten auzoan edo hirian pertsonen arteko eta taldeen arteko harreman berriak ezartzea ezinbestekoa da familia iritsi berrientzat, bai beren osasun mentalerako eta ongizate pertsonalerako, bai egunerokotasunari aurre egiteko. Taldeen arteko harremanek aukera emango diete familiei informazioa eskuratzeko, oinarrizko baliabideak ezagutzeko eta komunitate berriaren funtzionamendua ezagutzeko. Azken batean, harreman horiek familia horien aukerak areagotzea dakarte. Gainera, taldeen arteko harremanek, bizikidetzeta eta inklusioa sustatuko duten harreman-eredu berriak sortuko dira. Alderdi hori bereziki beharrezkoa iruditzen zaigu mendebaldeko gizartean, ia ez baitago harreman horizontalik eta hurbiltasunik jatorri desberdineko pertsonen artean (jatorri edo kultura bereko familien artean ezarri ohi dira). Eta ematen direnak, berriz, elkarbizitzari laguntzen ez dioten harreman asimetrikoak sortzen dituzten laguntza- edo botere-harremanekin batera ematen dira.

- **Seme-alaben hezkuntza-prozesuan parte hartzeko eta ikastetxean modu aktiboan parte hartzeko beharra**

Familia horientzat ezinbestekoa da eskolarekin komunikatzea, hezkuntza-sistemak nola funtzionatzen duen jakitea eta seme-alaben hezkuntza-prozesuan parte hartzen jakitea (eskubideak eta betebeharrak), bai seme-alaben hezkuntza-ikaskuntzan inplikatzeko, bai eskola inklusiboa sortzen laguntzeko. Familia horiek hezkuntza-komunitatearen parte sentitu daitezen, desberdintasunak aitortu behar dira, eta eskolako jatorrizko kulturak balioetsi eta ikustarazi.

- **Komunitatearen parte sentitzeko eta komunitate-eremuan modu aktiboan parte hartzeko beharra**

Familiek hezkuntza-prozesuan duten inplikazioarekin batera, inguruan duten komunitatearekiko lotura eta bertan parte hartzea da familia horien beste beharretako bat; izan ere, inguruan dugun komunitatearekin partekatzen ditugu espazioak, baliabideak eta aukerak, beste gauza askoren artean, eta haien garapenak eta ongizateak ere bertan bizi diren pertsona guztien parte-hartzea eskatzen dute. Parte-hartze horri oso lotuta dago kide izatearen sentimendua; horrela, familia horiek zenbat eta harrera, balorazio eta aintzatespen handiagoa izan, orduan eta gogo handiagoa izango dute komunitatean inplikatu eta ekarpenak egiteko.

Bederatzi ikasturte hauetan zehar, 1.500 familia inguruk aktiboki parte hartu dute programan. Horietatik erdia tokiko familiak dira, eta beste erdia, komunitatera iritsi berriak. Familien jatorria askotarikoa izan da, 34 herrialdek ordezkatzeko dituzte. Programa Gipuzkoan garatu da orain arte, Andoain, Donostia, Errenteria,

Ordizia, Irun eta Zarautzen. Horreko lurraldean, 19 ikastetxek dute zuzeneko lotura programarekin; 14 sare publikoak dira eta 5 itunpekoak. Aurreko ikasturtean berriz, programa Euskadiko hiru lurraldeetara zabaltzeko pausoa eman zen, Arabako Adsis Fundazioaren eta Bizkaiko Aldaika Elkartearen bitartez. Elkarrekin Kooperatiban zuzenduko dugun proiektu honetan, bi elkarte horiek izango dira beraien lurraldean proiektua garatzeko arduradunak.

3.2. Programaren helburuak

Programaren helburu orokorra, hezkuntzaren eta komunitatearen esparruan, kulturarteko akonpainamendu familiar prozesuak sustatzea da. *Kulturarteko akonpainamendu familiarra. Hezkuntza- eta komunitate-eremuko Familia Laguna programaren gida metodologikoa* dokumentuan (Elkarrekin Koop. Txikia, argitaragabea) jasotzen den moduan, zazpi helburu zehatz barnebiltzen ditu (1. koadroa).

1. Koadroa. Familia Laguna programaren helburuak, eremuka
Proiektu familiarra
Tokiko familien eta jatorri desberdineko familien artean kulturarteko harremanak eraikitzea: <ul style="list-style-type: none"> • Eskolara iritsi berri diren familiei harrera egokia ematea, zeinetan kontuan hartuak eta entzunda sentituko diren. Ikastetxeko familien arteko gertutasun harremanak sustatzea. • Kulturarteko harremanak ezartzeko aukera emango duten topaguneak eta konfiantza-guneak bultzatzea.
Informazioa eta orientazioa
Programan parte hartzen duten familientzako prestakuntza, sentsibilizazioa, informazioa eta aholkularitza eskaintzea: <ul style="list-style-type: none"> • Familiei prestakuntza eta tresnak eskaintzea, akonpainamendu prozesuak aurrera eramateko eta kulturarteko harremanak arrakastaz sortzeko. • Iritsi berri diren familiei ikastetxearen funtzionamenduari eta seme-alaben hezkuntza-prozesuari buruzko informazioa eta aholkuak ematea. • Familiei hezkuntza- eta udal-baliabideei buruzko informazioa eta aholkularitza (lan-arlokoak, osasun-arlokoak, etxebizitzakoak, legezko egoera, prestakuntza, asoziazionismoa, aisialdia eta denbora libre) eskaintzea. • Kasuen eta beharren jarraipena egitea eta udal-baliabideetara bideratzea.
Sare sozialak
Eskolara iritsi berri den familiaren gizarte-sarea zabaltzeko prozesua erraztea: <ul style="list-style-type: none"> • Familiak sentsibilizatzea kulturarteko harremanak sustatzeko beharraz eta iritsi berri diren familien harreman-sareak handitzen laguntzea. • Iritsi berri diren familien sare soziala zabaltzea, eskolako familien, auzoko taldeen, elkartearen eta eragileen bitartez.
Elkarbizitza komunitate-espazioetan
Auzoan edota hirian kulturarteko harreman-ereduak sustatzea eta ikusaraztea: <ul style="list-style-type: none"> • Kulturarteko harreman-ereduak sustatzea eta ikusaraztea. • Etnozentrismoa hausten duten eta jarrera arrazistak murrizten dituzten kultura/ezagutza trukatzeko guneak sustatzea. • Komunitatearen parte-hartzea sustatzea, eta, horrekin batera, komunitateko kide izatearen zentzua eta gizarte-kohesioa.
Euskarara eta euskal kulturara gerturatzea
Iritsi berri diren familiak euskarara eta euskal kulturara hurbiltzeko prozesua sustatzea, aukera-berdintasuna eta gizarte-kohesioa errazteko estrategia gisa: <ul style="list-style-type: none"> • Iritsi berri diren familiei euskarara eta euskal kulturara hurbiltzeko tresnak eta baliabideak ematea. • Iritsi berri diren familiei euskara aukera moduan har dezaten, euskarak gizarteratzeko, seme-alaben hezkuntzan eta etorkizun soziolaboralean garrantzia handia duela adieraztea. • Euskararen ezagutza sustatzea, komunitatearen parte-hartzea, komunitateko kide izatearen sentimendua eta gizarte-kohesioa sustatzeko. • Hurbiltasunezko harremanak ahalbidetzea euskaraz hitz egiten duten familiekin, konfiantzazko harremanen bidez kultura eta hizkuntza ezagutzea ahalbidetzeko. • Etorri berrien jatorrizko kultura eta hizkuntzen aitortza egitea eta balioan jartzea, euskal identitate pluralaren parte bezala.
Aisi inklusiboa
Hainbat jatorritako familiei aisialdi eta denbora libre inklusiboko aukerak ematea eta jarduera horietan parte hartzea motibatzea: <ul style="list-style-type: none"> • Zentroak, eragileak eta erakunde publiko eta pribatuak sentsibilizatzea, beste herrialde batzuetatik etorritako familientzat aisia eta denbora libre eskuragarri egitearen garrantziaz. • Familia horientzat aisialdiko eta denbora libreko aukerak sortzea eta parte-hartzea sustatzea. • Ikastetxe, eragile eta erakunde publiko eta pribatuak sentsibilizatzea, jarduerak programatzeko eta eskaintzeko orduan jatorri desberdineko familiek izan ditzaketen kezak eta interesak sar ditzaten eta edukiak egokitu ditzaten inklusiboagoak izan daitezen (hizkuntza, irudiak, izena emateko moduak).
Herritar aktiboaren partaidetza
Familiengan parte-hartzea eta herritartasun aktiboa sustatzea: <ul style="list-style-type: none"> • Iritsi berri diren familiak kontzientziaztea seme-alaben hezkuntza-prozesuetan parte-hartze aktiboa izatearen garrantziaz. • Familia etorri berriak herritar aktibo izatera motibatzea, ikastetxeko eta komunitateko organo eta batzordeetan parte hartuz (elkarrekin, aisialdiko taldeak). • Komunitate- eta udal-jarduera zehaztetan parte hartzea motibatzea, kulturen arteko elkarreraginerako espazioak sortuz. • Elkarrekin sentsibilizatzea eta baliabideak ematea familia horien parte-hartze aktiboa errazteko: haurtzaindegia jartzea, ordutegiak kontuan hartzea edo irisgarritasuna sustatzea. • Kultura-aniztasunarekin lan egiten duten hirugarren sektoreko elkarte eta erakundeekin lankidetzan aritzea, familia horien eskubideen aldeko bideak eta sinergiak sortzeko.

