

“Y a mí, quién me cuida?” Calidad de vida y trayectorias de cuidados familiares de adultos mayores. .

Liliana Findling, Silvia Mario y Paula Lehner.

Cita:

Liliana Findling, Silvia Mario y Paula Lehner (2015). *“Y a mí, quién me cuida?” Calidad de vida y trayectorias de cuidados familiares de adultos mayores. XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Salta.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiiijornadasaepa/88>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Bo/BZp>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, 16-18 de septiembre de 2015

“¿Y a mí, quién me cuida?” Dependencia y cuidados en adultos mayores

Liliana Findling (lfindling@arnet.com.ar) - Silvia Mario (silviamario@gmail.com)

María Paula Lehner (mariapaulalehner@gmail.com)

Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales - UBA

Resumen

El envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en la vejez suponen, además de profundos cambios en las vidas de personas y familias, mayores costos en los servicios de salud y en las transferencias intergeneracionales de cuidados de larga duración. El cuidado de los mayores dependientes en Argentina se brinda predominantemente de forma no remunerada y está a cargo de las mujeres de la familia. La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la higiene personal, la estimulación de procesos cognitivos y sociales y otras tareas que involucran simultaneidad de papeles y responsabilidades dentro de las familias.

En esta ponencia se exponen los resultados del análisis descriptivo de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos mayores 2012 (ENCaViAM), que investigó sobre el estado de salud y los cuidados requeridos y recibidos por las personas de 60 años o más que residen en el país. En Argentina, 1 de cada 10 personas de esas edades manifiesta al menos un indicador de dependencia básica y 2 de cada 10 de dependencia ampliada (más de una). En ambos casos, la dependencia aumenta con la edad y las mujeres siempre presentan una incidencia relativa mayor a la de los varones, aun controlando por edad.

Los familiares son las personas que se encargan casi exclusivamente de ayudar a los adultos mayores en las tareas que no pueden realizar por sí mismos y, en segundo lugar, son los cuidadores no especializados quienes cobran mayor relevancia, específicamente en el caso de los que viven solos. Y son las mujeres de la familia en quienes recae la mayor carga de asistencia a sus familiares dependientes. En el cuidado se reproducen patrones de desigualdades de género y socioculturales.

Introducción

Los demógrafos se refieren al envejecimiento demográfico cuando el porcentaje de personas de 65 años o más alcanza o supera al 7% del total de la población. El Censo Nacional de 1970 marcó el inicio del envejecimiento de la población argentina, que, junto a Cuba, Chile y Uruguay, es uno de los cuatro países más envejecidos de América Latina y muestra, de acuerdo a datos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, un 10,2% de personas de 65 años o más (CEPAL/CELADE, 2011: 77). El descenso de la fecundidad ha sido el factor más importante para dar cuenta de la actual situación del envejecimiento de la población en la Argentina (Pantelides y Moreno, 2009: 97), pero no el único: también interviene el sostenido aumento de la esperanza de vida al nacer. En resumen, el peso relativo de la población de 65 años o más es el producto de la mayor sobrevivencia de los que alcanzan esa edad y de la disminución porcentual de las personas en las edades más jóvenes.

Este diagnóstico es descriptivo del nivel nacional. Sin embargo, existen disparidades en diversas regiones del país, ya que el envejecimiento está más acentuado en la región pampeana, siendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la jurisdicción más envejecida del país, con el 16% de su población en edades de 65 años y más en 2010 (aunque hay comunas, como la de Recoleta, en la que las personas de esas edades constituyen el 20% de la población). Luego le siguen un conjunto de provincias que tienen al 10% de su población en esas edades (Santa Fe, Córdoba, La Pampa, Entre Ríos y Mendoza). El resto de las provincias fluctúa entre el 8 y el 6%; Tierra del Fuego es la que presenta menor peso relativo de población de 65 años y más (3.8%), como consecuencia del fuerte flujo migratorio de los años 1980, que rejuveneció su población (López et al., 2013: 2).

Uno de los rasgos distintivos del proceso de envejecimiento de la población, derivado del aumento de la esperanza de vida, es que las personas de 80 años o más tienen cada vez un mayor peso relativo expresado por el indicador de envejecimiento dentro del envejecimiento (porcentaje de personas de 80 años y más sobre el total de la población). En todas las provincias del país, este segmento ha aumentado de manera sostenida en los últimos 40 años y es superior en la población femenina (López et al., 2013: 2).

En ese sentido, CEPAL (2009: 14) considera que el aumento de este conjunto de población seguirá incrementándose con más celeridad que el resto y requerirá respuestas de los sistemas previsionales y de salud y también por parte de las familias.

Otra característica distintiva del envejecimiento es su especificidad de género; en general, a medida que aumenta la edad, se acrecienta la proporción de mujeres, rasgo que se origina en la mortalidad diferencial por sexo y que redundará en una mayor esperanza de vida para las mujeres. En promedio, las mujeres argentinas viven seis años más que los hombres y, a

medida que avanza la edad, el peso relativo de las mujeres crece (INDEC, 2015: 68). La sobre mortalidad masculina da lugar, además, a un mayor número de mujeres que viven en hogares unipersonales, atraviesan muchos años en soledad, cuentan con menos recursos económicos y perciben su condición de salud de manera más desventajosa.

Las transformaciones demográficas tienen consecuencias que plantean desafíos sociales y políticos. El envejecimiento de la población es un cambio que tiene repercusiones en la vida cotidiana a nivel individual, familiar y social. En lo económico cambian las relaciones entre el ahorro, las inversiones y el consumo, se modifican los mercados de trabajo y se impone un redimensionamiento de las pensiones y las transferencias intergeneracionales. A nivel familiar e individual esos cambios se manifiestan en la composición de la familia y las modalidades de convivencia, afectando las relaciones de intercambio y reciprocidad entre sus miembros. No menos importante es la demanda específica que se plantea en relación a los servicios de cuidado y de atención de la salud (Laslett, 1995:5-6).

El aumento de la esperanza de vida supone en ciertas ocasiones una sobrevida con limitaciones y discapacidades. La prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas redundan en un mayor costo de la atención de los servicios de salud e influye en los cuidados intergeneracionales y de larga duración. El cuidado de los mayores es un problema social que se enmarca en un contexto de disminución del tamaño de los hogares y una mayor participación de las mujeres en el trabajo extra-doméstico.

Los estudios sobre desigualdades en salud ponen de manifiesto las diferentes maneras en que varones y mujeres de distintas edades perciben la salud y la enfermedad, se acercan a los servicios de salud, enferman y mueren. Desde un punto de vista sociodemográfico, la inserción ocupacional presente o pasada y el nivel educacional son factores que influyen de manera determinante en las percepciones de las personas sobre su propia salud y los cuidados que le dedican. A ello se agregan la oferta y el acceso a los servicios de salud y las redes familiares y sociales, que juegan un papel esencial en la explicación de las desigualdades en salud (López y Findling, 2009: 7).

