

Envejecimiento y medio rural: el reto de la prevención y la atención a la dependencia

* A lo largo del documento encontrará vínculos que le permitirá acceder al **contenido multimedia** del canal de YouTube y a otras ideas o temas del curso. Las **referencias bibliográficas** se encuentran en la sección de “material de estudio y/o consulta

a.- El envejecimiento en el medio rural

Si bien el envejecimiento de la población es y será un fenómeno mundial, como consecuencia de la disminución de la natalidad y el aumento en la esperanza de vida, este fenómeno se acentúa aún más en los territorios rurales. De hecho, se espera que en las próximas décadas cuatro regiones de España con amplio territorio rural (Zamora, León, Ourense y Asturias) se sitúen entre las diez más envejecidas de Europa (El País, 2021). A los dos factores anteriormente mencionados (baja natalidad y elevada esperanza de vida), en el medio rural hay que considerar el proceso migratorio como un factor determinante para el envejecimiento y despoblamiento de estas zonas. Pero este fenómeno migratorio y sus consecuencias no es reciente, a pesar de los esfuerzos actuales en la lucha contra el despoblamiento. La primera oleada migratoria de muchos territorios rurales tiene lugar a finales del siglo XIX y principios del siglo XX hacia territorios hispanoamericanos, lo que se denominó como “hacer las américas”. Posteriormente, tuvo lugar lo que se conoce con el nombre de “éxodo rural” en el que muchas familias rurales (generalmente jóvenes), a comienzos de los años 50 hasta finales de los años 70, pusieron rumbo a las ciudades en busca de mejores oportunidades gracias al proceso de industrialización.

Sumado al paulatino despoblamiento, que adquiere un protagonismo “interesante” ya en la década de los años 80 y los 90, los procesos migratorios también han contribuido a la ruptura de las redes de apoyo informal sustentadas en la familia y en los vecinos. Los hogares de familias extensas con varias generaciones conviviendo juntas dan paso a hogares nucleares simples y unipersonales formados por personas de avanzada edad. Por otro lado, a estos cambios estructurales de la población hay que añadir la paulatina incorporación de la mujer al mundo laboral, lo que ha afectado de manera decisiva al cuidado de las personas mayores. Este rol lo ha desempeñado siempre la mujer, fundamentalmente las hijas o las nueras. En definitiva, la incorporación de la mujer al mercado laboral y el progresivo despoblamiento de los territorios rurales ha provocado una desprotección de las situaciones de necesidad o dependencia en la población mayor de estas zonas y, a su vez, un cambio en los roles del cuidado que se han trasladado a los poderes públicos a través de mecanismos sociosanitarios.

Finalmente, cabe destacar algunas características sociodemográficas de la población envejecida del medio rural. Los ingresos derivados de la pensión de jubilación agraria son bajos y mucho más bajos los ingresos por pensión de viudedad o pensiones no contributivas en el caso de las mujeres, ya que muchas mujeres no han cotizado a la seguridad social y, por el contrario, ejercían las mismas tareas del campo que los varones más las tareas domésticas. Son frecuentes las personas mayores que viven solas, en torno al 18%-20% de la población, considerando que vivir solo podría ser indicador de la presencia de soledad. Las personas mayores del medio rural, al igual que las del medio urbano, prefieren vivir en sus casas y no en un centro residencial, pero muchas viviendas del medio rural presentan importantes barreras arquitectónicas y se encuentran ubicadas en entornos de difícil desplazamiento, donde es necesario ayudas técnicas para la movilidad y el cuidado personal. En cuanto a la dependencia, la edad de inflexión en la aparición de las situaciones de dependencia se sitúa entre los 75 y 79 años y los recursos sociosanitarios son poco accesibles por las distancias (consecuencia de la dispersión geográfica) y la falta de transporte. No obstante, en las últimas décadas ha habido un aumento espectacular de la atención domiciliaria junto con la expansión de distintos servicios de proximidad.

b.- La atención a las situaciones de dependencia.