Iturria: egileek egina.

3.3. Programaren ekintza-printzipioak

Gida metodologikoan jasotzen den bezala (Elkarrekin Koop. Txikia, 2022), gizarte- eta hezkuntza-programa honen puzzlea osatzen duten bost pieza nagusiak definitzea da honakoa ulertzeko modu erraz eta zehatz bat:

- **Akonpainamendua**

Pertsonen oinarritzko premiak asetzea eta kolektibo zaugarriari bizi-baldintzak hobetzea helburu duen izateko eta jarduteko modu gisa ulertzen dugu akonpainamendua. Programan parte hartzen duten pertsonen oinarritzko eskubideak asetzea bermatzen duen estrategia metodologikoa da, elkartruke parekide batean oinarrituta dagoena (profesionalak, familiak eta parte-hartzaileak), bidea elkarrekin egiteko eta elkarrekin adostutako bizi-bidaia bat esperimintatzeko ideiarekin. Kasu horretan, bertako familiak, iritsi berriekin batera, bizikidetzak eraldatzen joango diren harremanak eraikitzen joango dira, bai hezkuntzan, bai komunitatean. Horregatik, hurbileko harremanak estereotipoak hausteko eta kulturen arteko elkarrekintzako eredu komunitarioak sortzeko erabiltzen dituen estrategia da akonpainamendua. Horrez gain, ezberdinen arteko lankidetzak praktikak proposatzen ditu, komunitatearen eguneroko bizitzan espazio propioa aurkitzeko.

- **Kulturartekotasuna**

Kulturarteko ekintza lurralde batean dagoen aniztasuna kudeatzeko modu bat da, pertsona desberdinen kontaktua bultzatzen duena, oinarritzko irizpide batzuetatik abiatuta. Justizia soziala, aukera-berdintasuna, askatasun indibiduala eta balio demokratikoak kulturarteko ekintza definitzen duten elementuak izango litzateke. Giménez Romero-k (2003) dioen moduan, kulturarteko ereduak gizarte inklusibo baterako herritarrak heztea dela jasotako berdintasunaren, desberdintasunaren eta eragin-truke positiboaren printzipioetan oinarritzen dena. Ildo honetan, kulturarteko ereduak praktikan jartzea borondate pertsonaletik haratago doa, kontua dela ulertzea eta honako ereduaren helburua botere-harremanetan errotutako gizarte-egitura koloniala zalantzan jarri eta eraldatzea dela (Walsh, 2010).

- **Familia**

Azken urteetan, ikasle guztien errendimendu akademikoa areagotzen duten hezkuntza-politikak garatu dira, familientzako hezkuntza-programak sustatuz eta komunitateak eskolan parte hartuz. Familiak eta komunitateko beste kide batzuek ikastetxeko jardueretan zuzenean parte hartzea, eskola-orduetan edo eskolaz kanpo, baliabide bereziki baliotsua da haur guztiek eskolan arrakasta izan dezaten eta gizarte-kohesioa indartzeko. Era berean, familia etorkinen parte-hartzea sustatzea da, hala nola, etorkinen eskola-arrakastan eta eskola inklusiboak sortzeko helburuan eragiteko estrategiarik garrantzitsuenetako bat.

- **Hezkuntza-esparrua**

Gaur egun, nazioarteko komunitatearen artean aho batez kalitateko, kulturarteko eta inklusiboko hezkuntza-eredua sustatzeko borondatea dago. Gizarte-inklusioari esker, pertsona gehiagok parte har dezakete ezagutzaren ekonomia lehiakor eta dinamikoaren garapenean eta gizarte-kohesio handiagotzean. Hezkuntza inklusiboari esker, baztertuak izateko arrisku handia duten ikasleek beren ikaskuntza hobetu ahal izango dute, eta, beraz, beren bizi-kalitatea. Baina hezkuntza inklusiboak ez die bakarrik ikasle zaugarrienei egiten mesede, hezkuntza-komunitate osoari baizik (Solla, 2013).

Eskolan kulturarteko hezkuntza eta hezkuntza inklusiboa abian jartzeko, faktore erabakigarrietako bat familiek lan egitea da. Euskadiko hezkuntza-sistema hobetzeko planaren (2016) helburuetako bat da gero eta inklusiboagoak diren komunitateak eraikitzen aurrera egitea, eta familien, irakasleen eta ikasleen nahiz hezkuntza- eta gizarte-eragileen inklusio- eta partaidetza-prozesuak indartzea (Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultura Saila: 35).