El cuidado facilita tanto la subsistencia como el bienestar y el desarrollo. Abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital y busca conservar las capacidades y la autonomía en el caso de aquellas que por su edad son más frágiles y de las que tienen alguna discapacidad (CEPAL, 2012: 11).

Dado que el sistema de protección social que ampara necesidades sociales, económicas y de salud lo hace de manera insuficiente para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias que plantean las edades avanzadas, una parte significativa de la población mayor

debe obtener recursos de diversas redes sociales, fundamentalmente de las familias. La evidencia latinoamericana muestra que la participación de las familias es un vértice fundamental en el diamante del cuidado mientras que los restantes vértices (conformados por el Estado, el mercado y las organizaciones no gubernamentales), resultan marginales o complementarios, generando una intensa estratificación en el acceso a servicios y prestaciones de cuidado que se transforma en un vector de desigualdad (Rodríguez Enríquez y Méndez, 2013; 10).

En nuestro país, el cuidado a los mayores dependientes se brinda predominantemente de forma no remunerada dentro de las familias y en su interior está, principalmente, a cargo de las mujeres. La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos (materiales, simbólicos, afectivos), servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la salud y la higiene personal así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales, tareas que involucran simultaneidad de roles y responsabilidades dentro de las familias, en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad o esfuerzo (Findling y López, 2015; CEPAL, 2012: 118; Pautassi, 2013: 129; Martín Palomo, 2009: 328).

La existencia de redes de apoyo en las edades avanzadas permite la integración social de las personas y evita el aislamiento, lo que redundaría en una mejor autopercepción del estado de salud. Las redes pueden definirse como “una práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos” (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003: 24).

El concepto de familia-red (Martins, 2006: 26) incorpora los aspectos simbólicos de los arreglos familiares, la dimensión política y cultural de las alianzas y los conflictos, subrayando el rol de las redes de apoyo, la asociación democrática y las nociones de reciprocidad, solidaridad, confianza y dádiva. Las redes sociales incluyen las experiencias asociativas de familias, vecinos y amistades que se distinguen por su carácter menos visible, complejo y regulado si se las compara con las prácticas asociativas de la esfera institucional del mercado y el Estado (Fontes y Martins, 2006; 20).

Las evidencias empíricas entre redes de apoyo y calidad de vida muestran que las personas más apoyadas pueden enfrentar en mejores condiciones las enfermedades, el estrés y otras dificultades. En ese sentido, es necesario subrayar que la efectividad del apoyo social como factor que refuerza la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetivas que cada persona hace de ese apoyo (Antonucci y Akiyama, 1987, citado por López y Findling,

2009: 23). Los arreglos residenciales de los adultos mayores aparecen íntimamente relacionados con las redes de apoyo y soporte intrafamiliar y tiene implicaciones directas sobre su bienestar (Puga et al, 2007: 13).

Cuando las personas mayores experimentan dependencia social y personal, son habitualmente sus hijos los que asumen las tareas de asistencia y apoyo (principalmente las hijas y nueras). Así, los parientes descendientes son los que tienden a ocupar un rol más importante que otras personas como los hermanos, los amigos o los vecinos (López y Findling, 2009: 42; Findling y López, 2015).

Abordar el estudio de los adultos mayores implica situar a las personas en las etapas avanzadas del curso de vida en un amplio abanico de posibles formas familiares. Por lo general, los adultos mayores se encuentran en la etapa denominada nido vacío, aquella que ocurre cuando los hijos ya adultos se emancipan y abandonan el hogar (Arriagada, 2004: 85). Esto explica porqué buena parte de las personas de 65 años o más viven en compañía de sus cónyuges o solos si han enviudado. La sobremortalidad masculina contribuye a que una mayor proporción de mujeres adultas mayores vivan en hogares unipersonales.

Objetivos

Esta ponencia se propone analizar el estado de salud y los cuidados requeridos y recibidos por las personas de 60 años o más que residen en el país. Los objetivos específicos son: a) describir la auto-percepción del estado de salud de las personas mayores de acuerdo al sexo, la edad y el estrato de ingreso; b) analizar los niveles de dependencia que poseen los adultos mayores, c) describir las principales ayudas que reciben para las actividades de la vida diaria y d) identificar a las personas que cumplen con los roles de asistencia y ayuda.

Metodología y fuentes

Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. Se utilizó como fuente secundaria la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos mayores 2012 (ENCaViAM) que entrevistó a 4.654 personas de 60 años o más auto-respondentes (aquellas con problemas cognitivos o físicos severos no se incluyeron en la muestra), a partir de una selección basada en las personas que hubieran contestado el cuestionario de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) del INDEC durante el 3° trimestre de 2012. La muestra resultante es representativa del total de la población urbana del país de esas edades y no puede desagregarse en regiones o dominios.

La encuesta presenta algunas limitaciones para el uso de la información. Por una parte, la

imposibilidad de desagregar en regiones impide analizar las diferencias por jurisdicción. Por la otra, la base de datos no puede aparearse con las correspondientes al 3er. trimestre de la EAH, perdiendo información valiosa como los arreglos residenciales de los adultos mayores, importantes al analizar las tareas de cuidado, la distribución de responsabilidades o la situación laboral de los cuidadores familiares co-residentes. Si bien la ENCaViAM brinda información novedosa respecto de las personas que asisten o cuidan a los adultos mayores en distintas actividades de su vida cotidiana, la forma de operacionalizar las variables no es la misma a lo largo de la encuesta y las categorías de esas variables no son comparables (en algunas se distingue por relación de parentesco y sexo y en otras no). De todas maneras, y teniendo en cuenta la escasa información existente sobre un tema tan prioritario como el de la calidad de vida y los cuidados dispensados a los adultos mayores, se seleccionaron las variables de la Encuesta relacionadas con la situación de los adultos mayores respecto de la necesidad de cuidados, la autopercepción de salud, la ocurrencia de caídas, la dependencia (básica y ampliada), las ayudas recibidas y las personas que brindan asistencia. Se analizaron las diferencias existentes por sexo, grupos decenales de edad, estrato de hogar y de ingresos. Se realizaron procesamientos de la base para usuarios utilizando las variables disponibles y construyendo nuevas variables de acuerdo a las necesidades de investigación; la información se organizó en cuadros bi-variados y gráficos.

Características socio-demográficas de la población de adultos mayores

Si bien los demógrafos han utilizado tradicionalmente el umbral de 65 años para definir a la población adulta mayor, en la ENCaViAM se consideró como umbral los 60 años. Esa elección se justificó en el propósito de encuadrar la encuesta con la metodología utilizada internacionalmente: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, 1982 y Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002 (INDEC, 2014: 11). En este trabajo, se mantiene el universo total de la encuesta para no perder casos y se adopta el umbral de 60 años para el análisis de los datos.