Conviene aquí detenerse en analizar el constructo denominado dependencia. La Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia diferencia claramente dos conceptos. Por un lado, la dependencia que sería el *“estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria”* y, por otro lado, la autonomía como *“la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”*. Esta distinción entre dependencia y autonomía es muy importante porque muchas veces se confunden ambos conceptos. Así pues, puede

que una persona tenga dificultades o limitaciones para vestirse (dependiente en el vestido) pero en cambio no tendría ningún problema a la hora de elegir qué tipo de ropa ponerse (autónomo).

Las actividades de la vida diaria “*son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia*” (Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia). Ahora bien, dada la heterogeneidad y complejidad de tareas que una persona realiza en su vida diaria, es de suponer que también contaremos con múltiples capacidades de distinta etiología o sustento psicofisiológico. Así, existen capacidades que permiten que cuidemos de nuestro aspecto físico y realicemos tareas básicas como comer, movernos, vestarnos o controlar esfínteres. Otras, en cambio, hacen que nos comuniquemos con los demás y establezcamos redes sociales, adaptándonos constantemente a los cambios que nos impone la sociedad y que por lo tanto afectan a diferentes esferas de nuestra vida pública y privada. Las primeras tienen que ver con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y, como su nombre indica, son actividades primarias, esenciales del ser humano y que sin ellas se necesitaría siempre la ayuda de otras personas. Las capacidades en relación con las ABVD se ciñen a aspectos motores del comportamiento, de un comportamiento además automatizado y son capacidades que se van adquiriendo a lo largo de los primeros años del desarrollo. Son las últimas en verse afectadas por el proceso de envejecimiento y es por esta razón que las personas que son dependientes para las ABVD requieren de gran atención. En contraposición a las ABVD, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), son aquellas que nos permiten relacionarnos con los demás y adaptarnos constantemente a nuestro medio. Mientras que las ABVD están fuertemente correlacionadas con el funcionamiento motor y la coordinación (Bennett et al. 2002; Boyle et al. 2002; Cahn et al. 1998) y para su mantenimiento es importante el ejercicio físico y un buen nivel de actividad diaria, por el contrario, las AIVD parecen guardar más relación con el funcionamiento cognitivo y suelen verse afectadas relativamente temprano en el curso de la demencia (Stern et al. 1990) e incluso en etapas previas a la demencia, como por ejemplo durante el deterioro cognitivo leve (Cahn-Weiner et al. 2007). Para su mantenimiento el entrenamiento cognitivo e

intelectual constituye un instrumento preventivo muy valioso. Las AIVD son muy heterogéneas y afectan a muchas áreas de la vida diaria, desde la realización de las compras, utilización de electrodomésticos, uso del teléfono, participación en reuniones, tareas administrativas y financieras, hasta la preparación de la medicación, el uso del transporte o la preparación de las comidas.

Se utiliza el término “cognición cotidiana” para referirse a las tareas que tienen que desempeñar las personas en su vida diaria. Dicho término reconoce la importancia de los procesos cognitivos involucrados en las AIVD y la evaluación desde una perspectiva más ecológica. La cognición cotidiana es un constructo multidimensional en el que están implicados factores físicos, cognitivos y sociales. Willis (1991) define competencia para la cognición cotidiana como *“la capacidad para realizar correctamente aquellas tareas de la vida diaria cognitivamente complejas que permiten vivir de manera independiente en la sociedad”*. La distinción entre lo que puede hacer y lo que realmente hace una persona en su vida diaria está muy presente en la evaluación de la cognición cotidiana. Generalmente, las actividades de la vida diaria instrumentales se evalúan con pruebas subjetivas (autoinformes o escalas para cuidadores) preguntando a las personas si realizan o no dichas actividades y con frecuencia este tipo de evaluaciones generan respuestas que infravaloran o sobrevaloran la cognición cotidiana, dejando a un lado la capacidad o “competencia” que menciona Willis. De ahí la importancia de contar con instrumentos de evaluación basados en el rendimiento en los que se observa cómo la persona realiza distintas tareas similares a las de la vida cotidiana delante del evaluador. En este [vídeo](#) se presenta la *Prueba para Evaluación de la Cognición Cotidiana - PECC* (Menor y Labra, 2014) que cumple estas características y está validado con población española. El PECC es el resultado de un trabajo de investigación que analiza los efectos del envejecimiento cognitivo sobre las AIVD en una muestra de personas mayores de 60 años sin deterioro cognitivo y permite discernir si la persona evaluada tiene deteriorada su capacidad para realizar tareas cotidianas cognitivamente demandantes.