- **Euskara**

Hizkuntza funtsezko faktorea da Euskal Autonomia Erkidegoan, eta hizkuntza menderatzeak eragin zuzena du eskola-arrakastan. Hizkuntza ere oztupo izan daiteke familia etorkinen eta ikastetxeen artean. Desberdintasun sozioekonomikoak, deserrotzea, desberdintasun juridikoak, ikasteko eredu eta bizimodu desberdinak eta horiek jasotzen dituen hezkuntza-ingurunea ere ikaskuntza-prozesuan modu inklusiboan edo baztertzailan eragiten duten faktoreak dira. Horregatik da hain garrantzitsua faktore horiek detektatzea eta eskolan inklusio-prozesuak abiaraztea, komunitatean eragin dezaten. Euskal eskolan, prozesu horiek bermatu beharko lukete, alde batetik, familia guztiak eskolan eta komunitatean sartzea bizikidetzak erraztuz; eta, bestetik, kultura eta hizkuntza bat, euskara, zaindu eta partekatzea, horrek ere zailtasunak baititu hizkuntza ezagutzen ez duten familien eta ikasleen etorrerarekin euskerarengan eraginik ez izateko. Familia horiek euskara aukera gisa, eta ez zailtasun gisa, ikusteko motibatzea gakoetako bat da, gure ustez, haien inklusioa, komunitateko kide izatearen zentzua eta Euskadiko seme-alaben etorkizunerako aukera-bermatzeko.

- **Eremu komunitarioa**

Programa honek ekintza komunitarioaren ikuspegitik egiten du lan, hau da, "pertsona eta talde batzuk, aldi berean espazio bera partekatzen dutenak, partaide izatearen sentimendu kolektibo bat garatzen dute eta beren gizarte-erlaketako eragile aktibo bihurtzen dira" (Essomba, 2012: 87). Hori bai, komunitatea elkarrenginean dauden oinarritzko lau elementuren inguruan eratzen den errealitate gisa identifikatuta (Gomá, 2008):

- Bere bizi-kalitatea hobetzeko ekintzen eta erabakien subjektu eta protagonista izateko gaitasuna aitortzen zaion pertsona-taldea

- Komunitatea osatzen duten pertsonen artean partekatutako identitate komunitarioa.
- Interakzio-mekanismo eta -prozesuak, gizarte-laguntza, elkarrekiko lotura eta elkarrekikotasun-harremana.
- Lurralde-errotzea, ekintza partekaturako tresnak dituen espazio fisiko batean.

Kulturarteko ekintza komunitarioko programa bati buruz hitz egitea harreman dialektikoa proposatzea da, non komunitatea ezinbesteko baldintza baita kulturartekotasuna lortzeko, eta, aldi berean, komunitatea lurralde horretan ezartzen den kulturarteko dinamikaren beraren emaitza da. Familia Laguna programan gauzatutako ekintza komunitarioaren eredia Bartzelonan aplikaturiko proposamenarekin identifikatzen da, ekintza komunitarioko lau helburu giltzarritan oinarrituta (Morales Morales eta Rebollo Izquierdo, 2014):

- Plangintza kolaboratiboan eta eragile komunitarioen arteko koordinazioan oinarritutako prozesuak eraikitzea (profesionalak eta hiritarrak).
- Herritarrak ahalduntzea banakako eta taldeko erantzukizun-prozesu batean.
- Bizi-baldintzak eraldatzen dituzten bizikidetz-espazio komunitarioak diseinatzea, zaurgarritasun-egoeren aurrean aukera berriak sortzeko.
- Inklusioa sustatzea (soziala, kulturala, funtzionala), komunitate horretan bizi diren pertsona guztien ekintzaren printzipio gisa.

3.4. Akonpainamendu-ereduaren printzipioak

Programa honetan, gida metodologikoan jasotzen diren (Elkarrekin Koop. Txikia, 2022), bederatzi ekintza-printzipiotan oinarritutako akonpainamendu-eredua aurrera eramaten da. Horietako batzuk autore erreferenteek egindako proposamenetan oinarritzen dira, hala nola, Planella (2020: 22-23):

- **Justizia soziala, kulturartekotasuna, inklusioa eta komunitatean oinarritutako laguntza**
Akonpainamendua justizia sozialaren printzipiotik abiatzen da, lurralde batean bizi den pertsona orok bere bizitzan zoriontsu izateko oinarritzko beharrak aseta izatea eskubide unibertsaltzat hartzen baitu. Kulturartekotasuna, hau da, lurralde berean bizi diren kulturen arteko elkarrekintza, eta elkarrekiko errespetutik eta elkarriketa inklusibotik eraiki diren kultura-adierazpen partekatuak sortzen dituena, auzoko kultura-aniztasunak eskaintzen digun aukera gisa integratuko da akonpainamendu-prozesuan. Ikluspegi inklusiboa, hezkuntzarena (4. art.) baita hiri jasangarriena ere (11. art.), 2030eko Agendaren Garapen Jasangarriko helburuetan markatua (Nazio Batuen Erakundea, 2015), programaren gizarte- eta hezkuntza-ekintzaren ezaugarri bat izango da.

- **Erabaki pertsonal batean oinarritutako akonpainamendua**

Goikoetxea eta Pascual-ek (2002) adierazten duten moduan, behin baino gehiagotan, programa sozialak ez dira aukera pertsonal batetik abiatzen, baizik eta betebeharrak instituzional batetik. Horregatik, Familia Laguna programan parte hartzen duten familiek beren borondatez hartuko dute erabakia, inolako presio edo inposaketarik gabe, eta laguntza prozesu horretan parte hartzeko interesa erakutsiko dute.

- **Proiektu propio batek gidatutako bidaia partekatu batean oinarritutako laguntza**

Gizarte- eta hezkuntza-akonpainamenduaren prozesua bi alderdiren artean (kulturarteko bitartekaria eta familiak) adostutako akordiotik sortzen da, etorkizunean (pertsonala edo familiarra) bizi izan nahi dugun proiektu horretara elkarrekin bidaiatzen hasteko (Planella, 2020). Familiari bere egunerokoan informazio garrantzitsua ematea da elkarrekin aurrera egitea, hau da, komunitate-espazioak partekatzea (patioa, plaza, parkea, ludoteka, kiroldegia, liburutegia) edo kulturarteko familien artean aisialdiko jarduerak egitea Kulturarteko bitartekaria, familiak bezala, lagungarri izango da familia-proiektu bakoitza errealitate bihurtzeko.

- **Informazioan eta orientazioan oinarritutako laguntza**

Eguneroko bizitzan, pertsona guztiok etengabe behar dugu oinarritzko behar pertsonalekin lotutako hainbat gairi buruzko informazioa. Informazioa ez ezik, kasu askotan haratago ere jotzen dugu, eta gure eguneroko lanean hartu behar ditugun funtsezko erabakietan laguntzeko moduko konfiantzazko norbait bilatzen dugu. Gure kasuan, lurralde ezezagun batera iritsi berri diren familiek lan egitea, neurri handi batean, informazio- eta orientazio-beharrak asko handitzen ditu. Hainbat gairen inguruan egiten dira kontsultak: hezkuntza, osasuna, lana, erregularizazioa, aisialdia eta kultura, besteak beste.

- **Gizarte-sare batean oinarritutako akonpainamendua**

Akonpainamendua tokian tokiko familia bat etorri berri den beste familia batekin lotzen duen prozesu baten bidez egiten da, komunitatean erreferente izateko. Hortik abiatuta, hasiera batean, elkar ezagutzeko eta uneak eta espazioak partekatzeko prozesua hasiko da, pixkanaka bi familien gizarte-sarea zabaltzen lagunduko duten baterako jarduerak antolatuz.