De acuerdo a los datos del cuadro 1, y en coincidencia con lo expresado más arriba, la población de 60 años y más está feminizada como resultado de la mortalidad diferencial por sexo, con una mayor esperanza de vida al nacer de las mujeres (78,8 años) con respecto a los varones (72,0 años) para el quinquenio 2005-2010 (INDEC, 2015: 149). El 17% de los adultos mayores tiene 80 años o más, y es este grupo el más vulnerable respecto a sus condiciones de salud y de dependencia de otras personas para realizar las actividades cotidianas. Más de la mitad de los adultos mayores se encuentran en unión conyugal,

situación que es más frecuente en los varones y entre los más jóvenes (no se muestra en cuadro).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población de 60 años o más. Total urbano.

Características	%
Sexo	
Varón	43,0
Mujer	57,0
Grupos decenales de edad	
60-69	51,0
70-79	32,2
80 y más	16,8
Situación conyugal	
Unido/casado	56,5
Viudo	26,6
Separado/divorciado	8,7
Soltero	8,2
Estrato de hogar donde habita	
Unipersonales de adultos mayores	20,7
Multipersonales unigeneracionales de adultos mayores	31,0
Multipersonales multigeneracionales	48,3
Condición de actividad	
Ocupado	24,4
Desocupado	0,6*
Inactivo	75,1
Condición socioeconómica	
Percibe jubilación o pensión	76,6
Recibe transferencias (monetarias/bienes) del Estado u ONGs	7,3
Integra hogares en el 1° y 2° quintil de ingresos ¹	10,3
Total	5.640.232
	100,0

* Estimación con un coeficiente de variación superior al 10%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM

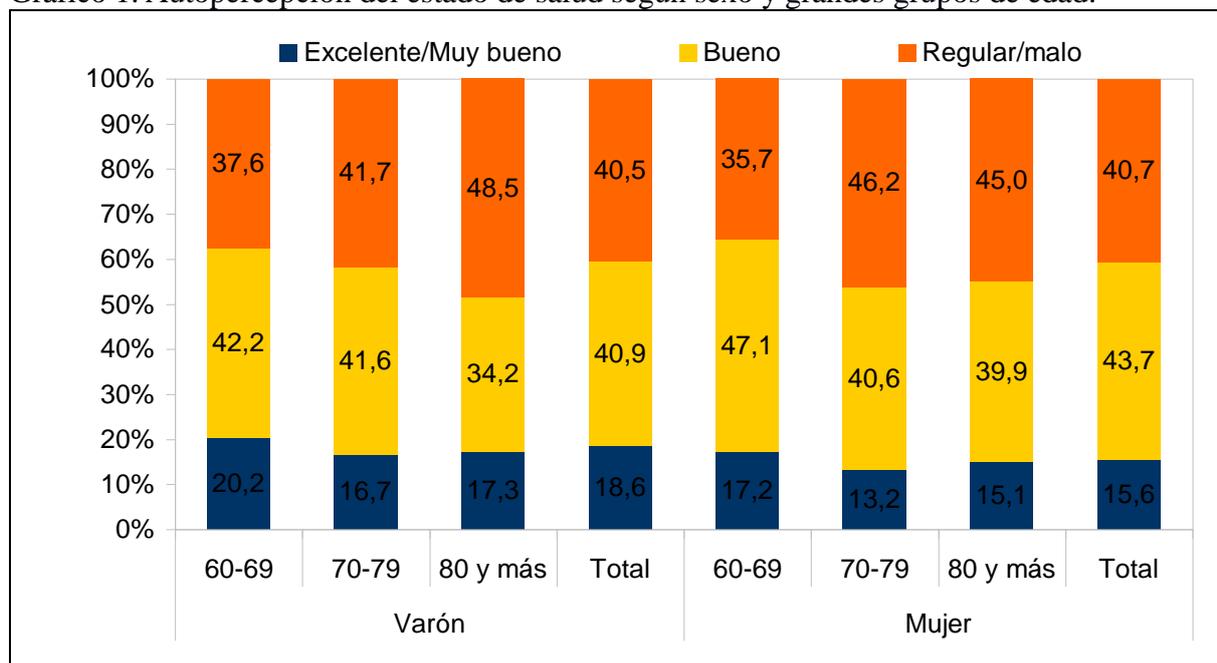
Un 77% de la población urbana de adultos mayores recibe ingresos por jubilación pensión y aunque la mayoría de ellos presenta adecuadas condiciones socio-económicas, una proporción minoritaria reside en hogares que reciben transferencias monetarias o de bienes desde el Estado u ONGs y un 10% integra hogares que se ubican en los dos quintiles más bajos del ingreso per cápita familiar.

¹ Corresponde a ingresos per cápita inferiores a \$1000 para el 3° trimestre de 2012. Cabe señalar que la Canasta básica total (que se utiliza para definir el umbral de la línea de pobreza) estaba valuada para ese período en alrededor de \$500 por adulto equivalente (adulto de 30-59 años con actividad física moderada).

Autopercepción de la salud

La percepción del estado de salud se utiliza como un indicador válido del estado de salud de las personas, porque relaciona el estado físico con el mental, está poco condicionada por las interpretaciones médicas de los síntomas y resulta un buen predictor de mortalidad (Rohlf et al., 2000: 151).

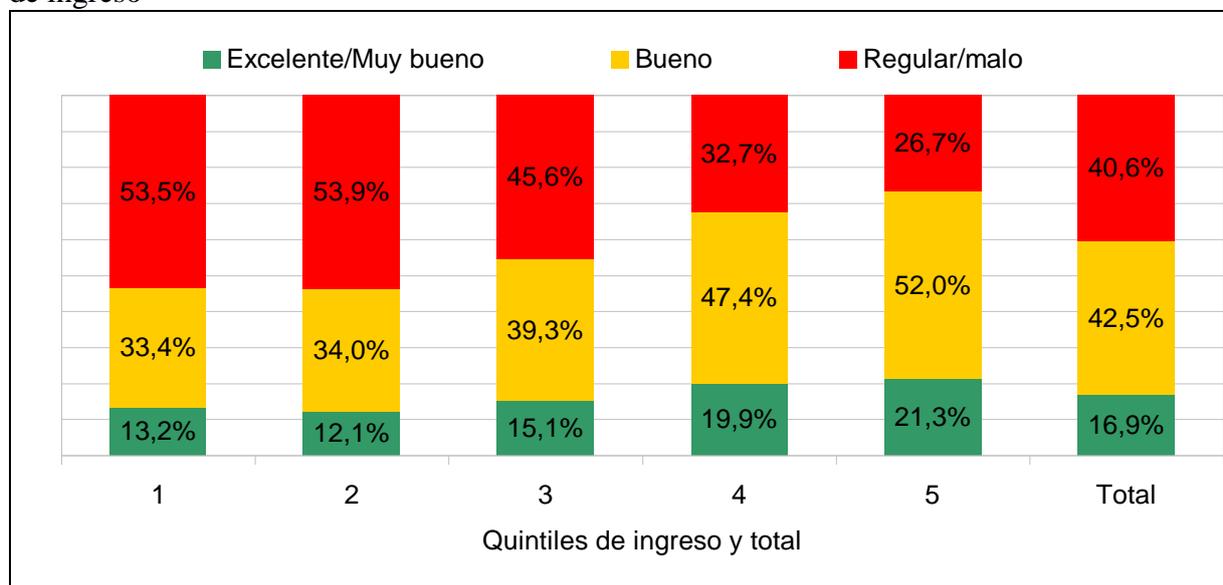
Gráfico 1. Autopercepción del estado de salud según sexo y grandes grupos de edad.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM

En general, las mujeres reportan un peor estado de salud que los varones (Zunzunegui et al, 2002: 151-152; Ministerio de Salud de la Nación, 2011: 40), fenómeno que se suele explicar porque las mujeres, más habituadas a la consulta médica, tanto por prevención como por atención de enfermedades de tratamiento prolongado, tienen una mayor conciencia y conocimiento de su estado de salud. Sin embargo, de acuerdo a los datos del Gráfico 1, no se observan diferencias importantes por sexo aunque sí por edad: a medida que ésta aumenta, disminuye la proporción de entrevistados que definen su estado de salud como muy bueno o excelente, al mismo tiempo que crece el número de los que lo encuentran regular. Las disparidades se hacen evidentes entre distintos grupos de edad: las personas de 80 años o más perciben su salud como regular o mala con mayor frecuencia que los más jóvenes, coincidentemente con la aparición de las limitaciones funcionales y enfermedades asociadas a la vejez.

Gráfico 2. Personas de 60 años y más según autopercepción del estado de salud por quintiles de ingreso



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM

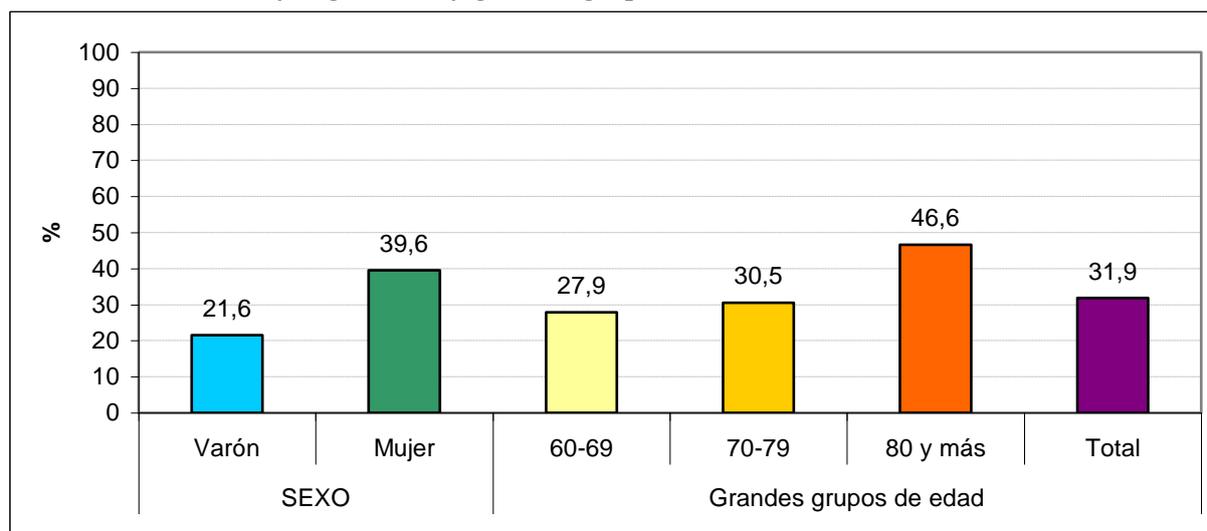
Los adultos mayores que se encuentran en los quintiles de ingreso más bajos (1 y 2) refieren un estado de salud peor que aquellos ubicados en los tramos más altos. Alrededor del 54% de los primeros manifiesta que su salud es regular o mala, en contraste con el 27% del quintil más alto. Un contexto socioeconómico adverso influye negativamente en el estado de salud (peor nutrición, vivienda deficitaria, limitado acceso al sistema de salud y medicamentos). Las desigualdades observables en las condiciones de vida de las personas dan lugar a diferencias injustas que se van profundizando con el tiempo. El impacto de las repetidas crisis económicas convierte a los bajos ingresos en fenómenos de larga duración, que se extienden desde los aspectos materiales hasta los simbólicos. En lo que se refiere a la salud, las dimensiones socioculturales y económicas juegan un papel fundamental en las desigualdades, porque condicionan una percepción diferencial de síntomas y enfermedades, lo cual dificulta también el acceso a los servicios de salud (Corin, 1996: 104).

Caídas como condicionantes de la dependencia

Tres de cada 10 adultos mayores ha sufrido caídas en los últimos dos años. Esta cifra aumenta en las mujeres (4 de cada 10) y en las personas de 80 años o más (5 de cada 10). Sin embargo, es posible que la mayor frecuencia de caídas esté más asociada con la edad que con el sexo y, dado que las mujeres son más longevas, están más expuestas a esa eventualidad. Lo cierto es

que las caídas resultan en mayores limitaciones y, en general, después de estos eventos, las personas ven disminuida su movilidad y autovalimiento, aspectos que suelen iniciar la situación de dependencia y aislamiento. Tal como afirma Borgeaud- Garciandía (2012: 335) la calle genera miedos y un sentimiento de peligro que se asocia a la pérdida de confianza en el propio cuerpo, que deja de ser fiable.

Gráfico 3. Porcentaje de personas de 60 años y más que han sufrido alguna caída durante los últimos 2 años. Total y según sexo y grandes grupos de edad.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM

Dependencia

La discapacidad se define como la expresión de una limitación funcional, emocional o cognitiva en un contexto determinado, que se convierte en la dificultad o la imposibilidad para llevar a cabo una función o un papel en un contexto social y en un entorno determinado (Puga, 2005: 328). Son estas limitaciones las que dan lugar a la dependencia de las personas que no pueden valerse por sí mismas y, en consecuencia, deben ser asistidas en las actividades de la vida diaria. Esta demanda creciente de asistencia ha sido conceptualizada como crisis de cuidados, en referencia a la inercia de algunas instituciones formales y a la sobrecarga de trabajo de cuidados que suponen para las familias y, en particular, para las mujeres.

En el abordaje de la ENCaViAM, para operacionalizar el nivel de dependencia se evalúa la capacidad de los individuos para desarrollar actividades de la vida diaria. La valoración funcional se divide en básica e instrumental. La primera de ellas refiere a la posibilidad del adulto mayor de desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa, realizar actividades de la vida cotidiana como alimentarse, bañarse o vestirse. Por el otro, la funcionalidad instrumental refiere a la realización de actividades de mayor complejidad como el uso del

dinero, efectuar compras, cocinar o administrar sus medicamentos, necesarias para llevar adelante una vida independiente.

Así, se incorporan 8 indicadores de dependencia básica² y 7 indicadores de dependencia funcional o ampliada³ y se considera que una persona presenta dependencia (en cualquiera de sus dos versiones) si contesta que 'Si' a al menos uno de estos indicadores.