¿Qué procesos cognitivos están relacionados con el desempeño en las tareas cotidianas? Como se puede observar en la siguiente tabla, en el proceso de validación del PECC se encontró que la memoria de trabajo es el componente cognitivo más

implicado en las distintas tareas, pero también el funcionamiento ejecutivo, la inteligencia cristalizada y la memoria episódica (Labra y Menor, 2016).

TAREAS	COMPONENTES COGNITIVOS
Grupo 1. – Procesos fluidos	
T1. – Rellenar pastilleros	Memoria trabajo verbal, planificación, flexibilidad cognitiva
T2. – Recuerdo controles médicos	Memoria trabajo verbal
T3. – Control medicación	Memoria de trabajo verbal y planificación
T4. – Memoria prospectiva evento	Razonamiento
T5. – Domiciliación bancaria	Memoria de trabajo verbal
T8. – Manejo de dinero	Memoria de trabajo verbal
T10. – Elaboración receta	Cambio regla, memoria trabajo verbal, razonamiento
T11. – Ruta de autobús	Memoria trabajo verbal y planificación
Grupo 2. – Procesos cristalizados	
T6. – Manejo docum. Administrativa	inteli. cristalizada (vocabulario/comprensión verbal)
T9. – Manejo docum. Bancaria	Inteli. cristalizada (vocabulario/comprensión verbal)
Grupo 3. – Procesos de memoria	
T7. – Memoria prospectiva tiempo	Memoria episódica
T12. – Realizar compras	Memoria episódica

La atención a las personas mayores que presentan dependencia ha experimentado un crecimiento exponencial en las dos últimas décadas en nuestro país y se ha universalizado por medio de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En los años 80 se implantó como prestación básica y local la atención a personas con dependencia en el domicilio a través de lo que se conoce como el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). A finales de la década de los 90 se fueron incorporando nuevos recursos asistenciales como los centros de día, la teleasistencia, las viviendas tuteladas, etc.

En el medio rural los servicios de proximidad adquieren gran relevancia, permitiendo el acercamiento de recursos sociosanitarios a personas que viven en territorios de población aislada y dispersa. En Asturias concretamente se implantó, entre los años 1999 y 2003, un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural denominado “Rompiendo Distancias” ([Vídeo del Programa](#)). Este programa consiguió, desde una metodología basada en los principios de transversalidad, coordinación y flexibilidad, impulsar la participación social de personas mayores aisladas y desvinculadas socialmente, implantar diferentes servicios

de proximidad (comida a domicilio, transporte accesible, préstamo de ayudas técnicas, servicio de acompañamiento, biblioteca móvil, podología etc.), mejorar el movimiento asociativo y promover los encuentros intergeneracionales (García y Rodríguez, 2005).

Otro recurso de atención para personas mayores con dependencia leve o moderada en el medio rural son los Centros Rurales de Apoyo Diurno. Son centros gerontológicos con un marcado carácter preventivo y asistencial durante el día dirigido a personas mayores que viven en zonas rurales dispersas y que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia. Estos centros buscan la permanencia en el medio habitual de la persona mayor y promueven la autonomía funcional y personal.

c.- La participación social: instrumento privilegiado para la prevención de la dependencia

En un trabajo de investigación reciente, un grupo de investigadores italianos realizan una interesante revisión de los modelos teóricos que sustentan lo que se conoce como envejecimiento activo, exitoso o saludable (Petretto, Pili, Gaviano, López y Zuddas, 2016). Ese estudio permite ver las dimensiones que han tenido en cuenta los diferentes autores para conceptualizar este constructo. Como se puede observar en la siguiente tabla, el compromiso con la vida y la participación social son dimensiones que se repiten en los diferentes modelos de envejecimiento activo, exitoso o saludable.