- **Eremu komunitarioetako bizikidetzan oinarritutako akonpainamendua**

Auzoa (komunitatea) pertsonak bizi diren eta bizi-behar gehienak betetzen dituzten leku naturaltzat hartzen badugu. Akonpainamendu-prozesua aukerak eraikitzean oinarrituko da, lurralde horretako bizilagun guztien artean kulturarteko

bizikidetza lortzeko. Bidezkoena izango da espazio publiko komunitarioen erabilera sustatzea, bai irekiak (plazak, parkeak, kaleak), bai itxiak (haurren eta gazteen aisialdirako zentroak, emakumeen etxea, osasun-zentroa, liburutegia, kiroldegia), elkar ezagutzeko, konektatzeko, sareak sortzeko, laguntzeko eta lankidetzan aritzeko gune baliagarri bihurtzen baitira (Klinenberg, 2018). Tokian tokiko familiek funtsezko eginkizuna bete dezakete komunitatean sartu berri diren familiek, auzoko bizilagun guztientzako lekuak direla ulertzen laguntzeko eta zerbitzu publiko horiek erabiltzen laguntzeko. Gainera, gero eta autonomia handiagoz erabiltzea eta etorri berri diren familien parte-hartzea sustatzea.

- **Euskal kultura eta hizkuntzara hurbiltzean oinarritutako akonpainamendua**

Akonpainamendua euskal kulturarekiko eta euskararekiko (komunitate horretako hizkuntza gisa) nortasunaren printzipioan sustatzen da. Euskara funtsezko elementutzat ulertzen da beste herrialde batzuetatik etorritako haur eta familien aukera berdintasuna eta inklusioa lortzeko. Eskolan, komunitatean eta Euskal Autonomia Erkidegoko lan eta gizarte arloan.

- **Aisia inklusiboan oinarritutako akonpainamendua**

Akonpainamendu-prozesuek bizilagun berrien garapen-eremu guztiak hartzen dituzte, eta, sozialki onartzen denez, aisialdia, bizitzarako ikaskuntzak ahalbidetzen dituen eta hiri inklusiboagoak eraikitzen laguntzen duten ekintzak sustatzen dituen denbora-espazio handi bihurtu da. Horregatik, akonpainamenduak aisialdi hezitzaileko jarduerak (kirol ekitaldiak, antzezlanak) egiteko aukera eman behar die komunitateko familia guztiei.

- **Parte-hartzean eta herritartasun aktiboan oinarritutako akonpainamendua**

Udalerriko bizimodu, tradizio, irudikapen eta adierazpen kulturalen aniztasuna ezagutzea eta haien adierazpenak eta elkarbizitzarako aukerak bultzatzea (Remírez eta Leconte, 2018). Akonpainamendu-programa honek parte hartzeko espazio iraunkorretan (espazio komunitarioak, auzo elkarteak, gizarte elkarteak) edo puntualetan (auzoko festak, San Juan jaiak, inauteriak, Euskararen Eguna, 11 Kolore) parte-hartzea erraztuko du, baita herritar aktiboan jardutea ere komunitatearen erabakiak hartzeko erakunde eta espazioetan. Eskubideen eta betebeharren berdintasuna ere sustatuko du, baita komunitatean ere, eta arrazismoaren aurkako hezkuntza sustatuko du, elkarteekin lankidetzan, gizarte-kohesiorako elementu gisa.

3.5. Prozesuan esku-hartzen duten eragileak

Programaren garapenean hezkuntza komunitateko agente anitzen inplikazioa ezinbestekoa da:

- Udaletxeak eta beste eragile publikoak: Donostiako, Andoingo eta Errenteriko udalak, Eusko Jaurlaritzako Gizarte eta Politika Saila (Irungo, Bilboko eta Arabako programetan) eta Gipuzkoako Foru Aldundia.
- Elkarrekin Koop. Elk. Txikia: kulturarteko bitartekari profesionalak, koordinatzaileak, administratzaileak eta bitartekari naturalak.
- Ikastetxeetan matrikulatuak dauden etorkin jatorriko haurren familia boluntarioak.
- Ikastetxeetan matrikulatuak dauden tokian tokiko haurren familia boluntarioak.
- Hezkuntza-zentroko zuzendaritzak, irakasleak eta irakasle ez diren langileak.
- Hezkuntza-zentroetako guraso-elkarteak.
- Ikastetxeetako eta komunitateko elkarte eta eragileak, arlo anitzekin loturikoak, besteak beste, hezkuntza (berritzeguneak, Euskal Herriko Unibertsitatea), haurrak eta gazteria, giza eskubideak, kulturartekotasuna eta arrazakeria (SOS Arrazakeria, Bidez Bide), euskara (Bagera, Lau Haizetara), berdintasuna (Parean), komunikabideak (*Irutxuloko Hitz*).
- Kulturaren, kirolaren eta aisialdiaren esparruan lan egiten duten komunitateko eragileak: Albaola Itsas Kultur Faktoria, Cristina Enea Fundazioa, Chillida Leku, Gipuzkoa Basket, Irrien Lagunak, Kromosoma Tailerrak, Real Sociedad, Real Unión, San Telmo Museoa, Zientzia Museoa, besteak beste.

4. Familia Laguna programaren emaitzak Donostian

Elkarrekin Kooperatibak, Euskal Herriko Unibertsitatearekin lankidetzan, aurrera eramandako ikerketarekin, Familia Laguna programak estrategia metodologiko gisa duen eragina ebaluatu du Donostiako ikastetxeetan (Jimenez Jimenez, Boluda eta Planella, 2020). Ikerketaren helburuaren ondorioak izan dira:

- Familien arteko akonpainamendu-prozesuan oinarritzko elementuak zein diren identifikatzea.
- Gizarte- eta hezkuntza-akonpainamenduan sortutako harremanaren bidez lortutako ikaskuntzak identifikatzea.
- Euskara migratzen duten familiek komunikazio-hizkuntza erlazionaltzat ulertzen duten aztertzea.
- Familiek komunitate-bizitzan duten gizarte eta kultura partaidetzaren maila zehaztea.

Ikerketan, programan parte hartutako 180 familiek parte hartu zuten, tokiko 90 familiek eta jatorria beste herrialde batean duten 90 familiek; haur eta lehen-hezkuntzako 150 profesionalek, 5 auzotako (Antigua, Amara Berri, Gros, Intxaurren eta Egia) 7 ikastetxetakoak; 25 ordezkari eremu anitzetako eragileetakoak: unibertsitatea (Euskal Herriko Unibertsitateko Hezkuntza, Filosofia eta Antropologia Fakultatea), hezkuntza formaleko zentroak (Easo Politeknikoa, Nazaret Ikastetxea), euskararen sustapenean dabiltzan elkarteak (Bagera, Hasi

eta Ikasi), auzo elkarteak, arrazakeriaren aurkako eragileak (SOS Arrazakeria), gizarteratzean jarduten duten eragileak (Caritas, Emaus) eta ikerketa jorratzen duten eragileak (Asmoz Fundazioa).

Bertan jasotako emaitzak, ikerketa-prozesuan eraikitako zazpi analisi-kategorien arabera aurkezten dira:

1. Akonpainamendua oinarrizko sei elementuren fusioaren bidez eratzen da

Kulturarteko familia-harremanak, familien arteko informazioa eta orientazioa, bizikidetzarako gune komunitarioak, aisialdiko jarduera inklusiboak, kulturarteko eragileen sarea eta hezkuntza-tresna inklusiboak.