Cuadro 3. Incidencia de la dependencia básica y ampliada según características seleccionadas

Características	Dependencia básica		Dependencia ampliada	
	N	%	N	%
Sexo				
Varón	144216	5,9	381496	15,7
Mujer	390934	12,2	852295	26,5
Grandes grupos de edad				
60-69	112936	3,9	336913	11,7
70-79	167816	9,2	459654	25,3
80 y más	254398	26,9	437224	46,2
Estrato de hogar				
Unipersonal	111840	9,6	276029	23,6
Unigeneracional	146096	8,4	298839	17,1
Multigeneracional	277214	10,2	658923	24,2
Quintiles de ingreso per cápita familiar				
1	61000	10,5	188249	32,3
2	116244	11,3	275582	26,9
3	155326	10,8	348634	24,2
4	102461	7,7	248188	18,7
5	100119	7,9	173138	13,7
Total	535150	9,5	1233791	21,9

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM

Un 9,5% del total de población de adultos mayores presenta al menos un indicador de dependencia básica, (dificultades para vestirse, comer o desplazarse por sí mismo, entre

² Las actividades que se consideran para la elaboración del indicador de Dependencia Básica son: 1. comer en un tiempo razonable (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.); 2. vestirse o desvestirse, incluyendo atarse los cordones; 3. bañarse, incluyendo entrar o salir de la ducha o de la bañera; 4. peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara; 5. usar el inodoro o higienizarse; 6. acostarse o levantarse de la cama; 7. andar de un lado a otro de su casa y 8. subir y bajar escaleras.

³ Las actividades que se consideran para la elaboración del indicador de Dependencia Ampliada son: 1. utilizar el teléfono, marcar los números y contestar una llamada; 2. viajar en transporte público, taxi, remis, auto particular, etc.; 3. organizar sus medicamentos y tomarlos; 4. manejar su dinero; 5. hacer las compras; 6. preparar comidas calientes y 7. hacer las tareas del hogar (lavar los platos, tender las camas, barrer).

otras). La mayor dificultad reside en los desplazamientos. La dependencia aumenta con la edad y las mujeres siempre presentan una incidencia relativa mayor a los varones, aun controlando por edad (INDEC, 2014: 29-30).

Respecto de la dependencia ampliada o instrumental, un 22% de los entrevistados presenta al menos una de estas limitaciones. Entre las diferentes actividades que se incluyen en la encuesta, las más mencionadas son las referidas a dificultades que implican desplazamientos (hacer las compras, tareas del hogar y viajar en transporte público u otro) (INDEC, 2014: 31). Una vez más, son las mujeres quienes presentan una mayor incidencia de este tipo de dependencia y la edad aparece como un factor que incide directamente en su alcance.

Es particularmente relevante el caso de los adultos mayores que viven solos y presentan algún indicador de dependencia, ya sea básica (10%) o funcional (24%), dado que la disponibilidad de ayudas se ve limitada. En el caso de hogares unigeneracionales, la asistencia al dependiente recae también en un adulto mayor, aspecto que generalmente repercute negativamente en la salud del cuidador.

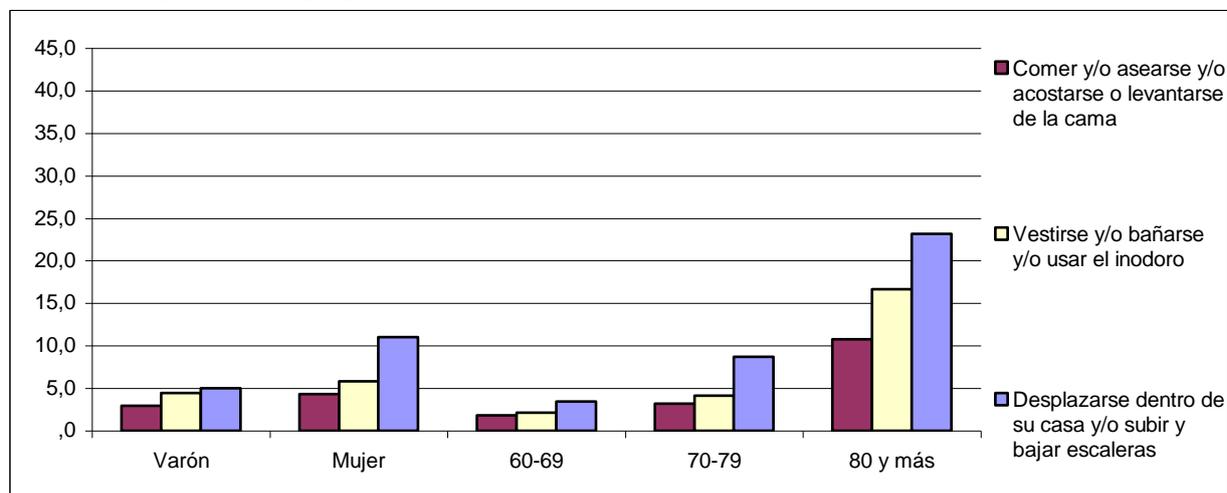
La imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades de la vida diaria se origina en varios factores concomitantes como la aparición de enfermedades crónicas, el deterioro asociado al proceso global de la vejez, pero además, una serie de variables de tipo social y ambiental que condicionan la aparición y el desarrollo de la dependencia. Algunos estudios han relacionado la educación de los individuos (y a través de ella, los hábitos en relación con el cuidado de sí mismo) con la probabilidad de padecer enfermedades crónicas al llegar a viejos y con la incapacidad funcional de las personas en edad avanzada. El estrato social guarda una relación similar, asociándose con hábitos más saludables y mejor acceso a los servicios de salud (Casado Marín y López i Casanovas, 2001: 25; Huenchuan y Guzmán, 2009: 13; OIT, 2009: 2). Así, la proporción de adultos mayores dependientes es mayor entre los hogares de niveles más bajos de ingresos, con menos recursos para encarar las tareas de cuidado, lo que incrementa la vulnerabilidad.

Para poder identificar las distintas actividades que dan origen a la dependencia básica, se agrupó a los 8 indicadores de dependencia básica en 3 categorías teniendo en cuenta la naturaleza de las actividades: una primer categoría aglutina aquellas rutinas diarias de subsistencia como alimentarse por sí mismo, asearse y poder salir de la cama; la segunda, está relacionada con el arreglo personal y, la tercera categoría corresponde con el desplazamiento dentro de la casa.