AUTORES	DIMENSIONES
<u>Havighurst</u> (1961)	Felicidad y satisfacción vital
<u>Rowe y Khan</u> (1987)	Alto funcionamiento físico, cognitivo y compromiso vital
<u>Ryff</u> (1989)	Aceptación, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida , relaciones positivas con otros
<u>Baltes Baltes</u> (1990)	<u>Resiliencia</u> mediante seleccionar, optimizar y compensar
<u>Kahana y Kahana</u> (1996, 2001)	<u>Coping</u> proactivo: estrategias para prevenir situaciones estresantes
OMS (2002, 2012)	Participación social , salud y Seguridad
Fernández-Ballesteros (2011)	Salud, funcionamiento cognitivo, afecto positivo, y participación social

No cabe duda de que la participación social, que implica un compromiso personal con la vida, es un poderoso instrumento para la promoción de la salud en sus diferentes esferas: física, psíquica y social. De ahí que las diferentes administraciones y entidades

que trabajan con personas mayores hayan fomentado este tipo de intervenciones, tanto en centros residenciales como en la propia comunidad.

Este efecto beneficio de la participación social sobre la salud se puede encontrar en distintos estudios. Por ejemplo, que la arteterapia ha contribuido a la recuperación de pacientes con enfermedades cerebrovasculares (Ali et al., 2014), que el canto mejora la capacidad cognitiva (Coulton et al., 2015), que la participación social alivia la soledad de las personas mayores (Lynch & Alexander, 2016) o que formar parte de un proyecto artístico o creativo mejora la autoestima de las personas mayores, sintiéndose más útiles y valoradas (Thompson, Tiplady, & Cook, 2020). El nivel de actividad diaria, lo que hacemos diariamente, tiene un efecto importante en el envejecimiento físico y cognitivo (Mitchell et al. 2012). Karp (2005) destaca que una de las fuentes importantes de estimulación cognitiva es la participación frecuente en actividades sociales. No debemos olvidar que la participación social contribuye de manera decisiva a lo que se conoce como [reserva cognitiva](#) (Stern, 2002), favoreciendo la actividad sináptica y protegiendo frente a la aparición de ciertas patologías neurodegenerativas. En un estudio realizado con personas mayores sanas, sin deterioro cognitivo y que viven en la comunidad, se ha encontrado que la participación en actividades que requieren esfuerzo cognitivo, actividades que necesitan de procesamiento de información novedosa (realizar pasatiempos, utilizar el ordenador, jugar a las cartas, recibir clases y conducir) se ha asociado con puntuaciones altas en determinados procesos cognitivos como son la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo y la memoria episódica (Labra y Menor, 2014).

Así pues, podemos considerar a las personas mayores como portadores de información sobre sus pueblos, villas y territorios, información y conocimiento que es necesario mantener y difundir. Por ello, las personas mayores también son puentes entre el pasado y el presente, que además cuentan con la capacidad y la habilidad para transmitir esa información a las generaciones jóvenes como se ha visto en los distintos proyectos intergeneracionales ([Vídeo Joven Ocúpate](#), [Vídeo Testigos del siglo XX en el siglo XXI](#) y [Vídeo Olimpiadas Intergeneracionales](#)) Este conocimiento del territorio y de su comunidad les ha permitido, generación tras generación, cuidar y mantener el entorno, por lo tanto, son figuras importantes en la promoción del territorio ([Vídeo Arte](#)

[y Territorio](#)). Finalmente, y como consecuencia de la experiencia vivida a lo largo de los años, de su capacidad para relacionarse socialmente y de los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, las personas mayores también son creadores y productores de cultura a través del teatro y de distintas artes ([Vídeo Proyecto Escena](#)).