2. Familien arteko lotura sendoa lortzeko bizi-proiektu propioak eraikitzea bermatzen die komunitatera iritsi berri diren familiei

Programak familia parte-hartzaile gehien (%95) arteko harremanak eraikitzea lortzen du. Horietako askok konfiantzazko harremana eratzen dute (%62). Eta %33k akonpainamenduzko harremana mantentzen dute programan zehar. Elkar ezagutzeak eta konfiantzazko harreman bat eraikitzeak, familia bakoitzak besteekiko dituen aurreiritziak haustea eta auzoan bizi-proiektu propioak eraikitzeak aukerak areagotzea ekartzen du. Horren bidez, dituzten sare solidarioak ehuntzen jarraitzeko aukera ematen du:

Gertutasuna izan da gehien lagundu gaituena, txikien bidez erraza baita patioan beste amekin egotea, horrela lotsa galtzen duzu. (Juana, jatorri immigrante duen familia)

Beti duzu euskari bat zuri laguntzeko prest. (Fatima, jatorri immigrante duen familia)

Tokiko familien ustez, harreman horien bitartez, familia iritsi berri batzuek bizi dituzten egoera prekarioak zuzenean ezagutzea dakarte, eta harrera-gizarteak desegokitaz jotzen zituen portaeren aurrean dituzten arazoak ulertzeko eta haiekin enpatizatzeak aukera ematen du:

Ez zen puntuala goizetan, eta hori ez zitzaidan ondo iruditzen... Baina, ondoren, programan ezagutu ginenean, kontatu zidan gauze egiten zuela lan etxe batean adineko pertsona bat zaintzen, eta justu iristen zela haurra eskolara eraman ahal izateko... eta orduan ulertu nuen zergatia. (Maite, bertako jatorri duen familia)

3. Familien arteko informazio- eta orientazio-trukeak aukera berriak sortzen ditu hezkuntzaren eta komunitatearen esparruko oinarrizko premiak asetzeko eta bizi-baldintzak hobetzeko

Udalerrietara iritsi berri diren familiek askotan ez dute hizkuntza ezagutzen eta ez dute sarerik zalantzak argitzeko edo komunitatean eguneroko bizitzako oinarrizko alderdietan erabakiak hartzeko. Ikuspegi horretatik, familien arteko harremana

oinarrizko zutabea da edozein zalantzaren aurrean erantzuteko:

Idatzi edo deitu egiten nion, eta bera beti han egoten zen galderaren edo arazoren baterako. (Rosa, jatorria beste herrialde batean duen familia)

Iristen direnean, ez dute egungo laguntza-sistema osoa ezagutzen, eta, are gutxiago, laguntza horiek eskuratzeko behar diren tramiteak nola egin behar diren; tokiko familiek edota udalerrian denbora bat daramatenek oinarrizko informazioa eta orientazioa ematen kolaboratzen dute, kanpoko laguntza ez balitz eskuraezinak izango liritekeen aukera horietara iristeko:

Ez nekien jantokiko bekarako eskatzen zituzten paperak lortzen, eta N. lagundu ninduen eta [Foru] Ogasunera joan zen nirekin batera. (Meriem, jatorria beste herrialde batean duen familia)

Bestalde, balio handia du ikastetxeko irakaskuntza prozesuaren funtzionamenduarekin lotutako alderdietan, hala nola, hizkuntza, etxerako lanak, kultura-jarduerak edo eskolaz kanpoko jarduerak:

Euskararen eta etxeko lanen gauza asko ulertzen lagundu digu. (Julia, jatorria beste herrialde batean duen familia)

Ikastetxeko kultura-jardueri buruzko informazioa, Olentzerorentzat erabiltzen den arropa bezala. (Yan, jatorria beste herrialde batean duen familia)

Azterketa kuantitatibotik, datuek adierazten dute familien %81rentzat partekatutako informazioak balio handia edo oso handia duela oinarrizko premiak asetzeko eta hezkuntza-baldintzak hobetzeko. Familiek komunitate-bizitzari dagokionez partekatzen duten informazioaren baliozkotasunari buruzko datuek gogobetetze-maila handia adierazten dute: batez besteko 3,04 puntukoa (1-4 eskala batean). Nabarmentzekoa da familien arteko sozializazioa sustatzen duen komunikazioa dagoela auzoko eta hiriko hainbat espaziotan eta, horrez gain, jarduera soziokulturalen anitzak egitea sustatzen du (solasaldiak, museoak, antzerkia, musika):

Hori da adiskidetasun-harremana, ez gara bakarrik eskolan geratzen, baizik eta hondartzara joaten gara eta hurrek asko gozatzen dute elkarrekin. (Eduarne, bertako jatorria duen familia)

Hurbiltasun-harremana dugu, ez eskolan bakarrik, baizik eta kafe bat hartzeko geratzen gara... gure gauzei buruz hitz egiten dugu... (Maria, jatorria beste herrialde batean duen familia)

Harreman handia egin dugu eta plan batzuk egin ditugu elkarrekin, adibidez, Kutxa Espaziora joatea. (Miren, bertako jatorria duen familia)

Laburbilduz, programa honen bizitza-urteetan esan dezakegu informazioa eta orientazioa laguntza-tresna baliagarriak direla familia iritsi berrien inklusio-prozesuan, bai eskola-eremuan, bai komunitate-eremuan.

4. Espazio publiko komunitarioek eta programak proposatutako aisialdiko jarduerak familien

arteko sare soziala eraikitzen dute: pertsonen artekoa, taldeen artekoa eta kolektiboa

Gune komunitarioen erabilerak (kultura-, kirol- eta jolas-zentroak) eta programan planteatutako aisialdi-jardueren erabilerak kasuen %65ean familien sare soziala zabaltzea sustatzen du, baina, hala ere, programako bikotekideaz gain, beren sare soziala gehiago zabaldu ez dutela adierazten duten %35a dugu. Talde nagusiak jarduera horiei balio handia ematen die:

Oso gustura goaz Albaolara, Aquariumera... (Jenny eta Edurne)

Jarduera oso onak, herriko jende gehiago ezagutzeko izena eman dut. (Jamila, jatorria beste herrialde batean duen familia)

Irteera dezente egin genituen..., oso interesgarriak. (Aitor, bertako jatorria duen familia)

Etengabeko komunikazioa Whatsapp-etik, eskolaren inguruan, irteerak... Zientzia Museora joan ginen. (Carmen, jatorria beste herrialde batean duen familia)

Halere, badago beste talde bat, harremanaren lorpenik eza azal dezaketen hainbat egoera problematiko identifikatzen dituen (denbora falta, baliabide gutxi, hizkuntza, covid-19a):

Haien etxean bazkaltzen egon gara, eta haiek gurean..., baina oso zaila da hizkuntzaren bidez komunikatzea lortzen ez badugu. (Ainhoa, bertako jatorria duen familia)

Harremana txikiagoa izan da, lana aurkitu duelako eta egun oso okupatuta dagoelako. (Maite, bertako jatorria duen familia)

Proiektuak auzoetako elkarteekin lan egiten du, kulturarteko ikuspegi hori ahalik eta jarduera gehienetan txertatzeko. Programako familiek handitu egin dituzte beren harreman-sareak eta jarduera ludiko-festibalean edo aldarrikapen eta gizarte jardueretan parte hartu dute: danborrada, jai herrikoiak, herri-ekimenak, mugimendu feminista... Halaber, handitu egin da baliabide publikoen erabilera, hala nola haur- edo gazte-aisialdirako zentroak, liburutegiak edota kultura-zentroak.