En el Gráfico 4 se observa que son las actividades relativas al desplazamiento motor las que se mencionan más frecuentemente independientemente del sexo o la edad, sin embargo es

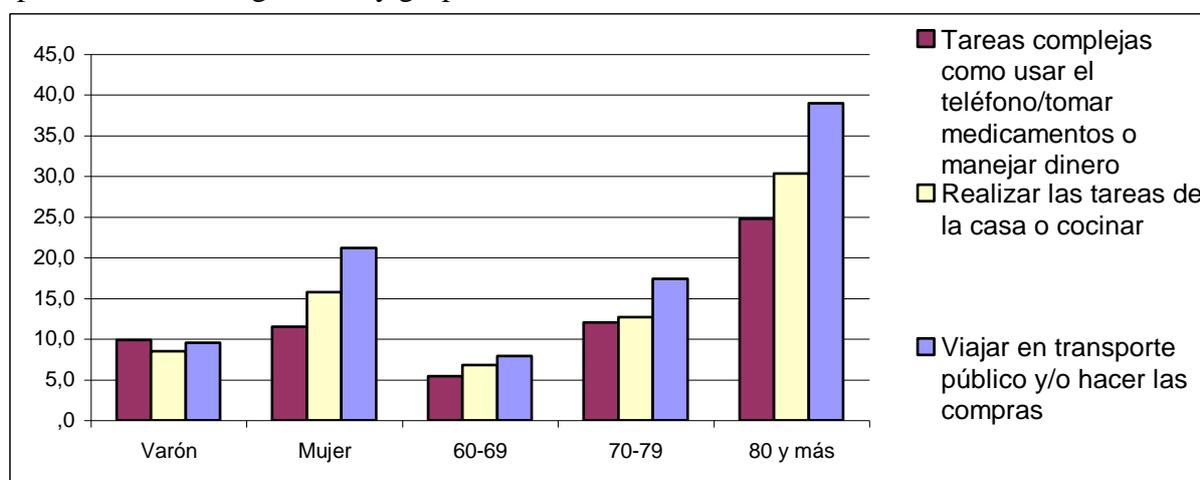
entre las mujeres y los más añosos donde alcanza los valores más elevados. En este indicador se evidencia una relación similar a lo que ocurre con las caídas.

Gráfico 4. Porcentaje de adultos mayores que presenta dependencia básica por tipo de indicador según sexo y grupos decenales de edad



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM

Gráfico 5. Porcentaje de adultos mayores que presenta dependencia ampliada o funcional por tipo de indicador según sexo y grupos decenales de edad



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM

Un agrupamiento similar se realizó con los indicadores de dependencia funcional y una vez más se observa que las actividades relacionadas con los desplazamientos (fuera de la casa) son las más mencionadas y crecen entre las mujeres y a medida que aumenta la edad. Sin embargo, la incidencia relativa del indicador de dificultades para viajar en transporte público o hacer compras es mucho mayor que la del indicador de desplazamientos dentro de la casa.

Sobre las ayudas

Son los familiares quienes se encargan con mayor frecuencia de ayudar a los adultos mayores en aquellas tareas que no pueden realizar por sí mismos. En segundo lugar pero con menores porcentajes, se recibe apoyo de cuidadores no especializados quienes cobran mayor relevancia en el caso de aquellos encuestados que viven solos.

Entre las personas en situación de dependencia básica y viven solos, el 35% recurre a un cuidador no especializado para asistirlo, porcentaje que cuadruplica y sextuplica a los que viven en hogares unigeneracionales y multigeneracionales respectivamente. El acudir a cuidadores pagos se observa fundamentalmente entre los sectores medios y altos de ingreso, quienes cuentan con recursos económicos (propios o de la familia) para obtener ayuda externa (Borgeaud-Garciandía, 2012: 335; Findling y López, 2015).

Cuadro 4. Personas de 60 años y más con dependencia básica por estrato de hogar según persona que lo ayuda

Características	Persona que lo ayuda principalmente				
	Familiar %	Amigo/ vecino %	Emp. dom./ cuid no espec. %	Cuidador especializado %	Otros %
<i>Sexo</i>					
Varón	88,6	3,6	4,0	3,0	0,8
Mujer	73,2	6,1	15,3	3,6	1,7
<i>Grupos decenales de edad</i>					
60-69	84,7	7,0	7,6	-	0,8
70-79	81,6	7,2	6,6	1,9	2,8
80 y más	71,3	3,7	18,0	6,0	0,9
<i>Estrato de hogar</i>					
Unipersonales	46,5	5,6	34,7	8,2	4,9
Unigeneracionales	85,4	4,7	8,7	0,4	0,8
Multigeneracionales	85,6	5,8	5,0	3,2	0,4
<i>Quintiles de ingreso per cápita familiar</i>					
1	89,1	2,8	8,1	-	-
2	78,4	9,0	9,5	2,3	0,8
3	79,1	2,1	15,1	1,2	2,5
4	73,0	4,7	17,8	3,3	1,2
5	70,9	9,1	7,6	10,5	1,9
Total	77,4	5,5	12,2	3,5	1,5

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM.

Cabe señalar que, en el caso de los hogares unigeneracionales, casi siempre el familiar que

asiste al adulto es otra persona mayor que vive con él, usualmente su cónyuge. Aunque se señala (INDEC, 2014: 29) que a medida que aumenta la edad decrece la importancia de ayudas familiares en detrimento de las ayudas pagas (sean cuidadores especializados o no) en esta muestra e independientemente de la edad, se observa que los varones dependen más de los familiares para asistirlos, mientras que entre las mujeres se triplica la incidencia relativa de las ayudas rentadas.

Si bien en el caso de la dependencia ampliada son nuevamente los familiares quienes se encargan mayormente a los adultos con necesidades de ayuda, la naturaleza distinta de los indicadores de esta dimensión hace que cobren relevancia otros actores como amigos y vecinos y los cuidadores no especializados sobre todo entre los que viven solos o integran hogares unigeneracionales.

Cuadro 5. Personas de 60 años y más con dependencia ampliada por estrato de hogar según persona que lo ayuda

Características	Persona que lo ayuda principalmente				
	Familiar %	Amigo/ vecino %	Emp. dom./ cuid no espec. %	Cuidador especializado %	Otros %
<i>Sexo</i>					
Varón	82,6	4,0	11,4	1,5	0,4
Mujer	76,7	3,3	18,5	1,4	0,1
<i>Grupos decenales de edad</i>					
60-69	80,1	4,6	14,8	0,4	0,1
70-79	80,5	2,1	16,8	0,2	0,3
80 y más	75,1	4,2	17,1	3,6	0,1
<i>Estrato de hogar</i>					
Unipersonales	52,9	9,1	35,4	2,4	0,2
Unigeneracionales	72,8	1,9	24,5	0,8	0,0
Multigeneracionales	91,8	2,0	4,6	1,4	0,2
<i>Quintiles de ingreso per cápita familiar</i>					
1	94,2	3,4	2,0	0,0	0,4
2	82,8	1,9	14,5	0,7	0,0
3	77,4	4,2	17,7	0,5	0,3
4	72,0	3,6	22,9	1,5	0,0
5	66,0	5,1	22,6	6,1	0,2
Total	78,5	3,5	16,3	1,5	0,2

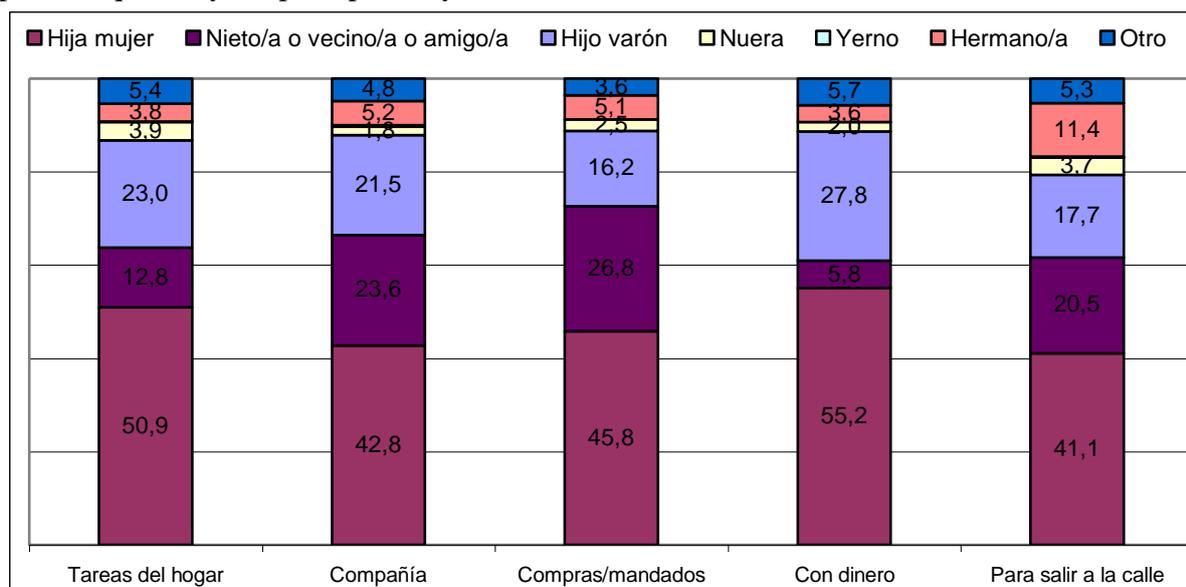
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM.

En la ENCaViAM se indaga específicamente sobre las ayudas recibidas (sin importar el

estado de dependencia ampliada y funcional) y las ayudas prestadas, como una forma de aproximación a las redes de apoyo que sostienen a los adultos mayores. Es innegable que en este tipo de redes la familia juega un rol fundamental, ya sea entendida como comunidad unida por las obligaciones de solidaridad (Beck-Gernsheim, 2003: 71) o como familia-red (Martins, 2006: 26) concepto que supera la limitación de la familia asociada al hogar y al domicilio. En ese sentido, se prestó especial interés a las ayudas recibidas de las personas que ya no conviven con el entrevistado para lo cual, se seleccionó a los adultos mayores en hogares unipersonales y se identificaron el tipo de ayuda recibida y el dador de ayuda.

Aproximadamente el 50% de las personas de 60 años y más que viven solas reciben algún tipo de ayuda, principalmente compañía en su casa o para salir a la calle (40% y 33% respectivamente). El 16% recibe ayuda con las tareas del hogar, un 23% para hacer compras o mandados y el 15% ayudas monetarias.

Gráfico 6. Personas de 60 años y más en hogares unipersonales que reciben ayudas según persona que lo ayuda por tipo de ayuda recibida



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM

Respecto a quiénes son los que prestan la ayuda, el gráfico 6 muestra que, para todos los tipos de ayuda recibida, son las hijas mujeres quienes se mencionan en primer lugar como dadoras de asistencia. Desafortunadamente las categorías de respuesta de la encuesta no muestran consistencia en la desagregación por sexo y parentesco: distinguen entre hija e hijo, pero en las categorías "nieto/vecino y amigo" y "hermano/a" agrupan ambos sexos, aunque sí separan yerno y nuera. Si hubiera sido posible conocer el sexo en cada categoría, seguramente

hubiéramos encontrado que las mujeres son mayoría entre los dadores de ayudas. Los hijos varones son mencionados siempre detrás de las hijas mujeres y generalmente detrás de los nietos/vecinos/amigos. Solo en el caso de las ayudas monetarias aparecen en segundo lugar.

Los estudios sobre cuidados informales dan cuenta de la sobrerrepresentación de las mujeres como cuidadoras, hecho que se explica por la persistencia de roles tradicionales de género que definen a las mujeres como más aptas para asumir esas tareas. En cambio, los varones aparecen como cuidadores secundarios (o colaboradores), y sus ayudas se concretan en traslados o dinero, coherente con el rol de varón proveedor (Findling y López, 2015; Delicado Useros, 2006: 229; Borgeaud-Garciandía, 2012: 335).

Consideraciones finales

La relación entre discapacidad y envejecimiento demográfico se ha convertido en un tema relevante para la sociedad en tanto involucra la organización y gestión de los sistemas de salud, previsional y asistencia social. Diversas investigaciones indican que, a medida que aumenta la edad, crece la probabilidad de sufrir limitaciones y discapacidades. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera, y en ello intervienen de manera importante el nivel educativo, el ingreso y los roles ocupacionales y familiares que se asumen a lo largo de la vida (López y Findling, 2009: 19; Casado Pérez, 2004: 39; Zúñiga Macías, 2004: 43). A ello se suma la vulnerabilidad de las personas más grandes cuando aparece o se incrementa la discapacidad por la pérdida de autonomía que conlleva este proceso, que afecta tanto su bienestar como el de su familia, principal encargada del cuidado. En este sentido, cuando se trata de medir la calidad de vida de los adultos mayores cobra importancia el grado de autodeterminación en sus actividades cotidianas (Verdugo Alonso, 2003:13).

El análisis de los datos muestra que en nuestro país, 1 de cada 10 personas de 60 años y más manifiesta al menos un indicador de dependencia básica y 2 de cada 10 presentan dependencia ampliada. Las dificultades se asocian con más frecuencia a los desplazamientos. Los familiares son las personas que se encargan casi exclusivamente de ayudar a los adultos mayores en las tareas que no pueden realizar por sí mismos y, en segundo lugar, son los cuidadores no especializados quienes cobran mayor relevancia, específicamente en el caso de los que viven solos.

Cuando es posible desagregar la relación de parentesco dentro del grupo familiar, se observa que las hijas mujeres son las cuidadoras por excelencia, ayudando especialmente con las tareas de la casa, las compras o acompañándolos. Los hijos varones aparecen mencionados menos y su mayor colaboración es con dinero.

A través de los intrincados arreglos familiares, son principalmente las mujeres, con mayores cargas, que asumen la organización de la atención de sus allegados quienes se ubican en un lugar menos favorable en el espacio social.