Sei urte hemen, eta inoiz ez nintzen San Juan sua ikustera joan, ez nuen inor ezagutzen, eta uste nuen soilik antolatzen zutenentzat zela... (Mohamed, jatorria beste herrialde batean duen familia)

5. Akonpainamendu-prozesuak euskal kulturarenganako hurbilketa adiskidetsua eragiten du, eta euskara komunikazio-hizkuntza gisa identifikatzen du komunitateko sozializazio-prozesuan

Maiztasunen azterketak adierazten du jatorri immigrantea duten familien %45ek euskal kulturara eta euskarara hurbilpen-maila handia edo oso handia lortzen dutela, %28k harreman txikia izan dutela, eta gainerakoek (%27)

harrera-komunitatearen berezko kultura berri horretara hurbiltzea ez dutela lortu. Komunitate elebidun baten (euskara eta gaztelania) eskaera soziolinguistikoari erantzuteak hasierako inpaktu izaten badu ere, Familia Laguna programak euskaraz bizi diren familiekin harreman egonkorra izateko eskaintzen duen aukerak erraztu egiten du hizkuntza berri horrekiko eta euskal kulturarekiko atxikimendua garatzea.

Programa gauzatzen den hezkuntza eta komunitate eremuan, euskara ikaskuntza eta komunikazio sozialerako hizkuntza da. Errealitate horretatik abiatuta, familiek pixkanaka ulertzen dute hizkuntza menderatzea estrategia interesgarria izan daitekeela seme-alaben eskola-errendimendua hobetzeko eta etorkizun akademikoan, lanekoan eta sozialean aukera-berdintasuna bermatzeko. Hona hemen ulermen hori berresten duten bi adierazle: lehenik eta behin, jatorri immigrantea duten 30 familia baino gehiagok eman zuten izena euskara-ikastaroetan eta, gainera, programako familien %90ek parte hartu zuela euskarazko jardueretan:

Nik azpimarratu nahi dut aurten animatu egin garela eta bi familiok euskaltegian izena eman dugula... eta S.-k gauza asko erakusten dizkidala... (Cristina eta Magnolia, jatorria beste herrialde batean duen familiak)

6. Programan parte hartzeagatiko gogobetetze-maila oso handia da, eta oso lagungarria da kulturarteko bizikidetzarako

Familia Laguna programaren bidez, familia-esparruan eta komunitatean duten parte-hartzea gogobetetze handiarekin edo oso handiarekin balioesten dute parte hartu duten familia gehienek (%80). Programak sustatutako harremanen eta jardueren bidez, familia horien ahalduntzea eta eskola-komunitateko kide izatearen sentimendua handitzeaz gain, komunitateko gainerako kideek kultura guztien balioari buruz duten pertzepzioa aldatzea dakar.

5. Ondorioak

Ikerketan ateratako emaitzak oinarri hartuta Familia Laguna programak hezkuntza eta komunitatean duen eraginari dagokionez, bost ondorio nagusi jasotzen ditugu.

- Akonpainamendu-prozesua honako printzipioetan oinarritzen dela: elkar entzutea, etorkizuneko proiektua, harremana, enpatia, erresilientzia eta parte-hartzea. Printzipio horiek hiru testuingurutan aplikatzen dira (familian, eskolan eta komunitatean), eta lau ekintza-arloren bidez garatzen dira: informazioa eta aholkularitza, kultura eta hizkuntza trukea, saretzea eta komunitatea eta herritarren parte-hartzea.
- Familia arteko konfiantzazko harremanak sendotzeak kolektibo migratzailearekiko

aurreiritziak gainditzen laguntzen duela, eta jarrera arrazistak prebenitzeko balio duela jasotzen dugu. Emaita horiek nazioarteko ikerketen ildotik doaz, kolektibo ahulei komunikazio egonkorreko loturak eskaintzeak elkarrekiko konfiantzazko harremanak eraikitzen dituela adierazten baitute, aurreiritziak ezabatzen eta diskriminazioa saihesten dutenak (Gollin, Jedwab eta Vollrath, 2013).

- Kulturarteko familia-laguntzari esker eguneroko bizitzako egoera kritikoak gainditzen direla, etnozentrismoa hausten laguntzen dela eta (iritsi berrien) familien ongizatea handitzen dela ondorioztatzen dugu. Izan ere, ikerketa honetan lortutako datuek erakusten dutenez, akulturazio-prozesuak eskatzen dituen eguneroko bizitza-aldaketen aurrean (sozialak, kulturalak eta psikologikoak), askoz ere modu atseginagoan egiten da programa honetan parte hartzen duten familientzat, tokiko familien erosotasun komunitarioko eremua partekatu baitezakete (Berry eta Sabatier, 2011).
- Euskara gizarteratzeko tresna baliagarria dela ondorioztatzen dugu. Izan ere, emaitzen arabera, euskarazko komunikazio-guneak partekatzeko, jarduera soziokulturaletan parte hartzeko edo ikaskuntza-ikastaroak egiteko aukera izateak lagundu egin du ulertzen euskara ikasteak aukera berdinak emango dizkiela komunitate hartzailean.
- Akonpainamendu-prozesuak familia iritsi berrien parte-hartzea auzoko jarduera soziokulturaletan handitzen duela ondorioztatzen dugu. Izan ere, emaitzek kuantitatiboki eta kualitatiboki jasotzen dutenaren arabera, programako familia parte-hartzaileek, jardueretan (ludikoak, festakoak, kulturalak, kirolekoak eta sozialak) parte hartzea handitu dute, baita hurbileko baliabide publikoen erabilera ere (haur-liburutegia, haur eta gazteentzako zentroa, kiroldegia, kultur-etxea).
- Ondorio orokor moduan, nazioarteko eta tokiko beste ikerketa batzuekin bat etorri, esan daiteke gizarte- eta hezkuntza-arloko akonpainamendua estrategia metodologiko egokia dela bizikidetzak hobetzeko eta auzoko bizilagunen artean gizarte-kohesio handiagoa lortzeko, eta komunitate-mailan eguneroko bizitzako esparru guztietan herritartasun aktiboa sustatzeko.

6. Etorkizuneko erronkak

Proiektua boluntariatatik sortu zen, Donostiako eskola txiki batean, eta hainbat zentro eta udalerritara zabaldu da; lehenik, Gipuzkoara, eta, aurretik, Euskadiko hiru lurraldeetara. Kooperatibarentzat, ikaskuntzaz bateriko bidea izan da, eta lorpenak egiaztatu arren, hezkuntza eta inklusioari dagokionez oraindik erronka askori heltzeko beharra ikusten dugu. Hezkuntza-komunitatean landu beharreko erronken artean, honako hauek nabarmentzen ditugu:

- Ikastetxeen arteko ikasleen banaketa orekatu bat egitea. Batetik, jatorri immigrantea duten ikasleak

ikastetxe berean pilotatzeak segregazioa sustatzen duelako, eta, bestetik, ezin direlako kulturarteko prozesuak abian jarri, ikastetxeetan kultura-aniztasuna ez badago.