La preponderancia del rol de la mujer en los cuidados también se advierte cuando se indaga sobre las ayudas a partir del uso de metodologías cualitativas. A través de entrevistas en profundidad realizadas en 2013 a mujeres de niveles medios y medio-bajos del Gran Buenos Aires que se ocupan de cuidar a familiares por problemas de salud, puede desprenderse del discurso como el cuidar a otro impone cuestiones afectivas y morales. Las entrevistadas de niveles medios comparten con sus congéneres de menores recursos económicos el imperativo moral que las pone en el lugar de cuidadoras principales, pero alivian la tarea recurriendo a otras mujeres –también más desfavorecidas económicamente– para, mediante el pago, delegar en ellas el cuidado de sus familiares. En ese contexto, es posible observar la reproducción de patrones de desigualdades de género y socioculturales (Findling y López, 2015).

Sería importante que el sistema de cuidados en Argentina ocupara un lugar más relevante en la agenda pública, ya que es aun un tema privado, doméstico y familiar, lo que impide el reconocimiento de los derechos tanto de las personas mayores con problemas de salud como de las familias (especialmente es un rol que recae en las mujeres) que cuidan. El desafío consiste en implementar una política pública integral de cuidados para la protección de los derechos de los adultos mayores, de sus familiares y de los cuidadores remunerados.

Referencias bibliográficas

Arriagada, I. (2004) “Transformaciones sociales y demográficas de las familias en América Latina”, *Papeles de Población*, Año 10, N° 40, abril- junio, pp. 71 – 95.

Beck-Gernsheim, E. (2003) *La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona, Paidós.

Borgeaud-Garciandia, N. (2012) “La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral”, *Trabajo y Sociedad* N° 12, pp. 321 – 344.

Casado Pérez, D. (2004) “Apuntes sobre discapacidad y vejez” en Dell' Ano, A., Corbacho, M. y Serrat, M. (coord.) *Alternativas de la diversidad*, Buenos Aires, Espacio.

Casado Marín D. y G. López i Casanovas (2001) *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales N° 6. Barcelona: Fundación La Caixa. Disponible en: https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/es06_es p.pdf. Fecha de acceso: 3/05/2015

CEPAL (2009) *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL, UNFPA. Disponible en <http://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-el-envejecimiento-y-las-personas-de-edad-indicadores-sociodemograficos-para>. Fecha de acceso: 26/06/2015

CEPAL (2012) *Panorama Social de América Latina 2012*. Santiago de Chile: Naciones Unidas - CEPAL Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/48455/PanoramaSocial2012DocI-Rev.pdf> Fecha de acceso: 15/8/2013

CEPAL/CELADE (2011) *Observatorio demográfico: envejecimiento poblacional N°12*. Disponible en internet http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/46772/OD12_WEB.pdf Fecha de acceso: 2/9/2013

Corin, E. (1996) “La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad”, en Evans R.; M. Barer y T. Marmor (ed.) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Editorial Díaz de Santos.

Delicado Useros, M. V. (2006) “Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes. ¿Perfiles en transición?” *Praxis Sociológica*, N°. 10, 2006 , pp. 200-234.

Findling, L. y E. López (comp.) (2015) *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Biblios.

Fontes, B. y P. H. Martins (2006) “Introdução”, en Fontes, B. y P.H. Martins (Org.) *Redes, Práticas Associativas e Gestao Pública*. Recife: Editora Universitária UFPE.

Guzmán, J. M., S. Huenchuan, y V. Montes de Oca (2003) “Marco teórico conceptual sobre redes de apoyo social de las personas mayores”, en *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Seminarios y Conferencias 30*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población, Cooperazione Italiana y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Huenchuan, S. y J. M. Guzmán, (2009) “Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del cuidado en la edad avanzada”, en Arriagada, I. (ed.) *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: CEPAL.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014) *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos mayores 2012* [en línea] 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. Disponible en <http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf> [accesado el 13/05/2015]

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015) *Anuario Estadístico de la República Argentina 2013* [en línea] 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC. Disponible en http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/anuario_2013.pdf [accesado el 13/05/2015]

Laslett, P. (1995). “Necessary Knowledge: Age and Aging in the Societies of the Past”, in Kertzer, D. and P. Laslett (eds) *Aging in the Past Demography, Society and Old Age*. The University of California Press. Scholarship Editions.

López, E. y L. Findling (2009). *Salud, familia y vínculos: el mundo de los adultos mayores*. Buenos Aires: EUDEBA.

López, E., L. Findling, M. P. Lehner y S. Mario (2013) “Aspectos sociales del envejecimiento demográfico y los cuidados” ponencia presentada en las *X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Área Salud y Población*, IIGG, FSOC, UBA, Buenos Aires, 21 y 22 de noviembre de 2013.

Martín Palomo, M. T. (2009). “El care, un debate abierto: de las políticas del tiempo al social care”, en *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* N° 4, pp. 323-353.

Martins, P. H. (2006). “Ação pública, redes e arranjos familiares em fontes”, B. Y Martins, P.H. (Org.) *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: Editora Universitaria da UFPE.

Ministerio de Salud de la Nación (2011) *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Organización Internacional del Trabajo OIT (2009) Notas OIT sobre trabajo y familia. N° 8 [en línea] Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_184715.pdf. Fecha de acceso: 8/05/2015

Pantelides, E. A. y M. Moreno, (Coord.) (2009). *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD - UNFPA.

Pautassi, L. (2013) “Perspectivas actuales en torno al enfoque de derechos y cuidado: la autonomía en tensión” en Pautassi, L. y C. Zibecchi (Coord.) *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Biblos, pp. 99 – 132.

Puga, D. (2005) La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2005, vol. 79, n.3, pp. 327-330. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1135-57272005000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es Fecha de acceso: 18/5/2013

Puga, D., L. Rosero-Bixby, K. Glaser y T. Castro (2007) “Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra”, en *Población y Salud en Mesoamérica*, Volumen 5, N° 1, Artículo 1, Número especial CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable. Pp. 1 – 21.

Rodríguez Enríquez, C. y F. Méndez (2013) "Trabajadoras del cuidado: el caso de las trabajadoras de casas particulares: ¿Una forma peculiar de informalidad?", ponencia presentada al *11º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo* – Buenos Aires

Rohlf, I, C. Borrell, C. Anitúa, L. Artazcoz, C. Colomer, V. Escribá, M. García Calvente, A. Llacer, L. Mazarrasa, M. Pasarin, R. Peiró y C. Valls-Llobet. (2000) “La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud” en *Gaceta Sanitaria* 14 (2), pp. 146-154.

Verdugo, M. A. (2007) “La concepción de la discapacidad en los modelos sociales” en <http://incio.usal.es/publicaciones/pdf/Verdugo-ModelosSoc.pdf> Fecha de acceso: 20/07/2007.

Zúñiga Macías, E. (2004) "Un acercamiento a las características socioeconómicas de los adultos mayores con discapacidad en el Distrito Federal (México)" en A. Dell' Ano, M. Corbacho y M. Serrat (coord.) *Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad*. Buenos Aires, Espacio, pp. 43-58.

Zunzunegui, MV, S. Arlette Pinzón, F. Beland, EA Pantelides, C. Albala y O. Prast (2002) "Estado de salud, capacidad funcional y necesidades" en T. A. Engler, y M. B. Peláez (eds) *Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo - Organización Panamericana de la Salud