- Ikastetxeek ez dute baliabiderik eskolan kultura-aniztasunaren tratamendu egokiari aurre egiteko, eta hori da, hain zuzen ere, eskola inklusiborantz joateko erronka dakarten beste kezketako bat.
- Beharrezkotzat jotzen da, halaber, kulturartekotasuna bi norabideko prozesu gisa ulertu dadin sentsibilizatzea. Harrera egiten duen gizarteak beste kulturak ezagutzeko eta aitortzeko bidea ere egin behar du, baita eskolako eta komunitateko gizarte- eta kultura-errealitate berrira egokitzeko ahalegina ere. Horrexegatik, irakasleen kulturartekotasunaren arloko prestakuntza espezifikoak (trebakuntza akademikoaren barruan) eta eskola-komunitate osoaren sentsibilizazioa etorkizuneko erronkatzat hartzen dira.
- Familia migratuek eskolan parte hartzeak, honakoen ahalduak eta eskola-komunitateko kide izatearen sentimendua handitzearekin batera, komunitateko gainerako kideek kultura guztien balioari buruz duten pertzepzioa aldatzea dakar. Ongi Etorri Eskolara proiektuan parte hartzen duten eskolek, helburu horrekin, beren curriculum-gaitasunen barruan, kulturarteko jarduerak egiten dituzte, tokiko eta ikasgelako jatorri desberdineko familien parte-hartzearekin. Honakoa, *Eskola inklusibo baterako gida Donostian. Orientabideak eta praktika onak* (Boluda et al., 2020) jasotako praktika on bat da, zeina Donostiako zazpi eskolarekin egin ziren eztabaida-taldeetan identifikatuta zen. Gida horretan, eskolarentzako erronka garrantzitsutzat jotzen zen familia migratuek eskola-komunitatean duten parte-hartzea areagotzea.
- Euskal Autonomia Erkidegoan euskara komunikazio-hizkuntza da eskolan, eta euskararen ezagutza eskola-arrakastaren giltzarrietako bat da. Hizkuntza menderatzea, beraz, haurrentzako aukera-berdintasunaren bermeetako bat da lan- eta gizarte-etorkizuneari. Jatorri immigratzailea duten ikasleen eskola-porrota eta etorkizuneko gizarte-arrakalak saihesteko, lehentasunezkoa da ikasleentzat eta familia migratuentzat euskara eskuragarri egiteko estrategiak bilatzea.

Esker ona

Artikulu hau amaitzeko, eskerrak eman nahi dizkiegu urte hauetan zehar proiektu honen oinarriak osatzen lagundu diguten pertsonei: Aitor Ikastolaren hasierako guraso-taldeari, proiektua beren ekintzen artean sartu duten erakundeak; bereziki, Donostiako Udaleko Kultura Aniztasuneko Departamentuari, bera izan baitzen proiektuaren alde egin zuen lehena; EHUKo Joxe Ximenez-i, programaren metodologiari buruz ematen digun aholkularitzagatik, eta lantaldea osatu duten kide guztiei. Baita ikastetxeetako langileei eta, batez ere, programan parte hartu duten familiei ere, horiek baitira bidean lagundu digutenak.

Aipatutako bibliografia

- BARQUÍN, A. (2006): "Eskola eta euskara: etorkinen seme-alaben integrazioarako giltzarriak", *Jakingarriak*, 58. zb., 34.-43. or.
- BERRY, J. W. eta SABATIER, C. (2011): "Variaciones en la valoración de las actitudes de aculturación: sus relaciones con el bienestar psicológico", *Revista Internacional de Relaciones Interculturales*, 35. bol., 5. zb., 658.-669. or.
- BOLUDA, L.; ZARAUZ, G.; MIKEO, D. eta JIMENEZ-JIMENEZ, J. (2020): *Eskola inklusibo baterako gida Donostian: orientabide eta praktika onak*.
- ELKARREKIN KOOP. ELK. TXIKIA (argitaragabea): *Kulturarteko akonpainamendu familiarra. Hezkuntza eta komunitate eremuko Familia Laguna programaren gida metodologikoa*.
- ESSOMBA, M. À. (2012): *Inmigración e interculturalidad en la ciudad: principios, ámbitos y condiciones para una acción comunitaria intercultural en perspectiva europea*, Acción Comunitaria y Socioeducativa bild., 14. zb., Bartzelona, Graó.
- GIDDENS, A. (2000): *Il mondo che cambia: come la globalizzazione ridisegna la nostra vita*, Bolonia, Il Mulino.
- GIMÉNEZ ROMERO, C. (2003): "Pluralismo, multiculturalismo, e interculturalidad: propuesta de clarificación y apuntes educativos", *Educación y Futuro. Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 8. zb., 9.-26. or.
- (2015): "Promoviendo la convivencia ciudadana intercultural en barrios de alta diversidad: ideas y experiencias para una praxis comunitaria", *Cuadernos Manuel Giménez Abad*, aparteko 4. bol., 48.-68. or.
- GOIKOETXEA, E. eta PASCUAL, G. (2002): "Aprendizaje cooperativo: bases teoricas y hallazgos empiricos que explican su eficacia", *Educación XXI. Revista de la Facultad de Educación*, 5. zb., 227.-247. or.
- GOLLIN, D.; JEDWAB, R. eta VOLLRATH, D., (2013): "Urbanization with and without structural transformation", *Society for Economic Dynamics 2013 Meeting Papers*, <https://conference.nber.org/confer/2013/EFJKs13/Gollin_Jedwab_Vollrath.pdf>.
- GOMÁ, R. (2008): "La acción comunitaria: transformación social y construcción de ciudadanía", *Revista de Educación Social*, 7. zb., <<https://eduso.net/res/revista/7/marco-teorico/la-accion-comunitaria-transformacion-social-y-construccion-de-ciudadania>>.
- HEZKUNTZA, HIZKUNTZA POLITIKA ETA KULTURA SAILA (2016): *Heziberri 2020. EAEko Hezkuntza-sistema Hobetzeko Plana: bikaintasunerantz ekitatean oinarritua*, I. g., Eusko Jaurlaritzak.
- IKUSPEGI (2023): *Atzerritar jatorriko biztanleak EAEn 2023*, Begiradak saila, 91. zb., <<https://www.ikuspegi.eus/eu/migrazioa-eta-asiloa/begiradak/ikusi/91-begirada/197/>>.
- JIMENEZ-JIMENEZ, J., BOLUDA, L. eta PLANELLA, J. (2020): "El acompañamiento socioeducativo familiar como estrategia de convivencia e inclusión comunitaria: Familia Laguna programa-Ongi Etorri Eskolara", in ÁLVAREZ-REMENTERÍA, M.; DARRETXE, L.; GEZURAGA, M. eta BELOKI, N. (koord.), *Escenarios y estrategias socioeducativas para la inclusión social*, Análisis y Estudios bild., 27. zb., Bartzelona, Graó, 149.-165. or.
- KLINENBERG, E. (2018): *Palaces for the people. How to build a more equal and united society*, Londres, Penguin Random House.
- MAZA BUSTAMANTE, S. (2020): *Manual de competencias interculturales aplicadas al desarrollo de*

proyectos en la Administración Pública, l. g.,
Fundación General Universidad La Laguna.

- MORALES MORALES, E. y REBOLLO IZQUIERDO, O. (2014): "Potencialidades y límites de la acción comunitaria como estrategia empoderadora en el contexto actual de crisis", *Revista de Treball Social*, 203. zb., 9.-22. or.
- NAZIO BATUEN ERAKUNDEA (2015): *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, Nazio Batuen Erakundearen 70. saioa, 49. gehig., 2015-9-25.
- PLANELLA, J. (2020): *Toolkit para el acompañamiento social*, Unibertsitat Oberta de Catalunya.RAMÍREZ, N. E. eta LECONTE, M. (2018): "La metodología de gestión asociada: política pública desde la intersectorialidad. El caso del proyecto 'Parque Recreativo y Cultural'", in SALINAS,

M. L. eta VALENZUELA, F. (bild.), *Actas del XXXVIII Encuentro de Geohistoria Regional y VIII Simposio Región y Políticas Públicas*, Resistencia, Instituto de Investigaciones Geohistóricas, 572.-577. or.

- RUIZ-BERNARDO, P. (2018): "Los espacios y la frecuencia de contacto con la diversidad cultural como factores de desarrollo de la sensibilidad intercultural", *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 76. zb., 187.-213. or.
- SOLLA, C. (2013): *Guía de buenas prácticas en educación inclusiva*, Madril, Save the Children.
- WALSH, C. (2010): "Interculturalidad crítica y educación intercultural", in VIAÑA, J.; TAPIA, L. eta WALSH, C., *Construyendo interculturalidad crítica*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 75.-96. or.

Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- *Zerbitzuan* aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikulua argitara ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politiketan interesa duten pertsona orok. 2024tik aurrera, gizarte-zerbitzuen eremuko esperientziak ere jasotzen ditu.
- Testuak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarriko gaiei buruzkoak (gizarte-zerbitzuak eta gizarte-ongizateko politikak; gizartearen parte-hartzea; immigrazioa, pobrezia eta gizarte-bazterketa; ezgaitasuna; adineko, haur eta adingabeen arreta; droga-mendetasun eta gizarte-eskuartzea, oro har).
- Testuak bai euskaraz bai gaztelaniaz idatz daitezke, eta jatorrizko testua jasotzen den hizkuntzan argitaratuko dira.
- Proposamenak posta elektronikoz igorriko dira, testuak Word dokumentu batean; eta balizko grafikoak Excel dokumentu batean.
- Formaren ikuspegitik, kontuan hartu, arren, honako jarraibide hauek:
 - Testu bakoitzak gutxienez 6.000 hitz eta gehienez 15.000 izan beharko ditu, eta kopuru horretan zenbatuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira testuaren titulua, egilearen edo egileen izenak, eta, baita ere, haietako bakoitzaren harremanerako posta-helbidea, telefonoa eta lankide gisa jardundako erakundeak. Testuaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 120 hitz), eta testuaren edukia deskribatuko dituen lau eta sei gako-hitz artean hautatuko dira.
 - Laburpena eta gako-hitzak euskaraz eta gazteleraz idatziko dira.
 - Oharrak orri-oinean joango dira.
 - Testuen erreferentzia bibliografikoek ISO 690/1987 araua jarraituko dute.
- Testuak jasotzen direnean Erredakzio Kontseiluko kideen iritzira jarriko dira, eta kalitate zientifiko eta egokieraren arabera haiek erabakiko dute argitaratu edo ez.
- Testuak argitaratzeko onartzen direnean, aldizkariaren zuzendaritzak beretzat gordeko du testuetako epigrafeak eta titulua aldatzeko eskubidea, baita aldizkariaren estilo-arauen arabera, komenigarri jotzen dituen estilo-zuzenketak egitekoa ere.
- Egileek ez dute ordaindu behar haien artikulua eta esperientziak ebaluatu edo argitaratzeagatik.

Honako hauek dira aldizkariaren helbide eta harremanerako telefonoa:

Zerbitzuan

SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
Etxague 10 behea
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
publicaciones@siis.net

Normas de presentación de originales para *Zerbitzuan*

- *Zerbitzuan* está abierta a la publicación de artículos sobre servicios y políticas sociales por parte de profesionales, investigadores, representantes institucionales y de todas aquellas personas interesadas en las políticas de bienestar social. Desde 2024, recoge también experiencias en el ámbito de los servicios sociales.
- Todos los textos deberán ser inéditos y girar en torno a los ejes temáticos básicos de la revista (servicios sociales y políticas de bienestar social, participación social, inmigración, pobreza y exclusión social, discapacidad, atención a las personas mayores, infancia y menores en situación de desprotección, drogodependencias e intervención social en general).
- Los textos pueden redactarse tanto en euskera como en castellano, y serán publicados en el idioma en el que se reciba el original.
- Las propuestas se enviarán por correo electrónico: los textos, en un documento de Word; y los gráficos, en uno de Excel.
- Desde el punto de vista formal, se ruega atenderse a las siguientes pautas:
 - La extensión de los textos será de entre 6.000 y 15.000 palabras, contando las posibles tablas, cuadros, gráficos y bibliografía. Se ruega adjuntar solo las tablas y gráficos que se consideren imprescindibles.
 - En la primera página, se hará constar un título, así como la dirección postal, el teléfono de contacto y la adscripción institucional de todas las autoras y autores. Se añadirá también un breve resumen o sumario (máximo 150 palabras) y entre cuatro y seis palabras clave que describan el contenido del texto.
 - El resumen y las palabras clave irán en castellano y euskera.
 - Las notas irán a pie de página.
 - Las referencias bibliográficas seguirán la norma ISO 690/1987.
- Una vez recibidos, los textos serán sometidos a la consideración del Consejo de Redacción, que decidirá sobre su publicación de acuerdo con criterios de calidad científica y oportunidad editorial.
- Una vez aceptados los textos para su publicación, la dirección de la revista se reserva el derecho de modificar el título y epígrafes, así como de realizar las correcciones de estilo que se estimen convenientes, de acuerdo con las normas de estilo de la revista.
- La revista no efectúa cargo alguno a los/as autores/as por evaluar ni publicar artículos ni experiencias.

La dirección y teléfono de contacto de la revista son los siguientes:

Zerbitzuan

SIIS Servicio de Información e Investigación Social
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
publicaciones@siis.net

ZERBITZUAN

84

URTARRILA · ENERO
2025

Revisión de la literatura sobre personas cuidadoras ocultas o invisibilizadas

Consecuencias del apoyo y acompañamiento en las familias de personas con problemas de salud mental

Pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua Bizkaiko pertsona adinduen egoitzetan

Estatus sozioekonomikoa, bakardadea eta depresioa heldu nagusien artean: zeharkako azterketa Espainian

La respuesta social a las mujeres mayores víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Euskadi

Experiencias y buenas prácticas para una sociedad cohesionada

Las mesas de salud mental, una herramienta para el desarrollo de políticas locales en salud mental en Catalunya

Eskola eta komunitate inklusibo baterantz: Ongi Etorri Eskolara proiektua eta Familia Laguna programa



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERRONKA DEMOGRAFIKOAREN SAILA
DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO

ISSN: 1134-7147



9 771134 714705